



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

Ana Cláudia Santos de Oliveira

**RELAÇÃO DA ESTRUTURAÇÃO DE UM SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E O RISCO
DE DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR EM UM APARELHO HOSPITALAR DA REDE
ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Santo Antônio de Jesus

2018

Ana Cláudia Santos de Oliveira

RELATO DE EXPERIÊNCIA

RELAÇÃO DA ESTRUTURAÇÃO DE UM SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E O RISCO DE DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR EM UM APARELHO HOSPITALAR DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado sob a forma de artigo científico como requisito para conclusão do curso Bacharelado em Nutrição - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Orientador: Prof. Dr. George Mariane Soares Santana

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Soares da Costa

Santo Antônio de Jesus

2018

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus pela presença em todos os momentos e apoio incondicional, me dando força e coragem para enfrentar e alcançar este presente que me proporcionou vivenciar apesar de todas as dificuldades.

A minha mãe Marinês (In memorian), que sempre em vida me incentivou a seguir meus sonhos e com certeza estaria me apoiando e muito realizada por minha conquista.

Ao meu esposo Luiz Julião que durante todo o tempo me incentivou, aceitou minhas desculpas de falta de tempo, me socorreu sempre que necessário indo me buscar em Santo Antônio de Jesus, me deu o suporte com a nossa filha e as tarefas da casa, OBRIGADA pelo amor, paciência e apoio.

A minha filha Maria Luíza que me incentivou desde o início, demonstrando estar sempre orgulhosa por sua mãe ter conseguido entrar na Universidade. Perdão pelos dias ausentes, pelas horas de estresses e falta de paciência, você foi crucial para a chegada deste dia. OBRIGADA pelo seu amor.

Ao meu filho Vinicius que esteve presente durante todo o processo me apoiando e incentivando.

A Elizabete Alves que esteve do meu lado desde o início cuidando de meu maior tesouro, a minha filha, dedicando o seu amor materno em tempo integral, o meu imenso OBRIGADO, não tenho como expressar a minha gratidão, Deus te abençoe sempre.

As minhas lindas cachorrinhas de estimação Lili (in memorian) e Lola que sempre estiveram junto a mim nas madrugadas e horas afins de estudos.

A meu irmão Alexsandro que junto com sua família, Kaliane, Vitória, Alexandre e Gil me ajudando e dando apoio para que trilhasse este caminho, muito OBRIGADA.

Aos meus Tios Newton & Nelma OBRIGADO pela compreensão, carinho, apoio e incentivo, sempre ao meu lado colaborando para que o meu sonho se concretizasse.

A minha amiga, irmã de coração e comadre Nélia, meu amigo e compadre Antônio (Flá), meus sobrinhos Uanderson e Gabriele, sempre presentes e dispostos a ajudar, perdando a falta de tempo e ausência, OBRIGADO pelo amor.

A minha amiga Idelmária Oliveira, meus sobrinhos Lizandra e Guilherme,

OBRIGADO por sempre estarem ao meu lado, me amparando nas horas de sufoco, me dando forças para seguir, sempre com orgulho e amor.

Aos meus amigos de turma 2010.1 que foram maravilhosos no estímulo da minha caminhada.

Aos comandantes da 27ª Companhia Independente de Polícia Militar da Bahia que desde o ingresso na universidade direta e indiretamente proporcionaram meios para que eu pudesse cursar e concluir a graduação e a todos os meus colegas de farda que me apoiaram e ajudaram nos momentos difíceis de conciliação entre estudo e trabalho.

Aos topiqueiros da linha Cruz/SAJ que sempre com muito carinho e atenção conduziam seus veículos em todos os dias de bate e volta, em especial, John, Jurandir, Val e Izo.

Alguns amigos em especial acabam desempenhando uma função muito importante na nossa vida acadêmica, entre todos que passaram por minha jornada quero destacar alguns que vão continuar na minha vida. Elaine Cerqueira, Michele Cavalcante, Zuleide Nascimento, Israel Batista, Edleide Santana, Neila Cristina, Jamile Freitas, Debora Cruz (Enfermagem), Michele Leão, Saadia Souza, Jamile Souza, obrigada por tudo e todos os momentos que passamos juntos compartilhando os tropeços e vitórias.

A todos os professores, técnicos e funcionários da UFRB/CCS, pela troca de experiências, oportunidades de aperfeiçoamento, crescimento profissional, amizade e carinho.

Em especial ao meu orientador Prof. Dr. George Mariane Soares Santana e meu Coorientador Prof. Dr. Carlos Alberto Soares da Costa, pelo companheirismo, apoio e ter abraçado com tanta dedicação e humanidade a minha ideia.

OBRIGADA, essa vitória também é de vocês!!!

"Se você quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior."

Dalai Lama

SUMÁRIO

OBJETIVO GERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1. INTRODUÇÃO	7
1.1. ÁREA DE ALIMENTAÇÃO COLETIVA	11
Subárea - Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) institucional (pública e privada).....	11
1.2. ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA.....	12
Subárea – assistência nutricional e dietoterápica em hospitais, clínicas em geral, hospital-dia, unidades de pronto atendimento (upa) e <i>spa</i> clínicos	12
SUBÁREA – ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E DIETOTERÁPICA EM SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	14
1.3. CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA DEFINIR PARÂMETROS NUMÉRICOS	14
1.3.1. ÁREA DE ALIMENTAÇÃO COLETIVA	14
1.3.2. ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA.....	15
• Hospitais e Clínicas em Geral:	15
JUSTIFICATIVA	16
RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	16
LOGÍSTICA DA UNIDADE	16
LOGÍSTICA DE ATENDIMENTO	19
REFERÊNCIAS	29

OBJETIVO GERAL

Avaliar o funcionamento de um serviço de nutrição em um determinado hospital do Recôncavo da Bahia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear o funcionamento de um serviço de nutrição clínica em uma unidade hospitalar;
- Descrever através da visão de uma estagiária à atuação do profissional nutricionista sobre a ingestão alimentar dos pacientes hospitalizados e, conseqüentemente, sobre o estado nutricional dos mesmos;
- Trazer normativas do Conselho Federal de Nutricionista – CFN e do Conselho Regional de Nutricionistas CRN5;
- Revisar os status nutricionais dos pacientes com risco de desnutrição.

RESUMO

Hospitais são unidades de saúde voltadas ao diagnóstico, tratamento e à recuperação de enfermidades sob o regime de internação. As atividades hospitalares compreendem desde a triagem, primeira anamnese, diagnósticos até os cuidados de enfermagem e os serviços de apoio ao tratamento, nos quais se insere a terapia nutricional, sob a responsabilidade da Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar. A legislação de referência que dispõe sobre os parâmetros numéricos para atuação do nutricionista, as Resoluções CFN Nº 380/2005 e 600/2018, considera a carga horária semanal de 30 horas para dimensionar o número mínimo de nutricionistas necessários para adequada cobertura do serviço de nutrição. Sem dúvidas a experiência do estágio é de fundamental relevância para o discente, pois nele tem-se a possibilidade de compreender proativamente a informação teórica obtida através das aulas, e a oportunidade de se preparar para encarar os desafios habituais da vida profissional. Ao final de toda minha trajetória de estudo e dedicação na graduação, das dificuldades no campo teórico e suas inquietações fui colocada à prova no estágio para aplicar toda teoria na prática clínica, deparei-me com uma ausência ou não implementação de forma simples de alguns dos componentes básicos da assistência nutricional, evidenciando uma lacuna no processo do cuidado aos pacientes, sobretudo daqueles em risco nutricional. Dentre esses, a não classificação dos pacientes conforme a avaliação nutricional concretizada adjunta a admissão hospitalar, acompanhada da priorização do atendimento individualizado e especializado daqueles que se encontra em condição ou situação de maior risco.

