

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

AÇÕES DO NUTRICIONISTA NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA HOSPITALAR

Helen Mara dos Santos Gomes

**Belo Horizonte
2014**

Helen Mara dos Santos Gomes

AÇÕES DO NUTRICIONISTA NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA HOSPITALAR

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica para profissionais da saúde – CEFPEPS, da Universidade Federal de Minas Gerais, Polo Uberaba, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marisa Antonini Ribeiro Bastos

**Belo Horizonte
2014**

Gomes, Helen Mara dos Santos

Ações do Nutricionista na Assistência Humanizada Hospitalar
[manuscrito] / Helen Mara dos Santos Gomes. - 2014.

48 f.

Orientador: Marisa Antonini Ribeiro Bastos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do
título de Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde.

1.Nutricionista. 2.Assistência Hospitalar. 3.Humanização na
Assistência Hospitalar. 4.Serviço de Nutrição Hospitalar. I.Bastos,
Marisa Antonini Ribeiro . II.Universidade Federal de Minas Gerais.
Escola de Enfermagem. III.Título.

Hellen Mara dos Santos Gomes


**“AÇÕES DO NUTRICIONISTA NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA
HOSPITALAR”**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Marisa Antonini Ribeiro Bastos (Orientadora)



Profa. Valda da Penha Caldeira

Data de aprovação: 24/01/2014

Dedico esta, como todas as conquistas em minha vida, ao meu esposo e aos meus familiares,
que sempre me encorajam e torcem por mim.

Ao maravilhoso Deus, por me guiar ao longo do curso,
Aos meus familiares, por sempre incentivar minha trajetória acadêmica,
Ao meu esposo, Reginaldo, pelo companheirismo e incentivo,
Aos colegas do CEFPEPS, por trocas de experiências,
À querida tutora presencial, Sharon, por sua paciência, atenção, acolhimento e ensinamentos
durante o curso,
À tutora docente, Valda, por sua dedicação como educadora,
À orientadora Marisa, que mesmo de tão longe, pode contribuir para essa formação,
Meus sinceros agradecimentos...

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas
admiráveis.”

José de Alencar

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Classificação das evidências.....	25
QUADRO 2 - População e amostra dos artigos indexados nas bases eletrônicas antes e após serem submetidos aos critérios de inclusão.....	28
QUADRO 3 - Distribuição dos artigos segundo as variáveis: autores, bases, ano de publicação e nível de evidência.....	34
QUADRO 4 - Distribuição dos estudos quanto às ações do nutricionista na assistência humanizada hospitalar.....	35

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição da formação dos autores dos artigos que fizeram parte da revisão.....	31
TABELA 2 - Distribuição dos autores dos 4 artigos segundo o sexo.....	31
TABELA 3 - Distribuição dos autores dos artigos desta revisão segundo a titulação.....	32
TABELA 4 - Distribuição das publicações segundo os periódicos divulgados.....	33
TABELA 5 - Distribuição dos artigos da presente revisão segundo delineamento do estudo realizado.....	34

LISTA DE SIGLAS

ADA - *American Dietetic Association*

CFN – Conselho Federal de Nutricionista

DECS- Descritores em Ciências da Saúde

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PHN – Política Nacional de Humanização

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SND – Serviço de Nutrição e Dietética

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

O presente estudo **objetivou** identificar as ações do nutricionista na assistência humanizada hospitalar. Utilizou-se como estratégia **metodológica** a realização de uma revisão integrativa da literatura, com pesquisas em meio eletrônico na base de dados LILACS, biblioteca virtual SciELO, CAPES Periódicos e periódico eletrônico DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde, por meio dos descritores controlados: nutricionista, humanização, assistência hospitalar; humanização da assistência hospitalar. A população obtida foi de 46 artigos presentes nas quatro bases, os quais, após serem submetidos aos critérios de seleção, resultaram na amostra final de 4 (100%) artigos, sendo 2 (50%) na base de dados LILACS, 1 (25%) no SCIELO e 1 (25%) periódico eletrônico DEMETRA (Alimentação, Nutrição e Saúde). Como **resultado**, observou-se que os artigos foram escritos em sua maioria por doutores, 10 (52,9%), nutricionistas, 16 (88,8%), com predominância do sexo feminino, 16 (94,2%).

Os 4 (100%) estudos mostram as ações do nutricionista em âmbito hospitalar direcionadas para o cuidado alimentar e clínico nutricional ao paciente. **Conclui-se** que o nutricionista enfrenta grandes desafios, como a interação entre nutricionista clínico e nutricionista responsável pela produção das refeições, a comunicação com a equipe multiprofissional, e empenho por melhores condições de trabalho. Sugere-se a realização de mais outros estudos sobre as ações do nutricionista na assistência humanizada no ambiente hospitalar, haja vista que ainda são muito escassos.

Descritores: Nutricionista. Assistência hospitalar. Humanização da assistência hospitalar. Serviço de nutrição hospitalar.

ABSTRACT

This study **aimed** to identify the actions of the nutritionist in the humanization of hospital assistance. It was used as a **methodological** strategy an integrative review of literature, with research in electronic database LILACS, SciELO virtual library, CAPES periodicals and DEMETRA electronic periodical: food, nutrition and health, through the controlled descriptors: nutritionist, humanization, hospital assistance, humanization of hospital assistance. Population obtained was from 46 articles present in four bases, which, after being submitted to selection criteria, resulted in the final sample of 4 (100%) articles, being 2 (50%) on LILACS database, 1 (25%) on SCIELO and 1 (25%) on electronic periodical DEMETRA (Food, Nutrition and Health). As a **result**, it was observed that most of the articles were written by doctors, 10 (52.9%), nutritionists, 16 (88.8%), with female predominance, 16 (94.2%). The 4 studies show the actions of the nutritionists in hospital context directed to alimentary and physical-nutritional care of the patient. It was **concluded** that the nutritionist faces major challenges, such as the interaction between clinical dietitian and nutritionist responsible for the production of meals, communication with the multidisciplinary team, and commitment for better working conditions. More studies are needed regarding the actions of the nutritionist in the humanized assistance in the hospital context, since they are still very scarce.

Descriptors: Nutritionist. Hospital Assistance. Humanization in Hospital Assistance. Hospital Nutrition Service.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO.....	17
4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	18
4.1 A HISTÓRIA DO NUTRICIONISTA NO BRASIL.....	18
4.2 A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL: BREVE HISTÓRIA.....	19
4.3 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR: ESCLARECENDO CONCEITOS.....	20
4.4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	22
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
5.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	24
5.2 MÉTODO E ETAPAS.....	25
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	29
5.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	29
5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	30
5.7 ANÁLISES DOS DADOS.....	30
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE.....	47

1 INTRODUÇÃO

O nutricionista é um profissional de saúde com formação generalista, humanista e crítica. No Brasil, o primeiro curso de nutrição foi criado em 1939. No entanto a regulamentação para seu exercício profissional do nutricionista só ocorreu no ano de 1967, com a promulgação da Lei nº 5.276, de 24 de abril de 1967(CFN, 2005).

