

ANEXO AO PROCESSO Nº 176/2001 - CM

DEFESA DE DISSERTAÇÃO/MESTRADO: 06/10/2003

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

ANNE CRISTINE RUMIATO

**CUIDADO NUTRICIONAL DO DOENTE SOB O
PONTO DE VISTA DO ACADÊMICO DE
MÉDICA E DE ENFERMAGEM:
Aspectos de atuação e formação**

Marília

2003

ANNE CRISTINE RUMIATO

**CUIDADO NUTRICIONAL DO DOENTE SOB O
PONTO DE VISTA DO ACADÊMICO DE
MEDICINA E DE ENFERMAGEM:
Aspectos de atuação e formação**

Marília
2003



ANNE CRISTINE RUMIATO

Cuidado Nutricional do doente sob o ponto de vista do acadêmico de medicina e de enfermagem: aspectos de atuação e formação

tese 1.551

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação,
em Educação, Unesp – Universidade Estadual Paulista
Campus de Marília, como requisito parcial à obtenção
do título de mestre.

Área de Concentração de Ensino na Educação
Brasileira

Linha de pesquisa – Educação, saúde e comunidade.

Orientador: Dra. Tânia Moron Saes Braga

1410001551



Marília
2003



Nº cham. 610.7
R936c

Nº Tombo 1551- Tese

Aquisição D

Preço 500

Data 10/03/04

Proced. antes

- Ensino médico
- Estudantes de medicina
- Ensino superior - Enfermagem
- Cuidados com os doentes - nutrição

162 p, il color. tab. graf.

40500004

Rumiato, Anne Cristine

R936c Cuidado nutricional do doente sob o ponto de vista do acadêmico de medicina e de enfermagem: aspectos de atuação e formação /Anne Cristine Rumiato. -- Marília, 2003.

176 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2003.

Bibliografia: f. 163 - 176

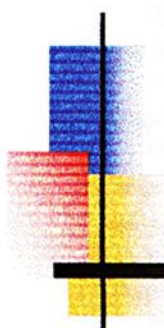
Orientadora: Profª. Drª Tania Moron Saes Braga

1. Ensino médico. 2. Ensino de enfermagem. I. Autor.
II. Título.

CDD 610.7

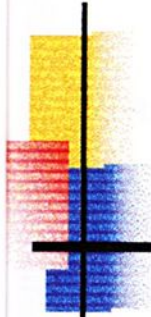
COMISSÃO EXAMINADORA:

Marília, ____ de ____ de 2003.



Dedicatória:

*Dedico este trabalho a todos aqueles que, como
Florence Nighingale, dedicam suas vidas e suas
carreiras, a diminuir a falta de conhecimento,
aumentando o conforto, e melhorando a qualidade
de vida daqueles que dependem de nós – os
pacientes.*



AGRADECIMENTOS:

- A Minha orientadora, Dra Tânia Moron Saes Braga, pela sua competência na orientação, disponibilidade, prontidão e incansável apoio em todas as fases desta pesquisa.*
- Aos docentes do curso do Mestrado em Educação da Universidade Estadual Paulista pela forma significativa com que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional.*
- À Comissão de Suporte Nutricional do Hospital Universitário Regional do Paraná, pelo apoio e sugestões valiosas.*
- À amiga Mitie Furukawa Ida pelas correções, pela paciência e pela amizade que me dedicou durante todo tempo.*
- À amiga Evelin, pelo auxílio nos cálculos estatísticos e pelo ombro amigo na necessidade.*
- A amiga, Elaine Martins pela leitura prévia do material e sugestões valiosas para a confecção da entrevista.*
- A Diretoria do Hospital Universitário pela liberação de carga horária e por terem acreditado neste trabalho.*
- Ao acadêmico de medicina, Danilo Coelho, e a Márcia, braço direito na coleta dos dados e colaboradores incansáveis, meu apreço.*
- Às colegas nutricionistas, Luciana, Maria da Luz, pelo apoio nas horas difíceis. A amiga Nilza, pelo incentivo constante.*
- Aos funcionários das bibliotecas da Universidade Estadual de Londrina e da Universidade Estadual Paulista, pela ajuda na montagem das referências bibliográficas e presteza na busca das informações.*
- Às amigas Rosicler, Laura, Renata, Rita, Edinéia, pelo companherismo durante todos os momentos do curso.*
- A todos os voluntários do estudo, que contribuíram de forma generosa, deixando muitas vezes seus períodos de descanso para colaborar.*
- Ao Dr. Jeferson, do serviço de estatística do Centro de Ciências da Saúde pela ajuda valiosa na ordenação dos dados coletados.*
- À Professora Maria Helena Viana pela revisão ortográfica do texto.*
- A todos aqueles que de uma forma direta ou indireta colaboraram com este trabalho, minha gratidão e apreço.*

Agradeço em especial:

- Aos meus pais, Carlos e Luana co-participantes deste trabalho. Aos meus irmãos Carlos e Fernando, as cunhadas Tatiana e Patrícia pelo incentivo recebido. A vocês por terem compreendido as minhas ausências, as minhas inseguranças e meus medos. Obrigada! Nós conseguimos!*

RESUMO

A desnutrição iatrogênica é uma realidade mundial, possui características multifatoriais e as mais importantes são ligadas à responsabilidade da equipe que cuida do doente internado, como: peso e altura não medido, ingesta alimentar não anotada, retardo em iniciar a terapia nutricional, períodos prolongados de jejum. O cuidado nutricional adotado pelos profissionais determina a descontinuidade desse processo o que leva a questionar a sua formação acadêmica. Investigou-se no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Londrina, aspectos de atuação e formação profissional de acadêmicos do último ano de medicina e de enfermagem no cuidado nutricional do doente, visando contribuir com propostas educativas.

