



Avaliação da Situação Nutricional e Alimentar nos Hospitais Portugueses

Mafalda Galvão Peres Brito de Noronha

Orientadora: Dr.^a Paula Alves

Trabalho de Investigação

Porto, 2007

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

Rosa Garcia, 2006

Agradecimentos

- À Dr.^a Paula Alves, minha orientadora, pelo apoio e disponibilidade no desenvolvimento de todas as etapas deste trabalho;
- A todas as Instituições Hospitalares que colaboraram e participaram na recolha de dados;
- Ao Professor Bruno Oliveira, pela atenção e apoio prestados;
- A quem soube estar sempre comigo em todos os momentos.

Índice

Lista de abreviaturas.....	vii
Resumo.....	ix
INTRODUÇÃO.....	1
OBJECTIVOS.....	4
MATERIAL E MÉTODOS.....	5
RESULTADOS.....	6
I. Caracterização do Estabelecimento Hospitalar.....	6
II. Serviço de Alimentação.....	9
II.1. Caracterização do Serviço de Alimentação.....	9
II.2. Circuito Alimentar.....	11
II.3. Informações Gerais.....	21
III. Área da Nutrição Clínica.....	23
DISCUSSÃO.....	27
CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	ai

Lista de Abreviaturas

DGS – Direcção Geral de Saúde

ESPEN – *The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

HACCP – *Hazard Analysis Control Critical Points*

HQS-KF – *Health Quality Service do King's Fund*

INE – Instituto Nacional de Estatística

JCI – *Joint Commission International*

MUST – *Malnutrition Universal Screening Tool*

NRS 2002 – *Nutritional Risk Screening 2002*

SAD – Serviço de Alimentação e Dietética

SGA – *Subjective Global Assessment*

SNA – Serviço de Nutrição e Alimentação

Resumo

Introdução: O hospital é uma organização especializada na recuperação do estado de saúde dos seus utentes. Como tal, a alimentação e a terapia nutricional tornam-se áreas vitais e de impacto marcante para o doente, contribuindo para o seu bem-estar e melhoria da sua qualidade de vida. Os sistemas da qualidade desenvolvidos pelas entidades responsáveis pela acreditação das instituições de saúde (*Joint Commission International* e *Health Quality Service* do *King's Fund*) valorizam, de igual forma, estas duas áreas tendo como objectivo orientar as instituições hospitalares no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, procedendo para o efeito a uma supervisão da estrutura e organização das mesmas. Apesar do avanço notável ao nível da alimentação institucional e da nutrição clínica, ainda são frequentes problemas detectados nos hospitais portugueses.

Objectivos: É objectivo primordial deste trabalho avaliar a evolução da situação nutricional e alimentar nos hospitais portugueses ao nível do pessoal, de circuitos, das instalações e equipamentos, assim como, em termos de nutrição clínica, por comparação com o panorama encontrado em 1992 e 1997, em estudos semelhantes, e no relatório da Direcção Geral de Saúde, publicado em 2006.

Material e Métodos: O trabalho teve por base um inquérito de administração directa enviado a todos os hospitais adstritos ao Ministério da Saúde (n=114). A análise estatística dos resultados foi realizada através do programa *SPSS*®, versão 14.0 para *Windows*® XP, tendo sido os valores obtidos comparados pelo Teste do Qui-Quadrado. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Resultados: Dos inquéritos enviados foram recebidas 59 respostas (52%). Deste total, 95% dos hospitais mencionaram a existência de Serviço de Nutrição e

Alimentação/Serviço de Alimentação e Dietética (SNA/SAD), tendo sido calculada uma proporção de 1 nutricionista para 336 camas e de 1 dietista para 203 camas. Relativamente à área da alimentação institucional constata-se uma melhoria das condições das instalações da cozinha e sectores adstritos, apesar de 13% dos hospitais não apresentarem zonas de preparação individualizadas por tipo de produto. Observa-se que em 74% dos hospitais não se procede ao controlo da temperatura durante a preparação e em 35% durante a confecção. No entanto, houve um aumento significativo de hospitais sensibilizados para a implementação do sistema HACCP. No que respeita à área da nutrição clínica, é evidente o escasso número de hospitais (25%) que procede à identificação do risco nutricional dos doentes, a tendência desfavorável na promoção do aconselhamento alimentar de alta aos doentes e o aumento significativo de hospitais a realizar a consulta externa de nutrição.

Conclusão: Os resultados encontrados demonstram uma evolução positiva ao longo dos últimos 15 anos ao nível da alimentação institucional, dos recursos humanos envolvidos e da nutrição clínica no sentido de melhorar o atendimento e a prestação de cuidados nutricionais ao doente. Ainda assim, são evidentes falhas no funcionamento e organização dos SNA/SAD dos hospitais públicos portugueses, sendo necessário investimento a nível das infra-estruturas, dos equipamentos e de pessoal por forma a trabalhar mais e melhor para ir ao encontro do que está legislado e do que é preconizado pelas entidades de referência nesta matéria.

Palavras-chave: Hospital; Serviço de Nutrição e Alimentação/Serviço de Alimentação e Dietética; Alimentação Institucional; Nutrição Clínica.

Abstract

Introduction: The hospital is an organization specialized in the recovery of its patient's health status. As such, nourishment and nutritional therapy become areas of vital and remarkable impact for a patient, contributing towards his well-being and the improvement on his quality of life. The quality systems developed by the organizations responsible for the accreditation of health institutions (Joint Commission International and King's Fund Health Quality Service), equally value these two areas and aim to guide the hospitals to the quality improvement of their practiced health care through the supervision of the hospitals structure and organization. In spite of the remarkable progress in the areas of food service and clinical nutrition, problems are still frequently detected in Portuguese hospitals.

Objectives: The main objective of this study is to evaluate the nutritional and nourishment situation in Portuguese hospitals in terms of staff, flow circuits, facilities and equipment, as well as, in terms of clinical nutrition by comparison with the results found in similar studies in 1992 and 1997 and the results of the General Health Management report published in 2006.

Material and Methods: This study was based on a directly administered survey sent to all the hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Health (n=114). The statistical analyses of the results was processed through the SPSS[®] software, version 14.0 for Windows[®] XP and compared to previously obtained values through the Chi-Square Test. The significance level used was 5%.

Results: From the surveys sent 59 answers were received (52%). From these, 95% of the hospitals mentioned having a Food Service and Clinical Nutrition Division, with a proportion of 1 nutritionist for 336 beds and 1 dietitian for 203 beds. Regarding the

foodservice there is an improvement in the conditions of kitchen facilities and adjoining sectors, although 13% of the hospitals don't mention individualized preparation areas per type of food product. Although there is a significant increase in the number of hospitals sensitive to the implementation of the HACCP system, 74% of the hospitals still do not control the temperature during food preparation and 35% do not do it during the cooking process. In the clinical nutrition area situations such as the reduced number of hospitals (25%) who carry out patients' nutritional risk screening, the ongoing tendency not to promote diet counselling upon the patient's discharge and the significant increase in the number of hospitals that now run out-patients' nutritional counselling become obvious.

Conclusion: The results demonstrate that the last 15 years have shown a positive evolution in terms of foodservice, an increased involvement of human resources in clinical nutrition in order to improve the patients' counselling and nutritional care. Nevertheless problems are still obvious in the functioning and organization of Nutrition and Food Services/ Food and Dietetics Services of Portuguese hospitals and it is still necessary to improve in order to meet the current legislation and the orientations of accredited organizations in this matter.

Key Words: Hospital; Nutrition and Food Service/ Food and Dietetics Service; Institutional Feeding; Clinical Nutrition.

INTRODUÇÃO

A alimentação representa uma das dimensões do comportamento humano mais importantes, envolvendo aspectos biológicos, sociais, económicos e psicológicos, fundamentais para a evolução das sociedades.⁽¹⁾

A relação entre alimentação e saúde é discutida desde a antiguidade, sendo reconhecidos os aspectos terapêuticos da alimentação. Esta relação tem sido estudada pela Ciência da Nutrição que procura, através da alimentação adequada, individual ou colectiva, promover o estado de saúde, retardando ou evitando o aparecimento de doenças.⁽²⁾ Apenas a partir do século XX, se verifica que a Ciência da Nutrição se apresenta consolidada, evoluindo com os avanços da área hospitalar.^(1,3)

Sendo o hospital uma organização especializada na recuperação do estado de saúde dos seus utentes, a alimentação, fazendo parte das amenidades fornecidas a nível hoteleiro, e a terapia nutricional tornam-se áreas vitais e de impacto marcante para o doente, contribuindo para o seu bem-estar, recuperação e melhoria da sua qualidade de vida.

Considerando o hospital um sistema, o serviço responsável pela nutrição e alimentação pode ser considerado um subsistema que desempenha actividades fins, no sentido em que colabora directamente com o hospital para atingir o seu objectivo final. Este subsistema é constituído por um conjunto de bens e serviços destinado a prevenir, melhorar e/ou recuperar a saúde da população que atende.⁽⁴⁾

Desta forma, os grandes objectivos deste serviço estão definidos ao nível da gestão, garantindo o rendimento máximo, a redução do custo na execução do trabalho ou serviço prestado e a melhoria da qualidade; ao nível nutricional, fornecendo refeições equilibradas e promovendo o aconselhamento alimentar como forma de

contribuir para a prevenção primária e secundária da doença; e ao nível higio-sanitário, eliminando os riscos das toxi-infecções e intoxicações alimentares.^(1,5,6)

A gestão do serviço de nutrição e alimentação deve ficar a cargo de um profissional de saúde com formação universitária especializada para desempenhar actividades nesse sector.^(2,7) As funções desempenhadas na área da gestão passam pelo planeamento, organização, direcção e controlo do funcionamento do serviço, envolvendo a aquisição, armazenamento, preparação e distribuição de refeições aos doentes e funcionários, assim como a actuação científica, assistencial e docente, dirigida a toda a população hospitalar.^(2,4,6,7) Garantidas tais funções, estabelecem-se os meios necessários para a padronização e salvaguarda da qualidade na produção de refeições.⁽⁸⁾

Apesar do avanço notável nas áreas da nutrição e alimentação, segundo estudos de Peres, E.⁽⁵⁾ e da DECO⁽⁹⁾, de 1984 e 2005 respectivamente, a falta de higiene e as más condições de conservação dos alimentos ainda são problemas detectados na alimentação hospitalar.

Por outro lado, a nível nutricional o panorama é igualmente pouco favorável. A desnutrição associada à doença atinge cerca de 30 a 60% dos doentes no momento da admissão hospitalar, dependendo da amostra estudada e das ferramentas usadas para a sua identificação. A maioria dos doentes continua a perder peso durante o internamento, concorrendo a desnutrição para um aumento do risco de morbilidade e mortalidade, para um período de internamento mais longo e para o aumento dos custos de saúde.⁽¹⁰⁻¹³⁾

Existem evidências de que, nestas circunstâncias, a terapia nutricional melhora a taxa de recuperação dos doentes, diminui as complicações associadas e reduz o tempo de internamento e o custo diário por doente.⁽¹³⁾ Dados recentes,

disponibilizados por Nazaré, M., Subtil, A. e col.⁽¹⁴⁾ num estudo realizado em 2006, referem que um mau estado nutricional contribui para um aumento do custo de tratamento em cerca de 20%.

As áreas da nutrição e alimentação são de igual forma consideradas e valorizadas pelos sistemas da qualidade desenvolvidos pelas entidades responsáveis pela acreditação das instituições de saúde - *Joint Commission International* (JCI)⁽¹⁵⁾ e *Health Quality Service* do *King's Fund* (HQS-KF)⁽¹⁶⁾. Segundo estas, os hospitais devem possuir serviços de nutrição e alimentação/serviços de alimentação e dietética (SNA/SAD) organizados, responsáveis pelo circuito da alimentação hospitalar e pela terapia nutricional. Os SNA/SAD devem ser constituídos por equipas de profissionais com formação em Alimentação e Nutrição/Dietética, em número adequado às características dos hospitais, capazes de assegurar a gestão do serviço, a qualidade da alimentação fornecida e a sua adequação à patologia. Paralelamente, defendem a aplicação de métodos de identificação do risco nutricional aquando da admissão dos utentes ao hospital/internamento (rastreamento nutricional) e promovem o acompanhamento dos doentes em risco/desnutridos através do recurso a terapia nutricional adequada. Preconizam que os objectivos da terapia nutricional devem ser definidos e que a terapia implementada deverá ser monitorizada e avaliada em termos de eficácia. Integram neste processo a intervenção nutricional e a orientação alimentar/nutricional aquando da alta hospitalar.

Reforçando estas questões, em 2003, a União Europeia aprovou uma resolução - ResAP(2003)3⁽¹⁷⁾ - com o objectivo de transmitir, pormenorizadamente, as medidas a implementar pelos hospitais nas áreas de nutrição e alimentação, no sentido do combate à desnutrição hospitalar e alcance de padrões elevados de qualidade e segurança alimentar.

Num estudo realizado há dez anos por Guerreiro, T.⁽¹⁸⁾, cerca de 10% dos hospitais portugueses inquiridos afirmaram não possuir serviço de alimentação organizado, responsável pela alimentação dos doentes internados e dos colaboradores. Relativamente à dotação de profissionais com formação técnica específica em alimentação e nutrição/dietética, encontrou-se uma proporção de 1 dietista para 189 camas e de 1 nutricionista para 1409 camas. Estes dados revelaram pessoal técnico em número insuficiente para assegurar as responsabilidades que lhe deveriam ser atribuídas nas áreas da alimentação e nutrição.

Actualmente, o que está então a falhar nos SNA/SAD dos hospitais portugueses?

É objectivo deste trabalho avaliar a evolução da situação nutricional e alimentar nos hospitais portugueses por comparação com o panorama encontrado em 1992 e 1997, em estudos semelhantes^(18,19), e no relatório da Direcção Geral de Saúde (DGS) relativo à alimentação hospitalar no Serviço Nacional de Saúde, publicado em 2006.⁽²⁰⁾

OBJECTIVOS

1- Efectuar um levantamento global da actual situação nutricional e alimentar nos hospitais portugueses adstritos ao Ministério da Saúde, tendo em consideração os seguintes parâmetros:

- I – Informações gerais relativas ao Hospital;
- II – Informações relativas ao Serviço de Alimentação:
 - Organização
 - Dotação de pessoal
 - Aquisição / Recepção / Armazenagem
 - Áreas de preparação / confecção

- Estado de conservação das infra-estruturas e equipamentos
- Sistema de distribuição
- Planos de higienização
- Actividades de formação e actualização do pessoal

III – Informações relativas à organização na área da Nutrição Clínica;

2 – Avaliar o impacto da acreditação dos Hospitais na organização dos Serviços de Alimentação e Nutrição/Dietética;

3 – Estabelecer a comparação dos resultados obtidos pelo inquérito com os dois estudos realizados, anteriormente, em Portugal^(18,19) e com o relatório da DGS.⁽²⁰⁾

Confrontar os resultados com a legislação actual ou, em caso da sua inexistência, com o que é definido pelas instituições de referência na matéria.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo que teve por base um inquérito (anexo 1) de administração directa enviado por correio a todos os hospitais com dependência patrimonial do Ministério da Saúde. No total, foram enviados 114 inquéritos.

A listagem dos hospitais nas condições acima referidas (anexo 2) e respectivos endereços foi obtida por consulta das Publicações de Saúde facultadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e do Anuário de 2006 do Ministério da Saúde.⁽²¹⁾

A elaboração do inquérito teve por base os questionários utilizados nos trabalhos anteriores⁽¹⁸⁻²⁰⁾, as normas aplicáveis às áreas da nutrição e alimentação

dos sistemas da qualidade (JCI⁽¹⁵⁾ e HQS-KF⁽¹⁶⁾) e o Regulamento (CE) n.º 852/2004 de 29 de Abril⁽²²⁾ relativo à higiene dos géneros alimentícios.

Os inquéritos foram enviados a 5 de Março de 2007, acompanhados de envelope RSF e carta de apresentação (anexo 3), informando o âmbito e finalidade do questionário. Uma vez preenchidos, poderiam ser reencaminhados via envelope RSF ou correio electrónico. As respostas foram recebidas entre Março e Junho de 2007.

A análise estatística dos resultados foi realizada através do programa *SPSS*[®], versão 14.0 para *Windows*[®] *XP*, tendo sido os valores obtidos comparados pelo Teste do Qui-Quadrado. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 114 inquéritos enviados foram recebidas 59 respostas (52%). Duas instituições hospitalares não responderam, justificando não ser oportuno no momento, uma vez que as instalações se encontravam em remodelação.

Os resultados obtidos vão ser apresentados de acordo com a disposição com que os assuntos foram abordados ao longo do inquérito.