Nesses 46 anos de profissão regulamentada, o nutricionista tem avançado em diversos aspectos e ampliado significativamente seu campo de atuação, o que tem gerado uma demanda pela educação permanente do nutricionista e a adoção de novos conhecimentos e ferramentas de trabalho. O nutricionista visa à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e a nutrição se apresentem fundamentais para promoção, manutenção e recuperação da saúde e para prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais. Sua atuação contribui para a melhoria da qualidade de vida e deve ser pautada em princípios éticos, com reflexões sobre a realidade econômica, política, social e cultural do país (CFN, 2005).

A inserção do nutricionista na área clínica é destacada pelo Conselho Federal de Nutricionista (CFN, 2006). Segundo a Pesquisa Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil, realizada em 2005, em todo país, a área de maior concentração de profissionais é a Nutrição Clínica (41,7%), seguida da área de Nutrição Coletiva, em que atuam 32,2% dos nutricionistas. A Nutrição Clínica pode ser caracterizada como aquela desenvolvida em hospitais, clínicas em geral, ambulatórios, clínicas de hemodiálise e outros estabelecimentos, nos quais o profissional realiza a atenção e o cuidado dietoterápico ao paciente, baseados no quadro clínico e diagnóstico nutricional (CFN, 2006).

Tradicionalmente o termo cuidado é adotado pela enfermagem, mas quando se trata da área da saúde, o termo deve ter o seu conceito ampliado e compreendido como 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 (BORESTEIN *et al.*, 2003)

A *American Dietetic Association* – ADA (1994) define o cuidado nutricional como um processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa. Ainda, Demetrio *et al.* (2011) destaca que no cuidado dietoterápico inclui-se a avaliação do estado nutricional, a identificação das necessidades ou os problemas nutricionais de um indivíduo, o

planejamento de objetivos do cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação de ações dietéticas e a avaliação do cuidado nutricional. Estudos sinalizam que, para efetivação da conduta dietoterápica em âmbito hospitalar, devem estar envolvidos os aspectos sensoriais, psicológicos, socioculturais e ações articuladas entre a assistência clínica nutricional e a produção de refeições, tratando o sujeito na sua totalidade.

Os crescentes e preocupantes números de morbidades e mortalidade, acometidos na população brasileira, têm exigido abordagens diferenciadas do setor de saúde e especificamente dos serviços de nutrição e dietética, para um cuidado nutricional integral, com atendimento qualificado e humanizado (BACKES *et al.*, 2007; MERHI, 2006; WAITZBERG *et al.*, 2001;).

Pedroso, Sousa e Salles (2011) ressaltam que o cuidado nutricional assume fundamental importância dentro do processo de humanização no ambiente hospitalar, visto que há poucos indicadores e ações humanizadoras realizados com os setores envolvidos nesse cuidado.

Nesse sentido, ambiente hospitalar humanizado é aquele que, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa humana, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade (BACKES, 2004; MEZOMO, 2001).

Uma importante iniciativa no campo da saúde, portanto, foi a Política Nacional de Humanização (PNH), implantada pelo Ministério da Saúde, que convoca os profissionais de saúde e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a se comprometerem com o cuidado integral e o respeito à individualidade humana nos serviços de saúde, (BRASIL, 2013).

Segundo a PNH, por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que a norteiam são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2013).

Para Backes *et al.* (2007), a humanização é, em suma, um processo de transformação da cultura organizacional que necessita reconhecer e valorizar os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos clientes e profissionais, para melhorar as condições de trabalho e a qualidade da assistência, por meio da promoção de ações que integrem valores humanos aos valores científicos.

Diante disso, quais as ações do nutricionista que favorecem a assistência hospitalar humanizada?

Considerando o nutricionista um profissional da saúde que está inserido em políticas públicas de saúde bem como atua na atenção dietoterápica e no cuidado nutricional, este trabalho objetiva identificar as ações do nutricionista na assistência humanizada hospitalar.

2 JUSTIFICATIVA

Estudos alertam sobre o crescente número de desnutrição intra-hospitalar e suas complicações, tendo como principais causas a ruptura dos hábitos cotidianos do paciente, a perda da sua privacidade e da liberdade e as mudanças nos costumes alimentares promovidos na internação hospitalar.

Diante dessa situação, torna-se necessário conhecer quais ações o nutricionista tem realizado na assistência humanizada em âmbito hospitalar para amenizar essa situação.

3 OBJETIVO

Identificar as ações do nutricionista na assistência humanizada hospitalar.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

4.1 A história do Nutricionista no Brasil

Em 24 de outubro de 1939, foi criado o primeiro curso de Nutrição do Brasil, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com duração de um ano, ministrado em tempo integral, dividido em quatro períodos. Em 1966, o período para a conclusão passou para três anos. Em 1972, o Ministério da Educação estabeleceu que tais cursos tivessem a duração de quatro anos, com carga horária total 2.880 horas, divididos em oito semestres (CFN, 2013).

Costa (1999) comenta que, como consequência das transformações na divisão técnica do trabalho nos serviços de saúde, ocorre o surgimento de novos profissionais na área, entre eles, o nutricionista, cujos primeiros passos giraram em torno do desenvolvimento da prática hospitalar de assistência e atenção ao paciente, responsabilidade que, até então, se concentrava no médico.

A Lei nº 5.276, de 24 de abril de 1967, regulamentou a profissão do nutricionista. Em 20 de outubro de 1978, foi sancionada a Lei nº 6.583, que criou os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas com a finalidade de orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício profissional. A instalação dos Regionais foi feita a partir de 1980 (CFN, 2013).

A criação do primeiro Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1972, impulsionou a criação dos cursos de Nutrição e o mercado de trabalho para os nutricionistas (CFN, 2013).

Em relação às áreas de atuação do profissional no Brasil, nas últimas décadas, tem sido observada intensa expansão. Atualmente, o Conselho Federal de Nutricionistas, por meio da Resolução CFN nº 380/2005, reconhece a existência de sete grandes áreas de atuação profissional do nutricionista: nutrição clínica, alimentação coletiva, saúde coletiva, ensino (docência), nutrição esportiva, indústria de alimentos e *marketing* em alimentação e nutrição (CFN, 2005).

