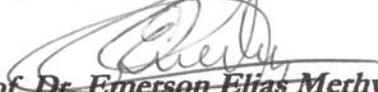


ANGELA DE CAMPOS TRENTIN

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 20 de Fevereiro de 2003.


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL HOSPITALAR:

a alimentação como forma de prazer

CAMPINAS

2002

i

ANGELA DE CAMPOS TRENTIN

A ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL HOSPITALAR:

a alimentação como forma de prazer

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção de título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

CAMPINAS

2002

ii

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

T723a Trentin, Angela de Campos
A assistência nutricional hospitalar: a alimentação como
forma de prazer / Angela de Campos Trentin. Campinas,
SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Emerson Elias Merhy
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Dietoterapia. 2. *Serviço hospitalar de nutrição. 3.
*Estado nutricional. 4. Dieta. I. Emerson Elias Merhy. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	TI/UNICAMP
	T723a
V	EX
TOMBO BC/	62655
PROC.	16-86-05
C <input type="checkbox"/>	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	3/3/05
Nº CPD	

Bib. id. 343477

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

2. Profa. Dra. Rosa Wanda Diez Garcia

3. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 20/02/2003

DEDICATÓRIA

*Ao Sergio, Candice e Alice,
pelo companheirismo e paciência.*

Ao Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, pela aposta, amizade e orientação.

Ao Cecílio, amigo de longa data, meus agradecimentos pelo incentivo.

À Rosa, que compartilha comigo as angústias, realizações da profissão e o objeto desta dissertação.

À Eunice, grande companheira nos sufocos e alegrias.

À Elza, por me ajudar a pensar esse momento da minha vida com clareza.

Ao Ive, pela força no inglês.

À Léo, que segurou todas as pontas das exigências administrativas que eu não dava conta e me tratou sempre com muito carinho.

À Cleide, companheira de trabalho, que ouviu com paciência.

A todos os amigos que, de uma forma ou de outra, me incentivaram para que esse trabalho fosse realizado.

	<i>Pág.</i>
RESUMO	viii
ABSTRACT	x
1- INTRODUÇÃO	12
1.1- A nutrição e a dieta hospitalar.....	16
2- CAPÍTULO I	21
2.1- Minha história como nutricionista.....	22
2.2- Estágios curriculares.....	23
2.3- Minha vida profissional.....	25
2.3.1- Hospital Ipiranga.....	25
2.3.2- Hospital Cândido Fontoura.....	27
2.3.3- Santa Casa de Itu.....	29
2.3.4- Hospital Municipal Dr. Mário Gatti – Campinas.....	31
2.3.5- Assessorias.....	33
2.3.6- Atuando como docente.....	35
3- CAPÍTULO II	37
3.1- O Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, hoje.....	38

3.1.1- O acolhimento e a responsabilização.....	40
3.1.2- Clínica ampliada e equipes de referência.....	41
3.1.3- Gestão participativa e controle social.....	43
3.2- A unidade de nutrição e dietética.....	44
3.2.1- Caracterizando a unidade de nutrição e dietética.....	44
3.2.2- Investigando a unidade de nutrição e dietética.....	46
4- CONCLUSÃO.....	51
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
6- REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....	57
7- ANEXOS.....	59
Anexo 1.....	60
Anexo 2.....	63
Anexo 3.....	65



RESUMO

A perspectiva deste estudo é contribuir para o entendimento de que a assistência nutricional hospitalar vive diante da tensão de considerar o alimento como algo que faz referência à dimensão subjetiva do paciente e sua maneira de prazerosamente relacionar-se com ele. Ao mesmo tempo deverá estar inserido em um lugar marcado pelo olhar do cuidado terapêutico. Tomar o alimento por medicação, sob a ótica instrumental da medicina, pode significar um empobrecimento da sua própria expressão terapêutica.



ABSTRACT

This study is mainly devoted to the understanding of the fact that hospital nutritional support bears the tension of regarding food as something which refers to the subjective dimension of the patients and their pleasant way of dealing with it. At the same time it is inserted in some condition which involves therapeutical care. Under the instrumentalized medical viewpoint, considering food as medication might mean the impoverishment of its therapeutical expression in itself.



1. INTRODUÇÃO

Minhas vivências profissionais e as observações da atuação de profissionais nutricionistas em hospitais, me impulsionaram a escrever esta dissertação, com a perspectiva de contribuir para o entendimento de que a assistência nutricional hospitalar é fundamental para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo internado. Meus olhares, ora como profissional na prática, ora como assessora, ora como docente e ora como gestora de hospitais, me levaram a refletir sobre a assistência nutricional e a alimentação hospitalar.

As funções que ocupei durante minha trajetória profissional, permitindo diversos olhares, proporcionaram a possibilidade de observar e participar, enquanto sujeito, da assistência nutricional oferecida em várias instituições hospitalares.

Durante quase 30 anos de atuação – de 1974 até hoje - tenho observado que o cuidado nutricional ocupa um espaço pouco valorizado nas instituições hospitalares, principalmente nas públicas, apesar de sua importância para a recuperação da saúde.

Hoje, apesar de encontrarmos nutricionistas atuando em hospitais públicos e privados, num mercado de trabalho mais aberto do que no início da minha vida profissional, a qualidade da assistência nutricional parece não ter acompanhado essa evolução.

A assistência nutricional deve fazer parte dos vários cuidados que o paciente recebe durante a internação. A alimentação no ambiente hospitalar, além de atender às necessidades nutricionais para o equilíbrio do corpo em sua dimensão biológica e subjetiva, faz parte dos recursos terapêuticos para a cura do indivíduo.

Sabe-se que se os problemas nutricionais forem diagnosticados e tratados corretamente, as internações serão mais curtas, haverá menos complicações clínicas e maior rotatividade de leitos, gerando ainda maior economia (Waitzberg *et al.*, 1999).

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional e Hospitalar (IBRANUTRI), realizado a partir de prontuários, em hospitais públicos localizados em 12 capitais, mostrou que quase a metade dos pacientes internados nesses hospitais apresentavam desnutrição.

Esse levantamento concluiu que a desnutrição encontrada era conseqüência de baixo nível sócio econômico ou seja, que os pacientes já chegavam desnutridos ao hospital e esse quadro se agravava ainda mais dentro da instituição. Quando maior o tempo de internação mais agudo se tornava esse problema (Waitzberg *et al.*, 1999).

"Na maior parte dos hospitais do Brasil, não existe uma cultura de valorização do estado nutricional do doente, essa situação se deve à falta de consciência da equipe de saúde sobre a importância do estado nutricional para a evolução clínica dos doentes" (Waitzberg *et al.*, 1999).

Resgatar a importância do papel da alimentação como instrumento na recuperação dos indivíduos nos hospitais é um dos papéis do nutricionista e do serviço de nutrição, bem como proporcionar prazer através da alimentação.

Assim, a perspectiva desse estudo é contribuir para o entendimento de que a assistência nutricional hospitalar vive diante da tensão de considerar o alimento por seu aspecto exclusivamente terapêutico, distanciando-se de sua dimensão subjetiva e da possibilidade do paciente relacionar-se prazerosamente com ele. Tomar o alimento por medicação, sob a ótica instrumental da medicina, pode significar um empobrecimento da sua própria expressão terapêutica.

O desenvolvimento deste trabalho parte da minha vivência como nutricionista ao longo dos anos de prática profissional. O resgate dessa trajetória me permitiu a reflexão sobre os espaços ocupados pela nutrição e a inserção do profissional em questão no ambiente hospitalar, enfocando seus limites e suas possibilidades diante do cenário atual.

Segundo Castiel, a "narrativa pode ser compreendida como história ou estória. No primeiro caso, consistiria em um relato mais ou menos coerente de eventos, incluindo elementos não fictícios, referindo-se, assim, a acontecimentos independentes das suas versões" (Castiel, 1999, p.167).

Iniciei minha vida profissional em 1974 trabalhando em instituições hospitalares na cidade de São Paulo. Durante os primeiros seis anos de formada trabalhei em dois grandes hospitais públicos, o primeiro um hospital geral e o segundo, um hospital

infantil. Minha mudança para Campinas em 1979, redirecionou meu caminho fui trabalhar com Saúde Pública. Em 1987, ingressei na PUC-Campinas como docente supervisionando estágios em Centros de Saúde.

Em 1989, fui convidada para compor a equipe que estava assumindo a direção do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - Campinas. No primeiro ano da administração assumi a gerência do Serviço de Nutrição e Dietética, pois a única nutricionista do Hospital havia pedido demissão. Nos três anos subsequentes, depois da contratação de quatro nutricionistas, assumi a coordenação da área de apoio: nutrição, lavanderia e limpeza.

Em 1993, fiz parte de uma equipe multiprofissional, criada pela Secretaria Municipal de Jundiaí, que tinha como objetivo uma auditoria em todos os hospitais desse Município, com a responsabilidade de avaliar os serviços de nutrição destes hospitais.

Assessorei, também, as unidades de nutrição do Hospital São Vicente de Paula, no município de Jundiaí, e Santa Casa de Limeira. Participei da estruturação do serviço de nutrição do Hospital Municipal de Betim.

Em 1995, participei juntamente com a Profa. Dra. Rosa Wanda Diez Garcia de um projeto para reestruturação do Serviço de Nutrição do Hospital Celso Pierro (PUC Campinas).

Em 2000, voltei ao Hospital Municipal Dr. Mário Gatti com a tarefa de coordenar as áreas de apoio, onde está incluída a unidade de nutrição.

No decorrer desses quase 30 anos de carreira, trabalhando em algumas áreas da nutrição, foi nos hospitais que pude reconstituir minha prática profissional, com a perspectiva de resgatar a importância do papel da alimentação como forma de prazer e como instrumento na recuperação dos pacientes. Além disso, o papel do nutricionista no desenvolvimento da nutrição clínica, pois sua atuação na maioria dos hospitais públicos é sempre com a produção das refeições, realizando na clínica atendimentos pontuais (Sousa, 2001).

Segundo o relato de Bosi (1996, p.109) que entrevistou nutricionistas que trabalhavam na área clínica, "a categoria é insegura, este fato é atribuído, na maioria dos casos, à formação que não instrumentaliza suficientemente os profissionais, tampouco lhes passa atitudes que lhes permitam assumir autonomia técnica em seu trabalho".

