

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE

GIULIANNE RAYANA FILGUEIRA MAIA

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AS REFEIÇÕES
HOSPITALARES SERVIDAS EM UMA UNIDADE PÚBLICA E UMA PRIVADA DE
NATAL/RN

NATAL - RN

2009

GIULIANNE RAYANA FILGUEIRA MAIA

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AS REFEIÇÕES
HOSPITALARES SERVIDAS EM UMA UNIDADE PÚBLICA E UMA PRIVADA DE
NATAL/RN

Monografia apresentada ao Curso de
Graduação de Nutrição da Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte, como requisito obrigatório
para a obtenção do grau de nutricionista.

Orientador(a): Bruna Leal Lima Maciel (M.sc)

NATAL - RN

2009

GIULIANNE RAYANA FILGUEIRA MAIA

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AS REFEIÇÕES
HOSPITALARES SERVIDAS EM UMA UNIDADE PÚBLICA E UMA PRIVADA DE
NATAL/RN

Data de Aprovação: 07 de Dezembro de 2009

Banca Examinadora:

Prof. Bruna Leal Lima Maciel

Orientador

Prof. Elaine Maria de Almeida Vasconcelos Fonseca

Membro

Prof. Erika Alessandra Melo Costa

Membro

O Físico

- [...] fale sobre este doente, Askari.
- É Amahl Rahin, condutor de camelos que entrou no hospital há três semanas com dor intensa na parte inferior das costas [...]
- [...] mas não está se alimentando.
- Ibn Sina franziu a testa.
- O que ofereceram a ele?
- O estudante ficou intrigado com a pergunta.
- O de sempre. *Pilah* de vários tipos. Ovos de galinha. Carneiro, cebola e pão... Ele nem toca na comida. O intestino parou de funcionar, o pulso está mais fraco e ele enfraquece a cada dia.
- Ibn Sina fez um sinal afirmativo e olhou para eles.
- Então, o que é que ele tem?
- Outro estudante tomou coragem.
- Eu acho, Mestre, que os intestinos estão torcidos, bloqueando a passagem da comida através do corpo. Sentindo isso ele não permite que nenhum alimento entre na sua boca.
- Obrigado, Fadil ibn Parviz – disse Ibn Sina [...] e se aproximou delicadamente do doente.
- Amahl – disse – Sou Husayn, o médico [...]. De onde você vem?
- Da aldeia de Shaini, Mestre – murmurou o homem.
- Ah, um homem de Fars! Passei dias felizes em Fars. As tâmaras do oásis em Shaini são grandes e doces, não são?
- Os olhos de Amahl encheram-se de lágrimas e ele fez um gesto afirmativo.
- Askari, vá buscar tâmaras e uma tigela de leite quente para o nosso amigo. A ordem foi obedecida imediatamente, e o médico e os alunos viram o homem começar a comer as frutas avidamente.
- Isto deve ser lembrado a respeito dos pobres doentes a nosso cuidado. Eles vêm a nós, mas não se transformam em nós, e muitas vezes não comem o que comemos. Leões não gostam de feno nem quando visitam as vacas. [...]
- Nós os aterrorizamos, jovens mestres. Muitas vezes não podemos salvá-los e às vezes nosso tratamento os mata. Não vamos deixar que morram de fome também.
- (Noah Gordon)

AGRADECIMENTOS

À Deus, o pai celestial que guia os meus passos, agradeço pela oportunidade concedida e por sua proteção.

Aos meus pais, por serem meus parceiros de sonhos, sempre acreditando que eu seria capaz, agradeço pelo amparo e incomparável amor.

Agradeço à minha orientadora, Bruna Leal Lima Maciel, pelas orientações objetivas e enriquecedoras do trabalho, pela oportunidade de crescimento profissional e pelo entusiasmo que conduz seus pensamentos em relação à pesquisa em Nutrição.

Aos professores do curso de Nutrição da FARN, que contribuíram para minha formação acadêmica e profissional.

As Nutricionistas do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e do Hospital do Coração de Natal, pela atenção e colaboração, possibilitando a realização desta pesquisa na Unidade de Alimentação e Nutrição do Hospital.

A nutricionista e amiga Paula Bessa, por fazer não apenas florescer o meu encantamento com a ciência da Nutrição, mas mostrando que praticá-la com amor é o que nos torna dignos de sermos chamados nutricionistas.

Aos colegas de Curso, por compartilhar tantas angústias e preocupações.

A todas as pessoas amigas que me auxiliaram e estimularam a concluir o trabalho.

RESUMO

Entende-se que, para uma perfeita recuperação do paciente, ele deve estar bem alimentado, recebendo suas necessidades de energia, proteína, vitaminas, minerais, fibras e líquidos. Pode-se perceber que a refeição hospitalar ainda é rejeitada por parte dos pacientes, sendo percebida com conotações de proibições e privações. Portanto, garantir a boa qualidade da refeição que chega ao usuário é responsabilidade de todo e qualquer funcionário de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN). Por esta qualidade, entende-se não só a produção de refeições adequadas, sob o ponto de vista microbiológico e nutricional, mas também a manutenção das características organolépticas do alimento, tornando-o atrativo e saboroso. O estudo teve como objetivo avaliar a satisfação dos pacientes e a aceitabilidade das refeições fornecidas pelas UANs de uma unidade hospitalar pública e uma privada, estabelecendo as devidas comparações nas suas características sensoriais, olfativas, palatais e na prestação de serviços. A avaliação foi realizada nos moldes da pesquisa quantitativa, onde foram aplicados 183 questionários estruturados a pacientes acima de 18 anos de idade, com prescrição de dieta oral do tipo livre, branda e pastosa, que se encontravam internados por mais de 3 dias. Os critérios utilizados para avaliação foram: o sabor da refeição, odor, temperatura, aparência, consistência, quantidade, higiene, variedade, conforto para alimentar-se, utensílios, horário das refeições e atuação de funcionários e nutricionista da UAN. A maior parte dos pacientes referiu satisfação com a alimentação servida em ambos os hospitais em relação aos aspectos analisados. No entanto, observaram-se altos percentuais de insatisfação ao se analisar aspectos como: sabor e tempero das refeições, classificado como “ruim” e “regular” por percentual considerável de pacientes (29%) em ambas as instituições; e a temperatura dos alimentos, que foi classificada como “regular” por 38,8% dos pacientes nas instituições avaliadas. Em relação ao atendimento prestado pelas nutricionistas, tanto no hospital privado quanto no hospital público, foram altos os percentuais de pacientes que referiram ser “regular” ou “ruim” as informações dadas sobre a dieta consumida, com um total de 23,0% e 23,5%, respectivamente. Também foram altos os percentuais de indivíduos que referiram que as nutricionistas não buscavam conhecer seus hábitos alimentares, especialmente no hospital público (X^2 , $p < 0,005$). No entanto, ao se avaliar a notas atribuída pelos pacientes quanto a sua satisfação geral em relação aos serviços prestados pelas instituições avaliadas, verificou-se que ambas as instituições receberam notas satisfatórias, apesar de o hospital público ter recebido menor nota ($7,5 \pm 2,1$) quando comparado ao hospital privado ($8,6 \pm 1,5$) (Teste T, $p=0,002$). Assim, foi possível verificar que, apesar de existirem pontos que podem ser melhorados nas instituições avaliadas, as dietas oferecidas pelas instituições analisadas apresentaram boa aceitação. Isso demonstra o cuidado dos setores avaliados em atender às necessidades dos pacientes, refletindo o crescente papel do profissional Nutricionista na área.

Palavras chaves: Refeições hospitalares, Satisfação de pacientes, Qualidade de refeições

ABSTRACT

We understand today that for a perfect recovery of the patient, it must be well fed, getting their energy needs, protein, vitamins, minerals, fiber and liquids. You can see that the hospital meal is still rejected by the patients, which is perceived to connotations of prohibitions and deprivations. Therefore, to ensure good quality of meal that comes to User is the responsibility of any employee of a unit of Food and Nutrition (HFS). For this quality means not only the production of appropriate meals from the point of view of microbiological and nutritional as well as maintaining the organoleptic characteristics of food, making it attractive and tasty, are responsible for patient satisfaction. The study aims to evaluate patient satisfaction and acceptability of the meals provided by UANs a public hospital and one private, and show the comparisons in their sensory, olfactory, gustatory and services. The study was conducted in two hospitals of the city of Natal-RN. The evaluation was performed along the lines of quantitative research, applying structured questionnaires to 183 patients over 18 years of age, with prescription of oral intake of a free, bland and pasty, who were hospitalized over 3 days. The criteria used for evaluation were the flavor of the meal, smell, temperature, appearance, consistency, quantity, cleanliness, variety, comfort, utensils, meal times and activities of officials and nutritionist at the UAN. Most of the patients reported satisfaction with food served at both hospitals for the points analyzed. The type of diagnosis more present in the private hospital stands out as diabetes and heart disease. The type of diet was prescribed soft consistency (29%). There was a high percentage of dissatisfaction when they examine aspects such as flavor and spice meals classified as "bad" and "regular" (29%) at both institutions, the temperature of the food was rated as "good" in a private hospital (41.9%), and "regular" at the public hospital (41.9%), his displeasure in public hospitals due to lack of heat to stop accommodating the free diets and the waiting time between assembly and delivery of trays to patient, 30.2% (regular) and 34.5% (poor) to private hospitals and public, respectively, reported that the nutritionists in charge did not seek to know their eating habits during the routine visit, but were not satisfied with the performance officers of the Nutrition and dietetics of the institution, in relation to other evaluated items obtained satisfactory classification in both institutions. When you assign a note to the satisfaction of users about the meals served in a private hospital prevailed note 10 with 39.5%, not getting any notes below 5, as the public hospital notes were distributed between 1 and 10 prevailing note 8 to 23.6%. It was possible to see through research that the diet of the hospital has good institutions analyzed. This demonstrates the care of the sectors measured in the needs of patients, reflecting the growing role of the professional nutritionist in the area.

Key words: Hospital food, Patient satisfaction, Quality of meals

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população estudada por gênero e tipo de instituição

Gráfico 2 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e faixa

Gráfico 3 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e as internações antecedentes

Gráfico 4 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e tempo de internação

Gráfico 5 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e presença de diagnóstico

Gráfico 6 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e diagnóstico

Gráfico 7 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e dieta prescrita

Gráfico 8 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à aparência das refeições servidas

Gráfico 9 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto ao sabor e tempero das refeições servidas

Gráfico 10 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à consistência das refeições servidas

Gráfico 11 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto ao odor das refeições servidas

Gráfico 12 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à temperatura das refeições servidas

Gráfico 13 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à quantidade das refeições servidas

Gráfico 14 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à Higiene dos alimentos das refeições servidas

Gráfico 15 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à variedade das preparações das refeições servidas

Gráfico 16 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto ao conforto ao alimentar-se

Gráfico 17 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto aos utensílios utilizados para alimentar-se

Gráfico 18 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto aos horários das refeições

Gráfico 19 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à facilidade de acesso a nutricionista

Gráfico 20 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto às informações sobre a dieta consumida

Gráfico 21 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto aos hábitos alimentares dos pacientes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Nota de satisfação geral para as instituições avaliadas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Refeição do almoço do Hospital privado

Figura 2 – Refeição do almoço do Hospital público

LISTA DE ABREVIATURAS

SND – Serviço de Nutrição e Dietética

OMS – Organização mundial de saúde

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

UAN – Unidade de Alimentação e Nutrição

TN – Terapia Nutricional

DRI – Recomendação de Ingestão Dietética

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

HCN – Hospital do Coração de Natal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 SERVIÇOS HOSPITALARES	16
3.1.1 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	16
3.2 HOSPITALIZAÇÃO E A EXPERIÊNCIA DA INTERNAÇÃO	18
3.3 ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR	19
3.3.1 DIETAS HOSPITALARES	21
3.4 IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO PARA A SAÚDE DOS PACIENTES HOSPITALIZADOS	22
3.5 UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALAR	24
3.6 ELABORAÇÃO DE CARDÁPIOS	26
4 METODOLOGIA	32
4.1 TIPO DO ESTUDO	32
4.2 PERÍODO DE ESTUDO	32
4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA	32
4.4 COLETA DE DADOS	34
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	36
5.2 AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DAS REFEIÇÕES POR INSTITUIÇÃO	44
5.3 AVALIAÇÃO NO ATENDIMENTO REALIZADO PELOS FUNCIONÁRIOS DO SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	55
5.4 NOTA DE SATISFAÇÃO GERAL	60
6 CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE 1	69

1 INTRODUÇÃO

A concepção de alimentação e alimento para os pesquisadores da área de saúde e nutrição comumente está centrada no seu aspecto nutricional, pois é reconhecida pela sua função vital e como condição essencial para a sobrevivência humana, atuando em conjunto com outros cuidados de saúde, na prevenção, manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos. (DEMÁRIO, 2007)

Magnoni e Cukier (2001) salientam que há fortes evidências de que a terapia nutricional modifica significativamente a trajetória da internação hospitalar e a recuperação do paciente, pois o estado nutricional está diretamente ligado com a sua evolução clínica.

Os alimentos vêm a cumprir, entre outras, duas funções essenciais: uma função nutricional, ligada ao atendimento das necessidades calóricas e nutricionais do ser humano, ao levar ao indivíduo, por meio de sua alimentação, os elementos necessários para o seu desenvolvimento e à manutenção da sua saúde; e uma função hedônica, ligadas as características sensoriais dos alimentos, ao prazer individual e imediato de comer (SILVA; MURA, 2007).

Os alimentos não são somente alimentos. Para Santos (2005) alimentar-se é um ato nutricional, comer é um ato social, pois constitui atitudes ligadas aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações. Neste sentido, o que se come é tão importante quanto e quando se come, onde se come, como se come e com quem se come.

A visão, a audição, o gosto, o olfato e o tato estão ligados a avaliação sensorial das preparações. A aparência externa representada pela forma, pelo volume, pelas cores e suas combinações, é o primeiro passo para a aceitação ou não de um alimento ou refeição hospitalar, estando o seu odor, simultâneo, ligado a este contato do indivíduo com o alimento (SILVA; MURA, 2007).

Comumente as refeições hospitalares são rejeitadas por uma grande parte dos pacientes, percebidas com conotações de proibições e privações, sendo o alimento freqüentemente visto a partir do aspecto nutricional e higiênico-sanitário, esquecendo-se que ele pode incorporar outras funções, ligadas ao prazer, aspectos sensoriais, função convivial, relacionadas à percepção do indivíduo de pertencer a um grupo, auxiliando-o na construção da identidade social e individual (BARBOSA et al, 2006).

A avaliação da qualidade da atenção nutricional tem, como primeiro passo, a avaliação das necessidades especiais de cada paciente. Kandela (1999) destaca que os pacientes bem nutridos respondem melhor aos diversos tipos de tratamento e considera que, além do aspecto nutritivo a alimentação traz consigo diversas significações e implicações na vida das pessoas. Ao alimentarem-se, os indivíduos não estão satisfazendo somente as suas necessidades fisiológicas, mas também muitas necessidades psicossociais. Assim, o nutricionista deve considerar os hábitos alimentares dos pacientes, que são parte da sua herança social e cultural, além de alguns fatores psicológicos e das condições físicas, que podem influenciar na aceitação do alimento, possibilitando que o indivíduo compreenda mais facilmente possíveis modificações nas características de sua dieta como parte do tratamento.

O presente trabalho teve como objetivo realizar um estudo comparativo para avaliar a satisfação dos pacientes em relação às refeições servidas em uma instituição hospitalar pública e uma privada da cidade de Natal/RN, avaliando a assistência nutricional, de responsabilidade do Serviço de Nutrição e Dietética (SND).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a satisfação dos pacientes acerca das refeições servidas pelo setor de nutrição de uma unidade hospitalar privada e uma pública.

2.2 Objetivos específicos

- Observar a aceitação das refeições quanto aos seus aspectos sensoriais;
- Observar a aceitação quanto à atuação dos funcionários dos Serviços de Nutrição e Dietética avaliados;
 - Verificar a satisfação geral dos pacientes quanto ao serviço oferecido pelos setores de Nutrição avaliados;
 - Comparar os resultados obtidos, identificando as principais diferenças entre os dois serviços hospitalares.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Serviços hospitalares

Pfaffenzeller (2003) apud Kotler (1994) define serviços como qualquer ato ou desempenho que uma parte possa oferecer a outra, e que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de nada. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico.

A partir dessa classificação, permite-se entender que “serviços prestados aos pacientes” podem ser considerados como um serviço principal acompanhado de bens e serviços secundários. Pois, ele oferece alguns serviços adicionais e/ou bens de apoio, como é o caso de uma unidade hospitalar que oferece “serviços de nutrição” e este por sua vez oferece serviços de apoio, como alimentação ao paciente e ao acompanhante.

Os serviços hospitalares podem variar à medida que são implantadas inovações tecnológicas, informatização de procedimentos, utilização de instrumentos, capacitação e motivação dos funcionários e profissionais, inovações na produção das refeições, atendimento das necessidades pessoais (serviços pessoais), necessidades administrativas (serviços empresariais), objetivos do hospital (se visam ou não o lucro) e a propriedade (privada ou particular) (KOTLER,1994).

Atualmente, os hospitais são considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo o ministério da saúde, como parte de uma organização médica e social, cuja missão é proporcionar às populações assistência médico-sanitária completa, visando a cura e à prevenção. Eles são considerados como instituições públicas ou privados que fazem parte do sistema de saúde (PFAFFENZELLER, 2003, p.17).

3.1.1 Humanização da assistência hospitalar

Humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. “Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber” (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar,PNHAH, 2003).

Segundo o manual de humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.21)

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas. É preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de reconhecimento. É pela linguagem que fazemos descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes.

Geralmente, emprega-se a noção de humanização para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda, a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes (DESLANDES, 2004).

O Ministério da Saúde identificou uma falha no que se refere ao número significativo de queixas dos usuários, relativa aos maus tratos nos hospitais. Sendo assim tomou a iniciativa de implantar um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em serviços hospitalares públicos de saúde, que tinha como objetivo a promoção de mudanças no padrão de assistência e atendimento ao usuário de saúde no Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições, como também melhores condições de trabalho para os profissionais e a integração eficaz do hospital com a comunidade.

Bertin (2005) enfoca que o objetivo mais amplo do programa é valorizar a dimensão humana, reconhecendo-a no ato de assistência a saúde, considerando as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas, aspectos emocionais e físicos, mediante a incorporação de práticas assistenciais seguras, éticas e humanizadas (PNHAH 2004 apud Brasil 2008)

A partir do decreto n° 4.726, de nove de junho de 2003, O PNHAH passou a ser uma política nacional, denominada de HUMANIZASUS (BRASIL, 2006). Vale salientar que como uma política nacional deve-se traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, abordando não só o atendimento humanizado aos usuários do SUS, mas também a humanização das condições de trabalho do profissional da saúde.