No que diz respeito à formação e ao desenvolvimento das habilidades profissionais, estes devem ser alvo de constante luta das instituições que representam os interesses da sociedade, para assegurar uma saúde de qualidade e universal. A resolução CNE/CES nº 5, de

2001, que institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Nutrição, expressa os requisitos essenciais para que se adquira durante a formação os conhecimentos técnicos e científicos necessários ao desenvolvimento da assistência nutricional à população. (CFN, 2001)

4.2 A organização hospitalar no Brasil: breve história

Os primeiros hospitais no Brasil surgiram dentro do modelo das Santas Casas de Portugal (MELLO, 2008), onde os doentes eram acolhidos nestas instituições com o objetivo de excluir o indivíduo da sociedade, com o intuito de não disseminar a doença, ou para esperar a morte. As Irmandades Santas Casas de Misericórdia eram dirigidas por religiosos, que admitiam os doentes com intuito de prestar caridade, abrigar pobres e desabrigados. Essas instituições dedicavam-se ao cuidado e à doação ao próximo, dando aos pacientes o cuidado básico e garantindo-lhes o mínimo de conforto e dignidade possível. (MELLO, 2008; PESSINI *et al.*, 2004)

A partir do final do século XIX, com o aparecimento da medicina científica, da tecnologia e da infraestrutura mais sofisticadas, os hospitais deixaram de ser espaços para abrigarem pobres e doentes e passaram a proporcionar tratamentos que não tinham condição de serem realizados nas casas. Ocorreram, nesse momento, importantes mudanças no setor da saúde no Brasil, pois foram criados mais hospitais, centros de saúde e houve o fortalecimento do sistema previdenciário (MELLO, 2008).

Mello (2008) ainda comenta que, na década de 1970, surgiram tentativas de programas a fim de universalizar o acesso à assistência à saúde.

Com o objetivo de garantir a toda população brasileira o acesso universal às ações e serviços de saúde, foi então criado, pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), oficializado pela Lei Nº8080/90 (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, a definição de hospital para o Ministério da Saúde é todo estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos com objetivos de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência, de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013).

A partir de então, as constantes descobertas na área da saúde durante o século XX, o

desenvolvimento da tecnologia, a crescente sofisticação da hotelaria, a necessidade de expansão de serviços de apoio à assistência e outros fatores, fizeram com que a organização hospitalar, gradualmente, se tornasse mais complexa, com características e objetivos diferentes: descentralização de poder, relações de trabalho horizontais, aprendizado contínuo do trabalhador, com crescimento pessoal e da própria organização, trabalho em grupo, atendimento ao paciente aberto à comunidade, são algumas das mudanças que impactam positivamente a saúde (MELLO, 2008).

4.3 Humanização no atendimento hospitalar: esclarecendo conceitos

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), o conceito de humanização na área da saúde surge como um princípio vinculado ao modelo dos direitos humanos, expressos individual e socialmente. A fonte dos princípios da humanização que se funda nas noções de dignidade e igualdade do homem pode ser buscada na Declaração Universal dos Direitos dos Seres Humanos promulgada em 1948 pelas Organizações das Nações Unidas.

Para Mello (2008), os termos humanização, humanização da assistência hospitalar ou humanização em saúde já são de domínio público, embora haja certo “estranhamento” e resistência por parte de muitos profissionais da saúde em aceitá-los. O argumento principal é que a humanização é inerente à prática de quem cuida de seres humanos.

Alguns conceitos encontrados na literatura:

- Humanizar tornar (-se) humano; tornar (-se) benevolente, complacente, tolerante; torna (-se) sociável, polido, tratável; civilizar (-se); socializar (-se) (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008)
- O Ministério da Saúde define humanizar como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013).
- Humanização é o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos (BRASIL, 2013).

A humanização em saúde pressupõe uma mudança nas pessoas, na forma de trabalhar e nas estruturas, fazendo-se necessária uma reforma da tradição clínica e epidemiológica, na

qual deve estar presente a combinação da objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de trabalhar, incorporando o sujeito e sua história, desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com novos padrões de qualidade para sujeitos concretos. Essa integração só é possível com a participação ativa do usuário e com a contribuição do saber tecnológico (CAMPOS, 2005).

Os usuários do sistema de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social (BRASIL, 2013).).

Os indivíduos que estão à procura dos serviços hospitalares, normalmente se encontram fragilizados, debilitados e assustados física e mentalmente. Esperam, portanto, o cuidado, o acolhimento, bem como ser bem tratados e compreendidos por profissionais qualificados e preparados.

Mezzomo (2003) ainda ressalta que, no que diz respeito à parte técnica, os pacientes, em sua maioria, não sabem avaliar, se, por exemplo, ao fazer um curativo ou outros procedimentos, estão sendo aplicadas as técnicas corretas. Todavia, qualquer pessoa, mesmo analfabeta, em relação aos aspectos psicossociais, percebe a maneira humana ou não com que está sendo cuidada.

A humanização nos hospitais passa pela humanização da sociedade como um todo, não se esquecendo de que uma sociedade iníqua, violenta e excludente interfere no contexto das instituições de saúde, a hospitalar principalmente: “humanização em instituições hospitalares significa tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e aos seus direitos” (MEZZOMO, 2003, p.396).

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013).

4.4 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2003).

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2003).

Dentre as apostas em inovações em saúde do Humaniza SUS, divulgadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.7-8), estão:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

A Política Nacional de Humanização tem como princípios norteadores:

- **Transversalidade**
Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, 2003, p.111-112).
- **Indissociabilidade entre atenção e gestão**
As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e à daqueles que lhes são caros (BRASIL, 2003, p.111-112).

- **Protagonismo, coresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos**

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2003, p.111-112).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Referencial Metodológico

Como orientação para realização do presente estudo, o referencial teórico metodológico adotado foi a Prática Baseada em Evidência (PBE). Para Galvão e Sawada (2003), a abordagem da PBE, é uma das formas mais confiáveis de se identificar a evidência de um estudo, já que envolve a definição de um problema, fato que é fundamental na realização de uma pesquisa. Ademais, estão envolvidas, também, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, para se alcançar, a partir daí, a possibilidade de resolução por meio dos dados obtidos. Incorpora, ainda, a competência clínica do profissional para a tomada de decisão em assistência à saúde.

A PBE incentiva o profissional de saúde a buscar o conhecimento científico por intermédio do desenvolvimento de pesquisas ou da aplicação na sua prática dos resultados encontrados na literatura, de forma criteriosa e conscienciosa, buscando a melhor evidência disponível (GALVÃO, SAWADA e ROSSI, 2002).

Para o nutricionista, a abordagem baseada em evidências é um importante elemento no cuidado com qualidade e nos domínios da prática dietética, uma vez que assegura a responsabilidade e a transparência na tomada de decisões, bem como ajuda a distinguir a evidência de propaganda de probabilidade, a partir de dados mais seguros. Ainda, esse tipo de abordagem permite ao profissional a inclusão no processo de aprendizagem ao longo da vida e a visão crítica, além da busca por diferentes fontes baseadas em evidência, experiência profissional e julgamentos.

Convém ressaltar que os níveis de evidência e graus de recomendação são elementos que conferem maior confiabilidade e validade do resultado do estudo, pois mostram, dentro da perspectiva do rigor metodológico, a contribuição que o estudo traz ao estado da arte, bem como a oportunidade de consolidá-lo como evidência forte ou fraca (SOARES, 2005).