PALAVRAS-CHAVE: Estágio. Atuação do Nutricionista. Desnutrição. Serviço hospitalar de nutrição.

ABSTRACT

Hospitals are health units dedicated to the diagnosis, treatment and recovery of diseases under the hospitalization regime. Hospital activities range from screening, first anamnesis, diagnosis to nursing care and treatment support services, in which nutritional therapy is inserted, under the responsibility of the Hospital Nutrition and Nutrition Unit (UAN). The reference legislation that regulates the numerical parameters for the nutritionist, CFN Resolutions No. 380/2005 and 600/2018, considers the weekly workload of 30 hours to size the minimum number of nutritionists necessary for adequate coverage of the nutrition service. Undoubtedly, the internship experience is of fundamental relevance for the student, since it has the possibility to proactively understand the theoretical information obtained through the classes and the opportunity to prepare to face the usual challenges of working life. At the end of my whole career in study and dedication to graduation, from the difficulties in the theoretical field and his anxieties, I was put to the test at the stage to apply all theory in clinical practice, I came across an absence or not simple implementation of some of the basic components of nutritional assistance, evidencing a gap in the process of caring for patients, especially those at nutritional risk. Among these, the non-classification of patients according to the nutritional evaluation carried out, together with the prioritization of the individualized and specialized care of those who are in a condition or situation of greater risk.

KEY WORDS: Internship. Performance of the Nutritionist. Malnutrition. Nutrition hospital service.

1. INTRODUÇÃO

A mudança de hábitos alimentares tem sido relacionada às doenças e aos agravos não transmissíveis, cujas prevalências aumentaram consideravelmente nos últimos anos. Nessa perspectiva, estudos demonstram que uma alimentação balanceada, adequada a cada indivíduo, de acordo com a faixa etária, o gênero e a atividade ocupacional, auxilia na prevenção dessas doenças (BARRETO et al., 2005; ERN, 2006; ARÊAS, 2009; CHOW et al., 2010).

O incentivo à alimentação saudável deve ser reforçado diariamente, mas isto é um desafio para todos os profissionais de saúde. Sabe-se que o conhecimento sobre a alimentação saudável não é a garantia de bem-estar nutricional. Viana (2002) afirma que a escolha dos alimentos está relacionada com o prazer e as lembranças, e com os hábitos adquiridos na infância, além de outros fatores psicológicos e sociais. Portanto, para alterar e manter certo comportamento alimentar, deve-se compreender o processo de ingestão de alimentos do ponto de vista sociocultural e conhecer as atitudes e crenças, e outros fatores psicossociais que influenciam os hábitos alimentares (VIEIRA et al., 2011). Já para Costa e Vieira et al., (2011) a adoção de um estilo de vida saudável pode ser duas vezes mais efetiva do que o tratamento farmacológico no controle de doenças crônicas não transmissíveis a citar o diabetes.

A alimentação pode ser considerada como um dos fatores comportamentais que mais influência a qualidade de vida das pessoas. Dentro de uma perspectiva mais ampla, os hábitos alimentares são adquiridos em função de aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos, que envolvem o ambiente das pessoas (ASSIS; NAHAS, 1999). A alimentação constitui um fator de grande importância para a qualidade de vida das pessoas (ALMEIDA et al., 2009). A relação entre alimentação e saúde é discutida desde a antiguidade, sendo reconhecidos os aspectos terapêuticos da alimentação. Esta relação tem sido estudada pela Ciência da Nutrição que procura, através da alimentação adequada, individual ou coletiva, promover o estado de saúde, retardando ou evitando o aparecimento de doenças. (VIEIROS, 2002). Apenas a partir do século XX, se verifica que a Ciência da Nutrição se apresenta consolidada, evoluindo com os avanços da área hospitalar

(PROENÇA, 1997; JORGE,2005).

Desta maneira o serviço de nutrição em ambientes nosocomiais historicamente se coloca para determinar diagnóstico, tratamento e à recuperação de enfermidades sob o regime de internação. As atividades hospitalares compreendem desde a triagem, primeira anamnese, diagnósticos até os cuidados de enfermagem e os serviços de apoio ao tratamento, nos quais se insere a terapia nutricional, sob a responsabilidade da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) Hospitalar (BRASIL, 2002). Considerando o hospital um sistema, o serviço responsável pela nutrição e alimentação pode ser considerado um subsistema que sob o ponto de vista do paciente (público externo), sob o ponto de vista da alimentação dos funcionários (público interno) e acompanhante, é complementar e colabora diretamente com o hospital para atingir o seu objetivo final. Este subsistema é constituído por um conjunto de bens e serviços destinado a prevenir, melhorar e/ou recuperar a saúde da população que atende (TEIXEIRA et al, 2004).

A preocupação com indicadores do estado nutricional do indivíduo hospitalizado tem sido crescente, uma vez que a desnutrição intra-hospitalar continua sendo a causa mais frequente do aumento da morbimortalidade na internação, atingindo entre 30% e 50% das pessoas hospitalizadas de todas as idades (GOTTRAUX et al, 2004; WAITZBERG et al, 2001). A desnutrição em indivíduos internados é resultado de uma série de fatores, podendo estar associada à doença e/ou ao tratamento (RASLAN et. al, 2010) . Uma das principais causas é o consumo alimentar inadequado, e são várias as situações clínicas que podem causar perda de apetite ou dificultar a ingestão de alimentos, além de procedimentos de investigação e tratamento que acarretam a necessidade de jejum e alterações na composição da dieta (KONDRUP et. al, 2002). Detecção e intervenção inadequadas também podem acarretar o agravamento do estado nutricional durante a internação (KYLE et. al, 2009).

Garcia (2006) argumenta que, entre os fatores causais atribuídos à desnutrição hospitalar, a alimentação é considerada um fator circunstancial em razão das mudanças alimentares, troca de hábitos e horários alimentares. Além disso, mais da metade dos pacientes hospitalizados dependem da unidade responsável pela alimentação para obtenção de sua única fonte de nutrição.

Destaca-se, ainda, que pacientes internados por um período abaixo de cinco dias podem sofrer menos com a redução do consumo nutricional. No entanto, pacientes severamente hipercatabólicos, em riscos nutricionais e internados por longo período, podem tornar-se desnutridos, aumentando-se as complicações, o período de internação e, conseqüentemente, os custos (Allison, 1999).

De acordo com Prieto et. al. (2006), a perda de peso e desnutrição durante a hospitalização, são ocasionadas por diversos fatores, entre eles, o aumento das necessidades energéticas, diminuição da ingestão calórica, presença de fatores que contribuem para a redução desta, como, náuseas, vômitos, diarreia, inapetência, saciedade precoce e disfagia; diminuição da capacidade de digestão e absorção intestinal dos nutrientes e de seu metabolismo, períodos prolongados de jejum para a realização de exames e terapia medicamentosa instituída. Além disso, o próprio ambiente hospitalar, ao qual o paciente não está familiarizado, o horário pré-estabelecido para as refeições, diferente do que estava acostumado, o trânsito intenso de pessoas no quarto no horário das refeições também podem contribuir negativamente para a ingestão alimentar.

Uma vez instalada, a desnutrição resulta em aumento significativo da incidência de morbimortalidade no ambiente hospitalar. A perda de proteínas viscerais/sérica reduz a resistência à infecção, impede o reparo de tecidos e interfere na síntese de enzimas e proteínas plasmáticas (VANNUCCHI; UNAMUNO; MARCHINI, 1996). Prieto et. al. (2006) também citam a presença de complicações como pneumonia, sepse e úlceras de decúbito, além de complicações pós-operatórias e retardo na cicatrização de feridas em pacientes desnutridos.