Conforme Erhart e Bohrer (2007) o desenvolvimento científico e tecnológico sem dúvida vem trazendo uma série de benefícios, mas, vem apresentando como efeito adverso a desumanização, pois um hospital pode ser excelente em relação a sua tecnologia e mesmo assim ser desumano no seu

atendimento, por tratar os pacientes como simples objetos de intervenção técnica, sem serem ouvidos em suas angústias, expectativas, reclamações e opiniões, ou sequer informados sobre o procedimento que está sendo realizado com eles. Assim, a humanização no ambiente hospitalar nos mostra que somente ciência e tecnologia não bastam para atingir a satisfação e garantir o bom estado de saúde do indivíduo. Ao contrário, quando apenas esses aspectos são considerados, o atendimento torna-se desumano, não considerando os sentimentos das pessoas envolvidas.

Este aspecto de humanização é de extrema importância, considerando a estabelecida problemática da alimentação hospitalar, referentes aos indicadores de estado nutricional do paciente internado e os serviços oferecidos.

Portanto, conforme Demário (2007) as políticas de humanização nos hospitais, ao buscarem mudanças no padrão de assistência ao usuário, podem vislumbrar na dimensão humana a base de qualquer processo de intervenção em saúde. A alimentação, como elemento de identidade e de sociabilidade, além do seu contexto dentro dos hospitais, é um dos eixos fundamentais para o cuidado integral à saúde e deve estar inserida no atendimento humanizado.

3.2 Hospitalização e a experiência da internação

Segundo Mezomo (2001) a finalidade primordial no hospital é o atendimento e o cuidado do paciente como pessoa. As pessoas procuram no atendimento hospitalar competência e acolhimento, e uma depende da outra. Ambas são características essenciais para marcá-lo como um lugar digno de cuidados com o sofrimento humano.

O sujeito, ao buscar atendimento hospitalar, leva não só o seu corpo para ser tratado, como vai por inteiro e, por extensão, isso atinge sua família que participa do seu adoecer. Portanto, a hospitalização do paciente é um momento crítico e extremo, que envolve uma porção de acontecimentos, experimentando o sentimento do medo, de isolamento de dependência, de sofrimento, o que pode torná-lo um ser diferente e exigente. Percebe-se a perda da autonomia na diferença de levantar-se e não conseguir tomar banho, de alimentar-se e não comer, de esperar o médico na cama e não ir às consultas, de tomar os remédios dados pela enfermagem e não pegá-los na farmácia (AMIN, 2001).

Do ponto de vista da alimentação, Demário (2007) argumenta que os setores ligados à alimentação hospitalar devem aprender a conhecer melhor e respeitar a pluralidade da população hospitalar. A alimentação não é redutível aos nutrientes, mas é a fonte de prazer do início ao fim da vida e faz parte integrante da manutenção ou da reconstrução da identidade do indivíduo hospitalizado. Ainda ressalta que quando o sofrimento diminui e a dor se acalma, a refeição é um momento de trégua e evasão, impacientemente esperada durante a jornada diária no hospital.

No mesmo sentido, Demário (2007) e Sousa (2004) destacam que a alimentação hospitalar desempenha um papel relevante na experiência da internação, amenizando as rupturas. Sendo assim, proporcionar um ambiente familiar, humano e acolhedor funciona como um bálsamo e corrobora para o restabelecimento da saúde do paciente.

3.3 Alimentação Hospitalar

O ato de se alimentar caracteriza-se como uma das necessidades primárias à sobrevivência humana. Assim, Poulain (2004) chama a atenção para as dimensões nutricionais, sensoriais, higiênicas e simbólicas contidas nas escolhas alimentares. Destaca que, além do papel nutricional e de identidade, a alimentação pode, ao mesmo tempo, ser veículo de plenitude e prazer ou, igualmente provocar uma série de sensações desagradáveis e de desprazer. O alimento, fonte de energia, de vitalidade e de saúde, pode ser também um vetor de intoxicação ou causa potencial de doenças.

A alimentação hospitalar é um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade do tratamento destinados aos pacientes, em conjunto com outros cuidados de saúde.

De acordo com Sousa e Proença (2005) a alimentação hospitalar está longe de incorporar “outros comeres” que não só o comer “nutriente”. Porém os indivíduos comem comida, sentem o cheiro das preparações, e através deste, lembram de pessoas queridas ou fases da vida. Assim, o alimento é difícil de ser identificado pelo paciente, quando é reduzido a uma regra, norma ou rotina do nutriente. Segundo Paula (2002) a sua importância é tão significativa que, muitas vezes, ela é capaz de manter ou não a fidelização da clientela, fazendo-se

necessário resgatar a associação do prazer ao consumo de alimentos. Mesmo que estes façam parte de dietas restritas e controladas.

De acordo com Garcia (2006, p.15)

A dieta hospitalar é importante por garantir o aporte de nutrientes ao paciente internado e, assim, preservar seu estado nutricional, pelo seu papel coterapêutico em doenças crônicas e agudas e também por ser uma prática que desempenha um papel relevante na experiência de internação, uma vez que, atendendo a atributos psicossensoriais e simbólicos de reconhecimento individual e coletivo, pode atenuar o sofrimento gerado por esse período em que o sujeito está separado de suas atividades e papéis desempenhados na família, na comunidade e nas relações de trabalho e encontra-se ansioso dado o próprio adoecimento, e pela disciplina e procedimentos hospitalares, muitas vezes pouco compreendidos.

Proença et al (2006) consideram que os cuidados com as características sensoriais e o prazer da refeição podem permitir que dietas hospitalares, habitualmente analisadas sensorialmente de maneira negativa, participem efetivamente da terapêutica, agregando prazer ao valor nutricional do alimento.

Segundo Demário (2007) a desvalorização simbólica das refeições hospitalares se manifesta na perda de apetite por parte do paciente. Destacando ainda, que a angústia da hospitalização e a forte conotação industrial da alimentação podem alterar seu comportamento alimentar. Portanto, é importante conectar novamente o paciente a um contexto familiar, insistindo na humanização do serviço, restabelecendo a identidade do alimento, informando ao paciente sobre a fabricação e origem deste.

Assim, havendo tantos aspectos ligados ao estado da doença do paciente, os quais contribuem para redução da ingestão de alimentos e, por conseguinte, para o comprometimento do estado nutricional durante a internação, é condição básica para a Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) reconhecer as diferentes dimensões da qualidade em alimentação hospitalar. O conhecimento desse conceito deve constituir o ponto de partida para o desenvolvimento de estratégias, no sentido de evitar a ocorrência de fatores inerentes ao serviço que possam interferir na aceitação do paciente, minimizando, desta maneira, a ocorrência de elementos que influenciem negativamente no cuidado nutricional (MARIMOTO, 2002).

3.3.1 Dietas hospitalares

Segundo Mahan e Stump (2005) a “prescrição dietética designa o tipo, a quantidade e a frequência da alimentação baseada nas metas do processo de doença do indivíduo e nas metas do tratamento da doença”. Knobel (2005) complementa que prescrição dietética é traduzir a prescrição médica da dieta dividindo tipos de alimentos, número de refeições e consistência das preparações mais indicadas para o paciente, envolvendo várias etapas: prescrição médica da dieta oral, entrevista com o paciente, anamnese alimentar, avaliação do estado nutricional, elaboração do diagnóstico nutricional, elaboração da prescrição dietética, conduta nutricional e acompanhamento e reabilitação nutricional.

A dietética de posse das recomendações nutricionais e outros dados buscam as tabelas de composição de alimentos para elaborar as chamadas dietas normais, cardápio que atende as recomendações nutricionais, sem ignorar hábitos alimentares, situação socioeconômica, mercado abastecedor de alimentos e safra. Na elaboração das dietas normais, ou simplesmente das refeições, une o conhecimento com a prática de regras para a combinação perfeita de alimentos, procurando unir, em cada refeição, alimentos de cor, sabor, textura e consistências diferentes, como também sobre os diferentes receituários culinários para cada alimento, com vistas, também, à variação do cardápio (SILVA;MURA, 2007).

Segundo as considerações do mesmo autor (SILVA;MURA, 2007, p.399).

A dietoterapia usa a dieta como recurso terapêutico, tendo a dieta normal como padrão. A finalidade básica da dietoterapia é ofertar, ao organismo debilitado, nutrientes adequados ao tipo de doença, condições físicas, nutricionais e psicológicas do paciente, mantendo ou recuperando o seu estado nutricional.

Augusto et al. (2002) refere-se à terapia nutricional (TN) como sendo um fator fundamental no tratamento de pacientes de forma geral. A dieta oral é considerada a mais fisiológica por respeitar todas as fases do processo digestivo, desde a ingestão de alimentos até a absorção. Os alimentos que compõem a dieta oral devem estar ajustados as respectivas patologias, condições físicas individuais e recomendações de ingestão dietética (DRI). Essas dietas devem ser padronizadas para uniformizar as condutas e prescrição dietética adequada entre os diferentes tipos de dietas disponíveis, e assim facilitar o processo de produção (preparo de receitas), distribuição das refeições e o treinamento do pessoal.

Conforme as citações de Caruso et al (2008) as dietas hospitalares podem ser classificadas de acordo com: 1) modificações na consistência (geral, branda, pastosa, semilíquida e líquida); 2) alterações quantitativas de determinado nutriente (hipercalórica ou hipocalórica, hiperprotéica ou hipoprotéica, hipolipídica, hipossódica, rica ou pobre em fibras, etc.); 3) exclusão de nutrientes específicos (isenta de glúten, lactose, etc.). A padronização das dietas hospitalares possibilita o estabelecimento de condutas que consideram as necessidades de cada paciente, a organização do preparo, a distribuição das refeições e ainda o treinamento de pessoal.

3.4 Importância da nutrição para a saúde dos pacientes hospitalizados

Para Proença et al. (2006, p.55)

A alimentação é uma das atividades mais importantes do ser humano, tanto por razões biológicas óbvias quanto pelas questões sociais e culturais que envolvem o comer. Assim, o ato de se alimentar engloba vários aspectos que vão desde a produção dos alimentos até a sua transformação em refeições e disponibilização para as pessoas.

Pfaffenzeller (2003) considera que a evolução progressiva dos conhecimentos de nutrição, na área de saúde, trouxe avanços no cuidado do paciente internado. Avanços estes, que são reconhecidos nas áreas de avaliação do estado nutricional, na formulação de novas dietas, na melhoria dos métodos de acesso para veiculação das dietas e prática de pesquisa clínica e experimental.

A alimentação, em conjunto com outros cuidados de saúde, tem um papel fundamental na recuperação de pacientes internados, pois o estado nutricional do paciente está diretamente ligado com a sua evolução clínica. Magnoni e Cukier (2001) apud Pfaffenzeller (2003) salienta que há fortes evidências de que a terapia nutricional modifica significativamente a trajetória da internação hospitalar e a recuperação do paciente. Basta observar que a desnutrição intra-hospitalar está sempre ligada a infecções e complicações pós-operatórias, e que continuam sendo a causa mais freqüente de morbimortalidade e um dos principais problemas de saúde em todo o mundo. A prevalência de desnutrição aumenta em alguns casos pela falta de diagnóstico e a falta de intervenção nutricional, sendo observada também a falta de anamnese nutricional em prontuários dos pacientes.

Para esses autores, é muito importante o diagnóstico e o tratamento imediato da desnutrição, pois pode ocasionar problemas mais graves quando se estabelece relações entre a desnutrição e um índice maior de complicações como: demora na cicatrização, maior taxa de infecção e maior morbimortalidade. Entre os pacientes com maior risco nutricional encontram-se os que apresentam doenças hipermetabólicas, capacidade digestiva ou absorviva reduzida, perdas de nutrientes por condições mórbidas não gastrintestinais, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), obesidade e transplante de medula óssea.

Riekes (2004) menciona que para a alimentação cumprir o seu papel e promover à saúde, é necessário ingerir uma dieta adequada, que seja equilibrada nutricionalmente, com alimentos variados, possibilitando nutrientes e energia para o bom funcionamento do organismo.

Um alimento, para ser capaz de manter a vida, não deve possuir somente qualidades nutricionais, expressada pelas quantidades de glicídios, lipídios, proteínas, vitaminas e minerais; é necessário que ele seja conhecido e/ou aceito pelo indivíduo e pelo seu grupo social. (DUTCOSKY, 2007. p. 25)

O cuidado nutricional é o processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de um paciente, o que inclui: a avaliação do estado nutricional do indivíduo, a identificação das necessidades ou problemas nutricionais e planejamento de objetivos e metas de cuidado nutricional que preencham essas necessidades (MAHAN; STUMP. 2005).

Conforme Proença (2006) os procedimentos que envolvem os cuidados nutricionais têm-se traduzido por avanços técnicos consideráveis para as unidades produtoras de refeições. Para implementação das atividades nutricionais estes avanços são alcançados graças à informatização dos procedimentos, aos instrumentos atualizados para avaliação e diagnóstico nutricional, às inovações tecnológicas na produção de refeições, entre outros aspectos. Portanto, a respeito de todas essas inovações nesta área, o alimento e as refeições apresentam um significado para o indivíduo. As características dos alimentos e suas preparações não são apresentadas da mesma forma para as pessoas. Para cada indivíduo, o comer e a comida têm um significado especial, que depende da sua história alimentar desde a infância, dos sabores que vem experimentando durante a vida, das formas e dos locais de consumo. Dessa forma, pode-se concluir que cada ser

humano constrói, ao longo de sua vida, uma identidade própria com relação ao ato de se alimentar.

Para possibilitar a atenção e o cuidado nutricional para os pacientes de forma integrada, é necessário a elaboração de um planejamento de estratégias que possam resgatar o espaço da produção para essa finalidade, assim esse planejamento pode ser reconcebido como um conjunto de ações essenciais a serem implementadas na produção das refeições (ERHART;BOHRER, 2007, p.24).

Garcia (2006) afirma que, para a população adquirir práticas alimentares mais saudáveis, seria necessário investigar condições que abordam situações do sujeito com o alimento, que acabam por determinar suas escolhas alimentares, e, ainda, considerar a influência da culinária em nossa cultura. Além disso, as qualidades sensoriais (sabor, cheiro, textura e aparência) são fatores determinantes do comportamento e escolha alimentar das pessoas, contribuindo, sem dúvida, para ingestão, saciedade e seleção dos alimentos em uma refeição. Assim, a nutrição em pacientes hospitalizados desempenha importante papel, que somente é alcançado quando se consideram os diversos fatores que podem influir em sua aceitação.

3.5 Unidade de alimentação e nutrição hospitalar

Para Mezomo (2002), somente a partir de 1951 aproximadamente é que se constatou a necessidade de uma alimentação equilibrada e adequada para a recuperação de pacientes. Paralelamente, percebeu-se que uma boa alimentação era indispensável para manter a produção e eficiência do trabalho dos funcionários. Com este intuito, as Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) dos hospitais no Brasil foram crescendo e se estruturando para atender a esta demanda.

As UANs hospitalares são consideradas subsistemas que desempenham atividades – fins, pois colaboram diretamente para atingir o objetivo final da instituição, uma vez que correspondem a um conjunto de bens e serviços destinados a prevenir e/ou recuperar a saúde da população que atendem, através de ambulatorios ou da própria hospitalização (PFAFFENZELLER, 2003,p.28)

Segundo as teorias aplicadas por Proença (2006) os objetivos de uma unidade de alimentação e nutrição são o fornecimento de uma alimentação adequada nutricionalmente, apresentando nível satisfatório de sanidade, se adequando as necessidades do comensal como um todo; como também desenvolver hábitos alimentares saudáveis, educação alimentar e nutricional. Além desses aspectos ligados a refeição, uma UAN deve visar satisfazer o comensal em

relação ao serviço oferecido, englobando desde o ambiente físico, incluindo tipo, conveniência, e condições de higiene das instalações e equipamentos disponíveis, até o contato direto entre os funcionários da UAN e os comensais, nos mais diversos momentos.

Nessa perspectiva, Marimoto (2002) destaca que o profissional responsável pela administração dessa unidade é o nutricionista, que está apto a desenvolver atividades de planejamento, compras, organização, acompanhamento e controle de todo o processo, que compreende desde o recebimento de mercadorias, armazenamento e preparo até a distribuição dos alimentos para os pacientes, funcionários dos serviços de alimentação e para todos os funcionários do hospital. As atribuições dos nutricionistas nos hospitais estão situadas em duas áreas de atuação: saúde coletiva, que está relacionada no gerenciamento do processo de preparo das refeições e da sua distribuição; e a nutrição clínica que engloba atividades relacionadas aos cuidados nutricionais dos pacientes internados, enfocando a prevenção e a manutenção da terapia nutricional.

Ainda considerando-se as colocações de Marimoto (2002) apud Poulain et al (2004) foram determinadas quatro categorias referentes a qualidade do alimento: 1) a qualidade nutricional que garante o fornecimento de nutriente adequados para cada indivíduo; 2) a qualidade higiênica, onde o alimento esta isento de substâncias tóxicas ao organismo; 3) a qualidade psicossensorial, relacionada com as sensações olfativas, térmicas, visuais, efeitos tranquilizantes ou estimulantes produzidos ao ingerir o alimento; 4) e as qualidades simbólicas, que compreendem que o alimento tem um significado diferente para o individuo dentro da sua cultura, de acordo com seus hábitos e tabus alimentares desde a infância, simbolizando classes sociais, estilos de vida, rituais e religião.

Essas categorias descritas mostram mais uma vez a complexidade da atuação do profissional de Nutrição no setor hospitalar, que tem como preocupação oferecer uma alimentação adequada às patologias apresentadas, levando em conta todos esses aspectos de qualidade do alimento, objetivando atender as expectativas e satisfação do paciente.

Mezomo (2002) reforça que a produção de uma refeição dentro dos padrões higiênico-sanitários em uma UAN hospitalar é de fundamental importância, pois a maioria da clientela não se encontra em boas condições de saúde, apresentando maior risco de vida. Além disso, esses pacientes, em função das

dificuldades físicas, podem estar com o apetite reduzido ou criar atitudes, sentimentos negativos com relação à refeição servida. Daí o desafio de uma UAN hospitalar proporcionar que a refeição servida seja microbiologicamente segura e atrativa e, principalmente, nutricionalmente adequada para que os pacientes consigam se alimentar de forma prazerosa e melhorar seu estado de saúde.

Riekes (2004) ressalta que as condições básicas para qualidade das refeições de uma UAN hospitalar devem considerar três aspectos: a definição das situações básicas que envolvem as preparações dos alimentos; as técnicas de preparo que estabelecem as necessidades culinárias de vários tipos de alimentos e o treinamento teórico/prático da equipe de produção.

Bertin (2005) destaca que os principais obstáculos enfrentados pela UAN de um hospital para manutenção da qualidade do atendimento são: formação insuficiente dos profissionais, falta de uma definição clara das responsabilidades em planejar e gerenciar os cuidados nutricionais, pouca influência com os pacientes, falta de cooperação entre as equipes e a falta de envolvimento da gerência dos hospitais.