QUADRO 1
Classificação das evidências

<i>Nível de Evidência</i>	<i>Fontes de Evidência</i>
Nível I	Metanálise de múltiplos estudos controlados.
Nível II	Estudo experimental individual.
Nível III	Estudo experimental com grupo único, não randomizado, controlado, com pré e pós-teste ou estudos tipo caso controle.
Nível IV	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.
Nível VI	Opinião de autoridades respeitadas (como autores conhecidos nacionalmente) baseada em sua experiência clínica ou opinião de um comitê de peritos incluindo suas interpretações não baseadas em pesquisa. Este nível também inclui opiniões de órgãos de comunicação ou legais.

Adaptado: (STETLER *et al.*, 1998)

5.2 Método e Etapas

Trata-se de um estudo que adotou como com estratégia metodológica, a revisão integrativa da literatura, por meio de levantamento bibliográfico em material eletrônico.

Segundo Whitemore e Knafl (2005), a revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Esse método tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão, a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, porém com investigação dos problemas idênticos ou similares (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Ressalta-se que a Revisão Integrativa é desenvolvida utilizando-se as seis fases propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008):

ETAPA 1: Identificação do tema e problema de estudo:

Fase mais importante da revisão, pois determina quais estudos serão incluídos e quais são os meios para identificação do problema. Engloba um número infinito de variáveis, questões ou populações, e deve ser descrita com clareza, de acordo com o propósito da revisão (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

ETAPA 2: Amostragem ou busca na literatura

Essa etapa está diretamente relacionada à fase anterior. Exige estratégias de pesquisas bem definidas, amarradas ao objetivo proposto, com aspecto ampliado e que consigam responder à questão norteadora. A procura deve ser feita por meio de base dados, em bases eletrônicas ou em periódicos, incluindo todos os estudos encontrados. Ademais, devem estar bem descritas as estratégias utilizadas para que os estudos possam ser replicados por outros pesquisadores, o que confere confiabilidade e credibilidade aos resultados que serão apresentados ao meio científico.

ETAPA 3: Categorização dos estudos

O pesquisador define as informações/variáveis que julga pertinente extrair dos trabalhos selecionados e que lhe possibilitarão responder ao objetivo proposto, devendo, para tal, elaborar instrumento que facilite e garanta a obtenção dos dados de todos os trabalhos de uma forma igualitária, situação que diminuirá, assim, a possibilidade de viés.

ETAPA 4 : Avaliação dos estudos incluídos na revisão

Após extração dos dados, estes são categorizados e apresentados de forma descritiva, o que possibilita o entendimento dos resultados encontrados.

ETAPA 5: Interpretação dos resultados

Nessa fase, os dados são interpretados à luz da literatura científica, comparando-se os achados entre os autores, bem como identificando pontos de divergência e convergência. Discussão sobre a realidade do contexto atual e identificação de possíveis lacunas do conhecimento também estão presentes nessa fase. Por fim, a delimitação de prioridades para estudos futuros e a apresentação de conclusões e inferências são pertinentes à etapa em questão. (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

ETAPA6: Apresentação da revisão

Essa etapa é uma das mais importantes, pois consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Nesse momento é que o autor responde à questão de investigação e evidencia o que se tem de publicações sobre o tema e como este tem sido tratado na comunidade científica. A apresentação deve, portanto, ser clara e objetiva, possibilitando o entendimento dos mais diversos segmentos de leitores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5.3 População e amostra

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), CAPES Periódicos, SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online) e no periódico científico DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde.

O recorte temporal compreendeu as publicações dos últimos 10 anos. Para este fim, foram utilizados os descritores controlados extraídos do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): humanização da assistência hospitalar, nutricionista, serviço de nutrição hospitalar assistência hospitalar. Foi buscado primeiramente cada descritor isolado nas duas primeiras bases citadas e, posteriormente foi feito o cruzamento buscando-se o refinamento entre os descritores. Nos periódicos, a busca se deu por meio do cruzamento de palavras.

As estratégias de busca, ressalta-se, estão descritas no QUADRO 2.

A população foi composta por 46 artigos indexados na base de dados, sendo: 21 na base LILACS, 3 no SCIELO, 21 na Capes Periódicos e 01 no periódico eletrônico DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde.

Foram eliminados os artigos duplicados, sendo a amostra constituída por 4 artigos que atenderam aos critérios eliminados os artigos duplicados, sendo a amostra constituída por 4 artigos que atenderam aos critérios de inclusão: 2 da base LILACS, 1 no SCIELO e 1 do periódico eletrônico DEMETRA.

QUADRO 2 População e amostra dos artigos indexados nas bases eletrônicas antes e após serem submetidos aos critérios de inclusão

<i>Base de Dados</i>	<i>Estratégias de Busca</i>	<i>População</i>	<i>Amostra</i>
LILACS	"nutricionista" [descriptor de assunto] and "humanização" or "humanização da assistência" or "humanização da assistência hospitalar" or "humanização da assistência hospitalar/" or "humanização da assistência/" or "humanização dos serviços" or "humanização-" or "humanização" or "humanizada" or "humanizadas" or "humanizado" or "humanizadas" or "humanizadores" or "humanizados" or "humanizando" or "humanizar" [palavras]	1	1
	"nutricionista" [descriptor de assunto] and "humanização da assistência" or "humanização da assistência hospitalar" or "humanização dos serviços" [descriptor de assunto]	1	-
	"assistência hospitalar" or "humanização da assistência hospitalar" [descriptor de assunto] and "nutricionista" or "nutricionista-dietista" or "nutricionista-paciente" or "nutricionista/" [palavras]	2	-
	"nutricionista" or "nutricionistas" or "nutricionistas-dietistas" [palavras]	14	-
	nutricionista" or "nutricionistas" or "nutricionistas-dietistas" [palavras] and "hospitalar" [palavras]	1	-
	"serviço hospitalar de nutrição" or "serviço hospitalar de nutrição/" [palavras] and "humanização" or "humanização da assistência" or "humanização da assistência hospitalar" [palavras]	2	1
	nutricionista or nutricionistas or nutricionistas dietistas [todos os	3	1
	SCIELO		

	índices] and humanização or humanização da assistência or humanização da assistência hospitalar or humanização da atenção or humanização da atenção a saúde or humanização da saúde or humanização da assistência or humanização das praticas de saúde or humanização de assistência or humanização em saúde [todos os índices]	21	-
CAPES	qualquer/contem nutricionista; qualquer/contem humanização.	1	1
DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde	serviço de nutrição hospitalar and humanização		
TOTAL		46	4

5.4 Critérios de inclusão

Utilizaram-se como critérios de inclusão os artigos encontrados com o texto completo, estudos primários e revisão de literatura, na língua portuguesa, que respondem aos objetivos do estudo e que foram publicados nos últimos 10 anos (2003 a 2013).

5.5 Variáveis de estudo

Foram extraídas dos artigos as variáveis: titulação, periódicos, nível de evidência, ano de publicação, delineamento do estudo, artigos duplicados e as ações do nutricionista na promoção da humanização da assistência.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Para facilitar a sistematização dos dados a serem extraídos dos estudos, foi utilizado um instrumento com as principais variáveis de interesse ao alcance do objetivo do estudo: titulação, periódicos, ano de publicação, sujeitos do estudo e as ações do nutricionista na promoção da humanização da assistência (APÊNDICE).