Em 2005, o Conselho Federal de Nutricionistas aprovou a Resolução CFN nº 380 que definiu as áreas de atuação do profissional: alimentação coletiva; nutrição clínica; saúde coletiva; docência; indústria de alimentos; nutrição em esportes e marketing. Assim, definiu como Nutrição Clínica atividades de alimentação e nutrição realizadas nos hospitais e clínicas, nas instituições de longa permanência para idosos, nos ambulatórios e consultórios, nos bancos de leite humano, nos lactários, nas centrais de terapia nutricional e em atendimento domiciliar, estabelecendo as atividades obrigatórias e atividades complementares do nutricionista na área de nutrição clínica. A Resolução considera como atribuições obrigatórias desse

profissional: definir, planejar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos pacientes, segundo níveis de atendimento em Nutrição; elaborar o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos; elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional; registrar em prontuário do paciente a prescrição dietética e a evolução nutricional de acordo com protocolo pré-estabelecido pelo Serviço e aprovado pela instituição; promover educação alimentar e nutricional para pacientes, familiares ou responsáveis; orientar e supervisionar a distribuição e administração de dietas; interagir com a equipe multiprofissional, definindo os procedimentos complementares à prescrição dietética. Quanto às atribuições complementares, merece destaque a solicitação de exames laboratoriais necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução do paciente (CFN, 2005).

A Resolução CFN Nº 419, de 18 de março de 2008, que dispõe sobre os critérios para assunção de responsabilidade técnica no exercício das atividades do nutricionista, e dá outras providências. Reporta-se a este renomado órgão, no intuito de subsidiar esta Secretaria no tocante à recomendação do Quadro Técnico mínimo de nutricionistas para o desempenho adequado das atribuições obrigatórias destes profissionais nos Hospitais Regionais do Governo do Distrito Federal, conforme a Resolução CFN Nº 380/2005.

A legislação de referência que dispõe sobre os parâmetros numéricos para atuação do nutricionista, Resolução CFN Nº 380/2005, considera a carga horária semanal de 30 horas para dimensionar o número mínimo de nutricionistas necessários para adequada cobertura do serviço de nutrição. Como na SES/DF há nutricionistas que atuam com diferentes cargas horárias semanais, para este dimensionamento consideramos o número de horas totais demandadas pelo serviço de nutrição (número de nutricionistas recomendados por leito nos diferentes níveis de assistência nutricional multiplicado por 30 horas).

Conforme Resolução CFN 378 de 28 de dezembro de 2005 Art. 5º compõem o quadro técnico: nutricionistas e técnicos em nutrição. No Art. 6º e 15 desta mesma resolução, estabelece que a responsabilidade técnica só será liberada se existir quadro técnico, cujo número obedecerá resolução vigente. A Resolução CFN 576 de 19 de novembro de 2016, que estabelece, nos artigos 12 e 13, que nos locais onde

a prestação de serviço envolver mais de um Nutricionista, a solicitação de concessão de Responsabilidade Técnica deverá ser acompanhada pelas informações relativas aos integrantes do Quadro Técnico (QT).

O Nutricionista ou técnico em nutrição que deixar de exercer a atribuição de QT por determinada Pessoa Jurídica deverá comunicar por escrito ao CRN de sua jurisdição no prazo máximo de 15 (quinze) dias. O cancelamento do vínculo como QT não exime o Nutricionista/ Técnico em Nutrição da responsabilidade profissional pelas atividades por ele desempenhadas durante sua atuação na Pessoa Jurídica. Cabe ao nutricionista responsável técnico encaminhar o formulário de quadro técnico com as alterações da composição do QT, no prazo máximo de 30 (trinta) dias (CFN 576, 2005). Os Nutricionistas integrantes do QT poderão responder solidariamente com o Nutricionista Responsável Técnico pelas atividades que desenvolvem na sua área de atuação. Na avaliação do quadro técnico, também, serão considerados outros vínculos deste; podendo ser negado caso não haja compatibilidade de carga horária, dias de trabalho, deslocamento, etc. As Resoluções que estabelecem parâmetros de quadro técnico hospitalares estão contidas nas Resoluções CFN nº 380 de 28 de dezembro de 2005 e nº 600 de 25 de fevereiro de 2018, como pode-se observar nos parágrafos I e II, á seguir:

1.1. Área de Alimentação Coletiva

Subárea - Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) institucional (pública e privada)

Tabela 1. Serviços de Alimentação Coletiva (autogestão e concessão) em: hospitais, clínicas em geral, hospital-dia, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), *spaclínicos*, serviços de terapia renal substitutiva, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e similares.

Nº de grandes refeições/dia	Nº de Nutricionistas	Carga horária técnica Semanal
Até 100	1	20h
101 a 300	1	30h
301 a 500	2	30h

501 a 2.000	3	30h
2.001 a 3.000	4	30h
Acima de 3.000	4 + 1 a cada 1.000 refeições/dia	30h

Observações:

- 1 – Para fins de cálculo do número de grandes refeições, considerar que dez pequenas refeições equivalem a uma grande refeição.
- 2 – Nas Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN), manter nutricionista na supervisão das rotinas de produção e distribuição de refeições, nos períodos diurno e noturno, inclusive em regime de plantão e nos finais de semana e feriados.
- 3 – Os parâmetros descritos na Tabela 1 se aplicam para os serviços centralizados, descentralizados e mistos.
- 4 – O número total de nutricionistas ou da carga horária técnica semanal da instituição será composto do somatório da Tabela 1 da área de Nutrição em Alimentação Coletiva e da Tabela 2 da área de Nutrição Clínica – Hospital e Clínicas em geral, conforme os níveis de complexidade existentes.
- 5 – A carga horária técnica semanal refere-se à atuação de cada nutricionista para atendimento às atribuições, considerando a complexidade do serviço.
- 6 – Os casos não previstos na tabela ficarão a critério da análise do Conselho Regional de Nutricionistas (CRN).

1.2. Área de Nutrição Clínica

Subárea – assistência nutricional e dietoterápica em hospitais, clínicas em geral, hospital-dia, unidades de pronto atendimento (upa) e spaclínicos.

Tabela 2. Hospitais e Clínicas em Geral

Complexidade	Nº de leitos	Nº de nutricionistas	Carga horária técnica semanal
Média	A cada 30	1	30h

Alta	A cada 15	1	30h
------	--------------	---	-----

Observações:

1 – O número total de nutricionistas ou da carga horária técnica semanal da instituição será composto do somatório da Tabela 1 da área de Nutrição em Alimentação Coletiva e da Tabela 2 da área de Nutrição Clínica – Hospital e Clínicas em geral, conforme os níveis de complexidade existentes.

2 – Na instituição onde há atendimento noturno, manter nutricionista para a assistência nutricional 24 (vinte e quatro) horas/dia ininterruptas, inclusive nos finais de semana e feriados.

3 – Na instituição que possua unidades de lactários, central de terapia nutricional, banco de leite humano e serviços de terapia renal substitutiva, o número total de nutricionistas será composto pelo somatório de todas as unidades existentes.

4 – Na instituição em que há ambulatório, manter quadro de nutricionistas complementar para atendimento ambulatorial compatível com a demanda de pacientes atendidos.

Tabela 3. Hospital-Dia, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e *Spa*clínicos.

Nº de leitos	Nº de nutricionistas	Carga horária técnica semanal
Até 60	1	20h
Acima de 60	1 + 1 a cada 60	30h

Observações:

1 – O número total de nutricionistas ou da carga horária técnica semanal da instituição será composto do somatório da Tabela 2 da área de Nutrição Clínica – Hospital-dia, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e *Spa* Clínicos e da Tabela 2 da área de Nutrição em Alimentação Coletiva.