3.6 Elaboração de cardápios hospitalares

Cardápio é definido como lista de preparações culinárias que compõe uma refeição ou lista de preparações que compõem todas as refeições de um dia ou período determinado. Para tal, utilizam-se de padrões nutricionais e o reconhecimento de técnicas dietéticas dos alimentos a fim de atender às leis da alimentação (SILVA;BERNARDES, 2004, p. 5).

Ainda sobre as considerações de Silva e Bernardes (2004) a elaboração de cardápios é uma atividade de extrema importância, pois é responsável pelo “ponto de partida” no planejamento das compras, e da produção, pela satisfação dos clientes e pela determinação na composição dos custos. O autor ainda relembra sobre a importância do planejamento de uma refeição para seu resultado final, tanto em termos nutricionais como da impressão que ocasiona.

Riekes (2004) argumenta que existem diversas maneiras de realizar ações de educação nutricional, em que uma delas é através do próprio cardápio, que pode vir a ser um instrumento de educação alimentar. Assim, destaca-se o grande desafio: considerar no processo de elaboração de refeições, não apenas

aspectos quantitativos, em relação aos nutrientes, ou de segurança microbiológica, mas que contemple, de forma conjunta, de formas direcionadas ao desenvolvimento de técnicas de preparo que associem ao mesmo tempo saúde e prazer. Nesse sentido, o planejamento de cardápios equilibrados nutricionalmente e que despertem prazer podem constituir-se em valiosa ferramenta para construção de hábitos alimentares saudáveis. No entanto, para isso, é preciso transformar o planejamento, registrado em papel, em uma deliciosa refeição.

Assim, os cardápios hospitalares devem adequar-se em cor, sabor, textura, consistência, temperatura e composição de nutrientes. Comumente os pacientes consideram os cardápios dos hospitais monótonos e repetitivos, visando apenas atender as características nutricionais dos pacientes, não atraindo-os para o consumo diário ou freqüente no período de internação. Dessa forma, os cardápios devem apresentar variedades na oferta de alimentos, combinações, preparações, temperos, cores, formas, cortes, decoração e/ou apresentação.

Proença et al (2006) salientam que o cardápio deve atingir completamente o objetivo da UAN, baseando-se em alguns critérios de qualidade definidos pela legislação vigente, representados pelo controle do ponto de vista higiênico-sanitário. A qualidade sensorial também é fator determinante do comportamento e da escolha alimentar das pessoas.

Proença et al. (2006) apud Poulain (2004) afirmam que existem dimensões para as qualidades dos alimentos, destacando: 1) as qualidades nutricionais, onde o alimento deve ser capaz de oferecer ao organismo os nutrientes energéticos (glicídios e lipídios), os nutrientes com função plástica (proteínas), os minerais, as vitaminas e a água; 2) as qualidades higiênico-sanitárias, em que o alimento deve estar isento de elementos tóxicos, não provocando problemas digestivos ao serem consumidos; 3) as qualidades sensoriais que representam a aptidão do alimento de provocar prazer, resultado das sensações visuais, táteis, gustativas e olfativas, que podem variar em função dos hábitos alimentares principalmente, provocando uma sensação de bem-estar, de harmonia com o corpo, com a sociedade e com o mundo; 4) qualidades simbólicas que são definidas pelo significado que o alimento representa para o indivíduo, como o alimento ligado a pratos regionais, o alimento concebido pelas diferentes classes sociais e estilos de vida, o alimento como base da comunicação (rituais sociais) e o alimento como símbolo religioso; 6) qualidades de serviços, relação direta com o produto, mas

também com a sua apresentação e o ambiente no qual ele é consumido; 7) e por fim as qualidades regulamentares, são as obrigações que os produtos tem que respeitar em relação a legislação vigente referente aquele setor.

Quanto a algumas propriedades sensoriais dos alimentos, como textura, cor e sabor, Riekes (2004) define que diversas palavras podem ser utilizadas para descrever a textura dos alimentos como dura, macia, crocante, arenosa, borrachenta e aveludada, compreendendo assim sensações que são percebidas quando se mastiga o alimento. Já a cor destaca que é um importante atributo sensorial que influencia decisivamente a aceitação dos alimentos, pois existe uma forte relação entre a boa qualidade e a cor característica reconhecida pelo consumidor. Com relação ao sabor que exerce um papel extremamente importante sobre as preferências alimentares, afirma que diversas substâncias apresentam a capacidade de provocar a sensação de gosto. Existe uma forte tendência de se considerar apenas quatro atributos fundamentais para definir o gosto: salgado, doce, amargo e ácido, mas, atualmente o glutamato monossódico é reconhecido como um quinto gosto, denominado de umami, que está presente em certos frutos do mar, cebola, alho e cebolinha verde.

Convém ressaltar que as sensações gustativas não são realizadas de forma isolada, sendo influenciadas pelo aroma da preparação e sua temperatura, uma vez que extremos de temperatura podem comprometer o paladar.

Algo a ser considerado é que o gosto pelos alimentos não é natural e sim aprendido. Isso significa que o hábito alimentar pode ser trabalhado, tendo a educação nutricional papel preponderante no objetivo de educar as pessoas a se alimentarem de maneira adequada e condizente com o estado de saúde almejado, o que aumenta ainda mais a responsabilidade em lidar com a relação entre alimentação e as pessoas (DUTCOSKY, 2007. p.27).

Segundo as considerações de Erhart e Bohrer (2007) o cardápio tem características básicas, cujos princípios são equivalentes, a diferenciação ocorrendo para adaptação às diferentes necessidades das pessoas. Para cardápios, as principais modificações ao estado de saúde são a adequação ao tipo de dieta. Assim, à medida que a especificidade aumenta de acordo com as necessidades dos pacientes, as alterações podem acontecer nos tipos de alimentos, na técnica de preparo, na forma de cocção, na inclusão ou exclusão de determinado ingrediente,

visando a adaptação da dieta às condições fisiológicas do paciente, seguindo os preceitos da dietoterapia.

O profissional de Nutrição, para Riekes (2004), está diante de um grande desafio que trata do seu envolvimento com atividades que possam proporcionar maior prazer a quem come para aumentar a aderência de pacientes a uma dieta equilibrada nutricionalmente. Para isso, o profissional deverá empregar estratégias que incluem a seleção de alimentos adequados, substituição de alimentos por outros com reduzido teor de gordura, e, quando necessário, a utilização de ervas, condimentos e técnicas de cozimento apropriadas. Seu principal objetivo será concretizar uma alimentação que contemple, ao mesmo tempo, o equilíbrio nutricional e os sabores, texturas, cores e perfumes que proporcionem o prazer ao se alimentar.

O conhecimento e a prática dos princípios de arte para a composição estética dos pratos de uma refeição, em que cor, volume, consistência, textura e equilíbrio de formas, além da composição de seus sabores, dão à culinária importante posição na formação de profissionais de nutrição e alimentação. Com isso, a boa qualidade sensorial é o ponto chave para o alimento ser consumido, pois o ser humano, de modo geral, não se alimenta pensando em sua nutrição, procurando alimentos que são do seu agrado, independente do seu valor nutricional, da sua carga calórica e rejeitando outros, chegando até a se negar a experimentar os alimentos que fogem o seu padrão alimentar e a sua herança familiar (VILLAR, 2007).

Segundo Ornellas (1995, P.35) “o artista da culinária tem muitos limiares para seduzir e prender o comensal.” A autora menciona ainda que arte culinária abrange todos os sentidos: a visão, através do aspecto, cor, forma, apresentação das preparações; o olfato, considerando o sensor do apetite; o tato, envolvendo sensações térmicas diversas e a própria consistência sólida, líquida, pastosa e viscosa; o paladar, doce, salgado, ácido e amargo; e até a audição, com os ruídos sonoros do crocante, do trincar e do estalar da língua. E complementa que a combinação dessas sensações leva ao prazer de comer.

O desenvolvimento tecnológico para o setor de produção de refeições tem se caracterizado pelas inovações em termos de equipamentos, produtos alimentícios e processos produtivos. Essas características de inovação, relacionadas aos avanços da dietética, da nutrição e do processo produtivo de refeições podem

contribuir com as atividades do nutricionista da área de alimentação e nutrição. Elas contribuem para a avaliação do alimento ou das preparações em seus aspectos culinários nutricionais, sensoriais, simbólicos, além do aspecto higiênico-sanitário, o que pode promover ações referentes à produção de refeições com qualidade desde o planejamento de cardápios, desdobrando-se com as compras, as atividades do pré-preparo e preparo, a distribuição e o controle de todos os procedimentos envolvidos no processo.

Sousa e Proença (2004) defendem que o atendimento alimentar e nutricional pressupõe conjugar as diferentes dimensões da qualidade da alimentação: ao aspecto terapêutico nutricional podem ainda ser incorporados padrões dietéticos e sensoriais às preparações servidas, além de iniciativas humanizadoras com cozinhas experimentais, investimento em pessoas para atendimento humanizado, resgate do culinário, teste de degustação, ações educativas e comissões de avaliação; além de horários adaptáveis, refeitórios, oficinas culinárias e enquetes de satisfação, para o atendimento às necessidades individuais dos pacientes.

Para Mezomo (2001) a qualidade é uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos níveis. Esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos aos pacientes. Benefícios esses que, por sua vez, se definem em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Assim, vê-se que qualidade em saúde tem outras dimensões, além da simples satisfação do cliente (paciente), e a esta satisfação acrescenta-se o resultado da ação, que é a saúde. Quando os riscos são maiores que os benefícios, têm-se efeitos adversos, que é a qualidade negativa. Assim, pode-se concluir que qualidade é a satisfação do cliente e a ausência de defeitos.

Erhart e Bohrer (2007) afirmam que a menos de 10 anos a qualidade hospitalar não fazia parte do contexto dos hospitais brasileiros, pensava-se que um hospital composto de médicos competentes e uma aparência limpa, já eram suficientes para a satisfação do paciente. Mas com os estudos, observou-se que não é somente um lugar para cuidar da sua saúde que os pacientes procuram: eles buscam exercitar o seu papel de cidadão, de ter vontade própria. Ou seja, antes, com a internação, o indivíduo deixava de ser cidadão e passava a ser passivo (daí o nome paciente), hoje é mais ciente dos seus direitos e responsabilidades, direito

este de ser bem atendido e adquirir dos produtos e tratamentos que o hospital oferece.

Pfaffenzeller (2003) argumenta que a satisfação está relacionada ao atendimento das nossas necessidades, pois uma vez satisfeitos, aumenta a auto-estima e reduz-se a ansiedade do cliente. Dessa forma, a equipe envolvida nos cuidados com o paciente tem papel importante para aumentar as taxas de satisfação. Recomenda o autor que antes de iniciar atividades que busquem aumentar a satisfação dos clientes, deve ser identificada a área de serviços que necessitam de melhorias.

Ainda sobre as considerações de Pfaffenzeller (2003) citado por Rebelo (1996), a satisfação do cliente para ser medida precisa ser discutida e entendida de forma abrangente, pois não há como iniciar um processo medindo índice de satisfação sem considerar as expectativas das pessoas, suas experiências anteriores, suas necessidades e as opções disponíveis para satisfazê-las.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

A pesquisa desenvolvida caracteriza-se como transversal. Segundo Vieira; Hossine (2001) estes estudos são feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação as suas características pessoais e as suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em determinado momento. O modelo proposto neste trabalho teve como base a determinação de requisitos fundamentais no conceito da qualidade e satisfação sobre a alimentação hospitalar por parte dos pacientes.

4.2 Período do estudo

Os dados da pesquisa foram coletados entre Maio e Setembro de 2009. Com prévia autorização das instituições onde foi desenvolvida a pesquisa.

4.3 População estudada

O estudo foi desenvolvido em duas unidades hospitalares da cidade de Natal/RN, sendo uma instituição pública e outra privada, o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e o Hospital do Coração de Natal, respectivamente.

A seleção dos pacientes obedeceu aos seguintes critérios: tempo de internação maior que 3 dias, dieta prescrita (livre, branda, pastosa, hipossódica, laxativa ou constipante) e idade acima de 18 anos. Foram excluídos do estudo: pacientes com dificuldades em falar (disfásicos), inconscientes, confusos ou sedados, indivíduos com prescrição de dieta líquida ou líquida de prova, e os pacientes que estivessem recebendo assistência nutricional enteral ou parenteral.

Foram entrevistados 184 indivíduos. Destes, 141 (77%) eram pacientes do serviço hospitalar público, e 43 (23%) do serviço hospitalar privado. Esta diferença deveu-se a superioridade do número de leitos no hospital público avaliado.

O Hospital do Coração de Natal (HCN) é um hospital geral, privado e com fins lucrativos. Possui atualmente 111 leitos para internação. A Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) do Hospital oferece em média 522 refeições completas/dia, distribuídas para 170 funcionários, 11 médicos, 35 acompanhantes e 75 pacientes. Esse sistema de distribuição é centralizado e o hospital dispõe de

serviço de hotelaria, oferecendo para os pacientes um cardápio fixo padrão de luxo de acordo com as prescrições dos médicos e nutricionistas. As refeições são comumente apresentadas conforme demonstrado na Figura 1 a seguir.



Figura 1 – Refeição do almoço do Hospital privado
Fonte: Foto tirada pelo autor

O Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, conhecido como Hospital Geral e Pronto Socorro de Natal, caracteriza-se como um hospital geral público do Governo Estadual, sendo voltado para o atendimento médico-hospitalar, clínico ou cirúrgico, principalmente para a população mais carente, que não possui convênios. Ao todo, o complexo hospitalar possui 310 leitos. O serviço de distribuição do HMWG é misto, pois possui as duas formas de distribuição (centralizada e descentralizada). A distribuição das refeições para os pacientes ocorre de forma descentralizada, através de 4 copas localizadas nos andares, onde são etiquetadas e distribuídas em carros não térmicos. As refeições são apresentadas conforme a Figura 2. São servidas refeições para os funcionários, pacientes e acompanhantes. O volume de refeições servidas no hospital é em torno de 3.000 refeições diárias, incluindo mamadeiras e dietas enterais.



Figura 2 – Refeição do almoço do Hospital público
Fonte: Foto tirada pelo autor

4.4 Coleta de dados

A técnica utilizada para a coleta dos dados foi a entrevista através de um questionário estruturado (Apêndice 1), aplicado após a refeição do jejum.

Os itens avaliados quanto às refeições servidas foram: a quantidade, aparência, odor, sabor, textura, temperatura, variedade e higiene, para cada preparação e para cada refeição como um todo, o horários das refeições, e a atuação dos profissionais responsáveis pelas refeições, com o objetivo de observar a humanização no atendimento hospitalar. Para cada um dos itens avaliados, o paciente atribuiu sua satisfação dentre um destes quatro conceitos: ruim, regular, bom e ótimo. Consideraram-se como satisfeitos aqueles indivíduos com resposta “Bom” e “Ótimo”, e como insatisfeitos aqueles com resposta “Ruim” e “Regular”. Ao final da entrevista, os pacientes atribuíram uma nota em escala de 0 à 10 para sua satisfação geral quanto aos serviços prestados pelos setores de Nutrição e Dietética das instituições avaliadas.

4.5 Análise estatística

Os resultados obtidos foram expressos na forma de média $\pm$ desvio padrão e gráficos construídos a partir do programa Excel 2007. Para comparação das variáveis categóricas entre os hospitais estudados foi utilizado o teste do Chi-

quadrado (χ^2). Para comparação entre a nota geral atribuída para as instituições, foi utilizado o teste T para amostras independentes. A análise foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 11.0. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas valores de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da população estudada

Foram avaliados 184 pacientes, sendo 53% (n=97) do gênero masculino e 47% (n=86) do gênero feminino. Observou-se percentual semelhante dos gêneros masculino e feminino (χ^2 , $p= 0,782$) nas instituições avaliadas, como mostra o Gráfico 1. Em um estudo semelhante, realizado em Florianópolis por Demário (2007) em uma instituição pública, foi encontrada maior prevalência de pacientes do gênero masculino (75%), já no estudo de Pfaffenzeller (2003) realizado com 162 pacientes, observou-se maior prevalência do gênero feminino com 55,6%.

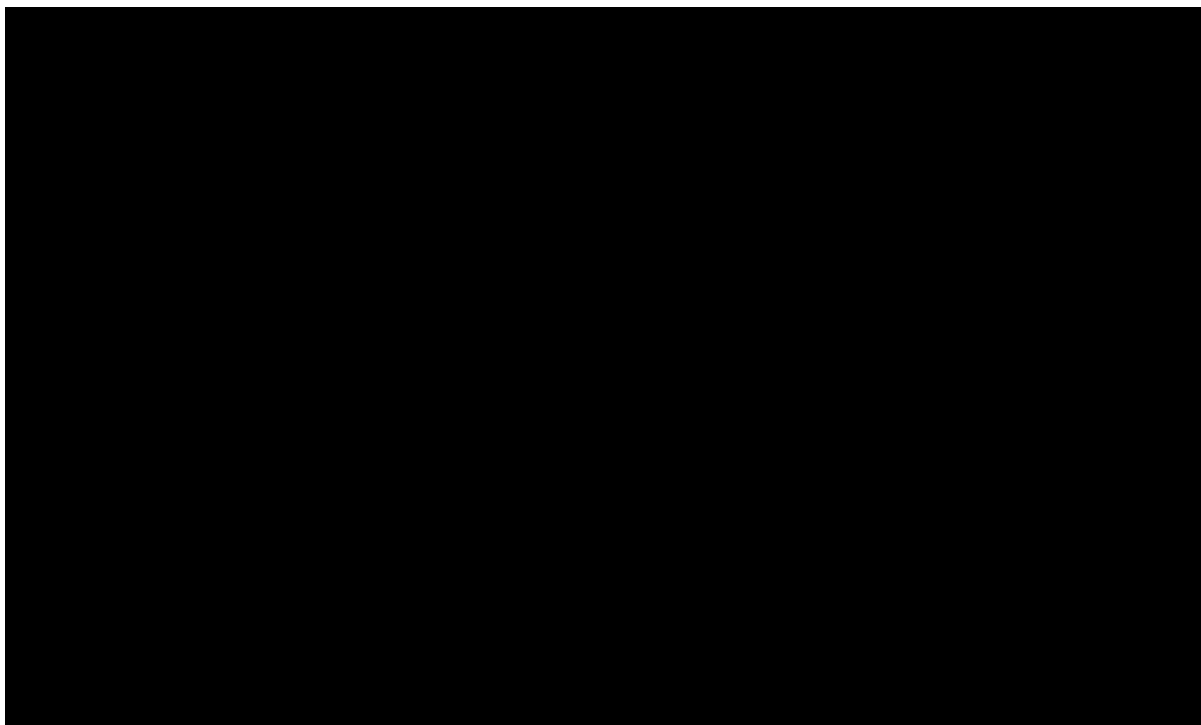


Gráfico 1 – Distribuição da população estudada por gênero e tipo de instituição.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Quanto à faixa etária, como mostra o Gráfico 2, no hospital privado a maior parte dos pacientes apresentava idade superior a 60 anos (53,5%, n=19), seguida pelos de idade entre 31 e 60 anos (44,2%, n=23) e entre 18 e 30 anos (2,3%, n=1). Já na instituição pública prevaleceu o percentual de pacientes com idade entre 31 e 60 anos (41,4%, n=58), seguida pelos pacientes com mais de 60 anos (32,9%, n=45). Estas diferenças entre as faixas etárias estudadas por tipo de hospital foram estatisticamente significativas (χ^2 , $p=0,002$). O alto percentual de

pacientes com idades entre 18 e 30 anos (25,7%, n=36) na instituição pública, pode ser explicado devido ao hospital ser de urgência, com maior prevalência de atendimento de acidentes, mais comum entre jovens.