5.7 Análises dos dados

De posse dos dados extraídos dos artigos, para análise dos dados coletado, buscou-se comparações entre as literaturas encontradas e disponíveis sobre o problema em questão.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois de submetidos aos critérios de seleção, os 46 artigos identificados nas três bases, obteve-se uma amostra final de 4 artigos para realização da presente revisão integrativa, sendo 2 na base LILACS, 1 na biblioteca SCIELO e 1 no periódico eletrônico DEMETRA.

De posse dos artigos na íntegra, com a utilização do instrumento de coleta, extraíram-se as variáveis pertinentes: titulação e sexo dos autores, periódicos, nível de evidência, ano de publicação, delineamento do estudo, sujeitos do estudo e as ações do nutricionista na promoção da humanização da assistência. Para facilitar a visualização e discussão dos dados, foram elaborados quadros e tabelas.

TABELA 1
Distribuição da formação dos autores dos artigos que fizeram parte da revisão

Formação	f	%
Nutricionistas	15	88,2
Graduando em Nutrição	1	5,9
Médico (a)	1	5,9
Total	17	100

Quanto à formação dos autores dos artigos, observa-se que 15 (88,2%) destes são nutricionistas, 1 (5,9%) é estudante do curso de nutrição e 1 (5,9%) é médico (a). Tal fato mostra a preocupação e interesse dos profissionais de nutrição em estudar, descobrir e certificar sobre cuidado nutricional hospitalar.

Quanto à composição dos profissionais de nutrição, característica já inerente às origens históricas desse profissional no Brasil, é composta, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino. A profissão predominantemente feminina e, nesta revisão, os autores não fugiram à regra, como está representado na tabela a seguir.

TABELA 2 Distribuição dos autores dos 4 artigos, segundo o sexo

Sexo	f	%
Masculino	1	5,9
Feminino	16	94,1
Total	17	100

Observa-se que dos 17 autores que compuseram a autoria dos 4 artigos da presente revisão, 16 (94,1%) autores são do sexo feminino, enquanto que apenas 1 (5,9%) autor é do sexo masculino.

“A profissionalização feminina, iniciada no final do século XIX, ocorreu relacionada aos papéis femininos tradicionais. A mulher permaneceu nas atividades ligadas ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidos como vocação ou dom” (PIRES, 1989, p.155).

Alguns trabalhos ainda comentam que a nutrição é uma profissão feminina pioneira na área da saúde, ao lado da enfermagem e do serviço social.

A pesquisa realizada pelo CFN (2005) apresenta o retrato da categoria, segundo o qual, em todo o Brasil, existem 41.228 profissionais, sendo 96,5% do sexo feminino.

A tabela 3 mostra que os autores dos artigos são profissionais com alto nível de qualificação: sendo 1 (5,8%) pós-doutora, 10 (58,82%) doutores, 5 (29,4%) mestres, 1(5,8%) graduando em nutrição.

TABELA 3 Distribuição dos autores dos artigos desta revisão, segundo a titulação

Título	Masculino	Feminino	f	%
Pós-doutorado	0	1	1	5,8
Doutorado	1	9	10	58,8
Mestrado	0	5	5	29,4
Graduando	0	1	1	5,8
Total	1	16	17	100

Os autores, portanto, possuem alto nível de titulação. A pesquisa científica pode ser iniciada na graduação, por meio da iniciação científica, instrumento este que permite a introdução dos graduandos em nutrição de forma mais promissora na atividade científica, além de engajá-los na ciência, formando futuros pesquisadores. O nutricionista, depois de formado, se prepara para ser um pesquisador independente, por intermédio do mestrado e do doutorado.

Segundo Rodrigues *et al.* (2008), nos últimos anos, os programas de pós-graduação brasileiros têm ganhado força e incentivado, em todo país, a formação de doutores e mestres. Tais programas são controlados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e esta, na busca da qualidade, elegeu a produção científica como um dos principais parâmetros de avaliação dos programas de pós-graduação, mestrado e doutorado. Tal fato pode ter contribuído para que a produção entre pós-doutores, doutores, em parceria com mestres e graduandos, se destacasse no presente estudo.

As publicações dos trabalhos de autores da área da saúde são realizadas por meio prioritário de periódicos, que são revistas especializadas em publicar informações originárias de diversos tipos de estudos na forma de artigos científicos.

Oliveira, Oliveira e Leles (2007) afirmam que os artigos científicos são publicados com a finalidade de melhorar a prática das atividades realizadas nas profissões, dentro de uma área de atuação e de acordo com seu enfoque profissional.

É importante ressaltar, ainda, que a atribuição aos periódicos à classificação *Qualis* (qualificação), da CAPES, deu início a grandes disputas pelos periódicos mais bem reconhecidos.

TABELA 4
Distribuição das publicações, segundo os periódicos divulgados

Periódicos	f	%
Revista Ciência e Saúde Coletiva	2	50
Revista de Nutrição	1	25
Revista DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde	1	25
Total	3	100

Observa-se que a revista que mais publicou artigos referente ao tema proposto foi a Ciência e Saúde Coletiva, com 2 (50%) estudos, seguida das revistas de Nutrição, com 1 (25%) estudo e DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde, também com 1 (25%) estudo.

A revista Ciência e Saúde Coletiva, editada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva/ABRASCO, cumpre fielmente os requisitos de periodicidade e de normalização para publicação científica. As regras da Convenção de Vancouver, que são habitualmente utilizadas pelas áreas de medicina e saúde pública, são seguidas, além de ser classificada com a categoria B1 no *Qualis/Capes*.

Editada pelo Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, a Revista de Nutrição publica trabalhos que contribuem para o estudo da Nutrição em suas diversas subáreas e interfaces. Aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, é classificada com a categoria B1 no *Qualis/Capes* área da Nutrição.

Já a DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde é um periódico científico interdisciplinar editado pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É uma revista eletrônica de acesso aberto, e que não apresenta avaliação no *Qualis*.

Importante salientar que com a evolução das descobertas científicas e a maior necessidade de rigor nas pesquisas, os periódicos estão mais criteriosos para seleção de artigos para divulgação.

Para aceite de publicações em periódicos nacionais e internacionais, um dos principais aspectos observados é o delineamento do estudo e seu nível de evidência, o que valoriza critérios como randomização, cegamento e formação ou não de grupos controle, situação que aumenta cada vez mais a confiabilidade do estudo e a mínima interferência do pesquisador nos resultados, visando à produção de estudos com fortes evidências.

A tabela 5 mostra o delineamento dos estudos que foram realizados nos artigos da presente revisão.