2 – Na instituição onde há atendimento noturno, manter nutricionista para a assistência nutricional 24 (vinte e quatro) horas/dia ininterruptas, inclusive nos finais de semana e feriados.

3 – Na instituição em que há ambulatório, manter quadro de nutricionistas complementar para atendimento ambulatorial compatível com a demanda de

pacientes atendidos.

Tabela 3 - Subárea – Assistência Nutricional e Dietoterápica em Serviço de Terapia Renal substitutiva

Nº de pacientes/ dia	Nº de nutricionistas	Carga horária técnica semanal
A cada 50	01	30h

Observações:

- 1 – Manter nutricionista para a assistência nutricional em todos os turnos de funcionamento da instituição.
- 2 – Na instituição em que há ambulatório, manter quadro de nutricionistas complementar para atendimento ambulatorial compatível com a demanda de pacientes atendidos.

1.3. Critérios Técnicos para Definir Parâmetros Numéricos

Existem critérios técnicos para definição de parâmetros numéricos, para que o nutricionista seja inserido na área de atuação, onde são definidos onde, como e quando estes profissionais devem atuar.

1.3.1. Área de Alimentação Coletiva

- Unidade de Alimentação e Nutrição – UAN

Empresas fornecedoras de alimentação coletiva, serviços de alimentação autogestão, restaurantes comerciais e similares, serviços de buffet e de alimentos congelados, comissárias, cozinhas dos estabelecimentos assistenciais de saúde e hotelaria marítima.

I. Critérios Gerais:

- a) Número e tipo de refeição (por tipo de refeição definem-se grande, média e pequena);
- b) Diversidade e complexidade dos cardápios oferecidos.

II. Critérios Específicos:

- a) Estrutura física e organizacional da UAN considerando-se, inclusive, o nível

de tecnologia empregado na produção de refeições e o estágio de capacitação dos colaboradores da empresa;

b) Centralização ou descentralização da produção e distribuição de refeições, considerando-se, inclusive, o número de unidades, distância entre as mesmas e condições de embalagem e transporte de refeições.

1.3.2. Área de Nutrição Clínica

- Hospitais e Clínicas em Geral:

I. Critério Geral:

a) Número de pacientes por complexidade de atendimento: primário, secundário e terciário.

II. Critérios Específicos:

a) Diversidade de Unidades de Atendimento em Nutrição no hospital ou clínica (lactário, banco de leite, central de terapia nutricional e produção de refeições - UAN) – nestes casos, o quantitativo de nutricionistas será o somatório de profissionais, observando-se os parâmetros numéricos específicos para cada área de atuação;

b) Número de refeições/dia e padrão de dietas fornecidas;

c) Cobertura de afastamentos legais (férias e licenças) e do atendimento em fim de semana e feriados (plantonistas).

- Lactários e Centrais de Terapia Nutricional:

I. Critério Geral:

a) Unidade de serviço.

II. Critérios Específicos:

a) Número de fórmulas produzidas/dia (infantis/enterais);

b) Padrão das fórmulas utilizadas na UND (industrializadas/artesanais);

c) Volume por tipo de fórmulas infantis e enterais (padronizadas e especiais);

e) Sistema adotado para a nutrição enteral: aberto, fechado, misto.

JUSTIFICATIVA

Alguns fatores podem determinar um cenário de risco para a existência de desnutrição em hospitais, como: ausência de diagnóstico nutricional nos prontuários; baixa inclusão da desnutrição como problema que necessita de tratamento durante a hospitalização; falta de registro dos médicos, enfermeiros e nutricionistas quanto à piora do estado nutricional de pacientes; pequena utilização de terapias nutricionais em casos de desnutrição sejam elas orais, enterais e/ou parenterais; perdas significativas de peso em poucos dias de internação e doenças que ocasionam alterações no consumo alimentar, no processo digestivo e/ou na absorção de nutrientes, são sugeridas como os principais fatores causais de desnutrição por alterações fisiológicas em pacientes internados. A desnutrição hospitalar representa um ônus financeiro para o sistema, por ser responsável por um índice mais alto de complicações cirúrgicas, mortalidade e períodos de internação mais longos. O investimento na terapia nutricional oferece retornos econômicos. A busca por um modelo ideal de terapia nutricional é baseada no binômio de qualidade e custo. A prescrição da terapia nutricional tem um impacto favorável nos aspectos financeiros e gerador de recursos da instituição, quando praticada por grupos treinados de maneira adequada.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

LOGISTICA DA UNIDADE

O hospital é uma unidade construída e equipada pela SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB) foi entregue a população em 21/12/2009. Está localizado no município de Santo Antônio de Jesus e foi estruturado com perfil de Hospital de Referência na microrregião, atualmente está sendo gerenciado pelo Instituto Fernando Filgueira sob gestão em Organização Social. A instituição hospitalar funciona com capacidade operacional máxima de 146 leitos, distribuídos na emergência e enfermarias de: clínica pediatria (16 leitos), clínica cirúrgica (31 leitos), clínica médica (31 leitos), clínica psiquiátrica (06), UTQ (21 leitos) e UTI geral adulto (20 leitos) e os outros na emergência (42 leitos). Dispõe de centro cirúrgico (05 salas), sala de endoscopia (02), centro de recuperação pós-anestésica (CRPA –

05 leitos), central de material esterilizado (CME), serviços de farmácia, lavanderia, almoxarifado, nutrição, manutenção geral e arquivo de prontuários de paciente e estatística, além de outros setores (SESAB, 2009).

Sem dúvidas a experiência do estágio é de fundamental relevância para o discente, pois nele tem-se a possibilidade de compreender proativamente a informação teórica obtida através das aulas, e a oportunidade de se preparar para encarar os desafios habituais da vida profissional. Permitindo a certeza da escolha profissional ao discente, por meio do aprendizado prático vivenciado no âmbito hospitalar, reconhecendo o valor e a importância do nutricionista para manutenção e recuperação da saúde dos pacientes (COSTA, 2015).

Com o objetivo de capacitar o discente para atenção à saúde de pacientes hospitalizados visando melhorar o estado nutricional, identificar as atribuições e atividades desenvolvidas por nutricionistas no âmbito hospitalar, identificar os tipos de dietas e suas indicações de acordo com quadro clínico do paciente, diagnosticar o estado de saúde dos pacientes através de parâmetros clínicos, bioquímicos e nutricionais na admissão e acompanhamento semanais e desenvolver ações de promoção e reabilitação da saúde sob supervisão de nutricionistas, preceptores e orientadores. (DE FRANÇA, 2012).

De acordo com Resolução CFN Nº 418/2008, as atividades desenvolvidas durante o estágio foram: admissão nutricional e reavaliação quinzenal dos pacientes através de questionários preenchidos de acordo com os dados fornecidos pelos pacientes, análise de exames bioquímicos, aferição de medidas antropométricas utilizando fita inelástica e balança digital e registro de aceitação da dieta, supervisionadas pelas preceptoras, para diagnóstico nutricional a fim de traçar metas para o tratamento nutricional.

O período de duração do estágio curricular foi de 240 horas, do dia 02/06/2018 ao dia 29/06/2018, sendo realizado no turno Matutino, das 07:00 horas às 13:00 horas, perfazendo uma carga horária semanal de 30 horas e total de 192 horas no local específico no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ) e 48 horas em atividades com orientação docente no Centro de Ciência e Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB). Os estagiários de Nutrição atuaram nos seguintes setores do hospital: Clínica Médica, Clínica

Pediátrica, Clínica Cirúrgica e Unidade de Terapia em Queimados (UTQ) possibilitando conhecimento amplo sobre as diversas patologias estudadas ao longo do estágio, tratamento dietoterápico, importância da avaliação antropométrica e exames físicos em pacientes hospitalizados.