No estudo de Pfaffenzeller (2003) a maior parte da população também é composta por pacientes acima de 56 anos (69,5%), assim como no estudo de Araújo (2006) em que a maioria dos pacientes participantes da pesquisa apresentou idade superior a 65 anos. O resultado obtido neste estudo para o hospital privado já era esperado visto que ocorre no Brasil a transição demográfica e epidemiológica, que aumentou o número de indivíduos idosos no país. Nesse contexto, Chaimowicz (1997) conclui que os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulando seqüelas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), desenvolvendo incapacidades e perdendo autonomia e qualidade de vida o que resulta em constantes internações em serviços hospitalares.

O aumento da população idosa nas instituições hospitalares exige novos investimentos em recursos humanos para um atendimento humanizado. Isto sugere a necessidade de um cuidado na definição de cardápios, visto que os planos de alimentação devem ser ajustados às necessidades específicas desses clientes.

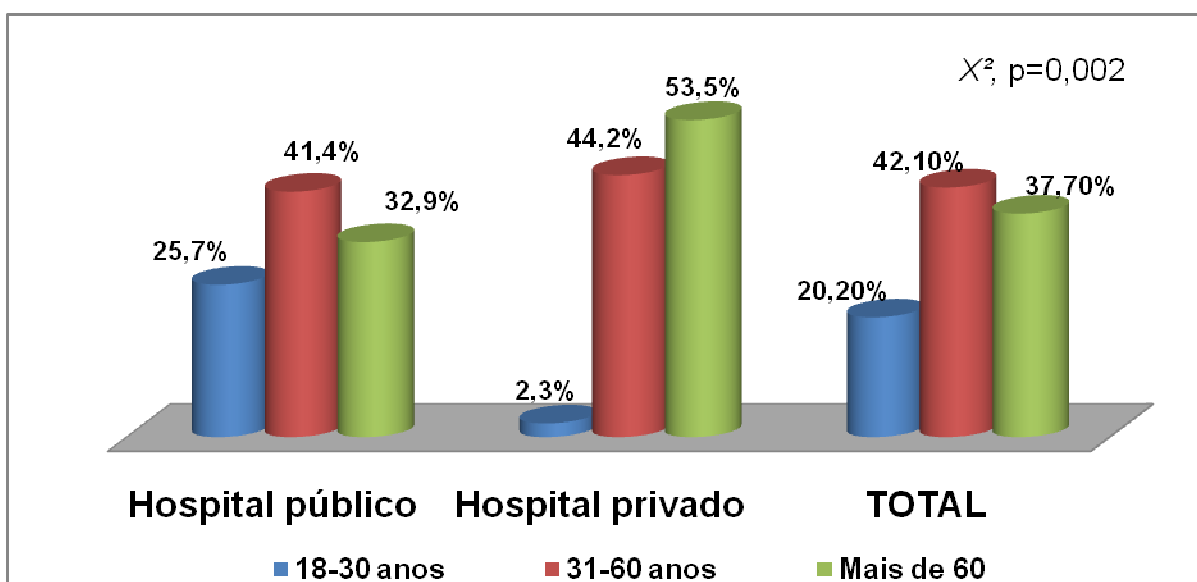


Gráfico 2 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e faixa etária.
Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Verificou-se que do total de pacientes entrevistados 62,8% (n=115), nunca haviam se internado anteriormente, não conferindo a estes clientes as condições de comparar a efetividade dos procedimentos das experiências passadas

com a atual ou recente. De acordo com o Gráfico 3, nota-se que em ambas as instituições prevaleceu o percentual de pacientes com história de primeira internação hospitalar, com 64,3% (n=90) e 58,1% (n=25), do hospital público e privado, respectivamente, diferenças estas não consideradas significativas (X^2 , $p=0,466$).

Comparando os dados com o estudo de Pfaffenzeller (2003), observou-se resultados diferentes, onde 48,14% dos pacientes se encontravam na primeira internação no dia da pesquisa, enquanto que 51,86% possuíam história de internações anteriores em outros hospitais.

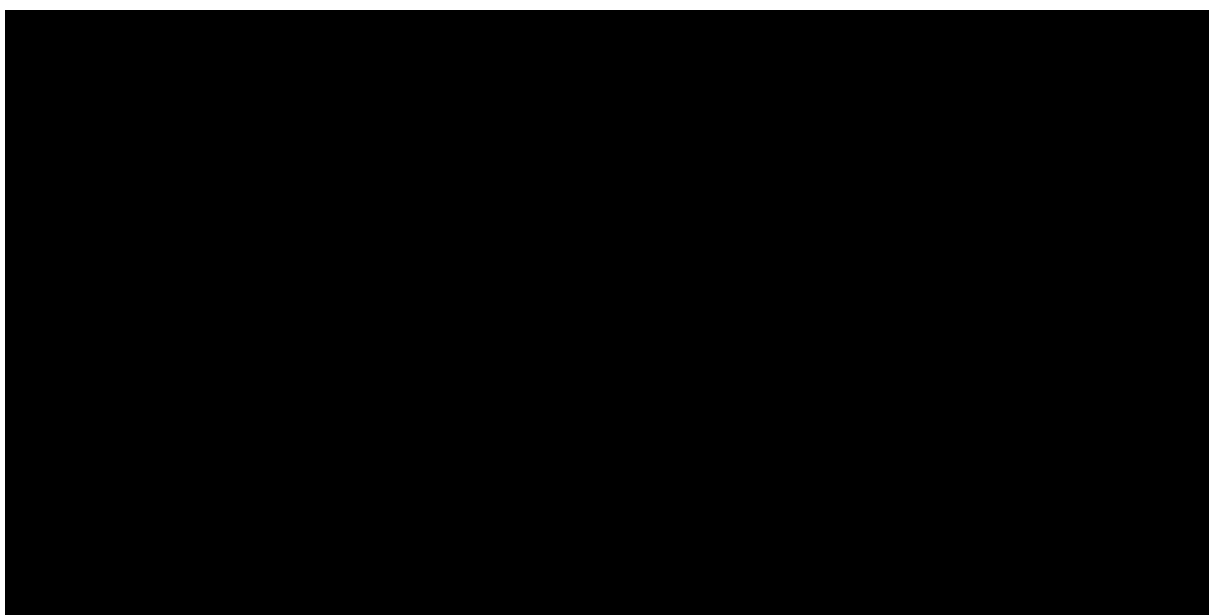


Gráfico 3 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e as internações antecedentes.
Fonte: Dados da pesquisa (2009)

O Gráfico 4 apresenta aspectos relacionados ao tempo de internação dos pacientes. Verificou-se que a maior parte dos indivíduos entrevistados (65,6%, n=120) estavam de 3 a 15 dias internados no hospital, sendo os percentuais de 63,4% (n=89) e 72,1% (n=31) no hospital público e particular (X^2 , $p=0,616$), respectivamente. Dessa forma, estes dados atingem a meta dos hospitais, pois segundo Marimoto (2009) o tempo de permanência dos pacientes não deve exceder 15 dias. Nos estudos de Demário (2007) e Yabuta (2006) foram encontrados resultados semelhantes em que o tempo médio de internação foi de 9,12 dias e 12 a 14 dias, respectivamente. Araújo (2006) afirma que o tempo de permanência está relacionado com diversos fatores entre eles o tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico) e o estado nutricional.

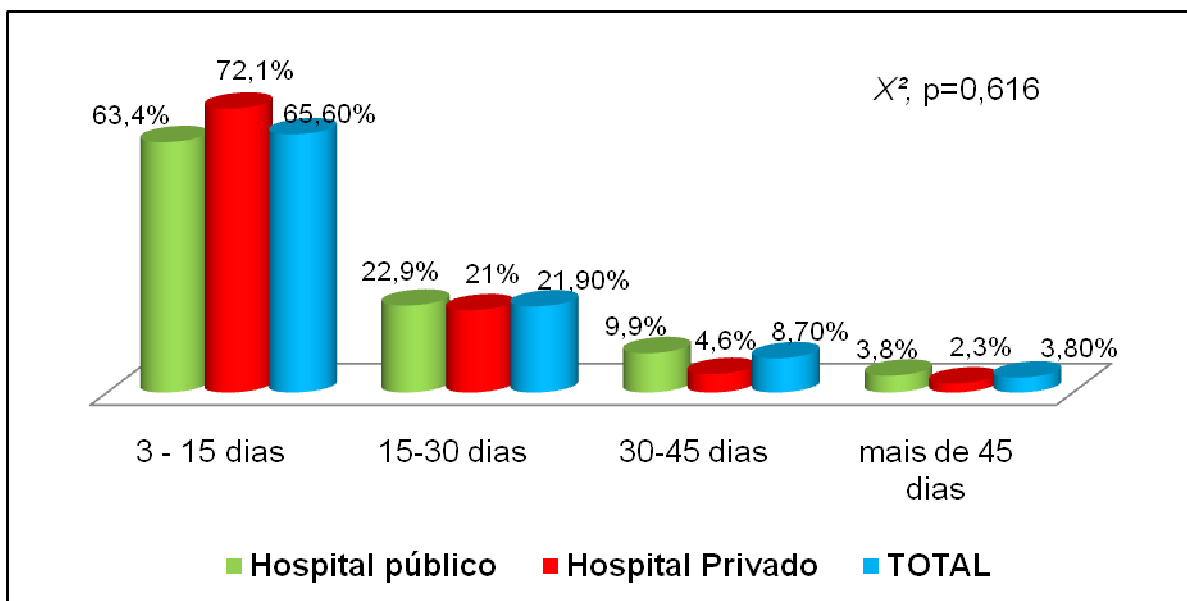


Gráfico 4 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e tempo de internação.
Fonte: Dados da pesquisa (2009)

O Gráfico 5 demonstra que 86,9% (n=159) dos pacientes entrevistados possuem diagnóstico nos prontuários, mas que 16,4% (n=23) dos pacientes no hospital público não possui diagnóstico no prontuário, contra apenas 2,3% (n=1) dos pacientes do hospital privado. Representando uma diferença estatística significativa entre as instituições (χ^2 , p=0,017).

Diante dos resultados obtidos, é possível perceber o descaso de alguns profissionais do serviço de saúde pública, no que diz respeito à definição do diagnóstico específico nos prontuários dos pacientes, deixando, muitas vezes, a desejar a decisão da conduta adotada por outros profissionais para o tratamento dos pacientes.

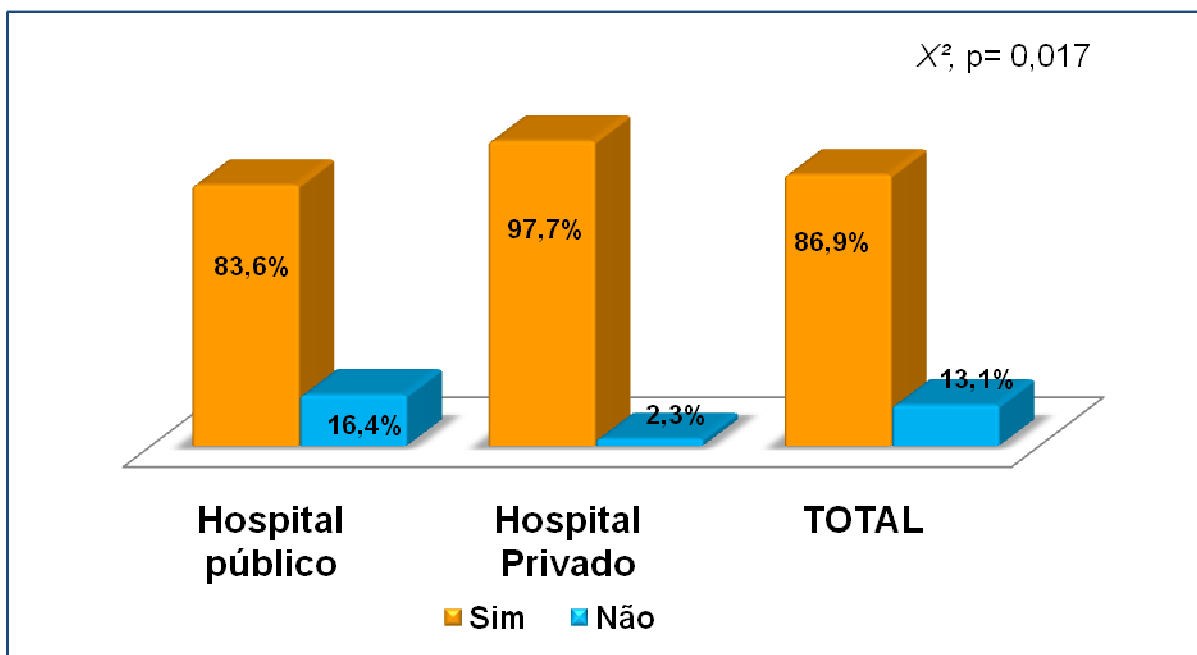


Gráfico 5 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e presença de diagnóstico.
Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Observando os dados do Gráfico 6, verifica-se que os motivos que levaram a internação foram em 22,2% (n=36) dos pacientes diabetes, 16,7% (n=27) cardiopatia, 13,6% (n=22) AVC e 13% (n=21) politraumatismo. Com relação às diferenças entre os hospitais em estudo, foi observado que na instituição privada prevaleceu um número maior de pacientes acometidos de câncer e problemas cardiovasculares (ambos com percentual de 16,7%), pois essas são as principais especialidades do hospital. Já no serviço público, destacou-se o predomínio de pacientes com diabetes, politraumatizados e cardiopatas, pois o hospital em questão dispõe de clínicas específicas para estas patologias. Dessa forma, observou-se uma diferença significativa entre as instituições ($\chi^2, p=0,029$).

De acordo com Sampaio (2007) a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) aumenta com o envelhecimento. Em estudos de base populacional no Brasil, mais de 90% os idosos apresentam pelo menos uma doença crônica. Dentre as condições crônicas ou agudas prevalentes na população idosa, muitos são particularmente associados a maior risco nutricional, como diabetes, câncer, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), demência e depressão.

No que se refere ao tipo de dieta prescrita, os percentuais podem ser encontrados no Gráfico 7 dos pacientes entrevistados. 29% (n=53) apresentavam

dieta branda na sua prescrição, seguido de 25,1% de dieta livre e 21,3% de dieta hipossódica.

Ao se comparar os dois hospitais, observa-se a predominância da dieta livre (31,4%) no hospital público, seguida de dieta branda e hipossódica com o mesmo percentual de 23,6%. Já no hospital privado predomina a dieta branda e pastosa, com 46,5% e 27,9%, respectivamente.

As diferenças entre os tipos de dietas podem ser explicadas pelas diferenças quanto ao tipo de diagnóstico, que levam a prescrições de refeições com consistências e características distintas.

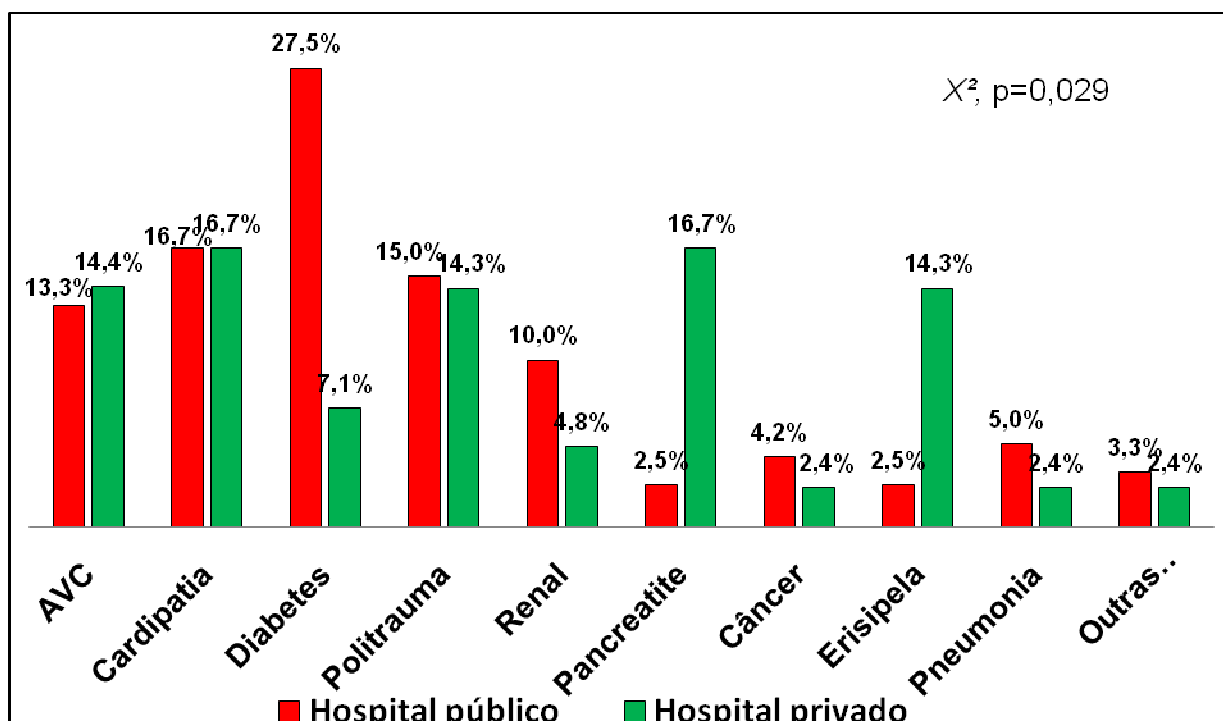


Gráfico 6 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e diagnóstico .
Fonte: Dados da pesquisa (2009)

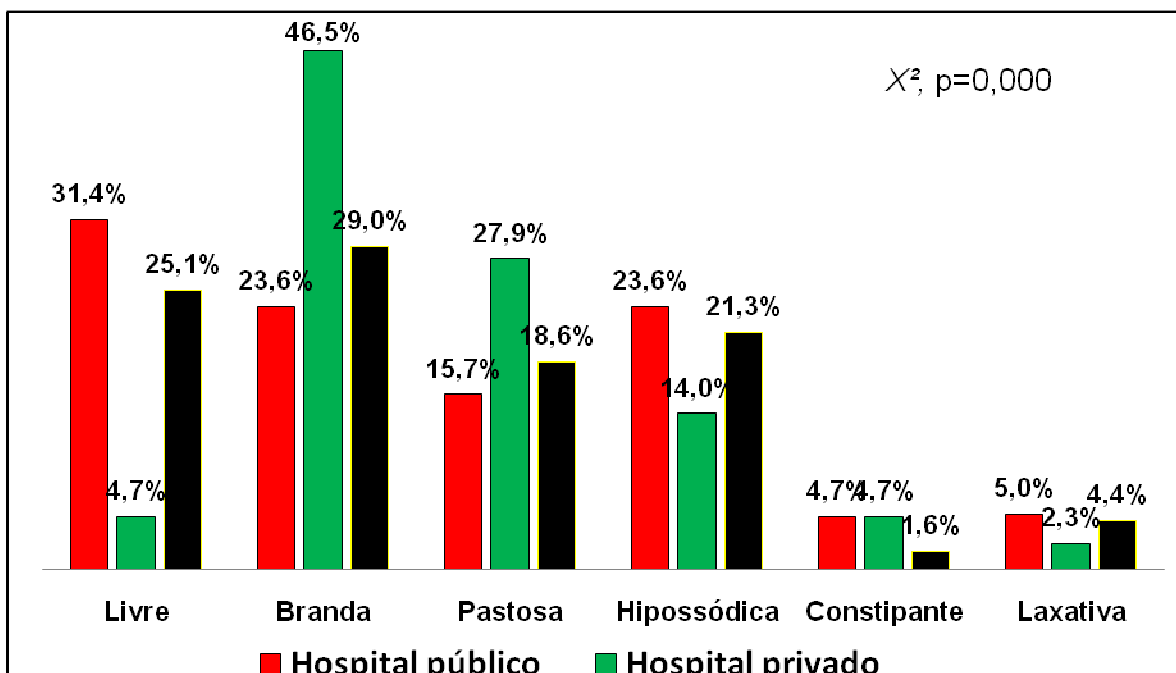


Gráfico 7 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e dieta prescrita.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

5.2 Avaliação da aceitação das refeições por instituição

Para avaliar a aceitação das refeições servidas nas instituições, foram analisados aspectos como: aparência, sabor e tempero, consistência das preparações, odor dos alimentos, temperatura, quantidade de alimentos nas refeições, higiene dos alimentos, variedade das preparações, o conforto durante as refeições e os utensílios utilizados para alimentar-se.