TABELA 5 Distribuição dos artigos da presente revisão, segundo delineamento do estudo realizado

Tipo de estudo	<i>f</i>	%
Primário/Qualitativo	2	50
Primário/Qualitativo/Exploratório	1	25
Revisão de literatura	1	25
Total	4	100

Quanto ao delineamento do estudo, observa-se que houve predominância dos estudos primários com abordagem qualitativa, sendo representado por 2 (50%), seguido por primário/qualitativa/exploratória, com 1 (25%) dos estudos, e revisão de literatura, com 1 (25%) estudo.

O quadro 3 apresenta informações sobre as variáveis autores, bases de dados, ano de publicação e o nível de evidência dos estudos pesquisados.

QUADRO 3 Distribuição dos artigos segundo as variáveis: autores, bases, ano de publicação e nível de evidência

Autor	Fonte	Ano	Nível de Evidência
Sousa <i>et al.</i> (2013)	DEMETRA	2013	IV
Demétrio <i>et al.</i> (2011)	SciElo	2011	NA
Pedroso, Sousa e Salles (2011)	LILACS	2011	IV
Demário, Sousa e Salles (2010)	LILACS	2010	IV

*NA - Não se aplica

Quanto ao ano das referentes publicações, a busca foi dos últimos 10 anos. Observou-se, contudo, maior número de publicação no ano de 2010, com 2 (50%) publicações, e os outros foram representados com 1 estudo em cada ano, sendo 2011 e 2013 com 1(25%) publicação cada, constatando assim a recente iniciativa de publicações sobre o tema em questão.

Em relação ao nível de evidência, de acordo referencial de Stetler *et al.* (1998), a presente análise mostra 3(75%) estudos com nível IV, o que é considerado como estudos com baixo nível de evidência. Ademais, 1 (25%) estudo não se aplica à classificação de nível de evidência.

Cruz e Pimenta (2005) destacam que a qualidade da evidência é atribuída pela sua validade e relevância. Isso quer dizer que, antes de se usar uma informação numa decisão clínica, ela deve ser avaliada quanto a sua acurácia, relevância e aplicabilidade na situação em questão.

Assim, é fundamental que os pesquisadores se atentem para estudos que sustentem a prática baseada em evidências e reorganizem esforços nessa direção. No entanto, a ausência de evidência de alta qualidade não impossibilita a tomada de decisões baseada em evidência; nessa situação, o que é requerido é a melhor evidência disponível e não a melhor evidência possível (MUIR-GRAY, 2004).

O quadro 4 mostra as ações do nutricionista na assistência humanizada hospitalar, identificadas pelos autores dos artigos da presente revisão.

QUADRO 4 Distribuição dos estudos quanto às ações do nutricionista na assistência humanizada hospitalar

Autor	Ações
Sousa <i>et al.</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Individualização do atendimento na alimentação hospitalar; - Adaptações individualizadas das dietas hospitalares; - Educação nutricional; - Acolhimento ao paciente; - Atendimento continuado após alta hospitalar; - Cooperação entre os profissionais da produção de refeições: copeira e nutricionista em prol do paciente.
Demétrio <i>et al.</i> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação nutricional do paciente; - Identificação e compreensão por parte do terapeuta

	<p>nutricional em relação às necessidades ou problemas nutricionais do paciente. Conhecer o significado da alimentação para o paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação nutricional.
Demário, Sousa e Salles (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado alimentar; - Atendimento e acompanhamento nutricional - Identificação da alimentação hospitalar com a história alimentar, preferências ou hábitos adquiridos ao longo da vida.
Pedroso, Sousa e Salles (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação clínico-nutricional; - Escuta ao paciente e descrição do seu histórico nutricional em prontuário; - Acompanhamento da aceitação da dieta oferecida; - Atendimento individualizado no planejamento e cuidado alimentar.

São relatados nos 4 (100%) estudos, as ações do nutricionista em âmbito hospitalar direcionadas para o cuidado alimentar e clínico nutricional ao paciente.

Pedroso, Sousa e Salles (2011) revelam que a avaliação clínico-nutricional é uma das primeiras ações realizadas na prática dos nutricionistas e faz parte do protocolo de atendimento do hospital. Além disso, ocorre, geralmente, nas primeiras horas de internação do paciente. Observam-se, primeiramente, os dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e sociais, registrados pela equipe de enfermagem no prontuário. A história de vida dos pacientes é um dos aspectos ressaltados no processo de avaliação.

No primeiro momento, é importante que o nutricionista faça o reconhecimento do paciente, observando seu prontuário, identificando sua origem, o motivo da sua internação e, quando disponíveis, os dados bioquímicos. Em seguida, tem-se o diálogo nutricionista-paciente sobre sua história social, história clínica, história alimentar, aplicação da avaliação nutricional. Em todos os estudos analisados, observa-se que o diálogo nutricionista-paciente é indispensável no cuidado nutricional (SOUSA *et al.*, 2013; DEMÉTRIO *et al.*, 2011; DEMÁRIO, SOUSA E SALLES, 2010; PEDROSO, SOUSA E SALLES, 2011).

A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, o que possibilita uma intervenção adequada para auxiliar na recuperação ou manutenção do estado de saúde do indivíduo. Utilizam-se métodos objetivos (antropometria, composição corpórea, parâmetros bioquímicos e consumo alimentar) e métodos subjetivos (exame físico e Avaliação Subjetiva Global), recomendando-se a associação destes indicadores para obter um adequado diagnóstico nutricional (CUPPARI, 2005).

Tais ações, quando executadas em conjunto com a equipe de multiprofissional, podem auxiliar na evolução clínica e prevenção da desnutrição hospitalar. Em um dos estudos, foi apontada a dificuldade de parceria do médico com o nutricionista, uma vez que, quando necessário adequar e alterar a prescrição da dieta dos pacientes realizadas por eles, ficam evidentes as dificuldades na adesão ao trabalho multidisciplinar. Verificou-se, ainda, que, na prática dos demais profissionais da saúde, ocorria predomínio de ações fragmentadas e não sistematizadas, além de dificuldades de interação com a equipe (PEDROSO, SOUSA e SALLES, 2011).

Pessini, Pereira e Chanes (2006) salientam que a assistência integral só é possível à medida que se consolida uma ação multiprofissional que busca a interdisciplinaridade.

Segundo Garcia (2006), a falta de inserção do nutricionista nas equipes multidisciplinares foi mencionada em dois hospitais do seu estudo e a falta de conhecimento sobre nutrição foi reconhecida pelos médicos, que afirmaram não ter tido formação nessa área. Portanto, é possível afirmar a necessidade da integração do nutricionista junto à equipe de saúde no ambiente para qualidade no cuidado nutricional dos pacientes.

Sousa *et al.* (2013) e Pedroso, Sousa e Salles (2011) corroboram sobre o número reduzido de nutricionistas para o cuidado nutricional e alimentar dos pacientes, bem como sobre a fragmentação de ações entre os profissionais da equipe, com divisão das áreas de nutrição clínica e produção de refeições, além da complexidade nas tarefas desempenhadas por estes profissionais, assistencial e/ou administrativa. Como consequência, esses profissionais enfrentam sobrecarga de trabalho e é gerada uma falta de interação entre os nutricionistas, além de dificuldades na implementação de ações sobre cuidado nutricional e prestação de uma assistência humanizada no hospital.

