



# 1. Situação alimentar e dietética em hospitais da Europa ocidental

Quanto a adequação nutricional  
adequação alimentar  
qualidade gastrotécnica  
qualidade higiosanitária  
e custos

as refeições correntes de doentes e funcionários ("dietas gerais") e as dietas terapêuticas dos hospitais da Europa ocidental são (1):

- na generalidade dos países:
 

muito más, más ou medíocres	em 80 a 85%
sopráveis, suficientes ou boas	em 15 a 20%
- na Suécia e Dinamarca (2):
 

más ou medíocres	em 45 a 50%
sopráveis	em 20 a 25%
suficientes, boas ou muito boas	em 25 a 35%

- em Portugal (situação por avaliar com rigor):

falta um formulário bromatológico nacional

nem todos os hospitais centrais e nenhum outro possuem servi-

ços organizados de alimentação e dietética

comida de má qualidade gastrotécnica na generalidade dos

hospitais e toxi-infeções alimentares muito frequentes

dietas inadequadas ao doente (formulação incorrecta ou inexis-

tente) e inconstância da sua composição nutricional (insegurança da copa

e da cozinha, vigilância aleatória da distribuição); incapacidade média de

verificar resultados; incorrecção das captações

grande desperdício de comida e custos muito elevados

(1) conforme inquéritos realizados entre 1978 e 1983

(2) após a reorganização dos serviços de alimentação e dietética a partir de 1979



## 2. Causas mais comuns da má situação alimentar em hospitais

### 2.1. Quanto a bens alimentares

- aprovisionamento incoerente; por vezes, fraudulento
- armazenagem e manipulação defeituosas
- verificação de qualidade e quantidades difícil ou impossível

### 2.2. Quanto a meios logísticos

- cozinhas velhas ou mal programadas; equipamento inadequado
- meios deficientes para distribuição de refeições prontas
- copas impróprias

### 2.3. Quanto a pessoal da sequência alimentar

- falta de nutricionistas e de dietistas
- impreparação ou insuficiência de técnicos e auxiliares de cozinha, copa, armazéns e distribuição
- indefinição de competências e responsabilidades dos intervenientes administrativos, técnicos e auxiliares; falta de organograma com hierarquização e relações confusas e quebra de operacionalidade
- ligação deficiente ou inexistente com o doente; consequente falta de supervisão e verificação das refeições servidas a cada doente

### 2.4. Quanto a rigor e fundamento de aquisição de dietas e refeições

- preparação deficiente ou nula de médicos e enfermeiros em alimentação normal e dietoterapia
- falta de informação sobre perfil nutricional de cada internado
- prescrições dietéticas imprecisas ou inadequadas
- desconhecimento das susceptibilidades alimentares e gastritécnicas dos internados

Adaptado de Platt, B.S. & alt (1963) e de Evans, E. (1978)





### 3. Natureza das deficiências alimentares mais comuns em hospitais:

#### 3.1. Desajustamento da razão energética

Situação real: cálculo de necessidades na base de capitações "médias"; permeabilidade à comida do exterior; desconhecimento do que, de facto, o doente come (quando muito, uma nota inconsequente em ocorrências de enfermarias).

Situação geral por considerar: conhecimento razoável das necessidades calóricas da população a servir, considerando estatura, estado nutricional, sexo, idade, patologia, etc.

Situações particulares por considerar: necessidades específicas de infectados, convalescentes, queimados, de pauperados; de acamados com peso excedentário; etc.

Consequências: desajustamento entre energia ingerida e necessária (fome e sobre-alimentação, redução da resposta imunitária, prolongamento do internamento), desperdício de comida, custos elevados com alimentação má e com dietas incorrectas.

#### 3.2. Desajustamento de outros fornecimentos de nutrientes

Situação real: carência comum de vit. C, B2 e A (ou de carotenos) e de água; carências frequentes de ferro, cálcio e oligoelementos, de fibras e proteínas; carências pontuais de outros nutrientes; excesso comum de gorduras e frequente de sódio; excessos pontuais de proteínas e outros nutrientes.

Situações por considerar: conhecimento suficientemente exacto das necessidades nutricionais de cada caso; gostos e idiossincrazias alimentares e culinárias; comportamento alimentar individual; água à cabeça do doente.