Marimoto (2009) define a aparência como característica formada pela combinação entre cores dos alimentos, tipo de corte, consistência de preparações, disposição de embalagens e utensílios na bandeja. Segundo Araújo (2000), inicialmente a cor e a aparência determinam a qualidade do alimento.

No Gráfico 8, é possível observar que tanto os pacientes do hospital público quanto os pacientes do privado classificaram como “bom” (total de 51,4%, n=94) o item aparência das refeições servidas. Ao comparar as duas instituições, percebe-se que no hospital público somente 4,3% (n=6) dos entrevistados classificaram como ruim a aparência das refeições, enquanto que no hospital privado nenhum paciente fez esta classificação (χ^2 , p=0,095).

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Marimoto (2009) realizada em um hospital privado onde 51,6% dos pacientes consideravam muito importante a aparência visual e apresentação do prato. Corrobora com esta análise o estudo de Araújo (2006), realizado em uma instituição filantrópica em que 50% dos pacientes entrevistados consideram a aparência da refeição do almoço agradável. Estes são bons resultados, visto que Ginani e Araújo (2002) atentam que a condição do paciente pode alterar a avaliação sensorial do alimento, uma vez que a sua percepção estará provavelmente prejudicada ou influenciada negativamente pela terapêutica medicamentosa adotada e pelo ambiente hospitalar. Conforme Demário (2007), para minimizar esses problemas, alguns estudos destacam que durante a internação, além da função nutricional do alimento, os aspectos sensoriais e simbólicos devem ser contemplados na função terapêutica da alimentação, quesito contemplado no item aparência das refeições em ambas instituições avaliadas.

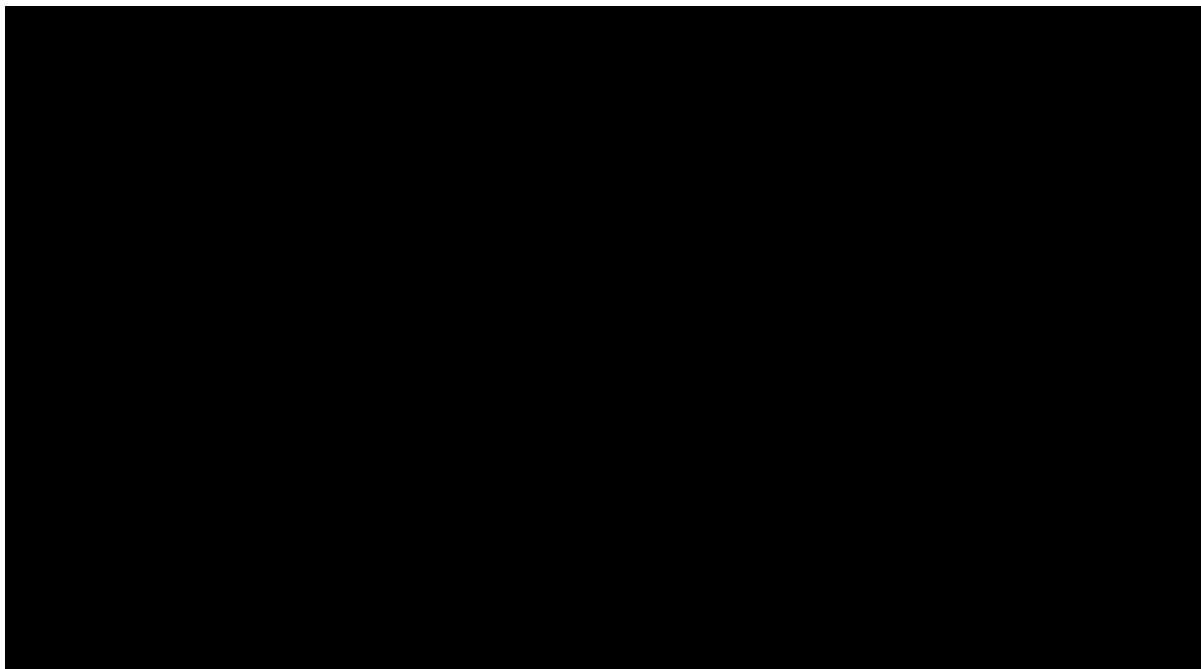


Gráfico 8 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à aparência das refeições servidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Com relação ao sabor e tempero, as refeições servidas obtiveram um percentual de aceitação satisfatório com 43,2% (n=79) dos pacientes entrevistados classificando-as como “bom”. No entanto, o Gráfico 9 demonstra que em ambos os hospitais houve altos percentuais (29,5%, n=54) de pacientes classificando as refeições como “ruim” e “regular” em relação ao sabor e tempero. O resultado pode se explicado devido à presença de dietas hipossódicas, que pode ter contribuído com este percentual de insatisfação, apesar de não haver diferença significativa entre as instituições (X^2 , $p=0,270$).

Assis (2002) sugere que algumas doenças ou tratamentos como a quimioterapia, bem como certas carências, podem levar a diminuição ou perda do gosto. O envelhecimento, também pode levar a redução para a vontade e o desejo de se alimentar. Levando-se em consideração que grande parte dos entrevistados na pesquisa são idosos, isto pode contribuir para o alto percentual de insatisfação. Assim, pode-se recomendar um maior uso de ervas e especiarias, para atribuir sabor as preparações oferecidas, e melhorar a aceitação destas.

O estudo de Yabuta (2006) vai ao encontro com os resultados da pesquisa, em que foi constatado que 21,5% dos entrevistados referiram insatisfação

quanto ao sabor das refeições, sendo atribuído esse resultado a falta de sal nas preparações. De acordo com Demário (2007) o sabor da comida é um aspecto importante, pois confere palatabilidade a combinação dos alimentos, tornando o momento da refeição satisfatório.

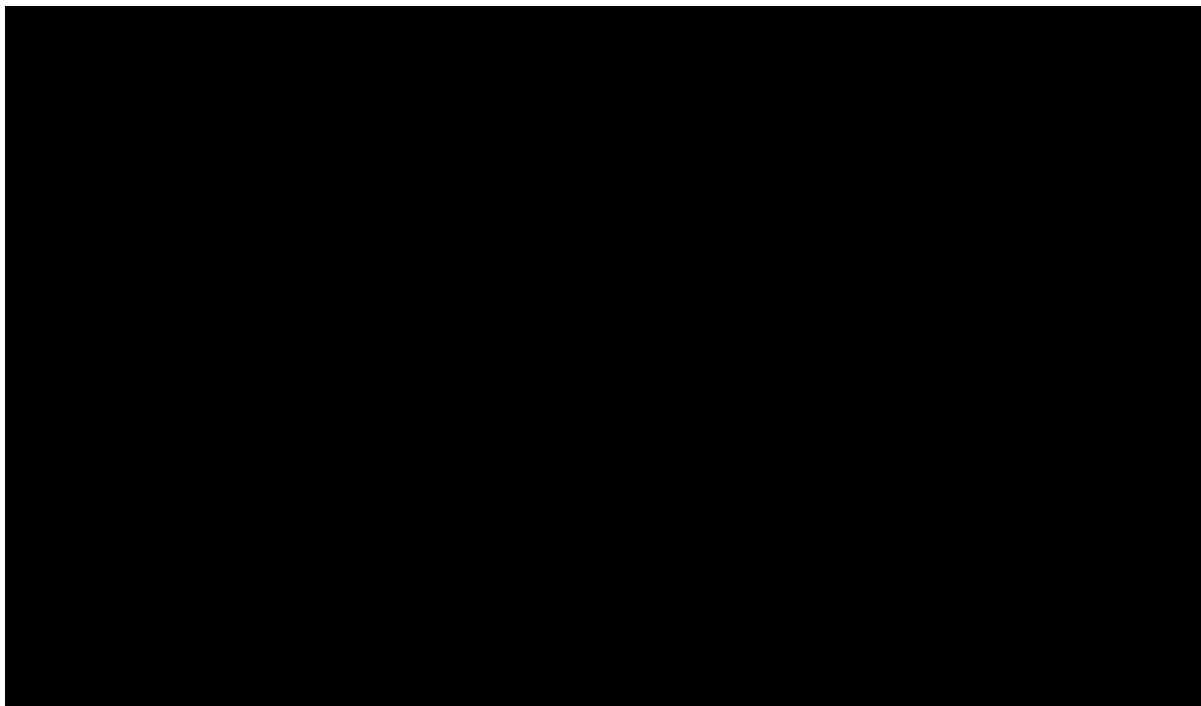


Gráfico 9 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto ao sabor e tempero das refeições servidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

A partir do Gráfico 10 foi observada a satisfação dos entrevistados em relação à consistência das dietas prescritas, sendo classificada pela maioria dos pacientes entrevistados como “ótima” em ambas as instituições (55,2%, $n=101$, X^2 , $p=0,434$).

No estudo de Sousa (2007), 98% dos pacientes entrevistados de um hospital público consideravam a consistência das refeições oferecidas agradável. Conforme Araújo (2002), mesmo mediante restrições quanto à consistência, composição e condições impostas pelo paciente, o conhecimento de técnicas dietéticas variadas podem possibilitar a substituição correta de alguns ingredientes e a criação de novas preparações, melhorando a aceitação da dieta. Os resultados demonstram então, que as instituições visitadas se preocupam em realizar essa substituição de alimentos e sua consistência de forma a não prejudicar o sabor e a apresentação das preparações.

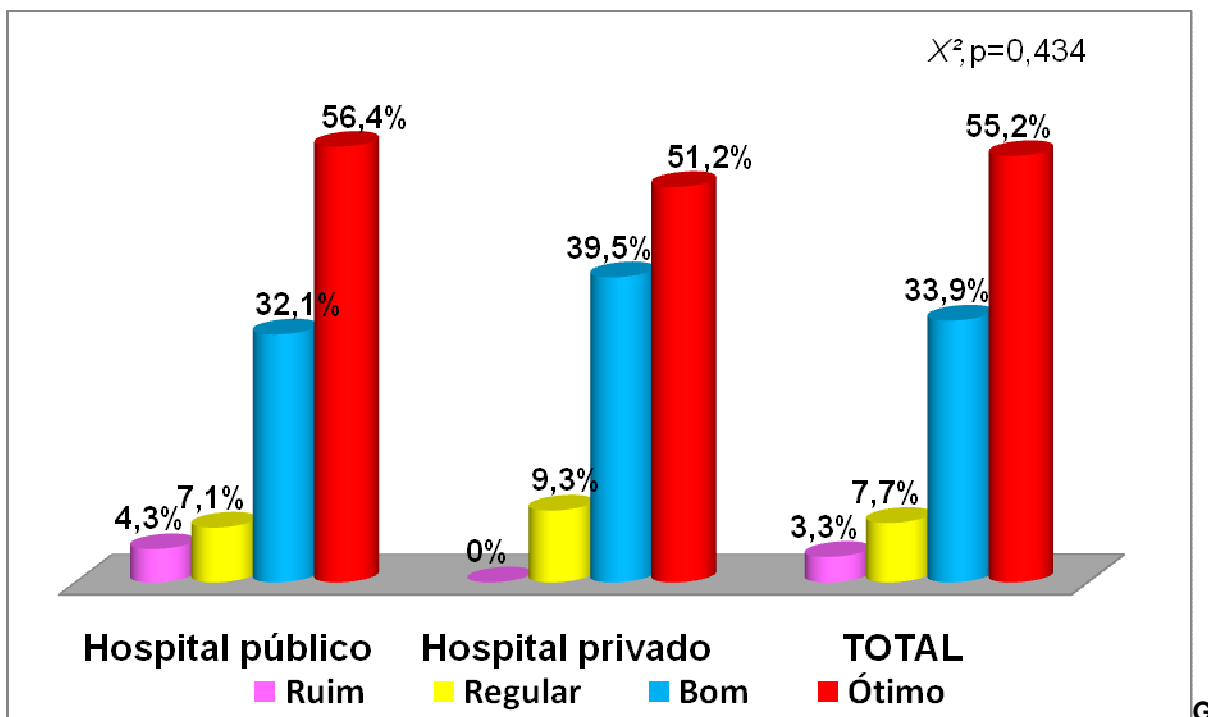


Gráfico 10 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à consistência das refeições servidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Muitos fatores contribuem para o aparecimento de desgostos e descontentamento em relação às refeições, e o odor dos alimentos é um desses fatores. Segundo o Gráfico 11, este item foi classificado como “ótimo” pela maioria dos pacientes entrevistados em ambos os hospitais. Com percentuais de 41,1% no hospital público e 48,8% no hospital privado, não representando uma diferença significativa entre as instituições (X^2 , $p=0,894$).

Em um estudo semelhante realizado por Pfaffenzeller (2003) em instituições públicas e privadas observou-se média de 9,5 em relação ao odor dos alimentos, demonstrando que mesmo com as possíveis alterações de olfato causadas pelas condições de saúde e o tratamento medicamentoso, os pacientes ainda se referem positivamente em relação ao odor agradável das preparações servidas.

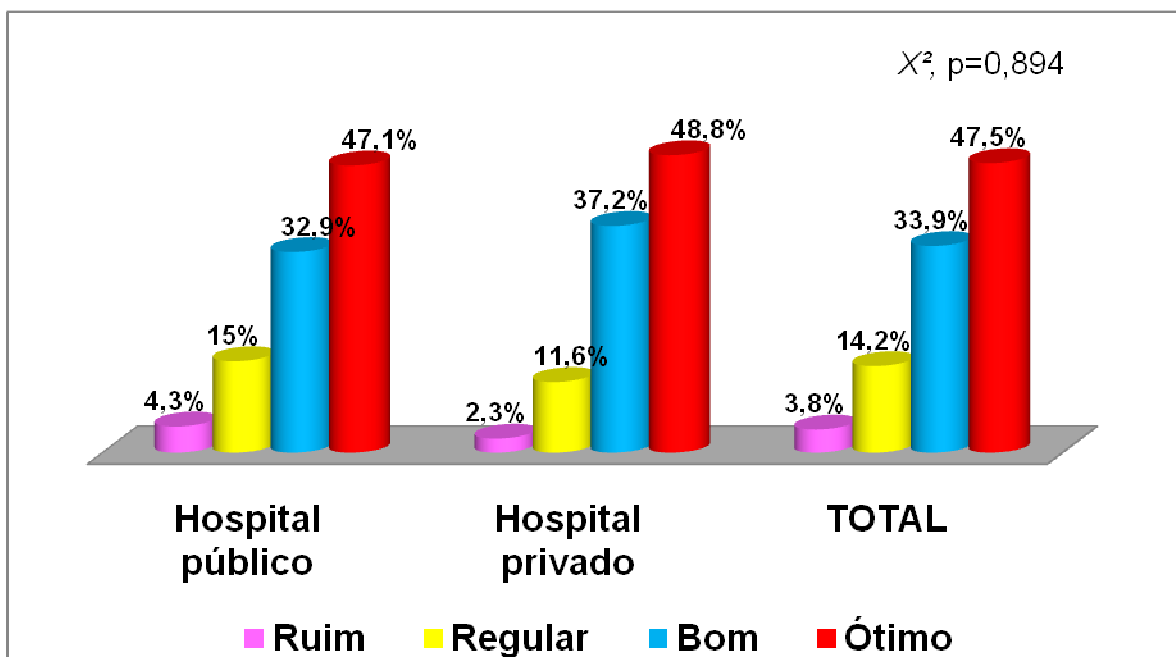


Gráfico 11 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto ao odor das refeições servidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Outro aspecto importante analisado na pesquisa foi a temperatura das refeições, e os resultados encontrados não foram satisfatórios, reforçando a concepção negativa sobre a temperatura de refeições servidas em hospitais, como demonstra o Gráfico 12. No hospital público, a maior parte dos pacientes classificou como “regular” (42,9%) a temperatura das refeições servidas.

Um dos motivos que podem justificar o desagrado referente à temperatura neste hospital pode ser o número reduzido de funcionários responsáveis pela distribuição e porcionamento das dietas, o que pode levar a longo tempo de espera para a chegada das refeições ao leito e a falta de balcão térmico para acondicionar as dietas livres nas copas.

No hospital privado, 41,9% (n=18) dos pacientes classificaram o quesito temperatura das refeições como “bom”. No entanto, entre as instituições não foi encontrada diferença estatisticamente significativa (X^2 , $p=0,123$). Sendo no geral o item temperatura classificado como “regular” pela maioria dos pacientes entrevistados, com o percentual de 38,8% (n=71). Isso demonstra a insatisfação dos pacientes em ambas às instituições quanto à temperatura das refeições servidas.

