

# A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento

## *Hospital diet from the perspective of those involved in its production and planning*

Rosa Wanda Diez GARCIA<sup>1</sup>

### RESUMO

---

#### **Objetivo**

Conhecer as razões objetivas e subjetivas, materiais e simbólicas que fundamentam a atitude das instituições hospitalares frente à alimentação, considerando-as como uma construção social, produto de concepções e práticas de profissionais que, direta ou indiretamente, a determinam e a reproduzem.

#### **Métodos**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa para a qual foram realizadas 32 entrevistas em profundidade, semi-estruturadas, aplicadas aos sujeitos que participam do processo de produção das dietas: cozinheiros, copeiros, nutricionistas, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e diretores clínico e administrativo - e observação de campo em dois hospitais, um público e um privado.

#### **Resultados**

A análise de conteúdo das entrevistas e dos dados de observação de campo foi organizada em duas categorias: aspectos nutricionais desagregados da comida, na qual se constatou a valorização do aspecto nutricional, principalmente em ações de suporte nutricional, em detrimento dos aspectos sensoriais e simbólicos da alimentação hospitalar; e dieta hospitalar, sobre a qual observou-se escassez de informações técnicas e a influência da própria hospitalização nas representações sociais sobre esta, no que diz respeito à condição de controle e disciplina, a pouca autonomia e poder de voz do doente. A importância dada à dieta hospitalar é limitada e a atenção nutricional hospitalar é ainda embrionária.

#### **Conclusão**

São necessários esforços para mudanças na cultura alimentar hospitalar, a fim de constituir uma visão da assistência nutricional hospitalar na qual a dieta hospitalar e a atenção nutricional possam ser parte importante no tratamento do paciente hospitalizado e colaborem com a qualidade da experiência de internação.

**Termos de indexação:** alimentação institucional; desnutrição; dieta; estado nutricional; serviço hospitalar de nutrição.

---

<sup>1</sup> Disciplina de Nutrição e Metabolismo, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. dos Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail:<wanda@fmrp.usp.br>.

## ABSTRACT

### Objective

To know the objective and subjective reasons, material and symbolic, which act as the foundation of the attitude of hospital institutions towards meals, considered as a social construction, a product of the conceptions and practices of professionals who determine and reproduce them directly or indirectly.

### Methods

A qualitative survey was carried out involving 32 intensity, half-structured interviews, applied to individuals participating in the process of producing hospital diets - cooks, maids, nutritionists, doctors (medical), nurses and their auxiliaries and clinical and administrative directors - and field observation in two kinds of hospital, private and public.

### Results

The analysis of the content of the interviews and of the field observation data was organized into two categories: nutritional aspects separate from those of the food - in which a valorization of the nutritional aspect was noted, principally in nutritional support actions, in detriment of the sensory and symbolic aspects of the hospital food; and the hospital diet - in which a lack of technical information about available hospital diets was observed; the actual hospitalization, as referring to the conditions of control and discipline and the limited autonomy and right to speak of the patients, were reflected in their social representation. The importance given to hospital diets is limited and the attention given to nutrition embryonic.

### Conclusion

Attempts must be made to change the hospital food culture in order to install the idea of hospital nutritional assistance in which the hospital diet and attention to nutrition become an important part of the patient's treatment, collaborating with the quality of the hospitalization experience.

**Indexing terms:** institutional feeding; malnutrition; diet; nutritional status; food service hospitalar.

## INTRODUÇÃO

Os hospitais são estruturas complexas e dispendiosas, que têm sido alvo de reflexão para se adequarem a novas demandas. Definida por prover leitos, alimentação e cuidados de enfermagem constantes, circunscritos numa terapia médica, a instituição hospitalar tem por objetivo recuperar a saúde do paciente<sup>1</sup>. A dieta hospitalar é importante por garantir o aporte de nutrientes ao paciente internado e, assim, preservar seu estado nutricional, pelo seu papel co-terapêutico 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<sup>2</sup>, 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.

Apesar da preocupação com o aspecto nutricional do paciente hospitalizado, pouca atenção tem sido dada à alimentação hospitalar<sup>3</sup>. As constatações da incidência de desnutrição intra-hospitalar e de seu impacto na morbidade e mortalidade, em estudos iniciados na década de 70<sup>4-6</sup>, levaram ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de métodos para diagnóstico e tratamento da desnutrição em pacientes hospitalizados. A intensa produção científica sobre o impacto da hospitalização no estado nutricional e sobre suporte nutricional, não se refletiu com a mesma intensidade na preocupação com a alimentação hospitalar. Todavia, a desnutrição ainda é importante nesse meio<sup>7,8</sup> e a alimentação hospitalar deve ser estudada como um dos problemas a serem enfrentados no bojo das ações de atenção nutricional<sup>9,10</sup>.

Em oito estudos realizados nos Estados Unidos, envolvendo 1 347 pacientes hospitalizados

adultos, entre 40% e 55% encontravam-se desnutridos ou em risco para a desnutrição, e 12% estavam severamente desnutridos<sup>11</sup>. A implementação de práticas que avaliem o estado nutricional e o monitorem, durante a internação ou no acompanhamento de pacientes crônicos, passou a ser uma recomendação para a redução de complicações clínicas, mortalidade e custos na internação<sup>12</sup>.

Um estudo multicêntrico desenvolvido no Brasil<sup>13</sup> - o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibanutri) - envolvendo 12 estados, com 4 mil pacientes, revelou 48,1% de desnutrição em pacientes internados e uma progressão durante a internação, chegando a 61,0% quando a permanência no hospital foi maior que 15 dias. Os autores enfocaram a falta de diagnóstico do estado nutricional e de suporte nutricional, assim como de intervenção nutricional específica. Entre os fatores causais atribuídos à desnutrição hospitalar, a alimentação é considerada um fator circunstancial, pelas mudanças alimentares, troca de hábitos e horários alimentares. A intolerância à alimentação hospitalar é mencionada neste estudo como uma condição inquestionável, na medida em que sugere a necessidade de suporte nutricional sem relacionar os motivos pelos quais esse aporte não é coberto pela própria alimentação hospitalar.

Se, por um lado, a dieta hospitalar é resultante de procedimentos técnico-científicos, também é historicamente construída, criada e recriada em função de aspectos econômicos e socioculturais. Pressupor ser a dieta hospitalar produto de concepções e práticas de profissionais que, direta ou indiretamente, a determinam e a reproduzem implica assumir as expressões objetivas de seu caráter subjetivo; buscar nas dinâmicas interpessoais do hospital os reflexos na alimentação do paciente e reconhecer como o teor científico articula-se nas representações sobre dieta hospitalar.

Esse tema foi abordado como uma construção social, a fim de buscar explicações sobre quais seriam as razões objetivas e subjetivas, materiais e simbólicas que fundamentam a atitude

das instituições hospitalares frente à alimentação e, portanto, dos sujeitos envolvidos com a sua produção<sup>14</sup>.

## MÉTODOS

---

O estudo foi realizado nas duas primeiras instituições que aceitaram participar da pesquisa após terem sido contactadas: um hospital público (HPu) e um privado (HPr), ambos no Estado de São Paulo. A abordagem à instituição foi feita pela solicitação de uma reunião sobre a pesquisa com um representante da diretoria do hospital.

Ao propor o estudo em instituições de natureza jurídica distinta, considerou-se a possibilidade da existência de diferenças nas práticas de atendimento derivadas de políticas gerenciais, entre outras que podem afetar a alimentação hospitalar.