I – Caracterização do Estabelecimento Hospitalar

Em relação ao tipo de estabelecimento hospitalar, verifica-se a seguinte distribuição (n=54):

Nível I 28%	Outro 24%, dos quais:
Nível II 17%	- Central 38%
Nível III 9%	- Distrital 23%
Especializado 22%	- Outro 39%

A distribuição geográfica dos hospitais obedece à seguinte forma:

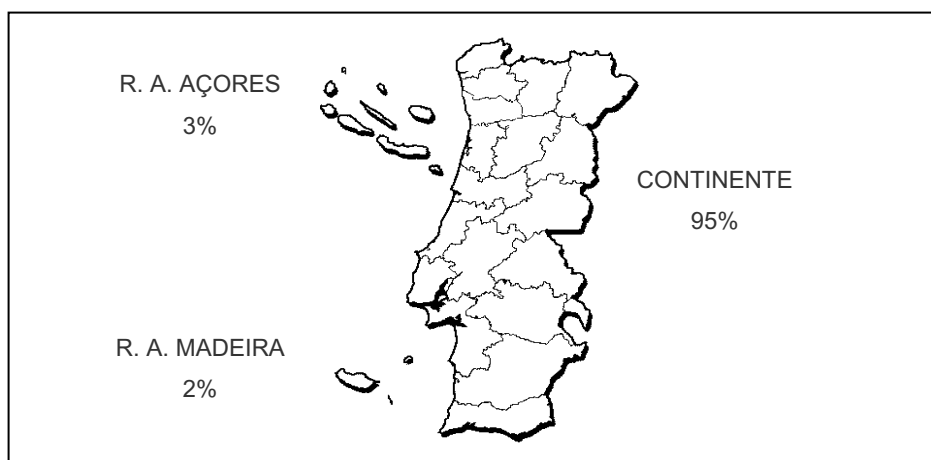


Fig.1 – Distribuição Geográfica (n=59)

No que se refere a zonas do país, observa-se uma maior participação dos hospitais localizados na zona norte, com uma taxa de resposta de 49% (n=51). Da mesma forma, há uma maior participação dos hospitais localizados na zona litoral, 65%, em oposição aos 35% relativos ao interior (n=43).

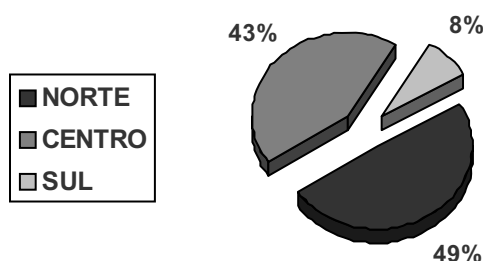


Fig.2 - Localização - Norte/Centro/Sul. (n=51)

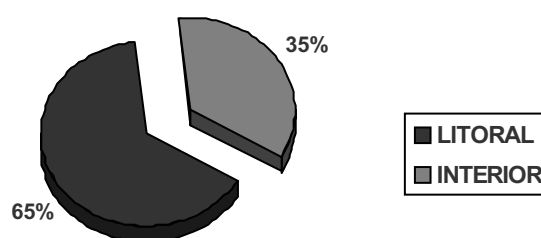


Fig.3 - Localização - Litoral/Interior. (n=43)

A capacidade média encontrada por tipo de estabelecimento hospitalar* é de:

Nível I 99 camas

Especializado 186 camas

Nível II 294 camas

Outro 469 camas

Nível III 653 camas

De um total de 58 respostas, verifica-se que 31% dos hospitais são acreditados, sendo a entidade acreditadora mais comum a HQS-KF (33%). A acreditação destes hospitais é um processo recente, referindo a maioria ser de há 6

* A classificação dos hospitais tem por base o número de valências abrangidas.

anos a esta parte. De referir que 50% dos hospitais acreditados se localizam no norte litoral.

Em relação ao número de refeições servidas pelas instituições hospitalares, conclui-se que 32% das mesmas (n=59) fornecem 5 refeições diárias, nomeadamente, pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia. A maioria dos hospitais (59%) pratica um esquema de 6 refeições diárias, incluindo o meio da manhã, 5% um esquema de 7 refeições diárias e apenas 3% dos hospitais fornecem 8 refeições diárias. De salientar que em 25% dos hospitais é referido existir um ajustamento do esquema, em função da condição específica do doente.

Em 29% das instituições hospitalares, as refeições são servidas com intervalos de tempo superiores a 3,5 horas. O período médio de jejum nocturno é de 11 horas.

Considerando apenas as refeições principais (almoços e jantares), o número médio diário de refeições servidas a doentes e funcionários é de:

Doentes 416±402 refeições (n=57) **Funcionários** 198±167 refeições (n=55)

Relativamente à gestão da cozinha, é possível constatar que a maioria dos 59 hospitais (80%) contratou uma empresa concessionária responsável pelo fornecimento da alimentação, verificando-se que destes, 94% responde afirmativamente à realização de auditorias higio-sanitárias. Considerando como universo apenas os 18 hospitais acreditados, verifica-se mais uma vez que a maioria (72%) apresenta empresa concessionária.

Apurando o custo médio da diária alimentar (incluindo refeições principais e intercalares) em função do tipo de gestão da cozinha, é possível verificar a seguinte situação:

Exploração própria 8±5 € (mínimo 3€; máximo 21€) **Concessão** 10±3 € (3€;16€)

II – Serviço de Alimentação

II.1 – Caracterização do Serviço de Alimentação

Em 95% das instituições hospitalares (n=59) existe um SNA/SAD, correspondendo a sua data de criação aos seguintes períodos temporais:

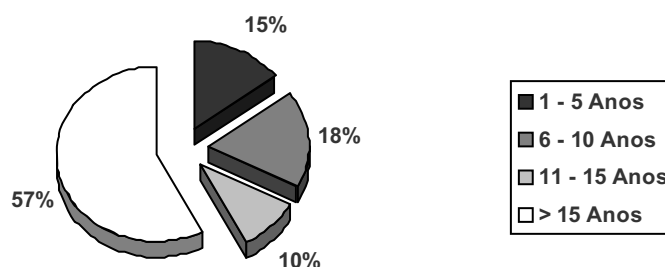


Fig.4 – Criação do Serviço de Alimentação (n=40)

Observando a Fig.5, constata-se que, dentro do hospital, a dependência funcional do SNA/SAD é, na maioria dos casos, do Administrador (37%), seguindo-se da Direcção Clínica (26%).

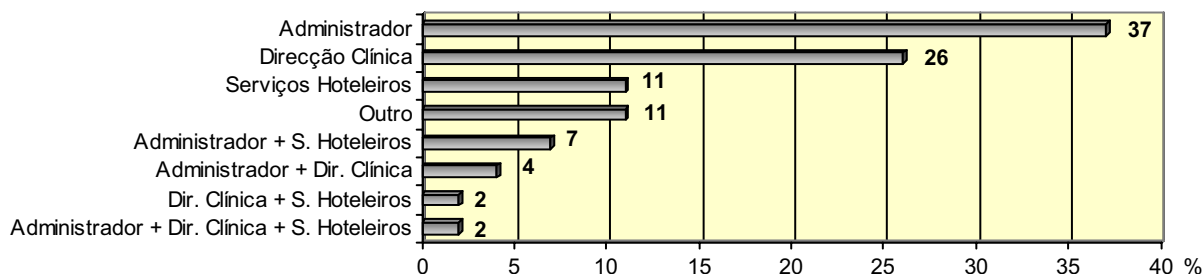


Fig. 5 – Dependência funcional (n=54)

Incluem-se em “Outro” as seguintes entidades responsáveis: Vogal do Conselho de Administração (5%), Gestor Hospitalar (2%), Director do Serviço (2%) e Serviço de Aprovisionamento e Logística (2%).

A categoria profissional do responsável pelo serviço corresponde, em mais de metade dos casos, ao dietista (n=55), Fig.6.

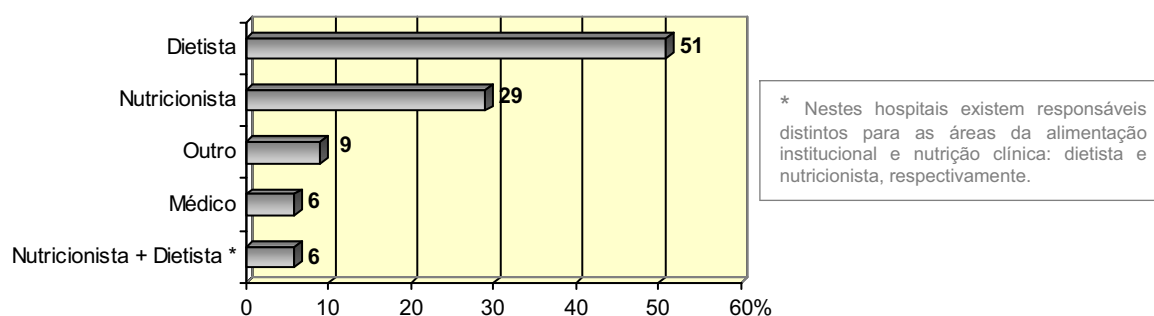


Fig. 6 – Categoria profissional do responsável pelo serviço (n=55)

Relativamente à certificação do SNA/SAD, apenas 10 hospitais (18%) respondem afirmativamente (n=55). Destes, 50% apresentam a certificação ISO 9001:2000, não tendo as restantes instituições respondido à questão colocada.

Tendo em consideração os sectores adstritos ao SNA/SAD, observa-se que a cozinha (93%) e o refeitório (89%) são os maioritários, Fig.7.

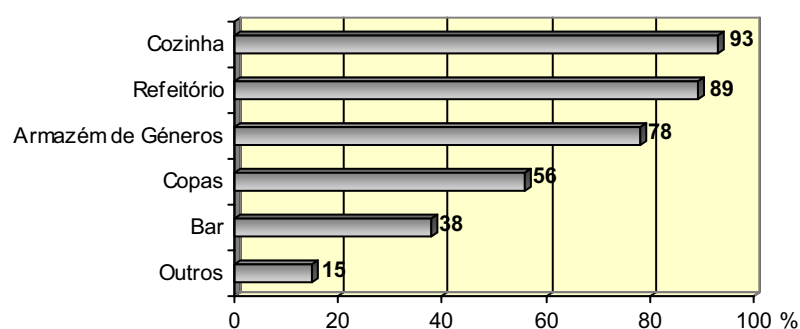


Fig. 7 – Sectores adstritos ao SNA/SAD (n=55)

Na resposta à questão relativa aos elementos de carreira geral e pessoal administrativo que constituem o SNA/SAD não houve uniformidade de critérios (exploração própria /concessão), pelo que referencio apenas os hospitais que mencionam a existência de pessoal técnico especializado.

Pessoal Técnico Especializado (n=56)

- Nutricionista 50%
- Veterinário 13%
- Dietista 71%
- Outros 11%

A quase totalidade dos hospitais (98%) dispõe de pessoal técnico especializado, do qual fazem parte nutricionistas, dietistas, veterinários e outros, nomeadamente, engenheiros alimentares.

Apurando a dotação de profissionais com formação técnica específica em alimentação e nutrição/dietética por número de camas, verifica-se a existência, em média, de **1 nutricionista para 336 camas** e de **1 dietista para 203 camas**.

Particularizando ao tipo de estabelecimento hospitalar, a dotação é a seguinte:

	Tipo de estabelecimento hospitalar				
	Nível I	Nível II	Nível III	Especializado	Outro
Nutricionista	1/373	1/368	1/3266	1/159	1/338
Dietista	1/99	1/368	1/126	1/248	1/256

Tabela 1. Dotação de nutricionista e dietista por número de camas em função do tipo de estabelecimento hospitalar

II.2 – Circuito Alimentar

AQUISIÇÃO / RECEPÇÃO / ARMAZENAGEM

A existência de comissão de escolha de géneros alimentícios é mencionada em 38% dos hospitais (n=56), sendo constituída, em média, por 3 elementos. A Fig.8 apresenta as categorias profissionais dos elementos que podem constituir esta comissão. Em 16% das respostas (n=19) verifica-se que a comissão de escolha não é constituída por pessoal técnico especializado.

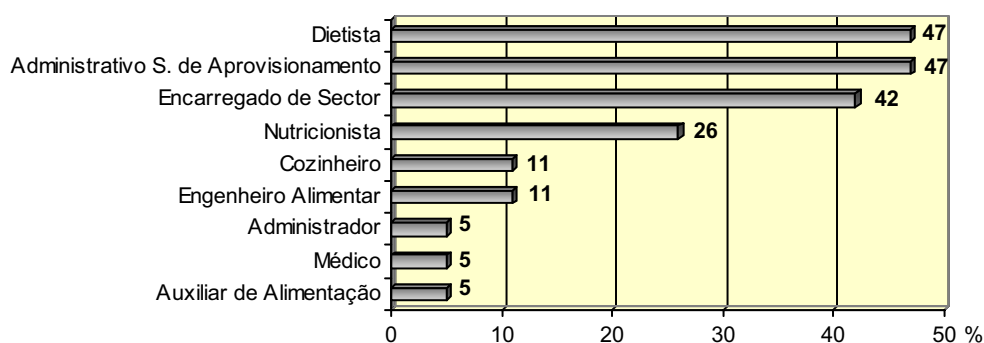


Fig. 8 – Constituição da comissão de escolha (n=19)

Verifica-se a existência de comissão de recepção de géneros alimentícios em 46% dos hospitais (n=56), sendo constituída, em média, por 2 elementos. Neste caso, a comissão não inclui pessoal técnico especializado em 26% das respostas (n=26),

Fig.9.

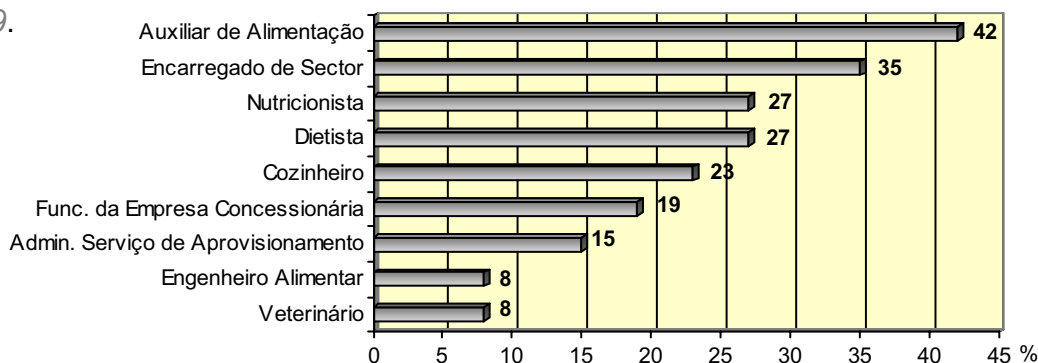


Fig. 9 – Constituição da comissão de recepção (n=26)

No que respeita à proximidade física das áreas de recepção e armazenamento de géneros alimentícios, constata-se que as áreas são contíguas em 84% dos casos (n=56), em oposição aos 16% dos hospitais que não apresentam uma área de recepção específica e contígua ao armazém.

Relativamente à zona de armazenamento de géneros alimentícios, verifica-se que existem, em média, 4 câmaras de refrigeração e 3 câmaras de congelação (n=54), cujas temperaturas oscilam entre os 0 a 10°C e $\leq -15^{\circ}\text{C}$, respectivamente.

Para o acondicionamento de géneros secos, 10% dos hospitais (n=57) recorrem à despensa de dia, contrariamente aos 90% dos hospitais que apresentam instalações próprias e exclusivas para o efeito.

As instalações do armazém de géneros apresentam as seguintes condições:

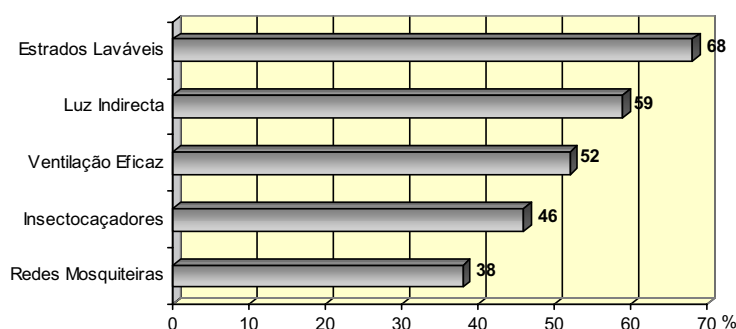


Fig.10 – Condições das instalações do armazém de géneros (n=56)

Apenas 11% dos hospitais apresentam todas as condições consideradas.

A *Fig.11* evidencia o estado de conservação das instalações do armazém de géneros.

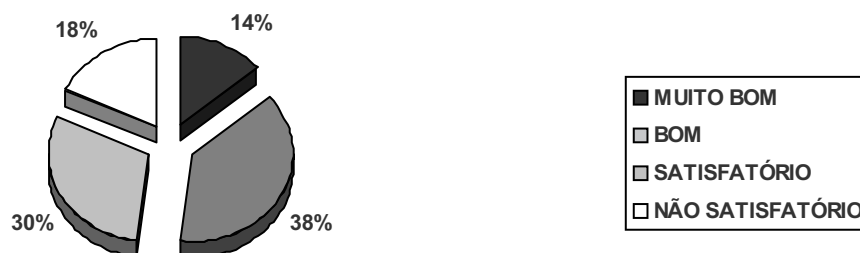


Fig. 11 – Estado de conservação do armazém de géneros (n=56)

Em 79% dos hospitais (n=56), as instalações do armazém de géneros são contíguas à cozinha.