Resultados semelhantes de insatisfação foram observados no estudo de Yabuta (2006) onde a temperatura inadequada dos alimentos foi referida como causa do baixo consumo alimentar por 58,4% dos pacientes entrevistados,

revelando que os alimentos que deveriam estar quentes, estavam sendo servidos frios, contribuindo para recusa da refeição inteira. De acordo com as pesquisas de Prieto (2006) e Marimoto (2009), a temperatura é o fator que mais interfere na não aceitação das refeições, considerada como um aspecto muito importante por 96,6% dos pacientes. Nesse sentido, Rigoud et al (1995) também consideram que a temperatura é um dos mais importantes critérios a ser garantido, sob o risco de anular todas as outras qualidades da refeição.

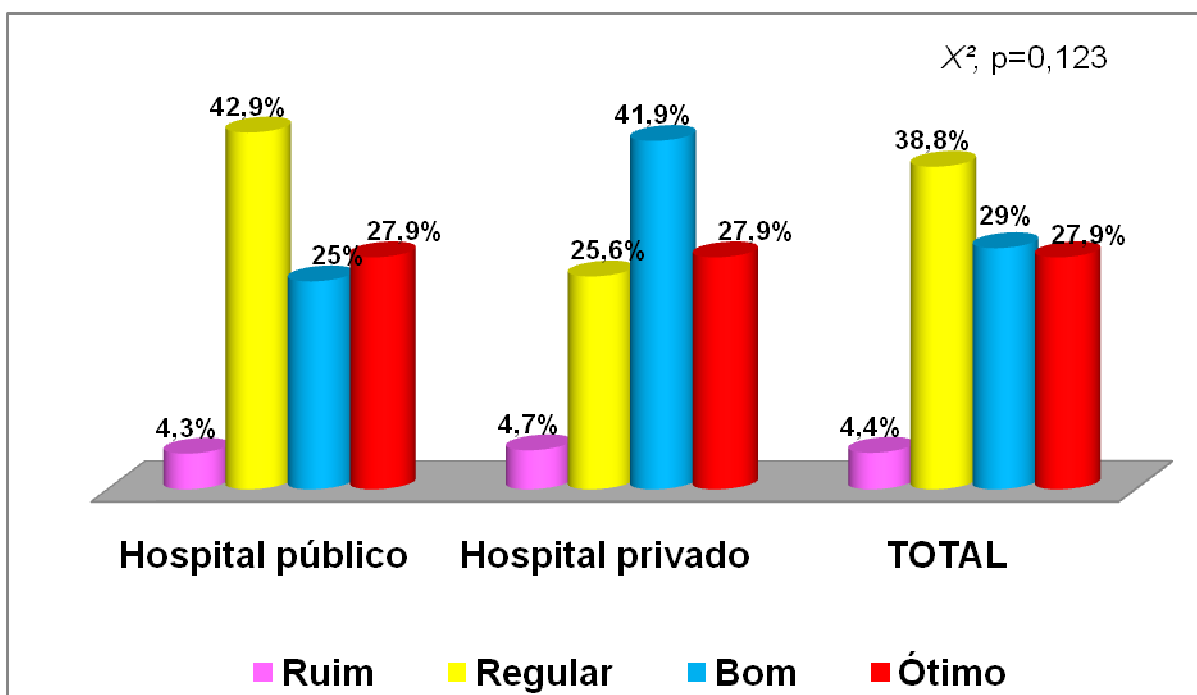


Gráfico 12 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à temperatura das refeições servidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Quanto a quantidade das refeições servidas, foi possível observar, através da visualização do Gráfico 13, que 54,6% (n=100) dos pacientes entrevistados consideravam-na como “ótimo”. No Hospital privado foi classificado como “bom” com 46,5% (n=20), seguido de 39,5% (n=17) classificado como “ótimo”. Já no serviço público este item foi melhor avaliado com 59,3% (n=83) dos pacientes consideraram “ótimo” a quantidade. Os resultados obtidos foram estatisticamente significativos ($\chi^2, p=0,043$). Esta satisfação se deu no sentido de que não faltava alimento, e os pacientes conseguiam saciar a fome, já que no hospital público as refeições são servidas em bandejas com divisões internas, comportando uma grande quantidade de alimentos. No hospital privado, as refeições são servidas em

pratos, onde estas se apresentam adequadamente decoradas e porcionadas em quantidades proporcionais.

No estudo de Prieto (2006), 86% dos pacientes estavam satisfeitos com as refeições servidas e suas quantidades, mas esta satisfação diminuía com o prolongamento da internação, pois alguns fatores como: distância do ambiente familiar, uso constante de medicação, angústia com a demora do tratamento, entre outros fatores, contribuíam para essa rejeição da quantidade de alimentos que ofertavam.

Os dados obtidos em nosso estudo corroboram com os resultados obtidos o estudo de Pfaffenzeller (2003) e Sousa (2007), em que foi observada uma média de 9,19 no item de quantidade das porções servidas.

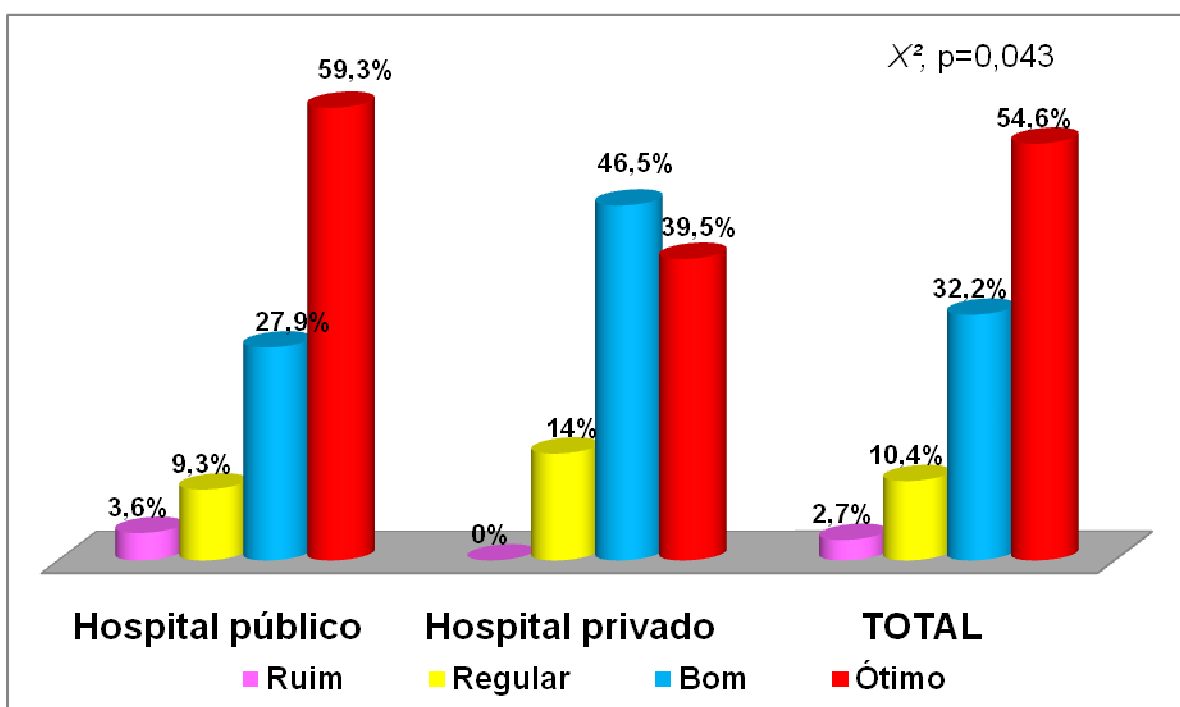


Gráfico 13 – Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à quantidade das refeições servidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

A partir da compreensão do Gráfico 14, referente à higiene dos alimentos, 75,7% dos pacientes entrevistados classificaram como “ótimo”, não sendo identificadas diferenças significativas entre as instituições.

Para Sousa (2002), a qualidade higiênica diz respeito ao alimento isento de elementos tóxicos ao organismo, assim os profissionais que atuam no ambiente hospitalar associam a dieta ao controle e cuidado que se traduzem em disciplina e preocupação com a higiene.

Para Marimoto (2009), a internação hospitalar é uma das situações de maior insegurança e fragilidade para o indivíduo. Para compensar essa fragilidade o paciente busca referenciais indicadores de segurança. No caso do alimento, a qualidade higiênica está inserida no conceito de segurança alimentar. O autor pesquisou em que grau de importância os pacientes classificavam a higiene dos alimentos em uma escala de 1 a 5. No seu estudo a maior parte dos pacientes classificou o item higiene dos alimentos com o valor máximo (5).

Dessa forma, os dados encontrados nesta pesquisa asseguram a satisfação dos clientes em relação ao quesito higiene. O que é de extrema importância, uma vez que, no caso de ocorrência de contaminação do alimento, o risco é maior para indivíduos enfermos.

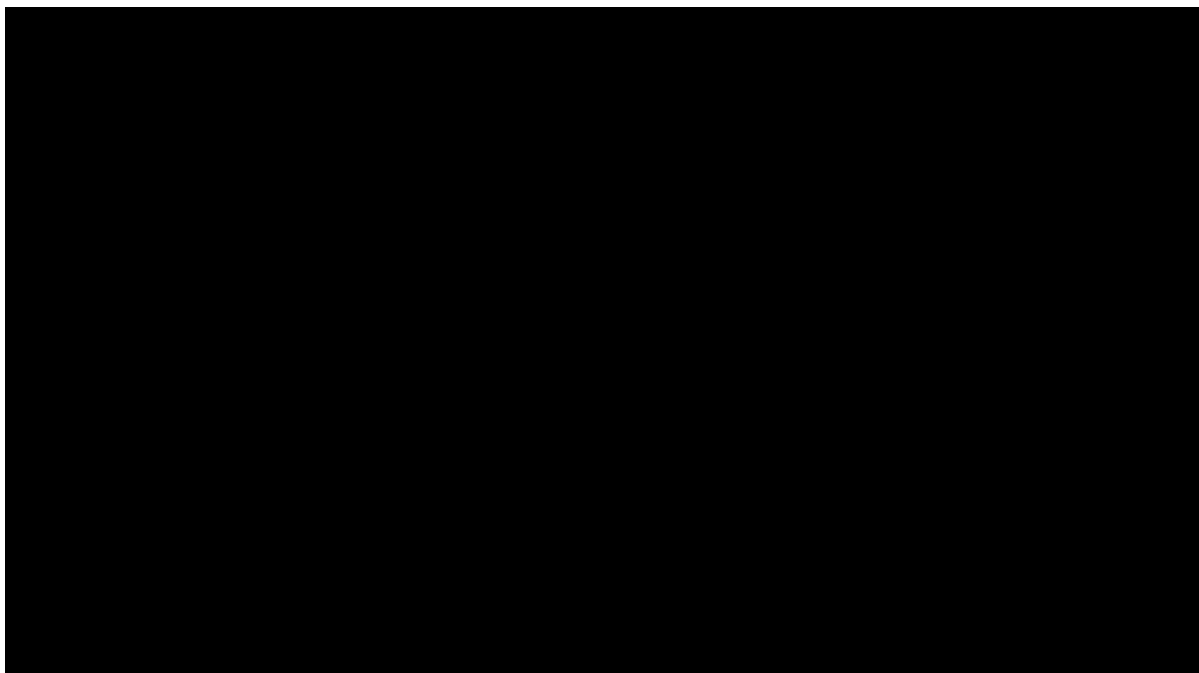


Gráfico 14 - Distribuição da população estudada segundo tipo de instituição e a aceitação quanto à higiene dos alimentos das refeições servidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

O Gráfico 15 demonstra a aceitação quanto a variedade das preparações. No hospital privado 23,3% (n=10) dos pacientes entrevistados responderam negativamente a este item, classificando-o como “regular”, enquanto que apenas 4,3% (n=6) dos pacientes do hospital público fizeram esta classificação. Assim, no hospital público foi significativamente maior a satisfação quanto a este item (χ^2 , $p=0,002$). Uma das possíveis explicações para esta maior aceitação quanto a variedade no hospital público pode ser a menor renda dos pacientes atendidos, o

que pode limitar o acesso a grande variedade de alimentos se tornando menos exigentes no momento da avaliação.

Este resultado positivo não foi observado no estudo de Araújo (2006) realizado com 50 pacientes de um hospital público, onde 25 dos entrevistados (50%) consideraram a preparação do almoço não variada. Para Marimoto (2009), a variedade é essencial no planejamento de cardápio, pois agrega variação de cores, cortes, texturas e sabores.

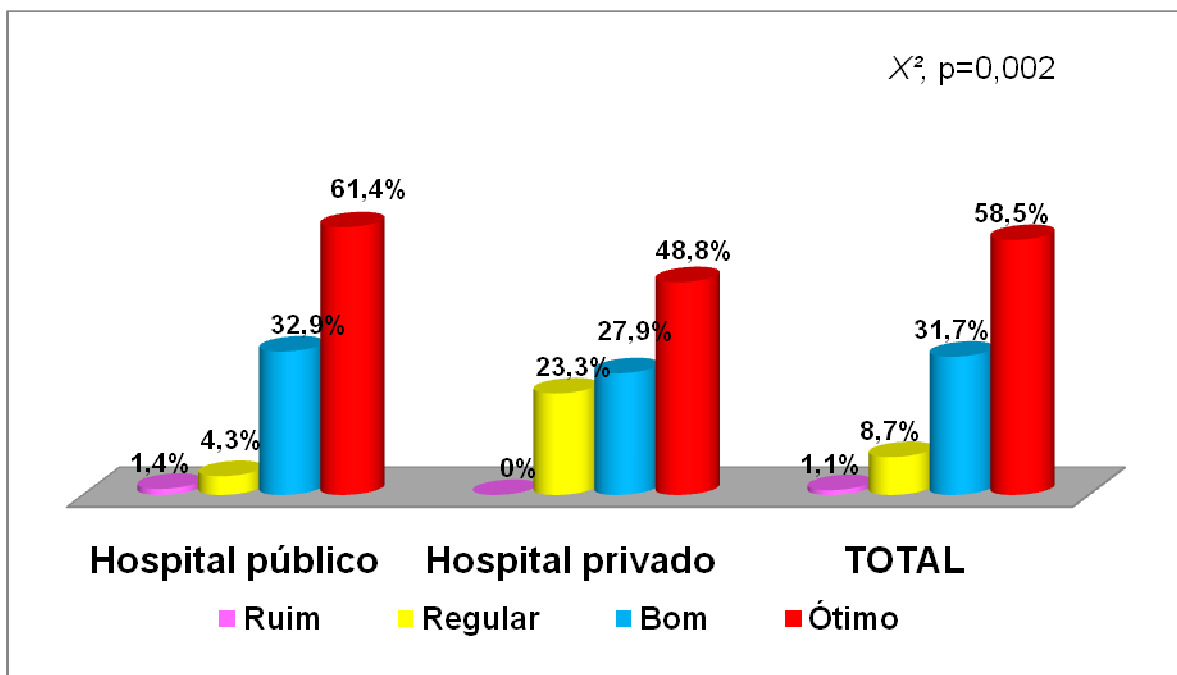


Gráfico 15 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à variedade das preparações das refeições servidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Em relação ao conforto para alimentar-se, conforme mostra o Gráfico 16, é possível observar que de forma geral, os pacientes não encontraram problemas no momento da refeição em relação este quesito, sendo classificado no geral como “bom” ou “ótimo” (41,5%, n=76; 48,6%, n=89, respectivamente). Observou-se uma pequena diferença de resultados entre as instituições, onde no hospital privado 60,5% (n=26) dos pacientes classificaram como “ótimo”, enquanto que no hospital público apenas 44,3% (n=62) fizeram essa classificação, isto pode ser explicado devido ao hospital privado dispor de carro móvel com apoio, além de mesa e cadeira disponíveis na hora de realizar as refeições para os pacientes que deambulam. Já no hospital público, esses benefícios não são encontrados, visto que a única maneira de realizar as refeições é na própria cama, utilizando a bandeja com divisões internas em que é servido o alimento.

Pesquisa realizada por Araújo (2006) revela que 70% dos pacientes entrevistados acreditam que o ambiente hospitalar prejudica a vontade e o ato de comer independente da patologia, pois as refeições são realizadas onde são feitos os procedimentos clínicos. Além disso, são realizadas em companhia de pessoas desconhecidas, e os pacientes não se sentem confortáveis para realizar as refeições em cima da cama. No estudo de Demário (2007), foram encontrados resultados diferentes, visto que a maioria dos pacientes entrevistados (51,3%) não se sentiam confortáveis para se alimentar no hospital.

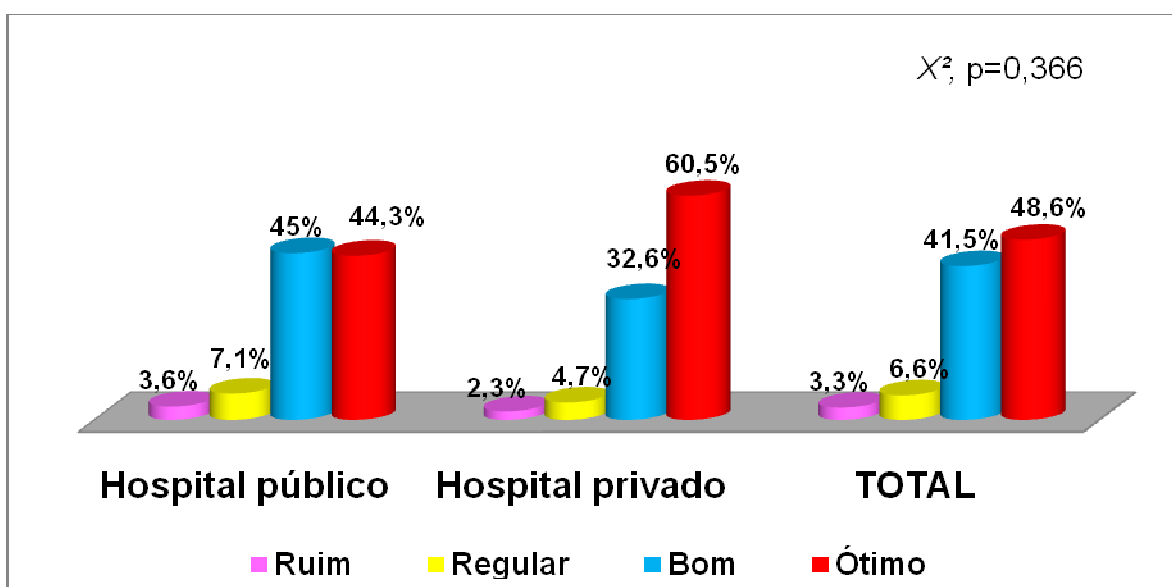


Gráfico 16 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto ao conforto ao alimentar-se.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

Foram analisados dados referentes aos materiais utilizados para se alimentar (Gráfico 17). Constatou-se que 25% dos pacientes do hospital público estavam insatisfeitos com os utensílios disponibilizados pelo hospital para se alimentar, visto que estes são descartáveis e fáceis de quebrar, dificultando o corte de alimentos dos pacientes que consomem a dieta livre. Já 76,7% (n=33) dos pacientes do hospital privado classificaram como “ótimo”, pois os utensílios utilizados pelos pacientes para se alimentar são de inox. Estas diferenças entre as respostas dos pacientes quanto aos utensílios foram estatisticamente significativas ($X^2, p=0,005$). Os resultados obtidos, de certa forma, já eram esperados, pois durante a pesquisa grande parte dos entrevistados relatou queixas em relação a estes utensílios no hospital público. A partir disto, é preciso reavaliar o tipo de utensílio oferecido (bandeja, prato e talher) aos pacientes para realizarem suas refeições.