O estágio teve duração de aproximadamente 2 (dois) meses, sendo esse período dividido em dois momentos com distintas alocações, tendo como objetivo propiciar ao estagiário o conhecimento de diferentes realidades de forma a prepará-lo para lidar com variadas situações.

No primeiro contato com HRSAJ foram dadas informações introdutórias necessárias ao estágio, apresentou-se o Manual de estágio supervisionado em nutrição clínica, bem como, o instrumento para a realização da anamnese, os procedimentos para a liberação de requisições ou solicitação de exames laboratoriais, a divisão das enfermarias e leitos, os níveis de atenção nutricional, a organização de uma evolução nutricional, os equipamentos disponíveis para avaliação antropométrica e como deveria ser feita a notificação ao serviço de nutrição sobre as modificações no mapa.

No primeiro dia de estágio realizou-se visita à Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) do HRSAJ para conhecer rotinas, horários e distribuição das refeições; características e consistência das dietas; disponibilidade de suplementos, módulos e dietas enterais, além do cardápio que era servido para os pacientes e a possibilidade de modificações. Percebeu-se que a UAN não possui um receituário para padronização das preparações, como também não há um porcionamento padrão na distribuição desses alimentos, o que acaba por dificultar a determinação fidedigna do valor energético das refeições.

Em seguida fui direcionada ao primeiro setor para me apropriar e iniciar a adaptação da rotina. Primeiramente, as atividades de avaliação nutricional dos pacientes e atualização do mapa foram realizadas na Unidade de clínica médica deste hospital, que possui um número maior de pacientes e em idade mais avançada. Já no segundo momento foram desenvolvidas as mesmas atividades na Pediatria no andar térreo e Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) no primeiro andar.

- O setor clínica médica acolhe pacientes adultos em internamento, estáveis, que possuem variadas doenças e se alimentam por via oral ou

por sonda enteral, com níveis de assistência alternando entre secundário/terciário.

- O setor da pediatria compreende pacientes em internamento, estáveis, se alimentam pela via oral, com níveis de assistência alternando entre primário/secundário, idade entre 2 meses a 12 anos.
- A UTQ atende indivíduos de qualquer idade que sofreram lesões na pele, em decorrência de trauma de origem térmica resultante das mais diversas exposições. São pacientes com alto risco de infecção e com hipercatabolismo, por este motivo, grande parte encontra-se entre os níveis de assistência secundário ou terciário.

Utilizávamos um mapa para atualização das dietas ofertadas e neste continham informações referentes à enfermaria e leito, nome, idade, diagnóstico médico, dieta médica prescrita, dieta oferecida pelo serviço de nutrição, aceitação da dieta (se positiva ou negativa), nível de assistência (com base no diagnóstico nutricional) e observações relacionadas ao paciente (sintomas no trato gastrointestinal, presença de alergia alimentar, aversões). A atualização dos mapas ocorria diariamente nos setores em que estava alocada, sendo minha responsabilidade anotar os dados das prescrições médicas mais atuais e por passar em cada leito, questionando sobre a aceitação a dieta ofertada e ocasionais observações. Quando o paciente não estava em condições de verbalizar esses questionamentos eram feitos ao acompanhante ou aos outros profissionais que se encontravam no local. Essas observações relacionadas à dieta oferecida eram sempre repassadas para os nutricionistas do setor que repassavam para as copeiras. Além de informar ao nutricionista responsável por aquele setor, as admissões e altas médicas dos pacientes, as alterações na consistência ou características da dieta, entre outras intercorrências.

LOGISTICA DE ATENDIMENTO

As anamneses eram aplicadas após a admissão dos pacientes, no mínimo intervalo de tempo possível ou para aqueles que não existiam avaliação admissional no prontuário feito pelo nutricionista do setor. A anamnese era diferenciada de acordo com a idade (anamnese de criança e anamnese de adulto). Continha

informações para identificação do paciente; sobre a presença de patologias, internações ou cirurgias anteriores; prática de atividade física; presença de sintomas gastrointestinais; número habitual de refeições, aversões/alergias/intolerâncias alimentares; exames bioquímicos; dados antropométricos; diagnóstico nutricional e prescrição. Para pacientes pediátricos, esse instrumento ainda continha dados referentes ao peso ao nascer, altura ao nascer, duração do aleitamento materno, preferência por lanches, entre outros.

A antropometria deveria ser realizada na admissão e para acompanhamento do ganho ou perda ponderal dos pacientes, porém na maioria dos prontuários dos pacientes não constavam dados antropométricos. As medidas mais utilizadas para pacientes pediátricos foram: peso (aferido e habitual), altura, CB, perímetro cefálico (menores de dois anos), perímetro torácico (menores de dois anos), sendo avaliados os indicadores de peso/altura; altura/idade; peso/idade; peso/estatura (até 5 anos); IMC/idade e a relação perímetro cefálico/ perímetro torácico. Na pediatria o diferencial para avaliação dos indicadores antropométricos era a observação dos percentis ou escore-z das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2007. As medidas usadas para avaliação antropométrica de pacientes adultos incluíam: altura do joelho, circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP), peso (habitual e aferido), altura. Esses dados serviam para determinação do IMC, cálculo da estimativa da altura e peso (se não houvesse possibilidade de aferir ambos) e cálculo da adequação da CB (%). No decorrer do estágio na clínica médica ocorria com mais frequência à estimativa de peso e altura, uma vez que, a maioria dos pacientes encontrava-se restrita ao leito. As equações utilizadas para estimar peso e altura foram as de Chumlea 1988 e 1985, respectivamente. Também era realizado exame físico para observar possíveis sinais de carências específicas de nutrientes, presença de edema, estoques de tecido adiposo, depleção de massa muscular, baixa ingestão hídrica, além de ser uma avaliação necessária para a determinação do diagnóstico.

Os exames bioquímicos eram usados para detectar deficiências precocemente, alterações que ainda não eram visíveis ao exame físico, bem como para confirmar diagnósticos, com a vantagem de possibilitar as visualizações de avanços à medida que ocorrem as intervenções nutricionais. Os exames mais solicitados/encontrados nos prontuários dos pacientes foram: Eritrograma (Volume

Corpuscular Médio (VCM), Hemoglobina Corpuscular Média (HCM), Concentração da Hemoglobina Corpuscular Média (CHCM), (RedCellDistributionWidth - Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos) RDW; Leucograma, Glicemia, Uréia, Creatinina sérica, Bilirrubinas séricas, Função Hepática (Transaminase glutâmica oxalacética (TGO), Transaminase glutâmica pirúvica (TGP) e Albumina) e Eletrólitos (Sódio e Potássio). Pacientes da UTQ encontravam-se geralmente com níveis glicêmicos elevados, pelas próprias alterações metabólicas que o organismo desses indivíduos sofria como resposta ao trauma.

Após a avaliação desses exames bioquímicos, do exame físico, avaliação dietética e dados antropométricos, era definido o diagnóstico e com base no nível de atendimento (que instrua com que frequência seria feita a evolução e anamnese), o paciente era reavaliado e seu diagnóstico/condução nutricional era modificado se necessário.

A preceptora diariamente passava no setor e discutia brevemente os casos do dia, englobando: fisiopatologia, estado clínico, como seria feita a avaliação nutricional, possível condução nutricional, entre outras questões, levando a reavaliação crítica a respeito da prescrição, assim como me instigando a pesquisar mais sobre determinados conteúdos.

