

Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado

Hospital food: perceptions of patients in a public hospital with a proposal of humanized attendance

Renata Léia Demário¹
Anete Araújo de Sousa¹
Raquel Kuerten de Salles¹

Abstract *The objective of the study was to know the perception of patients about feeding in a reference hospital for the National Humanization Politics. It is a qualitative research with twenty-six in depth and half-structured interviews had been carried through. The interviews were applied to internee patients (adults and elders) with four or more days in health clinic. The study revealed that the patients approved the good attendance and the humanized health team care. The feeding is perceived as part of the institution rules, relating it with the disease and the health recovery. Also, the companion presence, the hospital environment, medicines and sensorial aspects are considered to influence the feeding acceptance. The meal time was considered a model to be followed. The patients had demonstrated difficulty in revealing opinions about changes in the feeding or routines. The meal time is an interaction moment among the patients, companions and health team. The study concluded that in order to eat well in a hospital depends on what the patients is allowed to because of their diseases, showing that, there is no hospital food identification with their feeding history, preferences or habits in life.*

Key words *Collective feeding Patients, Hospital nutrition and feeding units, Qualitative research*

Resumo *O objetivo do estudo foi conhecer a percepção de pacientes sobre a alimentação em um hospital de referência para a Política Nacional de Humanização. Trata-se de uma pesquisa qualitativa para a qual foram realizadas 26 entrevistas em profundidade, semiestruturadas, aplicadas a pacientes adultos e idosos internados há quatro ou mais dias em clínicas médicas. O estudo revelou que os pacientes aprovam o bom atendimento e consideram o cuidado humanizado da equipe de saúde; percebem a alimentação como parte das regras da instituição e a relacionam com a doença e com a recuperação da saúde; consideram que a presença de acompanhante, o ambiente hospitalar, medicamentos e aspectos sensoriais influenciam a aceitação da alimentação. O horário das refeições foi considerado modelo a ser seguido. Os pacientes demonstraram dificuldade em opinar sobre mudanças na alimentação ou sobre suas rotinas. A refeição é um momento de interação entre os próprios pacientes, acompanhantes e equipe de saúde. O estudo concluiu que comer bem no hospital depende do que os pacientes podem ou não comer devido a sua doença, revelando que, possivelmente, não haja identificação da alimentação hospitalar com a sua história alimentar, preferências ou hábitos adquiridos ao longo de sua vida.*

Palavras-chave *Alimentação coletiva, Pacientes, Unidade de alimentação e nutrição hospitalar, Pesquisa qualitativa*

¹Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo de Pesquisa de Nutrição em Produção de Refeições (NUPPRE). Campus Universitário – Trindade. 88040-900 Florianópolis SC. renatademario@hotmail.com

Introdução

A concepção de alimentação e alimento comumente está centrada no seu aspecto nutricional. A alimentação é reconhecida pela sua função vital para a sobrevivência humana e como condição essencial para a promoção, manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos.

A função terapêutica da alimentação tem evoluído graças ao avanço considerável dos conhecimentos relacionados à dietética e à nutrição. A pesquisa nessas áreas forneceu e abriu novos pontos de vista acerca da terapia nutricional, ficando cada vez mais claro que a alimentação pode, de fato, apresentar um papel relevante no processo saúde e doença¹.

No entanto, pesquisadores da área de antropologia, história e sociologia da alimentação, ao discutirem sobre o tema, destacam que a formação do gosto alimentar não se dá, exclusivamente, pelo seu aspecto nutricional²⁻⁴. A comida não é apenas uma substância alimentar, mas também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. Portanto, alimentar-se é um ato nutricional e comer é um ato social ligado a usos, costumes, condutas, protocolos e situações⁴.

Portanto, o comer no hospital pode ser compreendido a partir de outras dimensões, pois a sequência do comer não se restringe ao ato que vai da recepção da matéria-prima ao garfo. Após a ingestão dos alimentos, emergem impressões, lembranças, discursos e comportamentos alimentares². No meio hospitalar, compreende-se que essa sequência do comer não é transparente².

Diante dessas considerações, alguns estudos observaram que os pacientes não ingerem boa parte da alimentação que lhes é oferecida devido à doença, falta de apetite, alterações do paladar, mudança de hábitos, insatisfação com as preparações e ambiente hospitalar⁵⁻⁸. A aceitação da alimentação tem sido também relacionada com a forma de atendimento prestado⁹⁻¹¹.

