



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO - ENUT



Lais Teixeira de Oliveira

CUIDADO NUTRICIONAL HUMANIZADO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Ouro Preto – MG

2019

Lais Teixeira de Oliveira

CUIDADO NUTRICIONAL HUMANIZADO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Nutrição, da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para obtenção do título de Nutricionista.

Orientadora: Prof.^a Silvana Mara Luz Turbino

Co-Orientadora: Prof.^a Adriana Cândida da Silva

Ouro Preto – MG

2019

O482c Oliveira, Lais Teixeira.
Cuidado nutricional humanizado em um hospital filantrópico [manuscrito] /
Lais Teixeira Oliveira. - 2019.

54 f.: il.: grafqs; tabs.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Silvana Mara Luz Turbino.
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Adriana Cândida Silva.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de
Nutrição. Departamento de Nutrição .

1. Humanização dos serviços de saúde . 2. Paciente hospitalizado. 3.
Hospitais - Serviço de alimentação. I. Turbino, Silvana Mara Luz. II. Silva,
Adriana Cândida. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU: 612.39



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP
Escola de Nutrição - ENUT



Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:

"Cuidado nutricional humanizado em um hospital de caráter filantrópico".

Aos doze dias do mês de julho de 2019, no Auditório da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, reuniu-se a Banca Examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso da estudante **Lais Teixeira de Oliveira**, orientada pela Prof^a. Silvana Mara Luz Turbino Ribeiro. A defesa iniciou-se pela apresentação oral feita pela estudante, seguida da arguição pelos membros da banca. Ao final, os membros da banca examinadora reuniram-se e decidiram por aprovar a estudante.

Membros da Banca Examinadora:

Prof^a. Silvana Mara Luz Turbino Ribeiro
Presidente (DENCS/ENUT/UFOP)

Prof^a. Joana Ferreira do Amaral
Examinadora (DENCS/ENUT/UFOP)

Doutora Lais Roquete Lopes
Examinadora (UFOP)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus, por ser o ar que eu respiro e a luz que me guia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu criador e pai amoroso, por ter me dado forças e me fazer sorrir todos os dias por estar aqui.

Agradeço aos meus pais pelo amor, paciência e apoio incondicional.

Agradeço a minha orientadora Silvana, a minha co-orientadora Adriana e a todos os demais professores do curso por compartilharem seus conhecimentos, os quais enriqueceram a minha vida estudantil, profissional e cotidiana.

Agradeço aos meus amigos e colegas do curso, especialmente a Jeicy e a Érika por tornarem esses dias de faculdade melhores.

Agradeço aos meus irmãos, Lucas, Lincoln e Ciro Júnio pelo apoio e paciência.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa trajetória em minha vida.

RESUMO

A humanização no contexto hospitalar, dentro do âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH) visa afirmar a assistência humanizada pressupondo um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde aos doentes. A alimentação é reconhecida por sua relação com a melhoria do tratamento oferecido aos pacientes, em conjunto com outros cuidados de saúde, além do auxílio ao vínculo profissional-paciente. O objetivo deste trabalho foi identificar ações de humanização da equipe de profissionais de saúde envolvidos com o cuidado nutricional do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto a partir de um estudo qualitativo com uma análise descritiva. Os resultados deste estudo revelaram que os profissionais aplicam ações de humanização como o acolhimento, clínica ampliada e compartilhada, protagonismo e o vínculo profissional paciente. Porém, ainda existem fatores que precisam ser avaliados para contribuir que o cuidado nutricional seja incluído na humanização, como a aceitação da dieta em relação ao horário e número das refeições, diminuição do apetite e diálogo com os profissionais sobre as preferências e aversões alimentares.

Palavras-chave: humanização em assistência, cuidado nutricional, equipe multiprofissional, política nacional de humanização, alimentação hospitalar.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da ocupação dos profissionais do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto, que participaram do estudo.....	25
Tabela 2. Entendimento de humanização dos profissionais do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto.....	26
Tabela 3. Procedimentos da PNH e aplicação do acolhimento pelos profissionais de saúde do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto	27
Tabela 4. Ideias centrais sobre fatores que influenciam no estado nutricional do paciente abordadas pelos profissionais de saúde.....	31
Tabela 5. Hábitos referidos pelos pacientes durante a sua estadia hospitalar na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto.....	32

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Comportamento dos profissionais de saúde do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto para verificar o consumo das refeições pelos pacientes.....28
- Figura 2.** Ações realizadas pelos profissionais diante da recusa ou baixa ingestão das refeições oferecidas aos pacientes.....29
- Figura 3.** Assuntos citados pelos profissionais de saúde em sua interação com os pacientes do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto.....30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EM	Equipe multiprofissional
EN	Estado Nutricional
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
IC	Ideias Centrais
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
UAN	Unidade de Alimentação e Nutrição

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3. JUSTIFICATIVA	21
4. OBJETIVOS	22
4.1 GERAL	22
4.2 ESPECÍFICOS.....	22
5. METODOLOGIA.....	23
6. RESULTADOS	26
7. DISCUSSÃO.....	35
8. CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE I	53
APÊNDICE 2	54
ANEXO I.....	55

1. INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares são caracterizadas por serem locais complexos, tanto em nível tecnológico, quanto nas relações organizacionais. Diante disso, os profissionais inseridos neste contexto devem estar capacitados para lidar com os níveis crescentes das necessidades de saúde dos pacientes (GONÇALVES, 2016).

O hospital constitui-se em uma organização de prestação de serviços de saúde que abrange saberes, profissionais, tecnologia e infraestrutura diversificados (CAMELO, 2011). Dentre os cuidados oferecidos por essa instituição em busca da cura, tratamento e reabilitação, destacam-se os relacionados à alimentação e à nutrição, em seus diferentes níveis de complexidade e intervenção (VENDEMIATTI, 2010; PEDROSO, 2007).

O cuidado nutricional no ambiente hospitalar tem sua centralidade na equipe de nutrição com cooperação das várias outras categorias profissionais, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, no intuito de que se alcancem os resultados almejados (BRYLINSKY, 2010).

Esse cuidado envolve várias etapas, desde a avaliação do estado nutricional (EN), a identificação das necessidades nutricionais, planejamento, implementação e avaliação do cuidado, como também os processos de compra, armazenamento, higienização, pré-preparo e preparo, distribuição, transporte e apresentação final das preparações (PEDROSO et al, 2011).

Sabe-se que o EN do paciente hospitalizado está relacionado a conduta nutricional implementada. Souza et (2013) em seu estudo demonstra que em geral os pacientes não ingerem alimentação suficiente para atender às suas necessidades nutricionais durante a hospitalização.

O ato de se alimentar é parte da construção de identidades culturais e sociais, as quais envolvem emoção, memória e sentimentos. A boa aceitação da dieta

hospitalar está associada à redução no tempo de internação do paciente e melhora na resposta medicamentosa (COLOÇO et al, 2009).

Vale ressaltar que os hospitais são conhecidos por evidenciar a vulnerabilidade dos pacientes quanto à qualidade no atendimento, que muitas vezes salienta a eficiência técnico-científica, focando na doença, nos procedimentos e nas tarefas (BRASIL, 2011).

Silva et al (2013) aponta em sua revisão que grande parte dos artigos encontrados sobre práticas de humanização enfatiza que as iniciativas devem proporcionar uma compreensão mais ampliada dos usuários, sensíveis a aspectos que os autores avaliam como negligenciados nos serviços de saúde, tais como o reconhecimento da singularidade, complexidade e individualidade. Araújo et al (2019) e Reis et al (2016) mostraram em seus estudos que a humanização do cuidado contribui na recuperação do paciente por meio da melhora na qualidade da assistência.

Dessa forma, o conceito de humanização relaciona-se intrinsecamente ao ser humano, como percebê-lo como ser único, completo e complexo, o que inclui o respeito, o acolhimento, a empatia, a escuta, o diálogo, as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, assim como a valorização dos significados atribuídos pelo ser humano à sua experiência de adoecimento e sofrimento, da comunicação e do diálogo (CASATE et al, 2012).

Diante dessas considerações, o cuidado nutricional assume fundamental importância dentro do processo de humanização no ambiente hospitalar, visto que são poucos os indicadores e ações humanizadoras concebidos com os setores envolvidos neste cuidado (PEDROSO et al, 2011).

Sendo assim, o presente estudo visa contribuir para que os profissionais de saúde fundamentem melhor suas ações para a construção de um modelo de cuidado alimentar e nutricional humanizado em hospitais, além de ressaltar o vínculo nutricionista-paciente, otimizando o tratamento do usuário e promovendo saúde em todas as formas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A humanização da assistência em saúde é compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, fundamentado em ações guiadas pela compreensão e valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana. Logo, é associada à qualidade do cuidado, que inclui a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários (MOREIRA et al, 2015).

O cuidado é essencial para a construção do processo de saúde, uma vez que permite e estimula a conscientização do indivíduo de si mesmo e do mundo, assim como a responsabilidade pela sua transformação e a participação na busca pela qualidade de vida (SILVEIRA et al, 2014). É um encontro estabelecido entre a pessoa que cuida e quem é cuidado, manifestando-se através de ações profissionais disciplinares e interdisciplinares que se dão no processo de interação terapêutica entre os seres humanos (PEDROSO et al, 2011).

Com o intuito de assegurar a qualidade da assistência na atenção à saúde, as relações interpessoais no processo de cuidado devem ser consideradas. O acolhimento e a escuta são métodos que devem ser valorizados pelos profissionais, uma vez que possibilita atender às reais demandas dos usuários. A organização da equipe também é importante, preferencialmente o formato multiprofissional, pois possibilita uma visão mais ampla do sujeito e a superação do modelo biomédico (RODRIGUES et al, 2013).