A pesquisa foi realizada em duas fases: na primeira, os dados de 163 prontuários foram anotados e analisados de acordo com a prescrição médica e de enfermagem e evolução clínica; a outra fase constou de entrevistas realizadas com 16 acadêmicos do último ano de medicina e 18 acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Na análise de 163 fichas de prescrição médica, constatou-se que apenas nove continham prescrição de peso e a altura somente em uma. A dieta foi prescrita em todas as fichas, embora os cuidados alimentares estejam presentes em apenas 94 deles. Na prescrição de enfermagem foi encontrado tanto a ingesta quantificada (57%) quanto somente informada (30%). Na evolução clínica encontrou-se 14 prontuários com anotação de peso e em 16 emagrecimento do paciente. Em 42% dos prontuários haviam anotações sobre a ingesta do paciente com uma frequência maior em um maior tempo de internação. Na análise das entrevistas, constatou-se que os entrevistados de medicina e de enfermagem têm dificuldade em apontar sinais e sintomas de desnutrição e condutas para o paciente desnutrido. Os entrevistados acreditam em desnutrição hospitalar, mas não crêem que ela ocorra em seu meio. O conhecimento foi considerado insatisfatório nos relatos de ambos os grupos, ocasionado pela falta de uma disciplina específica no curso de medicina, ao pouco tempo de aula, a pouca importância que os docentes dão a este tema e a prática distante da teoria, na enfermagem. Os prontuários têm informações escassas a respeito do estado nutricional do paciente, ocasionado pela rotina adotada pelas clínicas. Apesar do peso ter sido citado como critério de diagnóstico, para verificação do estado nutricional do paciente, este dado foi muito pouco encontrado. O estado nutricional é mais valorizado nas condições cirúrgicas em ambos os grupos, embora os pacientes com maior registro de peso sejam os clínicos. Os registros de ingesta realizados pela enfermagem baseiam-se em critérios subjetivos, dificultando a quantificação da ingesta real do paciente. Há necessidade de se implementar ações que valorizem a questão nutricional, como estágios e cursos que complementem o conteúdo da graduação. É imprescindível a adoção de um critério único de avaliação nutricional para todas as clínicas de internação de adulto visando facilitar o aprendizado do aluno.

Palavras Chaves: ensino médico; ensino de enfermagem; desnutrição iatrogênica; cuidado nutricional.

RUMIATO AC. Nutritional care of the sick patient from the point of view of the Medicine and Nursing Student: considerations about the professional performance and formation (Essay). Marília: Universidade Estadual Paulista; 2003.

ABSTRACT

The iatrogenic malnutrition is a world reality, has multifactor traits and the most important are connected to the responsibility of the team who takes care of the sick patient, like: height and weight not measured, food intake not noted, retard in initiating the nutritional therapy, long periods of wasting. The nutritional care adopted by the professionals determines the discontinuity of this process, which makes us question about their academic formation. Aspects of the professional performance and formation of the students of the last year of Medicine and Nursing in the nutritional care of the patient were investigated in the Regional University Hospital of North Parana – Londrina – PR, aiming to contribute with educative proposals. The research was done in two phases: on the first one, the data of 163 patients records were noted and analyzed according to the medical prescription, nursing prescription and clinical evolution; on the following phase, 16 students of the last year of Medicine and 18 students of the last year of Nursing of Universidade Estadual de Londrina were interviewed. In the analysis of the 163 patients records, it was noticed that only 9 had weight prescription and one had height prescription in the medical prescription records. The diet was prescribed in all patients records, although nurturing cares were present only in 94 of them. In the nursing prescription, both the quantified intake (57%) and the informed one were found (30%). The higher frequency of quantified noting occurred during the day. In the item clinical evolution 14 patients records with the patient's height were found; in 16 patients records the loss of weight was mentioned. In 42% of the patients records there were notes about the patient's intake, with a higher frequency in a longer period of hospitalization. In the analysis of the interviews, it was noted that the medicine and nursing interviewees have difficulty in pointing the signs and symptoms of malnutrition and conducts for the malnutrition patient. The interviewees believe in hospital malnutrition, but don't believe that it occurs in their environment. The knowledge analyzed in the interviews of both groups was considered unsatisfactory, caused by the lack of a specific subject in the medicine course, the limited time of classes and the little importance the teachers give to this aspect, as well as the practice away from the theory in the nursing. The patients records have a very limited amount of information concerning the nutritional state of the patient, caused by the routine adopted by the clinics. In spite of the weight being quoted as a criterion for diagnosis, in few patients records were this information found for the verification of the nutritional state of the patient. The nutritional state is considered more valuable in surgical conditions in both groups, though the patients with a larger number of weight records are the clinic ones. The records of intake made by the nurses are based on subjective criteria, making the visualization of the real intake of the patient difficult. There is the need to implement actions that value the nutritional matter, like trainings and courses that complement the content of the graduation courses. The adoption of a single criterion of nutritional evaluation by all the clinics of adult hospitalizations is very important to facilitate the learning process for the students.

KEY WORDS: Medical teaching; nursing teaching; iatrogenic malnutrition; nutritional care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Peso pedido na prescrição médica dos prontuários analisados.....	37
FIGURA 2	Cuidados prescritos na dieta dos prontuários observados.....	39
FIGURA 3	Ingesta informada e ingesta quantificada na Prescrição de Enfermagem nos prontuários observados no período de abril a dezembro /2002.....	41
FIGURA 4	Ingestão quantificada por turno de serviço observado na Prescrição da Enfermagem.....	42
FIGURA 5	Peso e altura encontrados na Evolução Clínica dos prontuários analisados.....	46
FIGURA 6	Referências a emagrecimento anotadas na Evolução Clínica dos Prontuários Analisados.....	49
FIGURA 7	Anotações a respeito da ingesta do paciente encontrada na Evolução Clínica dos prontuários analisados.....	50
FIGURA 8	Outros profissionais citados como importantes no cuidado nutricional do doente internado.....	55
FIGURA 9	Profissional citado como responsável pela intervenção quando o paciente não se alimenta.....	60
FIGURA 10-A	Sinais relacionados à desnutrição citados pelos entrevistados de medicina.....	66
FIGURA 10-B	Sintomas relacionados à desnutrição citados por acadêmicos de medicina.....	66
FIGURA 10-C	Alterações laboratoriais relacionados à desnutrição citadas pelos entrevistados de medicina.....	67
FIGURA 11	Sinais apontados pelos acadêmicos de medicina para reconhecimento do início da desnutrição.....	68
FIGURA 12	Crêrrios citados pelos entrevistados de medicina para diagnosticar desnutrição.....	69
FIGURA 13	Condutas relatadas pelos acadêmicos de medicina, com a finalidade de intervir na desnutrição.....	70
FIGURA 14	Crêrças sobre Desnutrição Hospitalar relatadas pelos acadêmicos de medicina entrevistados.....	72