As evoluções nutricionais eram feitas conforme a frequência determinada pelo nível de assistência nutricional e seguia o seguinte roteiro: data da avaliação; sexo do paciente; idade; dia de internamento hospitalar (DIH); diagnóstico clínico; estado geral (Lúcido e Orientado no Tempo e Espaço (LOTE), Regular Estado Geral(REG) ou Bom Estado Geral (BEG); dados vitais e sua interpretação (frequência cardíaca e respiratória, temperatura, pressão arterial e glicemia capilar); presença ou ausência diurese, dejeções e sintomas no trato gastrointestinal, aceitação da dieta; ingestão hídrica; observações do exame físico; exames bioquímicos atuais alterados; medidas antropométricas aferidas; diagnóstico nutricional; prescrição dietética (valor energético total – VET, kcal/kg de peso corporal), distribuição de proteínas (g/kg de peso corporal), lipídeos (%), carboidratos (%); recomendação hídrica; via de administração (oral ou enteral), consistência, características, fracionamento, volume e nível de assistência. As condutas, a cada evolução, eram avaliadas e discutidas com a preceptora e o nutricionista do setor, e se necessário eram realizadas modificações.

O planejamento nutricional da dieta deve ser individualmente calculado, respeitando hábitos alimentares pessoais, as preferências, assim como o nível socioeconômico. Porém no ambiente hospitalar essa prerrogativa não tem muitas condições de ser respeitada. O paciente recebe uma dieta padrão correspondente a seu estado de saúde e enfermidades. As dietas são ofertadas com consistências de líquida restrita até geral, com pouco sal ou hipossódica, com açúcar ou adoçante para diabéticos. Mudanças no planejamento dietético do hospital não é uma opção fácil de ser administrada, pois essa simples situação ocasiona em mudanças nas preparações dos alimentos, ocasionando em alteração de rotinas na UAN e até mesmo contratação de novos funcionários. Além destas mudanças ocorreria uma modificação na lista de mantimentos alimentícios que suprem a UAN e estas alterações ocasionariam em aumento nos custos do hospital.

Quanto aos principais componentes da assistência nutricional, não era realizada a avaliação nutricional na admissão de todos os pacientes no momento da internação e de alguns nem no decorrer dela. Somente em alguns prontuários havia prescrição dietética realizada em forma de avaliação subjetiva, porém sem evolução nutricional em prontuário. Na maioria dos prontuários notou-se que era o médico quem fazia a prescrição e o nutricionista, se necessário, fazia a alteração da prescrição em formulário próprio do setor de nutrição, ou seja, mantinha-se a prescrição original do médico inalterada. Alguns pacientes recebiam a visita do nutricionista responsável de cada setor diariamente, sendo a aceitação da dieta o principal item observado. Entretanto, não observei se existia avaliação do índice de resto-ingestão (parte da refeição não ingerida pelo paciente) e formulário para aferir o grau de satisfação dos pacientes em relação à alimentação.

Quanto à orientação ao paciente sobre a sua dieta na alta hospitalar, não observei essa prática, salvo por uma solicitação dessa estagiaria para alta de uma paciente que estava acompanhando no estágio, onde solicitei a orientação padrão do hospital, orientei e expliquei a paciente juntamente com a sua acompanhante no momento de sua alta hospitalar. Salientando que todos os nutricionistas afirmaram que esse procedimento era realizado na alta hospitalar através de impressos padronizados.

Em nenhum momento do estágio no hospital observei os profissionais da equipe de saúde solicitar formalmente parecer da nutrição, apesar dos relatos de

ambas as partes de existir diálogo entre a equipe dos serviços de saúde dos setores do hospital e a de nutrição sobre a aceitação da dieta. Na maioria dos prontuários que tive acesso havia ausência de registro, por qualquer profissional, sobre o estado nutricional na admissão dos pacientes. Também não se verificaram registros pela nutrição de prescrição dietética, avaliação nutricional, nem evolução nutricional dos pacientes (CFN Nº 594, 2017).

Nos prontuários dos pacientes que existiam avaliação subjetiva global em terapia nutricional, não constavam registros sobre o acompanhamento do estado nutricional. Apesar de o hospital possuir formulários próprios para avaliação nutricional e evolução dos pacientes em terapia nutricional, estes não estavam anexados ao prontuário dos pacientes. Em nenhum prontuário encontraram-se registros sobre a ocorrência de - ou fornecimento de orientação sobre - interação drogas *versus* nutrientes, reconhecidamente um dos padrões a serem alcançados na avaliação da qualidade do serviço. Além disso, essas interações podem afetar o estado nutricional causando deficiências nutricionais, sendo a magnitude da interação dependente da natureza do medicamento e do estado nutricional do indivíduo. Também não foram encontradas solicitações por escrito, por parte de qualquer profissional da equipe de saúde, de parecer nutricional, corroborando o já relatado anteriormente (CFN Nº 594, 2017).

Em relação à existência de locais próprios, adequados e separados para o preparo de fórmulas lácteas e nutrição enteral, observou-se que existe um local. Porém, além de essas atividades serem desenvolvidas em um único setor, existiam problemas estruturais e fluxo inadequado.

Em todos os andares/setores do hospital, existiam copas que funcionavam tanto como apoio para o porcionamento de alimentos, higienização de recipientes e para o uso dos funcionários do setor. A falta de padronização das porções também é problema comum no hospital, já que suas variações dependem do funcionário que serve a alimentação, reforçando a importância da supervisão do porcionamento.

A UAN possui uma nutricionista como responsável técnico e o serviço de produção de alimentos são realizados pelos funcionários contratados pelo hospital. O nutricionista técnico da UAN aparenta trabalhar de forma integrada com a equipe de nutrição clínica, não ficando apenas na gestão da produção de alimentos. Evidenciou-se uma quebra nas atividades do processo de produção de refeições

(matérias-primas, pessoas e estrutura), devido pela imprevisibilidade ligada a este processo de produção, além da pressão temporal em dar respostas, diagnosticar e tomar decisões em curto prazo. Verificou-se que o trabalho da equipe de nutrição é fragmentado, com dicotomia entre produção de dietas e assistência nutricional, sendo que a baixa noção de autoridade entre os nutricionistas da UAN e das clínicas com os funcionários da produção de alimentos é o traço comum entre os dois setores não se entrosarem.

A gestão das atividades pautadas à produção das refeições é um instrumento essencial para assegurar a qualidade do atendimento ao paciente. Enfim, essas atividades afastam o profissional dos objetivos fundamentais de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar, ou seja, da prevenção de agravos e recuperação do estado nutricional dos pacientes. No entanto, esse distanciamento pode ocorrer por outros fatores fora do controle do nutricionista. Em primeiro lugar, pela introdução do serviço de nutrição e dietética (SND) na estrutura hospitalar como um serviço de apoio; pelo fato de a assistência nutricional ainda não ser uma prática instituída; pelo desempenho esperado institucionalmente de o SND ser a produção de refeições.