### 3.3. Desajustamento alimentar e má qualidade gastronómica

Situação real: reduzida variedade de ementas; confeccção culinária não cuidada quanto a sabor, odor, aspecto e aceitabilidade digestiva; desconhecimento das preferências do doente; modo de servir e baixela desencantadores; refeições mornas, frias ou "panadas"; engano ocasionais ou sistemáticos na distribuição de dietas terapêuticas.

Situações por considerar: inquérito de hábitos alimentares caso a caso; formulação de ementas tanto quanto possível personalizadas (por ex.: por componentes); gastronomia e gastronomia apuradas; sequência desde comida pronta até serviço da refeição adaptada ao tamanho do hospital (por ex.: sequência diferida); pessoal de copa com formação em dietética e restauração colectiva.

Consequências: o doente come o que quer e rejeita o que não aprecia ou toda a refeição; o doente pode comer o que recebe do exterior; o doente pode não receber ou não cumprir a dieta prescrita, parte integrante do seu tratamento; sofrimento moral com repulsa pelo hospital e interferência no curso da doença; desperdício apreciável de alimentos cozinhados e de pão; custos muito elevados sem benefícios.

### 3.4. Horário desajustado de refeições

Situação real: intervalos muito desiguais entre refeições; intervalo excessivo entre a última refeição de um dia e o primeiro-almoço do seguinte; atenção irregular da copa aos horários específicos de certas dietas terapêuticas.

Consequências: o doente socorre-se de alimentos de fora para ceiar; o doente para horas do dia eventualmente sobrealimentado e grandes espaços em autofagia proteica; são frequentes alterações do trânsito digestivo e da descarga biliar.





### 3.5. Carência de cuidados higio-sanitários

Situação real: muitos hospitais sem meios de inspeção sanitária de alimentos adquiridos e sem verificação de qualidade quando chegam à área de preparação; infrequente ou inexistente análise parasitológica, bacteriológica, micológica e toxicológica de refeições prontas (à saída da cozinha e do prato do doente); na generalidade dos hospitais, incapacidade para distribuir comida estéril; lavagem deficiente de utensílios de cozinha e de material de copa; falta de hábitos higiénicos entre o pessoal da sequência alimentar; cozinhas, armazéns e copas com ratos, baratas e outros transmisores de doenças contagiosas; distribuição de comida pronta por pessoal de enfermagem e doentes.

Consequências: toxi-infecções alimentares frequentes; intoxicações alimentares ocasionais; transmissão de doenças infecciosas dentro de um serviço; incapacidade de alimentar doentes em risco com refeições estéreis; rejeições massivas de comida pronta.

### 3.6. Custos elevados

Situação real: falta de contabilidade de custos por nutrimentos o que leva à falsa vantagem da aquisição de similares alimentares de menor preço; índices muito elevados de deterioração durante armazenagem (estimada em 5 a 15% do valor do adquirido), de desperdício de alimentos e perda de nutrimentos no decurso da preparação culinária pela falta de aparelhagem adequada e de preparação do pessoal (a parte edível dos alimentos corresponde apenas a 65 a 75% do peso consignado à cozinha) e de comida não distribuída e rejeitada pelos doentes (40% da confecção feita); aparelhagem de cozinha desperdiçadora de energia; aquecimento da comida pronta e seu reaquecimento; gestão inadequada de pessoal.

Consequências: preço de uma refeição hospitalar 2 vezes mais cara do que o necessário





#### 4. Algumas afirmações conceituais

Preparar e servir comida a uma comunidade hospitalar é uma grande operação que requer muito pessoal e muito equipamento. (1)

Alimentação sadia, agradável e higiénica, dietoterapia moderna, rigorosa e eficaz, e custos compensadores, exigem que se crie nos hospitais uma unidade orgânica que integre todos os agentes implicados na alimentação e dietética. (2)

Em cada hospital deve haver um responsável por todas as operações relacionadas com alimentação e nutrição e pela supervisão de todo o pessoal envolvido. (3)

O problema mais importante, ainda hoje, da assistência hospitalar é o desconhecimento das necessidades nutricionais e das possibilidades de intervenção dietética e a falta de uma supervisão adequada das refeições servidas. (4)

Aterosclerose e doença coronária isquémica ocasionam (no E.U.A.)  $\frac{1}{3}$  dos dias perdidos e das reformas que ocasionavam há um ano atrás. Como 6 em cada 10 causas de doença são imputáveis à nutrição, os nutricionistas jogam papel excepcional na prevenção da doença. A acção dos nutricionistas nos serviços de saúde deve ser encarada como factor de redução dos custos com saúde e segurança social. (5)