O estudo realizado por Boog *et al.*, 1989, mostrou que é muito pequeno o número de atividades desenvolvidas pelo profissional nutricionista em nutrição clínica. A maioria dos profissionais pesquisados se restringiam a atividades consideradas administrativas nos hospitais.

Este projeto surgiu da necessidade de atender ao modelo de gestão proposto pela nova administração às unidades que compõem o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, que tem como diretrizes institucionais:

- o acolhimento e a responsabilização;
- a clínica ampliada e equipes de referência;
- a gestão participativa com controle social.

A partir das diretrizes colocadas para a gestão do hospital, das discussões sobre uma pesquisa desenvolvida sobre o assunto por Garcia (2001), com objetivos similares a este trabalho e das reflexões geradas ao longo de minha vida profissional nos diferentes papéis supra citados, esta dissertação foi desenvolvida

1.1- A NUTRIÇÃO E A DIETA HOSPITALAR

A tarefa da equipe de nutrição de uma instituição hospitalar deve ser a transformação conceitual e prática da alimentação dos pacientes, considerada historicamente como insípida, apresentando sabor, odor, coloração e aspecto desagradável. Estimular o paciente a aderir à dieta, mesmo com as restrições impostas pela patologia,

requer conhecimentos na arte de cozinhar para proporcionar prazer e deve ser uma das principais tarefas do nutricionista em dietoterapia. Em termos gastronômicos, considerando a cozinha como espaço criativo e que atenda as necessidades nutricionais dos pacientes, há que se preparar bem os alimentos, mesmo as dietas hospitalares (Assis *et al.*, 2000).

Constituindo-se num momento de dor, medo, angústia, insegurança e ansiedade, a internação na grande maioria dos casos, gera sempre o argumento de aversão a esse ou aquele alimento e em função desses fatos, compete à equipe de nutrição o acompanhamento da aceitabilidade da alimentação.

A alimentação deve proporcionar prazer ao indivíduo em qualquer etapa de sua vida e, privá-lo desse prazer num momento em que ele está vulnerável, afetará as suas condições psicológicas e fisiológicas.

Freqüentemente os cardápios nos hospitais são repetitivos e monótonos ignorando-se o aspecto sensorial e transformando o ato da alimentação numa ação mecânica como qualquer outra, gerando uma avaliação negativa sobre a dieta. Dependendo do tempo de internação e do tipo de dieta o paciente poderá ficar submetido a restrições de alimentos que compõem seu cardápio habitual. A utilização de condimentos, especiarias tão fartas na culinária brasileira ou quaisquer outros produtos, permite que sejam substituídos ingredientes proibidos ao paciente por outros que possuem propriedades semelhantes. O alimento quando colocado na bandeja, deverá ter boa aparência: a cor, a temperatura, a consistência, assim como o sabor são importantes para o paciente (Assis *et al.*, 2000).

Quando da prescrição dietética, deverá ser levada em consideração os hábitos e preferências do paciente, como são feitas suas refeições e quem as prepara.

É importante que o paciente entenda as restrições relativas à sua alimentação. As exclusões, as introduções, as modificações devem fazer parte do "cardápio" de informações que o paciente deve receber, além das informações a respeito da sua doença, seu estado nutricional e outras. Quanto mais informado estiver o paciente, mais ele se tornará sujeito da sua recuperação.

Ocupando um lugar importante nos cuidados prestados ao paciente, a alimentação faz parte de um conjunto de ações que visa atender suas necessidades nutricionais e participar do seu conforto. Um serviço de alimentação deve oferecer um atendimento de qualidade que vá ao encontro de suas expectativas, que acreditamos sejam baixas, assim como as da direção do hospital. O contexto da alimentação habitual do paciente no domicílio e as restrições impostas a ele durante o período de internação, provocam dificuldades na aceitação das refeições que lhe são oferecidas.

Planejar um cardápio requer imaginação e habilidade. Como referência Krause: *"Tornar bom o sabor dos alimentos é uma parte importante do cuidado nutricional"* (Krause, 1995, p.438).

Uma outra questão que não pode ser esquecida é a inadequação do espaço onde o paciente realiza sua refeição, e os horários em que elas são servidas. Normalmente os hospitais não dispõem de espaços coletivos, onde o paciente possa se alimentar e, freqüentemente, essa refeição é feita sobre a cama, pois nem mesmo mesa de refeição individual é encontrada nas enfermarias. Em relação ao horário das refeições, esses são planejados de acordo com as conveniências relativas ao horário da visita médica, da medicação, do curativo, do banho, da rotina da cozinha e outros, pouco se levando em consideração o horário a que o paciente está acostumado a fazer sua refeição.

Normalmente compete ao médico a decisão de indicar jejum, mas essa indicação pode se prolongar por um tempo muito longo, causando comprometimento no estado nutricional. Exemplo disso são as cirurgias que são marcadas e desmarcadas por várias vezes. Esse fato pode aumentar o grau de ansiedade do paciente resultando num quadro que irá além da questão nutricional, interferindo negativamente no estado geral do doente. O nutricionista assiste a essa situação sem se manifestar, pois sua interferência num ato médico geralmente provoca reação hostil desse profissional.

A terapia nutricional requer a ingestão adequada de nutrientes, juntamente com os prazeres que a alimentação deve trazer. O artigo de Garcia (1992, p.72), refere que, "não é possível fragmentar o aspecto nutricional do significado de comer, nem a nível

individual, nem social. A abordagem do nutriente em detrimento da compressão do universo do comer e da comida é uma tendência reducionista utilizada para enquadrar a nutrição nas ciências biológicas. Assim, o comer só é visto pelo prisma biológico".

Criar condições para que na internação o indivíduo possa expressar durante o contato clínico com o nutricionista um pouco da sua história alimentar, com certeza provocará mudanças para melhor no seu relacionamento com a equipe que assim proceder. No ambiente hospitalar não só do nutricionista é a responsabilidade de atender as necessidades do paciente, mas de toda a equipe de saúde.

Assim como os medicamentos, e toda a sorte de terapias que o paciente recebe durante o período de internação, a dieta hospitalar deve ser vista como mais um cuidado a esse indivíduo. Ela estará sendo responsável pelo estado nutricional, tempo de internação e eventuais complicações advindas desses fatores (Kamimura *et al.*, 2002).

Há hospitais onde existem implantados instrumentos de acompanhamento que identifiquem as preferências e aversões do paciente, ficando ele submetido às refeições de rotina ao invés de procurar atendê-lo com alimentos que sejam do seu agrado. Frequentemente o atendimento de um desejo do paciente gera um sentimento de valorização, pois é raro que seus desejos sejam levados em consideração no hospital.

Usualmente, quando existe avaliação do serviço prestado pela área de nutrição questões perguntadas mascaram os resultados da avaliação, não traduzindo a opinião do paciente em relação ao atendimento nutricional mais integral. Revelam apenas aspectos da qualidade dos alimentos servidos e, como faz parte da cultura de referência do paciente, a comida de hospital deve ser insossa. Questões relativas à aceitabilidade, horários das refeições, temperos, apresentação dos pratos, visita do nutricionista, atendimentos fora da rotina e outras, não fazem parte do elenco de perguntas feitas aos pacientes, tornando a avaliação distorcida, portanto, sem valor de referência. Essas questões poderiam ser utilizados como indicadores de qualidade.

Assim, o conteúdo desse trabalho será desdobrado em capítulos.

No primeiro capítulo abordaremos na forma de narrativa a história da minha vida profissional, compreendendo narrativa como a referência que Castiel faz a Ricoeur (1998), "na medida em que a narrativa descreve eventos ligados às vidas e os interesses de seus protagonistas, as circunstâncias se desdobram ao longo do tempo, em toda sua contingência e complexidade. E o conceito de história como o relato de fatos não fictícios utilizado por Castiel, que faz citações de Saris, 1995, "o estudo das formas como as pessoas contam histórias/estórias e as explicações por que tais recursos têm efeitos estéticos, retóricos vem constituindo-se em respeitável temática acadêmica, com uma qualidade considerável de trabalhos".

No segundo capítulo estaremos apresentando o HMMG e seu serviço de nutrição, onde desenvolvo meu trabalho atualmente. Utilizaremos como forma de apresentação uma narrativa da estória, "quando desempenhamos papéis e damos forma e sentido ao nosso cotidiano" (Castiel,1999) e descreveremos a investigação realizada em conjunto com a Profª. Rosa e que aparece como uma intervenção que serve de ponte para a investigação do trabalho.

Finalizando o presente trabalho, farei considerações a respeito das limitações e das possibilidades de modificações nos serviços de nutrição e do papel do nutricionista nas instituições hospitalares, para proporcionar ao paciente a melhor forma de assistência nutricional e o prazer da alimentação recuperando assim, uma parte da humanização no cuidado ao paciente.



2. CAPÍTULO I

2.1- MINHA HISTÓRIA COMO NUTRICIONISTA

Concluí o Curso de Nutrição em 1973 na Escola Central de Nutrição (ECN). Esta instituição de ensino superior da Universidade Federal do Rio de Janeiro e, atualmente, UNIRIO que fazia parte da antiga Federação das Escolas Federais do Estado do Rio de Janeiro (FEFIERJ). A ECN ocupava o espaço do antigo prédio onde funcionou o Serviço de Alimentação e Previdência Social (SAPS) e o primeiro restaurante para trabalhadores do Brasil criado, para atender à política de alimentação adotada pelo governo populista de Gétúlio Vargas (Estado Novo).

Os cursos de nutrição no Brasil foram criados para formação de recursos humanos nessa área, na esteira da política social adotada para o país. Dentro dessa política marcada pelo assistencialismo, o nutricionista foi institucionalizado e relacionado com as políticas de serviços assistenciais patrocinados pelo governo (Costa, 1999).

A experiência do SAPS, como instituição formadora teve início em 1943, pois os médicos nutrólogos que ocupavam funções diretivas no restaurante do SAPS, sentiam necessidade de formar pessoal especializado para a execução de atividades do setor (COSTA, 1999).