FIGURA 15	Dificuldades apontadas pelos entrevistados de medicina para diagnosticar desnutrição.....	73
FIGURA 16	Crenças dos acadêmicos de medicina quanto a adequação da alimentação no ambiente hospitalar.....	75
FIGURA 17	Justificativas relacionadas pelos acadêmicos de medicina sobre a alimentação do paciente dentro do hospital.....	76
FIGURA 18	Relatos de como o acadêmico de medicina constata se o paciente comeu bem	77
FIGURA 19	Clínicas citadas pelos acadêmicos de medicina como tendo abordagem maior em nutrição.	80
FIGURA 20	Causas apontadas pelos entrevistados de medicina sobre maior importância que algumas clínicas dão à nutrição.....	81
FIGURA 21	Causas apontadas pelos entrevistados de medicina para maior preocupação em nutrição	82
FIGURA 22	Conhecimento de Nutrição apontado como suficiente pelos acadêmicos de medicina.....	83
FIGURA 23	Conhecimentos de nutrição apontados pelos entrevistados de medicina como sendo desejado – Conhecimento Genérico de Dieta.....	88
FIGURA 24	Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de medicina – Suporte Nutricional.....	89
FIGURA 25	Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de medicina – curso completo de nutrição.....	90
FIGURA 26	Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de medicina – Abordagem Contínua.....	91
FIGURA 27	Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de medicina –Diagnóstico Nutricional.....	92
FIGURA 28	Profissionais citados como importantes no cuidado nutricional do doente internado.....	96

FIGURA 29	Profissional apontado como responsável por realizar intervenção no paciente desnutrido, segundo entrevistados de enfermagem.....	100
FIGURA 30 - A	Sinais Clínicos relacionados à desnutrição citados pelos entrevistados de enfermagem.....	106
FIGURA 30 - B	Sintomas citados relacionados à desnutrição citados pelos entrevistados de enfermagem.....	106
FIGURA 31	Sinais relacionados ao reconhecimento inicial de desnutrição pelos entrevistados de enfermagem.....	108
FIGURA 32	Crterios citados pelos entrevistados de enfermagem para diagnosticar desnutrição.....	109
FIGURA 33	Condutas relatadas por temas, pelos acadêmicos de enfermagem, sobre desnutrição.....	111
FIGURA 34	Crenças sobre Desnutrição Hospitalar relatadas pelos acadêmicos de enfermagem entrevistados.....	112
FIGURA 35	Dificuldades apontadas, pelos acadêmicos de enfermagem, para realizar o diagnóstico de desnutrição.....	113
FIGURA 36	Dificuldades relatadas por acadêmicos de enfermagem para realizar o diagnóstico de desnutrição.....	113
FIGURA 37	Crenças sobre considerar adequada a alimentação dentro do hospital, por acadêmicos de enfermagem.....	116
FIGURA 38	Justificativas relacionadas pelos acadêmicos de enfermagem sobre a alimentação do paciente dentro do hospital.....	117
FIGURA 39	Relatos de como o acadêmico de enfermagem sabe se o paciente comeu adequadamente.....	118
FIGURA 40	Áreas citadas pelos acadêmicos de enfermagem como tendo abordagem maior em nutrição.	121
FIGURA 41	Causas apontadas pelos acadêmicos de enfermagem para maior importância dada à nutrição do paciente internado – fatores relacionados à aprendizagem.....	122
FIGURA 42	Causas apontadas pelos acadêmicos de enfermagem para a maior importância dada pelas clínicas para a nutrição do paciente – Fatores relacionados à preocupação dos responsáveis	123

FIGURA 43 Conhecimento suficiente de nutrição apontado pelos acadêmicos de enfermagem..... 124

FIGURA 44 Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de enfermagem – Conhecimento genérico de dieta 128

FIGURA 45 Conhecimento de Nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de enfermagem – Diagnóstico Nutricional..... 129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Clínicas analisadas através da observação dos prontuários no período de abril a dezembro /2002 e porcentagens em relação ao total de prontuários analisados.....	29
Tabela 2-	Peso prescrito e número de dias observados na prescrição médica	38
Tabela 3-	Cuidados anotados em Prescrição Médica e frequência observada nos prontuários analisados.....	40
Tabela 4-	Frequência de anotações de ingesta quantificada pelo turno da manhã, nas prescrições de enfermagem de acordo com os dias observados	43
Tabela 5-	Frequência de anotações de ingesta quantificada pelo turno da tarde , nas prescrições de enfermagem de acordo com os dias observados	44
Tabela 6-	Frequência de anotações de ingesta quantificada pelo turno da noite, nas prescrições de enfermagem de acordo com os dias observados	45
Tabela 7-	Peso anotado na evolução clínica do paciente internado.....	46
Tabela 8-	Distribuição do número de pacientes pesados em relação ao tipo de internação dos prontuários observados no período de abril a dez/02.....	47
Tabela 9 -	Distribuição do número de pacientes pesados em relação ao número de dias em que foram observados	48
Tabela 10	Distribuição dos pacientes pesados com intervalo de quatro dias de observação	48
Tabela 11	Frequência de ingesta anotada na Evolução clínica dos prontuários analisados de acordo com o número de dias de observação.....	50

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

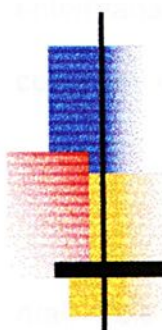
1 INTRODUÇÃO

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	04
3. OBJETIVOS	22
4. MÉTODO	23
5 RESULTADOS.....	36
6 DISCUSSÃO	130
7 CONCLUSÕES	149
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	156
ANEXOS	163
APÊNDICE.....	172



"Todo observador cuidadoso do doente deverá concordar com o fato de que milhares de pacientes ficam anualmente famintos no meio da abundancia, devido à falta de conhecimentos dos métodos que lhe permitam tomar alimentos."