A opção pela pesquisa qualitativa visou buscar uma aproximação da referência subjetiva subjacente às manifestações da realidade<sup>15</sup>. Para tal foi utilizada a entrevista em profundidade, semi-estruturada, aplicada aos sujeitos que participavam do processo de produção das dietas hospitalares e observação de campo nas enfermarias das duas instituições. A escolha dos sujeitos entrevistados foi feita pela sua inserção e participação em alguma etapa do planejamento, prescrição, cuidados no oferecimento da refeição ao paciente e produção das dietas hospitalares. Foram entrevistados funcionários do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), do serviço de enfermagem, do serviço médico e da administração hospitalar.

Entre os profissionais vinculados ao SND hospitalar, foram entrevistados os nutricionistas das áreas de produção de refeições (responsáveis por todo o processo de trabalho para produzir refeições) e de clínica (que atua junto ao paciente, no diagnóstico e tratamento do estado nutricional e na execução de competências que envolvem o tratamento dietético); cozinheiros (responsáveis pela preparação da dieta e, portanto, pelo seu sabor e sua aparência); e copeiros (responsáveis

pela distribuição das refeições, fazendo o contato entre o serviço e o paciente).

Outro grupo de entrevistados foram os médicos, por serem os responsáveis pelo paciente e, na maioria das instituições, os que prescrevem a dieta. Deles também partem novas demandas geradas na experiência clínica. Foram incluídos nesse grupo, médicos das clínicas médica e cirúrgica. Foram abordados os critérios para realizar a prescrição alimentar, o manejo de pacientes com problemas ou dificuldades alimentares e nutricionais, entre outros aspectos. O serviço de enfermagem foi representado por enfermeiros e auxiliares de enfermagem e interessou a esta pesquisa abordar a visão desses profissionais sobre a alimentação dos pacientes com os quais têm um convívio mais íntimo. Por seu papel no gerenciamento e planejamento das ações terapêuticas e como mediador entre demandas clínicas e administrativas, foram entrevistados os diretores clínicos e os diretores administrativos, por serem gestores de recursos financeiros e humanos e da estrutura oferecida ao SND.

O contato e o convite para participação no estudo foram feitos pelo pesquisador responsável, inicialmente dirigindo-se aos diretores dos hospitais e, após consentimento, aos demais participantes que aceitaram colaborar com o estudo após assinatura da carta de consentimento livre e esclarecido. Para a participação dos funcionários ligados ao SND o nutricionista da instituição foi quem fez o contato inicial para que eles conversassem com o pesquisador que solicitou sua colaboração. Três funcionários do SND-HPu não quiseram participar. Foram realizadas 32 entrevistas, 19 no HPu e 13 no HPr.

O lócus da produção dos discursos desses funcionários foi na sala do SND, que preservava, no entrevistado, sua vinculação funcional. Os demais funcionários foram entrevistados no próprio local de trabalho, enfermarias, no caso dos médicos e do pessoal da enfermagem, e nas salas das diretorias clínica e administrativa. As 32 entrevistas foram gravadas e transcritas e duraram entre 20 minutos e uma hora e meia. São apresentados (Quadro 1) os sujeitos entrevistados por categoria e a sua identificação numérica.

**Quadro 1.** Entrevistas realizadas nos hospitais público e privado, 2003.

Entrevistados	Número de entrevistados por categoria (identificação numérica do entrevistado)*	
<b>Profissionais do serviço de nutrição e dietética hospitalar</b>		
Copeiros	Hospital público	Hospital privado
Cozinheiros	3 (entrevistas de 1 a 3)	2 (entrevistas de 101 a 102)
Nutricionistas	3 (entrevistas de 4 a 6) 4 (entrevistas de 7 a 10) [3 nutricionistas (7, 9, 10) e 1 coordenadora do SND (8)]	1 (entrevistas de 103) 3 (entrevistas de 104, 105 e 106) [2 nutricionistas (105 e 106) e 1 coordenadora do SND (104)]
<b>Profissionais do serviço de enfermagem</b>		
Auxiliar de enfermagem	1 (entrevista 11)	1 (entrevistada 107)
Enfermeiros	2 (entrevistas 12 a 13)	2 (entrevistadas 108 a 109)
<b>Profissionais do serviço médico</b>		
Médicos	3 (entrevistas 14, 15 e 17) [2 médicos de clínica médica (14 e 15), sendo 1 deles preceptor de residentes (14); e 1 residente da clínica cirúrgica (17)]	2 (entrevistas 110 e 111) [1 médico de clínica médica (110) e 1 de clínica cirúrgica (111)]
<b>Profissionais da administração hospitalar</b>		
Administradores	3 (entrevistas 16, 18 e 19) [1 diretor administrativo (18), 1 diretor clínico nefrologista (16), 1 chefe de coordenadoria (19), intermediário entre o SND e a direção administrativa]	2 (entrevistas 111 e 112) [1 diretor administrativo (113) e 1 diretor clínico ginecologista (112)]
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>13</b>

\* Entre colchetes está a apresentação detalhada das função por categoria profissional, e parêntesis é o número de entrevistas.

As categorias construídas após a transcrição e análise das entrevistas, fundamentadas em Minayo<sup>11</sup> e Lefèvre et al.<sup>16</sup>, orientaram a apresentação dos resultados. Em relação a este último autor, adaptou-se de sua proposta de organização da análise das entrevistas, a construção de categorias como idéias centrais. Contudo, não foi construído um discurso coletivo.

O HPU estudado tinha 180 leitos, com aproximadamente, 80% de ocupação. Havia 5 nutricionistas, um deles encontrava-se afastado no período da pesquisa. O chefe do SND era também nutricionista do setor de produção de refeições, e os demais distribuíam suas atividades entre produção e dietoterapia, incluindo o lactário. O serviço atendia, diariamente, em torno de 120 pacientes e aos funcionários eram servidos cerca de 340 almoços, 60 jantares, 160 ceias e 380 cafés da manhã. No SND trabalhavam 80 funcionários, excluindo os nutricionistas. A relação entre o número de leitos por funcionário do SND era de 2,12 e havia 36 leitos por nutricionista.

No HPR onde se desenvolveu a pesquisa havia 134 leitos, número resultante de uma recente expansão, incluindo os de hospital dia e com ocupação aproximada de 85%. Havia 3 nutricionistas, um do setor de produção, que acumulava a chefia do serviço, e os outros dois da área clínica dando cobertura às enfermarias em horários distintos. O serviço produzia, em média, refeições para 90 pacientes e acompanhantes e, para funcionários, 120 almoços, 40 ceias, 100 cafés da manhã e 60 lanches da tarde. Além dos nutricionistas, o SND dispunha de 37 funcionários, sendo dois do lactário. O número de leitos por funcionário do SND, neste hospital, era de 3,35 e havia 44 leitos por nutricionista.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora as instituições estudadas sejam pública e privada, os resultados evidenciaram muitas características comuns das representações sobre dieta hospitalar presentes nos discursos dos sujeitos entrevistados. As considerações mais

relevantes relacionadas à alimentação hospitalar, resultantes da análise das entrevistas e da observação de campo, são apresentadas no Quadro 2.