PREPARAÇÃO/CONFECÇÃO

Avaliando a existência de zonas fisicamente separadas para a preparação de diferentes géneros alimentícios, esta observa-se com a seguinte distribuição (n=56):

	%		%
Carne	86	Legumes/Fruta	86
Peixe	84	Pastelaria	50
Leite	43	Dietas Especiais	43
Aves	14	Outras Zonas	14

Tabela 2. Zonas de preparação (n=56)

De salientar que 84% dos hospitais apresentam zonas de preparação individualizadas para a carne, peixe e legumes/fruta. Do total de respostas, 13% dos hospitais referem não apresentar zonas de preparação distintas.

Na *Fig.12* estão patentes os resultados relativos ao método de descongelação dos alimentos utilizado pelas instituições hospitalares. Como se pode verificar, a refrigeração é o processo mais frequente (73%).

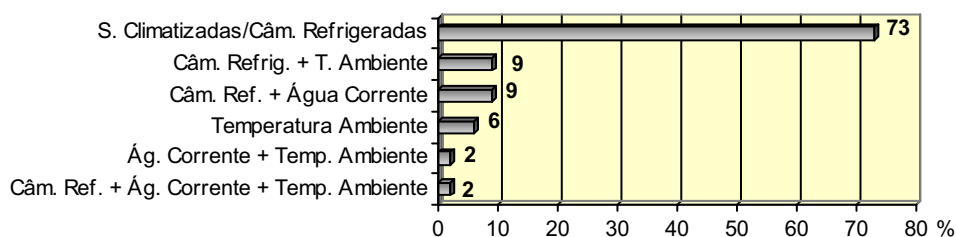


Fig. 12 – Processos de descongelação dos alimentos (n=55)

No que se refere à desinfecção de produtos consumidos em cru (legumes/saladas/fruta), verifica-se que a quase totalidade (98%) dos hospitais responde afirmativamente. Apenas 2% dos 56 hospitais não procedem à sua desinfecção.

Após a fase de preparação, os géneros devem ser acondicionados em câmaras refrigeradas até à sua confecção. Contudo, apenas em 55% dos hospitais se observa a existência de câmaras frigoríficas de apoio à preparação (n=53). De salientar os 10% de não respostas.

Existem câmaras refrigeradas de apoio individualizadas para os seguintes géneros alimentícios:

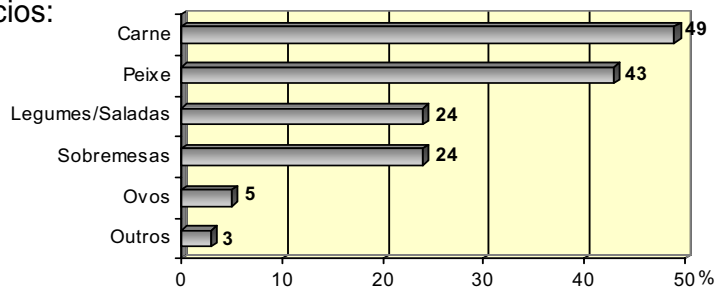


Fig. 13 – Câmaras refrigeradas de apoio à preparação (n=37)

Em 43% dos casos existem câmaras refrigeradas para o acondicionamento de carne e de peixe. Apenas 16% dos hospitais possuem câmaras para carne, peixe e legumes/saladas.

De um total de 54 hospitais, 74% não procedem ao controlo da temperatura durante a preparação e 35% durante a confecção.

A confecção do almoço termina, em média, às 11h30 e a do jantar às 18 horas (n=52).

A confecção dos alimentos tem como destino a distribuição a quente em 88% dos hospitais, a distribuição a frio em 11% e ambos os sistemas de distribuição em 2% dos 56 hospitais.

Os hospitais que utilizam o sistema de distribuição a frio recorrem maioritariamente ao frio mecânico (88%), sendo que nenhum hospital faz referência à utilização de azoto líquido. Durante a fase de arrefecimento rápido, 86% dos hospitais procedem ao controlo da temperatura. Até serem distribuídos, os alimentos são mantidos na câmara de conservação, no máximo, até 5 dias, em 100% das respostas.

Apesar da maioria dos hospitais utilizar o sistema de distribuição a quente, constata-se que em 16% desses mesmos hospitais as instalações estão equipadas para o sistema de frio, não sendo este utilizado pelos seguintes motivos:

- Problemas no equipamento e/ou equipamento deficiente: 63%;
- Falta de formação na área: 25%;
- Manutenção pós venda deficiente: 13%;
- “Rejeição” e/ou inadaptação do pessoal e utentes: 13%;
- Outros motivos: 38%.

Após a confecção e até ao início do empratamento, os alimentos são conservados na cozinha do seguinte modo:

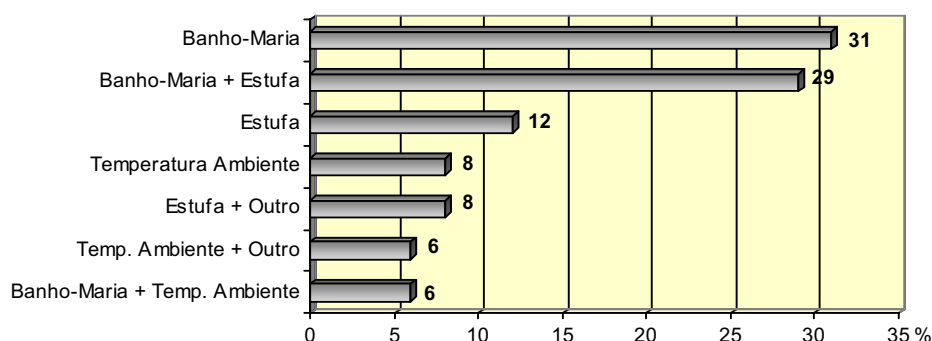


Fig. 14 - Processos de conservação das refeições (n=51)

Foi incluído em “Outro” a manutenção dos alimentos sobre a placa do fogão.

As temperaturas médias de conservação variam entre (n=44):

T°C	30 a 50°C	50 a 60°C	≥ 65°C	≥ 70°C	≥ 85°C
% Hospitais	2	9	43	32	14

Tabela 3. Temperaturas de conservação das refeições (n=44)

De um total de 57 hospitais, verifica-se que 88% fazem recolha diária de amostras preventivas das refeições confeccionadas. A totalidade dos hospitais respeita as condições recomendadas para o acondicionamento das amostras. De referir que dos 12% de hospitais que não procedem à recolha diária de amostras, 7% são hospitais acreditados.

No que se refere ao controlo microbiológico e bromatológico das refeições confeccionadas, constata-se que de um total de 56 hospitais, 84% enviam as suas amostras para análises microbiológicas e 30% para análises bromatológicas. A periodicidade com que efectuam as análises consta na *Tabela 4*.

	Diária (%)	Semanal (%)	Mensal (%)	Outra (%)
Análises Microbiológicas (n=42)	2	2	48	48
Análises Bromatológicas (n=15)	7	7	20	67

Tabela 4. Periodicidade de realização de Análises Microbiológicas e Bromatológicas às refeições confeccionadas

No que concerne à água utilizada para a confecção, verifica-se que 74% dos hospitais procedem ao seu controlo microbiológico e 69% ao controlo químico (n=54).

A periodicidade com que são efectuados tais controlos vem expressa na *Tabela 5*.

	Semanal (%)	Mensal (%)	Outra (%)
Controlo Microbiológico (n=38)	3	50	47
Controlo Químico (n=33)	3	46	52

Tabela 5. Periodicidade dos Controlos Microbiológico e Químico da água

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Verificam-se condições semelhantes relativamente ao estado de conservação das instalações das zonas de preparação e cozinha (n=56), sendo de realçar a apreciação não satisfatório de 20% e 21%, respectivamente.

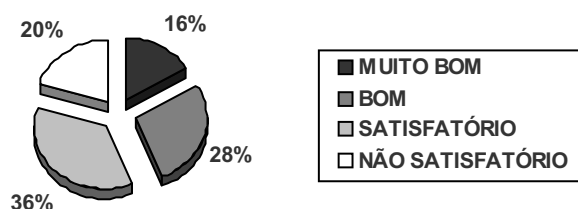


Fig. 15 – Estado de conservação da zona de preparação (n=56)

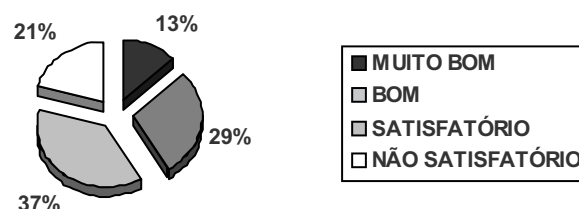


Fig. 16 – Estado de conservação da cozinha (n=56)

A Fig.17 reúne as condições mínimas necessárias para o funcionamento de uma cozinha hospitalar e as respectivas frequências com que estas surgem nas cozinhas dos hospitais inquiridos.

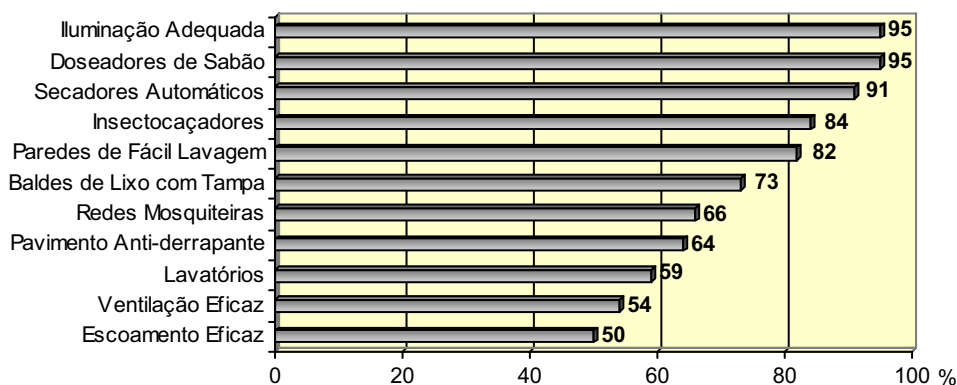


Fig. 17 – Condições das instalações da cozinha (n=56)

A arquitectura da cozinha permite que o circuito dos alimentos se faça num só sentido, marcha-em-frente, em 70% dos hospitais (n=56). De salientar que dos 30% em que não se verifica a marcha-em-frente, 11% são hospitais acreditados.

DISTRIBUIÇÃO

Analisando os dados disponíveis relativos a horários do final da confecção e do início de empratamento, calcula-se o intervalo de tempo que medeia estas duas operações. Desta forma, o intervalo temporal que decorre entre o final da confecção do almoço e o seu empratamento encontra-se entre 15 a 30 minutos em 38% dos hospitais, sendo inferior a 15 minutos em 52% dos casos (n=52).

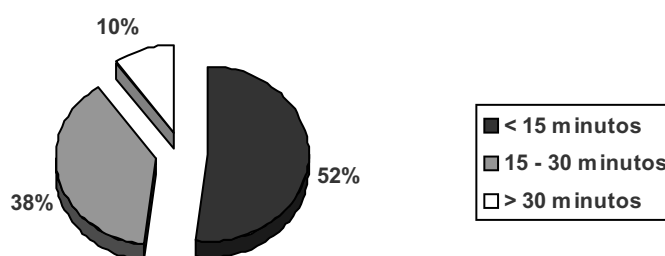


Fig. 18 – Intervalo de tempo entre o final da confecção do almoço e o seu empratamento (n=52)

Relativamente ao jantar, o período decorrido entre a confecção e o empratamento é de 15 a 30 minutos em 27% dos casos, sendo superior a 30 minutos em 15% dos hospitais (n=52).

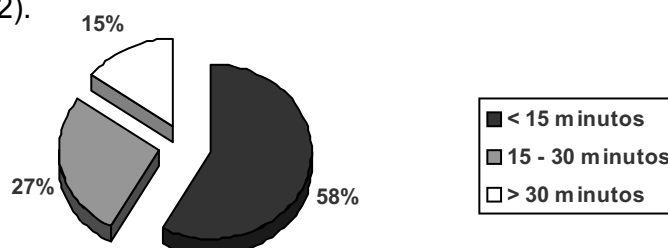


Fig. 19 – Intervalo de tempo entre o final da confecção do jantar e o seu empratamento (n=52)

O empratamento das refeições principais é centralizado na cozinha em 88% das instituições hospitalares (n=57). Em 7% das situações tem lugar nas copas e em 5% ocorre em ambos os locais.

Dos hospitais em que o empratamento ocorre na cozinha, 80% (n=50) referem a existência de uma área específica para o efeito, encontrando-se esta à temperatura ambiente.

No empratamento, as refeições são acondicionadas em pratos isotérmicos em 4% dos casos, em tabuleiros isotérmicos em 36% das situações e nos dois, em simultâneo, em 5% dos hospitais. Do total de 56 hospitais, 55% referem recorrer a outro sistema.

Posteriormente, o transporte das refeições até ao internamento processa-se da seguinte forma:

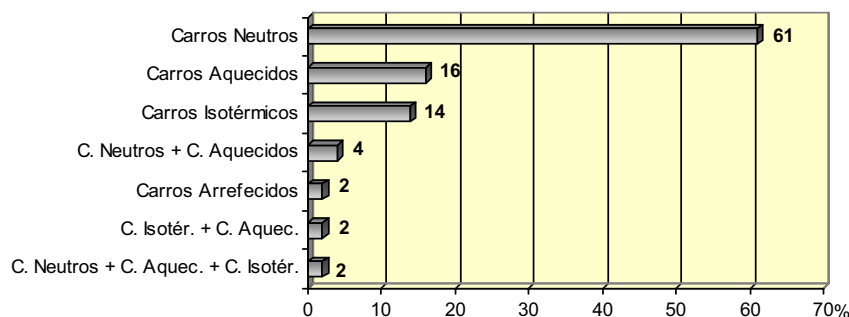


Fig. 20 – Transporte de refeições até ao internamento (n=56)

Os elementos que efectuam o transporte das refeições até aos doentes são os seguintes (n=56):

- Funcionários da empresa concessionária: 45%;
- Auxiliares de acção médica: 32%
- Auxiliares de alimentação: 18%
- Outros: 5%

Já nos serviços de internamento, o reaquecimento/regeneração das refeições nas copas ocorre em 45% dos hospitais (n=56).

Em relação ao empratamento das refeições intercalares, verifica-se que este tem lugar na cozinha em 49% dos hospitais, nas copas em 47% e em ambos os locais em 4% (n=57).

LIMPEZA E DESINFECÇÃO

A lavagem da louça realiza-se na cozinha central em 65% dos hospitais, nas copas dos internamentos em 14% dos casos e nos dois locais, simultaneamente, em 21% dos hospitais (n=57), tendo disponíveis os seguintes processos:

Zona de Lavagem	Lavagem Manual (%)	Lavagem Mecânica (%)	Lavagem Mista (%)
Copas (n=20)	30	60	10
Cozinha Central (n=49)	4	61	35

Tabela 6. Métodos de lavagem da louça

Planos de limpeza extra rotina diária estão estabelecidos em 93% dos hospitais (n=56), sendo executados em 60% dos casos pelos funcionários do SNA/SAD, em 31% pelos funcionários de limpeza de uma empresa concessionária e em 10% das situações por ambos (n=52). A periodicidade com que estes planos são executados encontra-se expressa na Tabela 7:

	Tectos (n=41)	Paredes (n=49)	Pavimentos (n=49)	Janelas (n=47)	C. Refrigeração (n=48)	C. Congelação (n=49)	Fogões (n=50)	Exaustores (n=50)
Variável (%)	7	4	-	2	4	2	-	2
Diária (%)	-	6	98	2	38	4	96	2
Semanal (%)	5	47	2	43	54	55	4	40
Quinzenal (%)	-	10	-	11	4	4	-	18
Mensal (%)	44	27	-	32	-	33	-	36
Trimestral (%)	5	2	-	4	-	2	-	2
Semestral (%)	15	4	-	4	-	-	-	-
Anual (%)	24	-	-	2	-	-	-	-

Tabela 7. Periodicidade dos planos de limpeza

Relativamente à desinfestação das instalações contra pragas, todos os hospitais, 100%, referem a sua realização (n=54), com a seguinte periodicidade (n=48): Quinzenal – 6%; Mensal – 33%; Trimestral – 31%; Semestral – 10%; Anual – 2% e sem periodicidade exacta – 17%.

Os programas de desinfestação estão a cargo de empresas especializadas contratadas na totalidade das respostas obtidas (n=54).