Florence Nighingale, 1860



1 Introdução

Colaborar na formação de estudantes da área de saúde é tarefa inerente ao profissional que atua no Hospital-escola. Desde o início da minha carreira profissional, estou em contato com suporte nutricional nos hospitais em que trabalhei. Com o passar do tempo, pude observar a realidade e ver que o que Florence Nighingale dizia, em 1860, a respeito sobre métodos para alimentar o doente era muito mais comum do que eu gostaria de crer. Via os doentes se desnutrindo nas enfermarias porque a doença é mais importante do que o alimento, para aqueles que cuidavam do doente.

Há poucos anos, via-se os pacientes sem alternativas à alimentação via oral, pois as dietas usadas para alimentação via enteral eram caras, não havia remuneração por parte dos convênios e poucos acreditavam que alimentar era mais barato do que medicar.

No Hospital Universitário, tive a oportunidade de participar da Comissão de Suporte Nutricional, e desde cedo fui chamada a ministrar treinamentos para auxiliares de enfermagem, enfermeiros, estudantes de medicina e residentes, sempre com o objetivo de tornar mais consciente equipe de saúde para os problemas nutricionais.

Com o IBRANUTRI, Inquérito Brasileiro de Nutrição, realizado em 1997, pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, uma nova realidade foi mostrada à comunidade hospitalar – nossos doentes morriam de fome nas enfermarias!

Em 1999, a Comissão de Suporte Nutricional do HURNP repetiu o trabalho de avaliação nutricional do IBRANUTRI com os pacientes adultos internados do Hospital Universitário e infelizmente chegou à mesma conclusão – os pacientes não eram pesados, medidos ou tinham a sua ingesta alimentar anotada, o que contribuía por prejudicar o seu estado nutricional e, portanto, sua condição clínica.

Era preciso fazer algo para reverter este quadro e várias hipóteses foram levantadas em âmbito nacional. A primeira providência da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral foi enviar um relatório ao Ministério da Saúde solicitando que a terapia nutricional fosse um tratamento remunerado pelo SUS. Outras providências têm sido tomadas, como a divulgação por meio de cursos, seminários e palestras, sobre o problema da desnutrição iatrogênica e a responsabilidade que a equipe de saúde – médicos, enfermeiros, nutricionistas têm neste processo.

Assim nasceu este trabalho, pois a desnutrição iatrogênica mostrava-se mais do que falta de alimentação adequada: a falta de conhecimento de quem cuidava do doente. Com o objetivo inicial de ser aplicado a toda a equipe de saúde do hospital e transformar os corredores em salas de aula, o projeto, amadurecido, mostrou primeiramente, que era fundamental avaliar os conhecimentos que os acadêmicos de medicina e de enfermagem, quase profissionais, adquiriram durante o período de formação profissional e verificar se esses conhecimentos básicos de nutrição eram suficientes para determinar uma descontinuidade no processo iatrogênico que se manifesta em todo o Brasil, colaborando de alguma forma para a sua formação

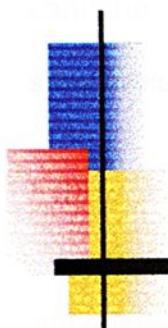
profissional. Afinal, seriam eles os propagadores das idéias veiculadas durante o período de sua formação acadêmica.

Devo admitir que agora o trajeto de trabalho, parece mais interessante do que no início, visto que a prática docente regular não estava entre as minhas atribuições profissionais, mas como participante indireta da formação destes alunos, na forma de palestras, cursos e estágios orientados para a questão nutricional.

Este trabalho justifica-se pelo papel sócio-cultural da aprendizagem do profissional e pelo papel educativo que a rotina do hospital-escola desempenha na formação do médico e do enfermeiro.

2 Revisão de Literatura





2 Revisão de Literatura

A alimentação é uma questão cultural: é à mesa que as pessoas se reúnem para realizar comemorações, desabafar tristezas e têm uma função preponderante no que diz respeito à saúde. A qualidade da alimentação influencia a vida de cada um de forma positiva ou negativa; quando é incorreta, muitas vezes poderá implicar em sérios problemas de saúde, como é o caso do diabetes, insuficiência renal, entre outros. As discussões sobre alimentação podem ser o caminho para as pessoas se socializarem e aprenderem hábitos alimentares saudáveis. (CLAY, 2001).

A alimentação, como forma de curar as doenças, existe desde a antiguidade; os primeiros povos não podiam fazer muito por seus doentes, a não ser mantê-los alimentados para que seu próprio corpo reagisse às doenças. Da observação dos doentes surgiram os melhores alimentos para cada situação clínica. Os chás e caldos funcionavam como medicamentos para tratar os doentes que procuravam um médico. Na falta de reconhecimento sobre outros métodos para tratá-los, as informações foram acrescentadas às publicações médicas. (LYONS; PETRUCCELLI, 1997).

A dietoterapia é antiga, mas a ciência da nutrição é uma ciência moderna e é uma das modalidades de tratamento de que dispõe a equipe de saúde, para evitar a doença e manter a saúde.

Segundo Bodisnki (1988), antes da Segunda Guerra Mundial, as primeiras escolas de enfermagem forneciam instruções sobre alimentação para

doentes e sobre sua preparação com cursos de nutrição, técnicas em laboratórios para preparo de alimentos, aulas de dietoterapia e de clínica prática para dietas especiais. Após a guerra, houve um crescimento expressivo sobre o conhecimento de doenças e lesões. O hospital não era mais um lugar para morrer, mas para recuperar a saúde. A descoberta de drogas, como os agentes quimioterápicos e antibióticos, tornava o tratamento cirúrgico mais seguro, popularizando o uso destas substâncias. As enfermeiras então foram chamadas a assumir outras responsabilidades, como a administração das “drogas milagrosas” e dos tratamentos complexos associados à prática cirúrgica, esquecendo, em parte, o cuidado com a dieta do paciente.

Assim a dieta passou a ser responsabilidade de umas poucas enfermeiras, que continuaram a executar o papel de dietistas. Naquela época, pouco registro havia sobre a alimentação ou sobre a dieta do paciente. O resultado da medicação era muito mais eficaz. Aliado ao desinteresse do paciente em mudar seu estilo de vida, tendo que se submeter às privações alimentares das dietas, e as enfermeiras que preferiam administrar o medicamento, a dietoterapia se separou da enfermagem, passando para as dietistas, conhecidas como nutricionistas.