O pressuposto utilizado para moldar o profissional dietista/nutricionista era de que havia necessidade de serem atendidas as políticas de Nutrição do Estado Novo, que tinham como objetivo transformar alimentação em um instrumento eficaz e que fosse capaz de manipular as classes, papel até aquele momento exercido pelos médicos nutrólogos. Ao assumir a alimentação do trabalhador, o Estado também atendia aos interesses e às necessidades das indústrias de alimentos. Nas décadas de 60 e 70, durante a ditadura militar, estabeleceu-se a relação entre saúde e desenvolvimento e as políticas públicas de nutrição voltaram-se para a questão alimentar e nutricional da população brasileira. Nesse contexto surge a medicina comunitária que utilizava o saber de outras categorias para complementar o ato médico. A educação alimentar seria utilizada para livrar o povo da doença e da fome (Costa, 1999)

No bojo desse conjunto de políticas públicas sociais e da expansão das indústrias de alimentos, o mercado de trabalho para o nutricionista vai se ampliar consideravelmente. Assim é que, até a década de 70 existiam no Brasil apenas 7 cursos de nutrição; a partir daí ocorrerá uma expansão dos cursos ligados á área de saúde nas universidades públicas e, principalmente nas particulares. No Estado do Rio de Janeiro, ao final da década de 70 e na década de 80 mais 24 cursos foram criados, desses, 14 eram em instituições de ensino privadas e a partir dos anos 90 com a expansão dessas instituições, eram oferecidas cerca de 10 mil vagas em todo o país (ABN, 1991).

A maioria dos nutricionistas estavam colocadas em hospitais públicos e, em São Paulo, nos restaurantes industriais (BOSI,1996).

Meu primeiro contato com o campo de trabalho do profissional nutricionista, ocorreu durante os estágios curriculares. Esses estágios eram realizados em instituições públicas nas principais áreas de atuação do nutricionista, ou seja, restaurantes industriais, alimentação escolar, saúde pública e "dietoterapia", era o termo utilizado para identificar a área da nutrição em hospitais, hoje nutrição clínica.

2.2- ESTÁGIOS CURRICULARES

Meu estágio em dietoterapia aconteceu em 1973 no Hospital de Ipanema, no Rio de Janeiro, instituição que naquela época era ligada ao INPS.

Como não havia supervisão docente durante o estágio, os alunos eram acompanhados e avaliados pelos profissionais das instituições que os recebiam. A nutricionista que me orientou como tutora durante o estágio no hospital era especialista em diabetes, motivo pelo qual o atendimento era organizado da seguinte forma: ela só atendia os pacientes diabéticos e as demais atendiam outras patologias.

A responsabilidade da prescrição da dieta era do médico, conforme a lei federal No. 5.276 de 24 de abril de 1967, que dispõe sobre a profissão de nutricionista e regulamenta o exercício da profissão. Essa lei no seu parágrafo I, artigo 6º, compreende

entre outras atividades a serem exercidas por nutricionista "a elaboração de dietas para sadios, enfermos ou coletividades, e, sob prescrição médica, planejamento e elaboração e a alimentação de enfermos"(CFN, 1994). Portanto, no período em que me formei a responsabilidade da prescrição da dieta era do médico. Em 17 de setembro de 1991, no governo Collor, foi regulamentada a lei no 8.234 de 17 de setembro de 1991, que regulamenta a profissão e delega ao nutricionista a prerrogativa da prescrição de dietas.

Segundo essa lei, as atividades privativas do nutricionista são:

- I- direção, coordenação, supervisão de cursos de graduação em nutrição;
- II- planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição;
- III- planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos;
- IV- ensino de matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição;
- V- ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins;
- VI- auditoria; consultoria, e assessoria em nutrição e dietética;
- VII- assistência e educação nutricional a coletividades e indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultórios de nutrição e dietética;
- VIII- assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

Hoje, apesar desta lei, a prescrição da dieta na maioria dos hospitais, está sob responsabilidade do médico.

As atribuições do nutricionista em dietoterapia nesse hospital consistiam em: elaboração de dietas, avaliação do estado nutricional através do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar, orientação sobre a dieta durante a internação

(educação nutricional) e orientação na alta. A visita ao leito era realizada diariamente e, nesse momento a nutricionista ouvia o paciente a respeito da alimentação que ele estava recebendo, registrava se havia algum pedido especial e mantinha com o doente uma relação muito estreita ouvindo-o e orientando-o. Os pacientes recebiam também visita no momento da refeição. O simples ouvir dessa nutricionista tornava a relação mais próxima, principalmente com aqueles pacientes diabéticos com internações de longa duração.

Nesse período histórico ainda não se discutia, nem na formação nem na prática profissional, a questão das subjetividades que cercam o ato da alimentação, da importância do comer bem durante o período da internação para manter a integridade do indivíduo. Havia porém, uma grande preocupação em tornar aquele momento o menos doloroso possível, especialmente por parte do nutricionista que eu pude observar de perto atuando.

Esse modelo de atuação do profissional marcou a minha formação. A assistência nutricional daquela instituição estava marcada por um enfoque mais compatível com a visão de humanização. A relação do profissional de saúde com o paciente se dava de uma outra forma. O atendimento hoje tornou-se impessoal, com a valorização cada vez maior de certas técnicas, em detrimento das que permitem o contato mais pessoal, mais próximo ao paciente. Há, inclusive, uma burocratização da assistência nutricional hospitalar.

2.3- MINHA VIDA PROFISSIONAL

2.3.1- Hospital Ipiranga

Minha primeira experiência profissional aconteceu no Hospital Ipiranga em S. Paulo, para onde me mudei em 1974. Era um hospital federal ligado ao INPS, e ofertava à população 450 leitos, portanto um hospital de grande porte. Nesse ano foram contratadas de forma emergencial 6 nutricionistas recém- formadas, vindas do Rio de Janeiro à procura de emprego. A USP oferecia naquela época 25 vagas para a Faculdade de

Nutrição, e no Rio de Janeiro havia a oferta de 300 profissionais anualmente para o mercado de trabalho, que naquele momento já estava quase saturado. Em São Paulo, pela maior oferta de trabalho e menor oferta de profissionais o número de empregos era alto.

Neste contexto juntaram-se profissionais que não tinham experiência para atuar num hospital desse porte. A chefia do serviço foi ocupada por uma nutricionista, transferida de um outro hospital federal, a qual tinha maior experiência administrativa. Sua chegada foi decorrente de uma intervenção, ocasionada por suspeitas de irregularidades administrativas. O serviço de nutrição não contava com nutricionista há muito tempo, e nos foi dada a tarefa de atender os pacientes, enquanto a chefia cuidava da burocracia do hospital que estava desorganizada e uma de nós a ajudava na produção de refeições.

Não realizávamos a assistência nutricional aos leitos de obstetrícia, pois as internações eram de curta permanência e o aleitamento materno estava em baixa nessa época. Nas demais clínicas os pacientes eram atendidos por uma de nós. Nessa época os hospitais públicos viviam uma crise com a falta de recursos materiais e financeiros, e havia muitos leitos desativados. Apesar disso, os desejos dos pacientes eram atendidos na medida do possível. Fico lembrando da nossa satisfação quando atendíamos aos pacientes em algum pedido especial, como: uma maçã, um suco ou algum outro desejo satisfeito. A clientela, dependente de serviços públicos, era atendida por nós de uma forma que hoje considero bastante competente no que diz respeito à visão que o grupo tinha da assistência nutricional voltada para a valorização da escuta, o atendimento de desejos, isto sem nunca termos discutido a respeito.

Três ou quatro meses depois de estarmos trabalhando, fomos surpreendidos pela epidemia da meningite, que obrigou o hospital a dar alta a seus pacientes ou transferi-los e começar a internar indivíduos acometidos por essa doença. O Hospital Ipiranga foi o primeiro a receber esses pacientes. Montamos uma "operação de guerra" e conseguimos em muito pouco tempo organizar a estrutura operacional para atender a essa nova demanda.

Esse fato significou para todos nós um momento de medo e insegurança. Primeiro, por só termos tomado consciência do problema quando ele bateu na nossa porta e tínhamos receio do contágio. Vivíamos nesse período sob o regime militar e a censura proibia a divulgação da real proporção da epidemia. E, segundo, por vivenciarmos uma situação muito nova e complexa e que precisávamos dar conta, ou seja, não havíamos ainda terminado e aprendido uma tarefa e já outra se apresentava.

Nesse período ocorreu um grave fato que foi a ocorrência de 8 mortes de crianças no berçário por causas, naquele momento, desconhecidas. Iniciaram-se as apurações e, oito meses depois, a chefia foi afastada para apuração desse fato, pois ela era a responsável técnica pelo serviço. Havia suspeitas de que o leite oferecido às crianças estava contaminado. Estávamos vivendo o auge da epidemia de meningite (segundo semestre de 1974).

Não nos sentíamos suficientemente seguras para continuar trabalhando neste hospital com todas as dificuldades e sem chefia. Nessa ocasião soubemos da necessidade de se contratar emergencialmente nutricionistas em um hospital do Estado, com um salário bem maior. E nesse ambiente de instabilidade profissional surgiu para esse grupo a oportunidade de nova contratação em outra instituição pública, o Hospital Infantil Cândido Fontoura, na Moóca. Era um contrato emergencial, destinado a suprir deficiências de pessoal, num momento crítico da população da cidade de São Paulo, que sofria com a epidemia de meningite. Deixávamos o Hospital Ipiranga, com uma nutricionista, transferida de outra unidade hospitalar e fomos para outro hospital também público e que fazia parte da rede de hospitais estaduais.

2.3.2- Hospital Cândido Fontoura

Ao final de 1974, o grupo de nutricionistas cariocas que havia se juntado por obra do acaso no hospital Ipiranga, estava atuando no Hospital Infantil Cândido Fontoura.

Esse hospital está localizado na Moóca e atende à população infantil da Zona Leste. Oferecendo, à época 150 leitos. O serviço de nutrição era bem estruturado e contava

em seus quadros com 3 nutricionistas. Duas em final de carreira, construída nesse hospital e outra de meia idade profissional.

O hospital só internava meningite e toda a sua rotina fora alterada. Fomos divididas na produção de refeições e lactário e três de nós se juntaram as outras duas na assistência à criança internada. Portanto, éramos 5 nutricionistas para 150 leitos. Uma proporção de leitos/nutricionista bastante aceitável. Nesse primeiro momento quando toda a rotina estava alterada trabalhávamos atendendo à demanda que nos era trazida, mas íamos às enfermarias sistematicamente todos os dias. A chefe do serviço formada pela USP, era uma pessoa muito severa, organizada e exigente.

As nutricionistas que foram trabalhar com nutrição clínica encontraram, um serviço bastante organizado. Dispondo de protocolos de atendimento, rotinas de serviço, manuais de dietas e diariamente eram calculadas as refeições oferecidas às crianças. O lactário funcionava perfeitamente dentro das normas que se exigia.