Os E.U.A. dispõem de um técnico de alimentação e nutrição por cada 4500 habitantes; em proporção, Portugal devia de dispor de 2200 nutricionistas e dietistas. Dispomos de menos de 200 nutricionistas, na maior parte sem trabalho na saúde, e de menos de 100 dietistas, alguns desempregados. (6)

(1) Davidson, S. (1979)

(2) Mary, Y. (1983)

(3) Platt & alt (1963)

(4) Passmore, R (1979)

(5) Seidel, M.C. (1983)

(6) base no infome da Am. Dietetic Association (1983)





## 5. Alimentação e dietética no hospital - proposta de organização integrada (1)

### 5.1. Alimentação e dietética constituem parte integrante dos cuidados com o doente

#### ■ Encaremos

. Doente que não carece de dietoterapia clássica: Uma qualquer porção da "dieta geral"? Alimentação normal mas adaptada à relação estatura/peso, sexo, idade, doença existente, etc.? Dietoterapia interveniente?

. Doente crónico acamado: Cuidados nutricionais, alimentares ou gastrotécnicos especiais?

. Doente com indicação para dieta clássica: Como se calculam as necessidades nutricionais? Com que alimentos e com que gastrotecnia e aceite?

. Doente que carece de alimentação por sonda: Que patologia, que alimentação ou que dieta e como a quantificar?

. Doentes infantis, cirúrgicos, mentais crónicos, no serviço de urgência: Que regimes alimentares?

#### ■ Os médicos não possuem preparação para responder

. Preparação académica no campo da alimentação e nutrição?

. Formação do médico internista em nutrição clínica?

. Integração de nutricionistas na área de tratamento?

#### ■ A alimentação não é fornecida com o rigor devido à medicação

. Médico, enfermeiro ou farmacêutico garantem a qualidade, a adequação e a toma da ração alimentar correcta ou prescrita?

. Inquerem o doente quanto a gostos e idiossincrasias alimentares?

. Integrar dietistas na regulação alimentar e para actuar junto do internado?

(1) Baseada na experiência dinamarquesa, sueca, húngara e americana dos últimos 5 anos; conforme as propostas da American Dietetic Assoc. e do S. N. P. D. de França (1983)







### 5.3. Grandes objectivos de um serviço de alimentação e dietética integrado

#### ■ No plano da nutrição

. Fazer da alimentação de cada doente um componente do programa interprofissional e interdisciplinar de tratamento.

. Anular a agravão suplementar à doença produzida por comida deficiente e aumentar a aceitabilidade do hospital pelo doente e pelo meio.

. Promover o aconselhamento alimentar e, através dele, contribuir para a prevenção primária e secundária da doença e para a melhoria dos índices sanitários.

. Lançar a investigação nutricional e dietoterápica no hospital.

. Nutrir e alimentar adequadamente o pessoal.

#### ■ No plano da higio-sauidade

. Cumprir a exigência de comida esteril quando necessária para doentes em risco de infecção hospitalar.

. Eliminar o risco de toxi-infeccões, de intoxicações alimentares e de propagação de doenças infecciosas transmissíveis.

#### ■ No plano da administração e gestão

. Gerir custos de forma correcta.

. Reduzir encargos em paralelo com a melhoria de qualidade alimentar e nutricional e com a implementação dos meios humanos e materiais.

. Eliminar a situação actual de responsabilidade diluída através da adopção de um organograma explícito e da definição de competências e de responsabilidades de cada membro do serviço.

. Assumir a plena responsabilidade pelo estado nutricional de doentes e funcionários, pela prática alimentar no hospital e pela colaboração à área do tratamento (no campo do nutricionismo).