Segundo Bosi (1996), a nutrição como profissão nasceu no século XX, com o desenvolvimento de centros de estudos em diversos países, entre os quais Japão (1915), Estados Unidos (1917) e Suécia (1917). No Brasil, a profissão surgiu em 1939, voltada à administração de restaurantes industriais. Precursor dos nutricionistas são as dietistas, enfermeiras que trabalhavam com alimentação, mesma tarefa considerada do tipo caritativo, exercido na casa de enfermos e de

experiência empírica. Já na medicina, o saber era pautado em bases científicas, desde a antiguidade.

Vê-se, então, uma estreita relação entre enfermagem, medicina e nutrição; são ramos de uma mesma árvore, com um mesmo objetivo – tornar o doente saudável.

Mas apesar de toda a evolução no que se refere à dieta, conhecimento científico e medicamentos, a falta de conhecimento da equipe que cuida do doente tornou-se um problema de saúde pública, gerando o caos que hoje é conhecido como Desnutrição Iatrogênica.

Desde 1860, quando Florence Nightingale relatou pela primeira vez o desconhecimento, pela equipe de saúde, das técnicas que permitiam alimentar o doente, o problema da desnutrição hospitalar é constantemente apontado, constituindo-se na doença mais prevalente entre os pacientes adultos internados em hospitais, do primeiro ao terceiro mundo.

A desnutrição hospitalar é uma doença multifatorial e, portanto, difícil de ser encarada como de responsabilidade de todos que trabalham com o doente. Dentre as principais causas citadas por Papini-Berto (1994), os problemas podem estar relacionados ao curso natural da doença, – como anorexia, redução da digestão e absorção e aumento das perdas de nutrientes, menor anabolismo e maior catabolismo; ao paciente (fatores circunstanciais) – como dor, ansiedade, mudança

de ambiente (residência-hospital), alimentação diferente da habitual, restrições alimentares, mudança de hábitos e horários, uso de medicamentos. Os fatores agravantes do estado nutricional são, portanto, os considerados iatrogênicos: cirurgia de pacientes desnutridos, uso prolongado de soro fisiológico ou glicose, lavagens digestivas para exames diagnósticos, retardo na indicação do suporte nutricional, ausência de suporte nutricional pré, intra e pós-operatório, divisão de responsabilidade, rotação de pessoal auxiliar, não observação da ingesta alimentar e/ou do peso/estatura do paciente.

Dentre as consequências da desnutrição para o paciente internado vale citar tempo mais longo de hospitalização e maior custo para a instituição (SCANLAN et al, 1994; THOMAS et al, 2002), maior risco de infecções, perda de peso, apatia, fadiga, depressão (MCWRITER; PENNINGTON, 1994); e complicações cirúrgicas, diminuição da resposta à terapia medicamentosa, redução da motilidade intestinal, ocorrendo prejuízo orgânico com aumento da morbidade e mortalidade (PAPINI-BERTO, 1994; WAITZBERG, 2002).

Estudos mostram que a população idosa em todo o mundo é a mais atingida pela desnutrição hospitalar. Nesta faixa etária é comum ocorrer a anorexia e os fatores fisiológicos inerentes à idade, como dificuldade de deglutição e mastigação, grandes quantidades de medicações utilizadas que alteram o paladar – são incidentes que podem levar a esse quadro. Nos hospitais, não é raro encontrar idosos com desnutrição sub-clínica, em que não são característicos os sintomas e sinais, colaborando para retardar o diagnóstico. O índice de desnutrição pesquisado por estes autores, nesta faixa etária, pode chegar a 80% (AZAD; 1999; BARATEAU

et al, 1998; EVANS et al, 1995; McCORMACK, 1997; TERRY, 1999; WILSON et al, 1998).

Embora não existam instrumentos norteadores da desnutrição hospitalar infantil, Sermet-Gaudelus et al (2000) enfocam que a desnutrição infantil ocorre nas enfermarias, pois as crianças são mais susceptíveis aos agentes estressores. Para evitar que isso aconteça, propõe que seja realizada avaliação do estado nutricional de crianças e que um esquema de intervenção deve ser montado com o objetivo de minimizar os riscos para o paciente.

Com o passar dos anos, algumas tentativas de avaliar mais precisamente o estado nutricional foram realizadas. Riella (1993) lembra que a avaliação nutricional do adulto foi transportada da avaliação infantil quando o suporte nutricional começou a ganhar adeptos na década de 70, quando se iniciava a discussão sobre desnutrição hospitalar. Os primeiros dados foram trazidos pelo grupo de Jeejeebhoy, um dos primeiros estudiosos a usar a antropometria (peso/altura e pregas cutâneas) e proteínas somáticas para avaliação do estado nutricional critérios objetivos usados até hoje.

Em 1997, a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral realizou o primeiro mapeamento da desnutrição Hospitalar no Brasil – o Inquérito Brasileiro de Nutrição Hospitalar (IBRANUTRI) e encontrou 50% de pacientes desnutridos. Entre as conclusões do estudo, os autores citam como uma das causas da iatrogenia, a pouca importância que historicamente se dá ao cuidado nutricional do paciente nos cursos de graduação que preparam médicos, enfermeiros, auxiliares

e técnicos de enfermagem, sua relação com a evolução clínica e a economia gerada ao sistema de saúde. Quem não conhece, não reconhece e não sabe como corrigir a situação.

Outro problema levantado pelo IBRANUTRI é a falta de informações constantes dos prontuários, o que é preocupante, já que as informações ali contidas, retratam a evolução do paciente durante internamento. Um estudo semelhante foi realizado por Mathias e Soboll (1998) e Lebrão (1999), que analisaram o tipo de informações contidas em prontuários e autorizações de internação hospitalar (AIH), considerando mal definido a história clínica do doente. Embora o estudo tivesse um enfoque epidemiológico, não foram encontrados, em ambos os estudos, informações compatíveis com as AIH nos prontuários analisados, mostrando uma falta de informações consideradas importantes pelos autores do estudo.