II.3 – Informações Gerais

Transitando para questões de âmbito geral, verifica-se que 84% dos hospitais (n=56) apresentam ciclos de ementas estabelecidos, cuja duração varia da seguinte forma (n=44):

2 semanas 16%	3 semanas 2%	4 semanas 27%
5 semanas 20%	6 semanas 9%	7 semanas 2%
8 semanas 20%	11 semanas 2%	

De acordo com a *Fig.21*, a elaboração das ementas fica essencialmente a cargo do dietista.

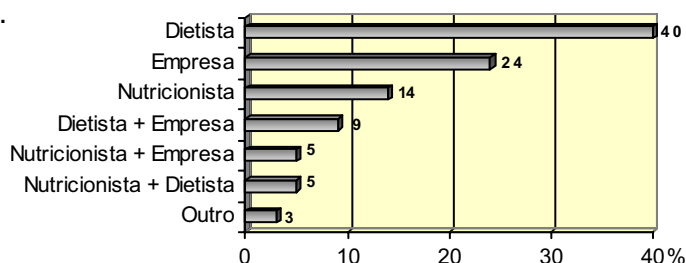


Fig. 21 – Responsável pela elaboração das ementas (n=58)

Do total de 57 respostas, constata-se que apenas um hospital (2%) não dispõe de capitações definidas. À semelhança do que se verifica no caso da elaboração das ementas, mais uma vez esta responsabilidade cabe ao dietista na maioria dos casos,

Fig.22.

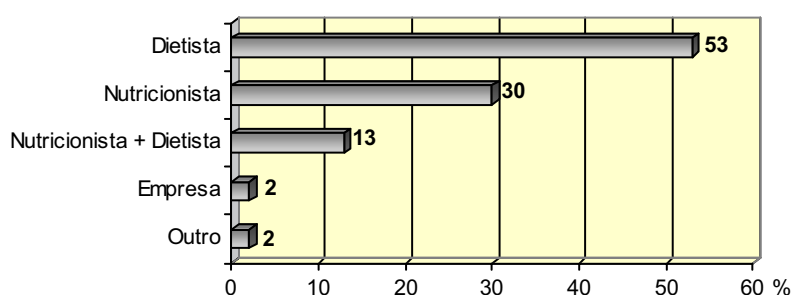


Fig. 22 – Responsável pela definição das capitações (n=53)

Quanto à existência de Manual de Dietas, 95% das instituições hospitalares respondem afirmativamente (n=56). Deste instrumento de trabalho constam, em média, 16 ± 11 (mínimo: 5; máximo: 68) dietas sistematizadas (n=45).

Em questões de segurança alimentar, observa-se que dos 55 hospitais que responderam a esta questão, 58% aplicam o sistema de controlo dos pontos críticos, *Hazard Analysis Control Critical Points* (HACCP) nos procedimentos do SNA/SAD. De realçar que 39% dos 18 hospitais acreditados não seguem o sistema HACCP.

No que respeita à verificação das refeições que chegam aos doentes, observa-se que 90% dos hospitais cumprem esse procedimento (n=57). Como indicado na *Tabela 8*, esta operação é executada por vários profissionais, dependendo da estrutura e organização do hospital.

	%
Dietista	34
Pessoal de enfermagem	14
Nutricionista	12
P. Enfermagem + Auxiliar Acção Médica	10
Auxiliar Acção Médica	8
Dietista + Nutricionista	6
Nutricionista + P. Enfermagem	6
Dietista + Auxiliar Acção Médica	2
Dietista + P. Enfermagem + Aux. Acção Médica	2
Nutricionista + P. Enfermagem + Aux. Ac. Médica	2
Nutricionista + Engenheiro Alimentar	2
Nutricionista + Dietista + Encarregado de Sector	2

Tabela 8. Responsável pela verificação das refeições (n=50)

Na toma das refeições, os doentes contam com o apoio dos seguintes elementos:

	%
Pessoal de Enfermagem + Voluntariado + Pessoal Auxiliar	43
P. Enfermagem + P. Auxiliar	25
Pessoal Auxiliar	16
Pessoal de Enfermagem	5
P. Enfermagem + P. Auxiliar + Familiares	4
Voluntariado	2
P. Auxiliar + Dietista	2
Voluntariado + Pessoal Auxiliar	2
P. Enfermagem + Familiares	2

Tabela 9. Responsável pelo apoio aos doentes durante as refeições (n=56)

Em relação à realização de inquéritos de aceitabilidade das refeições, 88% dos hospitais respondem afirmativamente (n=58), sendo esta tarefa da responsabilidade do hospital em 57% das situações, da empresa concessionária em 24% dos casos e de ambos nos restantes hospitais (n=51). Apenas um dos 18 hospitais acreditados refere não aplicar inquéritos de aceitabilidade das refeições.

Nos hospitais onde se verifica a aplicação dos inquéritos, esta é efectuada com a seguinte periodicidade (n=47): Mensal – 15%; Trimestral – 2%; Semestral – 45%; Anual – 23% e com periodicidade variável em 14% dos casos.

Relativamente à aceitação das refeições por parte dos doentes e funcionários nos hospitais que possuem sistema de distribuição a frio, não é possível chegar a conclusões plausíveis dada a elevada taxa de não respostas (86%).

Em matéria de formação do pessoal que integra o SNA/SAD, verifica-se que os temas abordados com maior frequência são (n=52):

- Higiene alimentar: 98%
- Higiene e segurança no trabalho: 89%
- Noções gerais de nutrição e alimentação: 79%
- Outros temas (HACCP, higiene pessoal, etc.): 25%

A realização de exames de saúde aos funcionários que manipulam os alimentos, previamente à sua admissão, está instituída em 59% dos hospitais. Os exames de saúde periódicos após admissão destes funcionários são realizados em 87% das instituições hospitalares (n=54).

III – Área da Nutrição Clínica

A identificação do risco nutricional (*screening*) aquando da admissão do doente é efectuada em apenas 25% dos hospitais (n=57), sendo o *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) o método mais utilizado, com 54% das respostas, seguido do

Subjective Global Assessment (SGA), com 23% das respostas, do MUST e do SGA, simultaneamente, com 15 % das respostas e, por último, o *Nutritional Risk Screening* 2002 (NRS 2002), com 8% do total de respostas (n=13). Dos 25% dos hospitais que procedem à identificação do risco nutricional, 12% são acreditados.

Esta identificação inicial do risco nutricional é realizada pelos seguintes profissionais:

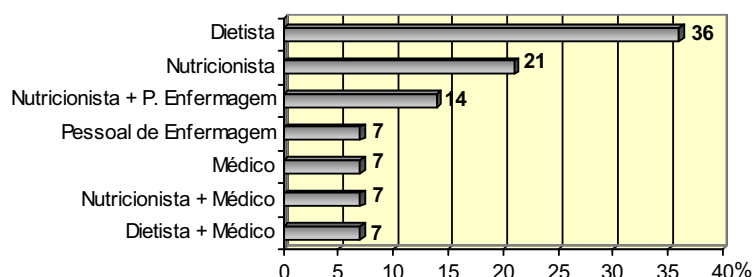


Fig. 23 – Responsável pela aplicação do método de identificação do risco nutricional (n=14)

Em relação à prescrição da terapia nutricional, constata-se que esta prática integra a rotina hospitalar na totalidade, 100%, das respostas (n=57). Na maioria dos casos (32%) é da responsabilidade do médico (n=57), Fig.24.

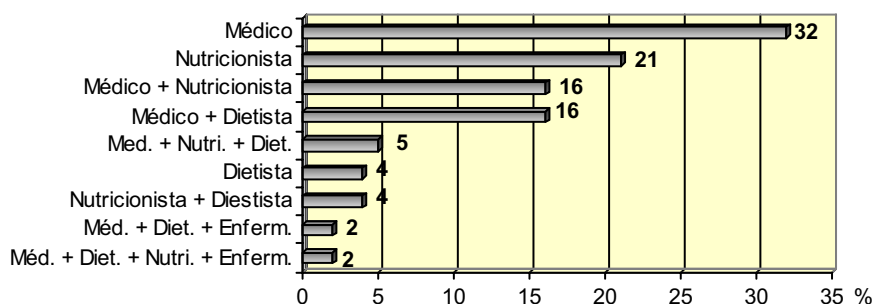


Fig. 24 – Responsável pela prescrição da terapia nutricional (n=57)

A monitorização da terapia nutricional instituída é feita em 96% (n=56) dos hospitais, sendo da responsabilidade exclusiva do nutricionista em 26% das 54 respostas, Fig.25. De realçar que um dos hospitais que não procede à monitorização é acreditado.

O acompanhamento nutricional dos doentes é realizado diariamente em 42% dos hospitais, 2 vezes / semana em 4% dos hospitais e semanalmente em 10% dos casos (n=48). Contudo, verifica-se que 44% dos hospitais referem não monitorizar os doentes com uma periodicidade exacta.

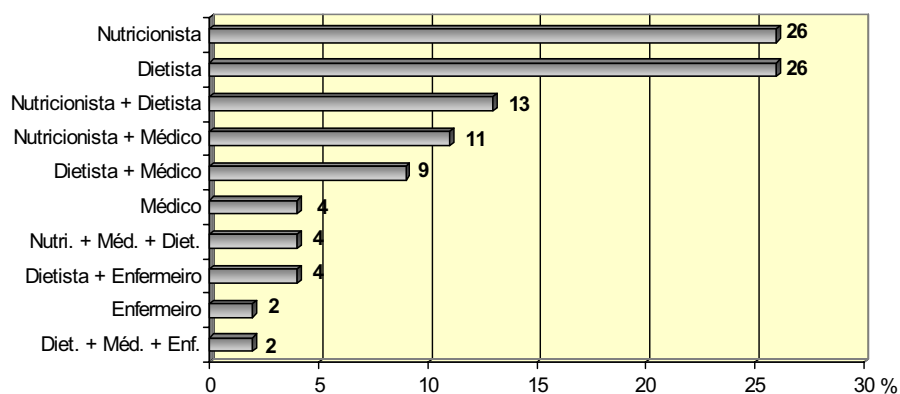


Fig. 25 – Responsável pela monitorização da terapia nutricional instituída (n=54)

No que respeita à instituição dos diferentes tipos de nutrição artificial, verifica-se a seguinte distribuição:

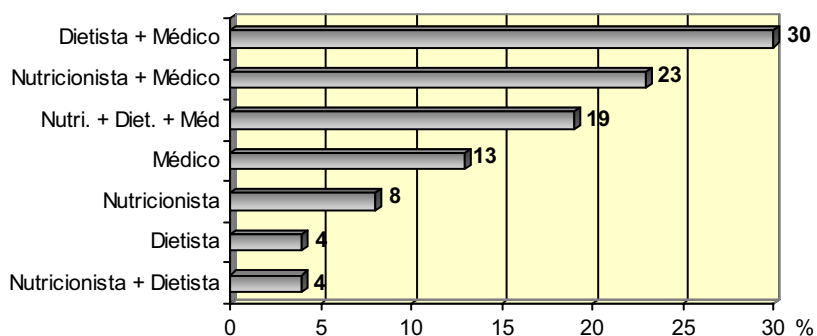


Fig. 26 – Responsável pela prescrição da Nutrição Entérica (n=53)

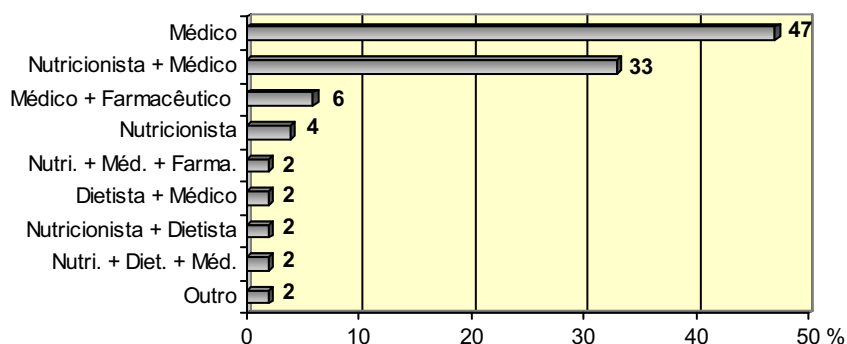


Fig. 27 – Responsável pela prescrição da Nutrição Parentérica (n=51)

A nutrição parentérica não é praticada em 4% dos hospitais (n=53).

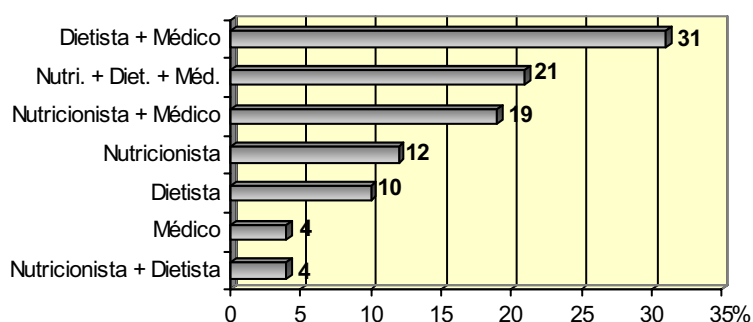


Fig. 28 – Responsável pela prescrição da Suplementação proteico-energética (n=52)

O registo das intervenções nutricionais no processo clínico dos doentes verifica-se em 95% das respostas (n=57).

Em 81% dos 57 hospitais verifica-se que é realizado, por rotina, o aconselhamento nutricional de alta, em oposição aos 19%, nos quais este procedimento não é comum. Destes 19%, 5% correspondem a hospitais acreditados. Nos casos que respondem afirmativamente, o aconselhamento é da responsabilidade exclusiva do dietista em 41% dos hospitais, Fig.29.

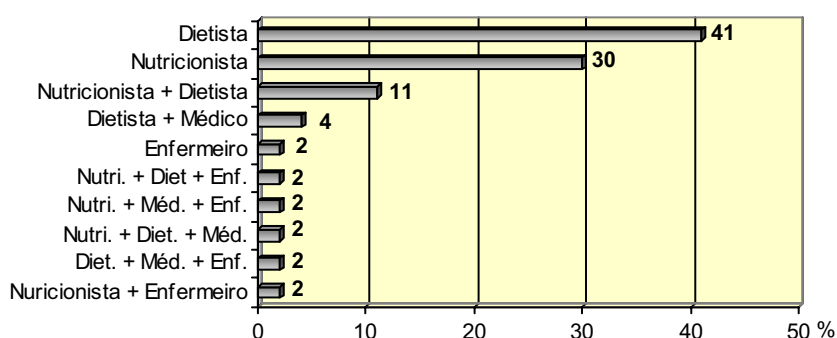


Fig. 29 – Responsável pelo aconselhamento nutricional de alta (n=46)

Em média, são prescritas as seguintes terapias nutricionais:

- Nutrição entérica: 1673/ano (n=15)
- Nutrição parentérica: 136/ano (n=10)
- Dietas de alta: 697/ano (n=13)
- Suplementação proteico-energética: 926/ano (n=12)
- Outro tipo de intervenção: 1376/ano (n=7)

Quanto à existência de uma comissão de suporte nutricional, 34% dos hospitais (n=56) respondem afirmativamente. A sua constituição inclui diferentes profissionais, a considerar (n=19):

Médico	100%	Farmacêutico	95%	Enfermeiro	84%
Nutricionista	74%	Dietista	42%		

Relativamente à existência de comissões de escolha para a nutrição entérica e parentérica, observa-se que no primeiro caso não existe em 21% dos hospitais e no segundo caso em 26% dos hospitais (n=57).

Em 91% dos hospitais (n=58) funciona a consulta externa autónoma de nutrição, sendo realizada essencialmente pelo nutricionista, *Fig.30*. De salientar que um dos hospitais (2%) que não apresenta consulta externa de nutrição é acreditado.

A consulta de nutrição apoia todas as especialidades do hospital em 91% das respostas (n=53).

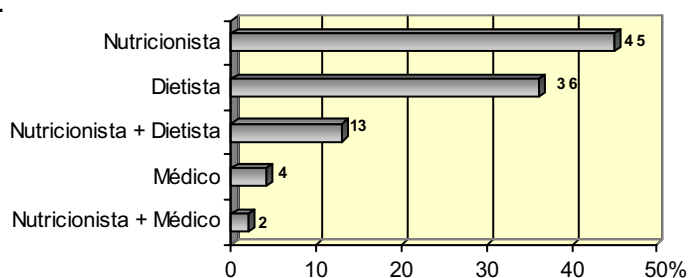


Fig. 30 – Responsável pela realização da Consulta de Nutrição (n=53)

DISCUSSÃO

Estabelecimento Hospitalar

O número de respostas obtido, 52% do universo inquirido, é considerado aceitável para este tipo de inquéritos, embora este valor se encontre longe do desejável.⁽²³⁾

Em termos de participação, verifica-se uma maior representatividade dos estabelecimentos hospitalares localizados nas regiões norte e centro do país e, à

semelhança do encontrado em trabalhos anteriores^(18,19), dos hospitais situados na zona litoral.