A nutricionista que ficou responsável pela produção de refeições, assim como a do lactário, encontrou um serviço muito bem estruturado. A composição do cardápio era calculado diariamente e colocado à disposição dos nutricionistas da clínica.

Hoje, observo que havia diálogo entre a produção e a clínica. Os nutricionistas dessas áreas, mantinham contato para discutir o cardápio, seu valor calórico, as preparações melhor aceitas, e outros. Como fazíamos visita diariamente e acompanhávamos a distribuição das refeições, incluindo-se aí as mamadeiras, e eventualmente, ajudávamos o pessoal de enfermagem a dar comida às crianças, tínhamos um mapa das dificuldades destas com esse ou aquele alimento. Portanto, podíamos interferir no cardápio, propondo mudanças quando fosse necessário.

Esse contato diário e permanente do profissional com o doente, nos permitia trabalhar com Educação Nutricional. Algumas crianças tinham tempo longo de internação o que criava vínculos, fato que facilitava nosso trabalho. A equipe multiprofissional era composta por: pessoal de enfermagem, médicos pediatras, assistentes sociais, etc., e havia

uma relação de respeito entre nós. Cumpríamos os protocolos em todas as áreas e fazíamos discussões de casos. A jornada dos médicos era cumprida diariamente, portanto os pacientes tinham o seu médico, o que qualificava a assistência. Trabalhávamos no programa de formação dos residentes, para quem eram ministradas aulas sobre alimentação na infância, e os protocolos e rotinas adotados pela equipe de nutrição. Os protocolos eram atualizadas pelo menos duas vezes por ano durante reuniões com a equipe para tornar consensual a conduta adotada por todos da equipe. Existiam programas de capacitação de funcionários e, trimestralmente, os funcionários eram reciclados.

Da equipe de nutricionista que entrou para trabalhar no Cândido Fontoura, 3 permaneceram no hospital após a minha saída e duas voltaram para o Rio de Janeiro. Convivemos durante um período de 4 anos, até o final de 1978, com um projeto de trabalho claro com metas a serem cumpridas e uma chefia que nos cobrava resultados. Fazíamos avaliação nutricional das crianças internadas, monitorávamos as crianças desnutridas que eram muitas, acompanhávamos a distribuição das refeições, isto para exemplificar algumas das atribuições que nos eram conferidas. Esse foi o momento da minha vida profissional em que eu mais aprendi. Apesar de uma chefia autoritária, mas que para época, eu considero hoje, foi importante para minha formação.

2.3.3- Santa Casa de Itu

Em 1979, a mudança para Campinas me afastou da prática por 1 ano por falta de emprego. No início da década de 80, eram poucas as nutricionistas atuando no município de Campinas. O Curso de Nutrição da PUC só iria formar sua primeira turma em 1984, portanto, os nutricionistas ou eram formados em São Paulo ou no Rio de Janeiro. Um reduzido número de nutricionistas atuava em hospitais públicos e, poucos hospitais privados contavam com esse profissional em seus quadros. No hospital da UNICAMP, que na época, funcionava na Santa Casa de Campinas, havia 1 nutricionista. Nesse contexto, consegui um emprego na Santa Casa de Itu só em 1980, onde fiquei por 1 ano.

A Santa Casa está situada no Município de Itu e ofertava à população 150 leitos. A instituição passava, já naquela época por dificuldades financeiras e havia contratado um administrador hospitalar para resolvê-los. Uma das providências desse profissional foi contratar um nutricionista, pois não havia nenhum controle no serviço e o custo das refeições era alto com a qualidade da alimentação que deixava a desejar. O interesse da instituição era que o nutricionista trabalhasse a parte administrativa, controlando o custo da refeição, estoque de alimentos, pois havia suspeitas de irregularidades e melhorando a qualidade das refeições servidas aos funcionários. Em nenhum momento foi discutida a qualidade da refeição servida ao paciente e, muito menos, a questão da assistência nutricional como atribuição do nutricionista.

A cozinha funcionava com fogão a lenha, portanto, não contávamos com equipamentos básicos. Solicitei a compra de alguns equipamentos, no que fui atendida. Resolvi a parte administrativa do serviço, implantando controle de alimentos na despensa, baixando custo e melhorando cardápio. As dietas eram prescritas pelos médicos que traziam de outros hospitais as receitas. Não havia um manual de dietas. Os funcionários analfabetos ou com baixa escolaridade nunca haviam sido capacitados para trabalhar em cozinha.

Consegui, nesse ano, alguns avanços em relação a dietoterapia. Treinei funcionários em noções de dietoterapia e higiene dos alimentos; elaborei um manual de dietas básicas. Mudei receitas de dietas enterais que eram preparadas na cozinha sem nenhum cuidado de higiene e não atendiam às necessidades nutricionais do paciente. Isso aconteceu quase sem participação dos médicos; cheguei a entrar em contato com dois deles com quem tinha maior proximidade e apresentar o manual que foi aprovado. A interlocução do nutricionista com os médicos e pacientes acontecia via copeiras. Interpretávamos as prescrições feitas pelos médicos segundo o manual de dietas e as copeiras traziam para o serviço os pedidos mais especiais dos pacientes. A Santa Casa atendia doentes particulares e a forma de servi-los era diferente da forma de atender os pacientes do INPS.

2.3.4- Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - Campinas

Em 1981, ingressei na saúde pública e fiquei afastada de hospitais até 1989, quando fui trabalhar no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. A proposta de trabalho para mim no HMMG, incluía a coordenação das áreas consideradas de apoio: serviço de higiene, nutrição e lavanderia.

O hospital naquela época ofertava 120 leitos à população. O grupo que assumiu a administração do hospital¹ encontrou uma situação muito precária nessa instituição. O assistência prestada ao paciente era de baixa qualidade, o hospital tinha equipamentos sucateados e a estrutura física necessitava de adequações para que o atendimento pudesse ser melhor qualificado.

O serviço de nutrição era gerenciado por uma nutricionista que pediu demissão 1 mês após minha chegada. A cozinha funcionava no sub-solo do prédio do hospital e estava em péssimas condições: havia vazamento de esgoto e os poucos equipamentos estavam sucateados. A qualidade das refeições era péssima, o almoço e o jantar dos pacientes eram servidos em baixelas e o desjejum e o lanche, em utensílios de plástico. A cozinha foi interditada e nos mudamos para um outro prédio fora do hospital. Esse espaço que possuía uma pequena cozinha foi transformado em uma cozinha hospitalar. Foram realizadas pequenas reformas e durante 3 anos, ocupamos essa cozinha para preparar as refeições dos pacientes e funcionários.

Durante o 1º ano adquirimos alguns equipamentos que vieram qualificar melhor o serviço de nutrição. Inicialmente me ocupei em organizar a cozinha, criando rotinas, elaborando novos cardápios, revendo a composição das dietas, readequando as rotinas do lactário, implantando controle de estoque. E, juntamente com essas providências, fomos mudando a forma de servir os pacientes.

O hospital comprou utensílios de louça para servir o desjejum e os demais lanches, que até esse momento eram servidos em utensílios de plástico. Todos os pacientes recebiam colheres para realizar a refeição, com o argumento da nutricionista e dos

¹ Vinculado ao movimento da reforma sanitária na região de Campinas.

funcionários de que era perigoso distribuir garfos e facas nas enfermarias, pois os pacientes poderiam se agredir ou agredir os funcionários. Outra argumentação usada dizia respeito aos hábitos do paciente: "eles não estão acostumados a comer com garfo e faca". Parecia que estávamos numa penitenciária!...

As refeições dos pacientes passaram a ser porcionadas em recipientes descartáveis que eram transportadas em caminhonete para o hospital, acondicionadas em caixas de isopor. A distância entre o prédio que a cozinha ocupava e o hospital era grande. As enfermarias não tinham mesas de refeições e servíamos sobre bandejas de plástico, para que o paciente pudesse apoiar os utensílios. Os pacientes passaram a receber embalagens que continham guardanapo, colher, garfo e faca. Introduzimos frutas no desjejum e os pacientes passaram a ser acompanhados durante as refeições por mim ou pelas copeiras na minha ausência. Passamos a servir preparações diferenciadas àqueles que apresentavam inapetência.

As dietas enterais eram produzidas na cozinha e de forma artesanal, e consistia na mesma sopa que era servida aos demais pacientes com exceção da consistência, pois era liquidificada. Transferimos a preparação das dietas enterais para o lactário; organizamos a rotina de forma a reduzir os perigos de contaminação; passamos a utilizar vasilhames de vidro que eram esterilizados no Centro Cirúrgico do hospital. Mudamos as receitas das dietas de forma a atender às necessidades nutricionais dos pacientes que utilizavam esse tipo de alimentação.

A assistência nutricional durante esse ano foi sendo organizada de forma que eu pudesse, ao menos, fazer visitas aos pacientes mais graves e acompanhar a distribuição das refeições.

Um ano depois foram contratadas quatro nutricionistas com a tarefa de organizar todo o serviço e ainda pensar o novo espaço que seria ocupado pelo serviço de nutrição. A administração do hospital estava construindo um novo hospital, onde haveria uma cozinha e um lactário estruturados para funcionar com equipamentos considerados de ponta para a época. O lay-out da nova cozinha foi discutido pela equipe de nutricionistas

com a arquiteta responsável pela obra. Com a chegada das nutricionistas assumi a coordenação da lavanderia e higiene.

Ao final dessa administração, em 1992, foi concluído o prédio do novo hospital com uma cozinha e lactário bem planejados e com equipamentos modernos. Novas rotinas haviam sido implantadas e as nutricionistas trabalhavam na construção e consolidação de novos procedimentos que qualificassem a assistência nutricional.

2.3.5- Assessorias

Entre 1993 e 2000, trabalhei assessorando vários hospitais da região. Fiquei durante 1 ano, trabalhando como assessora no hospital São Vicente de Paula em Jundiá e Santa Casa de Limeira. Os problemas encontrados nesses hospitais eram os mesmos vistos nos hospitais já citados. O hospital São Vicente de Paula contava com uma nutricionista por 2 períodos por semana e, na Santa Casa de Limeira não havia o profissional. Para citar alguns dos problemas enfrentados pelos serviços de nutrição dessas instituições, não havia rotinas implantadas e a assistência nutricional não existia. Os funcionários da nutrição se limitavam a atender as prescrições médicas. Os cardápios eram elaborados pelas cozinheiras, que não atendiam às necessidades nutricionais dos pacientes. Os lactários eram em locais improvisados com alto risco de contaminação dos leites e demais preparações. Nesses serviços as cozinhas funcionavam como cozinhas domésticas. Após a contratação de nutricionistas, os serviços foram se adequando com a compra de equipamentos e reformas. As rotinas foram implantadas o serviço organizado, mas a assistência nutricional não foi implementada.

Em 1995, fui chamada para participar de uma auditoria que ocorreu em todos os hospitais do município de Jundiá, com o objetivo de avaliar a assistência hospitalar prestada à população. Foi formada uma equipe multiprofissional e visitamos 6 hospitais utilizando como referência o Manual de Acreditação de Hospitais do Ministério da Saúde, 1992. Esse manual pontuava os serviços de acordo com itens, que revelavam muito da

organização, mais pouco da assistência nutricional. Apesar de todos os hospitais contarem com nutricionistas e técnicos de nutrição, pois no município de Jundiaí existe uma escola para formação de técnicos, não eram realizadas atividades de assistência nutricional. Era delegado ao técnico, pelo nutricionista, a verificação da dieta prescrita pelo médico e as visitas que eram realizadas quando havia alguma solicitação. As observações que fiz durante essas visitas fugiam das questões do manual de acreditação, pois me interessava particularmente a assistência nutricional.

Em 1997, participei juntamente com a Profa. Rosa de uma assessoria pedagógica do Curso de Nutrição da PUC-Campinas, junto ao Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Celso Pierro. A proposta dessa assessoria foi impulsionada pela necessidade do estabelecimento de vínculo acadêmico/assistencial entre o referido serviço e o Curso de Nutrição (CN). Havia nesse momento o interesse que o CN reforçasse esse vínculo para que a inserção do curso se traduzisse no estabelecimento de objetivos conjuntos, para que o serviço de nutrição fosse modelo, com soluções criativas construídas dentro de critérios científicos para dessa forma, poder aprimorar as atividades de ensino vinculadas à pesquisa e extensão. Esse trabalho tinha como objetivos:

- a ampliação do manual de dietas;
- a padronização das dietas enterais artesanais;
- a implantação de níveis de atendimento à pacientes internados;
- normatização das ações do nutricionista nas clínicas;
- integração com outros profissionais a partir da normatização de ações;
- criação de um sistema de avaliação do atendimento nutricional e dietético nas clínicas;
- ampliação da cobertura do atendimento n atendimento nutricional e dietético para as demais clínicas;
- criação do grupo de suporte nutricional;

- ampliação do atendimento ambulatorial em clínica médica e cirúrgica;
- envolver projetos de pesquisa nessas atividades.

Iniciamos o trabalho realizando um diagnóstico do serviço e levantando problemas, que foram apresentados numa primeira reunião com as nutricionistas. Esse projeto, por falta de interesse do hospital e do serviço não foi implementado até hoje, apesar das graves deficiências em relação à assistência nutricional.

Reportando à referência feita por Bosi (1996, p.44) na introdução deste trabalho, o que me parecia empírico foi mostrado como verdadeiro. Isto é, sempre que indagava aos nutricionistas por que não priorizavam uma parte do seu tempo para a assistência nutricional, as respostas eram sempre as mesmas: "não tenho tempo, pois a produção é muito pesada", "os médicos não valorizam o meu trabalho", "não tenho autonomia para mudar a dieta prescrita pelo médico". Respostas não convincentes, pois a identidade do profissional nutricionista no hospital deve ser construída a partir da assistência nutricional que envolve a presença da dieta, a orientação dietética, a avaliação nutricional entre outras atividades, atribuições conferidas pelo Conselho Federal de Nutrição (CFN). (Anexo 1).

2.3.6- Atuando como docente

Em 1987, ingressei na PUC Campinas como docente do Curso de Nutrição. Assumi a supervisão de estágio no Centro de Saúde Ipaussurama, que naquela época, era gerenciado pela PUC, assim como os centros de saúde Novo Campos e Castelinho, situados na região noroeste de Campinas, próximos ao Campus 2, que funcionavam como escola para os alunos dos mais diversos cursos da área de saúde. Em cada uma dessas unidades tínhamos docentes e desenvolvíamos com os alunos práticas de atendimento nutricional à população. O trabalho nas Unidades Básicas, que naquele momento eram básicas no sentido literal, nos permitiu a criação de um modelo de atendimento nutricional voltada para a comunidade. No estado de São Paulo, a atuação de nutricionista em Centros de

Saúde, resumia-se a algumas unidades da rede básica estadual na cidade de São Paulo, portanto, não tínhamos um modelo de atuação do nutricionista em Saúde Pública. Iniciamos as atividades nas unidades realizando atendimentos ambulatoriais e, pouco a pouco, fomos nos integrando às equipes e aos docentes e alunos dos demais cursos. Passamos a desenvolver outras atividades tais como: visitas domiciliares, grupos terapêuticos, trabalhos em equipamentos sociais, ações de vigilância sanitária e outros. Hoje, compomos as equipes de 3 centros de saúde Ipaussurama, Campos Elíseos e Integração e pretendemos formar profissionais capazes de identificar o campo de atuação e o papel do nutricionista na área da saúde coletiva.



3. CAPÍTULO II

Em 2000, retorno ao HMMG, com a mesma função que ocupei anteriormente. O hospital que deixamos recém-contruído, já apresentava os sinais do descaso de governos municipais. Como não houve manutenção, a estrutura predial estava se deteriorando e os equipamentos sucateados. Os funcionários estavam desmotivados, os processos de trabalho levando a agravos à saúde, aliados a condições de trabalho ruins, gerando um atendimento de baixa qualidade.

A direção do hospital apresentou as diretrizes que pautariam o novo modelo de gestão: acolhimento e responsabilização; clínica ampliada e equipe de referência; gestão participativa e controle social. Essas diretrizes colocadas pela administração que estava assumindo a gestão do hospital, reafirmava que haveria necessidade de que todas as unidades revissem sua forma de trabalho e a atenção prestada ao paciente.

"O caminho que queremos trilhar vai no sentido de construir entendimentos a partir de livre comunicação entre servidores, usuários e gestores" (HMMG, 2000). No documento da direção, que apresenta o projeto de trabalho para 2001, refere que a UND deve "oferecer ao paciente internado, tratamento dietoterápico mais condizente com os avanços tecnológicos".

Portanto, volto ao hospital com diretrizes claras, apontando para o caminho de revisar todos os objetivos e ações praticadas pelo serviço.

A administração que estava assumindo a gestão do hospital, reafirmava que haveria necessidade de que todas as unidades revissem sua forma de trabalho e a atenção prestada ao paciente.

3.1- O HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, HOJE.

O Hospital Municipal "Dr. Mário Gatti" faz parte do sistema de atenção à saúde de Campinas, desempenhando um importante papel. Com vocação para atendimento de urgência e emergência, o hospital agregou também à sua missão o tratamento eletivo.

Com uma grande equipe de profissionais de saúde² e equipamentos complexos, o hospital é referência para todo o sistema de saúde do município. Oferece 196 leitos a população divididos da seguinte forma:

- 20 leitos de curta permanência no pronto-socorro;
- 9 leitos de internação no pronto-socorro;
- 14 leitos de UTI adulto;
- 6 leitos de UTI infantil;
- 24 leitos de neurologia;
- 32 leitos de ortopedia;
- 31 leitos de clínica médica;
- 24 leitos de cirurgia geral;
- 25 leitos de especialidades;
- 29 leitos de pediatria.

Considerado um hospital terciário, atende a uma população SUS - dependente e com problemas de saúde complexos, necessitando de adequação para enfrentar novos perfis de morbidade que acometem essa população.

O novo modelo de gestão para o hospital municipal surgiu da necessidade de dar respostas à população que exigia uma assistência à saúde não mais focada nas doenças, mas que estabelecesse uma relação acolhedora, responsável e que respondesse aos anseios dos pacientes e seus familiares, ou seja, uma nova forma de relação entre eles e os profissionais.

² 1600 funcionários, entre eles 300 médicos, 60 enfermeiros, 400 auxiliares de enfermagem, 5 nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos e outros.

No documento produzido pelo Colegiado de Gestão do Hospital Municipal "Projeto Paidéia de Humanização no Hospital Municipal "Dr. Mário Gatti", 2001, onde se discutiam as diretrizes para a assistência, está reforçada a necessidade de repensar o modelo de atenção à saúde prestado pelo hospital.

É ressaltado nesse documento que "historicamente a assistência à saúde tem enfocado a atenção às doenças e aos procedimentos e tarefas, esquecendo os pacientes. Essa lógica tem trazido prejuízos a abordagem integral, cuja dimensão humana se baseia nas necessidades das pessoas, em suas expectativas, medos e potencialidades" .

3.1.1- O acolhimento e a responsabilização

O acolhimento e a responsabilização pressupõem uma mudança na forma de receber as pessoas nas instituições e responsabilizar-se por elas. Ouvir os pedidos, procurar compreendê-los, avaliar os riscos e encaminhá-los de forma adequada, fazem parte do modo de acolher.

A responsabilização aponta para a criação de vínculo entre profissional e paciente. Hoje nos hospitais públicos o paciente não sabe quem é o profissional que o acompanha, tal é a quantidade de "doutores" que vêm ao seu leito. Ele recebe diariamente a visita de vários profissionais, que lhe fazem muitas perguntas, cada um focando o aspecto que lhe é de interesse e, muitas vezes de forma repetitiva. Via de regra o que lhe perguntam não é o que ele gostaria de falar, esperando respostas padronizadas. Por outro lado, a responsabilização também nos obriga a ouvir, a sermos resolutivos e a não transferir para os outros o que podemos resolver.

Segundo Cecílio "a prática da fragmentação no processo de trabalho desses profissionais gera ações descoordenadas, onde os saberes, sem se complementarem, empobrecem a prática clínica" (Cecílio, 1995, p.329).

3.1.2- Clínica ampliada e equipes de referência

O pressuposto básico para a clínica ampliada é a abordagem do doente de forma integral. A formação de equipes multiprofissionais, deverá incorporar saberes das diversas profissões de forma a responsabilizar cada profissional pelo paciente. Atualmente, fica centrada no médico essa responsabilidade, reforçando o modelo centrado no médico. Cabe à equipe a discussão dos casos, como forma de socializar o processo de saúde - doença, daquele paciente de forma particular, permitindo portanto, a qualificação da assistência.