Maculevicius et al (1994) estabeleceram um protocolo de assistência por priorização do paciente atendido, para o hospital de clínicas de São Paulo. Neste protocolo, os autores colocaram em prática os níveis de assistência ao paciente e incentivaram a documentação de todo o tratamento adotado durante a internação. As anotações realizadas em prontuário otimizam o atendimento reduzem o tempo de internação e o tempo do profissional que atende o doente.

Em 1999, a Comissão de Suporte Nutricional do Hospital Universitário de Londrina repetiu a técnica de Avaliação Subjetiva Global utilizada no IBRANUTRI, (CORREIA, 1998, DETSKY, 1987) que em apenas 10 minutos conseguia diagnosticar desnutrição, demonstrando ser rápido e eficaz como método

diagnóstico, comparado com os métodos em uso, demorados e que exigem prática do avaliador. O método avalia: risco de desnutrição pelo peso pregresso do paciente, o peso atual, a capacidade funcional do doente, os hábitos alimentares, o diagnóstico e o exame físico. O resultado obtido foi semelhante – 49%, demonstrando que os desnutridos prévios ficavam mais fragilizados nutricionalmente com a internação e as taxas de óbito e infecção eram maiores nesta população (MURAGUCHI et al, 1999).

Apesar de ser simples e prática, a Avaliação Subjetiva Global ainda não é adotada como método de detecção precoce de desnutrição em todos os hospitais brasileiros. Estudos são realizados de forma a incentivar a utilização de um critério único, de busca de pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, o que poderia facilitar o seu reconhecimento e evitar que a situação de risco se prolongue. (HOLMES, 2000; IRETON-JONES; HASSE, 1992; LEVIN, 1999; LIPLEY, 2000; WARD; ROLLINS, 1999; WATERLOW, 1985).

Burman (1995) afirma que os enfermeiros devem saber reconhecer sintomas de doenças, entre as quais, a desnutrição, pois são eles que estão em maior contato com o paciente. Ireton-Jones (1992) sinaliza que o processo de avaliação pode ser iniciado pela história pregressa e exame físico, para detectar sinais iniciais de desnutrição.

Em um estudo que descreve metodologia de avaliação nutricional, McWhirter e Pennington (1994) detectaram 40% de desnutrição e perda de peso intra-hospitalar de dois terços de todos os pacientes estudados. Há um alerta

naquele estudo, para a necessidade de implementar ações educativas para a equipe, com a finalidade de diminuir esse percentual.

Em estudos realizados com médicos, acadêmicos de enfermagem e medicina na Inglaterra e Dinamarca, Nightingale e Reeves (1999) e Rasmussen et al (2000) afirma que num questionário de 12 perguntas sobre estado nutricional e desnutrição hospitalar, menos de 30% tinham conhecimento sobre o assunto. Eles sugerem que ações educativas sejam implementadas com o objetivo de melhorar estes índices.

A desnutrição é uma realidade mundial. Garrow (1994) faz um enérgico apelo aos profissionais de saúde sobre e sua responsabilidade no cuidado do doente hospitalizado. Exames e procedimentos que exijam períodos prolongados de jejum podem ser agravantes da desnutrição.

Os estudos de Perry (1997); Pedder (1998); Palmer (1998); Kowanko et al (1999) e Ward e Hazel (1999) enfatizam a abordagem educativa e ilustram a problemática questão do envolvimento da equipe de saúde. Os autores são unânimes em afirmar que a equipe de saúde *sabe* da importância da alimentação do paciente, mas encontra dificuldade em colocar a observação da ingesta frente aos seus outros afazeres. Quando Perry (1997) realizou entrevistas com equipes especializadas em nutrição, descobriu que os pacientes cirúrgicos eram pesados com maior frequência. O não controle do estado nutricional do paciente pode levar a um prognóstico ruim ou aumentar o seu tempo de internação (WARD; HAZEL, 1999). No estudo de Beattie et al (2000), viu-se que havia uma

priorização do estado nutricional em pacientes cirúrgicos, pois nesta situação haveria um aumento do tempo de internação e custos hospitalares.

Palmer (1998), Pedder (1998) e Kowanko (1999) chegaram à conclusão de que a falta de conhecimento básico sobre nutrição ajuda a agravar o problema porque impede que a equipe *sinta* a desnutrição e sua implicação social. O paciente desnutrido que não se recupera, volta à sociedade, ao seu meio, e retorna ao hospital com uma infecção, como é comum nos idosos e crianças, para novamente se desnutrir, e então prolongar sua internação hospitalar.

A nutrição é a base sobre a qual se desenvolvem todos os processos fisiológicos e patológicos; nenhum fenômeno orgânico, normal ou anormal ocorre sem que haja um componente nutricional envolvido. Pelo papel primordial que a nutrição desempenha na promoção, manutenção e recuperação da saúde, é de pressupor que os cursos que formam profissionais na área de saúde devam ter essa ciência incluída em seu currículo (FABER-BOOG, 1995).

A formação do profissional e a necessidade de acrescentar formalmente o ensino da nutrição para os cursos de saúde é posição defendida pela *American Dietetic Association* - ADA (1994). A ADA esclarece que a educação nutricional é inadequada nos Estados Unidos e que o seu ensino é fundamental para a formação médica. A intervenção nutricional efetiva diminui custos, o que por si só já é justificável. Nos estudos de Pearson et al, (2001); Faber-Boog (1999); Lo (2000); e Taren et al (2001) há referências ao uso de dietas adequadas para manutenção da saúde e diminuição das complicações, para reduzir os custos de assistência ao

paciente. Se a questão da educação de nutrição não é por si só suficiente para convencer os responsáveis para adotá-la, então o dinheiro investido nos tratamentos em longo prazo pode ser um forte motivador para se pensar no assunto.

Nos cursos de medicina do Brasil, não há oferta de uma disciplina específica que aborde nutrição. Tópicos relativos a ela são ministrados em outras disciplinas, nos cursos de enfermagem, é facultativo oferecer uma disciplina de nutrição (FABER-BOOG, 1995).