Diferenças foram observadas principalmente nas filosofias de trabalho dos serviços de nutrição dos hospitais estudados, impressas pelas políticas de gerenciamento e pelo segmento que atendem enquanto instituições pública e privada. Contudo, a estrutura organizacional de ambas as instituições tem o SND situado no setor administrativo: no HPU há uma coordenadoria técnica e no HPR há um setor operacional, ambos intermediários entre a diretoria administrativa e o SND. Paralelamente a esse, outros serviços, como lavanderia, farmácia e recepção constituem um agrupamento da estrutura hospitalar. A participação em tal conjunto de serviços e o engajamento exclusivamente administrativo explicaram, em parte, as expectativas dos gestores para com o SND, principalmente direcionadas ao fornecimento de refeições.

O SND pode contribuir muito para melhoria da qualidade hospitalar, na visão do administrador do HPR, uma vez que seus usuários exercem pressão, sobretudo no que diz respeito à alimentação, mais acessível que outros aspectos do tratamento médico, difícil de ser avaliado pelo usuário. Era procedimento o paciente avaliar sua permanência no hospital dando nota aos serviços, manifestando-se junto ao setor administrativo em um processo de avaliação do atendimento recebido.

Para o diretor administrativo do HPU, a alimentação hospitalar é estratégica para o paciente - como uma ocasião de alívio e de prazer no contexto de intervenções hospitalares - e para o funcionário - como um benefício para atenuar as tensões do trabalho. O papel da nutrição na recuperação do paciente é referido como parte de um atendimento diferenciado na clínica, todavia é reconhecida a falta de inserção do nutricionista nas equipes multidisciplinares como empecilho para melhoria desse atendimento. Na visão crítica do coordenador técnico do HPU, que

**Quadro 2.** Considerações sobre a alimentação hospitalar resultantes da análise das entrevistas e da observação de campo por categoria profissional, 2003.

Categorias Profissionais	Considerações sobre alimentação hospitalar e assistência nutricional
Administradores	<p>A produção de refeições justifica essencialmente a existência do nutricionista na organização hospitalar e reflete nas demandas apresentadas a este serviço.</p> <p>É reconhecida a falta de inserção do nutricionista nas equipes multidisciplinares.</p> <p>Na estrutura organizacional de ambos os hospitais o SND está situado no setor administrativo, havendo um setor intermediário entre a diretoria administrativa e o SND.</p> <p>No HPr os usuários exercem pressões para melhorias na alimentação.</p> <p>A experiência médica na especialidade molda a visão dos diretores clínicos sobre o papel da nutrição.</p> <p>Valorização dos produtos da indústria farmacêutica para suplementação das dietas hospitalares.</p>
Enfermeiros	<p>A alimentação é vista por seus aspectos nutricionais e pela importância para o aspecto emocional. Há críticas com relação ao SND por ficar distante das necessidades dos doentes. Valorizam o suporte nutricional quando a aceitação da dieta é baixa, diminuindo as dificuldades para o paciente se alimentar.</p>
Médicos	<p>Poucas exigências sobre os aspectos técnico-científicos das dietas hospitalares.</p> <p>Alegaram conhecimento superficial de nutrição e falta de formação na área.</p> <p>Referem que a preocupação com o aspecto nutricional ocorre em pacientes em estado mais crítico.</p> <p>A prescrição dietética é feita mais pelo bom senso e a composição das dietas prescritas muitas vezes é desconhecida.</p>
Nutricionistas	<p>Buscam a autonomia técnica nas ações voltadas para o suporte nutricional.</p> <p>Há uma dicotomia entre os aspectos nutricionais e a alimentação.</p> <p>HPr ocupa mais de dois terços de seu tempo de trabalho com pacientes que recebem alimentação por via enteral.</p> <p>As atividades de assistência nutricional não são registradas em prontuário e a maioria dos atendimentos é por solicitação de interconsulta formal e informal.</p> <p>No HPr as ações do nutricionista são mais aquelas decorrentes da equipe de terapia nutricional direcionadas, principalmente, aos pacientes alimentados por sonda.</p> <p>Não há um local próprio para o desenvolvimento do trabalho do nutricionista nas enfermarias. Há falta de especificação técnica das dietas padronizadas pelos SNDs.</p> <p>Os nutricionistas reclamam da falta de reconhecimento de seu trabalho pela instituição e, sobretudo, pelo médico.</p> <p>Há pouca preocupação com a qualidade sensorial e diversidade de preparações das dietas.</p> <p>Há proibições alimentares aos pacientes sem justificativa técnica. A elaboração de cardápio fica mais a cargo do nutricionista de produção.</p> <p>A degustação das dietas não é uma rotina nos serviços avaliados.</p> <p>Atividades como avaliação do estado nutricional e cálculo de dietas não estão incorporadas nas rotinas do nutricionista, exceto quando solicitadas.</p>
Copeiros	<p>Fazem a mediação das demandas do paciente com os enfermeiros, médicos e nutricionistas. Não reconhecem as competências de assistência nutricional do nutricionista.</p> <p>Sua responsabilidade vai até a entrega da alimentação e o paciente depende da enfermagem para se alimentar, havendo conflitos entre os serviços pela divisão dessa tarefa.</p>
Cozinheiros	<p>Para os cozinheiros a comida do paciente deve ser preparada com menos tempero e predomina a idéia de que ela deva ser "leve".</p> <p>Os aspectos que mais preocupam este profissional são a contaminação alimentar e as dietas especiais.</p>

era um nutricionista mas exercia cargo de gerente administrativo, há necessidade de compromisso dos diferentes profissionais do SND para com o paciente, e a visão restrita dos administradores sobre o potencial desse setor reduz as exigências.

O SND na estrutura hospitalar é um serviço de apoio e a assistência nutricional ainda não é uma prática instituída. A falta de inserção do nutricionista nas equipes multidisciplinares foi mencionada nos dois hospitais, porém não houve

relatos que manifestassem uma reflexão a esse respeito. A falta de conhecimento sobre nutrição foi reconhecida pelos médicos, que afirmaram não ter tido formação nessa área.

A experiência médica na especialidade molda a visão dos diretores clínicos sobre o papel da nutrição. Ambos, apesar de estarem na administração, preservam o contexto de suas experiências como médicos em hospital e em consultório, para análise de questões de âmbito

institucional, e concordam que as melhorias na alimentação hospitalar vieram com o nutricionista que passou a implementar dietas especializadas.

## Aspectos nutricionais desagregados da comida

Na entrevista semi-estruturada, ao fazer uma pergunta, se impõe ao entrevistado pensar a respeito daquela questão. Muitas vezes não existe uma opinião formada, ou o sujeito nunca se deteve para pensar naquele assunto. Convive-se com elementos que fazem parte da realidade sem, necessariamente, ter uma reflexão prévia a respeito<sup>17</sup>. O tema objeto deste trabalho foi particularmente provocador nesse sentido.

Na perspectiva dos diretores dos hospitais estudados, a valorização da alimentação hospitalar ocorreu quando a comida passou a ser vista por seus componentes nutricionais que certificam sua qualidade. Adjetivos atribuídos à dieta hospitalar como “fraca” e “insossa” perderam a credibilidade, segundo eles.

Eu acho que é um tabu. Veja bem, se a dieta tem o aval do nutricionista, se ela é feita de uma forma balanceada, é confeccionada e distribuída adequadamente e tem o número de calorias preconizado, ela não é fraca, se você for ver (diretor clínico do HPU - E16).