# 1) Política alimentar. Definições de base

1. "Produtos alimentares" — designação genérica dos produtos acabados tal como são colocados à disposição do consumidor para satisfazer as suas necessidades de alimentação.
2. "Alimentação" — tem significado bidimensional:
  - a) compreende o conjunto de produtos alimentares necessários para a satisfação nutricional tendo em vista o máximo desenvolvimento e bem-estar biológico do indivíduo e os mais favoráveis índices sanitários de uma população;
  - b) responde simultaneamente a todas as exigências dos consumidores: paladar, apresentação, variedade, novidade, prestígio, segurança, etc..
3. "Produtos de base" — produtos que se destinam à alimentação tal como são rendidos pelos agricultores; por ex.: cereais em grãos e animais inteiros. Podem ser:
  - semelhantes a produtos alimentares: ovos, frutos, produtos hortícolas, etc.
  - iguais a factores de produção industrial: cereais, leite, azeitona, etc.
4. "Cadeia agro-alimentar" (sin.: "cadeia alimentar", "sistema alimentar", "sector alimentar") — compreende todos os passos que vão desde a produção de produtos de base até à <sup>apresentação do produto</sup> compra de produtos alimentares <sup>(ou de refeições prontas)</sup>. É objecto de estudo da economia alimentar, parcela da economia global de âmbito nacional ou internacional, a qual, por sua vez, obriga a adaptações casuais da cadeia, nomeadamente, condicionando opções variadas em vários dos seus passos e interferindo também nos factores de produção agro-pecuária.
5. "Política alimentar" — significados diferentes em função da ordem e maturação das prioridades defendidas ou suportadas pelos governos





## 2) Política alimentar. Evolução do conceito em países desenvolvidos

1. No decurso da 2ª grande guerra mundial e nos anos próximos e imediatos  
Política alimentar  $\approx$  incremento da produção e repartição equitativa  
Objectivos prioritários: a) aumentar o aprovisionamento de produtos alimentares; b) (eventual) promover uma repartição aceitável pela população de produtos alimentares.  
Meios prioritários: a) crescimento da produção interna de produtos de base e alimentares; b) expansão do comércio pelo aumento do poder de compra; c) racionamento; d) medidas sociais; e) preços subvencionados.
2. Entre 1948 e 1970 Política alimentar  $\approx$  política agrícola  
a) Aumento regular e contínuo da produção agropecuária por melhoria dos bens de produção e da tecnologia; b) aumento do poder aquisitivo mas incremento modesto do consumo global por causa da estagnação demográfica; c) concentração da produção, recurso à importação por preços baixos de países explorados, empobrecimento do campesinato  $\rightarrow$  pressão para reduzir as diferenças cidade/campo  $\rightarrow$  alta de preços dos produtos de base; d) o que leva, nos anos 60, a fazer os consumidores a consumirem mais e mais caro, à invasão do mercado com produtos elaborados / ou a favorecer as exportações / ou reduzir as importações limitando-as a produtos exóticos ou muito baratos.
3. Nos anos 70 (época inflacionária e de preços instáveis) Política alimentar  $\approx$   $\approx$  segurança alimentar  
Objectivo prioritário: manter preços ao consumidor (os produtos alimentares são componente grossa do consumo a retalho) para diminuir o descontentamento.
4. No final dos anos 70 e início da actual década Pol. alim.  $\approx$  defesa do consumidor  
Objectivos prioritários: normalização e fiscalização de toda a cadeia alimentar (alguns meios de produção agro-pecuária, transformação e elaboração de produtos alimentares, conservação, empacotamento, rotulagem, pesos e medidas, publicidade, alimentação colectiva, higiene sanitária de produtos, etc.)  
fonte: OCDE 1981





### 3) Política alimentar. Dificuldades em países de economia de mercado

1. Os 4 conceitos expostos colocam-se fundamentalmente no quadro das políticas económica e social a nível nacional.
2. Mas as interacções entre estados e as resultantes da actividade das empresas transnacionais são hoje muito importantes; modificam a liberdade nacional e a independência do estado para tomarem decisões e interferem na economia e na política alimentar dos países pobres.
3. A política alimentar em países de economia de mercado considera a cadeia agro-alimentar como um todo que carece de diagnóstico e de soluções globais e coerentes, admite a necessidade de opções circunstanciais e temporais em função da situação nacional e internacional e da actividade das transnacionais, aceita que as prioridades se modificam periodicamente de acordo com a evolução de factores macroeconómicos, tecnológicos, sanitários e de economia doméstica, resente-se do tratamento sectorial e estreito como os diversos aspectos da cadeia agro-alimentar são (ou não são) encarados pelos diferentes centros de decisão de um governo, sofre as contradições dos vários parceiros sociais e das forças económicas, define-se, conforme o país, de acordo com a força relativa desses vários grupos com interesses na cadeia agro-alimentar e na economia do estado.
4. Em consequência, a O.C.D.E. reconhece: 1) que não é uniforme a pol. alm. dos seus estados membros porque neles são desiguais as situações económicas, tecnológicas e sociais; 2) que a pol. alm. tem que tomar em conta a interdependência da economia geral do estado e da cadeia agro-alimentar; 3) que não é possível esquecer o objectivo final e fundamental de qualquer política alimentar: fornecer à população um regime alimentar nutritivamente ajustado às necessidades dos vários sectores populacionais para que todos gozem de mais saúde.