Com a preocupação de melhorar a formação dos profissionais da saúde, o Ministério da Educação reformulou as diretrizes dos cursos superiores nas universidades brasileiras, incentivando a formação de recursos humanos mais voltada para a realidade, e para atender às demandas do Sistema Único de Saúde. Destaca-se a Universidade Estadual de Londrina, que teve mudanças nos currículos de Medicina, com a adoção do PBL (*Problem Basead Learning*) e Enfermagem (currículo Integrado). O PBL é uma metodologia de ensino que engloba a aprendizagem por problemas vivenciados na prática do aluno. Os casos são distribuídos e dentro dos tutoriais, os alunos são incentivados a estudar todos os assuntos relacionados ao tema, facilitando e integrando a aprendizagem.

As mudanças curriculares são necessárias, segundo Garanhani et al (1999) e Feuerwerker e Sena (1999), e a problematização ajuda o aluno a ver a realidade, facilitando a resolução de problemas.

As mudanças que ocorrem na educação são refletidas como espaço de convivência humana e de relações pedagógicas por Masetto (2001). Na área de atitudes e valores, visa ao desenvolvimento da consciência da cidadania e seu compromisso com ela, a discussão dos valores atuais e emergentes, aprendendo a fazer opções e a tomar posição diante deles, do desenvolvimento de uma atitude crítica diante do exercício de sua profissão, na sociedade contemporânea.

As mudanças precisam ocorrer; seja nos conceitos educacionais, no que se refere aos programas de ensino, aos métodos de trabalho e aos conteúdos (CARZINO, 1995).

O modelo educacional vigente prioriza a doença; seu objetivo principal é formar acadêmicos para estudar doenças e não assistir aos enfermos. O domínio da técnica caracteriza a formação do médico e do enfermeiro. Segundo McManus et al (1998), aprendizagem do médico ocorre mediante competição; quanto maior for o nível da sua turma, maior será o tempo dedicado e maior será a aprendizagem.

As universidades devem dar o exemplo inovando - com métodos que permitam atingir novos grupos de estudantes, para reconhecer as competências e os conhecimentos adquiridos fora dos sistemas formais – com particular atenção à novas perspectivas de aprendizagem (DELORS, 2001).

A importância da mudança curricular é enfatizada em dois estudos, que ressaltam a importância do tempo que os estudantes de medicina passam dentro do hospital, e que a falta de integração entre o conhecimento aprendido no hospital e a comunidade torna o profissional voltado ao tecnicismo – a ver a doença e não o doente (CAMPOS, 1999; VENTURELLI, 1999).

O trabalho em equipe poderia reduzir a desfragmentação do saber, colaborando com a formação completa do profissional, uma vez que quando se tem um currículo generalista, vê-se o todo e não as partes, abrindo espaço para novas discussões com outros profissionais (PEDUZZI, 2001).

Até mesmo na residência médica, que nasceu para ser uma complementação à escola médica, são planejadas mudanças que apoiem as já iniciadas na formação básica (KISIL, 1998).

Duas questões surgem dessa corrente que prega que a universidade deve formar o profissional para interagir com a sua realidade: 1- quais as características esperadas de um “bom” médico? 2- E o que deve ser esperado de um “bom” enfermeiro?

Os fatores que determinariam um bom médico, de acordo com Zimerman (1986) é a soma de conhecimentos, habilidades e atitudes. O conhecimento se organiza a partir de informações providas dos instrutores, do estudo e das leituras. A habilidade depende do treinamento continuado, das

experiências vividas na prática e a atitude, que estará relacionada à personalidade de cada um. Já Morè (2002), diz que o médico de hoje e do futuro deve saber resgatar e interpretar corretamente informações associadas a decisões eticamente orientadas; ter iniciativa, criatividade, observações críticas e adaptação, visão globalizada e regionalizada de problemas e seus encaminhamentos, e de compromisso social.

O bom enfermeiro deve ser um agente capaz de provocar mudanças no processo saúde-doença com ações baseadas nos pressupostos do saber técnico-científico e da consciência de seu papel social (SORDI, 1995).

Pode-se deduzir, então, que o bom profissional é uma mistura do que ele quer ser, aprende a ser e essa relação com o meio, refletido pela educação recebida. Como o profissional poderá ter essa visão integral pretendida, sem o conhecimento formal de nutrição? Não conhecer nutrição implica no conhecimento de partes, mas não do todo. Em Morin (2001) vê-se este princípio: "Considero ser impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tampouco conhecer o todo sem particularmente conhecer as partes".

Sá-Chaves (2001) afirma, que quando se pensa que o profissional da saúde tem de saber de tudo, pensa-se bem. A competência é multidimensional e complexa para poder equivaler à própria complexidade das situações que constituem o normal exercício destas profissões.



O profissional de saúde cuida do doente, que se coloca confiantemente sob seus cuidados, mas que parece ser insensível ao desconforto que porventura possa trazer a ele, em decorrência do tecnicismo e individualismo com que cuida do paciente (BLAYA, 1967; POLAK; 2001).

Soares (2001), faz um estudo sobre o conhecimento de nutrição dos residentes de cirurgia e mostra que na vida acadêmica, não há instrução formalizada para estes profissionais.

A dificuldade de integração entre os profissionais de saúde, no cuidado nutricional do doente, vem da falta de conhecimentos básicos de nutrição que os faça compreender, identificar os possíveis problemas de nutrição e fazer encaminhamentos (FABER-BOOG; SILVA, 2001). As autoras lembram, ainda, que a conduta dos indivíduos no cotidiano não é determinada apenas pelas informações técnicas que lhe foram ensinadas, mas também das representações sobre esse conteúdo e das percepções sutis que têm sobre o seu fazer. Hill e Lenzi (1997) detectaram a necessidade de atualização entre seus alunos, pois o saber envolve suas crenças que, podem afetar os conhecimentos adquiridos.

No cuidado do doente, os aspectos psicológicos e, muitas vezes, até mesmo os nutricionais, são desconsiderados pela equipe, como se não interferissem no processo de recuperação do paciente. Todos esses problemas relacionados à não observação do peso, da ingesta do paciente, de examiná-lo com o objetivo de reconhecer sinais de desnutrição e, também, o não estabelecimento de um critério, fazem com que esses profissionais vejam a oferta da alimentação como uma

prestação de serviço, semelhante à limpeza ou a lavagem de roupas. (FABER-BOOG, 1995). A Terapia Nutricional não pode ser considerada menos importante para o cuidado do paciente do que o uso de antibióticos ou mudança de roupa (SHAW, 1994).