A separação do aspecto nutricional se manifestou na organização das áreas de produção de refeições e da atenção nutricional e, por consequência, no tipo de intervenção que valorizava ações cujo enfoque e argumentação era nutricional, em detrimento daquelas que operavam a comida também nas suas expressões hedônica e simbólica. Distanciar-se dos aspectos culinário e hedônico da alimentação e aproximar-se dos técnicos nutricionais parece ser, também, uma opção do nutricionista, indo ao encontro de uma identidade valorizada pelo domínio de tecnologias menos acessíveis ao senso comum, uma vez que a alimentação é um objeto de domínio amplo e disponível.

Se você fala de comida, das panelas, do fogão, não vê a parte que vai desde o aproveitamento até a bioquímica, de você estar direcionando a alimentação para o indivíduo também, não só para o coletivo. Então, às vezes, eles - da equipe - se assustam quando olham uma dimensão diferente da alimentação, mas eles também não têm essa noção (nutricionista do HPU - E8).

O serviço de nutrição, eu acho que o pessoal vê o serviço de alimentação, por via oral, porque todo mundo sabe que ninguém vive sem comida. Então todo mundo tem que comer. O funcionário, se não come, reclama, não trabalha direito e gera confusão e os pacientes não sobrevivem sem a comida. Mas eu acho que ninguém tem idéia da complexidade que é você mexer com nutrição. Entendeu? Não vêem a alimentação específica como parte de um tratamento como a gente vê (nutricionista do HPU - E7).

Segundo Bosi<sup>18</sup>, que se debruçou sobre essa questão, pode-se considerar a busca pela autonomia técnica estratégica por garantir alguma autoridade, sobretudo no ambiente hospitalar, que confronta diferentes profissões com a autoridade hegemônica médica. Adam & Herzlich<sup>19</sup> tratam das atividades mais ou menos valorizadas no meio hospitalar, já que a distinção entre “trabalho pesado” e “trabalho digno” vai ser construída partindo de uma “divisão moral” do trabalho. As atividades domésticas e o cuidado com o corpo, em seus aspectos desagradáveis, seriam os “trabalhos pesados” e os “trabalhos nobres” seriam aqueles que envolvem técnicas de ponta, como os serviços médico e de diagnóstico. O embate por um espaço de reconhecimento profissional tem aproximado o nutricionista da preocupação com o aspecto nutricional, separando-o das ações que envolvem a alimentação no hospital.

A visão dicotômica da comida e de seu conteúdo nutricional adentra as concepções dos profissionais da área hospitalar, sobretudo os de nível superior. Apesar de o contato próximo da enfermagem com o paciente ser propício para

manifestação de suas demandas pessoais, esse profissional manifesta sua dificuldade na lida com a alimentação do paciente, oscilando entre a atenção para as suas necessidades biológicas e emocionais e qualificando a alimentação produzida no hospital por seus atributos nutricionais.

Eu vejo que para os familiares, por exemplo, o fato de não trazer comida para o paciente representa muito mais o aspecto emocional e não o nutricional. Por exemplo, uma sopinha do hospital pode ter um aspecto nutricional bem melhor do que aquela, porém o benefício da que vem de casa vai ser bem maior (enfermeira do HPr – E109).

A preocupação com a palatabilidade da comida era paralela às considerações dietéticas na Idade Média, inclusive, essa combinação era desejável por ser considerada importante para melhorar a digestão<sup>20</sup>. No meio hospitalar a palatabilidade e o princípio dietético estão separados, por participarem de esferas distintas de reconhecimento. As formas e modalidades da alimentação, na manifestação gastronômica, não visam saciar a fome e se projetam como promessa prazerosa escondida além da saciedade<sup>21</sup>. Num ambiente hospitalar, regulador e disciplinado, tal manifestação é antagônica, ela negaria princípios de controle peculiares a essas instituições. Por outro lado, o nutricionista quer identificar-se com o profissional que representa o domínio da ciência e assim valoriza o aspecto nutricional de seu objeto, que é o mais valorizado nesse meio. Elaborar cardápios e preparações, tarefa atribuída ao nutricionista da área de produção de refeições, exige criatividade e domínio de um repertório culinário do qual o nutricionista de clínica deseja distanciar-se, afastando-se de sua identificação como profissional da cozinha hospitalar.

Na prática do nutricionista, foi observado que o aspecto técnico-nutricional não se mesclava com a alimentação e suas propriedades subjetivas e sensoriais. Havia um esforço para essa separação. O nutricionista de produção precisa atender, sobretudo, o apelo sensorial da alimentação produzida; o de clínica se afasta dessa faceta para se aproximar da outra. Talvez esse conflito

explique o enaltecimento e à adesão ao suporte nutricional, sobretudo na modalidade de alimentação por sonda nessas instituições, justificada exclusivamente pela sua eficácia nutricional e, de outro lado, sem um investimento paralelo na alimentação hospitalar. Predominou, nessas situações, o caráter medicalizante, a sujeição do paciente - condição que atribui poder (desejado) ao que impõe a sujeição.

O nutricionista faz a avaliação, vê, analisa o caso. Faz a avaliação para ver o que está acontecendo e faz a modificação que precisar. Até se precisar entrar com suporte, que é assim, se por boca não vai passar a alimentação suficiente, precisa entrar com o suporte nutricional. Então a gente fala para o médico pedir para passar uma sonda, ai ele prescreve a sonda e a enfermagem já vai lá e passa (nutricionista do HPU – E7).

Está em discussão no momento, na equipe de terapia nutricional, a nutrição enteral precoce. A importância que isso tem, seja no pré-operatório, para evitar que a situação chegue... Esse serviço está em falta na equipe de terapia nutricional no momento. É preciso dar uma melhor assistência ao paciente, ao invés de esperar que chegue num quadro grave para depois iniciar o suporte nutricional. Para isso até está sendo feito um protocolo, não está pronto ainda, desse risco nutricional. Na verdade, o protocolo que a gente tem da equipe de terapia nutricional é mais voltado para iniciar já um suporte nutricional, mas no caso do paciente em risco, como a gente faz isso?! (nutricionista do HPr – E105).

Ao questionar quais as queixas dos pacientes que recebem alimentação por via enteral, as respostas convergiram para a falta de reclamação, justificada pelo reconhecimento da necessidade da intervenção por parte do paciente, ou pela incapacidade de manifestação daqueles mais graves.

O nutricionista que fazia parte da equipe de terapia nutricional do HPr ocupava mais de



dois terços de seu tempo de trabalho com pacientes que recebiam alimentação por via enteral, os quais, na maioria das vezes, segundo os depoimentos dos nutricionistas, não recebiam alimentação por via oral. Inclusive, a introdução precoce da nutrição enteral foi mencionada por médicos e nutricionistas dos dois hospitais como uma meta e um avanço para a melhoria da atenção nutricional, sem, em contrapartida, ter sido observada qualquer manifestação crítica sobre a cobertura nutricional da alimentação hospitalar. Pacientes com alimentação por essa via recebiam mais atenção do nutricionista do que aqueles com alimentação por via oral, por serem considerados de maior risco. Os avanços e as vantagens do suporte nutricional o tornam um recurso terapêutico de extrema importância, mas não se observou um investimento dos SNDs na qualificação nutricional das dietas oferecidas como um recurso terapêutico também.