Tal fato nos leva a refletir sobre a ideia de que a precária condição de trabalho do nutricionista no âmbito hospitalar prejudica o atendimento às necessidades e expectativas dos pacientes e a assistência humanizada.

Em seu trabalho, Garcia (2006) ressalta a dificuldade que o nutricionista enfrenta no acesso ao paciente e à integração de suas ações junto aos outros profissionais. O autor afirma

que nos hospitais estudados na sua pesquisa é comum ocorrer, como em outros hospitais, o fato de que o local de trabalho do nutricionista da área clínica ser sempre uma sala próxima à área de produção de refeições, não havendo um local próprio para o desenvolvimento de seu trabalho nas enfermarias. Quanto às tarefas administrativas, estas são facilitadas por permanecer mais tempo no Serviço de Nutrição e Dietética (SND).

Para Sousa *et al.* (2013), a gestão do cuidado alimentar e nutricional necessitaria da redefinição das finalidades do trabalho do nutricionista, de produção de refeições e da terapia nutricional, não pressupondo a produção de refeições distanciada da clínica, nem o trabalho em clínica distanciado do alimento. Desse modo, entende-se que a nutrição clínica e a produção de refeições devem ter uma relação de parceria: o paciente necessita da inter-relação dessas duas áreas para o cuidado nutricional de forma integral e qualificado. Para articular estratégias para o cuidado alimentar e nutricional, é importante a interação e organização entre os nutricionistas, formando assim um ciclo harmonioso de convívio entre a equipe da nutrição, pacientes e seus familiares.

A alimentação apresenta significados diferenciados para cada pessoa. Em muitas culturas, a refeição é compreendida como um espaço humanizador, que proporciona a troca de idéias e as comemorações entre grupos de pessoas, ocupando espaço de destaque na vida familiar (GALLIAN, 2007). A alimentação hospitalar como parte do cuidado ao paciente vai além das práticas contempladas pelas dimensões nutricionais e higiênicas sanitárias (SOUSA e PROENÇA, 2004).

A internação hospitalar caracteriza-se por um rompimento dos hábitos e do cotidiano dos pacientes, que, por sua vez, são tratados como agentes passivos no que tange à alimentação hospitalar (DESLANDES, 2005).

No que diz respeito à dieta hospitalar, esta é importante por garantir o aporte de nutrientes ao paciente internado e, assim, preservar seu estado nutricional, pelo seu papel co-terapêutico em doenças crônicas e agudas e também por ser uma prática que desempenha um papel relevante na experiência de internação. Isso porque, atendendo a atributos psicossensoriais e simbólicos do reconhecimento do indivíduo, pode atenuar o sofrimento no período que o sujeito está separado de suas atividades cotidianas individuais e coletivas (GARCIA, 2006).

Sousa *et al.*(2013); Pedroso, Sousa e Salles (2011); Demário, Sousa e Salles (2010), evidenciam em seus estudos os desafios da alimentação hospitalar.

Nas pesquisas de Sousa *et al.*(2013) e Pedroso, Sousa e Salles (2011) observam-se a falta de tempo dos nutricionistas para atender, acompanhar e adequar à dieta prescrita pelo

médico às condições clínicas e nutricionais de todos os pacientes, devido cumprimento diário das tarefas administrativas e gerenciais já mencionadas. Tal situação evidencia novamente o distanciamento do profissional às ações relacionadas à atenção nutricional ao paciente. A fragmentação de tarefas entre os nutricionistas, clínica e produção de refeições, torna a individualização da dieta do paciente um grande desafio. No setor de produção de refeições existem cardápios padronizados em que são trabalhados os tipos de dietas e que atendem aos pacientes sem considerar sua individualidade, seus hábitos ou seus costumes alimentares. Percebe-se, dessa forma, que existe dificuldade de considerar e de reconhecer o paciente como sujeito e pessoa no processo da produção de refeições.

No Brasil, a relação entre o número de nutricionistas e o número de leitos foi estabelecida pela Resolução nº 201/98 do Conselho Federal de Nutricionistas, que recomenda um nutricionista para cinquenta, trinta ou quinze leitos, conforme nível de complexidade da assistência prestada ao paciente (CFN, 1998).

Sousa *et al.*(2013); Demário, Sousa e Salles (2010) corroboram que a necessidade do constante acompanhamento dos pacientes pelo nutricionista e que as adaptações individualizadas das dietas são aspectos importantes para aumentar o grau de satisfação e potencializar aceitação da alimentação no ambiente hospitalar. Observa-se que alimentação é entendida, dessa maneira, como o cuidado da equipe de nutrição em busca do bem-estar dos pacientes e interação entre profissionais e pacientes, portanto um momento de troca.

A humanização também se caracteriza pelo atendimento às individualidades do indivíduo. O ato de se alimentar é parte da construção de identidades culturais e sociais, envolve emoção, memória e sentimentos, que refletem a qualidade simbólica do alimento (POULAIN e PROENÇA, 2003).

Quanto à educação nutricional como ação humanizadora do nutricionista em ambiente hospitalar, esta é mencionada por Sousa *et al.* (2013). Para os autores, na prática educativa em alimentação e nutrição, o nutricionista é o conselheiro nutricional, assume o papel de educador. No ambiente hospitalar, durante a internação, o paciente deve receber as orientações sobre alimentação hospitalar conforme as suas necessidades nutricionais específicas. Essas informações são relevantes para auxílio no tratamento e recuperação da sua saúde.

Vale destacar no de trabalho Sousa *et al.* (2013) a atenção do nutricionista após a alta hospitalar para orientações. Esta é uma iniciativa que revela a preocupação do profissional com a continuidade do atendimento.

Nesse sentido, é preciso ressaltar que a Política Nacional de Humanização (PNH) prevê o atendimento continuado. As diretrizes para implantação dessa política especificam a necessidade de ampliação do diálogo, tanto entre profissionais, como entre profissionais e população atendida, reforçando o compromisso com o sujeito e seu coletivo, com as necessidades sociais de saúde, com a ambiência e com a melhoria das condições de atendimento e de trabalho (BRASIL, 2004).

Observam-se, pois, as dificuldades encontradas pelo nutricionista na execução das ações humanizadas no cuidado nutricional no ambiente hospitalar. As políticas de humanização nos hospitais, ao buscarem mudanças no padrão de assistência ao usuário, devem vislumbrar a dimensão humana da alimentação, como elemento de identidade e de sociabilidade como um dos eixos fundamentais para o cuidado a saúde (DEMÁRIO, SOUSA E SALLES, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a revisão de literatura e os aspectos abordados, foi possível perceber que as publicações sobre ações do nutricionista na assistência humanizada no ambiente hospitalar ainda são escassas. Os artigos encontrados apresentam baixo nível de evidências, sendo necessário mais investimento da comunidade científica nessa área da nutrição.