Acredito que o hospital deve tentar oferecer dietas hospitalares progressivas, no intuito de atender as necessidades nutricionais, considerando o estado nutricional e fisiológico dos pacientes, para proporcionar a manutenção de um atendimento seguro e eficiente, garantindo assim a qualidade do atendimento nutricional prestado. Essas dietas de rotina devem ser nutricionalmente equilibradas possibilitando a conservação da saúde, sendo prescrita para aqueles que necessitam de restrições ou modificações em sua composição, elas podem sofrer modificações na consistência, sofrerem acréscimo ou diminuição de algum componente, mas mantém as mesmas características e com a mesma proporção de macronutrientes. As modificações mais comuns que observei durante o estágio foram: teor de sal, quantidade de fibras alimentares ou de líquidos. As Dietas Geral ou Normal estão destinadas a pacientes que não necessitam de restrições específicas e que apresentam funções de mastigação e gastrintestinais preservadas, nas suas características a consistência é normal, o fracionamento será de cinco a seis refeições ao dia, normoglicídica, normolipídica e normoprotéica. Já as Dietas Especiais são planejadas especialmente para algumas doenças e sofrem

modificações nas proporções entre macronutrientes (Ex: Hipogordurosa, hipocalórica, hipoproteica) e outros componentes (Ex: hipocolesterolêmica). Nos prontuários na maior parte das vezes só existiam prescrições médicas, inclusive na parte nutricional que era preenchida na maioria das vezes pelos médicos, a dieta era sempre a branda e era prescrita para os pacientes que não possuíam nenhuma restrição para se alimentar de uma dieta geral. Situação esta que contradiz com a realidade encontrada ao contato com o paciente e/ou acompanhante deste, onde nas respostas as perguntas proferidas na anamnese por esta estagiária, diziam não estar se alimentando direito por terem peças dentárias ausentes, não usarem próteses dentárias e a consistência da dieta não ajudar na hora da alimentação ou ao contrário do paciente estar recebendo uma consistência branda e ter sua mastigação preservada.

Quanto ao porcionamento das refeições na UAN do hospital não era padronizada como deveria, principalmente no que diz respeito à quantidade adequada para cada paciente, não sendo considerado o que foi prescrito na dietoterapia, levando há um aumento nos custos por conta do desperdício de alimentos. Ribeiro & Justo (2003) sugerem algumas ações que podem contribuir para redução dos restos de alimentos em Unidades Produtoras de Refeição hospitalar, como maior atenção ao cliente, correto porcionamento, substituição de alimentos que não são bem aceitos, controle da temperatura da refeição, desenvolvimento de pesquisa de satisfação com os pacientes, estabelecimento de metas, parceria com fornecedores para adquirir alimentos de qualidade e mais baratos e utilização de alimentos da época que são mais nutritivos, baratos e saborosos.

Observou-se, ainda, que a alimentação hospitalar está em constante discussão e vulnerável a críticas, as rejeições são altíssimas por parte dos pacientes e da população em geral. A comida do hospital era comumente relacionada às características de insossa, sem gosto, fria, servida cedo demais ou muito tarde e ainda com conotações de permissão e proibição. Pode-se analisar parte dessas observações uma vez que a alimentação não se limita ao processo que vai da recepção da matéria-prima ao garfo e nem como fonte de nutrição que promove energia, vitalidade e saúde. O ato de se alimentar é parte da analogia individual, social e cultural e é construído nas relações sociais entre amigos, familiares e da

sociedade como um todo. O alimento traz uma gama de significados simbólicos que expressam e criam as relações entre os seres humanos e o ambiente natural em que vivem. Por várias vezes o serviço de alimentação do hospital deixava a desejar nos horários que deveriam servir as refeições, com atrasos e atitudes que não condizem com as funções dos funcionários que às executavam, como por exemplo, ofertar o alimento que o paciente queria em vez do que estava prescrito na sua pasta, por várias vezes observei a funcionária perguntar as paciente “E ai senhor vai querer o que hoje? Temos isto e aquilo”. Num planejamento dietético as refeições devem ser seguidas dentro do programado no plano feito pelo nutricionista para cada paciente.

Ainda falando sobre as refeições ofertadas no hospital, observei que não existe mudanças regulares nas preparações, organização e arrumação das marmitas, para oferta de alimentos coloridos, sempre existir porções de frutas, legumes, etc. Sabemos que uma alimentação saudável deve abusar da diversidade, pois é a melhor maneira de garantir o aporte de diferentes nutrientes é variar suas fontes. Poulainet al. (1990), considera que um alimento, para ser capaz de manter a vida, não deve ter somente qualidades nutricionais, expressas pelas quantidades de glicídios, lipídeos, proteínas, vitaminas e minerais. É necessário que ele seja conhecido e/ou aceito pelo indivíduo e pelo grupo social, e que a alimentação apresente quatro funções essenciais: nutricional, higiênica, hedônica e convivial. Assim, aspectos como o gosto, a cor, a forma, o aroma e a textura, além da temperatura das refeições, o horário de distribuição, o ambiente onde se dá a refeição, dentre outros elementos, são componentes que precisam ser considerados na abordagem nutricional (PROENÇA et. al, 2005).

O principal problema que observei nos serviços de nutrição foi o número insuficiente de nutricionistas, percebido como o nó crítico para a qualidade do cuidado nutricional (CAMPOS & BOOG, 2006). A alocação do nutricionista por clínicas, desconsiderando-se o número de pacientes e seu risco nutricional, na ausência de uma relação compatível entre o número de nutricionistas e o de pacientes com as atividades que necessitam ser desenvolvidas, favorece uma fragilidade da assistência nutricional. E isso ocorre pela impossibilidade de se prestar assistência individualizada adequada (FONSECA, 2006).

Como dispõem as resoluções do CFN N.º 223/99 e 600/2018, as atribuições

específicas do nutricionista em hospitais, entre outras: Elaborar o diagnóstico de nutrição; Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes; Registrar em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND); Realizar orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários, estendendo-a aos cuidadores, familiares ou responsáveis, quando couber; Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta; Interagir com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria; Elaborar relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber...Observou-se a ausência do nutricionista para transcorrer com a avaliação e evolução nutricional rotineira dos pacientes, que pode ser apontada como um problema corrente.

Uma característica das UAN hospitalares é que apesar de estarem focadas na produção das refeições, dentre o quadro de funcionários ali inseridos existem os nutricionistas clínicos que estão envolvidos diretamente com o objetivo principal das instituições hospitalares. Diante desse cenário, merece destaque as ações desenvolvidas pelo nutricionista clínico. Elas abrangem um conjunto integrado de intervenções e/ou atividades executadas conforme os níveis de complexidade do cuidado e os problemas de saúde apresentados por cada indivíduo (SOUZA, 2002).Essa tendência ganha mais força porque a prestação de serviços de fornecimento de refeições hospitalares não se constitui atividade-fim. Ou seja, a UAN hospitalar se caracteriza como um serviço especializado cujas atividades dão suporte à atividade-fim (BACHUINAS, 2002). Contudo temos um desafio colocado pelo fato de conciliar a necessidade dos serviços com a demanda, do modo que permitam acolher as precisões dos pacientes, a incorporação tecnológica e os objetivos das instituições hospitalares (OLIVEIRA, 2016).

No decorrer do estágio, os estagiários foram estimulados a exercer autonomia, a trabalhar em equipe, reconhecer o papel dos outros profissionais, aprender a lidar com o paciente, tomar decisões com maior segurança, além de incitar o senso crítico

através da auto avaliação. Nele me foi apresentada uma realidade marcada por dificuldades e limitações, tendo que desenvolver as atividades encontrando meios de colocar em prática as prescrições aos pacientes por mim acompanhados. Enfim, cresceu conhecimento teórico e experiência prática, contribuindo para o desenvolvimento profissional, intelectual, social e pessoal. Porém as limitações deixam o papel principal da atuação do nutricionista que é o cuidado e tratamento dos pacientes internados no hospital ser ineficaz na maior parte das vezes.