Frente a essa priorização do aspecto nutricional, se esperaria maior empenho no desenvolvimento daquelas atribuições do nutricionista que se ajustam a esse perfil, na execução de procedimentos como avaliação nutricional dos pacientes internados, manejo do consumo de nutrientes, cálculo de dietas, entre outros. Todavia, não foi essa a prática predominante observada nas duas instituições estudadas. Se por um lado valoriza-se o enfoque nutricional das intervenções, por outro há falta de registro sistemático das ações nutricionais (estado nutricional do paciente, consumo energético e de nutrientes, entre outras) em prontuário, e os demais profissionais de convívio nas enfermarias, como os da enfermagem e os copeiros, não reconhecem as competências de assistência nutricional do nutricionista.

No HPr as ações do nutricionista eram mais voltadas à sua participação na equipe de terapia nutricional e se relacionavam, principalmente, aos pacientes alimentados por sonda e ao gerenciamento de problemas que surgiam no seu dia-a-dia.

Muitas podem ser as explicações para essa aparente incoerência. A formação do nutricionista

não o instrumenta com suficiência para o desempenho de suas competências e tampouco possibilita a construção de autonomia técnica de seu trabalho, conforme argumentação de Bosi<sup>14</sup> para explicar a falta de qualificação de suas tarefas na instituição hospitalar. A rejeição de características da profissão que aproximem o nutricionista da cozinha e do cozinheiro e a falta de repertório técnico para circular no ambiente das enfermarias e partilhar responsabilidades - partilha essa a ser construída no embate diário com outros profissionais e, sobretudo, com o médico - acabam por facilitar a acomodação desse profissional na burocracia, no espaço do serviço sobre o qual ele tem o pleno domínio.

O lócus de trabalho do nutricionista de clínica nos hospitais estudados, e que representa o que normalmente ocorre em outros hospitais, é uma sala próxima à área de produção de refeições, não havendo um local próprio para o desenvolvimento de seu trabalho nas enfermarias. Isso dificulta o acesso ao paciente e a integração de suas ações junto a outros profissionais, e as tarefas mais administrativas são facilitadas por ele se manter mais tempo no SND. Tal situação, por outro lado, não propicia articulação entre os problemas de enfermagem e a cozinha hospitalar.

Pode-se afirmar, desse modo, que o SND responde prioritariamente pela expectativa que a instituição tem dele, predominantemente fornecedor de refeições. Para Berger & Luckman<sup>10</sup>, a instituição tipifica desempenhos que estão inter-relacionados e têm finalidades específicas. Se os procedimentos transcendem essa tipificação, terão sua alocação dificultada. O atendimento do paciente não está no âmbito das ações esperadas, o que pode ser um empecilho para o engajamento do nutricionista de clínica na equipe multiprofissional que trata diretamente do paciente. Seus esforços poderiam ser direcionados a uma participação mais efetiva na equipe de saúde.

## **A dieta hospitalar**

Como produto de uma construção social, a dieta hospitalar é representada institu-

cionalmente, expressa e vivenciada em diferentes perspectivas. Nas ações que a envolvem, há um corpo comum de concepções que tipificam suas representações.

O repertório de dietas dos dois hospitais foi semelhante. Dietas de progressão eram aquelas que tinham alteração na consistência dos alimentos, e as especiais, voltadas para situações clínicas que exigiam mudança na composição química. Eram dietas denominadas de progressão: a geral, branda, pastosa, leve ou líquida pastosa e líquida. As dietas especiais usuais eram: dieta para diabético, hipossódica, hipogordurosa, obstipante, laxante, para úlcera, para nefropatia, para hepatopatia e com restrição hídrica. A terminologia usada nas duas instituições foi a mesma. Apesar da existência de dietas com aumento ou restrição de certos nutrientes, não havia quantificação dos mesmos em todas as dietas especiais.

Tal como estavam apresentadas as dietas padronizadas, generalizando condições clínicas, como nefropatia e hepatopatia, e mesclando com termos que se referem à composição química, como dieta hipogordurosa e hipossódica, remetem a uma discussão sobre a funcionalidade desse padrão de organização de dietas, sua atualidade e fundamentação teórica.

Apesar de os hospitais estudados terem uma padronização de dietas, elas consistiam na descrição geral de alimentos e preparações permitidos ou excluídos, sem, todavia, uma documentação com as características física e química de seus componentes, usos e indicações, fundamentados por referências bibliográficas, entre outros. A terminologia para identificar as diferentes dietas usadas pelas instituições era incorporada pelo seu uso corrente no cotidiano hospitalar.

Ambos os hospitais não dispunham de um manual de dietas pronto, mas consideravam essa uma pendência importante. As dietas existentes derivavam de gestões anteriores, e as modificações sofridas ao longo do tempo se inspiraram em manuais publicados e em outros hospitais.

Foi surpreendente a falta de registro das características nutricionais das dietas, pois trata-

-se do repertório de produtos oferecidos por um SND e utilizado pelos diferentes profissionais. Nem a equipe demandou informações mais específicas sobre as dietas hospitalares, apesar de considerar importantes seus atributos nutricionais, e nem o nutricionista difundiu a qualificação nutricional, que poderia, inclusive, ser um canal de valorização profissional, reclamado por ele.

O predomínio de uma visão empírica do objeto comida poderia explicar a falta de produção técnico-científica relacionada à alimentação hospitalar. São a complexidade e a qualificação da tarefa que aportam a autoridade e os domínios do médico, segundo análise que Bosi<sup>14</sup> faz para explicar diferenças entre as atribuições do nutricionista e do médico, tendo este último como referência por sua autonomia técnica.

Boog<sup>22</sup> identificou dificuldades enfrentadas por médicos e enfermeiros para orientar o paciente acerca da alimentação, constatando falta de embasamento teórico para analisar problemas alimentares decorrentes da falta de conhecimento sobre o assunto, pouco abordado na formação profissional. A terminologia usada para qualificar as dietas hospitalares é absorvida, pelos atores da instituição, mais como uma rotulagem do que propriamente pelo conhecimento que se tem de cada uma delas.

De uma maneira geral, o paciente chega e a gente prescreve a dieta geral ou hipossódica mas, sempre quando precisa de alguma coisa mais específica, nós precisamos perguntar, porque a gente não tem muita noção nem do que tem na dieta. Às vezes você fica na dúvida sobre o que terá nessa dieta para hepatopata. Será que o paciente pode comer mesmo isso? Será que ele vai conseguir? Às vezes se questiona algumas coisas assim. O que é que a gente pode oferecer, por exemplo. A gente não tem o hábito de perguntar. A gente diz, é tuberculoso, prescreve-se dieta hiperclorídica e hiperproteica, mas o que é que tem essa dieta? (médico clínico geral do HPU – E14).

A superficialidade com que é apresentado o repertório de dietas reflete, por outro lado, um nível de exigência científica sobre o assunto aquém do esperado por parte do SND e dos demais setores.

O acervo bibliográfico usualmente consultado pelos nutricionistas consistia em livros-texto, na maioria das vezes, de propriedade deles. No SND do HPr havia conexão com a Internet, mas não era utilizada de rotina para busca de material científico. O SND do HPu tinha um pequeno acervo de livros adquiridos pelo próprio hospital. Os laboratórios da indústria farmacêutica, que oferecem produtos para suporte nutricional, também foram citados como fonte de informação para os nutricionistas.