## 3) Política alimentar. Um caso raro no seio da OCDE - a Noruega

1. Desenvolver na população hábitos alimentares nutricionalmente correctos, tendo em vista melhorar rapidamente o nível de saúde conhecer com exactidão a situação alimentar de todos os grupos humanos na Noruega; incrementar a investigação nutricional aplicada; conhecer com exactidão a situação sanitária de todos os grupos humanos.
2. Aumentar a autosuficiência norueguesa em produtos alimentares no geral e em plano regional e disciplinar as importações incrementar a produção agropecuária e a pesca; reciclar gorduras; introduzir novas culturas, nomeadamente intensificar a produção de produtos hortícolas e de frutos, sem prejuízo ecológico.
3. Estudar com a indústria manipuladora de alimentos a adequação nutricional dos seus manufacturados, a produção de novo tipo nutricionalmente correctos e adaptados às necessidades, e a supressão de outros. Melhorar o armazenamento e a distribuição de produtos alim.
4. Intervir nos preços, onerando uns e subsidiando outros, e manter todos eles a preços constantes por períodos tão longos quanto possível para satisfazer os §§ 3 e 4: educação alimentar coerente da população por todos os meios disponíveis e úteis tendo em vista a saúde individual e colectiva, a economia do estado, os produtos disponíveis e a economia das famílias
5. Criar um Conselho Nacional de Nutrição e Alimentação, de constituição interdisciplinar e interministerial para propor acções coerentes, coordenadamente a serem tomadas por todos os organismos estatais das áreas económica, social e educacional relacionar estreitamente os vários ministerios e afinar o sistema norueguês de estatística.

fonte: Relatório nº 32 apresentado ao Storting da Noruega (1975)



## ⑤ Política alimentar . Uma proposta de fisionomia global

<p><b>Agropecuária e pescas</b> Estender e rendibilizar duas culturasáveis no sentido da auto-suficiência alimentar a custos baixos e bom rendimento para agricultores. Idem, quanto a incremento de pescas e pecuária.</p>	<p><b>Meio ambiente</b> A produção agrícola e pecuária e as indústrias alimentares directas de produtos de base, bem como a pesca, serão dimensionadas e pensadas em termos de manutenção do equilíbrio ecológico e de não serem poluentes.</p>
<p><b>População</b> Regularidade de abastecimento a preços que possibilitem o necessário para uma nutrição saudável. Informação objectiva sobre qualidade e preços. Alimentos saudáveis e atraentes.</p>	<p><b>Educação</b> Educação alimentar em todos os graus de ensino, em cooperativas e associações, através dos meios de comunicação. Proibição de toda a publicidade de produtos alimentares. Ensino de economia doméstica.</p>
<p><b>Nutrição</b> Conhecimento exacto das necessidades nutricionais e, portanto, de produtos alimentares, adaptadas ao real da população. Definição dos grupos em risco. Revisão periódica desse conhecimento.</p>	<p><b>Comércio e indústria</b> Melhorar a eficiência e baixar os custos da indústria alimentar. Melhorar a conservação, conservação, distribuição, qualidade, aspecto e informação sobre produtos alimentares. Incrementar as trocas internacionais.</p>
<p><b>Pesquisa científica</b> Avaliação permanente e promoção dos meios tecnológicos, económicos, nutricionais e sanitários tendo em vista alimentos melhores, mais saudáveis e mais baratos e promoção da saúde em forma contínua.</p>	<p><b>Economia e finanças</b> Política de preços de acordo com uma política geral de desenvolvimento e bem-estar. Anulação das diferenças económicas entre cidade e campo. Consideração de grupos populacionais em risco como objecto de medidas sociais.</p>

Adaptado de A. Simentov  
(na 3ª Conf. Europeia de Nutrição, 1979)