Ao final de toda minha trajetória de estudo e dedicação na graduação, das dificuldades no campo teórico e suas inquietações, fui colocada à prova no estágio para aplicar toda teoria na prática clínica, deparei-me com uma ausência ou não implementação da forma simples de alguns dos componentes básicos da assistência nutricional, evidenciando uma lacuna no processo do cuidado aos pacientes, sobretudo daqueles em risco nutricional. Dentre esses, a não classificação dos pacientes conforme a avaliação nutricional concretizada adjunta a admissão hospitalar, acompanhada da priorização do atendimento individualizado e especializado daqueles que se encontra em condição ou situação de maior risco. Pacientes em terapia nutricional são extremamente vulneráveis, portanto o cuidado nutricional deve ser prestado ao paciente em sua plenitude, tanto para prevenir quanto para reverter quadros de desnutrição e outros agravos relacionados à nutrição. Entendendo que essa experiência foi em um serviço e que potencialmente em outros mais robustos esses percalços são minimizados.

As observações relatadas neste trabalho poderão oferecer aos profissionais subsídios que fundamentem suas ações para a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado em hospitais. Além disso, a reprodução de estudos a cerca do tema em contextos distintos pode colaborar ao aprofundamento conceptual acerca do cuidado em alimentação e nutrição.

REFERÊNCIAS

- ALLISON A. Hospital food as a treatment. **A report by a working party of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition**. Maidenhead: BAPEN; 1999.
- ALMEIDA, L. B.; MARINHO, C. B.; SOUZA, C. S.; CHEIB, V. B. P. **Disbiose intestinal**. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. v. 24, n. 1, p. 58-65. 2009.
- ASSIS, Maria Alice A.; NAHAS, Markus Vinícius. **Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar**. RevNutr Campinas.v. 12, n.1, p.33-41, 1999.
- Bachuinas D. **A unidade de nutrição e dietética, o seu papel como atividade- fim na organização hospitalar e sua terceirização**. Mundo saúde. 2002; 26 (2): 321-31.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Série A. **Normas e Manuais Técnicos; nº 117. 3ª edição revista e atualizada**. Brasília; 2002b Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/02_0060_M.pdf. Acesso em: 12jul2018.
- Campos SH, Boog, MCF. **Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes**. Rev Nutri 2006; 19(2):145-155.
- Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 378/2005 **Dispõe sobre a composição do quadro técnico: nutricionistas e técnicos em nutrição, Art. 6º e 15**. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res378.pdf>. Acesso em: 27jun2018.
- Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 380/2005 **Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por área de atuação e dá outras providências**. [acesso 2018 jun. 20]. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>
- Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 419/2008 **Dispõe sobre os critérios para assunção de responsabilidade técnica no exercício das atividades do nutricionista, e dá outras providências**. [acesso 2018 jun. 20]. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2008/res419.pdf>>
- Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 576/2016 **Dispõe sobre procedimentos para solicitação, análise, concessão e anotação de Responsabilidade Técnica do Nutricionista e dá outras providências**. [acesso 2018 jun. 20]. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=332325>>
- Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 594/2017 **Dispõe sobre o registro das informações clínicas e administrativas do paciente, a cargo do nutricionista, relativas à assistência nutricional, em prontuário físico (papel) ou eletrônico do paciente**. [acesso 2018 jul. 28]. Disponível em: < http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_594_2017.htm>
- Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600/2018 **Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências** [acesso 2018 jul. 28]. Disponível em: < http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm>
- CORRÊA, T.A.F.; SOARES, F.B.S.; ALMEIDA, F.Q.A. **Índice de resto-ingestão antes e durante a campanha contra o desperdício, em uma unidade de alimentação e nutrição**. Hig. Alim, v.21, n. 140, p. 64-73, 2006.
- COSTA, J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. **Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde**. Ciênc Saúde Coletiva, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300034>
- DE FRANÇA FERRAZ, Letícia; CAMPOS, Ana Claudia Freixo. **O papel do nutricionista na equipe multidisciplinar em terapia nutricional**. RevBrasNutrClin, v. 27, n. 2, p. 119-23, 2012.
- Fonseca PC. **Estado nutricional e adequação da in- gestão alimentar em pacientes**

submetidos alaparotomia [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

GOTTRAUX S, MAISONNEUVE N, GEVAUX D, FONZO-CHRISTE C, CHIKI M, GUINOT-BOURQUIN S, et al. **Screening and treatment of malnutrition: European Council Resolution and its potential application in Switzerland**. Rev Med Suisse. 2004; 124(10):617-23.

JORGE, AL. **História e Evolução da Gastronomia Hospitalar** [resumo]. Nutrição em Pauta. 2005 [citado em: 2007 Jun. 17];(70). Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br>.

Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Hojlund Larsen I, Martinsen A, Andersen JR, Baernthsen H, Bunch E, Lauesen N. **Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals**. ClinNutr. 2002; 21(6):461-8.

Kyle UG, Schneider SM, Pirlich M, Lochs H, Hebuterne X T, Pichard C. **Does nutritional risk, as assessed by Nutritional Risk Index, increase during hospital stay? A multinational population-based study**. ClinNutr. 2005;24:516-24

OLIVEIRA, Clotilde Assis. **Carga de trabalho do nutricionista clínico: estudo de tempo e movimento contínuo em unidades de internação hospitalar**. 2016. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-12012017-135719/>>. Acesso em: 2018-07-16.

Poulain JP, Saint-Sevin B. **La restauration hospitalière**. Toulouse: Cristal; 1990.

PRIETO, D. B. et. al. **Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um hospital privado**. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, v. 21, n. 3, p. 181-187, 2006.

Proença RPC, Sousa AA, Veiros MB, Hering B. **Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições**. Florianópolis: UFSC; 2005.

PROENÇA, RPC. **Inovação tecnológica na produção de alimentação coletiva**. Florianópolis: Insular; 1997.

Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Nascimento M, Castro M, Marques P et al. **Comparison of nutritional risk screening tools for predicting clinical outcomes in hospitalized patients**. Nutrition. 2010; 26:721-6.

RIBEIRO, C. B.; JUSTO, M. C. P. **Controle do restointake em unidade de alimentação e nutrição hospitalar**. São José do Rio Preto, São Paulo: UNIRP – Centro Universitário de São José do Rio Preto, São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.nutrinews.com.br/TrabAcad/Grad/Grad_UNIRP_005_Cacilda.html. Acesso em: 10 Jul. 2018.

SANZ, Y.; COLLADO, M. C.; DALMAU, J. **Probióticos: criterios de calidad y orientaciones para el consumo**. Acta Pediátrica Española. v. 61, n. 9, p. 476-482. 2003.

Souza AA. **A interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições: repensando a função da alimentação hospitalar**. Nutrição em Pauta. 2002; 53: 17-21.

VANNUCCHI, H.; UNAMUNO, M. R. L.; MARCHINI, J. S. **Avaliação do Estado Nutricional**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 29, p. 5-18, jan./mar., 1996.

VEIROS, MB. **Análise das condições de trabalho do nutricionista na atuação como promotor de saúde em uma unidade de alimentação e nutrição: um estudo de caso** [Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002. [citado em: 2007 Fev. 25]. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/4782.pdf>.

VIANA, V. **Psicologia, saúde e nutrição: contribuição para o estudo do comportamento alimentar**. An Psic., v. 20, n. 4, p. 611-624, 2002.

VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, S. N.; MAGDALENO JUNIOR, R.; TURATO, E. R. **Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão**. Ciênc Saúde Coletiva, v. 16, n. 7, p. 3161-3168, 2011. PMID:21808904. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800016>

WAITZBERG DL, WALESKA T, CAIAFFA MD, CORREIA ITD. **Hospital malnutrition: the Brazilian National Survey 294** | A.A. SOUSA et al. Revista de Nutrição Rev. Nutr., Campinas, 24(2):287-294, mar./abr., 2011 (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. Nutrition. 2001; 17(7/8):553-80.