Nas duas instituições houve queixa do nutricionista sobre a falta de reconhecimento de seu trabalho pela instituição e, sobretudo, pelo médico. Tal queixa foi mais premente no discurso do nutricionista de clínica, que tem a enfermaria como território de trabalho, dividida com enfermeiros e médicos. Nas organizações hospitalares os médicos materializam a própria identidade da organização e tensões entre categorias são inerentes a elas<sup>23</sup>. Em estudo sobre interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares, esses autores assinalam a autonomia médica, fundamentada no monopólio legítimo de um tipo de conhecimento, como condição para impedir que outros grupos da organização possam exercer controle ou ingerência sobre sua atuação profissional, mesmo entre seus pares. Outros profissionais, como enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, etc., têm dificuldades de afirmação de um campo de autonomia no interior das organizações de saúde, sendo a falta de relações igualitárias entre esses profissionais e os médicos a regra nas organizações hospitalares.

A falta de adjetivação da alimentação hospitalar pelo seu conteúdo científico pode explicar a falta de interesse e de atenção que essa prática recebeu dessas organizações. Não se observou, nos serviços de alimentação estudados, a preocupação em fundir atributos sensoriais com propriedades científicas da

alimentação fornecida pelo hospital. Mesmo as dietas especiais foram mais valorizadas pelos diferentes profissionais por aquilo que remetia ao controle - da doença e do doente - do que propriamente pela possibilidade de satisfação do paciente.

O interesse e os diversos movimentos pela qualidade gastronômica da alimentação em hospitais, sob a égide da hotelaria hospitalar, muda o foco, mas incorre no mesmo viés por não integrar tal conjunto de elementos: o gosto com os princípios nutricionais e os valores simbólicos da comida, em sintonia e direcionados para a assistência nutricional ao paciente hospitalizado.

Nas representações sobre a dieta hospitalar, a idéia de alimentação diferenciada, pelo controle e cuidado, está intrinsecamente associada à disciplina, privação, preocupação com a higiene, justificadas pelo discurso técnico-científico. Um mosaico de representações que configuram a dieta hospitalar expõe elementos, como relações de poder, situações de sujeição, entre outros.

Sousa<sup>24</sup> comenta a ausência de preocupação com a culinária por parte dos hospitais, apesar de os profissionais de saúde a apreciarem no plano pessoal. Se os profissionais que cuidam dos pacientes gostam de desfrutar de uma boa comida, por que essa situação não se reverte para as instituições em que atuam e por que não se considera sua importância no cuidado ao paciente? No relato abaixo, um médico coloca questões relevantes sobre a sua alimentação, mas não utiliza os mesmos critérios ao falar do paciente.

Mas é fundamental a importância da nutrição. É a primeira coisa que a gente coloca na prescrição. Em termos de custo eu não sei te dizer. Agora, nós comemos aqui no refeitório. Estávamos aqui discutindo isso hoje de manhã. Eu acho que os médicos deviam ter mais coisas para comer, mais variedade, condições de alimentação um pouco melhor. Não está ruim, porque tem o almoço, o café da manhã e o jantar. É pouco e não dá para gente deixar de comer em casa para comer aqui [...]. Acho que o cardápio não deveria ser todo dia arroz, feijão, uma carne e

uma salada e uma fruta. Deveria ser duas carnes, ou então três frutas, ou então uma carne vermelha outra branca (médico residente de clínica cirúrgica - E17).

Questionado sobre essa mesma necessidade, a de diversificar as opções, mas aplicando-a ao paciente, a argumentação foi modificada.

Olha, desde que respeitando a dieta que está prescrita para ele, tudo bem. Por exemplo, o paciente está com dieta líquida e quer tomar iogurte, se não tiver nenhuma restrição à gordura, por mim tudo bem, desde que não fuja daquilo que está pedindo para ele, eu acho que poderia. Agora, se é viável, eu acho que vai aumentar muito custo e vai precisar de um profissional a mais para perguntar o que ele quer e, a questão de preparo, eu não sei como seria isso (médico residente de clínica cirúrgica do Hpu - E17).

No hospital o paciente não espera comer bem, faz parte das proibições ao doente o controle alimentar. Nessa condição, a “sopa” resume os adjetivos das representações sobre a dieta hospitalar, leve, fraca, comida de doente<sup>25</sup>. Um procedimento comum nos hospitais, fundamentado no estado geral do paciente, é prescrever dieta líquida ou de outro tipo, mas cuja preparação principal, nas grandes refeições, é a sopa. Todavia, a prescrição da dieta parece ter uma importância secundária e, como foi observado, é um tópico do tratamento que muitas vezes só é reavaliado após queixas do doente.

Daqui uns dias está a velhinha dizendo: doutor, eu não agüento mais tomar sopa, pelo amor de Deus, me libera. Então você pensa, eu devia ter providenciado alguma coisa (médico da clínica médica do Hpu - E14).

Poderíamos explicar o uso freqüente das sopas, em hospitais nos remetendo a causas históricas - a sopa era refeição típica de instituições hospitalares e sanatórios - como trata Maes<sup>21</sup>. Mas é de nosso maior interesse ressaltar, aqui, como as representações estão impregnadas nas condutas, teoricamente de cunho técnico.

A prevenção da desnutrição hospitalar deveria iniciar com procedimentos que evitassem a escassez de nutrientes ao paciente, por meio da alimentação. Hoje já estão bem estabelecidos indicadores de diagnóstico do estado nutricional e também evoluíram muito os estudos de impacto da intervenção nutricional, sobretudo por via enteral e parenteral, mas ainda é pouco documentado como as mudanças na qualidade da alimentação têm impacto na redução da desnutrição hospitalar e na melhoria da experiência com a internação. Deve-se prevenir a desnutrição hospitalar pela garantia de uma alimentação adequada e de um padrão de assistência individualizado naqueles mais vulneráveis.

McWhirter & Pennington<sup>26</sup> compararam os efeitos de suplementos nutricionais, orais e por sonda nasogástrica noturna, no estado nutricional de pacientes desnutridos hospitalizados, e determinaram a influência dessas suplementações no consumo alimentar. Foi demonstrado que sem a suplementação nutricional os pacientes perderam peso. O ganho de peso foi conseguido por 64% dos pacientes suplementados, enquanto 73% dos controles perderam peso. Ademais, os dois métodos de suplementação foram bem tolerados e o consumo da dieta oral não foi afetado. A suplementação por sonda nasogástrica foi o método de suporte nutricional mais caro, mas pode ser eficiente em pequenos grupos de pacientes anoréticos e, para a maioria dos pacientes desnutridos, a suplementação oral é apropriada para ser usada como primeira linha do tratamento. Cabe observar que os autores mencionam os benefícios de alimentar pacientes hospitalizados com seus alimentos favoritos, para facilitar o retorno espontâneo do apetite e o aumento da ingestão alimentar, com conseqüente melhora das condições clínicas.

O atendimento nutricional a ser oferecido por uma instituição deve, por meio da alimentação, amenizar o sofrimento da doença e da internação, reduzir a incidência de deficiências nutricionais, por ser fator de aumento de complicações e de mortalidade, identificar oportunamente pacientes candidatos a receberem um apoio nutricional especializado e individual e oferecer

um leque de dietas de composição normal e especial, além de preparações que possam cumprir objetivos nutricionais específicos. A implementação do suporte nutricional por via oral, diversificando o leque de preparações e alimentos para esse fim, certamente é uma estratégia para garantir a melhora nutricional do paciente por meio de uma atenção que leve em conta os referenciais alimentares do mesmo. Avaliar como ele está se alimentando pode, inclusive, ser um indicador de seu estado geral, e pode orientar a necessidade de mudanças na alimentação.