A humanização do cuidar está associada a medidas que têm por objetivo conciliar os cuidados em saúde considerando a complexidade hospitalar. Acrescido da satisfação dos profissionais e um ambiente favorável para que o cuidado humanizado ocorra, possibilitando que o tratamento seja um período de bem-estar (DESLANDES, 2004; FARIAS et al, 2018).

Em 2003, foi criada a PNH cujo objetivo é qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde, juntamente com a Atenção e Gestão no SUS, também chamado de Humaniza SUS (MEDEIROS et al, 2016).

A PNH emergiu da convergência de três objetivos: enfrentar desafios quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde exposto pela sociedade brasileira; articular as iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que produzem reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (PASCHE et al, 2011).

Segundo a PNH, a humanização pode ser definida como um modo de fazer inclusão, uma prática social capaz de ampliar os vínculos de solidariedade e corresponsabilidade. Sendo assim, a inclusão deve ocorrer nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, a PNH propõe um conjunto de iniciativas e estratégias com o intuito de promover a qualidade do cuidado, respeitando os direitos do paciente, sua subjetividade e cultura, além de valorizar os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (SOUZA et al, 2013).

O SUS, implementado pela Constituição de 1988 e instituído pela lei n. 8.080, apresenta como princípios norteadores a universalidade, a integralidade de assistência e a equidade (BRASIL, 1990). A PNH vai ao encontro desses princípios, uma vez que enfatiza a necessidade de se assegurar a atenção integral à população (COTTA et al, 2013).

A humanização do SUS ocorre por meio da valorização dos envolvidos na produção de saúde, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores; assim como pela autonomia, corresponsabilidade e participação coletiva no processo de gestão, visando ser mais acolhedor, ágil e resolutiva (BRASIL, 2010b). Dessa forma, um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde, assim como reconhece a importância da troca de saberes entre os usuários e sua rede social, entre os profissionais e o modo de trabalhar em equipe (BRASIL, 2013; Brasil, 2004).

Além disso, também é necessária a defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro, o compromisso com a qualificação da ambiência, para uma melhora das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2010b).

A PNH possui algumas diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde, são elas:

- Acolhimento: estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral através de uma escuta qualificada e atenta as necessidades (COUTINHO et al, 2015);
- Gestão participativa e cogestão: é ampliar a inclusão de sujeitos na gestão e na clínica, construir corresponsabilização e ampliação das tarefas da gestão. Alguns exemplos de medidas são trabalho em equipe; rodas de discussão; Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) e ouvidoria (BRASIL, 2013);
- Clínica Ampliada: é a construção de uma relação clínica que seja uma experiência de troca de saberes entre sujeitos, permitindo uma ampliação de conhecimentos e de responsabilização mútua. Isso ocorre pela percepção da singularidade do sujeito e a complexidade do processo de adoecimento, destacando a importância do trabalho em equipe e a qualificação do diálogo para possibilitar decisões compartilhadas (BRASIL, 2009; OLIVEIRA et al, 2018);
- Valorização do trabalhador: é permitir e garantir sua participação na gestão e tomada de decisões para qualificar o trabalho; a construção das organizações de saúde e assegurar condições de trabalho dignas (SILVA et al, 2017);
- Garantir os direitos dos usuários: reconhecer que os usuários possuem direitos garantidos por lei, e assim, produzir a corresponsabilização do cuidado. Os cidadãos têm direito à informação, a inclusão nas ações de saúde, de serem respeitados, e a uma equipe que cuide deles (BRASIL, 2010a); e,

- **Ambiência:** é a criação de um espaço social, profissional e de relações interpessoais, proporcionando acolhimento e conforto, que respeitem a privacidade e as necessidades dos pacientes (BESTETTI, 2014).

A PNH possui ainda princípios pelos quais se baseia como política pública, que são a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (BRASIL, 2010b).

A transversalidade significa uma ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, visando as transformações dos territórios de poder, a troca de saberes, o aumento de afeto e a análise para com os usuários. Indissociabilidade diz respeito à relação inseparável entre os modos de cuidar e os modos de gerir. E o protagonismo refere-se ao desenvolvimento de atitudes de corresponsabilidade pelo cuidado e a afirmação de autonomia (SANCHES et al, 2016)

A PNH atua também através de dispositivos como o GTH, a câmara técnica de humanização; colegiado gestor; visita aberta e direito à acompanhante; programa de formação em saúde do trabalhador, equipe de referência e apoio matricial; projetos cogерidos de ambiência; acolhimento com classificação de riscos, projeto terapêutico singular e projeto memória do sus que dá certo (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, a PNH pode ser entendida como um conjunto de princípios e instrumentos que pretendem atuar na qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Os hospitais tradicionalmente são conhecidos por serem estruturas complexas e, além disso, adotam modos de organização tradicional, com gestão verticalizada e pouco participativa (BRASIL, 2011). O ambiente hospitalar é estressante por diversos fatores, como exemplo o fato da internação evidenciar a fragilidade a qual o doente e familiar estão expostos emocional e fisicamente. (FONSECA et al, 2010).

A humanização no contexto hospitalar, dentro do âmbito da PNH, visa, portanto, afirmar a humanização como um valor do cuidado e da gestão em saúde (BRASIL, 2011), estimula um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional pressupondo um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde aos doentes, assim como uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais (BACKES et al, 2006).

A assistência a pacientes internados em hospitais envolve considerar problemas psicológicos, sociais, físicos e econômicos. Diante disso, é necessário compreender todos esses aspectos que permeiam o ser humano a fim de oferecer um cuidado humanizado (FARIAS et al, 2018).

Um dos grandes desafios para os profissionais de saúde é cuidar do ser humano em sua totalidade, exercendo ação preferencial em relação a sua dor e ao seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência técnico-científica e humana (SILVEIRA, 2014).

Nessa perspectiva, a humanização pode evocar valores humanitários como respeito, solidariedade, compaixão, empatia e bondade nos profissionais de saúde. Além disso, propõe uma construção coletiva de valores cujo objetivo é resgatar a dignidade humana na área da saúde e o exercício da ética (RIOS, 2009).

O paciente hospitalizado tem direito a um atendimento atencioso e respeitoso; ao sigilo profissional; à informação clara com uma linguagem acessível sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico; de recusar tratamento e de ser informado sobre as consequências dessa opção; e, reclamar do que discorda sem que a qualidade de seu tratamento seja alterada (FONSECA et al, 2010).

Ainda, a atenção integral abrange um conjunto de cuidados relacionados à alimentação e nutrição segundo características individuais, tipo de enfermidade e seus diferentes níveis de complexidade e intervenção (SETA et al, 2010).

No campo da Nutrição, os profissionais tendem a utilizar práticas dedicadas a intervenções de caráter restritivo, com a atenção focada no alimento, na doença e no risco, transformando a educação alimentar e nutricional em prescrições de suplementos nutricionais, o que pode ser chamado de modelo biomédico (NAVOLAR et al, 2012).

A alimentação hospitalar é reconhecida por sua forte relação com a melhoria do tratamento oferecido aos pacientes, em conjunto com outros cuidados de saúde. O estado nutricional do paciente hospitalizado influenciado pela conduta nutricional implementada (SOUZA et al, 2013).

No hospital, a alimentação tem como objetivo ofertar alimentos seguros, corrigir e evitar deficiências nutricionais e, conseqüentemente, o aumento das complicações e da mortalidade; identificar os pacientes que necessitam de um apoio nutricional especializado e individual; e, ao reconhecer os benefícios de alimentar os pacientes hospitalizados com seus alimentos favoritos, contribuir para amenizar o sofrimento da doença e da internação (GARCIA, 2006).

A comida não é apenas uma substância alimentar, mas um ato social ligado a usos, costumes, condutas, protocolos e situações. Após a ingestão de alimentos, impressões, lembranças e comportamentos alimentares emergem nos indivíduos. No meio hospitalar, compreende-se que essa sequência do comer não é transparente (DEMÁRIO et al, 2010).

Souza e Proença (2004) apontam que o nutricionista trabalha com seres humanos, sendo assim é imprescindível reconhecer a sensibilidade e humanidade presente nos indivíduos. Apesar da percepção do valor da dieta e sua relação à cura de sua doença, o papel da alimentação vai além de suprir calorias para o EN. Também tem caráter afetivo, pois possui o propósito de reduzir o sofrimento gerado no período de internação (RIBAS et al, 2013).

O estabelecimento de relações de confiança, respeito e reciprocidade entre nutricionista e paciente deve permear as práticas de atenção à nutrição e à saúde

com o intuito de ampliar a humanização e o vínculo terapêutico (DEMÉTRIO et al, 2011).

A Equipe Multiprofissional (EM) proporciona um cuidado integral ao paciente, através de uma assistência realizada com base no conhecimento científico dos profissionais de saúde e de forma individualizada. Nesse sentido, a humanização ocorre pela ampliação de conhecimentos e de responsabilização mútua pelo atendimento de qualidade ao paciente (SANCHES et al, 2016).

Dessa forma, é importante para o profissional em Nutrição permitir um momento de troca e compartilhamento com o paciente. Vale dizer que, é fundamental perceber que os indivíduos trazem consigo a sua história e, com ela, uma bagagem de conhecimentos sobre o mundo, sobre a vida, sobre alimentos, sobre nutrição. Por isso, tentar resgatar em cada paciente este conhecimento, vivenciar novas práticas e criar novos conceitos são tarefas de todos dentro desta relação de troca (SOUZA E PROENÇA, 2004; SOUZA et al, 2013).

Diante do exposto, torna-se cada vez mais importante o debate de humanização entre usuários, profissionais e gestores da saúde, pois dessa forma será possível enraizar essas vertentes na sociedade contemporânea e erradicar as concepções individualistas e práticas protocolares que não contribuem para a humanização da assistência em saúde (CHERNICHARO et al, 2013).

A complexidade do sistema de saúde e os progressos da atenção em saúde e nutrição possibilitam discussões acerca da relação profissional de saúde-paciente na prática clínica. No campo da saúde, tais progressos devem ser considerados, assim como a dimensão humana, vivências e psicossociocultural da doença, e a comunicação verbal e não verbal na relação entre o profissional da saúde e os usuários (DEMÉTRIO et al, 2011).

3. JUSTIFICATIVA

O processo de humanização da nutrição possibilita uma construção de uma identidade profissional pautada no paciente, de forma que o considere em sua totalidade, indo além do foco saúde-doença e abrangendo os aspectos físicos, psíquicos e socioculturais do indivíduo. Dessa forma, a ampliação da humanização da assistência pode melhorar o vínculo profissional-paciente, levando a uma maior eficácia no processo de promoção da saúde.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

- Identificar ações de humanização da equipe de profissionais de saúde envolvidos com o cuidado nutricional do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto/Minas Gerais.

4.2 Específicos

- Identificar os profissionais envolvidos com cuidado nutricional que conhecem a PNH.
- Verificar o entendimento dos profissionais envolvidos com cuidado nutricional sobre o Cuidado Humanizado no âmbito hospitalar.
- Definir as ações de humanização aplicadas no cuidado nutricional hospitalar.
- Demonstrar como as ações de cuidado nutricional humanizado hospitalar estende-se aos pacientes.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo com uma análise descritiva realizado no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto, no período de abril a maio de 2019. O referido hospital conta com 118 leitos, sendo 81 destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 37 a atendimentos particulares ou planos de saúde.

Foram entrevistados no estudo 17 profissionais de saúde envolvidos com o cuidado nutricional indicados pela nutricionista chefe do local e que aceitarem participar da pesquisa de forma voluntária. Os critérios de exclusão foram os indivíduos que se recusassem a participação do mesmo, após terem recebido todas as informações contidas no TCLE.

Os critérios de inclusão para pacientes da pesquisa compreenderam aqueles internados há dois dias ou mais e com capacidade de tolerar uma entrevista individual de aproximadamente 30 minutos. Pacientes com dificuldade de fala, inconscientes, confusos ou sedados e que estivessem recebendo assistência nutricional enteral ou parenteral foram excluídos da pesquisa. No total, foram entrevistados 7 pacientes adultos da unidade de internação.

O presente estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, com o protocolo CAAE: 06686819.0.0000.5150. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (anexo I), conforme exigido pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram informados quanto ao objetivo da pesquisa e foi garantida a privacidade das informações.

As entrevistas foram realizadas face-a-face pela acadêmica do curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) previamente treinada, sendo as perguntas aplicadas de forma aberta, em que os participantes respondiam quando questionados e a entrevistadora escrevia as respostas. A coleta de dados foi realizada em dias e horários determinados pelo hospital e os instrumentos utilizados

foram dois questionários, sendo um para os profissionais envolvidos no cuidado nutricional (apêndice I) e outro destinado aos pacientes internados (apêndice II).

A elaboração do questionário foi baseada nos princípios e diretrizes da PNH (2003), nos estudos de Souza, Salles, Ziliotto, Prudêncio, Martins & Pedroso (2013); Pedroso, Sousa & Salles (2011); Demétrio, Paiva, Fróes, Freitas & Santos (2011); Demário, Sousa & Salles (2010); Sousa & Proença (2004). Através dos achados dos artigos selecionados que correspondiam com a PNH e o referencial teórico descrito, foi possível identificar a prática da humanização no cuidado nutricional hospitalar.

O questionário contendo questões referentes ao conhecimento sobre humanização, assim como a aplicação deste conceito na rotina de trabalho com os pacientes, foi aplicado para os profissionais de saúde. Já o questionário que contemplou questões sobre fatores que podem interferir na ingestão de alimentos durante estadia no hospital foi aplicado para os pacientes.

Os achados foram inseridos em planilha no *office Excel*, após isso, foi feita análise descritiva dos mesmos.

As perguntas “*Para você, o que significa humanização em um ambiente hospitalar?*” e “*Você acha que a interação entre profissionais de saúde e paciente pode interferir na recuperação do estado nutricional do paciente?*” foram analisadas com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) descrito por Lefèvre (2010) devido se constituírem relevantes para os fins da pesquisa. O método considera que o discurso do sujeito está atravessado pelo contexto institucional, possibilitando a emergência de representações sociais que circulam neste universo. O DSC apoia-se em quatro figuras metodológicas:

- A. Expressões-Chave (EC): trechos que descrevem conteúdo, transcritos de forma literal, que representam os argumentos discursivos e constituem a matéria-prima para a elaboração dos DSC;
- B. Ideias Centrais (IC): traduzem o essencial do conteúdo discursivo explicitado por meio da identificação das ideias centrais de cada depoimento;

- C. DSC: reunião das expressões-chave presentes nos depoimentos, que têm ideias centrais de sentido semelhante ou complementar, e constitui a principal figura metodológica que procura tornar mais clara uma forma de pensar sobre um fato, uma norma ou conduta humana.
- D. Ancoragem: são pressupostos, teorias, conceitos ou ideologias nos quais se baseiam todo discurso e que pode se expressar por marcas linguísticas claras ou estar subjacente às práticas cotidianas.

A partir dos discursos individuais construíram-se discursos coletivos formados por EC semelhantes que apareceram nos depoimentos distintos agrupados em IC. A ancoragem destes discursos apoiou-se no referencial teórico utilizado e em representações sociais relevantes.

6. RESULTADOS

Profissionais de saúde

A equipe de saúde do local envolvida com o cuidado nutricional dos pacientes é composta por 3 nutricionistas clínicos, 24 enfermeiros, 2 psicólogos, 1 assistente social, 146 técnicos em enfermagem e 9 fisioterapeutas, as 2 copeiras, que estão presentes no dia a dia dos usuários.

A tabela 1 mostra o ofício dos profissionais de saúde participantes do estudo que atuam juntamente ao cuidado nutricional do hospital. Observou-se que dos 17 profissionais envolvidos com o cuidado nutricional, que participaram do estudo, 3 (17%) são nutricionistas, 7 (41%) são técnicos em enfermagem, 2 (11%) são fisioterapeutas, 2 (11%) são copeiras, 1 (6%) corresponde a área de atuação de psicólogo, enfermeiro e assistente social.

Tabela 1. Descrição da ocupação dos profissionais do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto, que participaram do estudo. (N=17)

Profissão	Nº	%
Nutricionista	3	17,6
Fisioterapeuta	2	11,8
Enfermeiro	1	5,9
Psicólogo	1	5,9
Técnico em enfermagem	7	41,2
Copeira	2	11,8
Assistente social	1	5,9

A tabela 2 demonstra as falas dos profissionais sobre o que significa humanização dentro do contexto hospitalar. O termo respeito aos pacientes foi referido por 10 profissionais; se colocar no lugar do paciente, oferecer conforto e um atendimento individualizado e focado no paciente também foram posicionamentos referidos por 3 falas dos profissionais. Além destes, foram citados outros vocábulos

como estar presente; oferecer um atendimento de qualidade; proporcionar um ambiente acolhedor e ter compromisso para com o paciente.

Foi relatado ainda que “a humanização envolve todo o ambiente hospitalar bem como todos os profissionais presentes nele, desde um bom dia do porteiro, uma boa recepção, tudo interfere na recuperação do paciente”.

Tabela 2. Entendimento de humanização dos profissionais do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto

Ideia Central	Discurso do sujeito coletivo	Nº de vezes em que a IC foi citada
IC 1 – Conforto	“Levar conforto, segurança e dar uma boa assistência ao paciente”	3
IC 2 – Ambiente	“Deixar o ambiente mais próximo possível da realidade, da casa, família, respeitar os hábitos alimentares. Vem crescendo a ideia de dar autonomia e assistencialismo ao paciente”	2
IC 3 – Estar presente	“Estar mais presente com os pacientes, não considerar o paciente como número, respeitar o nome, vida pessoal, saber tratar as pessoas; ter um olhar além do olhar clínico”	1
IC 4 - Respeito	“Tratar paciente com respeito, interação com equipe multiprofissional, comprometimento”	10
IC 5 – Se colocar no lugar do paciente	“Cuidar do paciente, dando atenção, ter empatia, se colocar no lugar dele”	3
IC 6- Atendimento	“Um atendimento de qualidade, atenção, garantir uma vida e morte digna a uma pessoa”	2
IC 7 – Foco no paciente	“Atender o paciente de forma individualizada, além de questões nutricionais. Significa também afeto, carinho, minimizar o sofrimento e sem discriminação”	3
IC 8 – Compromisso	“Compromisso, respeito, responsabilidade”	2

Legenda: IC = Ideia Central.

Os resultados sobre o conhecimento da PNH e aplicação do acolhimento no ambiente hospitalar estão descritos na tabela 3, bem como o diálogo entre os profissionais de saúde e o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do hospital, com o acompanhante do paciente e a sensibilização com questões socioeconômicas e culturais vivenciadas pelos usuários.

Tabela 3. Procedimentos da PNH e aplicação do acolhimento pelos profissionais de saúde do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto. (N=17)

Questão	Sim Nº (%)	Não Nº (%)
Conhecimento sobre a PNH	14 (82,4)	3 (17,6)
Acolhimento	17 (100)	-
Contato entre os profissionais envolvidos com a nutrição e os profissionais do SND	16 (94,1)	1 (5,9)
Informa ao acompanhante do paciente quanto às condutas destinadas ao paciente	17 (100)	-
Sensibilização da equipe do local quanto às condições socioeconômicas e culturais dos pacientes	17 (100)	-

Legenda: PNH = Política Nacional de Humanização; SND = Serviço de Nutrição e Dietética.

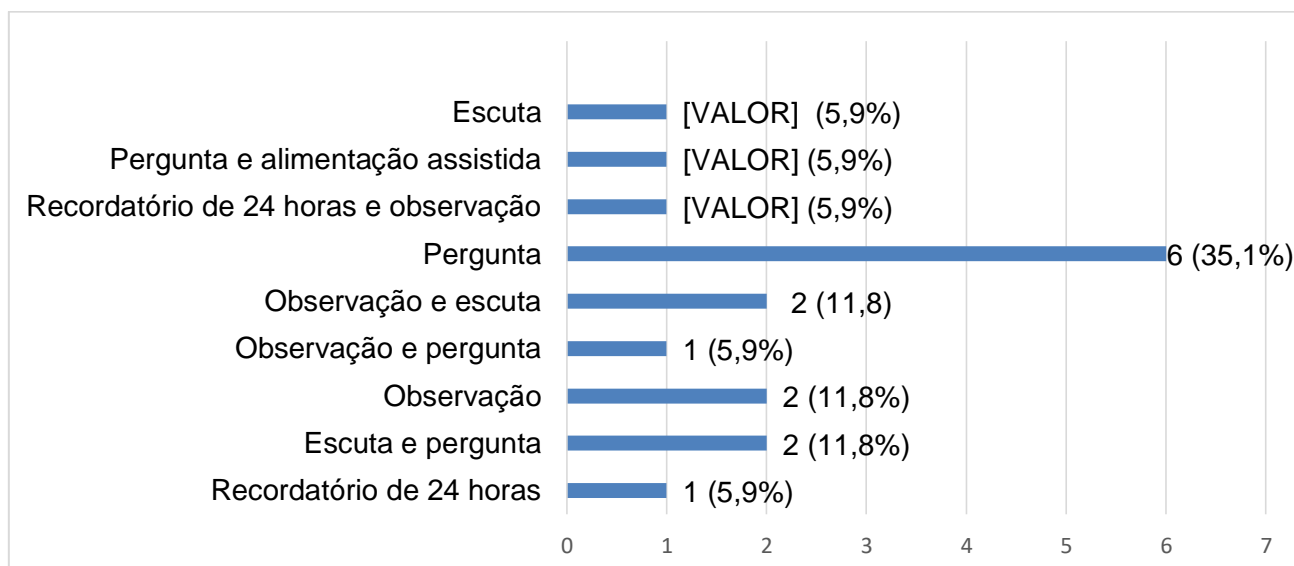
De acordo com os resultados, aproximadamente, 82% dos profissionais relataram conhecer ou terem escutado sobre a PNH e, embora alguns possam não conhecer, 100% dos mesmos mencionaram exercer o acolhimento dos pacientes em suas práticas profissionais.

O contato dos profissionais de saúde com os profissionais do SND do hospital foi de 94,1%. Em relação ao esclarecimento das condutas exercidas para o acompanhante bem como a sensibilização da equipe de saúde para com os pacientes, 100% dos profissionais declararam realizar tal prática. Alguns profissionais relataram experiências de ações sobre o quão sensibilizada é a equipe do hospital, como a atividade do Grupo de Trabalho de Humanização que disponibiliza alguns itens (sabonete, shampoo, roupas) para o paciente quando

necessário. Além disso, em alguns casos, informam a existência da assistência social, orientam acerca de políticas e ações de saúde e socioeconômicas disponibilizadas pela prefeitura e secretaria de saúde da cidade.

No que tange aos métodos relatados pelos profissionais envolvidos com o cuidado nutricional para a verificação do consumo das refeições feito pelos pacientes (fig. 1), observou-se que 35,1% profissionais utilizam o ato de perguntar como uma forma de apurar como está sendo a alimentação do paciente, 11,8% profissionais percebem ou observam o consumo das refeições, 5,9% profissional relatou ouvir quando o paciente informa, 5,9% escutam e perguntam também ao pessoal do quarto, 5,9% pergunta e também utiliza a alimentação assistida como forma de averiguar a ingestão dos alimentos.

Figura 1. Comportamento dos profissionais de saúde do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto para verificar o consumo das refeições pelos pacientes (N=17)

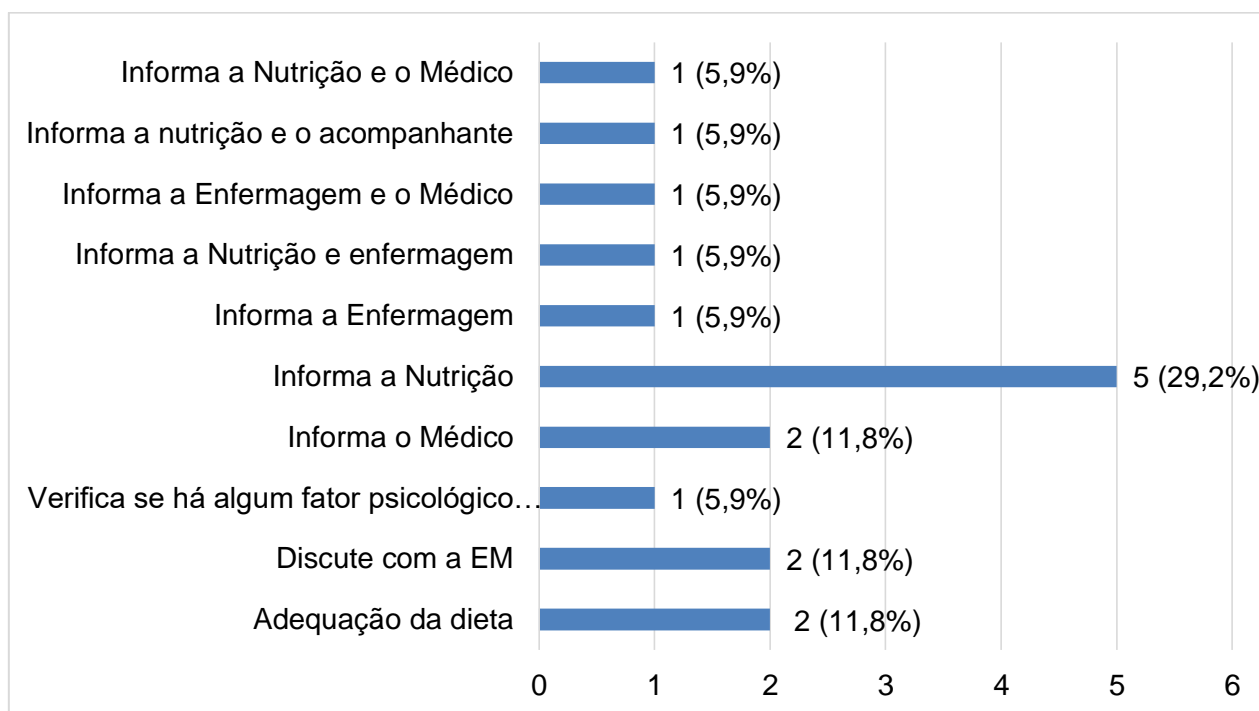


As ações exercidas pelos profissionais de saúde envolvidos com o cuidado nutricional em situações que comprometem a ingestão das refeições pelos pacientes, em casos de aversão ou não adaptação das refeições estão demonstradas na figura 2. Quando a ingestão é insatisfatória, 5 profissionais

informam a Nutrição, 2 ao Médico e 1 a Enfermagem, 2 discutem com a equipe multiprofissional e 1 citaram conversar com a Nutrição e o acompanhante. A adequação da dieta por meio da troca do alimento é realizada pela Nutrição (n= 2)

A interconsulta entre profissionais como a Nutrição, Enfermagem e Fonoaudiologia também foi citada como estratégia para aceitação do cardápio hospitalar. Além disso, alguns profissionais relataram que as características sensoriais também podem interferir na aceitabilidade das dietas orais.

Figura 2. Ações realizadas pelos profissionais diante da recusa ou baixa ingestão das refeições oferecidas aos pacientes. (N=17)

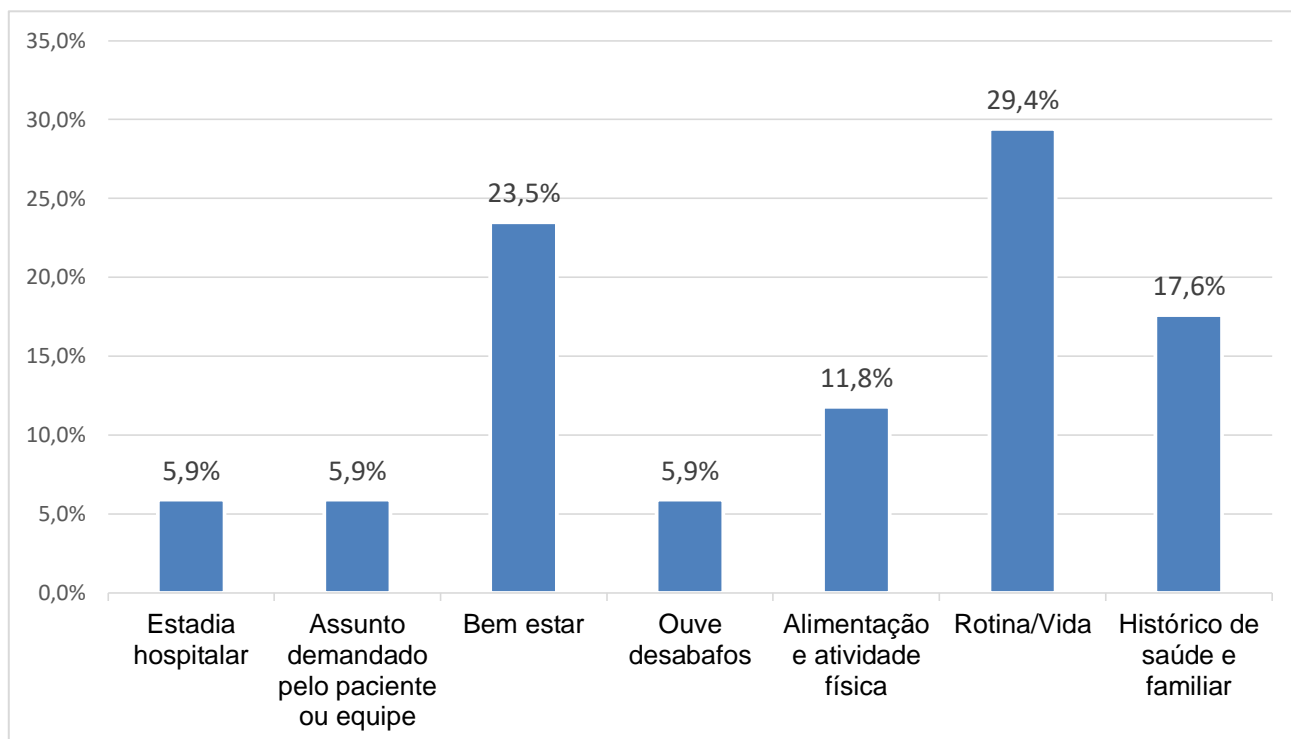


Legenda: EM = Equipe multiprofissional.

Observou-se que os temas mais discutidos relatados pelos profissionais de saúde por meio da sua interação com os pacientes (fig. 3), foram história de vida e rotina (29,4%), histórico de saúde e família (17,6%) e alimentação e atividade física (11,8%). Outros como o bem-estar do paciente que inclui brincadeiras para descontrair, criar amizade e oferecer carinho (23,5%).

Muitos ainda revelaram a criação de um vínculo com o paciente mediante a intimidade que se cria, ouvir desabaços, perguntar se quer um abraço e trabalhar com a autoestima. A iniciativa de trazer para o tratamento atividades como leitura e crochê, se necessário, também foram colocadas.

Figura 3. Assuntos citados pelos profissionais de saúde em sua interação com os pacientes do Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto



A tabela 4 evidencia alguns pontos que foram destacados nas falas dos profissionais de saúde que interagem com o estado nutricional do paciente. Vale ressaltar que a pergunta era “*Você acha que a interação entre profissionais de saúde e paciente pode interferir na recuperação do estado nutricional do paciente?*” Dos profissionais entrevistados 100% afirmaram que sim, porém alguns profissionais deram ênfase em tópicos importantes. As ideias centrais demonstradas na tabela 5 se constituem importantes, uma vez que evidenciam fatores que podem interferir no estado de saúde do paciente.

Diante disso, 35,3% ressaltaram a criação de um vínculo e oferecer apoio ao paciente; 17,6% revelaram a interação entre a equipe de saúde; 11,8% destacaram a família e 5,9% disseram sobre a escuta qualificada.

Tabela 4. Ideias centrais sobre fatores que influenciam o estado nutricional do paciente abordadas pelos profissionais de saúde

IC	Discurso do sujeito coletivo	Nº	%
IC 1 – Família	“Com certeza, a interação ocorre o tempo todo. A família se preocupa com a alimentação; comida como forma de sensibilização dos familiares e isso reflete o estado nutricional do paciente”	2	11,8%
IC 2 – EM Interdisciplinar	“Com certeza, a ação interdisciplinar e essa discussão entre os profissionais é importante para recuperação do estado nutricional (através da consistência, adaptação). É importante buscar a mesma linha de cuidado integral”	3	17,6%
IC 3 – Ouvir	“Sim, o ouvir ajuda o emocional do paciente, melhora a paciência e humor”	1	5,9%
IC 4 – Vínculo/Apoio	“Sim, as vezes só querem um abraço ou um sorriso em meio a toda dor” “Com certeza, paciente fica muito sozinho e carente”	6	35,3%
IC 5 – Sim	“Sim”	5	29,4%

Legenda: IC = Ideia Central; EM = Equipe Multiprofissional.

Pacientes

O número médio de internações diárias do Hospital Santa Casa da Misericórdia é de 45 pessoas, sendo 20 pelo SUS, 15 por plano de saúde e 5 na UTI.

Os pacientes entrevistados são mulheres (n=6) e homens (n=1), adultos e idosos, com idade entre 18 e 70 anos. Em relação à prescrição dietética, cinco pacientes com dieta normal, um para diabetes e outro estava com restrição alimentar (intolerância a lactose).

Tabela 5. Hábitos referidos pelos pacientes durante a sua estadia hospitalar na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto

Pacientes	
Atividades diárias no hospital	
Dormir/Comer/Tomar banho	100%
Caminhada	57,1%
Assistir Televisão	42,9%
Leitura	28,6%
Rezar	14,3%
Redes sociais	14,3%
Fatores que influenciam a mudança alimentar durante a internação	
Horário da refeição	100%
Diminuição do apetite	42,9%
Nº de refeições	28,6%
Variedade	14,3%
Composição	14,3%
Realiza as refeições sozinho	
Não	71,4%
Sim	28,6%
Consome todas as refeições servidas	
Não	57,1%
Sim	42,9%
Possui preferências na comida hospitalar	
Não	57,1%
Sim	42,9%
Gostaria que algo fosse modificado na comida	
Não	71,4%
Sim	28,6%
Sente falta de algum alimento	
Sim	57,1%
Não	42,9%
Diálogo com os profissionais	
Não	57,1%
Sim	42,9%

A tabela 5 mostra que as atividades citadas pelos pacientes incluem caminhada, assistir televisão e leitura, além dos hábitos rotineiros como comer, dormir e tomar banho. Foi relatado ainda que o hospital dispõe de um local para os

pacientes e acompanhantes poderem rezar durante a internação, conforme observado por 14,3% dos pacientes.

Em relação a mudança alimentar observada pelos pacientes, o horário da refeição foi citado como o mais diferente da sua rotina em casa (100%), seguido da falta de apetite em relação a doença (42,9%) e o nº de refeições (28,6%).

No que se refere ao momento das refeições ser realizado sozinho ou com acompanhante, 71,4% relatou ser realizado com o acompanhante. Já a ingestão completa das refeições foi relatada por 42,9% dos pacientes, sendo os hábitos pré-existentes (não consumir café da manhã ou lanches), as preferências e restrições neste

(não consome leite e pão) e o estado da doença os fatores interferentes nesta etapa.

Observou-se que 42,9% dos pacientes relataram alguns alimentos que mais gostaram durante a sua estadia, como frango com arroz, macarronada, ovos temperados e arroz doce, enquanto que 57,1% relatou boa adaptação aos alimentos oferecidos. Em relação a aversão a alguma comida hospitalar houve somente um alimento, o guisado de berinjela, mencionado pela não aceitação. Ademais, 71,4% dos pacientes relataram que nada precisava ser modificado em sua dieta hospitalar, dado que se adaptaram em relação a alimentação e 28,6% declaram que a quantidade das porções poderia ser diminuída.

A maioria dos pacientes (57,1%) apresentaram alguns alimentos que gostariam de comer ou sentem falta de comer, como manga, peixe empanado e hambúrguer. Até mesmo o ato de cozinhar para si próprio foi mencionado. Foi relatado ainda por uma paciente que possuía restrição alimentar, que a equipe de Nutrição a deixou trazer alimentos de casa, desde que adequado nas condições higiênico sanitárias.

No que diz respeito ao diálogo com os profissionais acerca das preferências e gostos alimentares, 60% dos pacientes disseram que não

conversaram sobre esse assunto e 40% relataram que sim, pois foram perguntados pela nutricionista ou informaram sobre alguma restrição alimentar.

7. DISCUSSÃO

O entendimento dos profissionais de saúde sobre a humanização apresentados na tabela 2 se encontram de acordo com a revisão realizada, onde a humanização em saúde abrange questões além da doença, como o bem-estar do paciente, aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais, incluindo a atenção e respeito aos usuários.

Farias et al (2013) encontrou em seu estudo que os profissionais de saúde têm uma percepção correta sobre o significado da humanização da assistência ao paciente, assim como nesse estudo, em que as ideias centrais citadas pelos indivíduos refletem sobre o que é a humanização da assistência

Conforme observado nesse estudo pelas diferentes IC que caracterizam a percepção da humanização, Neto et al (2013) coloca que a humanização é entendida de diferentes formas que se convergem na valorização do ser humano. Mongiovi et al (2014) salienta que os profissionais de saúde possuem uma compreensão intuitiva sobre o conceito de humanização, partindo de uma perspectiva de empatia pelo usuário, ou seja, uma assistência atenciosa em que se colocar no lugar do outro está relacionado a humanização.

Carvalho et al (2015) diz que os sentimentos positivos do profissional como respeito, carinho, humildade, paciência, e outros, precisam ser colocados em prática no momento da assistência ao paciente, de forma que a evitar que a mesma aconteça de forma fria e mecanizada. O mesmo perfil foi observado no nosso estudo, em que as IC declaradas pelos profissionais demonstram o seu comprometimento para com o usuário em trazer a humanização para o cuidado hospitalar, através do respeito, conforto, se colocar no lugar do outro e um atendimento individualizado.

A análise do conteúdo demonstra que a PNH embora não seja conhecida por todos os profissionais, alguns de seus princípios e diretrizes são realizados pelos profissionais, como acolhimento, clínica ampliada e compartilhada e defesa dos direitos dos usuários.

O acolhimento faz parte do âmbito da humanização, pois possibilita reconhecer os sujeitos como pessoas que têm necessidades e direitos. Dessa forma, a incorporação da proposta de acolhimento pode contribuir para uma efetiva responsabilização clínica por parte do sistema de saúde, além de construir vínculos entre usuários e trabalhadores (GOURLART et al, 2013).

A PNH afirma que o acolhimento deve ser baseado no diálogo e construído a partir de relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, indo além do foco da doença e valorizando os aspectos sociais, econômicos, crenças, valores e histórias de vida (BRASIL, 2013). Isso vai de encontro aos achados nesse estudo em que o diálogo, a escuta e a sensibilização das condições socioeconômicas dos pacientes consideradas na prática clínica pelos profissionais de saúde, conforme demonstrado na tabela 3.

Os resultados encontrados por Neto et al (2013) corroboram com o nosso estudo, visto que observou um acolhimento praticado pelos profissionais de saúde através de um espaço que visa a escuta, a identificação das necessidades a partir dos relatos sobre as queixas e o respeito às diferenças. Assim como no estudo de Gibaut et al (2013), em que o acolhimento visa a construção de um diálogo a partir da valorização das queixas do paciente e da família, o respeito às diferenças.

A participação do Grupo de Trabalho de Humanização no hospital visa ampliar o processo de humanização desenvolvendo ações neste sentido. Garcia et al (2010) concluiu que a implantação e o aprimoramento do dispositivo da PNH são de suma importância, conforme também observado nesse estudo, onde o GTH propicia ações de humanização para os pacientes carentes.

A humanização na saúde é ir além da competência técnico-científica dos funcionários. Amplia-se a competência nas relações interpessoais, sendo estas

pautadas no respeito ao ser humano, à vida, na solidariedade e sensibilidade para perceber as necessidades singulares dos sujeitos envolvidos (SILVA et al, 2011). Assim como o observado no presente estudo em que alguns profissionais se preocupam com questões além do hospital, como o ato de informar o usuário os seus direitos como cidadão do SUS, onde conseguir auxílio pelas políticas e ações disponíveis.

A interação entre profissionais e familiares compreende fornecer informações referentes aos cuidados específicos aos pacientes, o que possibilita fortalecer os cuidados em relação a doença para a alta hospitalar. Além disso, Schimith et al (2011) destaca que os familiares devem ser informados de tudo que ocorre no hospital, pois, dessa forma, é possível diminuir a angústia, a ansiedade e as preocupações entre os familiares.

Uma comunicação eficaz pode despertar no paciente e na família sentimentos de segurança, confiança e conforto (FARIAS et al, 2013). Neste estudo foi demonstrado que os profissionais se preocupam com a família e acompanhantes dos pacientes, relatando as condutas realizadas e buscando interagir com os mesmos, reforçando que isso pode contribuir para a melhora do estado de saúde.

A gestão participativa e o comprometimento de todos, profissionais e usuários estão previstos na PNH para o bom desenvolvimento dos trabalhos, visando a qualidade da assistência, a segurança e o vínculo de confiança e empatia que permite relações de via de mão dupla, conforme referido por Rodrigues et al (2017). No presente estudo observou-se que há cooperação entre os profissionais em relação ao cuidado nutricional, o que reforça a interação multiprofissional dos mesmos em vários setores do hospital (fig. 1).

Para o trabalho em equipe ser eficaz é essencial o diálogo entre os profissionais, além de ser uma importante ferramenta na obtenção de informações para a condução terapêutica (BROCA et al, 2015). Nessa pesquisa, o trabalho em equipe multiprofissional constituiu uma maneira de os profissionais realizarem a prática do cuidado humanizado, conforme a clínica ampliada e compartilhada, que permite aos profissionais refletirem acerca da compreensão ampliada do processo

saúde-doença através do compartilhamento de diagnósticos e intervenções do trabalho em saúde.

Evangelista et al (2016) obteve esse achado em seu estudo, e cita que a interação como forma de organização do trabalho, traz à tona a comunicação representando o veículo que torna possível a articulação das ações profissionais. Ou seja, a comunicação se configura na união dos conceitos entre a humanização e equipe multiprofissional.

Fernandes et al (2015) declara que a constituição de vínculo entre os profissionais torna o grupo de trabalho integrado, forma um sistema de complementariedade, valoriza a troca de conhecimentos e experiências e possibilita uma melhor qualidade de assistência.

A ocorrência da clínica ampliada por meio da interação dos profissionais de saúde buscando uma melhor conduta para o paciente foi demonstrada neste estudo. O ato de informar a algum outro profissional e discutir com a equipe sobre a alimentação, aceitação da dieta e melhor via de administração da mesma para o paciente, ressalta o comprometimento e o diálogo entre os profissionais, cooperação em relação ao cuidado nutricional e as decisões compartilhadas, conforme demonstrado na figura 2.

Oliveira et al (2018) em seu estudo diz que o cuidado nutricional é essencial, pois permite a humanização no contexto hospitalar, e para sua efetivação é imprescindível a realização de ações multiprofissionais.

A PNH visa ampliar o diálogo entre as pessoas envolvidas no processo de produção da saúde, através da gestão participativa e estimulando práticas resolutivas. Silva et al (2015) aponta que o trabalho em equipe na saúde pode racionalizar a assistência e integrar disciplinas e profissões com vistas à atenção integral à saúde.

Em virtude disso e da revisão da literatura proposta pode-se dizer que o cuidado integral está implícito no cuidado humanizado. Dessa forma inclui-se o cuidado nutricional que envolve a participação de todos os profissionais de saúde.

Vale ressaltar que, multiprofissionalidade indica que as atuações profissionais ocorrem de forma isolada e sem cooperação. Enquanto que interdisciplinaridade aponta que as relações profissionais são mais horizontais, havendo uma reciprocidade entre as diferentes disciplinas, o reconhecimento de uma problemática comum, com maior grau de cooperação e valorização dos conhecimentos (SILVA et al, 2015).

Sendo assim, nessa pesquisa, encontrou-se uma equipe multiprofissional que gera ações interdisciplinares em sua rotina hospitalar, ou seja, a prática na área da saúde é permeada por processos de trabalho que se complementam e que são cooperativos.

Vale ressaltar que a relação do profissional-paciente e a escuta não são somente atos generosos e de boa vontade, mas um recurso fundamental para o diagnóstico e a adesão do paciente ao tratamento (CARVALHO et al, 2015).

Conforme relatado por uma profissional de saúde “a humanização envolve todo o ambiente hospitalar bem como todos os profissionais atuantes”. Goulart et al (2013) assinala que a qualidade do atendimento é marcada por boa recepção da equipe, limpeza e organização, pontualidade, comprometimento, atendimento humanizado e preocupação com o usuário bem como o respeito.

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir entre o profissional e paciente. Por meio da comunicação, as características subjetivas são alcançadas e colaboram para uma assistência de qualidade e a valorização do paciente em sua dignidade (NETO et al, 2013).

Observou-se neste estudo (figura 3) uma interação bem ampla dos profissionais de saúde com os pacientes, sobre temáticas que vão além do foco saúde-doença, sendo esta interação em busca de um melhor estado de saúde, de oferecer um atendimento humanizado e conforto para os mesmos. Lima et al (2018) também obteve esse achado e ressalta é necessário que o profissional transmita palavras de carinho, incentivo, confiança, mantendo, assim, uma comunicação e aproximação com o paciente.

Segundo Andrade et al (2013) o diálogo está relacionado ao acolhimento, e estes são fundamentais para a oferta de cuidado integral e humanizado, conforme também descrito em neste estudo.

A criação de um vínculo foi ressaltada pelos profissionais como um modo de fazer humanização, assim como visto por Trentini et al (2011) em que criar um vínculo é a construção de relações estreitas a ponto de se sensibilizar com o outro; é desenvolver um processo de troca entre o usuário e o profissional, de modo a facilitar a autonomia do usuário. Assim sendo, a construção de um vínculo reforça o acolhimento.

Segundo estudo de Moreira et al (2015) a humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, firmado na compreensão e valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana.

Carvalho et al (2015) apresenta que o diálogo favorece identificação e compreensão das dúvidas, dos anseios, dos medos e dos fatores que causam ansiedade, angústia e desconforto ao paciente, isto é, todos os sentimentos que podem ser vivenciados durante a estadia hospitalar.

Os discursos citados pelos profissionais exibidos na tabela 4 reforçam as considerações do documento base da PNH (BRASIL, 2010b), através do reconhecimento das preocupações do usuário e da oferta de uma escuta qualificada. Isto também ressalta a disponibilidade de uma assistência humanizada, que pode contribuir para a recuperação do estado de saúde do paciente.

De modo geral, todos os profissionais de saúde acreditam que esse vínculo entre profissional e paciente é importante para a recuperação do seu estado de saúde. Mediante as falas expostas, reforçam as suas motivações e comprometimento com o usuário, bem como o reconhecimento da interação multiprofissional no cuidado nutricional.

Oliveira et al (2018) destaca que para a humanização do ambiente hospitalar é necessário também avaliar a ingestão alimentar, as mudanças de hábitos alimentares e a insatisfação com relação às refeições oferecidas.

Os fatores relacionados as mudanças alimentares observadas pelos pacientes (tabela 5), além da redução do apetite pela presença da doença, são os horários e a variedade das refeições. Nascimento et al (2017) em seu estudo pontua que a variedade dos alimentos e a composição das refeições são um dos principais fatores que interferem na aceitabilidade e qualidade da dieta. Constatou-se também que um dos fatores que contribuem para a insatisfação alimentar ou a baixa aceitabilidade é a mudança no hábito alimentar referente ao horário que as refeições são distribuídas.

Os pacientes referiram que o apetite foi influenciado pela doença, e de acordo com os profissionais, a apresentação do prato também induz indiretamente na aceitação da preparação. Para minimização desses problemas, Demário et al (2010) coloca que além da questão nutricional, os aspectos sensoriais e simbólicos devem ser contemplados na conduta nutricional. O sabor da comida é um ponto essencial para que a ingestão seja adequada e o momento da refeição seja completo.

No presente estudo, os sabores dos alimentos juntamente com os valores simbólicos foram importantes para os pacientes, influenciando diretamente em suas preferências alimentares na dieta hospitalar. Pelo exposto, acredita-se que a aversão a alguma preparação esteja relacionada às características sensoriais.

Souza et al (2013) coloca que a possibilidade de fazer adaptações individualizadas, aumenta o grau de aceitação das dietas hospitalares. Como neste estudo, onde as nutricionistas da instituição permitem que a família traga alimentos de caso, quando se observa uma ingestão insuficiente ligado a questões simbólicas e que podem prejudicar o estado nutricional.

Em relação consumo alimentar, verificou-se que a maioria dos pacientes relataram não consumir todas as refeições servidas. Dupertuis et al (2003), demonstraram que a ingestão insuficiente das dietas hospitalares se deve a causas

que vão além das doenças, ou seja, preparações incompatíveis com o hábito dos pacientes, má apresentação, preparação de dietas a pacientes em jejum, baixa distinção dos fatores a uma ingestão deficiente e baixa assistência aos pacientes. É importante salientar que a avaliação da ingestão alimentar está relacionada a humanização do atendimento, conforme referido pela revisão da literatura.

Ao questioná-los sobre a adaptação da alimentação hospitalar, a maioria dos pacientes relataram que não haveria necessidade de modificação e que também não apresentavam nenhuma preferência alimentar, ou seja, se mantiveram indiferentes em relação a aceitação da dieta. Silva et al (2013) também obteve esse resultado, em que os pacientes se mantiveram indiferentes às expectativas alimentares e apresentaram-se conformados com as refeições. Isso pode ocorrer devido ao período de internação, que conforme mencionado na revisão da literatura pode evocar sentimentos e emoções aos pacientes que influenciam em suas escolhas alimentares.

Dessa forma, medidas como o diálogo com os profissionais a respeito dos gostos e aversões alimentares, adequação do fracionamento das refeições, alteração do horário de distribuição das refeições, características sensoriais das apresentações tornam-se fundamentais para a aceitabilidade das dietas orais, o que poderá resultar no aumento da satisfação dos mesmos, melhora do EN, e na redução do tempo de hospitalização e do custo com internação.

Diante do exposto, é possível observar que embora os profissionais de saúde conheçam e apliquem a humanização na prática clínica, os pacientes não têm a mesma percepção sobre esse cuidado nutricional humanizado, visto que são diversos os fatores que interferem na mudança alimentar referidos pelos mesmos, e ainda há um baixo consumo alimentar e pouco diálogo com os profissionais de saúde sobre o assunto.

As limitações deste estudo relacionam-se ao número de sujeitos pacientes, o que impede a validação dos achados, porém, estes são considerados adequados, pois refletem condições semelhantes verificadas em outras pesquisas, destacando-

se a necessidade de estudos complementares que envolvam o tema. Ainda existe uma carência de estudos sobre a prática de cuidado nutricional humanizado nas instituições hospitalares, sendo mais discutida e pesquisada essa modalidade de assistência no que se refere ao atendimento pela Enfermagem e a Equipe Multiprofissional.

8. CONCLUSÃO

A humanização da assistência em saúde é conhecida pelos profissionais de saúde através do respeito, empatia, atendimento individualizado, atenção e dentre outros que caracterizam a valorização do ser humano.

Observou-se neste estudo que o atendimento hospitalar é fundamentado nas diretrizes e princípios da PNH, sendo os mais citados: acolhimento; clínica ampliada e compartilhada; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos; cooperação entre a equipe multiprofissional e interdisciplinar; defesa dos direitos dos usuários e o vínculo profissional-paciente. A atuação do cuidado humanizado no hospital ocorre por influência do GTH, visto que este visa ampliar a humanização nas práticas clínicas.

Os profissionais de saúde têm em vista a complexidade de fatores que podem comprometer o estado nutricional do paciente, como o ambiente hospitalar, os sintomas da doença, as condições socioeconômicas, o bem-estar do paciente, aspectos físicos, psíquicos e sociais, incluindo a atenção e respeito aos usuários e dentre outros. Diante disso, buscam considerar esses fatores em sua prática clínica favorecendo um cuidado nutricional humanizado.

A aceitabilidade com as refeições hospitalares também se torna importante no contexto do cuidado humanizado, visto que a comida reflete um caráter afetivo. Nesse estudo houve uma adaptação das dietas referidas pelos pacientes, pouco diálogo com profissionais de saúde, além de ser descrito fatores que interferem na aceitação da alimentação, incluindo diminuição do apetite, horário, variedade, composição e o número de refeições.

A percepção do cuidado nutricional humanizado pelos pacientes precisa ser avaliada, dado que foi observado pouco diálogo com os profissionais de saúde sobre a alimentação, além de ser fundamental maior averiguação quanto ao consumo alimentar e os fatores que interferem no mesmo. São necessários mais estudos complementares que envolvam o cuidado aos pacientes e a Nutrição.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, 2013.

ARAÚJO, E. J. M.; PONTE, K. M. A.; ARAÚJO, L. M.; FARIAS, S. M. Satisfação dos familiares com a humanização da assistência em UTI. **SANARE**, v. 18, n. 1, 2019.

ARCE, V. A. R.; SOUZA, M. F. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, São Paulo, 2013.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.14, n. 1, Ribeirão Preto, 2006.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, N. 3, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção**. v.1. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Atenção Hospitalar**. v.3. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2015.

BRYLINSKY, C. Processo de cuidado nutricional. In: MAHAN, L. K.; STUMP, S. E. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2010. p. 253-260.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: Uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 4, p. 734-740, 2011.

CANTARELLI, A. P. S. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Revista da SBPH**, v.12, n. 2, Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, D. O; SANTOS, N. N. R. C; SILVA, A. R. V; et al. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, 2015.

CASATE, J. C; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n.1, São Paulo, 2012.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.4, Brasília, 2013.

COLOÇO, R. B; HOLANDA, L. B; PORTEIRO-MCLELLAN, K. C. Determinantes do grau de satisfação de pacientes internados referente a refeições oferecidas em um hospital universitário. **Revista de Ciências Médicas**, v. 18, n. 3, 2009.

COTTA, R. M. M; REIS, R. S; CAMPOS, A. A. O; et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, Rio de Janeiro, 2013.

COUTINHO, Ç. A. P; BARBIERI, A. R; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n.105, Rio de Janeiro, 2015.

DEMÁRIO, R. L; SOUZA, A. A; SALLES, R. K. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Rio de Janeiro, 2010.

DEMÉTRIO, F; PAIVA, J. B; FRÓES, A. A. G; et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Revista de Nutrição**. v. 24, n. 5, Campinas, 2011.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, 2004.

DUPERTUIS, Y.M; KOSSOVISKY, M.P; KYLE, U.G; et al. Food intake in 1707 hospitalized patients: a prospective comprehensive hospital survey. **Clinical Nutrition**, v. 22, n. 2, 2003

EVANGELISTA V. C; DOMINGOS T. S; SIQUEIRA F. P. C; BRAGA E. M. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, 2016.

FARIAS, F. B. B; VIDAL, L. L; FARIAS, R. A. R; et al. Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde. **Journal of research fundamental care on line**, v. 5, n. 4, 2013.

FARIAS, C; MADERS, D; DUARTE, M; LOPES, M. Cuidado humanizado: do foco na doença para o foco no sujeito. **Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa: ISPA – Instituto Universitário, 2018.

FERNANDES, H. N; THOFEHRN, M. B; PORTO, A. R; et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 7, n. 1, 2015.

FONSECA, A. M; CAMPOS, A. C. V; COTTA, F. M. P, et al. Reflexões éticas sobre o cuidado humanizado na percepção dos enfermeiros. **Revista Ciência & Saúde**, v. 3, n. 1, Porto Alegre, 2010.

FREITAS, C. R; MORETTO, C. C. Psicologia da saúde: o acolhimento humanizado na sala de observação de uma unidade pré-hospitalar. **Revista da SPAGESP**, v.15, n. 2, 2014.

FREITAS, J. S; SILVA, A. E. B. C; MINAMISAVA, R. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2014.

GARCIA, R. W. D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 2, Campinas, 2006.

GARCIA, A. V; ARGENTA, CE; SANCHEZ, KR; et al. O Grupo de Trabalho de Humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, Rio de Janeiro, 2010.

GIBAUT, M. A. M; MUSSI, F. C. Políticas públicas para a família no contexto da saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 3, Salvador, 2013.

GONÇALVES, N. E. X. M. O Nutricionista que atua em Serviços Hospitalares de Nutrição: competências profissionais e estratégias gerenciais. Dissertação de Mestrado, USP, Ribeirão Preto, 2016.

GOURLART, C. B; HADDAD, M. C. L; VANNUCHI, M. T. O; et al. Acolhimento como estratégia para alcançar a integralidade da assistência em hospital de média complexidade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 34, n. 1, Londrina, 2013.

ISMAEL, S. M. C. (Org.) **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. 2ª ed, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006.

LEFÈVRE F, Lefèvre A. M. C. Pesquisa de Representação Social – Um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Líber Livro Editora; 2010.

LIMA, A. A; JESUS, SANTOS, D; SILVA, T. L. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, 2018.

MEDEIROS, L. M.O. P; BATISTA, S. H. S. S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro, 2016.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F; NETO, O. C; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis; Vozes; 2002.

MONGIOVI, V. G; ANJOS, R. C. C. B. L; SOARES, S. B. H; et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, Brasília, 2014

MOREIRA, M. A. D. M; LUSTOSA, A. M; DUTRA, F; et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, Rio de Janeiro, 2015.

NACIMENTO, T.; MOREIRA, D. F.; CARVALHO, R. C. R; et al. Aceitabilidade das dietas orais de um hospital do sul de minas. **Revista da UIIPS**, v. 5, n. 5, 2017.

NAVARRO, L. M; PENA, R. S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, n. 1, 2013.

NAVOLAR, T. S.; TESSER, C.D.; AZEVEDO, E. Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.41, Botucatu, 2012.

NETO, A. V. L; NUNES, V. M. A; FERNANDES, R. L; et al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. In: **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, 2013.

OLIVEIRA, A. S; BARBOSA, J. V. P; PEREIRA, M. S; et al. Implantação da clínica ampliada em um hospital escola em Maceió/al: contribuições para o perfil do egresso do curso de fisioterapia. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia**, v. 5, n. 10, 2018.

PASCHE, D. F; PASSOS, E; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, Rio de Janeiro, 2011.

PEDROSO, C. G. T. Cuidado alimentar e nutricional ao paciente hospitalizado: elementos para a construção de um modelo fundamentado na humanização. Dissertação de Mestrado, UFSC, Santa Catarina, 2007.

PEDROSO, C. G. T; SOUZA, A. A; SALLES, R. K. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 16, Rio de Janeiro, 2011.

REIS, C. C. A.; SENA, E. L. S; FERNANDES, M. H. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v. 8, n.2, Rio de Janeiro, 2016.

RIBAS, A. S; PINTO, E. O; RODRIGUES, C. B. Determinantes do grau de aceitabilidade da dieta hospitalar: ferramentas para a prática clínica?. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 8, n. 2, 2013.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 2, Rio de Janeiro, 2009.

RODRIGUES, J. S. M; SOBRIONHO, E. C. R; TOLEDO, M. L. V, et al. O atendimento por instituição pública de saúde: percepção de famílias de doentes com câncer. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, Rio de Janeiro, 2013.

RODRIGUES, M. A. S; RIOS, I. C. Considerações sobre gestão da humanização hospitalar: o caso do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. In: **ORGANICOM**, nº 26, São Paulo, 2017.

SANCHES, R. C. N; GERHARDT, P. C; REGO, A. S; et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016.

SCHIMITH, M. D; SIMON, BS; BRÊTAS, ACP; BUDÓ, MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, Rio de Janeiro, 2012.

SETA, M. H; O'DWYER, G; HENRIQUES, P, et al. Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, I. D; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, 2011.

SILVA, S. M; MAURÍCIO, A. A. Gastronomia hospitalar: um novo recurso para melhorar a aceitação de dietas. **ConScientia e Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, 2013.

SILVA, E. M; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, 2015.

SILVA, F. M. Valorização do trabalho e do trabalhador na Atenção Básica: Revisão sistematizada sobre experiências de mudanças nas práticas de saúde. Dissertação de mestrado aprovada EM UFSC, 2017.

SILVEIRA, M. H; CIAMPONE, M. H. T; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 17, n. 1, Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, A. A; PROENÇA, R. P. C. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. **Revista de Nutrição**, v.17, n. 4, Campinas, 2004.

SOUZA, A. A; SALLES, R. K; ZILLOTTO, L. F; et al. Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 8, n. 2, 2013.

TRENTINI, M; P. A. I. M. L; VÁSQUEZ, M. L. A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2, 2011.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, 2010.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAIS DA SAÚDE

1. Você conhece a Política Nacional de Humanização?
2. Para você, o que significa humanização em um ambiente hospitalar?
3. O conceito de Acolhimento é aplicado no hospital?
4. Há contato entre os profissionais de saúde envolvidos com a Nutrição Clínica e os profissionais da unidade responsável pelo preparo das refeições do hospital?
5. O acompanhante do paciente também é informado quanto às condutas para o paciente?
6. A equipe do local é sensibilizada quanto às condições socioeconômicas e culturais dos pacientes?
7. Existe algum método utilizado para saber se o paciente está consumindo as refeições adequadamente?
8. Se o paciente hospitalizado não se alimentou em um determinado dia, quais procedimentos são realizados?
9. Se algum paciente relata possuir aversão a um alimento, quais ações são tomadas?
10. Se o paciente não se adaptar a um determinado tipo de alimento, quais ações são realizadas?
11. Sempre que possível você conversa com os seus pacientes? No geral, sobre quais assuntos?
12. Você acha que a interação entre profissionais de saúde e paciente pode interferir na recuperação do estado nutricional do paciente?

Obrigada!

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO - PACIENTES

1. Quais atividades costuma realizar no decorrer do dia aqui neste hospital?
2. Durante o período de internação teve alguma mudança alimentar como restrição alimentar, diminuição do paladar e/ou apetite?
Caso sim, qual seria a causa mais provável para essas alterações alimentares?
() Doença () Ambiente hospitalar () Medicamentos
3. Quantas refeições são servidas no decorrer do seu dia, aqui neste hospital?
4. Você consome todas as refeições oferecidas? Caso não, o que o faz recusar?
5. Tem algum alimento que o senhor (a) gosta que é servido com frequência aqui no hospital?
6. Tem algum alimento que o senhor (a) não gosta que é servido com frequência aqui no hospital?
7. Cite os alimentos que mais gostou durante o período de internação.
8. Cite os alimentos que o senhor menos gostou durante o período de internação.
9. Os horários da refeição no hospital são diferentes daqueles praticados em sua casa?
10. Normalmente realiza suas refeições sozinho (a) ou com acompanhante?
11. Gostaria que algo fosse modificado na alimentação aqui do hospital?
12. Possui saudade de algum alimento que tem hábito de consumir?
13. Existe algum alimento que gostaria de consumir aqui no hospital?
14. O senhor (a) disse aos os profissionais que o (a) acompanham sobre seus alimentos preferidos e os alimentos que não gosta?

Obrigada!

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa denominada “**CUIDADO NUTRICIONAL HUMANIZADO EM UM HOSPITAL DE CARÁTER FILANTRÓPICO**”, a ser desenvolvida pela aluna Laís Teixeira de Oliveira, graduanda em nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto, em prol do seu Trabalho de Conclusão de Curso, sob orientação das professoras Silvana Mara Luz Turbino Ribeiro (orientadora) e Adriana Cândida da Silva.

O objetivo principal deste trabalho será identificar ações de humanização no Serviço de Nutrição e Dietética da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto. Para tanto, solicitamos que o (a) senhor (a) responda, caso esteja de acordo, a um questionário que contém perguntas simples sobre o tema acima descrito. Este questionário será aplicado pela aluna que desenvolverá seu Trabalho de Conclusão de Curso, acima citado.

Os dados analisados neste estudo serão encaminhados ao hospital, para que possam auxiliar nas condutas que favoreçam o atendimento humanizado aos pacientes hospitalizados.

Para garantir a privacidade da amostra, o questionário não exigirá identificação. As informações fornecidas serão confidenciais e guardadas sob a responsabilidade da aluna Laís Teixeira de Oliveira por um período de cinco anos, na Escola de Nutrição da UFOP - ENUT, e depois serão incineradas.

O (a) Senhor (a) deve saber que é livre para decidir participar ou não, ou seja, sua participação é voluntária, e que as informações que fornecer serão utilizadas unicamente para a realização desse estudo. Os resultados deste estudo serão enviados aos profissionais atuantes na Santa da Misericórdia de Ouro Preto, para que possam promover as alterações necessárias que favoreçam o melhor atendimento aos pacientes hospitalizados.

O preenchimento do questionário não oferece risco imediato, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, uma vez que algumas perguntas podem remeter ao desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder as questões, podendo o (a) senhor (a) optar pela suspensão imediata da participação. Para minimizar estes riscos, a aluna coletará os dados através de uma conversa informal e o (a) senhor (a) poderá recusar a responder qualquer questão, caso sintá-se desconfortável.

Se o (a) senhor (a) tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa, citados abaixo, juntamente com seus endereços e telefones. Caso tenha alguma dúvida a respeito dos procedimentos éticos desse estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFOP, no endereço ou pelos telefones citados abaixo.

Comitê de Ética em Pesquisa

Endereço: Morro do Cruzeiro – Centro de Convergência /Bairro: Campus Universitário / CEP: 35.400-000

UF: MG / Município: Ouro Preto /Telefone: (31) 3559-1368

Aluna: Laís Teixeira de Oliveira - (31) 98210-5708 /Silvana Mara Luz Turbino Ribeiro - 99602-4649 /Adriana Cândida da Silva – 98578-6504

Ouro Preto, __ de _____ de 2019