Essas avaliações, aliadas ao aumento da desnutrição intra-hospitalar¹²⁻¹⁴ e aos novos perfis demográficos de mortalidade e morbidade da população¹⁵ têm exigido do setor de saúde e, especificamente das unidades de alimentação e nutrição hospitalares, abordagens diferenciadas para um atendimento humanizado¹⁶.

Dessa forma, considerando os conceitos apontados sobre o comer e o alimentar-se e a necessidade de analisar as diferentes dimensões da alimentação hospitalar, a pesquisa teve como objetivo conhecer as percepções de pacientes em relação à alimentação em um hospital público de

referência para a Política Nacional de Humanização. Destaca-se que os resultados podem contribuir para a evolução do conhecimento sobre o tema alimentação hospitalar, a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados. Além disso, as unidades de alimentação e nutrição hospitalares, tanto os setores destinados ao fornecimento de refeições, quanto ao acompanhamento clínico-nutricional dos pacientes, podem contar com indicadores de avaliação para melhorar seus serviços e para a aceitação das refeições por parte dos pacientes.

Estudos dessa natureza podem apontar novas abordagens na dimensão do cuidado integral, em alimentação, nutrição e saúde hospitalar. Podem, ainda, contribuir com os profissionais envolvidos com a alimentação, para que suas ações considerem a subjetividade dos pacientes.

Tendo em vista todos os aspectos referidos, aliado à pouca produção de trabalhos com essa temática, destaca-se a relevância dessa proposta para diferentes campos do conhecimento, com ênfase no setor de alimentação coletiva hospitalar.

Percurso metodológico

A pesquisa apresentou uma abordagem qualitativa^{17,18}. A definição por essa base metodológica é explicada devido à natureza do estudo proposto: a pesquisa qualitativa se justifica por privilegiar a subjetividade das informações através do relato dos sujeitos.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público de referência da Política Nacional de Humanização (PNH) no Estado de Santa Catarina. O hospital possui 260 leitos, exclusivamente ligados ao SUS, e dentre as ações humanizadas que são desenvolvidas no hospital, destacam-se 22 programas voltados para os trabalhadores da instituição e 42 programas e ações voltados aos usuários do sistema de saúde.

A equipe de nutricionistas é composta por treze profissionais, do sexo feminino. Atuam em diferentes setores: uma na gerência geral da Unidade de Alimentação e Nutrição, duas na unidade de produção de refeições e dez nas unidades de internação clínica e ambulatorio. A equipe de nutricionistas, com relação ao tempo de formação, é composta por três profissionais com menos de dez anos de formação, seis estão na faixa de dez a 21 anos e quatro, há mais de vinte anos. Quanto ao aprimoramento profissional, seis profissionais realizaram especialização na área de nutrição clínica, uma em administração, uma

em gerência da qualidade de produção de refeições, uma em gerontologia, uma em saúde pública e uma em terapia nutricional. Desse grupo, quatro são mestres, uma mestrande e uma doutoranda. O regime de trabalho é de trinta horas semanais, variando para as chefias, que totalizam quarenta horas.

Foram entrevistados 26 pacientes adultos e idosos das unidades de internação das clínicas médicas. A escolha dessas unidades baseou-se no tempo médio de internação. Os critérios de inclusão para a seleção dos participantes da pesquisa compreenderam pacientes internados há quatro ou mais dias e capazes de tolerar uma entrevista individual de aproximadamente uma hora. Os pacientes com dificuldade de falar (difásicos), inconscientes, confusos ou sedados e que estivessem recebendo assistência nutricional enteral ou parenteral foram excluídos da pesquisa.

A seleção dos participantes do estudo foi através do critério de exaustividade e saturação dos dados. Dessa forma, torna-se desnecessário um critério numérico para garantir sua representatividade¹⁷.

O referencial teórico utilizado^{2,3,7,11,19,20}, destacando-se o estudo desenvolvido por Poulain²¹, forneceu suporte para a elaboração de um modelo de análise composto por duas categorias: (1) O cotidiano do paciente e a experiência da hospitalização e (2) O comer no hospital.

Para a coleta de dados, foram utilizadas a análise documental e entrevistas em profundidade semiestruturada.

A análise documental foi realizada para o levantamento das características gerais do hospital, provenientes de relatórios técnicos da instituição, e para a identificação dos participantes e suas características sociodemográficas, através de prontuário.