Segundo o documento "Diretrizes de gestão do Hospital Municipal", os objetivos da clínica ampliada são:

- Garantir resolutividade diagnóstica e terapêutica no tempo ideal que o caso exige;
- Considerar o doente como cidadão, com direitos que julga e age, sujeito no processo de recuperação;
- Proporcionar valorização da escuta e da fala, construindo vínculo de maior qualidade com os pacientes e familiares;
- Aumentar a satisfação profissional através do trabalho em equipe e, na obtenção de melhores resultados terapêuticos.

Deste modo, as equipes de referência devem ser constituídas por:

- 1 médico para cada 10 leitos ou 1 residente para cada 8 leitos;
- 1 supervisor médico para cada 2 residentes;
- 1 enfermeiro para cada 20 leitos;
- 1 fisioterapeuta para cada enfermaria;
- 1 assistente social para cada enfermaria;

- 1 auxiliar ou técnico de enfermagem para cada 4 ou 6 leitos, dependendo do grau de exigência de cuidados;
- Nutricionista, farmacêutico e psicólogo como apoio matricial para as enfermarias.

A condução dos casos deve se dar por uma equipe básica composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta e, no apoio matricial³, se necessário, o psicólogo, o nutricionista e o farmacêutico.

Atribuições da Equipe de Referência:

- Avaliar e propor conduta terapêutica aos problemas do paciente sob seu cuidado;
- Elaborar o projeto terapêutico multiprofissional, incluindo as atividades educativas;
- Diminuir o tempo de permanência no leito, o que o afasta de sua rede social;
- Orientar familiares na ocorrência de óbito, fornecendo suporte emocional e esclarecendo quanto aos procedimentos legais;
- Contribuir para a adaptação e co-participação do doente e acompanhante, integrando-o no processo de tratamento através de atendimento multidisciplinar;
- Agilizar a alta hospitalar com qualidade técnica por meio de interação multiprofissional, com utilização de recursos comunitários e garantia da continuidade da assistência;
- Preencher e organizar o prontuário do paciente.

³ É formado pelo conjunto de profissionais que agregam à equipe básica, núcleos de competência necessários para a sua ação como condutora de casos

Essa nova maneira de pensar a clínica, onde cada profissional de saúde tem sua competência definida, introduz o conceito de ampliação da prática, considerando o paciente não mais como objeto, mas um sujeito participante. Levando em consideração a subjetividade, a equipe valoriza a escuta, acredita na existência do vínculo entre profissional e paciente, além do fato de que a participação da família irá auxiliar na sua recuperação.

3.1.3- Gestão participativa e controle social

O SUS traz em seu bojo a proposta de democratização. Esta democratização está pautada na descentralização, na implantação de conselhos tripartites e paritários e convoca à participação os trabalhadores de saúde, os gestores e os usuários, inclusive no nível de cada estabelecimento. Ao observarmos o envolvimento dos trabalhadores na gestão hospitalar, constatamos que ele é ainda inconsistente caracterizado por uma grande alienação e desmotivação.

Democratizar o poder não é fácil, tanto para os gestores quanto para os trabalhadores. O hospital não tem a cultura da democratização. A articulação entre as mais diversas profissões que compõem o corpo de um hospital, não tem garantido a complementariedade dos diversos saberes e nem objetivos comuns de trabalho (Cecílio e Merhy, 2002).

A gestão colegiada vem sendo efetivada nas unidades de produção de forma heterogênea. Algumas com maior adesão dos trabalhadores, outras com grandes dificuldades na sua formação. Uma parte dos trabalhadores, por nunca ter vivido essa experiência, duvida que os colegiados possam ser um espaço para discussão e resolução dos problemas. O Conselho Local de Saúde que conta com a participação dos usuários, gestores e trabalhadores, possui uma cultura mais participativa e tem se mostrado como um fórum de discussões e importantes decisões.

3.2- A UNIDADE DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Nesse contexto de mudanças que deveriam ocorrer no hospital, a Unidade de Nutrição e Dietética (UND) deve estar organizada para atender às múltiplas demandas de ações. As diretrizes preconizadas para o atendimento ao paciente do hospital devem ser implementadas pela UND.

A produção de refeições não é suficiente para atender à grande meta de um serviço de nutrição, que é a de prevenção de agravos e recuperação do estado nutricional do paciente. Para tanto, há necessidade que o serviço se mobilize no sentido atender a essas novas demandas. Diante desse cenário, havia necessidade de se implantar projetos na UND, que contemplasse as diretrizes propostas pelo hospital UND.

3.2.1- Caracterizando a unidade de nutrição e dietética

A UND do HMMG conta com 87 funcionários, distribuídos nas seguintes categorias: pessoal administrativo, ajudantes de cozinha, cozinheiras, copeiras e nutricionistas. Das 5 nutricionistas, 1 está afastada para tratamento de saúde, 1 coordenadora da unidade, 1 é responsável pela produção e 2 são responsáveis pela nutrição clínica.

A unidade está dividida em três sub-unidades: a produção de refeições, o lactário e pediatria e as clínicas, estando estas duas últimas ligadas à assistência nutricional ao paciente.

O espaço físico e equipamentos são os mesmos de há 10 anos atrás. A capacidade instalada da cozinha previa quando da construção do prédio, o atendimento de 240 leitos e a produção de 500 refeições/dia para funcionários. Os problemas detectados passam pela inexistência de assistência nutricional e desorganização do processo de produção de refeições.

As copeiras cumprem jornada de trabalho de 12 horas, o que impede a criação de vínculo com o paciente. Existe desconhecimento do papel da dieta no tratamento do paciente e um processo de trabalho inadequado, gerando problemas de saúde e elevados índices de absenteísmo.

As cozinheiras e ajudantes de cozinha apresentam envelhecimento funcional e problemas de saúde relacionados com o processo de trabalho. Os conflitos são constantes entre os membros da equipe e a chefia da produção.

As nutricionistas vão "tocando" a rotina estabelecida por cada uma delas, com grande distanciamento da prática clínica, sem motivação para implementar novas práticas que resultem em atendimento nutricional de qualidade. Totalmente despreparadas para comporem, sem uma transição adequada a proposta da equipe de referência.

Esses problemas elencados revelam portanto, que a assistência nutricional prestada aos pacientes desse hospital se resume aos seguintes procedimentos: orientações de alta, quando o paciente ou seu familiar são orientados em como lidar com a alimentação no domicílio; a inter-consulta, quando o nutricionista é chamado pelo médico para opinar sobre a dieta e, finalmente, os casos trazidos pelos funcionários da enfermagem ou copeiras, quando o paciente não está aceitando a alimentação ou apresenta problemas correlatos.

A produção de refeições e o atendimento clínico nutricional, não estabelecem diálogo, apesar de guardarem entre si atividades de interface. A apresentação da refeição, o porcionamento, os horários de distribuição das refeições, os utensílios utilizados, são muitas vezes definidos pelas copeiras, ficando as nutricionistas a margem dessas decisões.

Os profissionais nutricionistas atuando em nutrição clínica apesar de, em tese, serem responsáveis pela avaliação nutricional, pelo aconselhamento nutricional e pelas intervenções nutricionais, limitam-se, de forma insatisfatória, a intervenções esporádicas no cuidado nutricional ao paciente e, apenas quando solicitados.

3.2.2- Investigando a unidade de nutrição e dietética

Em 2002, a Pofa. Rosa, PUC Campinas, faz uma proposta a UND de dar continuidade do trabalho por ela desenvolvido em 2000, no HMMG. Esse trabalho "Um olhar sobre a dieta hospitalar: do planejamento ao consumo", tinha como objetivo "conhecer as razões objetivas e subjetivas, materiais e simbólicas, conscientes e inconscientes que fundamentam a atitude das instituições hospitalares frente à alimentação e, portanto, dos sujeitos envolvidos com a produção de dietas hospitalares" (Garcia, 2000).

Diante das conclusões obtidas pelo projeto de pesquisa realizado em 2001, que ouviu médicos, nutricionistas, pessoal de enfermagem, copeiras, cozinheiras, diretora administrativa e coordenadora do serviço de nutrição, "o que se observa das representações sobre dieta hospitalar é seu caráter restritivo, são seus adjetivos negativos como dieta "fraca", "leve", com pouco tempero. Uma valorização acentuada do uso de suporte nutricional - enteral e oral, principalmente com produtos industrializados, indicando a tendência de medicalização da alimentação e pouca preocupação com cardápios e preparações, ou seja, a preocupação dietética se distancia da preocupação com o gosto e com os atributos simbólicos da alimentação" (Garcia, 2001), havia necessidade de que pensasse um projeto que tivesse como foco central a humanização do atendimento.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, (Ministério da Saúde, 2002), preconiza que "ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato à saúde, haverá uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade". Em vista disso, o cuidado nutricional deve fazer parte do processo de humanização.

Durante anos, vivi e refleti sobre a assistência prestada ao paciente, e a implantação desse projeto que iniciamos em 2002, no HMMG, significava a implantação da assistência nutricional e, por conseguinte, a recuperação do papel da alimentação no processo de humanização. O projeto por nós pensado tinha como objetivo a melhoria do

estado nutricional do paciente por meio de uma alimentação que cumpra além da função nutricional, a função hedônica e social.

A implantação do Programa de Atendimento Alimentar e Nutricional (PAAN), previa um sistema de triagem e monitoramento nutricional, padronização de dietas, o registro do atendimento em prontuário, um sistema de informação sobre o estado nutricional do paciente, a formação de uma comissão mista para elaboração e avaliação de cardápios e o suporte nutricional.

Chegar às ações para a implantação do PAAN, demandou a realização de oficinas com a participação das nutricionistas do hospital e a coordenadora do serviço. A Prof^a Rosa coordenou as oficinas, que descrevemos sucintamente a seguir.

Primeira oficina

Na primeira reunião realizada em abril de 2002 foram levantados os objetivos do projeto. A Profa. Rosa apresentou para o grupo os resultados da pesquisa realizada no ano anterior. Nessa oficina foram levantadas as dificuldades enfrentadas pelo serviço para implantar a assistência nutricional. A maior dificuldade apontada pelo grupo era o reduzido número de nutricionistas que estavam envolvidas com a nutrição clínica.