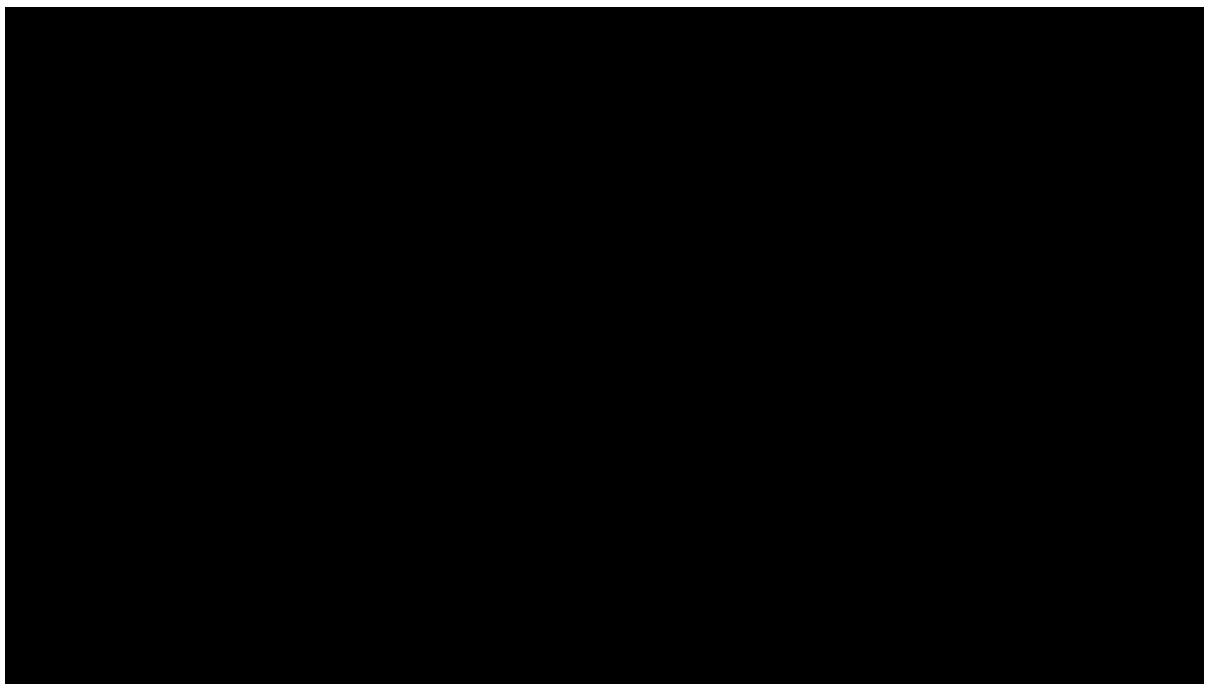


Gráfico 17 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto aos utensílios utilizados para alimentar-se .

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

O estudo de Pfaffenzeller (2003) reforça o resultado obtido pelo hospital privado, quando afirma que a média de satisfação dos pacientes envolvidos na pesquisa foi de 9,02 quando foi analisado o material utilizado para se alimentar. Esses utensílios utilizados no hospital do estudo em questão também eram de inox. Em contrapartida, ao contrário do resultado obtido nesta pesquisa com a instituição pública, em estudo de Sousa (2007) realizado em um hospital público, ao analisar o item utensílios descartáveis encontrou que 89% dos pacientes os consideravam agradáveis, pois julgavam ser mais higiênicos. O estudo de Marimoto (2009) verificou que os pacientes consideravam os utensílios pouco importantes ou indiferentes para a aceitação das refeições. De acordo com Sousa e Proença (2004) é de suma importância projetar e ter previsão de utensílios mais adaptativos aos pacientes. Assim, com base nos resultados encontrados nesta pesquisa, é necessário se reavaliar o uso dos utensílios de plástico, para verificar se ocorre melhora na aceitação das refeições por parte dos pacientes do hospital público avaliado.

Quanto ao horário das refeições, (Gráfico 18) 45,4% (n=83) dos pacientes entrevistados classificaram-no como “ótimo”. Confirmando o resultado satisfatório desta pesquisa, Pfaffenzeller (2003) revela que a média de satisfação do seu estudo

com os pacientes do hospital foi de 9,8. Esses resultados positivos podem revelar, em parte, a condição de controle e disciplina da alimentação hospitalar. Outro estudo semelhante realizado por Sousa (2007) em um hospital público foi encontrado que 98% dos paciente consideram o horário das refeições adequado.

No entanto, como mostra o Gráfico 18, apesar de ambas as instituições classificarem como “ótimo” o horário em que eram servidas as refeições, 13,6% (n=19) dos pacientes entrevistados do hospital público e 20,9% (n=9) dos pacientes do serviço privado atribuíram que o horário das refeições era “regular” (X^2 , $p=0,319$). Esse descontentamento deve-se ao fato das refeições ser distribuídas em horário padrão, horário este, incompatível com costumes de alguns indivíduos, que certamente tinham hábito de se alimentar em horários diferentes dos que eram estabelecidos pelo hospital em que se encontravam.

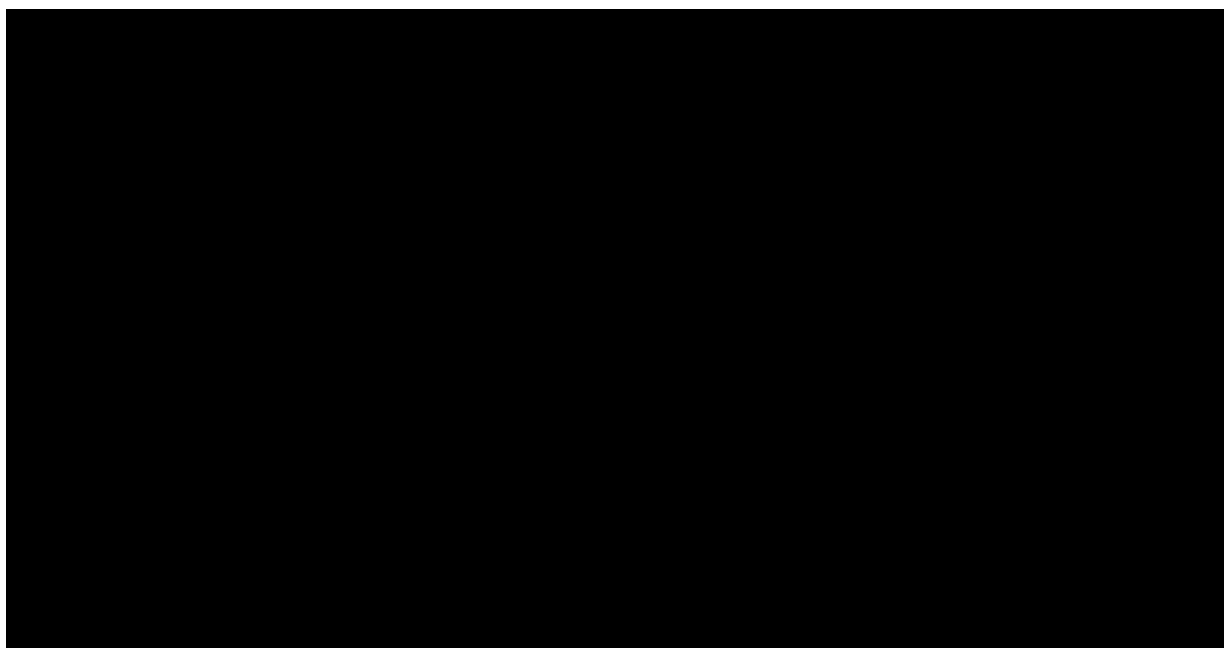


Gráfico 18 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto aos horários das refeições oferecidas.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

5.3 Avaliação no atendimento realizado pelos funcionários do setor de nutrição e dietética

Ao se analisar a disponibilidade dos copeiros para substituição de alimentos, foi encontrado que 54,6% dos pacientes consideram satisfatório classificando como “ótimo” a atuação desses funcionários. No entanto, no hospital público 7,1% dos pacientes estavam insatisfeitos classificando como “ruim” este

item, enquanto que no hospital privado não se verificou essa insatisfação (X^2 , $p=0,005$). Foi observado que, em alguns casos, os pacientes não sabiam informar sobre este item, pois não tinham conhecimento que poderiam solicitar substituição de determinado alimento, assim não opinaram, ou até mesmo classificaram negativamente por nunca ter solicitado tal serviço. Pfaffenzeller (2003) relata que em seu estudo foi satisfatória a substituição de alimentos pelos copeiros responsáveis, com uma média de 9,62.

Os resultados encontrados em relação à presteza e cortesia dos funcionários foram positivos, pois 60,7% dos pacientes entrevistados de ambos os hospitais pesquisados classificaram como “bom” e “ótimo” (27,3% e 60,7%, respectivamente este item (X^2 , $p=0,208$). Isto é consequência de trabalhos de capacitação e conscientização desses funcionários para melhoria no atendimento humanizado. No estudo realizado por Pfaffenzeller (2003) a média obtida ao analisar a cortesia dos funcionários no atendimento ao paciente foi de 9,7.

O serviço prestado pela equipe de nutrição pode ser um dos aspectos que contribuem com a satisfação e aceitação da alimentação no ambiente hospitalar. Os pacientes de um hospital público analisado no estudo de Demário (2007) relataram que a refeição é um momento de troca, onde há a interação entre profissionais e pacientes, em que estes valorizaram o constante acompanhamento dos profissionais envolvidos no cuidado e o serviço prestado pela equipe de nutrição. Para Marimoto (2009), falhas humanas no atendimento ou falta de cortesia poderão impedir que um cardápio tecnicamente elaborado e preparado no melhor da arte, não tenha o desempenho previsto e desejável, determinando a aceitação, rejeição ou indiferença pelo serviço prestado.

A partir do Gráfico 19, verificou-se que do total de pacientes entrevistados 42,1% relataram fácil acesso ao profissional nutricionista, onde 30% dos pacientes do hospital público responderam que esse acesso é “ruim” ou “regular”, enquanto que apenas 18,7% dos pacientes do hospital privado fizeram esse tipo de classificação. No entanto, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as instituições, (X^2 , $p=0,106$).

O Gráfico 20, relacionado à atuação dos nutricionistas em passar informações sobre a dieta consumida aos pacientes, demonstra que ao se comparar o hospital público com o privado, no serviço público 48,5% dos pacientes entrevistados estavam insatisfeitos (“ruim” e “regular”), enquanto que o percentual

de insatisfação da instituição privada corresponde a 39,5% (χ^2 , $p= 0,049$), ambos os percentuais são considerados altos, visto que é dever do profissional nutricionista informar o paciente sobre a dieta prescrita.

Ao entrevistar os pacientes, foi perguntado quanto ao interesse das nutricionistas em conhecer seus hábitos alimentares na hora da visita diária. Segundo o Gráfico 21, dos pacientes entrevistados, 28,8% relataram que as nutricionistas não procuraram conhecer os hábitos alimentares, classificando o item como “ruim”. Ao comparar as instituições, observa-se que 57,5% dos pacientes do hospital público estavam insatisfeitos classificando como “ruim” e “regular”, enquanto que 39,5% dos pacientes do hospital privado atribuíram esta classificação, representando, dessa forma, diferenças estatisticamente significativa entre as instituições analisadas, (χ^2 , $p= 0,005$). Apesar da diferença encontrada entre as instituições, pode considerar alto o percentual de insatisfação quanto a este quesito na população estudada. No estudo de Pfaffenzeller (2003) os pacientes consideraram satisfatória a atuação dos nutricionistas no hospital, obtendo média de 9,65.

Este percentual negativo encontrado na pesquisa em relação a atuação desses funcionários pode ser explicado a partir do estudo de Boog et al (1999) sobre o trabalho de nutricionistas em hospitais, onde foi observado que há o acúmulo de atividades ligadas ao gerenciamento da prestação de serviços, dificultando sua aproximação com os indivíduos enfermos, e no aprofundamento de suas necessidades terapêuticas e alimentares. Os autores apontam que apenas 50% dos nutricionistas fazem anamnese alimentar, em contrapartida, nesse mesmo grupo 70% dos profissionais relataram fazer atividades relacionadas tanto ao acompanhamento nutricional do paciente, isto é, dietoterapia, quanto às atividades relacionadas à gestão da produção de refeições e atividades de administração de pessoal e escala de serviço.

Ao avaliar a prática do nutricionista de clínica com relação as suas atribuições técnicas de rotina, Carmo et al. (1994), revelaram que as atividades de avaliação nutricional e a elaboração de registros em prontuários não são realizados em todos os pacientes, muitas vezes, devido ao número insuficiente de nutricionistas para a quantidade de leitos existentes e aos inúmeros serviços burocráticos. O alto percentual de descontentamento em relação a este item na pesquisa também pode ser explicado pela falta de reconhecimento da população sobre a profissão, visto

que este espaço não confere a exclusividade da atuação, por ser disputado com outras categorias.

Nesta pesquisa algumas das possíveis causas para as dificuldades encontradas pelas nutricionistas para realizar de forma completa suas funções podem ser: problemas nas relações de trabalho com a equipe; limitações de orçamento do hospital para a alimentação; a jornada de trabalho, que é o plantão, dificultando o contato diário com o paciente; alto volume e carga de trabalho; dificuldades para desenvolver rotinas administrativas; e, principalmente, o número excessivo de leitos e poucos nutricionistas para desenvolver trabalhos efetivos.

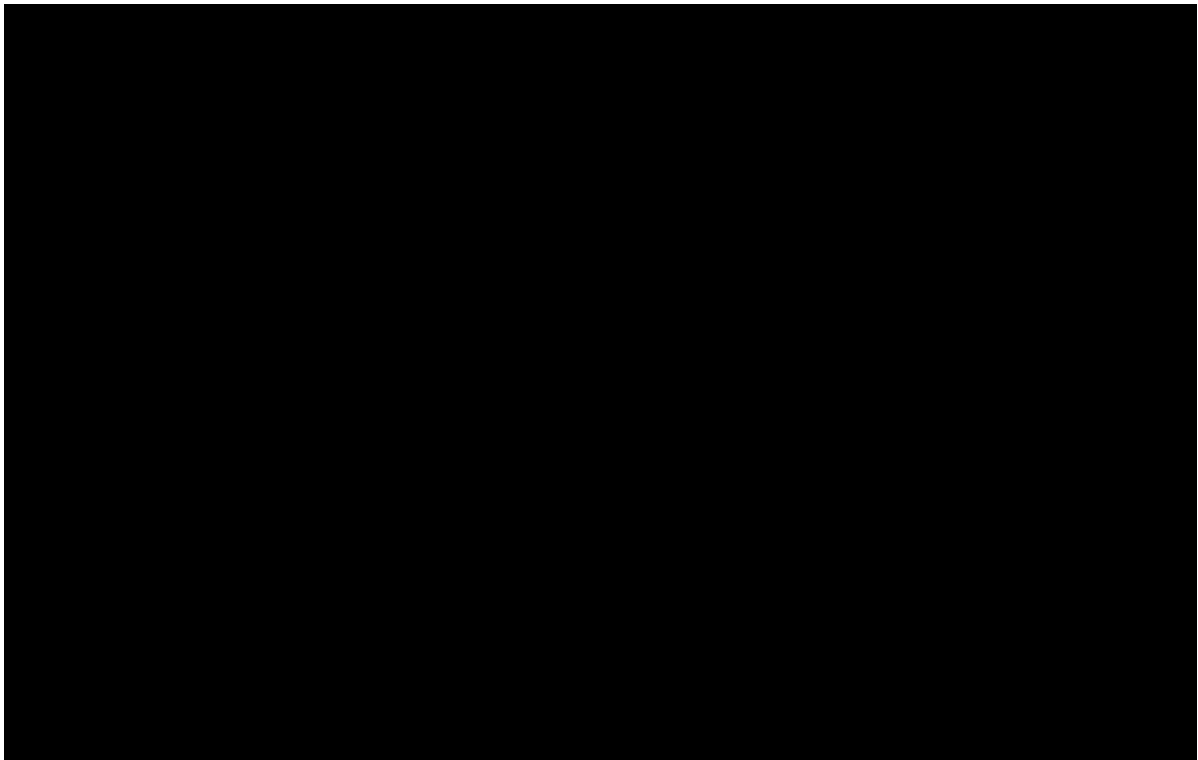


Gráfico 19 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto à facilidade de acesso ao nutricionista.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

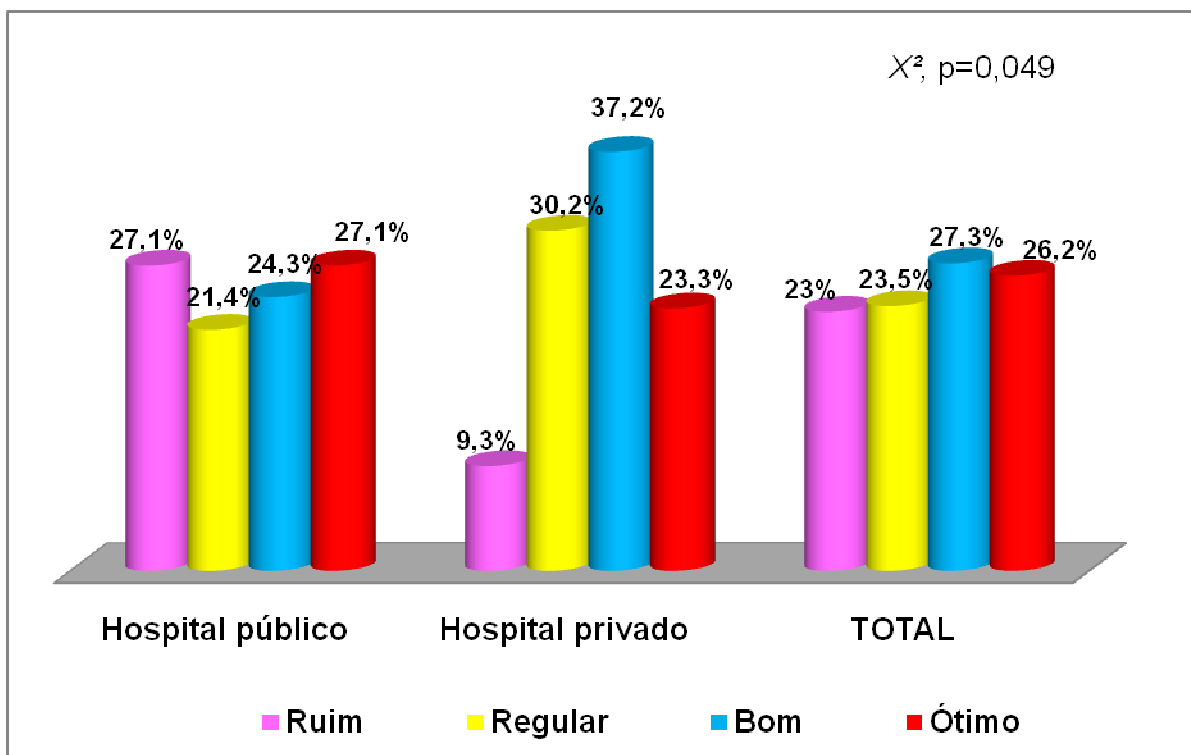


Gráfico 20 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto às informações dadas pelos nutricionistas sobre a dieta consumida