A acreditação do hospital, entendida como uma ferramenta de gestão e de avaliação eficaz da qualidade, proporciona um compromisso visível por parte da instituição no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente, de garantir um ambiente seguro e de trabalhar continuamente de forma a reduzir riscos para os doentes e para os profissionais.⁽¹⁵⁾

Embora se trate de um processo de implementação de há 6 anos a esta parte, verifica-se que 31% dos hospitais consultados são acreditados.

Relativamente ao número de refeições diárias fornecidas pelos hospitais, a evolução tem sido notória. Nesta matéria, seria desejável que os hospitais praticassem um esquema de 6 refeições diárias, incluindo pequeno-almoço, merenda da manhã, almoço, merenda da tarde, jantar e ceia, distribuídas de forma equilibrada ao longo do dia por forma a serem evitados intervalos superiores a 3,5 horas entre as refeições e jejuns nocturnos superiores a 10 horas. O não cumprimento de horários ajustados poderá conduzir a situações de sobrealimentação e, de igual forma, a situações de hipoglicemia e autofagia proteica, comprometendo a recuperação do doente.⁽⁵⁾

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que mais de metade dos hospitais (59%) praticam um esquema de 6 refeições diárias, em oposição aos 32% de casos que ainda fornecem 5 refeições por dia. No entanto, a inadequação dos horários de distribuição das refeições mantém-se, observando-se intervalos superiores a 3,5 horas entre as refeições em 29% das instituições hospitalares e um jejum nocturno médio de 11 horas, ultrapassando o limite desejável. No estudo realizado em 1992⁽¹⁹⁾, apenas 22% dos hospitais forneciam 6 refeições diárias, tendo este valor aumentado para 34% em 1997.⁽¹⁸⁾

Segundo Mezomo, I.⁽⁶⁾, um serviço de alimentação consome 12 a 13% do investimento de um hospital, o que explica a tendência crescente do sector da saúde para concessionar a sua actividade de restauração com o objectivo de reduzir, de forma efectiva, os custos com a alimentação. De facto, a empresa concessionária atenua a sobrecarga técnico-administrativa do serviço, na medida em que contribui para uma gestão de pessoal mais eficaz, garantindo de igual forma refeições nutricionalmente equilibradas, preparadas sob condições de higiene e segurança.

Somente através da elaboração de um caderno de encargos completo e correcto por parte da instituição hospitalar, se poderá chegar a uma relação satisfatória entre esta e a empresa concessionária, devendo esta ligação assegurar a qualidade da alimentação fornecida. Cabe ao SNA/SAD assumir o papel de entidade responsável pela supervisão e fiscalização do serviço prestado face ao contratado.

Os resultados do presente estudo evidenciam essa mesma tendência, dado que 80% dos hospitais possuem empresa de restauração colectiva responsável pelo fornecimento da alimentação hospitalar. Desse total, verifica-se que em 94% dos casos o hospital procede a auditorias higio-sanitárias à empresa concessionária.

Comparando com os resultados obtidos em estudos anteriores⁽¹⁸⁻²⁰⁾, constata-se um aumento significativo ($p < 0,001$) no recurso a empresas de restauração colectiva.

Contudo, e contrariamente ao esperado, os hospitais em regime de exploração própria apresentam, em média, um custo de diária alimentar mais baixo (8 ± 5 € vs 10 ± 3 €)*.

Serviço de Alimentação

Segundo as normas aplicáveis às áreas da nutrição e alimentação dos sistemas da qualidade, JCI⁽¹⁵⁾ e HQS-KF⁽¹⁶⁾, o SNA/SAD deve ser constituído por uma equipa de

* Provavelmente, não houve uniformização nos critérios usados para responder a esta questão.

profissionais capazes de assegurar a gestão do serviço, a qualidade da alimentação fornecida e a sua adequação à patologia. Deve ser organizado de modo a compreender uma sequência de processos sucessivos destinada a fornecer refeições equilibradas dentro dos padrões higio-sanitários e nutricionais, ajustadas às limitações financeiras da instituição hospitalar. Deve apresentar autonomia funcional e depender da direcção hospitalar, ficando a gestão do serviço delegada num profissional de saúde com formação universitária especializada para desempenhar actividades nesse sector.⁽⁷⁾

Actualmente, em 5% dos hospitais portugueses inquiridos não existe um serviço específico responsável pela nutrição e alimentação do hospital. Contudo, é evidente a evolução positiva ao longo dos últimos 15 anos em relação ao número de hospitais que apresentam um SNA/SAD, dado que houve um aumento na ordem dos 5%.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Estes dados vêm demonstrar a preocupação crescente de ampliar e adaptar o conceito de dieta hospitalar às tendências inovadoras da gastronomia no mercado globalizado da alimentação e nutrição/dietética.⁽³⁾

Neste estudo, observa-se que apenas 37% dos hospitais apresentam SNA/SAD com dependência funcional exclusiva do administrador. A existência de um nutricionista como director de serviço ocorre somente em 29% dos hospitais portugueses. Apesar do aumento de 14% desde 1997⁽¹⁸⁾, estes resultados evidenciam que a falta de técnicos de nutrição funcionalmente integrados nos nossos hospitais ainda se mantém.

A quase totalidade dos SNA/SAD existentes nos estabelecimentos hospitalares (82%) não foi objecto de certificação.

Para que se constate um correcto funcionamento do SNA/SAD é necessário que a área total do serviço obedeça a uma divisão equitativa dos seus sectores, de forma a

que todas as fases do circuito alimentar, que vão desde a escolha de géneros à distribuição das refeições, estejam na dependência e supervisão deste serviço.⁽⁶⁾ Assim, todos os sectores associados a estas etapas devem ser adstritos ao serviço.

Nos hospitais que participaram neste estudo verifica-se que nem todos os sectores que fazem parte do circuito alimentar se encontram adstritos ao SNA/SAD, originando dificuldades no controlo do processo. O armazém de géneros e as copas encontram-se sob dependência do serviço em 78% e 56% dos casos, respectivamente. A este nível, conclui-se que não houve melhorias face aos estudos anteriores.^(18,19)

O SNA/SAD de um estabelecimento hospitalar deve contar com um quadro de pessoal adequado, tanto ao nível quantitativo como qualitativo, com vista a atingir os objectivos a que se propõe e contribuir, directa ou indirectamente, para a consecução dos objectivos gerais do hospital do qual faz parte.⁽⁴⁾ De acordo com Peres, E.⁽⁵⁾, a proporção desejável de técnicos especializados será de 1 dietista para 100 camas e de 1 nutricionista para 200 camas, não existindo até ao momento em Portugal novas referências que apontem uma dotação ajustada destes profissionais por área de actuação, contrariamente ao que ocorre noutros países, nomeadamente, Brasil.⁽²⁴⁾

O presente estudo evidencia que apenas 2% dos hospitais consultados não possuem pessoal técnico especializado, em oposição aos 17% e aos 8% de hospitais encontrados em 1992 e 1997, respectivamente.^(18,19) Em matéria de pessoal, constata-se uma melhoria significativa nos últimos 15 anos ($p=0,013$). No entanto, mantém-se o défice de pessoal técnico especializado nos SNA/SAD dos hospitais portugueses, uma vez que, a média obtida aponta para a existência de 1 nutricionista para 336 camas e de 1 dietista para 203 camas.

Há 10 anos atrás⁽¹⁸⁾, encontrou-se uma proporção de 1 dietista para 189 camas e de 1 nutricionista para 1409 camas, o que pode levar a concluir que no período

temporal decorrido entre os dois estudos, a integração de nutricionistas nos serviços de alimentação superou a dos dietistas. De salientar, ainda, que a dotação de nutricionista/dietista é muito variável em função do tipo de estabelecimento hospitalar, sendo mais favorável para os nutricionistas dos hospitais especializados em detrimento dos hospitais níveis I e III. Esta questão não foi avaliada nos trabalhos anteriores.

Aquisição/Recepção/Armazenagem

A escolha e aquisição dos géneros alimentícios revestem-se de grande importância, por serem as etapas que iniciam todo o circuito alimentar.

A existência de uma comissão composta por técnicos aptos a exercer tais operações tem vindo a diminuir, conduzindo ao estabelecimento de um paralelismo entre esta diminuição e o aumento da contratação, por parte dos hospitais, de empresas de restauração colectiva a quem atribuem tais funções.

Nos resultados obtidos, verifica-se que apenas 38% dos hospitais mencionam a existência de uma comissão de escolha, quando os valores encontrados em 1992⁽¹⁹⁾ e 1997⁽¹⁸⁾ eram de 59% e 41%, respectivamente.

Facto negativo a salientar é a existência de uma comissão de escolha sem pessoal técnico especializado em 16% dos hospitais, mantendo-se a falta de uniformização de critérios na selecção dos profissionais que a devem integrar.

Relativamente à comissão de recepção de géneros, o D.L. 101 II Série de 02.05.1988 prevê a sua existência, devendo a mesma ser composta pelo administrador hospitalar, veterinário e nutricionista ou apenas um dos três elementos sempre que o hospital tenha uma capacidade inferior a 150 camas.

No presente estudo, a referida comissão existe em 46% dos hospitais. Em 1992⁽¹⁹⁾, 76% dos hospitais apresentavam comissão de recepção, no entanto, esta diminuição não deve ser associada ao aumento da concessão das cozinhas hospitalares, uma vez que o mesmo despacho informa que a recepção dos géneros alimentícios deve ser assegurada ou supervisionada pelo hospital. Neste caso, a comissão não inclui pessoal técnico especializado em 26% dos hospitais inquiridos.

Após a recepção dos géneros, segue-se o seu armazenamento, etapa igualmente importante para a qualidade da alimentação. O local de armazenamento deve localizar-se próximo da área de recepção e ser acessível à área de preparação, no sentido de evitar o transporte de géneros a longas distâncias e minimizar o risco de cruzamento de circuitos.⁽⁴⁾

Na maioria dos casos, 84%, a área de recepção é contígua ao armazém de géneros e em 79% dos hospitais existe proximidade entre este e a cozinha. Estes resultados revelam algum cuidado no planeamento das instalações.

Fundamentalmente, a zona de armazenamento deverá dispor de um armazém para acondicionamento de géneros não perecíveis e de uma zona com câmaras de refrigeração e/ou câmaras para a manutenção de congelados para a conservação de géneros perecíveis. Recomenda-se, no mínimo, a instalação de duas câmaras de refrigeração, enquanto que a necessidade de instalação de câmaras de congelação deve ser analisada em função das facilidades de abastecimento, frequência de utilização e quantidade de produto a ser adquirido.^(4,25)

As temperaturas recomendadas para a conservação de géneros em câmaras refrigeradas são:⁽²⁵⁾

- Carne e derivados crus: 1 a 7° C
- Hortofrutícolas: 7 a 10° C
- Peixe cru: 1 a 4° C
- Lacticínios: 1 a 8° C
- Ovos: 3 a 4° C

A temperatura de eleição para a conservação de alimentos congelados é $\leq -18^{\circ}\text{C}$.

Nos resultados obtidos verifica-se que, em média, os hospitais possuem 4 câmaras de refrigeração e 3 câmaras de congelação, cujas temperaturas se situam entre os $0-10^{\circ}\text{C}$, no primeiro caso, e $\leq -15^{\circ}\text{C}$, no segundo. Desta forma, observa-se uma melhoria em relação à situação encontrada em 1997⁽¹⁸⁾, cujas médias eram 3 e 2 câmaras, respectivamente, tornando-se possível o acondicionamento apropriado dos géneros em câmaras distintas, permitindo o cumprimento das temperaturas recomendadas.

Relativamente aos géneros secos, 90% dos estabelecimentos hospitalares inquiridos referem a existência de um armazém próprio para o seu acondicionamento. Comparando com estudos anteriores^(18,19), verifica-se que a evolução é positiva, na medida em que os valores encontrados foram de 87%, em 1992 e 76%, em 1997.

De acordo com o disposto no regulamento (CE) nº 852/2004 de 29 de Abril⁽²²⁾, as instalações devem apresentar condições físicas apropriadas, permitindo um bom ambiente de acondicionamento de modo a evitar a deterioração dos produtos. No entanto, apenas 11% das instituições mencionam as condições consideradas como o mínimo obrigatório necessário para o correcto funcionamento do armazém, nomeadamente, janelas com redes mosquiteiras, insectocaçadores, sistema de ventilação eficaz, protecção contra a incidência directa da luz e estrados laváveis.

O bom estado de conservação das instalações da zona de armazenamento é uma mais valia para a segurança dos alimentos. Actualmente, segundo a opinião dos responsáveis pelo serviço, o armazém de géneros apresenta um estado de conservação entre satisfatório e muito bom na ordem dos 82% de hospitais. Comparando com a situação encontrada em 1997⁽¹⁸⁾, observa-se uma melhoria deste

parâmetro, já que se verifica uma diminuição do estado satisfatório e não satisfatório em detrimento dos estados de conservação bom e muito bom.

Preparação/Confecção

Nas zonas de preparação de alimentos, as operações devem ser devidamente organizadas com o intuito de não pôr em causa a segurança e higiene dos alimentos, uma vez que habitualmente a preparação ocorre à temperatura ambiente, aumentando o risco de contaminações cruzadas e, conseqüentemente, de toxinfecções alimentares.^(4,6,26) Deste modo, é facto assente a necessidade de existirem zonas de preparação fisicamente separadas, pelo menos para a preparação de carne, peixe e hortofrutícolas.⁽²⁶⁾ Acontece que, em Portugal, 13% dos hospitais inquiridos não apresentam zonas de preparação individualizadas. No entanto, aspecto positivo a salientar, é a existência de zonas de preparação distintas para carne, peixe e hortofrutícolas em 84% dos hospitais, quando este valor em 1997⁽¹⁸⁾, era de 33%.

Uma fase crítica do circuito alimentar corresponde à descongelação dos alimentos. Esta operação deve processar-se a temperaturas adequadas, no sentido de se evitar a proliferação microbiana.⁽²²⁾ Como método de eleição, recomenda-se a refrigeração, uma vez que as temperaturas a que os alimentos ficam sujeitos vão retardar o desenvolvimento de microrganismos.⁽²⁶⁻²⁹⁾ Em Portugal, verifica-se que a maioria dos hospitais (73%) recorre à refrigeração como método de descongelação. Note-se que em 1997⁽¹⁸⁾, apenas 53% dos hospitais recorriam a este método.

Indo ao encontro da legislação vigente⁽²²⁾, factor igualmente importante é a conservação dos alimentos preparados a temperaturas que não comprometam a saúde dos utentes. A cadeia de frio não deve ser interrompida e, como tal, os alimentos que não sejam imediatamente confeccionados após a preparação devem

ser acondicionadas em câmaras refrigeradas individualizadas de apoio à preparação por tipo de produto.^(22,26) Dos hospitais que participaram no estudo, 55% possuem câmaras refrigeradas de apoio à preparação, revelando um aumento de 15% desde 1992.⁽¹⁹⁾ Posso então concluir que, nos restantes 45%, os alimentos preparados são mantidos à temperatura ambiente até à sua confecção ou são armazenados juntamente com alimentos por preparar, aumentando o risco de contaminações cruzadas. Apenas 16% dos hospitais apresentam câmaras para carne, peixe e hortofrutícolas.

Todos os produtos hortícolas, incluindo ervas aromáticas, e alguns frutos que são servidos em cru devem ser bem lavados e desinfectados, já que grande parte das intoxicações alimentares resultam de procedimentos de higienização incorrectos na sua preparação e manipulação.^(26,28,29) Os resultados são bastante positivos, na medida em que na quase totalidade dos hospitais (98%) se procede à desinfecção deste tipo de alimentos, verificando-se uma preocupação crescente por parte das instituições para a prevenção da ocorrência de problemas alimentares nos doentes. Comparando com os resultados de há 10 anos⁽¹⁸⁾, constata-se um aumento de 20% na realização deste procedimento.

A fim de assegurar que a preparação e confecção dos alimentos contribuam para a garantia da qualidade e segurança alimentar, alguns parâmetros devem ser controlados regularmente, nomeadamente, os tempos de exposição e as temperaturas dos alimentos.^(22,29) Procede-se ao controlo das temperaturas durante a preparação e confecção em 26% e 65% dos hospitais, respectivamente. Em 1992⁽¹⁹⁾, este controlo era efectuado em menos de 20% dos casos.

Após a confecção, os alimentos podem ter como destino um sistema de distribuição a quente, sendo de imediato empratados e distribuídos, ou um sistema de

distribuição a frio, no qual se procede a um arrefecimento rápido e posterior conservação no frio. Segundo Monteiro, V.⁽³⁰⁾, a primeira situação responde satisfatoriamente até uma produção de 400 refeições/dia. Excedido este valor, o sistema de distribuição a quente torna-se incomportável sob o ponto de vista técnico (equipamentos), humano (funcionários necessários) e financeiro (custo de cada refeição).

Independentemente do sistema utilizado, para que a sapidez, salubridade e valor nutricional dos alimentos se mantenham é fundamental que se verifique um correcto controlo da temperatura e tempo de exposição.

Actualmente, a confecção das refeições para distribuição a quente ocorre em 88% dos hospitais e para distribuição a frio em 11% dos casos. Na primeira situação, o número médio de refeições diárias servidas é de 575, passando este valor para 1144 refeições no segundo caso. Ao longo dos últimos 15 anos, tem-se verificado um aumento gradual dos hospitais que recorrem ao sistema a frio e, de igual forma, dos hospitais que, embora usem o método tradicional, apresentam instalações equipadas para tal distribuição. Em 16% dos hospitais este sistema está instalado, tendo havido um aumento na ordem dos 6%, desde 1997.⁽¹⁸⁾ O principal motivo apontado pelos hospitais para justificar o não aproveitamento do sistema relaciona-se com problemas no equipamento.

Quando o método de conservação dos alimentos no sistema a frio é a refrigeração, estes não devem ser conservados por mais de 5 dias.⁽²⁷⁾ É o que se verifica na totalidade dos hospitais.

Entre a confecção e o início do empratamento, os alimentos devem permanecer a temperaturas que não constituam um risco para o desenvolvimento microbiológico, ou seja, devem ser evitadas temperaturas que se encontrem no intervalo 10 a 65° C.^(27,29)

Nos hospitais consultados, verifica-se que o banho-maria e a estufa são os métodos de eleição para conservar os alimentos confeccionados, sendo mantidos a temperaturas $\geq 65^{\circ}\text{C}$ em 89% das situações. O número de hospitais que mantêm os alimentos à temperatura ambiente reduziu bastante nos últimos 10 anos⁽¹⁸⁾, tendo passado de 43% para 8% das respostas.

Em caso de suspeita de ocorrência de um surto de origem alimentar, a análise de amostras das refeições facilitará a identificação da causa e auxiliará a aplicação de medidas que previnam ocorrências similares. Assim, como medida de controlo da qualidade e segurança alimentar, recomenda-se a recolha de amostras das refeições servidas, devendo ser armazenadas a uma temperatura máxima de 4°C , por um período mínimo de 3 dias.^(27,31) Nos resultados obtidos, observa-se que 88% dos hospitais procedem à recolha diária de amostras das refeições confeccionadas, tendo havido um aumento não significativo desde 1997.⁽¹⁸⁾ A acreditação do hospital é um factor com pouca relevância para a prática desta rotina dado que 22% dos hospitais acreditados não executam tal operação.

Constata-se que 84% dos hospitais procedem ao envio das amostras para análise microbiológica, embora apenas 48% o realizem com uma periodicidade mensal.

Igualmente importante, é o controlo da água utilizada para a confecção.⁽²⁸⁾ No entanto, apenas 50% dos hospitais procedem ao controlo microbiológico da água com uma periodicidade mensal.

Instalações e Equipamentos

Relativamente ao estado de conservação das instalações das zonas de preparação e cozinha, encontrou-se uma avaliação entre muito bom e satisfatório, em 80% e 79% dos casos, respectivamente. Ainda assim, e apesar de se constatarem

melhorias a este nível relativamente aos estudos anteriores^(18,19), certos parâmetros previstos por lei⁽²²⁾, essenciais para uma correcta higienização das instalações e prevenção de contaminações alimentares, não são cumpridos. É o que se verifica, por exemplo, quanto à falta de escoamento eficaz da água (50%) e de lavatórios accionados com pedal ou cotovelo (41%).

No planeamento físico das instalações da cozinha e sectores que lhe são adstritos, é inquestionável a consultoria de um profissional especializado em alimentação e nutrição/dietética para que aspectos que afectem a operacionalidade sejam evitados, entre os quais, cruzamentos de circuitos. Uma das formas de prevenir a contaminação é assegurar que o circuito alimentar se processe continuamente, numa só direcção.^(4,7,25) A arquitectura da cozinha não permite que se cumpra o princípio da marcha-em-frente em 30% dos hospitais portugueses, dos quais 11% são acreditados. Durante os últimos 15 anos^(18,19), constatou-se uma tendência no sentido de melhorar esta condição, sem que, contudo, o aumento seja significativo.

Distribuição

É fundamental controlar a temperatura dos alimentos e o tempo que decorre entre o final da confecção e o momento de distribuição das refeições aos utentes, de modo a salvaguardar a segurança alimentar.

Durante a confecção, os alimentos devem atingir uma temperatura mínima de 60° C, permanecendo nestas condições ou a temperaturas superiores durante a distribuição. Os alimentos frios devem ser mantidos a temperaturas inferiores a 7° C.^(28,32) O intervalo de tempo recomendado entre estas duas operações, confecção e distribuição, irá depender da temperatura a que são mantidos os alimentos.^(7,29)

O período temporal decorrido entre o final da confecção e o início do empratamento do almoço e do jantar é inferior a 30 minutos na maioria dos hospitais. Nos estudos anteriores^(18,19), a abordagem a esta questão processou-se de maneira diferente, pelo que não permite estabelecer um grau de comparação.

Relativamente ao sistema de distribuição de refeições, sabe-se que o sistema centralizado é considerado mais prático, higiénico e funcional, apresentando vantagens, tais como: maior controlo de custos, menor manipulação dos alimentos, melhor conservação da temperatura dos alimentos pela rapidez do próprio sistema, maior supervisão e controlo por parte do nutricionista/dietista e supressão/redução dos stocks avançados nas copas.⁽⁶⁾ Conclui-se, portanto, que será o sistema que melhor se adapta às cozinhas hospitalares. De facto, é o que se verifica em 88% dos hospitais portugueses, no que se refere ao empratamento das refeições principais (almoços e jantares). Deste total, 80% dos hospitais referem uma zona específica para o empratamento, permitindo, desta forma, a separação dos circuitos dos alimentos crus e confeccionados.

O mesmo não se verifica quanto ao empratamento das refeições intercalares, já que apenas 49% referem o método centralizado. Os estudos de 1992⁽¹⁹⁾ e 1997⁽¹⁸⁾ não diferenciaram o empratamento quanto ao tipo de refeições, no entanto, os resultados obtidos são muito semelhantes aos encontrados no relatório da DGS.⁽²⁰⁾

Para que o sistema centralizado seja eficaz em termos de controlo da temperatura das refeições, são necessárias louças e equipamentos de transporte adequados. Contudo, o que se verifica na maioria dos hospitais (61%) é o transporte de refeições em carros neutros. Provavelmente, para que esta situação seja minimizada, 36% dos hospitais acondicionam as refeições em tabuleiros isotérmicos.

O reaquecimento/regeneração das refeições nas copas dos serviços é referido por 45% dos estabelecimentos, facto que denota um sistema precário de acondicionamento das refeições, conduzindo à diminuição das características nutricionais e organolépticas da alimentação e à necessidade de um maior número de funcionários.

Limpeza e Desinfecção

Atingir um elevado padrão em matéria de limpeza e desinfecção é um objectivo que não deve ser descurado.^(26,30) Um programa higio-sanitário eficaz e adequado às instalações, equipamentos e utensílios é necessário, de modo a assegurar um estado de higiene tal que não potencie o desenvolvimento de contaminações ou pragas no estabelecimento hospitalar.

Relativamente à lavagem da louça, observa-se que na maioria dos hospitais (65%) tem lugar na cozinha central, ocorrendo em simultâneo nas copas e na cozinha em 21% dos casos. Comparando os resultados com os estudos anteriores^(18,19) observa-se uma tendência desejável para a centralização da lavagem da louça na cozinha. Porém, verifica-se uma maior disponibilidade de meios de lavagem mecânicos nas copas, relativamente há 10 anos atrás⁽¹⁸⁾, facto que conduz a uma maior garantia higiénica. A lavagem manual da louça nas cozinhas ocorre apenas em 4% dos hospitais.

No presente estudo, a quase totalidade das instituições hospitalares (93%) refere a existência de planos de limpeza extra-rotina. Contudo, a periodicidade de execução desses planos nem sempre segue as recomendações^(7,29): fogões e pavimentos - diária; paredes até ao tecto, janelas, exautores e câmaras de refrigeração e de congelação - semanal; tectos - conforme a necessidade.

As pragas representam uma séria ameaça à segurança dos alimentos. Como tal, devem ser estabelecidos programas de desinfestação, a serem realizados periodicamente por uma empresa especializada.^(28,29,31) Actualmente, todos os hospitais estão sensibilizados para a importância deste controlo, na medida em que todos referem a realização de programas de desinfestação. Constata-se, deste modo, um aumento significativo ($p < 0,001$) nos últimos 15 anos⁽¹⁸⁻²⁰⁾, relativamente a esta prática.

Informações Gerais

A existência de ciclos de ementas facilita o trabalho do SNA/SAD. Contudo, constata-se a ausência de uniformidade em relação a este conceito, dada a diversidade de respostas obtidas.

A elaboração das ementas deve ficar a cargo de um profissional técnico especializado em alimentação e nutrição/dietética. Nos hospitais portugueses fica essencialmente a cargo do dietista.

A definição de capitações para as diferentes refeições é igualmente importante, na medida em que permite assegurar a adequação nutricional às necessidades dos utentes e controlar os custos relativos à alimentação.⁽⁴⁾ À semelhança do que já se verificava em 1992⁽¹⁹⁾, a quase totalidade dos hospitais apresenta capitações definidas, sendo o dietista o principal responsável pelo seu estabelecimento.

De acordo com as orientações da HQS-KF⁽¹⁶⁾, o SNA/SAD deve ter a capacidade de garantir uma alimentação adequada e adaptada às diferentes patologias mais frequentes em cada hospital. Assim, torna-se primordial a existência de um Manual de Dietas, cujos objectivos principais serão a uniformização de critérios nutricionais/dietéticos e a simplificação de todo o trabalho do serviço, nomeadamente,

em termos de elaboração de ementas e cálculo de capitações. Comparando com os estudos anteriores⁽¹⁸⁻²⁰⁾, observa-se um aumento significativo dos hospitais que mencionam a sua existência ($p < 0,001$).

Em matéria de segurança alimentar, o Regulamento (CE) nº 852/2004 de 29 de Abril⁽²²⁾ estabelece a obrigatoriedade para que os operadores do sector alimentar criem, apliquem e mantenham um processo ou processos baseados nos princípios do sistema HACCP. Trata-se de um sistema de gestão da segurança que permite identificar, avaliar e controlar os perigos que podem afectar de forma significativa a inocuidade dos alimentos. Nos últimos 10 anos⁽¹⁸⁾, constatou-se um aumento significativo dos hospitais que implementaram o sistema HACCP ($p = 0,002$), revelando uma maior sensibilização para as questões da segurança alimentar. De salientar, no entanto, que 39% dos hospitais acreditados não contribuíram para esse aumento.

Um outro aspecto positivo a realçar é o facto de se proceder à verificação das refeições que chegam aos doentes em 90% dos nossos hospitais, aspecto avaliado apenas neste trabalho.

A alimentação dos utentes deve constituir a base de todo o trabalho prestado num SNA/SAD. Como tal, as suas opiniões relativas à gama e qualidade dos serviços prestados neste sector devem ser procuradas activamente e os resultados usados para melhorar o serviço.⁽¹⁶⁾ Verifica-se que a maioria dos hospitais (88%) procede à realização de inquéritos de aceitabilidade das refeições, essencialmente, de periodicidade semestral.

No que respeita a programas de formação e actualização, a HQS-KF⁽¹⁶⁾ recomenda que todo o pessoal envolvido em operações alimentares receba formação inicial e actualização anual em matéria de manuseamento de alimentos, práticas de higiene alimentar e saúde e segurança no trabalho. A maioria dos hospitais tem em

consideração a formação de pessoal, já que 88% referem a realização de acções de formação e actualização sobre temas variados.

Impedir a contaminação alimentar é tarefa que passa pela eliminação dos focos que lhe dão origem. Como tal, devem existir procedimentos documentados para o rastreio de saúde, na admissão, a todos os funcionários, que entram em contacto, com os alimentos, devendo ser repetidos a cada 6 meses ou, pelo menos, anualmente.^(7,16)

Neste estudo verifica-se que apenas em 59% dos hospitais são realizados exames de saúde aos funcionários previamente à sua admissão e em 87% dos hospitais periodicamente após admissão.

Nutrição Clínica

Nesta área, onde a intervenção do SNA/SAD é igualmente importante, os objectivos prendem-se com a assistência nutricional a doentes internados e em regime de ambulatório. A intervenção engloba a avaliação e monitorização do estado nutricional, assim como, a prescrição, supervisão e avaliação de dietas terapêuticas.^(15,16)

Dada a elevada frequência de desnutrição hospitalar, é fundamental que os hospitais e organizações hospitalares adoptem uma política e protocolos específicos para identificarem pacientes em risco nutricional no momento da admissão, por forma a serem orientados com a terapia nutricional mais adequada às suas necessidades.^(15,17,33) No entanto, o que se verifica é que apenas 25% dos hospitais procedem à identificação do risco nutricional na admissão do doente, sendo o MUST o método mais utilizado. Todavia, a *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN)⁽³³⁾, aconselha o NRS 2002 como método mais adequado em meio hospitalar, o qual é utilizado em apenas 8% dos hospitais. De salientar que

apenas 39% dos hospitais acreditados procedem à avaliação do risco nutricional, apesar de ser um procedimento referenciado como norma de boa prática clínica da JCI⁽¹⁵⁾.

A prescrição da terapia nutricional integra a rotina da totalidade dos hospitais, que vem ao encontro da recomendação da JCI⁽¹⁵⁾, segundo a qual todo o doente tem direito a uma alimentação/terapia nutricional adequada e adaptada ao seu estado clínico. Verifica-se que em 32% dos hospitais, a prescrição é executada pelo médico assistente e que em 29% das situações resulta da actuação exclusiva de profissionais da área da alimentação e nutrição/dietética.

Posteriormente, é necessário monitorizar a resposta do doente à terapia nutricional instituída^(15,17), prática que ocorre em 96% dos hospitais portugueses. A este nível, constata-se uma melhoria significativa desde 1992⁽¹⁹⁾ ($p < 0,001$). No entanto, em 44% dos hospitais não é executada com uma periodicidade rígida. Este acompanhamento é da responsabilidade de técnicos da área da alimentação e nutrição/dietética em 65% das situações, resultando do trabalho em equipa entre estes e o médico em 24% dos hospitais.

Uma comissão de suporte nutricional tem como responsabilidades o estabelecimento de padrões para o cuidado e suporte nutricional, tendo em consideração factores económicos e especificações contratuais, assim como, a realização de auditorias na área da nutrição clínica.⁽¹³⁾ Em Portugal, a existência desta comissão é referida apenas em 34% dos hospitais.

A instituição dos diferentes tipos de nutrição artificial revela que a actuação do dietista recai sobretudo na prescrição da nutrição entérica e suplementação proteico-energética, resultando, nas duas situações, da acção conjunta com o médico. Embora a actuação do nutricionista nas situações supracitadas seja igualmente notória,

verifica-se que é, essencialmente, na prescrição da nutrição parentérica que este se diferencia do dietista.

O aconselhamento nutricional de alta é um dos aspectos que deveria merecer atenção por parte dos hospitais. No entanto, desde 1992⁽¹⁹⁾, verifica-se uma diminuição não significativa do número de hospitais que o promovem. Em 30% das instituições é da responsabilidade do nutricionista.

A consulta externa autónoma de nutrição realiza-se em 91% dos estabelecimentos hospitalares, sendo de realçar o aumento significativo nos últimos 15 anos⁽¹⁸⁻²⁰⁾ ($p < 0,001$). Na maioria dos casos (45%) é realizada pelo nutricionista, contrariamente ao que se verificava há 10 anos atrás⁽¹⁸⁾, onde o dietista era o principal responsável pela sua realização.

CONCLUSÃO

À semelhança do que se observou em 1992 e 1997, as limitações que surgiram na análise dos resultados do presente estudo estão, essencialmente, ligadas à escassez da legislação portuguesa no que respeita às áreas da nutrição e alimentação hospitalar, bem como ao reduzido número de dados nacionais nestas matérias.

Após a comparação dos resultados obtidos com os dos estudos anteriores, destaca-se o seguinte:

- A inadequação dos horários de distribuição das refeições mantém-se em 29% das instituições hospitalares, apesar da melhoria do número de hospitais que praticam um esquema de 6 refeições diárias (59%);
- Mantém-se a tendência crescente para a contratação de empresas concessionárias responsáveis pelo fornecimento da alimentação hospitalar (80%);

- A maioria dos hospitais (95%) dispõe de um SNA/SAD organizado, sendo em 57% dos casos com criação há mais de 15 anos;
- O escasso número de hospitais (18%), cujo SNA/SAD foi alvo de certificação;
- A dotação de profissionais com formação técnica específica em alimentação e nutrição/dietética mantém-se insuficiente face às necessidades (**1 nutricionista para 336 camas e 1 dietista para 203 camas**), embora a tendência seja favorável em comparação com os estudos anteriores;
- A existência de comissões de escolha e de recepção de géneros alimentícios é cada vez menos frequente nos nossos hospitais, facto aliado à crescente concessão do fornecimento das refeições a empresas de alimentação colectiva;
- Constata-se uma melhoria das condições das instalações da cozinha e sectores adstritos, particularmente, do armazém de géneros e áreas de preparação, sem que, contudo, todos os parâmetros previstos por lei para a correcta higienização e funcionamento sejam cumpridos em todos os estabelecimentos hospitalares;
- Os resultados obtidos mostram que 13% dos hospitais não apresentam zonas de preparação individualizadas por tipo de produto;
- O número de hospitais, cujos equipamentos contemplam câmaras de apoio à preparação aumentou para 55%, permanecendo ainda longe do ideal;
- Constata-se que em 74% dos hospitais não se procede ao controlo da temperatura durante a preparação e em 35% durante a confecção. Apesar da evolução favorável nos últimos anos, estes dados revelam a ausência ou inadequação da aplicação do sistema HACCP;
- A preocupação crescente por parte dos hospitais para a eliminação de focos de contaminação alimentar, já que 98% procedem à desinfecção de produtos hortofrutícolas destinados a consumo em cru;

- Em 16% dos hospitais o sistema de distribuição a frio está instalado, apesar de inoperacional devido a equipamento deficiente (63%), mostrando má utilização das verbas, já que se trata de um investimento com impacto económico elevado;
- A maioria dos hospitais (88%) procede à recolha diária de amostras das refeições confeccionadas, facto que denota uma boa prática. No entanto, a falta de uniformização na periodicidade da realização das análises microbiológicas compromete as ilações/proveitos que poderão advir desta prática;
- Cerca de 70% dos hospitais inquiridos referem o cumprimento do princípio marcha-em-frente, tendo sido constatada uma tendência crescente face aos estudos anteriores. Tal facto demonstra uma maior preocupação no planeamento das cozinhas;
- A utilização de carros inadequados para o transporte das refeições continua a ser uma prática comum à maioria dos hospitais (61%), conduzindo à necessidade do reaquecimento das refeições nas copas e a perdas inerentes, embora a tendência aponte para uma diminuição do número de hospitais a recorrerem a este tipo de carros;
- O empratamento das refeições intercalares nas copas ocorre em 47% dos hospitais, consequência de má gestão de pessoal e tarefas, conduzindo a maiores riscos de contaminação cruzada;
- Uma tendência favorável para a centralização da lavagem da louça na cozinha (65%) e da automatização deste processo, o que acarreta maior segurança microbiológica;
- O aumento significativo de hospitais sensibilizados para a realização de programas de desinfestação e implementação do sistema HACCP;

- Uma tendência positiva para a utilização de um Manual de Dietas e, consequentemente, uma maior uniformização de critérios nutricionais/dietéticos;
- Dos hospitais participantes, 88% referem a realização de acções de formação e actualização a todo o pessoal envolvido em operações alimentares, aspecto igualmente melhorado face aos estudos anteriores;
- O escasso número de hospitais (25%) que procede à identificação do risco nutricional dos doentes, apesar dos valores alarmantes publicados de desnutrição hospitalar no momento da admissão e respectivos riscos para a saúde dos doentes e consequências económicas para o próprio hospital;
- A prescrição da terapia nutricional é da responsabilidade do médico em 32% dos hospitais, provavelmente por défice de pessoal técnico especializado em alimentação e nutrição/dietética;
- Uma tendência desfavorável na promoção do aconselhamento alimentar de alta aos doentes (89% em 1992 vs 81% actualmente);
- O aumento significativo de hospitais a realizar a consulta externa de nutrição (estes resultados vêm reforçar os resultados já apresentados no relatório da DGS, em 2006).
- A ausência de evidências de uma correlação positiva entre a acreditação hospitalar e o funcionamento/organização do SNA/SAD.

Observando a realidade nos hospitais portugueses ao nível da gestão institucional do SNA/SAD, dos recursos humanos envolvidos e da área da nutrição clínica, torna-se evidente o esforço que tem sido desenvolvido de há 15 anos a esta parte, no sentido de melhorar o atendimento e a prestação de cuidados nutricionais ao doente.

Ainda assim, ao comparar essa mesma realidade com o que está legislado e com o que é preconizado pelas instituições de referência na matéria, verifica-se que há necessidade de reunir mais esforços e recursos no sentido de alterar, melhorar e inovar para obter o melhor funcionamento dos SNA/SAD nos estabelecimentos hospitalares públicos, em Portugal.

Surge, então, a necessidade de:

- Criar ou reestruturar os SNA/SAD existentes nos hospitais portugueses;
- Reforçar o número de profissionais com formação específica nas áreas de alimentação e nutrição/dietética a exercer funções nos nossos hospitais;
- Remodelar e proceder à manutenção das instalações e equipamentos;
- Implementar e aplicar o sistema de segurança alimentar HACCP nas cozinhas hospitalares;
- Incentivar os SNA/SAD à certificação, de modo a garantir um correcto funcionamento e organização;
- Adoptar as medidas preconizadas na Resolução do Conselho Europeu (ResAP (2003) 3), de 12 de Novembro de 2003, relativas ao combate à desnutrição hospitalar e à garantia da qualidade e segurança alimentar.

Colocar em prática estas propostas permite a continuação dum longo trabalho positivo que tem vindo a ser desenvolvido nas áreas da alimentação e nutrição/dietética, revertendo os aspectos menos favoráveis que actualmente constituem falhas nos SNA/SAD dos hospitais portugueses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Proença RPC. Inovação tecnológica na produção de alimentação colectiva. Florianópolis: Insular; 1997.
2. Veiros MB. Análise das condições de trabalho do nutricionista na atuação como promotor de saúde em uma unidade de alimentação e nutrição: um estudo de caso [Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002. [citado em: 2007 Fev. 25]. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/4782.pdf>.
3. Jorge AL. História e Evolução da Gastronomia Hospitalar [resumo]. Nutrição em Pauta. 2005 [citado em: 2007 Jun. 17];(70). Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br>.
4. Teixeira S, Milet Z, Carvalho J, Biscontini TM. Administração Aplicada às Unidades de Alimentação e Nutrição. São Paulo: Atheneu; 2004.
5. Peres E. Proposta de organização de um serviço hospitalar de alimentação e dietética. GH. 1984; II(6/7):20-25.
6. Mezomo IB. Os Serviços de Alimentação: Planejamento e Administração. 5ª ed. São Paulo: Manole; 2002.
7. Abreu E, Spinelli M, Zanardi A. Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição: um modo de fazer. São Paulo: Editora Metha; 2003.
8. Akutsu R, Botelho R, Camargo E, Sávio K, Araújo W. A ficha técnica de preparação como instrumento de qualidade na produção de refeições. Rev Nutr. 2005; 18(2):277-79.
9. Hospitais: refeições e cantinas com falhas de higiene. PRO TESTE. 2005; 263:8-12.
10. Matos L, Tavares MM, Senra D, Pichel F, Amaral T. A desnutrição associada à doença na admissão hospitalar. Boletim APNEP. 2006; 9(35):2-14.

11. Martins C, Correia J, Amaral T. Undernutrition Risk Screening and Length of Stay of Hospitalized Elderly. *J Nutr Elderly*. 2005; 25(2):5-21.
12. Pérez JI, César MJ, Benavent E, Álvarez-Estrada A. Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp*. 2002; 17(3):139-46.
13. Council of Europe. P-SG(2001)11. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Report and guidelines, provisional edition. 2001.
14. Nazaré MM, Subtil AM, Amaral TF, Pereira NS, Matos LC, Martins MR, et al. Impacto económico da desnutrição hospitalar [resumo]. *Rev APNEP*. 2007; 1(1):29.
15. Joint Commission International Standards for Hospitals. 2nd ed.: Joint Commission Resources; 2003.
16. The Health Quality Service Accreditation Programme. Standards for International Programme. London: The Health Quality Service; 2003.
17. Council of Europe - Committee of Ministers. Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals. [Internet]. 2003 [citado em: 2007 Abr. 12]. Disponível em: <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp>.
18. Guerreiro T. Avaliação da situação alimentar e dietética dos hospitais portugueses [Tese de Licenciatura]. Instituto Superior de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 1997.
19. Alves MP. Avaliação da situação alimentar e dietética nos hospitais portugueses [Tese de Licenciatura]. Instituto Superior de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 1992.
20. Inspeção-Geral da Saúde. A alimentação dos doentes internados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Processo nº 19/2005-IT [Relatório]. Ministério da Saúde; 2006.

21. Ministério da Saúde. Anuário de 2006. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde; 2006.
22. Regulamento (CE) nº 852/2004 de 29 de Abril relativo à higiene dos géneros alimentícios. Jornal Oficial da União Europeia. L 139 (2004-04-30): L 226/3-L26/21.
23. Ghiglione R, Matalon B. O Inquérito: Teoria e Prática. Oeiras: Celta Editora; 1993.
24. Conselho Federal de Nutricionistas - Brasil. 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 [Internet]. 2005. [citado em: 2007 Jun. 2]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/conteudo.aspx?IDMenu=12>.
25. Baptista P, Antunes C. Higiene e Segurança Alimentar na Restauração - Volume II - Avançado. Guimarães: Forvisão; 2005.
26. Baptista P, Linhares M. Higiene e Segurança Alimentar na Restauração - Volume I - Iniciação. Guimarães: Forvisão; 2005.
27. Comissão do Codex Alimentarius. Código de Boas Práticas para a Restauração Colectiva - Alimentos Cozinhados e Pre-cozinhados. CAC/RCP 39-1993 [Internet]. FAO/OMS; 1993. [citado em: 2007 Abr. 12]. Disponível em: http://www.codexalimentarius.net/download/standards/25/CXP_039e.pdf.
28. Associação da Restauração e Similares de Portugal. Higiene e Segurança Alimentar. Código de Boas Práticas para a Restauração Pública. Lisboa: ARESP; 2006.
29. Associação Brasileira das Empresas de Refeições Colectivas. Manual ABERC de Práticas de Elaboração e Serviço de Refeições para Coletividades. 8ª ed. São Paulo: ABERC; 2003.

30. Monteiro V. Higiene, Segurança, Conservação e Congelação de Alimentos. 2ª ed. Lisboa: Lidel; 2004.
31. Comissão do Codex Alimentarius. Código de Práticas Internacionais Recomendadas: Princípios Gerais de Higiene Alimentar. CAC/RCP 1-1969, Rev. 4-2003 [Internet]. FAO/OMS; 2003. [citado em: 2007 Abr. 12]. Disponível em: http://www.codexalimentarius.net/download/standards/23/cxp_001e.pdf.
32. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. [Internet]. [citado em: 2007 Abr. 12]. A Temperatura... e a segurança alimentar. Disponível em: <http://www.insarj.pt/>
33. Kondrup J, Allison S, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Am J Clin Nutr. 2003; 22(4):415-21.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Inquérito de Administração Directa.....	a ₁
ANEXO 2: Listagem dos Estabelecimentos Hospitalares Adstritos ao Ministério da Saúde.....	a ₁₅
ANEXO 3: Carta de Apresentação.....	a ₂₁

ANEXO 1

Inquérito de Administração Directa

Avaliação da Situação Nutricional e Alimentar nos Hospitais Portugueses

Este inquérito é anónimo e confidencial

Data: ____/____/____

I – Caracterização do Hospital

1) Tipo de estabelecimento hospitalar:

Nível I ☐ Nível II ☐ Nível III ☐ Especializado ☐
 Outro ☐ Qual? _____

2) Localização:

Norte ☐ Sul ☐ Litoral ☐ Centro ☐ Interior ☐
 Região Autónoma da Madeira ☐ Região Autónoma dos Açores ☐

3) N.º de camas: _____

4) O hospital apresenta algum tipo de acreditação? Sim ☐ Não ☐

Qual? _____
 Desde quando? _____

5) Refeições servidas / horário:

Refeição	Pequeno- Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
Horas					

Outras:

Quais? _____
 A que horas? _____

6) Em média, qual é o n.º total diário de refeições principais (almoços e jantares) servidas a:

Doentes: _____ Funcionários: _____

7) A cozinha do hospital é gerida directamente pelo hospital ou através de concessão (empresa de restauração colectiva)?

Exploração própria ☐ (passe p.f. à questão n.º 8)

Concessão ☐ Desde quando? _____

São realizadas auditorias higio-sanitárias? Sim ☐ Não ☐

8) Qual é o custo médio da diária alimentar (pressupondo que esta diária inclui refeições intercalares e principais)? _____

II – Serviço de Alimentação

II.1 – Caracterização do Serviço de Alimentação

9) O hospital dispõe de um serviço específico responsável pela nutrição e alimentação?

Sim ☐ Desde quando? _____
Qual a designação? _____

Não ☐

9.1) Qual o órgão / entidade hospitalar de que depende funcionalmente?

Administrador ☐ Direcção Clínica ☐ Serviços Hoteleiros ☐

Outro ☐ Qual? _____

9.1.1) Qual a categoria profissional do director / responsável de serviço?

Nutricionista ☐ Dietista ☐ Médico ☐

Outro ☐ Qual? _____

9.2) O Serviço de Alimentação (SA) possui algum tipo de certificação?

Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

9.3) Quais os sectores que lhe são adstritos?

Armazém de géneros ☐ Cozinha ☐ Copas ☐ Refeitório ☐ Bar ☐

Outros ☐ Quais? _____

9.4) Elementos que o constituem:

9.4.1) Pessoal Administrativo

Categoria	N.º elementos
Pessoal administrativo	_____
Outros _____	_____
_____	_____

9.4.2) Pessoal de carreira geral

Categoria	N.º elementos
Encarreg. serviços ger.	_____
Encarregado de sector	_____
Cozinheiros	_____
Auxiliares de alim.	_____
Outros _____	_____
_____	_____

9.4.3) Pessoal técnico especializado

Categoria	N.º elementos
Nutricionista	_____
Dietista	_____
Médico veterinário	_____
Outros _____	_____
_____	_____
_____	_____

II.2 – Circuito Alimentar**A - Aquisição / Recepção / Armazenagem****10) Existe comissão de escolha de géneros alimentícios?**Sim ☐ Não ☐

Constituída por quantos elementos? _____

10.1) Quais as categorias profissionais dos seus elementos? _____
_____**11) Existe comissão de recepção de géneros alimentícios?**Sim ☐ Não ☐ Constituída por quantos elementos? _____**11.1) Quais as categorias profissionais dos seus elementos?** _____
_____**12) A recepção de géneros é realizada numa área específica e contígua ao armazém?**Sim ☐ Não ☐**13) De quantas câmaras/armários/arcas frigoríficas e de congelação dispõe o armazém e a que temperaturas se encontram?**RefrigeraçãoCongelação

Géneros

Temperaturas

Géneros

Temperaturas

14) Existe um armazém para acondicionamento de géneros alimentícios secos?Sim ☐ Não ☐

Se não, onde são armazenados?

Despensa de dia ☐ Outros ☐ Quais? _____**14.1) As instalações do armazém de géneros alimentícios secos possuem:**Redes mosquiteiras ☐ Insectocadores ☐ Sistema de ventilação eficaz ☐Protecção contra incidência directa da luz ☐ Estrados laváveis ☐

15) Na sua opinião, qual o estado de conservação das instalações do armazém de géneros?

Muito Bom ☐ Bom ☐ Satisfatório ☐ Não Satisfatório ☐

16) As instalações do armazém de géneros são contíguas à cozinha?

Sim ☐ Não ☐

B – Preparação / Confeção

17) Existem zonas de preparação fisicamente separadas para:

Carne ☐ Peixe ☐ Aves ☐ Pastelaria ☐

Legumes/Fruta ☐ Leite ☐ Dietas especiais ☐

Outras ☐ Quais? _____

17.1) A descongelação dos géneros processa-se:

Mergulhando em água corrente ☐ Mergulhando em salmoura leve ☐

Em salas climatizadas/ câmaras refrigeradas ☐ À temperatura ambiente ☐

Outro ☐ Qual? _____

17.2) Procedem à desinfecção de legumes e/ou frutas para consumo em cru?

Sim ☐ Não ☐

Que produtos desinfectam? _____

18) Existem câmaras frigoríficas individualizadas por tipo de produtos de apoio à preparação (conservação de alimentos já preparados)?

Sim ☐ Não ☐

Para quais? _____

19) Procedem ao controlo das temperaturas durante:

Preparação: Sim ☐ Não ☐

Em que situações? _____

Confeção: Sim ☐ Não ☐

Em que situações? _____

20) Habitualmente, a que horas termina a confeção?

Almoço: _____ horas Jantar: _____ horas

21) A confeção dos alimentos tem como destino qual dos sistemas de distribuição?**21.1.) Sistema a frio** ☐**21.2.) Sistema a quente** ☐ (se utiliza o sistema de distribuição a quente, passe p.f. à questão n.º 25)**22) Que tipo de frio é utilizado no arrefecimento rápido?**Mecânico ☐Azoto líquido ☐Outro ☐

Qual? _____

23) No sistema de distribuição a frio, procedem ao controlo da temperatura dos alimentos durante a fase de arrefecimento rápido?Sim ☐Não ☐**24) Qual o nº máximo de dias que os alimentos são mantidos na câmara de conservação até serem distribuídos?**

_____ dias (passe p.f. à questão nº 27)

25) Apesar de utilizarem o sistema de distribuição a quente, as instalações estão equipadas para o sistema de frio?Sim ☐Não ☐ (se não, passe p.f. à questão nº 26)**25.1) O sistema de distribuição a frio não é utilizado devido a:**Problemas no equipamento e/ou equipamento deficiente ☐Manutenção pós venda deficiente ☐"Rejeição" e/ou inadaptação do pessoal e utentes ☐Falta de formação na área ☐Outros ☐

Quais? _____

26) Após a confeção e até início do empratamento, os alimentos são conservados:Em estufa ☐Em banho-maria ☐À temperatura ambiente ☐Outros ☐

Quais? _____

26.1) Temperatura de conservação: _____ °C

27) Fazem recolha diária de amostras preventivas das refeições confeccionadas para eventual análise microbiológica?

Sim ☐ Durante quanto tempo são armazenadas? _____
 A que temperatura são armazenadas? _____ °C

Não ☐

28) São enviadas amostras das refeições servidas para análise?

Microbiológica: Sim ☐ Não ☐

Periodicidade: Diária ☐ Semanal ☐ Mensal ☐

Outra ☐ Qual? _____

Bromatológica: Sim ☐ Não ☐

Periodicidade: Diária ☐ Semanal ☐ Mensal ☐

Outra ☐ Qual? _____

29) Fazem controlo da água utilizada para a confecção?

Microbiológico: Sim ☐ Não ☐

Periodicidade: Diária ☐ Semanal ☐ Mensal ☐

Outra ☐ Qual? _____

Químico: Sim ☐ Não ☐

Periodicidade: Diária ☐ Semanal ☐ Mensal ☐

Outra ☐ Qual? _____

C – Instalações e Equipamentos

30) Na sua opinião, qual o estado de conservação das instalações da:

Zona de Preparação:

Muito Bom ☐ Bom ☐ Satisfatório ☐ Não Satisfatório ☐

Cozinha:

Muito Bom ☐ Bom ☐ Satisfatório ☐ Não Satisfatório ☐

31) As instalações da cozinha possuem:

- Redes mosquiteiras ☐ Insectocaçadores ☐ Sistema de ventilação eficaz ☐
- Iluminação adequada ☐ Paredes lisas de fácil lavagem ☐ Pavimento anti-derrapante ☐
- Escoamento de água eficaz ☐ Baldes de lixo com tampa accionada por pedal ☐
- Doseadores de sabão líquido ☐ Secadores automáticos para as mãos e/ou porta toalhetes ☐
- Lavatórios accionados com pedal ou cotovelo (com torneiras de água quente e fria) ☐

32) A arquitectura da cozinha permite que o circuito dos alimentos se faça num só sentido – marcha-em-frente?

Sim ☐ Não ☐

D– Distribuição**33) Em média, a que horas inicia o empratamento?**

Almoço: ____ horas Jantar: ____ horas

34) Como é realizado o empratamento das refeições principais (almoço e jantar)?

- Centralizado na cozinha ☐
- Descentralizado (os diversos componentes da refeição são colocados na copa) ☐
- Outro método ☐ Qual? _____

35) Existe uma área específica para o empratamento?

- Sim ☐ A que temperatura se encontra? ____ °C
- Não ☐ (se trabalha em sistema de distribuição a frio, p.f. passe para a questão n.º 37)

36) A distribuição é efectuada em:

- Pratos isotérmicos ☐
- Tabuleiros isotérmicos ☐
- Outro sistema ☐ Qual? _____

37) Como se processa o transporte das refeições da cozinha para as copas?

- Carros neutros (sem qualquer meio de manutenção da temperatura dos alimentos) ☐
- Carros isotérmicos (com isolamento térmico que mantém efectivamente a temperatura) ☐
- Carros aquecidos (com separação das zonas fria / quente) ☐
- Carros arrefecidos, com manutenção de temperaturas baixas ☐

37.1) Quem efectua o transporte das refeições da cozinha para os internamentos?

38) As refeições são regeneradas / aquecidas nas copas dos serviços?

Sim ☐ Não ☐

39) Como é realizado o empratamento das refeições intercalares?

Centralizado na cozinha ☐

Descentralizado (os diversos componentes da refeição são colocados na copa) ☐

Outro método ☐ Qual? _____

E – Limpeza e Desinfecção

40) A lavagem da louça processa-se:

Copas dos internamentos ☐ Manual ☐ Nesta situação, que tipo de louça? _____

Mecânica ☐

Cozinha central ☐ Manual ☐ Nesta situação, que tipo de louça? _____

Mecânica ☐

41) Para além da rotina diária, existem planos de limpezas pré-estabelecidos?

Sim ☐ Não ☐ (se não, passe p.f. à questão n.º 43)

41.1) Quem os executa?

Funcionários do Serviço Alimentação ☐ Funcionários da limpeza (empresa concessionária) ☐

41.2) Qual a periodicidade de execução das seguintes limpezas?

Tectos	_____	Paredes	_____
Pavimentos	_____	Janelas	_____
Refrigeradores	_____	Congeladores	_____
Fogões	_____	Exaustores	_____

42) Procedem à desinfestação das instalações?

Sim ☐ Não ☐

Com que periodicidade? _____

42.1) Para a realização dos programas de desinfestação é contratada uma empresa especializada?

Sim ☐ Não ☐

II.3 – Informações gerais**43) Existem em vigor ciclos de ementas?**Sim ☐ Não ☐ (se não, passe p.f. à questão n.º 44)**43.1) Qual a sua duração?** _____ semanas**43.2) Com que periodicidade se alteram os ciclos das ementas?**

44) Qual a categoria profissional do funcionário responsável pela elaboração e planeamento das ementas?Nutricionista ☐ Dietista ☐ Médico ☐ Empresa ☐Outro ☐ Qual? _____**45) Existem captações definidas para as diferentes refeições?**Sim ☐ Não ☐

Se sim, quem as definiu (categoria profissional)? _____

46) Existe no hospital um “Manual de Dietas / Formulário Dietético”?Sim ☐ Não ☐ (se não, passe p.f. à questão n.º 47)**46.1) Qual o número total de dietas existente no Manual?** _____**47) Aplicam o método HACCP (*Hazard Analysis Control Critical Points*) nos procedimentos do S.A.?**Sim ☐ Não ☐**48) Procedem à verificação das refeições que chegam aos doentes?**Sim ☐ Não ☐

Se sim, quem verifica (categoria profissional)? _____

49) Quem presta apoio aos doentes na toma das refeições?Pessoal de enfermagem ☐ Voluntariado ☐ Pessoal auxiliar ☐Outro ☐ Quem? _____**50) Realizam-se inquéritos de satisfação e aceitabilidade das refeições aos doentes e funcionários?**Sim ☐ Não ☐Se sim, quem realiza? Hospital ☐ Empresa ☐

Com que periodicidade? _____

51) Se possui sistema de distribuição a frio, na sua opinião, a aceitação das refeições por parte de:

Doentes:

Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐

Funcionários:

Muito Boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐

52) São organizadas, pelo serviço, acções de formação e actualização aos funcionários? Quais as áreas abordadas?

Higiene e segurança no trabalho Sim ☐ Não ☐

Higiene alimentar Sim ☐ Não ☐

Noções gerais de nutrição e alimentação Sim ☐ Não ☐

Outras ☐ Quais? _____

53) Está instituída a realização de exames de saúde aos funcionários que manipulam alimentos?

53.1) Previamente à sua admissão? Sim ☐ Não ☐

53.2) Periodicamente após admissão? Sim ☐ Não ☐

III – Área de Nutrição Clínica

54) No hospital é feito por rotina:

54.1) Identificação do risco nutricional – “screening” ?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quem faz (categoria profissional)? _____

Qual o método utilizado?

MUST ☐ NRS 2002 ☐ Outro ☐

Qual? _____

54.2) Prescrição de terapia nutricional?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quem prescreve (categoria profissional)? _____

54.3) Monitorização da terapia nutricional instituída?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quem faz (categoria profissional)? _____

Com que periodicidade? _____

55) Existe comissão de suporte nutricional?Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, qual a sua constituição?

Nutricionista ☐ Dietista ☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Farmacêutico ☐**56) Quem institui:**

Nutrição entérica:

Nutricionista ☐ Dietista ☐ Médico ☐ Outro ☐ Qual? _____

Nutrição parentérica:

Nutricionista ☐ Dietista ☐ Médico ☐ Outro ☐ Qual? _____

Suplementação proteico-energética:

Nutricionista ☐ Dietista ☐ Médico ☐ Outro ☐ Qual? _____**57) Qual a constituição da(s) comissão(s) de escolha de produtos para a alimentação:**

Entérica:

Nutricionista ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Farmacêutico ☐

Parentérica:

Nutricionista ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Farmacêutico ☐**58) Existe registo no processo clínico dos doentes com terapia nutricional?**Sim ☐ Não ☐**59) Qual a média anual de doentes com terapia nutricional?**

Nutrição entérica _____ Nutrição parentérica _____

Diets de alta _____ Suplementação proteico-energética _____

Outro tipo de intervenção _____

60) É realizado por rotina aconselhamento nutricional de alta?Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, quem faz?

Nutricionista ☐ Dietista ☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐**61) Existe consulta externa autónoma de nutrição?**Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, esta é da responsabilidade do:

Nutricionista ☐ Dietista ☐ Outro ☐ Quem? _____**61.1) A consulta de nutrição apoia todas as especialidades do hospital?**Sim ☐ Não ☐

60.2) Em caso negativo, quais as especialidades que apoia?

Obrigada pela sua colaboração.

O Serviço de Nutrição e Alimentação do IPO – Porto encontra-se desde já ao V/ dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais através do telefone 225 084 111 (contactar: Mafalda Noronha - nutricionista estagiária)

ANEXO 2

Listagem dos Estabelecimentos Hospitalares Adstritos ao Ministério da Saúde

Estabelecimentos Hospitalares adstritos ao Ministério da Saúde:**Região Continental**

- 1 - Hospital São Pedro Pescador
- 2 - Hospital Distrital de Vila do Conde
- 3 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
- 4 - Hospital de D. Luís I
- 5 - Hospital de S. Pedro
- 6 - Hospital de Santa Luzia
- 7 - Hospital do Conde Bertiandos
- 8 - Hospital Distrital de Bragança
- 9 - Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros
- 10 - Hospital Distrital de Mirandela
- 11 - Centro Regional de Alcoologia do Porto
- 12 - Hospital da Misericórdia de Paredes, S.A.
- 13 - Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia
- 14 - Hospital Conde S. Bento
- 15 - Hospital da Sr.^a da Oliveira
- 16 - Hospital de Magalhães Lemos
- 17 - Hospital Conde Ferreira
- 18 - Hospital de Nossa Sr.^a da Ajuda de Espinho
- 19 - Hospital de S. João, E.P.E.
- 20 - Hospital de São Gonçalo, E.P.E.
- 21 - Hospital de São Marcos
- 22 - Hospital de São Miguel
- 23 - Hospital de São Sebastião, E.P.E.
- 24 - Hospital Distrital de Chaves
- 25 - Hospital Distrital de Fafe (S. José)
- 26 - Hospital Distrital de Lamego
- 27 - Hospital Distrital de S.J. da Madeira
- 28 - Hospital de N.^a Sr.^a da Conceição
- 29 - Hospital do Visconde de Salreu
- 30 - Hospital Dr. Francisco Zagalo
- 31 - Hospital Geral de St.^o António, E.P.E.
- 32 - Hospital Joaquim Urbano
- 33 - Hospital Padre Américo Vale do Sousa, E.P.E.
- 34 - Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.
- 35 - Hospital S. João de Deus, E.P.E.
- 36 - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.
- 37 - Maternidade de Júlio Dinis
- 38 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
- 39 - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais
- 40 - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
- 41 - Hospital Distrital da Covilhã
- 42 - Hospital Distrital do Fundão
- 43 - Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil

- 44 - Maternidade Bissaya Barreto
- 45 - Hospital Pediátrico de Coimbra
- 46 - Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes
- 47 - Centro Regional de Alcoologia de Coimbra
- 48 - Hospitais da Universidade de Coimbra
- 49 - Maternidade Dr. Daniel de Matos
- 50 - Hospital Amato Lusitano
- 51 - Hospital de Cândido Figueiredo
- 52 - Hospital de Nossa Sr.^a da Assunção
- 53 - Hospital de Santo André, E.P.E.
- 54 - Hospital de S. Teotónio, E.P.E.
- 55 - Hospital de Sousa Martins
- 56 - Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
- 57 - Hospital Distrital de Águeda
- 58 - Hospital Bernardino Lopes de Oliveira
- 59 - Hospital José Luciano de Castro
- 60 - Hospital Distrital de Pombal
- 61 - Hospital do Arcebispo João Crisóstomo
- 62 - Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
- 63 - Hospital Psiquiátrico do Lorvão
- 64 - Hospital Sobral Cid
- 65 - Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.
- 66 - Hospital de Egas Moniz
- 67 - Hospital do Desterro
- 68 - Hospital de Santa Cruz
- 69 - Hospital de São Francisco Xavier
- 70 - Centro de Reabilitação de Vale Figueira, Lda.
- 71 - Centro de Saúde Mental de Portalegre
- 72 - Centro Hospitalar das Caldas da Rainha
- 73 - Hospital Condes de Castro Guimarães
- 74 - Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida
- 75 - Hospital S. José
- 76 - Hospital de St.^o António dos Capuchos
- 77 - Hospital de S. Bernardo
- 78 - Hospital Ortopédico de Sant'ago do Outão
- 79 - Centro Hospitalar de Torres Vedras
- 80 - Hospital José Joaquim Fernandes
- 81 - Hospital de S. Paulo
- 82 - Hospital do Barlavento Algarvio
- 83 - Hospital Distrital de Lagos
- 84 - Hospital de Nossa Senhora da Graça
- 85 - Hospital Rainha Santa Isabel
- 86 - Centro Regional de Alcoologia de Lisboa
- 87 - Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca
- 88 - Hospital de Curry Cabral
- 89 - Hospital de D. Estefânia
- 90 - Hospital de Nossa Sr.^a do Rosário, E.P.E.
- 91 - Hospital de Pulido Valente, S.A.
- 92 - Hospital de Reynaldo dos Santos
- 93 - Hospital de Santa Luzia de Elvas

- 94 - Hospital de Santa Maria, E.P.E.
- 95 - Hospital de Santa Marta, E.P.E.
- 96 - Hospital do Espírito Santo
- 97 - Hospital Distrital de Faro
- 98 - Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo
- 99 - Hospital Distrital de Santarém, S.A.
- 100 - Hospital Distrital do Montijo
- 101 - Hospital do Litoral Alentejano
- 102 - Hospital Dr. José Maria Grande
- 103 - Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- 104 - Hospital Júlio de Matos
- 105 - Hospital Miguel Bombarda
- 106 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.
- 107 - Maternidade Dr. Alfredo da Costa
- 108 - Hospital Dr. Manoel Constâncio

Região Autónoma da Madeira

- 109 - Serviço Regional de Saúde, E.P.E.
- 110 - Centro Hospitalar do Funchal

Região Autónoma dos Açores

- 111 - Hospital Concelhio de Velas
- 112 - Hospital de Angra do Heroísmo
- 113 - Hospital de Ponta Delgada
- 114 - Hospital Distrital da Horta

ANEXO 3

Carta de Apresentação



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Ex.mo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração

Porto, 5 de Março de 2007

Eu, Mafalda Galvão Peres Brito de Noronha, aluna do 5º ano da licenciatura em Ciências da Nutrição da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, encontro-me a estagiar no Serviço de Nutrição e Alimentação (S.N.A.) do IPOPFG, E.P.E.

Durante o meu estágio irei realizar um trabalho de investigação, versando o tema “Avaliação da Situação Nutricional e Alimentar nos Hospitais Portugueses”. Como tal, venho por este meio solicitar toda a Vª. colaboração no preenchimento do inquérito enviado em anexo e o seu posterior encaminhamento para Serviço de Nutrição e Alimentação do IPOPFG, E.P.E., utilizando para o efeito o envelope RSF enviado em anexo ou então o seu preenchimento *on-line* em WWW.ipoport.min-saude.pt (serviços> serviços de apoio> Serviço de Nutrição e Alimentação).

Este inquérito é anónimo e confidencial e todos os dados obtidos serão analisados globalmente. Agradeço o envio do questionário preenchido até 30.04.2007.

Pretende-se com este estudo verificar a evolução da situação nutricional e alimentar nos hospitais portugueses adstritos ao Ministério da Saúde, comparando estes dados com estudos previamente efectuados nesta área em 1992 e 1997.

Anexos:

- 1 – Inquérito
- 2 – Envelope RSF

Grata por toda a atenção e colaboração prestadas.

Com os melhores cumprimentos.

Mafalda Galvão Peres Brito de Noronha