Nesse momento o serviço dispunha de 4 nutricionistas, que se dividiam nas áreas da seguinte forma: uma delas acumulava a produção de refeições e a chefia. Duas outras se ocupavam com a assistência ao paciente. E uma quarta estava afastada por problemas de saúde. Dessa forma, seria impossível que a assistência nutricional fosse estendida a todos os pacientes. Além dessa dificuldade, o serviço não dispunha de instrumentos que avaliassem quais pacientes seriam priorizados para atendimento em função dos riscos nutricionais.

O manual de dietas estava desatualizado. O serviço havia aumentado sua produção, pois o preço da refeição oferecida aos funcionários era apenas simbólico, o que gerou um maior número de funcionários com acesso às refeições. Como o poder de pressão

dos funcionários é maior, uma vez que o contato dos funcionários com o nutricionista se dá de forma mais direta, o serviço acaba atendendo a essas demandas, melhorando a qualidade da refeição a eles oferecidas. Com os pacientes acaba acontecendo o oposto, seu contato se dá com a copeira ou pessoal de enfermagem, tornando seu poder de pressão muito pequeno.

Ficou definido que haveria necessidade do serviço conhecer o perfil nutricional do paciente internado. Com esse diagnóstico seria possível conhecer a demanda de pacientes com necessidade de assistência nutricional e a capacidade do serviço em atendê-los.

Para realizar a triagem nutricional e conhecer os riscos a que o paciente está submetido, normalmente o nutricionista impossibilitado de realizar uma avaliação nutricional detalhada em todos os pacientes, se utiliza da avaliação subjetiva global.

A avaliação nutricional detalhada inclui a história clínica, os exames bioquímicos, os dados antropométricos, a história dietética e que permite ao profissional uma visão mais integral do estado geral do paciente.

A avaliação subjetiva global evidencia o risco nutricional, se forem incluídos aspectos nutricionais tais como: mudança de hábitos alimentares no domicílio, autonomia para alimentar-se, perda de peso, tipo de dieta no domicílio, atividade desenvolvida, patologia (grau de estresse), avaliação física, alterações gastrointestinais (diarréia, vômitos e outros).

O grupo decidiu que o instrumento a ser utilizado para a triagem nutricional, que nos indicaria quantos pacientes necessitariam do cuidado nutricional mais especial seria a avaliação subjetiva global que o Conselho Federal de Nutricionista (CRN) publicou em 1995 em seu boletim e também o instrumento que é utilizado pela Profa. Rosa no Hospital Celso Pierro. Esses instrumentos necessitariam de ajustes para que pudessem ser utilizados no HMMG.

Na pauta para a próxima oficina estavam incluídos os seguintes assuntos: ajustes no instrumento a ser utilizado na triagem nutricional, revisão do manual de dietas, o perfil nutricional dos paciente, patologias mais freqüentes nas enfermarias, à média de permanência, à classificação dos níveis de complexidade de cada paciente para compor a metodologia de triagem que seria adotada para o atendimento nutricional individualizado.

Segunda oficina

Na segunda oficina realizada em junho de 2002. a nutricionista afastada por problemas de saúde já havia retornado o que colocava mais uma nutricionista disponível para atendimento ao paciente. O hospital contactou 1 nutricionista que ficou responsável pela produção de refeições, liberando portanto a gerente da unidade que acumulava essa função.

Foi apresentado para discussão instrumento (anexo 2) que seria utilizado na triagem nutricional, para definir o nível de complexidade de cada paciente. A partir da aplicação desse instrumento teríamos o perfil do paciente internado e poderíamos definir quantos seriam atendidos e que ações deveriam constar desse atendimento.

A apresentação das informações mostrava que era difícil obter os dados da média de permanência por grupos de patologia, pois o hospital não dispunha dos mesmos. A média de permanência geral era de 7 dias.

A necessidade da elaboração de um instrumento de avaliação para identificar os pacientes com maiores riscos nutricionais e garantir a esses pacientes atendimento integral, pressupõe que todos os pacientes internados serão avaliados para proporcionar aos mesmos atendimento alimentar e nutricional, que melhore o seu estado físico durante o período em que estiverem internados.

A assistência nutricional aos pacientes internados será realizada com o objetivo de contribuir para a manutenção e recuperação do estado nutricional e a prevenção da desnutrição intra-hospitalar.

Terceira oficina

Na terceira oficina realizada em agosto de 2002, foi realizada uma retrospectiva dos passos que haviam sido dados até aquele momento. Foram discutidos os critérios para criação do manual de dietas e a construção de indicadores de avaliação. Observou-se que o hospital está implantando o prontuário único o que permitiria o registro da avaliação nutricional e a evolução do paciente. Foi apresentado o esboço do manual de dietas. Como tarefa para a próxima oficina teríamos os resultado do teste realizado com o instrumento de triagem nutricional.

Quarta oficina

Na quarta oficina realizada em outubro de 2002, foram apresentados os resultados preliminares do teste realizado para triagem nutricional. Os tipos de dieta sua que seriam padronizados e suas composições.

Como metodologia para a implantação PAAN, havíamos previsto 8 oficinas que seriam realizadas mensalmente com a equipe de nutricionistas e de setores afins. Ao final das oficinas a assistência nutricional estaria implantada no HMMG e ofereceríamos o Curso de "Humanização dos Serviços de Alimentação com Enfoque em Nutrição Clínica", que seria oferecido para nutricionista de hospitais da região.

Só conseguimos realizar durante o ano de 2002, 4 oficinas. Como resultado dessas oficinas tivemos a criação do instrumento, já testado, que identifica os pacientes com maior risco nutricional (triagem nutricional) e os classifica em vigilância nutricional, atendimento parcial e atendimento integral. A partir dessa triagem os pacientes receberão atendimento nutricional, mais ou menos intensos. O registro em prontuário da assistência nutricional, já é possível de ser viabilizado, pois o hospital implantou o prontuário único. A padronização das dietas está em fase de conclusão. A comissão mista de elaboração e avaliação de cardápios ainda não foi criada. Portanto, estamos ainda em fase de construção do projeto.

Esta investigação, mostrou ganhos e revelou desafios para a UND do HMMG e para pensar o lugar e o papel do nutricionista como trabalhador de saúde.



4. CONCLUSÃO

Ao iniciarmos esta dissertação fizemos uma discussão a respeito da importância da dieta hospitalar na prevenção e recuperação da saúde, e levantamos as dificuldades enfrentadas, para que a alimentação ocupe o espaço necessário no cuidado ao paciente. Ao final deste trabalho, quero registrar que o tema aqui abordado, sob o ponto de vista de uma alimentação prazerosa para o paciente, vem lentamente quebrando o mito de que o indivíduo internado em um hospital precisa se sujeitar a um modelo de alimentação caracterizado por comidas leves e insossas.

Na cultura nas instituições hospitalares a dieta é encarada como apoio ao tratamento, não levando em consideração o seu caráter terapêutico e do prazer. Apesar de na minha última experiência profissional, as diretrizes da instituição deixarem claras que todos os aspectos relacionados com a humanização no atendimento, incluindo a dieta, deva ser tratada como uma parte do processo de humanização, na prática ocorreram poucas mudanças.

Tenho observado que o que interessa ao dirigente do hospital é que não surjam reclamações sobre a alimentação e isto é, via de regra, o que acontece. Nos hospitais públicos o poder de pressão dos pacientes é muito baixo e o entendimento sobre a importância da alimentação na sua recuperação é pequeno, resultando em baixa expectativa em relação à importância da dieta.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar publicado em 1999, pelo Ministério da Saúde, define padrões de qualidade para toda assistência prestada nos hospitais. Esse manual, em relação aos Serviços de Nutrição e Dietética recomenda a implantação de atividades de controle de qualidade nos serviços.

A visita aos pacientes pelo nutricionista durante o período de internação, os programas de educação alimentar, o acompanhamento da evolução dos pacientes com algum comprometimento nutricional, o controle da administração das dietas enterais, são alguns dos itens que constam da acreditação. Observamos, porém, que as questões relativas à alimentação que o paciente recebe são negligenciados nesse manual, que se volta para a temperatura, quantidade e qualidade da refeição. Qual qualidade?

O que se observa nas instituições hospitalares é a inexistência de projetos de assistência nutricional. Entretanto, é necessário que a implantação desses projetos venha apoiada em indicadores que vão além das questões relativas à temperatura, quantidade e qualidade das refeições servidas aos pacientes.

Ao questionarmos o modelo de atuação do nutricionista em nutrição clínica, no que se refere à sua aderência à realidade da assistência nutricional prestada nos hospitais, verificamos que a responsabilidade desse profissional é muito grande na medida em que sua linha de trabalho será decisiva no grau do risco das complicações clínicas e no tempo de internação dos pacientes.

O nutricionista deve ter o compromisso de implantar um modelo de assistência nutricional que minimize os agravos da doença através da alimentação.

Este trabalho tem a modesta intenção de arejar a discussão sobre a questão da alimentação hospitalar, com o objetivo de dar uma pequena contribuição à melhoria dos serviços públicos, especialmente nos dias de hoje, em que se discute tanto a necessidade de desenvolver políticas de inclusão social para amplas parcelas da população brasileira.

Uma nova prática alimentar, mais "democrática", implantada nas instituições hospitalares poderá ser importante no processo de auxiliar a prevenção de riscos de complicações clínicas que podem levar ao aumento da morbimortalidade. No entanto, temos que ter consciência de que o simples ato de um paciente poder comer o que gosta dentro de suas limitações orgânicas, representa o produto final de uma grande "revolução" das práticas sedimentadas há tantas décadas em nossos hospitais. Talvez a palavra "revolução" aqui usada esteja inadequada; "evolução" parece ser um termo mais apropriado, ou seja, um lento processo de transformação das ações que caracterizam as relações entre os profissionais de saúde e o paciente dentro de uma instituição hospitalar.



5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Nutrição. **Histórico do nutricionista no Brasil: 1939 a 1989:** coletânea de depoimentos e documentos. São Paulo: Atheneu, 1991. 442p.

BOOG, M.C.F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.12, n.3, p.261-272, 1999.

BOSI, M.L.M. **Profissionalização e conhecimento:** a nutrição em questão. São Paulo: HUCITEC, 1996. 203p.

CECÍLIO, L.C.O. **O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos.** São Paulo: Hucitec, 1997. p.293-320.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, São Paulo, 2002.