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

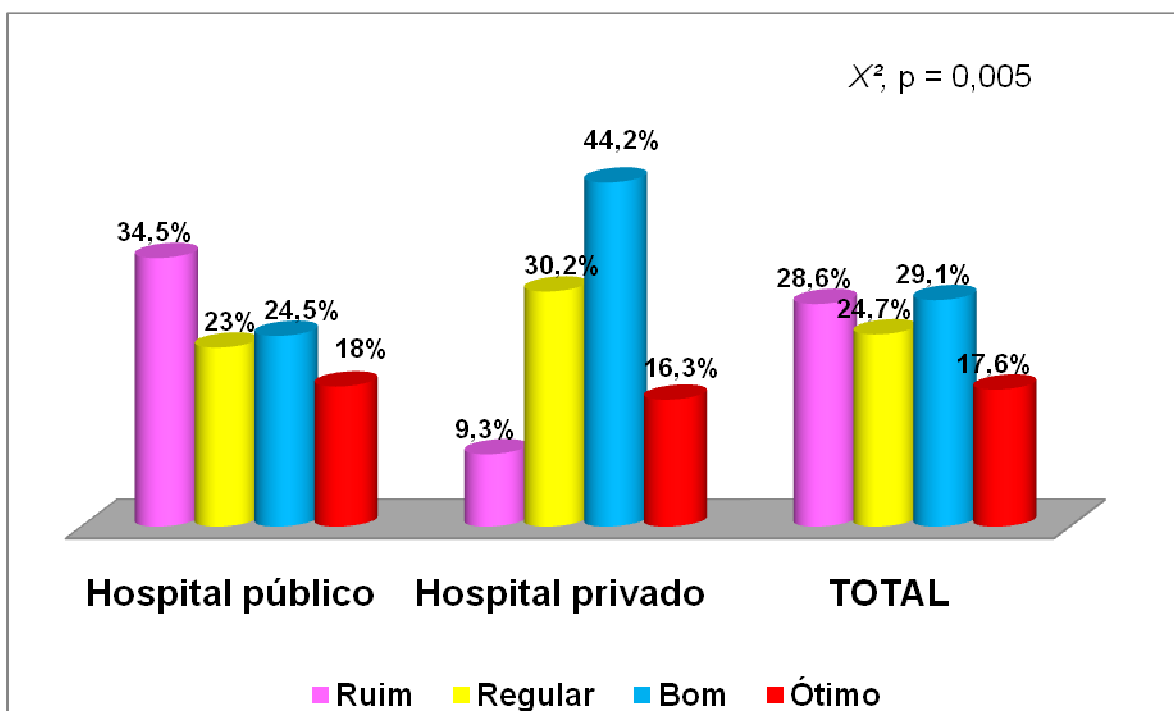


Gráfico 21 - Distribuição da população estudada por tipo de instituição e a aceitação quanto ao interesse dos nutricionistas em conhecer os hábitos alimentares dos pacientes.

Fonte: Dados da pesquisa (2009)

5.4 Nota de satisfação geral

Quanto à nota de satisfação geral em relação aos serviços prestados pelas instituições avaliadas (Tabela 1), observou-se que o hospital público recebeu menor nota ($7,5 \pm 2,1$) quando comparado ao hospital privado ($8,6 \pm 1,5$), sendo essa diferença estatisticamente significativa (Teste T, $p = 0,002$).

Tabela 1 – Nota de satisfação geral para as instituições avaliadas. Natal, 2009.

Hospital	Média $\pm$ desvio padrão
Público	$7,5 \pm 2,1$
Privado	$8,6 \pm 1,5$
TOTAL	$7,8 \pm 2,0$

Teste T, $p = 0,002$

Fonte: Dados da pesquisa 2009

A nota mais baixa atribuída pelos pacientes do hospital público pode indicar uma concepção negativa sobre a comida de hospital nesta instituição. Segundo Sousa e Proença (2005), a comida de hospital é comumente percebida como “insossa”, “sem gosto”, “fria”, “servida cedo” e ainda com conotações de permissão e proibição. Já o alto percentual de respostas positivas também é explicado por Demário (2007), quando afirma que a hospitalização se caracteriza por certa passividade, assim, os pacientes internados podem ter suas respostas influenciadas por serem cativos e por terem receio de responder negativamente ao se queixarem das condições de cuidado e da alimentação. Isso pode induzí-los a serem tolerantes nas respostas por não considerarem a alimentação como elemento importante no tratamento, ou mesmo acharem que ela não pode ser melhorada, fatores estes que podem ter influenciado no resultado final da pesquisa.

Para Marimoto (2009), a aceitação da alimentação por parte do paciente internado é decisiva para uma ação efetiva da terapia nutricional, definida como a parte do tratamento do paciente que envolve modificações na alimentação. Essa aceitação é constituída pela somatória de fatores inerentes ao estado de doença do paciente e de fatores relacionados ao serviço oferecido. No estudo de Yabuta et al. (2006) 26,9% dos pacientes consideraram a dieta hospitalar como “ótimo” enquanto que apenas 3,8% classificaram como “ruim”. Corrobora com esse resultado, o

estudo de Prieto et al. (2006) em que 86,1% dos pacientes de um hospital privado de Campinas consideravam as dietas servidas como “ótima” após o 3º dia de internação. Resultados diferentes foram encontrados no estudo de Araújo (2006) onde 60% dos pacientes analisados de um hospital universitário de Brasília consideravam a refeição oferecida como “regular”, e nenhum paciente classificou a refeição como “ótimo”.

Pfaffenzeller (2003) argumenta ainda que a satisfação está relacionada ao atendimento das necessidades dos indivíduos. Uma vez satisfeitos, a auto-estima aumenta e reduz-se a ansiedade do cliente. Dessa forma, é importante que a satisfação dos pacientes em ambas as instituições sejam melhoradas, visando uma evolução do estado nutricional, conseqüentemente da saúde dos indivíduos.

6 CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa permitem concluir que:

- Quanto aos aspectos sensoriais das refeições servidas nas instituições estudadas, observou-se aceitação satisfatória da aparência, consistência, odor, quantidade, higiene, variedade das preparações, conforto e horário para alimentar-se. Já para os itens sabor/tempero e temperatura foram consideráveis os percentuais de insatisfação, sendo estes critérios importantes a serem garantidos numa refeição, sob o risco de anular todos os outros itens analisados.
- Quanto ao atendimento pelos funcionários, os pacientes mostraram-se satisfeitos em relação aos itens disponibilidade de substituição de alimentos e acesso ao nutricionista. No entanto, houve considerável insatisfação nos quesitos informação sobre a dieta consumida e preocupação pelas nutricionistas em conhecer os hábitos alimentares dos indivíduos atendidos.
- Comparando as instituições, observou-se uma melhor satisfação no hospital público em relação a quantidade e variedade das preparações. No entanto, no hospital privado foi observada maior satisfação quanto aos utensílios utilizados, presteza e cortesia dos funcionários. Assim, as notas de satisfação geral diferiram entre as instituições avaliadas, com média maior no hospital privado.

O estudo permite concluir que, apesar de diferentemente percebidas pelos pacientes, as dietas oferecidas nas duas instituições, apresentaram boa aceitação em diversos quesitos. No entanto, alguns itens podem ser melhorados, visando uma melhor aceitação das dietas e conseqüente promoção do estado nutricional e recuperação dos pacientes. Estes itens constituem-se em: oferta de refeições equilibradas com sabor, tempero, cheiro, apresentação e temperaturas adequadas; priorizando a interação entre a prescrição dietética e a gastronomia; substituição e/ou adequação dos materiais utilizados para servir os pacientes; qualificação da assistência nutricional através da revisão e padronização de processos e a

implantação da anamnese nutricional a fim de estabelecer um contato direto com o cliente e obter as informações necessárias para o tratamento dietético.

REFERÊNCIAS

- AMIN T. C. C. **O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários, 2001.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- ARAÚJO, Núbia Pereira. **Valorização das dietas hipossódicas: Nutrição e gastronomia.** Monografia (especialização em qualidade de alimentos) Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2006.
- ARAÚJO, W. Alimentos, nutrição, gastronomia e qualidade de vida. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, n. 43, p. 45-50, jul-ago. 2000.
- ASSIS, M. A. A. A importância da gastronomia na elaboração de dietas saudáveis. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo. n. 55, p. 58-62, jul/ago. 2002.
- AUGUSTO, Ana Lúcia Pires. et al. **Terapia Nutricional**, São Paulo: Atheneu, 2002.
- BARBOSA et al. Do cuidado nutricional ao cuidado alimentar: Percepção dos pacientes sobre a refeição hospitalar. **Nutrição em Pauta**, Florianópolis, v.14, n. 79, p. 48-54, jul,Ago. 2006.
- BERTIN, R. L. **Concepções e práticas da atenção nutricional:** Um estudo de caso em uma unidade hospitalar com atendimento fundamentado na humanização. Dissertação (Pós-graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- BOOG, M.; C.; F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. **Revista de Nutrição**. v. 12, n. 3, p. 261-272, 1999.
- CARMO et al. Prática do Nutricionista de clínica nos hospitais da grande Florianópolis-SC. **Revista de ciências de saúde**, Florianópolis, 1994. v. XIII, n. 1-2, p. 70-81.
- CARUSO, L.; SILVA, A. L. N. D.; SIMONY, R. F. Cardápios e dietas hospitalares. In: MARTINEZ, S.; SILVA, S.M.C.S. **Cardápio guia prático para a elaboração**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2008. p. 103-111.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros as vésperas do século XXI: Problemas, projeções e alternativas. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.31, n.2, abr., p. 184-200, 1997.

DEMÁRIO, Renata Léia. **Comer no hospital**: percepção de pacientes em um hospital com proposta de atendimento humanizado. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação em Nutrição da Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. P. 15-186.

DESLANDES S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DUTCOSKY, Silvia Deboni. **Análise sensorial de alimentos**. 2ª Ed. Curitiba: Champagnat, 2007. p. 25-36.

ERHART, A. C; BOHRER, J. O. **Serviços de Hotelaria hospitalar**: uma abordagem prática para implantação. Dissertação (trabalho de conclusão do curso de turismo gestão hotelaria) Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. p. 14-52.

FILHO, João Macêdo Coelho. Envelhecimento, Nutrição e doenças crônicas. In: SAMPAIO, H. A. C.; SABRY, M. O. D. **Nutrição doenças crônicas: Prevenção e controle**. São Paulo: Atheneu. 2007. p.23-40.

GARCIA, R. W. D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Revista de nutrição**, Ribeirão Preto, v.19 n.2, mar./abr. 2006. p. 11- 26.

GINANI, V.; ARAÚJO, W. Gastronomia e dietas hospitalares. **Revista Nutrição em pauta**. São Paulo. N. 56, p. 49-52, set/out. 2002.

KANDELA P. Hospital food. **Lancet**, v. 353, n. 9154, p. 763, 1999.

KLOTER, Philipi. **Administração de Marketing. Análise, conhecimento, implementação e controle**. 5º Ed. São Paulo: Atlas, 1998.

KNOBEL, Elias. **Terapia intensiva: Nutrição**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 27-38.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. São Paulo: Atlas, 1994. In: PFAFFENZELLER, A. A. **Assistência nutricional hospitalar: Um estudo de satisfação dos clientes da santa casa de Porto Alegre**. 2003. Dissertação

(Mestrado profissionalizante em Engenharia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MAGNONI, Daniel; CUKIER, Celso. **Perguntas e respostas em Nutrição clínica**. São Paulo: Roca, 2001.

MAHAN, L. Kathleen; STUMP, Sylvia Escott: **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia** . São Paulo, SP: Roca, 2005. p. 349-373.

MARIMOTO, I. M. I. **Melhoria da qualidade na unidade de alimentação e nutrição hospitalar: Um modelo prático**. 2002. Dissertação (Pós-Graduação em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. p 25 - 44.

MARIMOTO, I. M. I.; PALADINI, E. P. Determinantes da qualidade da alimentação na visão de pacientes hospitalizados. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. V. 33. N.3. p. 329-334. 2009.

MARTINEZ, S.; SILVA, S.M.C.S. **Cardápio guia prático para a elaboração**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2008.

MEZOMO J. C. **Hospital Humanizado**. Fortaleza: Premium editora, 2001. p. 182.

MEZOMO, I. B. **Os serviços de alimentação: Planejamento e administração**. 5º ed. São Paulo: Manole, 2002. p.376-397.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)**. Brasília 2006. [citado em 14 de Outubro de 2006]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1342

ORNELLAS, L. H. **Técnica dietética: seleção e preparo de alimentos**. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 1995. p. 72- 118.

PAULA N. M. introdução aos conceitos de hospitalidade em serviços de alimentação. In: Dias, C. M. M. ET AL.. **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002) Paulo, ano X, n. 53, p. 17-21, mar./abr., 2002.

PFAFFENZELLER, A. A. **Assistência nutricional hospitalar: Um estudo de satisfação dos clientes da santa casa de Porto Alegre**. 2003. Dissertação

(Mestrado profissionalizante em Engenharia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. p.25-139.

POULAIN J. P. **Sociologias da alimentação**: os comedores e o espaço social alimentar. Tradução Rossana Pacheco da Costa Proença, Carmen S. Rial e Jaimir Conte. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

PRIETO et al. Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um hospital privado. **Revista brasileira de Nutrição clínica**. São Paulo, v.21, n. 3, p. 181-187, Mai /Jun, 2006.

PROENÇA et al. **Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições**. Florianópolis: Da UFSP, 2006. p. 29-126.

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – PNHAH, Brasília 2003. Disponível em: < [HTTP://www.portalhumaniza.org.br](http://www.portalhumaniza.org.br) > Acesso em 29 de Novembro de 2008.

RIEKES, B. H. **Qualidade nas unidades de alimentação e nutrição: Uma proposta metodológica considerando aspectos nutricionais e sensoriais**. 2004. Dissertação (mestrado profissionalizante em Nutrição) – universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004.

RIGOUD et al. Facteurs individuels dans l'appréciation de La qualité de La restauration Hospitalière: Évaluation prospective aupres de 8.140 patients. **Cahier de nutrition et de diététique**. 1995. n. 4, p. 21-27.

SAMPAIO, H. A. C.; SABRY, M. O. D. **Nutrição doenças crônicas: Prevenção e controle**. São Paulo: Atheneu. 2007.

SANTOS C. R. A. A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa. **História: questões e debates**, n.42, p.11-31, 2005.

SILVA, S.M. C.S; BERNARDES, S.M. **Cardápio: Guia prático para a elaboração**. 1 Ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 5-26.

SILVA, Sandra m. Chemin S.; MURA, Joana D'Arc Pereira. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. p. 496-581.

SOUSA A. A.; PROENÇA R. P. C. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento em Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares a ser publicado na **Revista de Nutrição**, v. 17, n.4, p. 425-436, 2004.

SOUSA, A. A. A interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições: repensando a função da alimentação hospitalar. **Revista Nutrição em Pauta**, ano 10, n.53, p.17-21, 2002.

SOUSA, Cláudia Fogolin. **Aceitabilidade da dieta hospitalar em pacientes de um serviço público**. Piracicaba, 2007. p. 1-5.

SOUZA A. A. **Alimentação hospitalar: conjugando a saúde, o sabor e o simbólico**. In: Anais do VI Congresso Internacional de gastronomia, Nutrição e qualidade de vida, 2005, São Paulo, Brasil. Anais: São Paulo: 2005. p.19.

VIEIRA, S.; HOSSINE, W. S. **Metodologia científica para a área da Saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001. p.13-26.

YABUTA, C. Y.; CARDOSO, E.; ISOSAKI, M. Dieta hipossódica: aceitação por pacientes internados em hospital especializado em cardiologia. **Revista brasileira de Nutrição clínica**, São Paulo. v. 21, n. 2, março. 2006. p. 33-37.

APÊNDICE 1

Questionário de satisfação da refeição hospitalar

PRIMEIRA PARTE

1. Identificação do questionário

Questionário n°: ____ Data de Aplicação: _____

Local: () Privado () Público

2. Dados de internação

Tempo de internação: () de 3 a 15 dias

() de 15 a 30 dias

() de 30 a 45 dias

() mais de 45 dias

Primeira internação: () Sim () Não

Tem diagnóstico: () Sim () Não *Qual:* _____

Dieta prescrita: () Livre () branda () pastosa

() hipossódica () constipante () laxativa

3. Dados pessoais do paciente

Idade: () até 30 anos

() de 31 a 60 anos

() mais de 60 anos

Sexo: () Masculino () Feminino

SEGUNDA PARTE

Nos itens abaixo marque um “X” no grau de satisfação ou de importância sobre as refeições servidas no hospital e os serviços da equipe de nutrição e dietética (Caso não tenha a possibilidade de marcar algum item, deixo-o em branco).

	Grau de satisfação			
	Insatisfeito		Satisfeito	
	←		→	
4. Refeições	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
4.1. Aparência visual				
4.2. Sabor / Tempero				
4.3. Consistência				
4.4. Cheiro dos alimentos				

4.5. Temperatura				
4.6. Quantidade / Porção				
4.7. Higiene dos alimentos				
4.8. Variedade das preparações				
4.9. Conforto para alimentar-se				
4.10. Utensílios adequados para alimentar-se				
5. Horário das refeições	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
5.1. O horário é adequado				
6. Atuação dos funcionários	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
6.1. Disponibilidade para substituição dos alimentos				
6.2. Presteza e cortesia no atendimento				
7. Atuação do nutricionista	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
7.1. Facilidade de acesso				
7.2. Informação sobre a dieta consumida				
7.4. Conheceu seus hábitos alimentares				

[illegible]