

Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade científica

Hospital food: proposals for qualification of the Food and Nutrition Service, evaluated by the scientific community

Rosa Wanda Diez-Garcia ¹
Marina Padilha ¹
Maísa Sanches ¹

Abstract *The scope of this paper is to validate proposals used to qualify hospital food by the Brazilian scientific community. An electronic questionnaire was applied to clinical nutrition professionals registered on the Lattes Platform (Brazilian database of institutions and researchers' curricula in the areas of Science and Technology). The questionnaire incorporated a Likert scale and had spaces for comments. The themes dealt with patient participation, the nutritional and sensory quality of hospital diets, and planning and goals of the Hospital Food and Nutrition Service (HFNS). The questionnaire also asked for the top five priorities for a HFNS. Proposals with total or partial adherence equal to or greater than 70% were considered to be approved. All proposals had total adherence equal to or greater than 70%. The proposal that had minimal adherence (70%) was the one that proposed that nutritional intervention must be arranged by mutual agreement with the patient. The proposal that had maximal adherence (93%) was the one advocating that there must be statistical control on diets prescribed by the HFNS. The most cited priorities referred to infrastructure and training of human resources (40%), the quality of hospital food (27%) and the nutritional status of the patient.*

Key words *Hospital food, Hospital food service, Hospital nutritional care*

Resumo *Objetivo: validar proposições para qualificar a alimentação hospitalar pela comunidade científica brasileira. Materiais e Métodos: aplicou-se um questionário eletrônico a profissionais da área de nutrição clínica, cadastrados na Plataforma Lattes, base de dados brasileira de currículos de pesquisadores e instituições, das áreas de Ciência e Tecnologia. O questionário era acompanhado por uma escala Likert, com espaços para argumentações. Os temas abrangiam a participação do paciente, a qualidade nutricional e sensorial das dietas hospitalares e o planejamento e metas do Serviço de Alimentação e Nutrição Hospitalar (SANH). Também foram solicitadas as cinco prioridades para um SANH. Foi considerada aprovada a proposição com concordância total ou parcial maior ou igual a 70%. Resultados: todas as proposições obtiveram concordância total igual ou maior que 70%. Houve adesão mínima de 70% na proposição que considera que a intervenção nutricional deve ser realizada em comum acordo com o paciente, e máxima de 93% sobre a necessidade de controles estatísticos de dietas prescritas pelo SANH. As prioridades mais citadas referem-se à infraestrutura e à capacitação de recursos humanos (40%), a qualidade da alimentação hospitalar (27%) e ao estado nutricional do paciente.*

Palavras-chave *Alimentação hospitalar, Serviço de alimentação hospitalar, Cuidado nutricional hospitalar*

¹ PrátiCA - Laboratório de Práticas e Comportamento Alimentares, 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. wanda@fmrp.usp.br

Introdução

A subnutrição é considerada um sério problema entre pacientes hospitalizados, a qual leva a um aumento na morbi-mortalidade¹. Fornecer alimentos e bebidas apropriadas e adequadas a eles é parte do cuidado nutricional, por meio do qual é possível otimizar o aporte proteico e energético^{2,3}.

O acesso a uma variedade de alimentos seguros e saudáveis é um direito humano fundamental². O cuidado nutricional adequado, incluindo a qualidade da alimentação, tem efeitos benéficos na recuperação dos pacientes e na sua qualidade de vida⁴. De acordo com Stanga *et al.*⁵, a dieta hospitalar pode melhorar a qualidade da internação do paciente.

A apresentação da refeição, a variedade de produtos e o local físico são os fatores primários que contribuem para a percepção negativa do usuário e para atitudes em relação às refeições de instituições⁶. Geralmente, o público observa os hospitais como instituições, tendo a visão de que as mesmas são menos favorecidas em recursos^{6,7}. A imagem negativa da refeição hospitalar é generalizada e, portanto, não necessariamente relacionada aos alimentos por si só^{7,8}.

A avaliação da satisfação do usuário de serviços hospitalares tem sido valorizada na busca da qualidade do atendimento. A percepção da qualidade tem sido apontada como um fator determinante para a competitividade e a sobrevivência das organizações de saúde, o que requer a adoção de modelos adequados para medir a satisfação dos clientes⁹. Por meio de questionamento a usuários acerca da satisfação com o cuidado nutricional, é possível se obter noções das fragilidades do serviço¹⁰. Demario *et al.*¹¹ apontam em seu estudo, a dificuldade de os pacientes opinarem sobre mudanças na alimentação ou nas rotinas durante a internação. Alguns estudos observaram que o contexto da hospitalização transforma os papéis sociais dos indivíduos¹². Garcia¹³ aborda também a importância do paciente intervir em seu tratamento como aspecto fundamental na dieta hospitalar e na atenção nutricional.

O processo de trabalho deve fluir entre divisões e departamentos, a fim de organizar o processo, sendo necessário que as estruturas segmentadas tenham tarefas bem delimitadas e definidas, mas que mantenham conexões entre si. É necessário que haja uma interligação e uma dependência entre os segmentos, embora seja relevante a distinção de atividades dentre os mesmos¹⁰.

A qualidade da alimentação hospitalar, o atendimento nutricional e a participação do paciente

em seu tratamento alimentar e nutricional são fundamentais para a qualidade do atendimento hospitalar, o objetivo do projeto é validar proposições de referência sobre o tema pela comunidade científica brasileira, considerando também suas opiniões sobre as proposições.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de validação qualitativa de proposições pela comunidade científica. O modelo proposto foi fundamentado em estudos¹⁴⁻¹⁸, na legislação brasileira que regulamenta a atividade do nutricionista na área hospitalar¹⁹ e no Manual de Acreditação Hospitalar²⁰. Foi composto por proposições acompanhadas de uma escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo parcialmente, não tenho opinião, concordo parcialmente e concordo totalmente). Abaixo da escala, o entrevistado poderia completar com sua opinião, no caso de discordar parcialmente, concordar parcialmente e discordar totalmente. Considerou-se aprovado a proposição com concordância total e parcial maior ou igual a 70%, este critério de aceitação foi selecionado porque representa uma concordância geral 2 vezes maior que o número de não concordância²¹.

A confirmação da proposta do modelo de atenção nutricional ao paciente hospitalizado foi avaliada por opinião da comunidade científica da área de nutrição clínica. O modelo proposto foi aplicado na forma de um questionário, por via eletrônica, a pesquisadores, docentes e profissionais cadastrados na Plataforma Lattes (<http://lattes.cnpq.br/>), uma base de dados organizada e gerenciada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério de Ciência e Tecnologia do Brasil, com o objetivo de compartilhar e integrar as informações de instituições e agências de fomento da comunidade científica brasileira.

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa por correio eletrônico e receberam um código de identificação com acesso online ao questionário interligado a uma base de dados (MySQL) e alojado no *site* da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (<http://www.fmrp.usp.br/confignutri/>). O MySQL é um sistema de gerenciamento de banco de dados que utiliza a linguagem SQL (*Structured Query Language* - Linguagem de Consulta Estruturada) como interface.

O questionário foi constituído por diferentes aspectos do cuidado nutricional sendo a parte

aqui analisada a referente à satisfação do usuário, às dietas hospitalares e ao planejamento e metas de serviço. Para a descrição de metas do SANH foram solicitadas 5 prioridades, as quais foram organizadas em categorias e analisada a frequência.

Como critério de inclusão para a seleção da amostra considerou-se necessário estar acessível à correspondência eletrônica, estar vinculado a uma instituição hospitalar e/ou universidade, desenvolver pesquisa ou ministrar disciplinas na área de nutrição clínica, dispor de titulação além da graduação e aceitar participar da pesquisa. Pesquisadores da área de nutrição clínica que trabalham exclusivamente com animais foram excluídos da amostra. Todos os sujeitos que se enquadraram nos critérios foram convidados a participar, constituindo assim a amostra do estudo.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Resultados

De 284 questionários enviados, 100 foram respondidos, totalizando a adesão de 32,5%. Participaram da pesquisa nutricionistas (74%), médicos (25%) e biólogo (1%); a maioria deles (63%) graduados há mais de 20 anos, com título de doutor (67%), sendo o restante, 26% mestres e 7% especialistas. Predominaram participantes de instituições públicas (74%) e vinculados a universidades (84%) e 16% eram de instituições de saúde.

Todas as proposições foram aprovadas (Tabela 1). A concordância total delas teve adesão mínima de 70% (Proposição C) e máxima de 93% (Proposição J). A soma das concordâncias (parcial e total) teve adesão mínima de 88% (Proposição H) e adesão máxima de 97% (Proposição A).

Dentre as proposições aceitas, houve as que tiveram concordância total maior ou igual a 90% (Proposição I e J); aquelas entre 80 e 90% (Proposições A, B, F, G e K) e as entre 80 e 70% (Proposições C, D, E e H).

Dentre as proposições que abordam a participação do usuário em seu tratamento alimentar (Proposições A, B, C e D), a mais polêmica foi a C. Os entrevistados que argumentaram sobre esta proposição alegaram nem sempre ser possível um acordo com o paciente em seu tratamento, apesar da condição ser desejável. Mencionaram dificuldades relacionadas à capacidade de

compreensão do paciente sobre seu tratamento e da importância que este dá a este aspecto. Houve indicações de que mesmo com a discordância do paciente é necessário intervir. Outros referiram não ser necessário o acordo com o paciente, mas sim a ciência de seu tratamento.

A segunda proposição de maior discussão foi a A, inclusa no mesmo tema. Metade dos que concordaram parcialmente referiram ser possível a modificação da dieta hospitalar, desde que as alterações sejam alcançáveis pelo SANH; a outra metade considera que o paciente é quem deve se adaptar as regras do hospital e que a decisão final deve ser do profissional.

Nas alegações sobre o poder de participação do usuário expostas na Proposição B houve a ressalva quanto aos limites do SANH em atender as demandas do paciente e também o baixo grau da escolaridade do mesmo foi mencionado como uma dificuldade.

A inclusão de um sistema de avaliação da satisfação do usuário realizado por outro setor hospitalar foi tema da Proposição D. Os comentários daqueles que se manifestaram sobre este item, procuraram defender a capacidade do próprio SANH para avaliar a satisfação do usuário. Os comentários consideraram que o rigor do método, a parceria com outros setores, a dificuldade de que outro serviço se envolva, entre outros motivos, justificam que o SANH possa se responsabilizar por esta tarefa.

A maioria das alegações sobre a necessidade de um manual de dietas próprio para o SANH (Proposição E) destaca a necessidade de flexibilidade para a individualização da dieta. Alguns alegaram que o manual de dietas consiste de uma condição ideal, porém, nem sempre alcançável.

A qualidade das características organolépticas, a variedade e a boa apresentação das preparações e dos cardápios (Proposição F) foram contrapostas com aspectos microbiológicos e de higiene, com a composição da dieta, incluindo o atendimento às necessidades nutricionais, bem como com o atendimento às prescrições. Por outro lado, a proposição da degustação de dietas, como controle da qualidade sensorial (Proposição G) ser exercida pelo nutricionista, foi polêmica. A metade defende um rodízio desta tarefa com a finalidade de evitar viés.

Produzir suplementos nutricionais no SANH, além dos industrializados (Proposição H), foi considerado uma tarefa difícil pelas deficiências de infraestrutura, pelos cuidados exigidos no preparo e pela dificuldade de se atingir metas nutricionais e qualidade físico-química.

Tabela 1. Proposições para a qualificação da alimentação hospitalar.

Proposições	Concordaram totalmente e (concordaram parcialmente)	Sem opinião e (não responderam)	Discordam totalmente e (discordaram parcialmente)
A. Sempre que o paciente solicitar modificação na sua alimentação, o nutricionista deve fazer o possível para atendê-lo, dentro das possibilidades clínicas do mesmo.	81 (16)	0 (1)	0 (2)
B. O Serviço de Alimentação e Nutrição Hospitalar (SANH) deve dispor de mecanismos que aumente o poder de participação do paciente no seu tratamento dietético.	85 (6)	5 (1)	1 (2)
C. A intervenção nutricional deve ser realizada em comum acordo com o paciente.	70 (26)	1 (1)	1 (1)
D. Todo SANH deve ter um mecanismo de avaliação da satisfação do usuário realizada por outro setor do hospital para evitar vieses.	77 (13)	4 (1)	3 (2)
E. O SANH deve ter um manual de dietas próprio, impresso, com informações sobre as características da dieta (consistência, tipos de alimentos, preparações, restrições, indicações de uso e número de refeições) e sobre seu conteúdo nutricional (macro e micronutrientes), devendo todas as dietas atender às DRIs.	78 (13)	2 (3)	1 (3)
F. As características organolépticas, a variedade e a boa apresentação das preparações (com especial atenção às dietas especiais) e dos cardápios devem ser prioridades do SANH.	82 (14)	1 (2)	1 (0)
G. A degustação das dietas, sobretudo das especiais, deve ser uma rotina do nutricionista, para manter o controle da qualidade sensorial da alimentação servida.	84 (8)	4 (2)	1 (1)
H. O SANH deve oferecer aos seus usuários suplementos nutricionais produzidos pelo próprio serviço, além dos industrializados, buscando sempre preparações variadas e palatáveis aos pacientes.	76 (12)	5 (2)	2 (3)
I. Deve ser preocupação do SANH, os aspectos que compõem o entorno alimentar, tais como, tipo de utensílios e de bandeja, local onde o paciente apoia sua bandeja, condições ambientais do local e do horário das refeições, entre outros aspectos que possam contribuir para melhorar as condições de alimentação do paciente.	91 (5)	1 (2)	0 (1)
J. O SANH deve ter controles estatísticos das dietas prescritas com o objetivo de monitorar tendências e possíveis vieses de prescrição.	93 (1)	2 (2)	0 (2)
K. A cozinha dietética e a experimental devem fazer parte da estrutura do SANH como laboratório para proporcionar o aprimoramento de seus produtos.	84 (8)	4 (3)	0 (1)
L. Em sua opinião, quais as 5 principais prioridades de um SANH.	-	-	-

Aspectos de infraestrutura relacionados à alimentação, como local e utensílios para alimentação, e também os horários de refeições são o conteúdo da Proposição I. Muitos adendos relacionados a este tema demonstram a necessidade de parcerias com a enfermagem, a terapia ocupacional e a administração do hospital. Sobre as cozinhas especializadas (dietética, experimental)

(Proposição K) aqueles que não concordaram totalmente alegam inviabilidade desta estrutura. A proposição de menor conflito foi a J. Possivelmente por ser consensual a necessidade de controles e análises estatísticas nos SANH.

As 5 prioridades de um SANH, questão aberta que compunha o questionário, foram categorizadas e quantificadas por ocorrência (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência das prioridades de um SANH

Categoria de prioridade	Frequência (%)
Infraestrutura e capacitação de recursos humanos	40
Qualidade da dieta hospitalar	27
Avaliação e acompanhamento do estado nutricional	13
Foco no atendimento ao paciente	9
Relacionamento com a equipe multidisciplinar	7
Atualização e aplicação do conhecimento científico	4

Discussão

As proposições de qualificação e de participação do paciente na alimentação hospitalar foram aprovadas pela comunidade científica, embora as alegações refletissem dificuldades em inserir a teoria na prática do serviço.

Nas alegações apresentadas pelos entrevistados que emitiram opiniões, parece predominar a visão de que o paciente deve adequar-se às necessidades do serviço e não o contrário, justificado pela limitação de seus conhecimentos e supervalorizando a decisão profissional sobre a dieta.

As dificuldades do nutricionista em delimitar seu campo de autonomia profissional nas instituições de saúde, de alcançar um status perante a equipe e de ser reconhecido²², podem explicar de certa maneira a postura encontrada neste estudo, valorizando a intervenção técnica e impositiva mais do que a visão do paciente sobre suas demandas.

Muitos estudos reivindicam uma visão mais flexível e humanística da alimentação hospitalar e a entendem como um aspecto mais amplo do que propriamente atender as necessidades biológicas^{13,23}. No estudo de Prieto et al.²⁴ constatou-se a importância da participação do paciente no tratamento nutricional, principalmente na adequação alimentar e dietética, uma vez que, durante a internação, observa-se uma redução da ingestão alimentar mediante os aspectos envolvidos na hospitalização. A participação do paciente poderia ser considerada para enfrentar a baixa ingestão alimentar durante a hospitalização, causa da perda de peso e de complicações clínicas^{25,26}.

Observam-se dificuldades em relação às atividades que exigem a individualização das dietas hospitalares e as que exigem a padronização. Ou

seja, argumenta-se positivamente ora para um serviço extensivamente padronizado, em que a realidade não possibilita atender a demanda de individualização, ora para a necessidade de flexibilização, considerando-se a condição ideal de individualizar o atendimento nutricional.

A padronização de um manual de dietas, por definição, existe para melhorar a qualidade da assistência, racionalizar o serviço e reduzir seus custos. No entanto, a flexibilização desta, assim como a inclusão de opções nos cardápios de rotina, devem estar nas diretrizes do atendimento nutricional.

A internação se apresenta como uma ruptura com o cotidiano e com os hábitos, fazendo com que o paciente procure se adaptar e aceitar as normas para a recuperação da sua saúde, revelando, possivelmente, falta de identificação da alimentação hospitalar com a sua história alimentar. Porém, refere que existe um caminho a ser percorrido, que atenda as individualidades de forma a conduzir as rotinas hospitalares o mais próximo possível das rotinas do cotidiano doméstico¹¹.

Aspectos nutricionais são responsáveis por atingir as necessidades nutricionais, aspectos higiênicos por prevenir que o alimento represente um risco à saúde e fatores psicossensoriais estão relacionados às características organolépticas, ou seja, os efeitos que o alimento desperta através de sensações visuais, táteis, olfativas, térmicas, tranquilizantes ou estimulantes, além do aspecto simbólico de ordem cultural, histórica e individual²⁷. Todos estes aspectos constituem, juntos, categorias da qualificação da alimentação hospitalar¹¹.

A qualidade sensorial da alimentação é monitorada pela degustação das dietas. Trata-se de um encargo do nutricionista, que deveria ser valorizado e implementado nas rotinas de serviço.

Incluídos nesta mesma temática “a valorização dos aspectos sensoriais da alimentação hospitalar” estão os suplementos nutricionais produzidos pelo próprio serviço. Seriam aquelas preparações da culinária local, produzidas para aumentar o aporte energético e/ou de outros nutrientes, que podem representar um atributo adicional para a sua aceitação, por fazerem parte de um repertório alimentar reconhecido e que carrega valores simbólicos associados²⁸.

Sabe-se que o suplemento nutricional consiste em alternativa necessária diante de condições de hipermetabolismo, perda de peso, baixa aceitação alimentar, entre outras situações clínicas, e vários estudos mostram a sua importância na evolução do estado nutricional^{29,30}. No en-

tanto, suplementos manipulados não são os mais valorizados nos serviços¹³ e os entrevistados ressaltaram dificuldades de infraestrutura para esta atividade.

Cozinhas experimentais com a valorização dos aspectos culinários, a realização de testes de degustação, investimento em pessoas para um atendimento mais humanizado, ações educativas e estratégias de envolvimento do paciente e de funcionários, horários adaptáveis de refeições, refeitórios de pacientes, são meios para o estabelecimento de melhorias na qualidade dietética e sensorial da alimentação.

Donabedian³¹ sugere que a avaliação da satisfação do paciente seja objetivo fundamental no estudo para a qualificação da assistência à saúde. Observa-se grande variabilidade nas formas de se mensurar a satisfação dos usuários e os resultados, em geral, tendem a trazer altas taxas de satisfação^{32,33}. Este fenômeno é conhecido como efeito de “elevação” das taxas de satisfação e é observado mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. O fato tem sido alvo de questionamentos acerca de sua validade, já que é pouco provável o alcance de um nível de excelência em todo e qualquer serviço³⁴.

Do ponto de vista metodológico, fatores como a relutância em expressar reações negativas é conhecido como viés de gratidão^{32,33,35}, e trata-se da omissão de questionamentos e de críticas negativas dos usuários, observado principalmente nos serviços da rede pública. Este viés também pode ocorrer em situações onde foi criado um vínculo ou afinidade com alguns dos profissionais que participam do cuidado nos casos de internações. Pode também refletir uma postura de gratidão frente ao pesquisador. Neste caso, o resultado é distorcido³⁵⁻³⁷.

Nos achados deste estudo verificou-se que os aspectos metodológicos para as pesquisas de satisfação não mereceram a devida atenção que este objeto demanda. Embora a maioria das opiniões dos participantes alegue a autossuficiência na avaliação da satisfação do usuário, evidencia-se a importância desta avaliação ser realizada por outros serviços a fim de evitar vieses que ocultem ou distorçam os resultados da avaliação da satisfação do usuário do SANH.

Vale destacar que paralelamente ao entorno alimentar, considerado como aqueles aspectos relacionados ao oferecimento e ao ambiente, como utensílios, bandeja, local de apoio para a bandeja, refeitório, horário das refeições, entre outros aspectos que possam contribuir para melhorar as condições de alimentação do paciente, é im-

portante a participação da equipe nessa rotina do paciente. A formação da equipe é fundamental na atenção adequada aos pacientes hospitalizados³⁸⁻⁴⁰, no estímulo alimentar e até mesmo no suporte para garantir que o paciente seja alimentado, sobretudo aqueles com mais dificuldade para o auto cuidado.

Com relação às prioridades recomendadas, a condição estrutural dos SANH foi a prioridade mais mencionada pelos participantes quando questionados, seguida da qualidade da dieta hospitalar, a avaliação e o acompanhamento do estado nutricional.

No que se refere às condições físico estruturais, Lassen et al.⁴⁰ apontam para aquelas relacionadas aos custos e às dificuldades de gestão de mão-de-obra e as que envolvem aspectos de qualidade, voltados às questões de higiene dos alimentos e das preparações. Adquirir facilidades tecnológicas disponíveis pode melhorar a qualidade do trabalho desenvolvido. No entanto, a limitação financeira de instituições pode representar um obstáculo à adequação físico estrutural.

A qualidade da alimentação hospitalar, remete a uma reflexão sobre quais seriam os indicadores de qualidade da alimentação hospitalar. Sousa e Proença⁴¹ se referem aos atributos nutricionais, higiênicos, psicosensoriais e simbólicos para a garantia da qualidade da alimentação hospitalar. Estudo realizado com trabalhadores envolvidos no processo de planejamento e produção da alimentação hospitalar observou a valorização do aspecto nutricional em detrimento dos aspectos sensoriais e simbólicos¹³. Neste sentido, indicadores devem ser desenvolvidos para orientar a qualificação da alimentação hospitalar, numa perspectiva que inclua valores técnicos e simbólicos.

As demais prioridades atribuídas ao SANH representam aproximadamente um terço do total. Deste, predominou a atenção ao paciente e, particularmente, a avaliação e o monitoramento do estado nutricional, os quais são, de fato, prioridades essenciais do serviço. A existência de um SANH se justifica para atender o paciente. Apesar de estar em destaque, esta prioridade deve ser mais valorizada nos critérios de qualificação de um SANH.

O relacionamento com a equipe multiprofissional e a atualização e a aplicação do conhecimento científico são categorias complementares. Participar de uma equipe multiprofissional pressupõe troca de conhecimento. Neste sentido, seria um avanço que os SANH tivessem acesso a bases de consulta científica e que as instituições

criassem instâncias de apoio e valorização para atualização do conhecimento aplicado nas ações do serviço.

Conclusões

As proposições relacionadas à satisfação do usuário e às dietas hospitalares foram aceitas pela comunidade científica e podem ser consideradas para a qualificação dos SANHs. Todavia, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias para

que se possa superar as dificuldades operacionais e implementar as proposições consideradas adequadas. A condição estrutural do SANH, a qualidade da dieta hospitalar, a avaliação e o acompanhamento do estado nutricional do paciente e a integração em equipes multiprofissionais devem estar presentes no planejamento e nas metas de um SANH. Espera-se que o presente estudo possa auxiliar os nutricionistas da área hospitalar a organizarem metas apropriadas para o SANH e que futuros estudos desenvolvam estratégias para isso.

Colaboradores

RW Diez-Garcia trabalhou na concepção e delimitação do estudo, desenho do instrumento, elaboração do artigo e revisão crítica. M Padilha e M Sanches coletaram dados, analisaram e interpretaram os resultados e escreveram o artigo.

Agradecimento

Agradecemos o apoio da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

Referências

1. Mikkelsen BE, Beck AM, Lassen A. Do recommendations for institutional food service result in better food service? A study of compliance in Danish hospitals and nursing homes from 1995 to 2002–2003. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61(1):129–134.
2. Council of Europe. Committee of Ministers. *Resolution on food and nutritional care in hospitals*; 2003. [cited 2009 Apr 16]; [about 6 p]. [document on the Internet]. Available from: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>.
3. Lassen KO, Olsen J, Grinderslev E, Kruse F, Bjerum M. Nutritional care of medical inpatients: a health technology assessment. *BMC Health Serv Res* 2006; 2(6):7.
4. Kondrup J. Proper hospital nutrition as a human right. *Clin Nutr* 2004; 23(2):135–137.
5. 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.
6. Hartwell HJ, Edwards JSA, Symonds C. Foodservice in hospital: development of a theoretical model for patient experience and satisfaction using one hospital in the UK National Health Service as a case study. *Journal of Foodservice* 2006; 17(5-6):226–238.
7. Bender AE. Institutional malnutrition. *Br Med J* 1984; 288(6411):92–93.
8. Cardello AV, Bell R, Kramer M. Attitudes of consumers toward military and other institutional foods. *Food Qual Prefer* 1996; 7(1):7–20.
9. Fottler MD, Ford RC, Bach SA. Measuring patient satisfaction in healthcare organizations: qualitative and quantitative approaches. *Best Pract Benchmarking Healthc* 1997; 2(6):227–239.
10. Schiller MR, Miller-Kovach K, Miller MA. Patient satisfaction: a mark of quality. In: Schiller MR, Miller-Kovach K, Miller MA, organizadores. *Total quality management for hospital nutrition services*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers; 1994. p. 22-32.

11. Demário RI, Sousa AA, Salles RK. Comida de hospital: percepções de pacientes em hospital público com proposta de atendimento humanizado. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1275-1282.
12. Poulain JP. Etat des lieux: Comité de Liaison Alimentation Nutrition. In: Ricour C, Zazzo Jean-Fabien. *Rapport Ricour. Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de sante*. Rapport de mission de Monsieur le Professeur Claude RICOIR Décembre 2002. Paris: Ministère de la Santé; 2002. p. 1-9.
13. Garcia RWD. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. *Rev Nutr* 2006; 19(2):129-144.
14. Vogelzang JL, Roth-Yousey LL. Standards of professional practice: measuring the beliefs and realities of Consultant Dietitians in Health Care Facilities. *J Am Diet Assoc* 2001; 101(4):473-480.
15. Witte SJ, Escott-Stump S, Fairchild MM, Papp J. Standards of practice criteria for clinical nutrition managers. *J Am Diet Assoc* 1997; 97(6):673-678.
16. Beck AM, Balknas UN, Furst P, Hasunen K, Jones L, Keller U, Melchior JC, Mikkelsen BE, Schauder P, Sivonen L, Zinck O, Øien H, Ovesen L; Council of Europe (the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Health of the Partial Agreement in the Social and Public Health Field). Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition—report and guidelines from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2001; 20(5):455-460.
17. Beck AM, Balknäs UN, Camilo ME, Furst P, Gentile MG, Hasunen K, Jones L, Jonkers-Schuitema C, Keller U, Melchior JC, Mikkelsen BE, Pavcic M, Schauder P, Sivonen L, Zinck O, Øien H, Ovesen L; hoc group on Nutrition Programmes in Hospitals, Council of Europe. Practices in relation to nutritional care and support – report from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2002; 21(4):351-354.
18. Flanel DF, Fairchild. Continuous quality improvement in inpatient clinical nutrition services. *J Am Diet Assoc* 1995; 95(1):65-74.
19. Brasil. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de nutricionista. *Diário Oficial da União* 1991; 18 set.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. Série Normas e Manuais Técnicos. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2002.
21. Vogelzang JL, Yousey LL. Standards of professional practice: measuring the beliefs and realities of Consultant Dietitians in Health Care Facilities. *J Am Diet Assoc* 2001; 101(4):473-480.
22. Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5):1229-1241.
23. Sousa CF. Aceitabilidade da dieta hospitalar em pacientes de um serviço público. In: *Simpósio de Ensino de Graduação*; 2007; Piracicaba.
24. Prieto DB, Leandro-Merhi VA, Mônaco DV, Lazarini ALG. Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um hospital privado. *Rev Bras Nutr Clin* 2006; 21(3):181-187.
25. Garcia RWD, Leandro-Merhi VA, Pereira AM. Estado nutricional e sua evolução em pacientes internados em clínica médica. *Rev Bras Nutr Clin* 2004; 19(2):59-63.
26. Monteiro JP, Santos SFC, Cunha DFC. Food intake of a typical Brazilian diet among hospitalized malnourished patients. *Clin Nutr* 2000; 19(1):55-59.
27. Poulain JP, Proença RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Rev Nutr* 2003; 16(13):245-256.
28. Corbeau JP. Alimentar-se no Hospital: as dimensões ocultas da comensalidade. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Ed Fio-cruz; 2005. p. 227-252.
29. Peres SPBA, Arena EP, Burini RC, Suguimoto RM. Uso de suplementos alimentares e estado nutricional de pacientes submetidos à cirurgia ortognática com bloqueio maxilo-mandibular. *Rev Bras Nutr Clin* 2006; 21(1):28-32.
30. Olejko TD, Fonseca RJ. Preoperative nutritional supplementation for the orthognathic surgery patient. *J Oral Maxillofac Surg* 1984; 42(9):573-577.
31. Donabedian A. *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
32. Owens DJ, Bachelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Soc Sci Med* 1996; 42(11):1483-1491.
33. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *J Adv Nurs* 1997; 44(1):85-92.
34. Staniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? *J Adv Nurs* 1999; 29(2):364-372.
35. Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med* 1999; 48:989-996.
36. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (Supl.):303-312.
37. Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine* 2000; 25(24):3167-3177.
38. Pené JB, Porbén SS, González CM, Ibarra AMS. Grupo de apoio nutricional hospitalario: diseño, composición y programa de actividades. *Rev Cubana Aliment Nutr*. 2000; 14(1):55-64.
39. Silva MLT. A Importância da equipe multiprofissional em terapia nutricional. In: Watzberg DL, organizador. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1627-1634.
40. Lassen KO, Olsen J, Grinderslev E, Kruse F, Bjerrum M. Nutritional care of medical inpatients: a health technology assessment. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:7.
41. 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): 425-436.

Artigo apresentado em 20/05/2010

Aprovado em 26/08/2010

Versão final apresentada em 15/09/2010