COLEGIADO de Gestão do Hospital Municipal "Dr. Mário Gatti". **Projeto Paidéia de humanização da assistência no hospital municipal "Dr. Mário Gatti".** Campinas, 2001. (Mimeo).

CONSELHO Federal de Nutricionistas. **"Definição de atribuições principal e específicas dos nutricionistas, conforme área de atuação"**. Brasília, 1994. (Mimeo).

CONSELHO Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 200/98. **Dispõe sobre o cumprimento das normas de definição de atribuições principal e específicas dos nutricionistas, conforme área de atuação.** Disponível em: <<http://www.cfn.org.br>>. Acesso em: 28 nov. 2002.

COSTA, N.M.S. Revisando os estados e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.12, n.1, p.5-19, 1999.

GARCIA, R.W.D. Um enfoque simbólico do comer e da comida. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v.5, n.1, p.70-80,1992.

GARCIA, R.W.D. **Projeto de extensão interinstitucional:** PUC-Campinas (Faculdade de Nutrição) e Hospital Municipal Mário Gatti. 2000 (Mimeo).

GARCIA, R.W.D. **Relatório: um olhar sobre a dieta hospitalar: do planejamento ao consumo.** 2001, 17p. (Mimeo).

KAMIMURA, M.A.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L.R.; CUPPARI, L. **Avaliação nutricional.** São Paulo: Manoele, 2002. p.71-108.

KRAUZE, M.V.; MAHAN, L.K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 8.ed. São Paulo: Roca, 1995. 957p.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar.** 2.ed. Brasília, 1999. 159p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O processo de humanização dos serviços de saúde: a experiência do programa nacional de humanização da assistência (PNHAH).** Brasília, 2002. 51p.

SECRETARIA Municipal de Saúde. **Hospital Municipal Dr. Mário Gatti: projeto de trabalho para o ano de 2001.** Campinas, 2001. (Mimeo).

SOUZA, A.A. **O trabalho do nutricionista e a gestão dos cuidados nutricionais: um estudo antropológico em unidades de alimentação e nutrição hospitalares.** Santa Catarina, 2001. 280p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I.T.D. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI). **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.14, n.2, p.124-134, 1999.



*REFERÊNCIAS
CONSULTADAS*

CABRAL, P.C.; BURGOS, M.G.P.A.; MEDEIROS, A.Q.; TENÓRIO, A.K.T.; FEITOZA, C.C. Avaliação do estado nutricional de pacientes internados em um hospital universitário. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v.11, n.2, p.125-132,1998.

FOUCAUT, M. **Microfísica do poder**. 12.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996. p.99-111.

GONZALEZ, D.R.; DUTRA, D.Z.; LIMA, R.P.; ALVES, F. A.; SPOLIDORO, J.V. Avaliação nutricional: abordagem objetiva ou subjetiva? **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, n.56, p.41-46, 2002.

MARTINEZ, S. *et al.* Nutrição e gastronomia: valorizando a preparação dos alimentos. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v.8, n.42, p.14-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Constituição brasileira de 1988**. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consulta Pública n.3, 14 de maio de 2002. **Estabelece exigências mínimas de estruturação técnico-administrativo e de financiamento para o Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 8p. (Mimeo).

SENA, F.G.; ANDRADE NETO, E.R.; TADEO, E.R., FERREIRA, M.S.R.; ROLIM, E.G. Estado nutricional de pacientes internados em enfermarias de gastroenterologia em um hospital universitário. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.12, n.3, p.233-239, 1999.

TRENTIN, A.C.; GARCIA, R.W.D. **Proposta de trabalho para assessoria pedagógica do curso de nutrição junto ao serviço de nutrição e dietética do Hospital e Maternidade Celso Pierro**. Campinas, jun. 1997. (Mimeo).



7. ANEXOS

**IDENTIFICAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL PARA CLASSIFICAÇÃO DOS
NÍVEIS DE ATENDIMENTO**

PACIENTE EM VIGILÂNCIA NUTRICIONAL:

Objetivos:

Identificar o risco nutricional do paciente na internação;

Manter o estado nutricional do paciente;

Caracterização do estado nutricional do paciente:

Se o paciente for de baixo risco será classificado como em vigilância nutricional, não exigirá cuidados nutricionais durante o período de internação. Quando o paciente apresentar alguma intercorrência será reavaliado recebendo atendimento parcial ou integral.

Ações:

Avaliação nutricional subjetiva na internação;

Dieta padronizada;

Observação pela nutricionista do consumo alimentar;

Reavaliação quando houver intercorrência.

PACIENTE COM ATENDIMENTO NUTRICIONAL PARCIAL:

Objetivos:

Identificar o risco nutricional do paciente na internação;

Manter ou melhorar o estado nutricional do paciente;

Monitorar a evolução do estado nutricional e as condições clínicas que dependem da dietoterapia durante a internação;

Manter ou melhorar o estado nutricional do paciente;

Caracterização do estado nutricional do paciente:

Se o paciente for classificado como médio risco, exigirá atendimento parcial. Deverá haver monitoramento do estado nutricional e a relação da alimentação com a evolução clínica, sobretudo para doenças crônicas.

Ações:

Identificação do risco nutricional do paciente na internação;

Dieta padronizada;

Observação pela nutricionista do consumo alimentar;

Monitorar a evolução do estado nutricional e as condições clínicas que dependem da dietoterapia durante a internação;

Reavaliação da evolução nutricional a cada 3 dias;

Intervenção, se necessário;

Avaliação do estado nutricional na alta.

Orientação alimentar de acordo com o quadro clínico do paciente.

PACIENTE COM ATENDIMENTO NUTRICIONAL INTEGRAL

Objetivos:

Identificar o estado nutricional do paciente na internação;

Monitorar a evolução do estado nutricional e as condições clínicas que dependem da dietoterapia durante a internação;

Recuperar o estado nutricional do paciente;

Identificar o estado nutricional na alta.

Caracterização:

Se o paciente for classificado como alto risco, após avaliação subjetiva global, exigirá portanto de atendimento nutricional integral. Deverá receber cuidados nutricionais específicos.

Ações:

Avaliação nutricional subjetiva global na internação;

Avaliação nutricional diária com tomada de medidas antropométricas ;

Cálculo de necessidades nutricionais;

Dieta individualizada;

Avaliação do consumo alimentar;

Evolução nutricional diária no prontuário;

Avaliação nutricional com tomada de medidas antropométricas;

Avaliação do consumo alimentar;

Dieta padronizada;

Reavaliação da evolução nutricional a cada 2 dias;

Avaliação do estado nutricional na alta.

AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL - TRIAGEM NUTRICIONAL**a) Mudanças na alimentação domiciliar:**

- | | Total parcial de pontos |
|---|-------------------------|
| (0) () Não houve mudança | |
| (1) () Diminuição do consumo alimentar (redução de 30%) | <input type="text"/> |
| (2) () Diminuição severa do consumo alimentar (redução de 50%) | |
| (2) () Períodos de jejum sucessivos | |

b) Autonomia para alimentar-se visando seu auto-cuidado:

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| (0) () Independente | |
| (1) () Parcialmente dependente | <input type="text"/> |
| (3) () Dependente | |

c) Consumo alimentar durante a internação:

- | | |
|--|----------------------|
| (0) () Apresenta bom apetite e ingere toda a alimentação oferecida | |
| (1) () Consumo alimentar alterado ou diminuído com apetite seletivo | <input type="text"/> |
| (2) () Consumo alimentar muito comprometido | |
| (2) () Predominantemente alimentação enteral ou por outras vias | |

d) Diagnóstico:

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| (1) () Doença de baixo estresse | <input type="text"/> |
| (2) () Doença de alto estresse | |

e) Dieta Hospitalar:

- (0) () Não exige modificação da dieta
(1) () Exige mudança da dieta prescrita
(2) () Exige adaptações especiais na dieta padronizada

f) Avaliação Física:

- (0) () Eutrófico
(1) () Sobrepeso
(4) () Obeso
(2) () Desnutrido
(1) () Em processo de depleção

Pontuação e Classificação:

Tipo de Atendimento

2 pontos - Vigilância Nutricional

5 a 7 pontos - Atendimento Parcial

8 ou + pontos - Atendimentos Integral

ROTEIRO PARA O PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO SUBJETIVA PARA TRIAGEM NUTRICIONAL

a) Mudança na alimentação domiciliar:

Diminuição do consumo alimentar (redução de 30%)

O paciente relata que reduziu seu consumo alimentar em 1/3: deixava restos no prato, não conseguia comer tudo, reduziu a quantidade de alimentos no prato.

Diminuição do consumo alimentar em 50%

O paciente relata que só conseguia comer metade ou menos do que estava acostumado, pulava refeições. Sentia aversão por alguns alimentos.

Períodos de jejum sucessivos

Ficava muito tempo sem se alimentar, não fazia as refeições principais ou pulava refeições, só tinha vontade de comer alguns alimentos, sentia aversão por outros. O que comia era sem vontade.

b) Autonomia para alimentar-se visando o seu auto-cuidado:

Independente

O paciente consegue se alimentar sozinho, não dependendo de ajuda.

Parcialmente dependente

O paciente necessita que a bandeja seja colocada na sua frente, mas consegue se alimentar sozinho, precisa de ajuda para sair do leito e locomover-se.

Dependente

O paciente precisa que alguém lhe dê comida na boca, não consegue andar.

c) Consumo alimentar durante a internação:

Apresenta bom apetite e ingere toda alimentação oferecida

O paciente não deixa restos, relata que tem fome.

Consumo alimentar alterado ou diminuído com apetite seletivo

O paciente não consegue comer tudo que lhe é oferecido, deixa restos e apresenta vontade de comer outros alimentos diferentes dos da dieta padronizada.

Predominantemente dieta enteral ou por outras vias

O paciente está recebendo dieta enteral ou parenteral.

d) Diagnóstico:

c) Dieta hospitalar:

Não exige mudança da dieta

O paciente recebe a dieta prescrita com boa aceitação e sem necessidade de modificações.

Exige mudança da dieta prescrita

O paciente aceita parte da dieta prescrita, mas necessita de suplementos ou modificações.

Exige adaptações especiais na dieta prescrita

O paciente não aceita a dieta prescrita, exigindo suplementos ou mudança da dieta.

f) Avaliação física

Nesse item há necessidade de observação no estado físico do paciente