Têm uns pacientes que preferem sopa, mas a maioria come só quando está bem debilitado (copeira do HPu).

Isso eu observo muito, sabe! Você está dando uma dieta leve para o paciente e de repente, ele pede para você mandar uma comida mais fortinha. Isso é um dado importante, que denota uma melhora clínica, às vezes, do doente (diretor clínico e nefrologista do HPu – E16)

A importância em conhecer quais são as representações sobre a dieta hospitalar do cozinheiro é, justamente, por seus reflexos na produção de refeições. Utilizando como padrão de referência a comida de casa, também por seus atributos simbólicos, os cozinheiros percebiam a comida para os pacientes como sendo diferente, principalmente no tempero, elemento essencial para dar gosto às preparações. A idéia de comida “leve” representa a escassez de tempero, controle necessário para a condição do internado na visão dos vários profissionais.

O cuidado com a comida do paciente é maior, tem menos gordura. Não que seja diferente, é uma coisa mais especificada, mais cuidadosa de se fazer. Só muda o sal, o tempero, algumas coisas assim (cozinheiro do HPr – E103).

Comida de hospital é para paciente. Eu acho que tem que ser assim mesmo, leve e com pouco tempero (cozinheiro do HPu – E6).

Os pacientes reclamam muito aqui, mas eu acho que eles têm uma boa dieta, com pouco sal. Eles querem comer o que eles

comem em casa. Eles se queixam de pouco sal, de que não tem tempero. Mas eu não vejo a comida assim. Eles gostam, mas reclamam do tempero (enfermeira do HPu – E11).

A preocupação com a contaminação e a preparação das dietas especiais, as quais exigem procedimentos diferenciados, são os aspectos técnicos com os quais os funcionários da cozinha mais se preocupam.

Os cozinheiros reconheciam, basicamente, duas dietas especiais, a hipossódica e a hipogordurosa, pois requerem procedimentos de preparo distintos pela supressão de ingredientes fundamentais. Esse é o elemento essencial, não apenas para dar gosto às preparações, mas também para tipificar as dietas. Em ambos os hospitais havia falta de padronização de receitas, favorecendo a influência das representações dos cozinheiros sobre dieta hospitalar.

Apesar dessas representações sobre a dieta hospitalar, as mudanças ao longo do tempo são percebidas como benéficas e atribuídas à presença do nutricionista no hospital.

O que a gente nota é que a dieta do hospital é famosa, famosa por ser fraca. Todos os pacientes reclamam que a dieta é fraca. Se você dá sopa, eles reclamam que a sopa é fraca, ele querem uma comida mais sólida. Se você der uma comida sólida, eles reclamam porque ela é bem insossa, não tem tempero, não tem sal, que a comida do hospital geralmente não é saborosa. Isso já ocorreu no passado, nos últimos anos, com o incremento dos nutricionistas dentro do hospital, isso não acontece mais (diretor clínico e nefrologista do HPu – E 16).

Dietas especiais, como as hiperprotéicas e hipercalóricas, atingem o referido acréscimo com suplementos industrializados, tidos como diferencial de qualidade do serviço, mas não se conhece precisamente o aporte energético e protéico oferecido ao longo do dia, considerando todas as refeições.

Então, para nós aqui do hospital particular, aquela história de colocar ovo na dieta para fazer uma suplementação, não existe mais. Entra tudo com a linha de dieta industrializada (nutricionista chefe do SND do HPr - E104).

O alimento é considerado um suplemento de categoria inferior em relação ao suplemento industrializado, considerado mais prático e mais fácil de ser, consumido na perspectiva dos nutricionistas de produção de ambos os hospitais estudados. O suplemento foi considerado como um recurso diferenciado. Em ambos os hospitais observa-se a deferência que tais produtos agregam ao serviço e em nenhum deles se produz suplementos com alimentos convencionais. No HPr, a dieta industrializada é adquirida pela farmácia, permitindo sua cobertura financeira pelo convênio.

As instituições estudadas não servem carne de porco, restrição justificada ora pelo risco de contaminação alimentar ser mais alto, ora por ser mais uma prática de longa data no hospital, ora por reconhecer ser uma espécie de tabu. A falta de padronização das porções também é problema comum desses hospitais, já que suas variações dependem do funcionário que serve a alimentação.

As diferenças observadas entre as representações da dieta hospitalar no HPu e no HPr foram, principalmente, nas demandas por parte dos pacientes e na maior preocupação dos funcionários em atender bem o paciente.

A elaboração de cardápio é uma atividade encampada, principalmente, pelo setor de produção de refeições, mais valorizada pelo HPr, sobretudo pelo nutricionista de produção, mas de menor importância para os que atuam na clínica. A monotonia no cardápio foi referida como um problema pelo nutricionista do HPu, cujo relato ilustra também uma forma passiva de lidar com as próprias competências.

Eu acho que a gente tem condição de fazer um cardápio melhor para dietoterapia. Antes de abrir a bandeja o paciente fala assim: já sei o que vem hoje, é aquela carne em tirinhas e cenoura

refogada. Aí, ele abre a bandeja e encontra isso mesmo (nutricionista do HPu – E7).

A degustação é outra competência que não fazia parte das rotinas dos SNDs estudados. Mesmo no HPr onde o serviço inclui a qualidade da alimentação, na perspectiva da hotelaria, e o nutricionista de produção reconhece a importância dessa tarefa, a degustação da comida é delegada ao cozinheiro ou ao chefe de cozinha.

Bosi<sup>14</sup> observa, entre nutricionistas da área clínica, uma disparidade entre o que os profissionais se atribuem como competências e sua prática, desempenhada por tarefas pouco qualificadas e aquém das atribuições regulamentadas pela lei. A diversidade de tarefas desenvolvidas e pouco específicas inviabiliza a essência do trabalho de dietoterapia. Para a autora, a formação é uma das bases do problema, além de aspectos organizacionais que impõem limites, hierarquias e ritmos. Mas permanece a pergunta sobre as causas do distanciamento de tarefas específicas do nutricionista e a “sobrecarga de trabalho” com atividades não qualificadas.

Um estudo comparativo sobre gestão dos cuidados nutricionais, entre duas instituições hospitalares, uma francesa e outra brasileira, observou, nas atividades do nutricionista, fragmentação de suas ações, produzida por diferentes interlocutores e pela imprevisibilidade ligada ao processo de produção de refeições. Utilizando-se de mapas cognitivos para estudar a situação de trabalho na percepção do próprio profissional, revelou mais dificuldade nas ações de cuidado nutricional na instituição brasileira<sup>20</sup>. A complexidade do trabalho, determinada pela fragmentação e diversidade de demandas, dificulta as ações de assistência nutricional na área clínica. Por outro lado, as demandas do SND são aquelas que compõem o rol de ações esperadas e que tipificam e justificam o SND. Nas instituições, as ações são compartilhadas, acessíveis aos membros do grupo, de modo que a consciência é explicitada pelo pragmático, voltada para aquilo que se está fazendo<sup>10</sup>, constituindo, assim, um perfil de tarefas no qual a assistência nutricional não está consolidada.