Na presente pesquisa, é importante destacar a necessária busca pela melhoria das condições de trabalho para a atuação profissional do nutricionista, com apoio institucional para investimento de recursos humanos e materiais.

Ademais, falta comunicação entre as unidades de internação e a produção de refeições, o que dificulta a interação entre a prescrição e a execução da dieta, bem como a análise da efetividade do tratamento nutricional oferecido.

Vale destacar, por fim, que a realização das ações do cuidado nutricional e alimentar em ambiente hospitalar requer interação dos profissionais envolvidos, o nutricionista assistencial e o que gerencia a produção das refeições. Tais ações devem ter, como objetivo comum, a atenção nutricional individualizada, na qual o paciente é tido como o sujeito protagonista de todo o processo que envolva o Serviço de Nutrição e Dietética.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETAS. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 2.ed. São Paulo:Companhia Editora Nacional, 2008, p.675.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutritional assessment. **Journal of the American Dietetic Association**. 1994; 94(8):838-839.

BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2007, vol.15, n.1, pp. 34-41.

BACKES DS. **A construção de um espaço dialógico e flexivo, no contexto interdisciplinar, com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. [dissertação]. Rio Grande (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ FURG; 2004.

BORENSTEIN M. S.; OLIVEIRA, M. E.; PADILHA, M. I. C. S. Visualizando o cuidado de enfermagem por meio de imagens. **Revista Ciência e Saúde**. 2003; 22 (1/2):32-39

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (Humaniza-Sus)**. 2004, p.33. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **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.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Revista Interfase: Comunicação, Saúde, Educ.**, v. 9, n.17, 2005

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. **Revista de Nutrição**. 1999, vol. 12, n.1, p. 5-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52731999000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil**. Brasília: CFN; 2005. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br>>. Acesso em: 26 mai. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil**. Brasília: CFN; 2006. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br>>. Acesso em: 26 mai. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CF n.º 200/98**. Dispõe sobre o cumprimento das normas de definição de atribuições principal e específicas dos nutricionistas, conforme área de atuação. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/90_99/res200.pdf>. Acesso em 05 jan. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 380/2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por área de atuação e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **A História do Nutricionista no Brasil**. Brasília: CFN; 2005. Disponível em: <[http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Comunicacao/Material institucional/160.pdf](http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Comunicacao/Material%20institucional/160.pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2013.

CRUZ, D.A.L.M; PIMENTA, C.A.M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 13(3):415-22, mai-jun 2005.

CUPPARI, L. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Nutrição Clínica no Adulto**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2005.

DEMETRIO, Franklin *et al.* A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Revista de Nutrição**. 2011, vol.24, n.5, pp. 743-763.

DEMARIO, Renata Léia; SOUSA, Anete Araújo de; SALLES, Raquel Kuerten de. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2010, vol.15, suppl.1, p. 1275-1282. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2013.

DESLANDES S. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. 2005; 9 (17): 389-406.

GALLIAN, D.M.C. A desumanização do comer. **Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**. v.21 n.60, 007. p.179-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v21n60/a15v2160.pdf>>. Acesso em 04 jan. 2014

GALVÃO C. M.; SAWADA N. O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 56, n. 1, p. 57-60, 2003.

GALVÃO C.M.; SAWADA N.O.; ROSSI L.A; A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 690-5, set./out. 2002.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Revista de Nutrição**. 2006, vol.19, n.2, p. 129-144.

MEDICI, C.M., MACHADO, M.E., NOGUEIRA, R.P., GIRARDI, S.N. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. **Educación Médica y Salud**. Washington DC, v.25, n.1, p.1-14, 1991.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. São Paulo: Rede Humaniza FMUSP.HC, 2008, 81p.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. de C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-64, out./dez. 2008.

MERHI L.V.A., GARCIA R.W.D., MÔNACO D.V., OLIVERA Y.M.R.M. Comparación del estado nutricional, consumo alimentício y tiempo de hospitalización de pacientes de dos hospitales, uno público e outro privado. **Nutrição Hospitalar**. 2006; 21(1):32-37.

MEZZOMO, A. A. *et al.* **Fundamentos da Humanização Hospitalar: Uma visão Multiprofissional**. Loyola: São Paulo, 2003. 396p

MEZOMO, C. J. **Hospital Humanizado**. Fortaleza (CE): Premium; 2001.

MUIR-GRAY, J.A. **Evidence-based healthcare**. 2 ed. Edinburgh: Churchill; 2004.

OLIVEIRA, Geraldo José de; OLIVEIRA, Evelyn Soares de; LELES, Cláudio R. Tipos de delineamento de pesquisas de estudos publicados em periódicos odontológicos brasileiros. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 22, n. 55, jan./mar. 2007.

PEDROSO, Cassiani Gotâma Tasca; SOUSA, Anete Araújo de; SALLES, Raquel Kuerten de. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2011, vol.16, suppl.1, p. 1155-1162. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2013.

PESSINI, L; PEREIRA, LL; CHANES, M. Gestão em saúde: assistência integral, valorização da pessoa, investimentos crescentes. **Revista O Mundo da Saúde** (Revista eletrônica). 2006; 30(2):197-202.

PESSINI, L. *et al.*. **Humanização e cuidados paliativos**. Loyola: São Paulo, 2004.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. Cortez: São Paulo, 1989.

POILAIN, JP; PROENÇA, RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Revista de Nutrição**. 2003; 16(13):245-256.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida e GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. 2009, vol.22, n.4, p. 434-438.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Educação do doutorado em enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2013.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. V. 11 n. 1, 2007.

SOARES, B. G. O. Prática de enfermagem baseada em evidências. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 1, p. 4-13.

SOUSA, Anete Araújo de. *et al.* Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras. **Revista Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**. 2013; 8(2); 149-162. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/5281/5143#.UoIHldJwpNQ>>. Acesso em: 10 nov. 2013

SOUSA, A. A.; PROENÇA, R.P.C. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento em Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares. **Revista de Nutrição**. V.17, n.4, 2004, p. 425-436. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1415-52732004000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jan. 2014.

SOUSA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-06, 2010.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G, R, B. satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599- 613, [s.d]. 2005.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**. [online]. 2002, vol.15, n.2, p.

WAITZBERG D.L.; WALESKA T.; CAIAFFA M.D.; CORREIA I.T.D. Hospital malnutrition: the Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. **Nutrition**. 2001; 17(7/8): 553-580.

WHITTEMORE R.; KNAFL K. **The integrative review: updated methodology**. J Adv Nurs. 2005; 52(5): 546-53.

APÊNDICE**Instrumento de coleta de dados**

<i>Roteiro de coleta de dados</i>
Dados de identificação do estudo 1) Título do artigo: 2) Periódico: 3) Ano de publicação:
Caracterização do estudo 1) Tipo do estudo: 3) Ações do nutricionista para promoção da humanização na assistência: