ESTUDO DA ADEQUAÇÃO DE REFEIÇÕES SERVIDAS A PACIENTES EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE SALVADOR, BA.

Renata Oliveira dos Santos Menezes ✉
Lorena de Jesus do Nascimento
Priscilla Pinto Costa Câmera
Uli Homci Sousa
Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA.
✉ renata.oliveira.nut@gmail.com

RESUMO

A hospitalização tem impacto no estado nutricional dos pacientes, assim como a aceitação da dieta tem influência na evolução do quadro clínico e nutricional. O objetivo deste estudo foi verificar a adequação do almoço servido aos pacientes internados de acordo com a prescrição nutricional. O estudo foi realizado em um hospital de referência na cidade Salvador, BA em cinco dias de coleta, com avaliação da adequação de dietas prescritas e ofertadas em enfermarias de clínica médica, emergência geral e pediátrica, maternidade, pediatria e hemodiálise. As inadequações encontradas foram classificadas quanto ao tipo de dieta (consistência), características (composição química), observações individuais dos pacientes (substituição, adição e/ou restrição de algum item), e ausência de algum item do cardápio. Foi encontrado um total de 22,2% de inadequações em dietas servidas em todo o hospital, com maior número encontrado nas enfermarias da clínica médica. Na pediatria foi observado 100% de adequação das dietas servidas. Foram encontradas importantes inconformidades nas refeições servidas a pacientes hospitalizados que podem indicar a ocorrência de erros no momento da montagem e distribuição das refeições.

Palavras-chave: *Prescrição nutricional. Cardápio. Paciente hospitalizado.*

ABSTRACT

Hospitalization has an impact on the nutritional status of patients, just as the acceptance of the diet influences the evolution of the clinical and nutritional status. The purpose of this study was to verify the suitability of the lunch served to hospitalized patients according to the nutritional prescription. The study was carried out at a hospital of reference in the city of Salvador, in five days of data collection, with an evaluation of the adequacy of prescribed and offered diets in medical clinics, general and pediatric emergencies, maternity, pediatrics and hemodialysis. The inadequacies were classified according to the type of diet (consistency), characteristics (chemical composition), individual observations of the patients (substitution, addition and / or restriction of some item), and absence of any menu items. A total of 22.2% of inadequacies were found in diets served throughout the hospital, with a higher number found in the wards of the medical clinic. In pediatrics it was found 100% adequacy of the diets provided. Significant nonconformities were found in patients served to hospitalized patients, which may indicate an occurrence of errors when assembling and distributing them.

Keywords: *Nutritional prescription. Menu. Hospitalized patient.*

INTRODUÇÃO

Os serviços de alimentação e nutrição institucionais são responsáveis por prover refeições nutricionalmente equilibradas e dentro dos padrões de segurança higienicossanitária, além de contribuir com a manutenção ou recuperação do estado nutricional dos indivíduos (MA-

CHADO; SIMÕES, 2008). No âmbito hospitalar, a atenção integral ao paciente internado abrange um conjunto de cuidados, incluindo a terapia nutricional em seus diferentes níveis de complexidade e de intervenção, as características individuais e o tipo de enfermidade (SETA et al., 2010). O atendimento nutricional deve, por meio da alimentação, minimizar deficiências nutricionais, por implicar em maior risco de complicações e mortalidade(GARCIA, 2006).

Em ambiente hospitalar o paciente está deslocado da sua rotina e a alimentação é uma das principais formas de se conectar com uma situação de conforto. A aceitação da dieta está relacionada a diversos fatores, dentre eles a diminuição do apetite em função da doença, tratamento medicamentoso, e aspectos sensoriais dos alimentos. Dentre os aspectos sensoriais a apresentação, aparência e o aroma, além do tipo de preparação, podem influenciar o apetite dos pacientes. A alimentação é associada com melhora do quadro clínico pelos próprios pacientes, reforçando a importância de atender sempre que possível às demandas que envolvem aversões e gostos pessoais para favorecer a aceitação e contribuir para melhora do estado geral (DEMÁRIO et al., 2010).

Os profissionais de saúde demonstram entender a necessidade da nutrição adequada para favorecer a melhora clínica. Em estudo realizado com a comunidade científica, principalmente nutricionistas, sobre serviços de alimentação e nutrição hospitalares (SANH), relataram que a infraestrutura e a capacitação de recursos humanos, além de qualidade da dieta hospitalar, devem ser prioridades do Serviço de Alimentação e Nutrição Hospitalar- SANH (DIEZ-GARCIA et al., 2012).

As dietas hospitalares podem ser classificadas a partir de diferentes nomenclaturas, variando conforme a Instituição. Geralmente, são divididas entre dietas especiais e de progressão. As primeiras apresentam algum tipo de adaptação referente à mudança na composição química, a exemplo das dietas para diabético, hipossódicas, hipolipídicas, obstipante e laxante. As dietas de progressão, por sua vez, estão relacionadas com a consistência, que é determinada pela textura dos alimentos e pelas preparações que as compõem. Essas são classificadas em: dieta geral – também conhecida como dieta livre ou normal – dieta branda, dieta pastosa e dieta líquida, sendo as três últimas compostas por alimentos que sofrem alteração em suas características físicas pelo processamento, cocção e/ou tipo de alimento (GARCIA, 2006).

Diversos estudos tem demonstrado o impacto da hospitalização no estado nutricional dos pacientes assim como a importância epidemiológica da desnutrição hospitalar e o suporte nutricional oferecido (SETA et al., 2010). A desnutrição, altamente prevalente em indivíduos hospitalizados, quando associada a outras doenças representa um dos principais riscos para comprometimento do estado geral do paciente levando ao aumento da morbimortalidade (MALAFAIA, 2009). Além disso, no paciente hospitalizado, está associada com piora do prognóstico, uma vez que prejudica a função imune, interferindo na susceptibilidade às infecções, cicatrização e resposta inflamatória (BOTTONI et al., 2014).

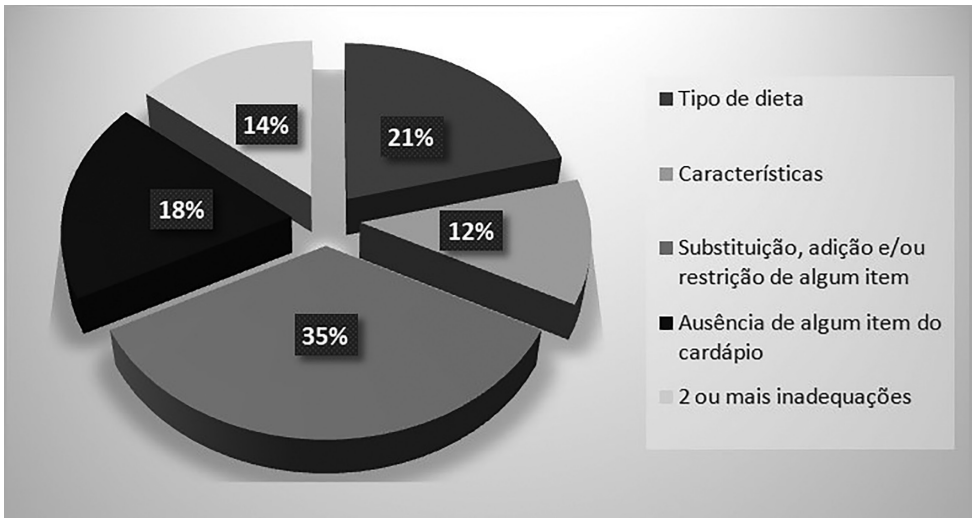
A atuação do profissional de nutrição no ambiente hospitalar envolve não apenas a intervenção dietoterápica do ponto de vista da nutrição clínica, mas também requer atenção das unidades de alimentação e nutrição hospitalares para entregar refeições de acordo com a prescrição nutricional, que contribuam para melhor aceitação do paciente. Nesse contexto, considerando as consequências negativas que o desequilíbrio nutricional pode ter sob o estado de saúde do paciente, fornecer uma terapia nutricional adequada e evitar a escassez de nutrientes por meio da

Tabela 1 - Percentual de adequação da prescrição nutricional por enfermaria visitada.

Enfermaria	N° de leitos visitados	Adequação	
		Sim (%)	Não (%)
1º andar	41	95,1	4,9
2° andar	41	68,3	31,7
4° andar	16	68,8	31,2
Emergência, emergência pediátrica, CHD	36	72,2	27,8
Maternidade	32	75	25
Pediatria	10	100	0
Hemodiálise	18	72,2	27,8
Total	194	77,8	22,2

Fonte: Dados coletados pelo próprio autor.

Gráfico 1 – Inadequações verificadas nas refeições fornecidas aos pacientes



alimentação, traz benefícios e pode prevenir a desnutrição hospitalar (BOTTONI et al., 2014; GARCIA, 2006).

Este estudo teve como objetivo verificar a adequação do almoço servido aos pacientes internados em um hospital público de Salvador, Bahia, de acordo com a prescrição nutricional.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado em um hospital de referência na cidade Salvador, BAem julho de 2017, sendo cinco dias de coleta. Para avaliar a adequação das refeições servidas diariamente no almoço aos pacientes, utilizou-se o mapa de copa da equipe de nutrição. As enfermarias visitadas correspondem à clínica médica (1A, 1B, 1C, 2A, 2B, 2C, 4B), emergência geral (sala vermelha, sala azul, sala amarela, sala verde), emergência pediátrica, Centro de Hemorragia Digestiva (CHD), maternidade (3A e 3B), pediatria (4C) e hemodiálise (4A).Os leitos foram escolhidos por conveniência para a coleta da informação, sendo excluídos pacientes em isolamento de contato, que recebiam dieta do lactário no almoço, que estavam em uso de terapia nutricional enteral total e com prescrição para dieta zero.

Para coleta das informações foi realizado acompanhamento dascopeirasno horário de distribuição do almoço até o momento da entrega da refeição para o paciente. A partir da visualização da embalagem térmica descartável e da descrição no mapa da copa utilizado pelas copeiras, verificou-se a conformidade do cardápio prescrito pela equipe de nutrição clínica com o fornecido. Os resultados foram descritos em um formulário específico, preenchido no momento da visita com a enfermaria e o leito, contendo uma pergunta: "as características e especificações da dieta foram atendidas?" e as opções "sim" e "não" para marcação. Em caso negativo, foi anotado no espaço "observação" qual a inadequação encontrada. Após o período da coleta, os dadosforam digitados em planilha do Excel® para obtençãodo percentual de inadequação. As inconformidades observadas nas refeições servidas foram agrupadas de acordo com: 1) tipo de dieta (normal, branda, pastosa, líquida, semi-líquida e líquida restrita); 2) características (hipossódica, sem sacarose, hipocálica, hipoproteica, hipolipídica, laxante, obstipante); 3) substituição, adição e/ou restrição de algum item; 4) ausência de algum item do cardápio.

RESULTADOS

Os resultados encontram-se descritos na Tabela 1. Foram visitados 194 leitos ao total para avaliação das refeições servidas aos pacientes. Desses, 43 (22,2%) não receberam a refeição conforme prescrição nutricional.

No 1º andar encontram-se três enfermarias com especialidades de cirurgia geral, neurologia, oncologia e buco-maxilo. Foram visitados 41 pacientes adultos, sendo identificadas três (7,1%) inconformidades na entrega das refeições.

O 2º andar do hospital representa especialidades de infectologia, gastroenterologia e cardiologia. Foram visitados 41 pacientes adultos sendo observadas 13 (31,7%) inconformidades.

No 3° andar estão localizadas as enfermarias 3A e 3B, ambas de maternidade. Dos 32 pacientes

visitados, foram identificadas oito (25%) inadequações.

Dentre as enfermarias do 4º andar, a 4B é especializada em adultos (vascular e urologia), e foram visitados 16 pacientes. Observaram-se cinco inadequações durante a visita, representando 31,2%. A pediatria, correspondente à enfermaria 4C, foi a única em que 100% dos leitos visitados receberam a dieta conforme a prescrição nutricional.

No térreo encontram-se situadas a emergência geral, emergência pediátrica e CHD. Foram visitados 36 leitos, dos quais dez (27,8%) apresentaram inconformidades na dieta fornecida.

No Gráfico 1 podem-se observar as inadequações identificadas nas refeições fornecidas aos pacientes. Inconformidades quanto à substituição, adição e/ou restrição de algum item alimentar correspondem aos erros mais frequentes, representando 35% do total de inadequações. O tipo de dietaaparece em seguida correspondendo a 21% das inadequações totais.

A quantidade de inconformidades com relação à ausência de algum item do cardápio correspondeu a oito refeições (18%). Seis dietas (14%) fornecidas aos pacientes apresentaram duas ou mais inconformidades, e cinco refeições (12%) apresentaram erros quanto às características.

O acompanhamento nutricional deve ser priorizado em pacientes hospitalizados para identificar alterações no estado nutricional que possam contribuir para uma piora do estado clínico. A avaliação nutricional do paciente hospitalizado envolve antropometria, semiologia, exames bioquímicos e também o acompanhamento da aceitação da dieta ofertada (FONTOURA et al., 2006). Com a avaliação da adequação do cardápio servido é possível observar se a prescrição do nutricionista está sendo atendida assim como as preferências e aversões alimentares do paciente, como no presente estudo em que o não atendimento de observações individuais referentes à substituição, adição e/ou restrição de algum item apresentou um percentual elevado de inconformidades.

Nesse momento a nutrição clínica deve estar aliada ao serviço de alimentação e nutrição para atender às necessidades nutricionais e garantir a melhora do paciente (PEDROSO; SOUSA; SALLES, 2011). Geralmente pacientes hospitalizados apresentam ingestão alimentar reduzida, não havendo diferença significativa entre hospitais públicos ou privados (LEANDRO-MERHI et al., 2006). Por esse motivo, erros na entrega das refeições podem contribuir para a baixa aceitação da dieta e consequente involução do quadro clínico.

Dupertuis et al. (2003), ao avaliarem a adequação das refeições servidas em hospitais, identificaram que, apesar da oferta suficiente de alimentos, mais de dois terços dos pacientes não tiveram suas necessidades nutricionais atendidas. As causas para ingestão insuficiente também foram analisadas e, embora a maioria tenha sido atribuída à doença e/ou tratamento, cerca de 59% estavam relacionadas com o serviço de refeição inadequado, sugerindo a necessidade de aperfeiçoar os serviços de alimentação e nutrição.

Um estudo avaliou a influência do consumo da refeição e da doença e/ou tratamento na ingestão alimentar e identificou que 78% dos pacientes de todo o hospital não consumiram todos os alimentos servidos nas três principais refeições (desjejum, almoço, jantar). A baixa qualidade do almoço e jantar, avaliada pelo próprio paciente, foi associada à redução da ingestão calórica e/ou proteica. Além disso, maior parte dos pacientes com dietas específicas ou com textura modificada estava abaixo das suas necessidades de energia e proteína, indicando que esses pacientes requerem maior atenção na ingestão alimentar (THIBAULT et al., 2011).

Um dos desafios para os profissionais envolvidos no processo produtivo das refeições de uma UAN hospitalar é atender a individualização da dieta. Há dificuldades de se perceber o paciente no processo produtivo, pois o fluxo dos alimentos segue a lógica da padronização e da divisão do trabalho (SOUSA; PROENÇA, 2005). Esse fato pode explicar o elevado percentual de inadequações encontrado no presente trabalho, no qual as copeiras responsáveis pelo porcionamento não atenderam às especificações da dieta de alguns pacientes.

A montagem da refeição passa por um processo, desde a elaboração do plano dietoterápico pelo nutricionista clínico, colocando-o no mapa de dietas que é encaminhado para a copeira. A partir do cardápio padronizado, o paciente entra na produção conforme o tipo de dieta (normal, branda, pastosa) além das preparações que são feitas a partir de pedidos extras, pelas preferências ou necessidades dele (PEDROSO; SOUSA; SALLES, 2011). A instituição em questão possui padronização da dieta como também realiza adequações para atender às necessidades especiais dos pacientes. Essas particularidades devem ser respeitadas visando fornecer um suporte nutricional adequado aos pacientes, o que contribui para menor prevalência e magnitude da desnutrição intra-hospitalar, além de melhorar o prognóstico clínico (MALAFAIA, 2009).

Existem implicações,tanto clínicas quanto econômicas, decorrentes da desnutrição intra-hospitalar. O internamento contribui para uma piora do estado nutricional de pacientes e a alta prevalência de desnutrição nesse âmbito está associada com internação prolongada, complicações do estado clínico e alterações persistentes na dieta do paciente, contribuindo para maiores taxas de mortalidade nessa

população (FRAGAS; OLIVEIRA, 2016; GOIBURU et al., 2006). Além disso, com o maior tempo de permanência hospitalar do paciente desnutrido, os cuidados intensivos aumentam e geram mais custos de tratamento para o hospital (WAITZBERG et al., 2017).No Brasil, um estudo multicêntrico denominado Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (IBRANUTRI) foi realizado para avaliar a prevalência e o impacto da desnutrição hospitalar, revelando que quase metade (48,1%) dos pacientes encontrava-se desnutrido (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

As consequências fisiológicas do paciente acometido pela desnutrição são muitas, dentre elas mudanças na função e desempenho muscular, depleção da massa muscular e tecido adiposo, perda de massa óssea em especial quando há deficiência de cálcio, magnésio e vitamina D, aumentando o risco para fraturas; comprometimento da função imunológica, sendo maior o risco de infecções e dificuldade de cicatrização de feridas (WAITZBERG et al., 2017). Nesse contexto, é importante que o paciente hospitalizado receba um cuidado nutricional apropriado, englobando a avaliação, monitoramento e tratamento (BOTTONI et al., 2014).

A alimentação está sempre propensa a diferentes riscos para o consumidor se não for produzida com os cuidados necessários, principalmente em ambiente hospitalar. As doenças transmitidas por alimentos são causadas, em sua maioria, por agentes biológicos que aumentam o risco de desenvolver infecções, intoxicações e toxinas. Os sintomas clínicos mais comuns estão associados ao trato gastrointestinal, que são incapacitantes para indivíduos previamente saudáveis, e podem trazer ainda mais prejuízo a indivíduos hospitalizados devido ao sistema imunológico deficiente, levando a agravamento do quadro clínico com alto risco de mortalidade. Além disso, determinados alimentos, mesmo que em adequadas condições higienicossanitárias, podem ter ingredientes que levem à piora da situação clínica dependendo da enfermidade apresentada, como em casos de diabetes mellitus ou doenças renais, por exemplo (BRASIL, 2010; CORREIA et al., 2017).

Pacientes mais graves em UTI ou em uso de nutrição enteral e parenteral, podem sofrer com o consumo de itens trazidos por familiares. Esta forma de tratamento geralmente é utilizada em pacientes que apresentam algum tipo de alteração na deglutição ou na região superior do trato gastrointestinal, e o consumo de alimentos que não foram prescritos pela equipe multiprofissional pode prejudicar o repouso e agravar o quadro clínico desses indivíduos. É importante que os familiares e o próprio paciente entendam a importância da alimentação hospitalar para o tratamento clínico, tendo em vista que determinados itens podem prejudicar esse processo e aumentar o tempo de internamento ou levar àmortalidade.(BARROQUEIRO; LOPES; MORAES, 2017).

Uma limitação do presente trabalho refere-se à etapa de coleta de dados, realizada a partir da visualização da embalagem térmica descartável no momento da refeição. Uma vez que o serviço de nutrição dispõe de uma copeira responsável por distribuir as refeições em cada enfermaria, não foi possível acompanhar todas simultaneamente, dificultando o processo de coleta. Nesse caso, houve a necessidade de perguntar ao paciente quais alimentos e preparações compuseram o almoço para avaliar a adequação.

CONCLUSÃO

A partir do estudo da adequação do almoço servido aos pacientes de acordo com a prescrição nutricional, foram encontradas importantes inconformidades indicando a ocorrência de erros no momento da montagem e distribuição das refeições. As copeiras devem ser devidamente treinadas para este tipo de serviço, visto que os pacientes hospitalizados em sua maioria se encontram em situação de risco, havendo a necessidade de tratar com atenção a distribuição das refeições para que a alimentação correta auxilie na evolução do estado nutricional e consequente melhora clínica.

REFERÊNCIAS

BARROQUEIRO, PC; LOPES, MKD; MORAES, AMS. Critérios fonoaudiológicos para indicação de via alternativa de alimentação em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. **Rev CEFAC**, v.19, n.2, p.190–197, 2017.

BOTTONI, A et al. Porque se preocupar com a desnutrição hospitalar? revisão de literatura. **Jounal of the Health Science Institute**, v.32, n.3, p.314–317, 2014.

BRASIL, M. DA SAÚDE. **Manual Integrado de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Alimentos**. [s.l: s.n.].

CORREIA, LBN et al. Perfil microbiológico de diferentes tipos de saladas provenientes de cozinhas hospitalares. **Arq Inst Biol**, v.84, p.1–7, 2017.

DEMÁRIO, RL; SOUSA, AA; SALLES, RK. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1275-1282, 2010

DIEZ-GARCIA, RW; PADILHA, M; SANCHES, M. Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(2):473-480, 2012

DUPERTUIS, YM et al. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective

comprehensive hospital survey. **Clinical N**, v.22, n.2, p.115–123, 2003.

FONTOURA, CSM et al. Avaliação Nutricional de Paciente Critico. **Rev Bras de Terapia Intensiva**, v.18, n.3, p.298–306, 2006.

FRAGAS, RFM; OLIVEIRA, MC. Risk factors associated with malnutrition in hospitalized patients. **Rev de Nutrição**, v.29, n.3, p.329–336, 2016.

GARCIA, RWD. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Rev de Nutrição**, v.19, n.2, p.129–144, 2006.

GOIBURU, MEet al. The impact of malnutrition on morbidity, mortality and length of hospital. **Nutrición Hospitalaria**, v.21, n.5, p.604–610, 2006.

LEANDRO-MERHI, VA et al. Comparación del estado nutricional, consumo alimenticio y tiempo de hospitalización de pacientes de dos hospitales, uno público y otro privado. **Nutrición Hospitalaria**, v.21, n.1, p.32–37, 2006.

MACHADO, FMS; SIMÕES, AN. Análise custo-efetividade e índice de qualidade da refeição aplicados à Estratégia Global da OMS. **Rev de Saúde Pública**, v.42, n.1, p.64–72, 2008.

MALAFAIA, G. A desnutrição proteico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. **Arq Bras de Ciências da Saúde**, v.34, n.2, p.101–107, 2009.

PEDROSO, CGT; SOUSA, AA; SALLES, RK. Cuidado nutricional hospitalar:percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1155–1162, 2011.

SETA, MH et al. Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, p.3413–3422, 2010.

SOUSA, AA; PROENÇA, RPC. La gestion des soins nutritionnels dans le secteur hospitalier: une étude comparative Brésil-France. **Rech Soins Infirm**, v.83, p.28-33 2005.

THIBAULT, R et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: A 10-year comparative study of a prospective hospital survey. **Clinical Nutrition**, v.30, n.3, p.289–296, 2011. Elsevier Ltd. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2010.10.002>

WAITZBERG, DL; CAIAFFA, WT; CORREIA, MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian National Survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**, v.17, 2001.

WAITZBERG, DL et al. Hospital and homecare malnutrition and nutritional therapy in Brazil. **Nutrición Hospitalaria**, v.34, p.969-975, 2017.

INDICADORES GLOBAIS PARA A INDÚSTRIA DE LÁCTEOS.

O Dairy Sustainability Framework (DSF) anunciou o lançamento de mais cinco indicadores globais para a divulgação pública do progresso da indústria em cima dos seus 11 critérios de sustentabilidade. Os membros do DSF, que representam mais de 31% da produção global de leite, endossam os 11 critérios e priorizam estes com base nos desafios de sua própria região.

Cada critério tem sua própria intenção estratégica. Metas de sustentabilidade e iniciativas baseadas no cronograma são desenvolvidas pelos membros para trabalhar buscando esses objetivos a nível regional, nacional e local. O relatório anual de progresso é um compromisso de adesão.

Além dos programas de membros individuais, o DSF trabalhou com pesquisadores da Universidade do Arkansas, membros e grupos de partes interessadas mais amplas para identificar métricas de indicadores de alto nível para os critérios: solo (qualidade e retenção), nutrientes do solo, água (disponibilidade e qualidade), biodiversidade e condições de trabalho. Estes se unem ao cuidado dos animais e às emissões de gases de efeito estufa (GEE), lançados em 2016.

Ao estabelecer e rastrear as métricas do indicador para cada critério, o DSF afirma que será capaz de reportar a melhoria agregada contínua do setor global de produtos lácteos. Donald Moore, presidente do DSF, disse que os consumidores querem saber que seus alimentos foram produzidos de forma sustentável e responsável e - informar sobre esses indicadores - permitirá que o setor de produtoslácteos monitore e relate seu desempenho.

Os quatro indicadores restantes (segurança e qualidade dos produtos, desenvolvimento do mercado, economias rurais e resíduos) serão desenvolvidos por meio de uma abordagem multipartidária, a partir de janeiro de 2018. (Equipe MilkPoint, dez 2018)