O motivo da existência desse serviço é fornecer refeições para a instituição. O cuidado nutricional como desempenho de responsabilidade do SND precisa ser legitimado pelo reconhecimento institucional. Será condição, para isso, a identificação simultânea de outras habilidades e competências por parte dos participantes de diferentes processos sociais<sup>10</sup>. Analisando os determinantes das prioridades das tarefas do SND, recorrendo à perspectiva desses autores, diríamos estar em curso tal processo de legitimação, uma vez que se observa, nos discursos de diferentes segmentos, o reconhecimento da assistência nutricional como tarefa do nutricionista. Todavia, a falta de clareza dos procedimentos envolvidos, o embate para dividir a responsabilidade do cuidado ao paciente e o embotamento do nutricionista - tão bem assinalado por Bosi<sup>14</sup> - tornam essa hipótese sobre o curso da legitimação da assistência nutricional, como competência do SND, uma possibilidade ainda embrionária.

Maes<sup>21</sup> refere-se às mudanças ocorridas nas instituições hospitalares francesas, após uma lei dos anos 40 que passou a reivindicar um tratamento diferenciado ao doente, devendo ser tratado como um hóspede privilegiado. A revalorização da alimentação hospitalar como parte importante dos procedimentos com o paciente hospitalizado inclui, em seus métodos de qualidade, os aspectos nutricionais, higiênicos, psicossensoriais e simbólicos<sup>20</sup>. A qualidade psicossensorial da alimentação foi constantemente cobrada e avaliada pelos funcionários que usufruíam da alimentação hospitalar no HPu e no HPr e pelos pacientes do HPr, principalmente os pacientes particulares. Contudo, nos relatos dos nutricionistas de clínica, a preocupação com a qualidade sensorial não foi manifestada.

Corbeau<sup>27</sup>, ao abordar as dimensões ocultas da comensalidade no contexto hospitalar, expõe dificuldades na construção da dimensão simbólica positiva da alimentação pelo desconhecimento da procedência dos alimentos e daqueles que preparam a alimentação, pela textura e aparência atípicas, pelo agregamento de um

conjunto de pacientes sem, muitas vezes, identidade social e familiaridade. Na internação há uma série de procedimentos que privam o paciente dos símbolos de sua identidade. A construção de novos valores para a dieta hospitalar pode ser produto de uma política institucional que mude a relação com o doente e com as representações sociais da hospitalização. A dieta hospitalar precisa ser conceitualmente reformulada e valorizada, para que os profissionais envolvidos a entendam pelo amplo caráter de seu benefício.

## CONCLUSÃO

O que se observou espelha o modo de convívio com a dieta hospitalar, mas não necessariamente uma reflexão sobre ela. As representações envolvidas na dieta hospitalar refletem, de um lado, o caráter da hospitalização no que diz respeito à condição de controle e disciplina, da pouca autonomia e poder de voz do doente e, de outro, uma importância limitada da dieta hospitalar por parte dos atores que participam, efetivamente, do atendimento e do gerenciamento hospitalar. Apontam, também, as condições ainda embrionárias da atenção nutricional hospitalar. A dicotomia entre dieta e comida manifesta a ruptura entre o prazer, o gosto e o aspecto nutricional, de modo a predominar a qualificação positiva da dieta por seu papel no atendimento às demandas biológicas que tampouco são efetivas na prática, sobretudo quando se trata de alimentação via oral.

É necessário investir esforços na mudança da cultura alimentar hospitalar, para que a dieta hospitalar e a atenção nutricional possam ser parte importante no tratamento do paciente hospitalizado.

## AGRADECIMENTOS

Às alunas Ana Paula Bidutte Cortez e Marina Fior Frias Thomaz pela transcrição das entrevistas gravadas.

## REFERÊNCIAS

1. McKee M, Healy J. The significance of hospital: an introduction. In: McKee M, Healy J, editores. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press; 2002. p.3-13.
2. Poulain JP, Saint-Sevin B. *La Restauration Hospitalière. Des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration*. Paris: Editions Cristal; 1990.
3. Kandela P. Hospital food. *Lancet*. 1999; 353(9154): 763.
4. Bollet JB, Owens S. Evaluation of nutritional status of selected hospitalized patients. *Am J Clin Nutr*. 1973; 26(9):931-8.
5. Bristian BR, Blackburn GL, Hallowell E, Heddle R. Protein status of general surgical patients. *JAMA*. 1974; 230(6):858-60
6. Correia MITD, Waitzberg D. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr*. 2003; 22(3):235-9
7. Kruijenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *Am J Clin Nutr*. 2005; 82(5):1082-9.
8. van Bokhorst-de van der Schueren MA, Klinkenberg M, Thijs A. Profile of the malnourished patient. *Eur J Clin Nutr*. 2005; 59(10):1129-35.
9. Lassen KO, Kruse F, Bjerrum M. Nutritional care of Danish medical inpatients-patients' perspectives. *Scand J Caring Sci*. 2005; 19(3):259-67.
10. Dickinson A, Welch C, Ager L, Costar A. Hospital mealtimes: action research for change? *Proc Nutr Soc*. 2005; 64(3):269-75.
11. Gallagher-Allred CR, Voss AC, Finn SC, McCamish MA. Malnutrition and clinical outcomes: the case for medical nutrition therapy. *J Am Diet Assoc*. 1996; (4):361-6, 369.
12. McMahon K, Decker G, Ottery FD. Integrating proactive nutritional assessment in clinical practices to prevent complications and cost. *Semin Oncol*. 1998; 25(2 Suppl 6):20-7.
13. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001; 17(7-8):573-80.
14. Berger PL, Luckmann T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1999.
16. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. *O discurso do sujeito coletivo*. Caxias do Sul: Educ; 1999.
17. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(1):63-74.
18. Bosi MLM. *Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão*. São Paulo: Hucitec; 1996.
19. Adam P, Herzlich C. O hospital como organização e lugar de produção do trabalho médico. In: Adam P, Herzlich C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: Edusc; 1996. p.105-20.
20. Flandrin JL, Montanari M. Da dietética à gastronomia, ou a libertação da gula. In: Flandrin JL, Montanari M. *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade; 1998. p.667-88.
21. Poulain JP. A sociologia da gastronomia francesa. In: Poulain JP. *Sociologias da alimentação*. Florianópolis: UFSC; 2004. p.223-42.
22. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr*. 1999; 12(3):261-72.
23. Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1229-41.
24. Sousa AA, Proença, RPC. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. *Rev Nutr*. 2004; 17(4):425-36.
25. Maes G. La soupe à l'hôpital. Témoignage. In: *Assistance Publique: Hôpitaux Paris, L'appétit vient en mangeant! Histoire de l'alimentation à l'hôpital. XV – XX siècle*. Paris: Edoïn Editeurs e Musée de l'Assistance Publique; 1998. p.83-100.
26. McWhirter JP, Pennington CR. A Comparison between oral and nasogastric nutritional supplements in malnourished patients. *Nutrition*. 1996; 12(7-8):502-6.
27. Corbeau JP. S'alimenter à l'hôpital: les dimensions caches de la commensalité. In: *Assistance Publique: Hôpitaux Paris, L'appétit vient en mangeant! Histoire de l'alimentation à l'hôpital. XV – XX siècle*. Paris: Edoïn Editeurs e Musée de l'Assistance Publique; 1998. p.101-14.

Recebido em: 18/7/2005

Versão final reapresentada em: 12/12/2005

Aprovado em: 19/12/2005