Na entrevista em profundidade semiestruturada, cada uma das categorias orientou a elaboração de perguntas-guias, relativamente abertas. Esse tipo de entrevista parte de questionamentos básicos, referentes aos objetivos do estudo, tem caráter subjetivo que oferece oportunidades de surgimento de novos questionamentos, a partir das respostas dos sujeitos investigados¹⁸. Ainda, através da entrevista, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais¹⁷. Os dados foram registrados em um gravador e/ou caderno de campo. Posteriormente, foram feitas a transcrição e a análise dos dados.

Na categoria do cotidiano do paciente e a experiência da hospitalização, a partir das questões “Como é o seu dia no hospital?” e “Desde quan-

do está hospitalizado?”, buscou-se identificar a importância dada pelo paciente ao ato alimentar e o papel que a alimentação ocupava no cotidiano do paciente.

Na categoria comer no hospital, a partir da pergunta norteadora “O que pensa sobre a comida de hospital?”, buscou-se identificar o momento da refeição e as interações, as expectativas em relação à comida do hospital e a influência da hospitalização na percepção dos pacientes sobre a alimentação.

As concepções e os conceitos que surgiram com o desenvolvimento das entrevistas foram categorizados e analisados, seguindo à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin²².

A interpretação dos relatos foi baseada em referencial teórico, visto que não foi objetivo quantificar a frequência dos fatores analisados, mas conhecer a percepção dos pacientes sobre os aspectos pesquisados. A partir das análises do conteúdo, surgiram novas categorias, subcategorias e unidades de registro.

O projeto da pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A fim de assegurar o anonimato dos participantes, foram utilizadas as letras “PAC”, referente ao paciente, seguida por algarismos cardinais (por exemplo, PAC 1; PAC 2).

Resultados

Os pacientes entrevistados são mulheres (19) e homens (7), adultos e idosos, com idade entre 21 e 80 anos. Em relação à escolaridade, cinco concluíram o ensino fundamental, doze possuíam o ensino fundamental incompleto, três concluíram o ensino médio, dois possuíam o ensino médio incompleto e quatro eram analfabetos. Quanto ao estado civil, quinze eram casados, três solteiros, cinco desquitados e três viúvos. Dentre os pacientes, a maioria tinha filhos (21). O tempo de internação variou de cinco a cinquenta dias e apenas um paciente estava pela primeira vez internado. Com relação à prescrição dietética, catorze pacientes estavam com dieta normal, oito, hipossódicas e quatro para diabetes/hipossódica.

A análise do conteúdo revelou significados que os pacientes deram ao seu cotidiano e a sua relação com a comida no hospital, agrupados e apresentados a seguir.

O cotidiano do paciente e a experiência da hospitalização

Os pacientes falam do seu cotidiano e da hospitalização como experiências permeadas pelo bom atendimento e cuidado humanizado da equipe de saúde. O dia no hospital é pontuado por atividades, tais como caminhadas pelas unidades de internação, visitas e colaboração no cuidado a outros pacientes, palavras-cruzadas, crochê e dominó. A alimentação foi referida pelos pacientes durante o seu dia no hospital. A refeição mais citada foi o café da manhã, seguida pelo almoço. No decorrer do relato, as outras refeições foram pouco mencionadas. Esses aspectos podem ser observados nas seguintes falas: ***Está sendo ótimo, não quero ir embora. Seis horas já estou acordada, vejo meu repórter, tomo banho e espero meu café. Depois vem à medicação, verificam a pressão, faço uma caminhada no corredor. Ah, faço a minha palavra cruzada.*** (PAC 1)

Eu acordo, tomo meu banho, daí eu dou banho na dona Maria [paciente do leito ao lado], para ter alguma coisa para fazer. Eu ando por aí, vou aos quartos, faço visitas, tem que conversar para a gente se distrair, para passar o tempo. (PAC 15)

Ao serem indagados sobre problemas de saúde relacionados à alimentação, enfatizam que as restrições alimentares e o apetite estão relacionados à doença: ***É, às vezes tem um monte de comida boa e eu não posso. Parece que não dá para comer, mas agora esses dias já estou comendo. Tem muitas comidas que eles pediram para não comer, por exemplo, carne gorda, molho, porque o meu problema é circulação forte.*** (PAC 6)

As aversões alimentares mais relatadas foram preparações de peixe, pepino, abobrinha, abacaxi, cebola, arroz, frango ensopado e leite, que estiveram relacionadas à forma de preparo, às intolerâncias individuais e, principalmente, aos hábitos alimentares.

A rotina da medicação é bastante valorizada pelos pacientes, porém, a interferência de medicamentos em seu apetite não foi enfatizada.

O momento da alimentação: comida para a pessoa reagir e sarar

Os pacientes consideram que a alimentação faz parte das regras da instituição. O ato de se alimentar relaciona-se com a doença e sua recuperação. Possivelmente, esta concepção reforça a resignação frente à alimentação hospitalar oferecida, como observado nos seguintes relatos: ***Eu acho que aqui a gente come bem, sobre as medidas do hospital e***

conforme o problema da pessoa, a doença que a pessoa tem. É tudo passado por nutricionista. Então eles já dão a comida conforme a doença. Você vai comer à vontade as coisas? Tudo quanto é coisa? Então daí não sara nunca! Então eles já fazem mais ou menos a comida para a pessoa reagir e sarar. (PAC 2)

É, faz bem! Então eu tenho que pensar nisto: que eu estou fazendo mesmo sem gostar, mas eu tenho que comer! (PAC 23)

Além disso, outras regras, como os horários diferenciados, são incorporadas ao cotidiano dos pacientes durante a hospitalização, diferente daqueles praticados em casa. Consideram que os horários do hospital são certos e que eles precisam se adaptar, referindo-os como modelo a ser praticado em casa. Outros relatos destacam que dificilmente estas rotinas possam ser alteradas, pois afetariam o bom andamento das atividades da equipe de saúde: ***A gente se habitua. Eu era muito irregular com meu horário de comida. Aqui a gente segue uma regra, e daí essa regra para mim está sendo boa. Eu vou ter que fazer um tratamento prolongado em casa, eu quero ver se já levo pelo menos as regras de horário.*** (PAC 1)

É um horário bom! Eles têm que começar a servir certos horários mais ou menos para não atrapalhar o horário do pessoal de ir para casa também! Aqueles que trabalham o dia inteiro aqui quando chegam de noite eles querem ir descansar também!. (PAC 2)

Outro elemento destacado nas falas é a incerteza dos seus direitos como cidadão e usuário do sistema de saúde. Ou ainda de poder escolher ou opinar sobre o que gostaria de comer ou não, em função da pluralidade da população hospitalar: ***Porque a gente já depende daqui, tem que comer então o que vem. Está aqui para ser tratado, não para comer bem! Se quer comer bem, vai ao restaurante então!.*** (PAC 2)

As cozinheiras não sabem o que eu gosto ou não gosto, mas o que eu vou fazer? Se eu não gosto de moranga, outros gostam. Mas tem uma coisa, se eu não gosto deixo de lado, não preciso fazer comentário. (PAC 3)

Expectativas com a comida de hospital: comer bem é comer a comida que vem...

A aceitação da alimentação está relacionada à diminuição do apetite em função da doença, do tratamento medicamentoso, do ambiente, da presença de acompanhante e dos aspectos sensoriais dos alimentos.

A doença interfere no apetite, principalmente se vem acompanhada da dor. Quanto mais in-

tensa, menor o apetite e a vontade de se alimentar: ***Eu estava melhor; agora estou ruim, porque eu não estou tendo fome e piorei de ontem pra cá, eu estava comendo melhor. É a doença.*** (PAC 26)

Na presença do acompanhante, o momento da refeição torna-se mais prazeroso, facilitando a aceitação: ***A comida daqui é muito boa, até meu marido fala da comida quando ele está aqui, às vezes chega aqui e diz: “Oh, que comida!” Ele gosta também. Quando ele está aqui, eu sou obrigada a comer tudo, porque se não!*** (PAC 5)

A diminuição do apetite também pode ser influenciada por causas além da doença. Verificou-se que o próprio ambiente hospitalar pode interferir na rejeição da alimentação: ***Eu falo que eu não quero comer e eles botam na minha boca, e daí eles trazem o balde para eu jogar fora. É todo dia. Eu não gosto de comer em hospital.*** (PAC 12)

Em relação aos aspectos sensoriais da alimentação, identificou-se que a apresentação, aparência e o aroma, além do tipo de preparação, podem influenciar na vontade de comer dos pacientes: ***Na hora que chega a gente está com fome. Mas às vezes quando abre a bandeja, aí passa a fome! Quando é gostosa, até dá um cheirinho, ainda anima a gente a comer. Mas o dia que vem peixe cozido aqui, é ruim. Só que hoje eu comi, porque veio frito, peixe à milanesa.*** (PAC 18)

Só quando viu a comida assim arrepiou tudo e vomitou e não comeu a comida. Não come! Desde quinta-feira que eu estou aqui, e essa mulher não comeu uma colherada da comida. Ela só come pão com café, um ovinho no pão e mais nada. (PAC 21, sobre paciente do leito ao lado)

No mesmo sentido, o sabor, como um dos aspectos sensoriais da alimentação, foi referido como elemento de aceitação. A ausência ou a pequena quantidade de sal e falta de tempero foi motivo de insatisfação, opinião compartilhada mesmo entre os pacientes com dieta normal: ***Eu acho que o mais importante é o sal, porque a comida é gostosa, mas pra mim eu acho que precisaria mais um pouquinho de sal.*** (PAC 27)

Outro aspecto referido pelos pacientes é a temperatura das refeições servidas, que geralmente chegam frias. Porém, a aceitação da comida mais fria foi justificada pela distância entre a cozinha e os quartos. Como destacado anteriormente, os pacientes se submetem passivamente às regras do hospital: ***A temperatura aqui não adianta reclamar porque até que elas venham aqui, trazer no nosso quarto, já está mais fria. Quer comer em casa? Quer comer quente? Coma em casa. Porque não é fácil elas coitadinhas virem de lá***

daquela distância da cozinha para trazer a comida. Daí sobre a temperatura, não tem nada que reclamar. (PAC 14)

Embora aceitem e justifiquem a temperatura, alguns relatos evidenciam a importância da temperatura, apontando, como ideal, o hábito da casa, quando a comida é consumida logo após o preparo: ***Comer bem no hospital é comer na hora, quentinha, sem precisar estar andando pelos corredores as bandejas. Sai do fogo quentinha e come quentinha. Isso aí!*** (PAC 13)

A textura dos alimentos, relacionada com dificuldades de mastigação, foi outro aspecto apontado: ***O que eu acho que deveria ser, até vou gravar bem, um pouquinho mais, eu sei da dificuldade, mas com um pouquinho mais de atenção, de amor. É a carne, vamos dizer, assada de panela. Vem aquele pedacinho meio dura e nós que já usamos dentadura, é bom que a gente tenha a carminha melhor, mais macia, desfiada ou em pedacinhos de carne*** (PAC 14).

A falta de molho em algumas preparações torna a comida mais seca, como relatada em alguns depoimentos: ***Eu gostaria de uma comida que fosse com mais molho, porque a comida é um pouco seca, ela é um pouco mais difícil de digestão.*** (PAC 3)

Ao analisar as expectativas do comer no hospital, os pacientes identificaram suas preferências alimentares e as relacionaram aos hábitos de casa. Porém, os pedidos de mudanças eram precedidos pela enfática declaração de que a comida “está muito boa, tudo está ótimo” e somente depois ocorria a exposição do que gostariam que fosse modificado em algum aspecto da alimentação. Alguns relatos destacam essas preferências: ***Eu troco qualquer alimentação por meu café com pão.*** (PAC 1)

O que não escapa da minha mão é a sopa. Sopa, mesmo que eu não esteja com fome, eu como. A sopa que vem é ótima. Menina, mais eu gosto dessa sopa! (PAC 5)

A variedade dos cardápios foi um aspecto evidenciado, demonstrando que certos alimentos, como as massas, apareceram raramente e algumas preparações foram oferecidas com pouca frequência durante o período de internação.

Quando indagados sobre o que é comer bem no hospital, os pacientes identificaram o aceitar tudo que lhes é oferecido, partindo do princípio de que tudo está adequado às suas necessidades: ***Comer bem é comer a comida. Comer o que veio, porque sempre vem na medida certa, acho que aquela ali é a medida certa pra gente.*** (PAC 5)

Humanização do cuidado alimentar

A humanização do cuidado alimentar e nutricional está presente em vários depoimentos. Para os pacientes, a humanização deste tipo de atenção está no constante acompanhamento dos nutricionistas e a oportunidade de escolherem preparações que possam facilitar a aceitação da alimentação. Destacam, ainda, o cuidado da equipe de nutrição em buscar o bem-estar dos pacientes: ***Nos outros dias, eu tenho me alimentado muito bem, as nutricionistas chegam aqui, são três, então elas sempre vêm ver porque a gente está comendo, porque que não, elas são cuidadosas, tentam encaixar para que a gente fique bem.*** (PAC 6)

O serviço prestado pela equipe de nutrição pode ser um dos aspectos que contribuem para a satisfação e aceitação da alimentação no ambiente hospitalar. Os pacientes demonstram que a refeição é um momento de troca, no qual há a interação entre profissionais e pacientes. Para os pacientes, a equipe de nutrição se dedica a prestar o melhor tratamento e cuidado aos seus pacientes, buscando amenizar o sofrimento e melhorar a saúde através da alimentação: ***A copeira é muito boa, eu gosto dela, ela me trata com carinho. Dizem: “Olha! Trouxe comida boa, para comer!” Daí elas olham o quanto a gente comeu também. É, às vezes elas me olham assim. Não fala, mas só um olhar, que já chama a atenção.*** (PAC 6)

Na instituição pesquisada, os pacientes se alimentam no próprio quarto, geralmente, acompanhados por familiares ou por outros pacientes, o que evidencia a tentativa de interação social durante a refeição. Para os pacientes, a interação entre usuários e trabalhadores proporciona um ambiente acolhedor e um espaço de interação que pode trazer benefícios para sua saúde: ***Como aqui no quarto. Eu puxo a minha cadeira bonitinho, fico esticada, sento ali, como ali. Sempre com companhia. Uma incentiva a outra a comer, elas me incentivam a comer, eu incentivo elas a comer, daí a gente come tudo!*** (PAC 1)

Ao citarem internações em outros hospitais, os pacientes traçam paralelos comparando, principalmente, a qualidade da atenção alimentar. No hospital do estudo, a comida foi considerada boa e o hospital, cinco estrelas: ***É um hotel cinco estrelas, só a única coisa que está faltando é a piscina, só falta à piscina, a hidrognástica, mas está tudo bom.*** (PAC 21)

Durante o período de internação, a comida do hospital recebeu conotações satisfatórias, como vitaminada, enriquecida, variada, caprichada, bem limpinha e ótima. Surgiram, também, aspectos negativos em relação às refeições:

insossa, fraquinha, ruim, péssima, fria, repetida, sem gosto, mesmo cheiro, aparência ruim, com conotação de comida de doente.

A comida de hospital está presente no imaginário das pessoas, recebendo conotações que nem sempre foram vivenciadas na prática, mas, identificadas pelo senso comum: ***Quando falam de comida de hospital, a gente já pensa naquele mesmo cheiro, aquele mesmo gosto, aquela mesma coisa, já tem aquela aparência, como se fosse ruim.*** (PAC 7)

Antes de chegar aqui, eu achava assim, que fosse uma comida ruim, uma comida que não fosse feita direito, que fosse feita de qualquer jeito, mas não, o pessoal capricha bem na comida, preciso parabenizar a copeira. (PAC 27)

Para os pacientes, a humanização se traduz, predominantemente, em gestos concretos, tais como apoio e interesse pelos indivíduos, sensibilidade e compaixão. Portanto, as políticas de humanização nos hospitais, ao buscarem mudanças no padrão de assistência ao usuário, devem vislumbrar a dimensão humana da alimentação, como elemento de identidade e de sociabilidade, um dos eixos fundamentais para o cuidado integral à saúde.

Discussão

O estudo teve como objetivo conhecer as percepções de pacientes, em relação à alimentação em um hospital público de referência para a Política Nacional de Humanização. Estudos dessa natureza têm sido evidenciados na literatura, destacando a importância dos critérios subjetivos para avaliação da alimentação hospitalar^{5,11,23}.

Os pacientes destacaram o bom atendimento da equipe de saúde. A refeição mais lembrada no cotidiano hospitalar foi o café da manhã, seguida do almoço. A alimentação é percebida como uma regra da instituição. O ato alimentar relacionou-se à doença e à recuperação da saúde. O horário das refeições hospitalares foi considerado como um modelo a ser seguido. Esses resultados podem revelar, em parte, a condição de controle e disciplina da alimentação hospitalar²³, bem como a desagregação da comida, em seus aspectos simbólicos, subjetivos e sociais, com a dimensão terapêutica^{21,23}.

Os pacientes demonstraram dificuldade em opinar sobre mudanças na alimentação ou rotinas. Alguns estudos observaram que o contexto da hospitalização transforma os papéis sociais dos indivíduos²¹. A aceitação da comida e do serviço, nem sempre ideais, é justificada pela pluralidade da população hospitalar². A hospitalização se ca-

racteriza por certa passividade, além do receio de os pacientes serem mal interpretados ao se queixarem das condições de cuidado e da alimentação²¹.

Os pacientes referem que a doença influencia no apetite. Além dos fatores relacionados à doença, enfatizados por alguns estudos⁶, outros trabalhos referem que o apetite também é influenciado pela qualidade e apresentação dos alimentos⁹.

Para minimizar esses problemas, alguns estudos^{3,20} destacam que, durante a internação, além da função nutricional do alimento, os aspectos sensoriais e simbólicos devem ser contemplados na função terapêutica da alimentação.

No presente estudo, a vontade de comer esteve, também, relacionada aos aspectos sensoriais, tais como sabor, apresentação, aparência, aroma, variedade do cardápio, temperatura, textura, assim como o tipo de preparação. Resultados semelhantes foram obtidos nos estudos de Stanga⁷ e Wright *et al.*⁸, em que a satisfação esteve ligada à variedade, odor, textura da carne, temperatura, sabor da refeição e componentes do cardápio.

O sabor da comida é um dos aspectos importantes para que a ingestão seja adequada e o momento da refeição seja satisfatório.

Alguns autores^{2,3,19,20} argumentam que o alimento frequentemente é visto a partir do aspecto nutricional e higiênico-sanitário, desconsiderando-se que, além da sua função nutricional e higiênico-sanitária, as funções convivial e hedônica são importantes para ressignificar o papel da alimentação hospitalar. O alimento e a alimentação trazem consigo diversas significações e implicações na vida das pessoas, além de serem fontes de prazer do início ao fim da vida e fazer parte integrante da manutenção ou da reconstrução da identidade do indivíduo hospitalizado.

No ambiente hospitalar, os indivíduos perdem sua privacidade e liberdade, e lhe é imposta rápida adaptação a um ambiente diferente do convívio do lar, uma vivência nova, estranha, complexa e frágil. Muitos fatores contribuem para o aparecimento de desgostos e descontentamento. Em nosso estudo, a presença do acompanhante foi um facilitador na aceitação das refeições, pelo fato de tornar o momento da refeição mais prazeroso. Os acompanhantes podem contribuir para a manutenção da integridade emocional e fazer parte da equipe de trabalho²⁴.

O próprio ambiente pode influenciar na diminuição do apetite, a exemplo de comer onde são realizados os procedimentos clínicos e em companhia de pessoas desconhecidas. No estudo, alguns pacientes relatam não gostarem de comer em hospital. Segundo Wosny²⁵, os odores

desagradáveis do hospital, a reduzida atividade e o ambiente desconhecido podem interferir na vontade de comer dos pacientes.

Os pacientes valorizaram o constante acompanhamento dos profissionais envolvidos no cuidado e o serviço prestado pela equipe de nutrição. A refeição é um momento de interação entre os próprios pacientes, acompanhantes e profissionais. Ações educativas e melhoria na comunicação com pacientes e equipe de saúde¹¹ e nos serviços⁹ são referidos como aspectos capazes de melhorar a satisfação dos pacientes com o serviço de alimentação e nutrição.

Na presente pesquisa, a comida de hospital recebeu conotações positivas. No estudo de Stanga *et al.*⁷, observou-se que os pacientes avaliaram positivamente a qualidade e quantidade dos alimentos e serviços.

Aspectos negativos também foram referidos, reforçando a concepção negativa sobre a comida de hospital. Segundo Sousa e Proença²⁰, a comida de hospital é comumente percebida como insossa, sem gosto, fria, servida cedo e ainda com conotações de permissão e proibição.

Dessa forma, para o setor de alimentação hospitalar, o atendimento alimentar e nutricional pressupõe conjugar as diferentes dimensões da qualidade da alimentação: a sensorial, a simbólica, a de serviços, além da nutricional e higiênico-sanitária. Ao aspecto nutricional, podem ser incorporados padrões dietéticos e sensoriais às preparações servidas, além de iniciativas humanizadoras, tais como cozinhas experimentais, investimento em pessoas para atendimento humanizado, resgate do culinário, testes de degustação, ações educativas e comissões com a equipe, além de horários adaptáveis, refeitórios, oficinas culinárias e enquetes de satisfação, para o atendimento às necessidades individuais dos pacientes²⁰.

O estudo concluiu que comer bem no hospital depende do que os pacientes podem ou não comer devido a sua doença, revelando que, possivelmente, não haja identificação da alimentação hospitalar com a sua história alimentar, preferências ou hábitos adquiridos ao longo de sua vida. A situação de internação se apresenta como uma ruptura com o cotidiano e hábitos, fazendo com que os pacientes procurem se adaptar e aceitar as normas para a recuperação da sua saúde. Porém, existe um caminho a ser percorrido, buscando atender as individualidades e conduzir as rotinas hospitalares o mais próximo possível das rotinas do cotidiano doméstico, embora estes também se encontrem em momento de transição. A busca deve ser constante para a adequação do serviço de nutrição ao paciente.

Colaboradores

RL Demário trabalhou em todas as etapas da pesquisa, desde a concepção do projeto e coleta de dados até a elaboração do artigo. AA Sousa orientou todas as etapas da pesquisa, a análise da pesquisa, revisão do texto final, a idealização e elaboração do artigo. RK Salles orientou a análise dos dados e a elaboração do artigo.

Referências

- Golapan C. Dietetics and nutrition: impact of scientific advances and development. *J Am Diet Assoc* 1997; 97(7):737-741.
- Corbeau JP. S'alimenter à l'hôpital: les dimensions caches de la commensalité. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 227-238.
- Poulain JP. *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.
- Santos CRA. A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa. *História: Questões e Debates* 2005; (42):11-31.
- Donini LM, Castellaneta E, Magnano L, Valerii B, De Felice MR, De Bernardini L, Cannella C. The quality of a restaurant service at a geriatric rehabilitation facility. *Ann Ig* 2003; 15(5):583-600.
- Morimoto IMI. *Melhoria da qualidade na unidade de alimentação e nutrição hospitalar: um modelo prático* [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- Stanga Z, Zurfluh Y, Roselli M, Sterchi AB, Tanner B, Knecht G. Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clin Nutr* 2003; 23(3):241-246.
- Wright ORL, Conelly LB, Capra S. Consumer evaluation of hospital foodservice quality: An empirical investigation. *Int J Health Care Qual Assur* 2006; 19(2):181-194.
- Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard CL. Food intake in 1707 hospitalized patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr* 2003; 22(2):115-123.
- Lassen KO, Kruse F, Bjerrum M. Nutritional care of Danish medical inpatients – patients' perspectives. *Scand J Caring Sci* 2005; 19(3):259-267.
- Watters CA, Sorensen J, Fiala A, Wismer W. Exploring patient satisfaction with foodservice through focus groups and meal rounds. *J Am Diet Assoc* 2003; 103(10):1347-1349.
- Gottraux S, Maisonneuve N, Gevaux D, Fonzo-Christe C, Chiki M, Guinot-Bourquin S, Vernet P, Metivier MF, Raguso C, Pichard C. Screening and treatment of malnutrition: European Council Resolution and its potential application in Switzerland. *Rev Med Suisse* 2004; 124(10): 617-23.
- Pérez JIU, Picón CMJ, Benvent EG, Alvarez EM. Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *J Nutr Hosp* 2002; 17(3):139-146.
- Waitzberg DL, Waleska T, Caiaffa MD, Correia ITD. Hospital malnutrition: the Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. *Nutrition* 2001; 17(7/8):553-580.
- Vecina NG, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):825-839.
- Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: resignificação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na Internet] 2007 [acessado 2007 nov 02];15(1)[cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a06.pdf
- Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis; Vozes; 2004. p. 9-29.
- Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
- Sousa AA, Proença RPC. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento em Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares. *Rev. Nutr* 2004; 17(4):425-436.
- Sousa AA, Proença RPC. La gestion des soins nutritionnels dans le secteur hospitalier: une etude comparative Bresil-France. *Rech Soins Infirm* 2005; (83):28-33.
- Poulain JP. Etat des lieux: Comité de Liaison Alimentation Nutrition. In: Ministère de la Santé. *Rapport Ricour. Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de sante*. Paris: Ministère de la Santé; 2002.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
- Garcia RWD. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. *Rev. Nutr* 2006; 19(2):129-144.
- Pena SB, Diogo MJ. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(5):663-669.
- Wosny AM. *A estética dos odores: o sentido do olfato no cuidado de enfermagem hospitalar* [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC; 2001.

Artigo apresentado em 15/08/2008

Aprovado em 25/11/2008

Versão final apresentada em 15/01/2009