Gaskill e Pearson (1992), realizaram um estudo sobre pacientes vulneráveis e mostraram que médicos e enfermeiros poderiam diminuir os riscos de desnutrição iatrogênica se estivessem mais atentos para a questão e se adotassem condutas como a verificação de ingesta dos pacientes internados.

É obrigação do profissional de saúde detectar os sinais de risco de desnutrição e intervir prontamente, pois uma das complicações mais sérias é a morte (BURNHAM, 1996). A enfermagem é a peça fundamental na manutenção do estado nutricional dos pacientes, mas tem poucas habilidades em reconhecer o paciente desnutrido (BEST; THOMAS, 2001).

Se a solução para a desnutrição intra-hospitalar passa pela conscientização da equipe envolvida no cuidado do doente, deve-se pensar na educação no momento em que ela deixa de ser teoria e passa a ser prática do cotidiano. Há a necessidade de construir um novo saber, que envolva mais participação e mais ação.

Não basta monitorar a qualidade da dieta; é necessário que a qualidade do atendimento e do relacionamento humano também sejam cuidados

fundamentais para o paciente internado. O aluno precisa “ouvir”, “ver” e “sentir” o que acontece com os pacientes sob sua responsabilidade (BOND, 1998, PARKER et al, 1992).

Devem ser criados mecanismos institucionais que estimulem a produção tanto de padrões de vínculo como de responsabilidade que propicie o resgate da eficácia e da humanização do trabalho em saúde (GASTÃO, 1999).

Sendo a desnutrição ocasionada por múltiplos fatores (diminuição de apetite, desinteresse, alimentos inadequados ou não palatáveis, falta de assistência, incapacidade em reconhecer os pacientes desnutridos ou em risco nutricional, falta de prioridade para a questão nutricional pelos membros da equipe), o conhecimento destes aspectos - pelos graduandos e por todos que trabalham junto com o doente, pode conduzir à formação de uma equipe mais bem preparada para atuar com o ser humano sob sua responsabilidade.

As universidades formam profissionais tecnicamente capazes. O mercado de trabalho, no entanto, busca profissionais que criem, que resolvam, que tomem decisões, enfim que saibam pensar (WATANABE, 1998).

Assim, mais do que o ato de por frente -a -frente (a visão do doente desnutrido), são necessárias ações, cita Luckesi (1995):

“Necessitamos de uma nova filosofia de trabalho, baseada numa compreensão humana mais ampla, no respeito por nós próprios e pelos outros, numa consciência das qualidades e habilidades que geram paz no mundo: comunicação, cooperação e responsabilidade”.

Para gerar essa consciência, e para modernizar o ensino, várias propostas são desenvolvidas procurando facilitar a aprendizagem da nutrição nos cursos de medicina e enfermagem.

Hark e Morrison (2000) descrevem as metodologias utilizadas, que englobam vários profissionais do hospital, como médicos, enfermeiros e nutricionistas, com estudantes das áreas de saúde, em discussões de temas desde o primeiro ano de faculdade. Os autores mostram uma aprendizagem mais significativa quando comparado com anos anteriores.

Um programa de computador foi usado por Armstrong e Koffman (2000) para criar situações de interesse nutricional, que oferece workshops para facilitar a aprendizagem e diminuir as dúvidas. Metodologia semelhante é usada por Kolmeier et al (2000) para os alunos aprenderem sobre nutrição e câncer e Buchowski et al (2002) com conhecimentos básicos de nutrição para o primeiro ano de medicina. No primeiro, são usados sete módulos e mais dois de planejamento: cada módulo se constitui de explicações de bioquímica, fisiologia da nutrição com lições interativas, exercícios e um estudo de caso por vídeo e cada aluno gasta em média três horas de estudo para as lições. A experiência, nos dois estudos é considerada bem sucedida. Nos três estudos citados, há relatos de maior interesse do aluno depois de realizar as lições no computador.

Outro estudo a respeito de metodologias alternativas para o ensino da nutrição é o de Kolasa (2001), que utiliza um banco de imagens de nutrição,

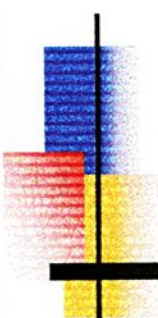
permitindo ao aluno a visão do que não pode ser ensinado na teoria, facilitando a aprendizagem.

Truswell (2000) mostra como solução para o pouco conhecimento e interesse apresentados por estudantes de medicina para as questões nutricionais, além do uso de programas de treinamento no computador, oportunidades de contato com nutricionistas, manuais de terapia nutricional, conhecimento básico de nutrição e maior treinamento da equipe de saúde para sensibilização da questão nutricional.

Pode-se observar, por meio destes estudos, que a questão nutricional requer motivação do aluno e da escola, uma vez que metodologias têm sido implementadas para melhorar a qualidade da aprendizagem e o nível profissional dos alunos formados pela Universidade. Se como Resnick (1999) descreve, o ensino da nutrição conseguir produzir motivação suficiente para gerar expectativas positivas e crença de auto-eficácia, pode-se pensar que é uma alternativa de sucesso para melhorar a atuação do profissional de saúde na questão nutricional do paciente.

É preciso gerar nos estudantes que compõem a equipe de saúde, a consciência da responsabilidade e do compromisso que os acadêmicos têm com o cuidado nutricional do doente. Aliar o conhecimento do fenômeno puro da doença, efetivo no combate à desnutrição com a modificação da consciência profissional, pelo ensino da nutrição na graduação das profissões de saúde.





3 Objetivos

3.1 GERAL

Investigar, no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), aspectos da atuação e formação profissional de acadêmicos do último ano (internato) de medicina e enfermagem no cuidado nutricional, visando contribuir com propostas educativas.

3.2 ESPECÍFICOS

3.2.1 Verificar as anotações dos acadêmicos de enfermagem e medicina encontradas no prontuário relativas ao cuidado nutricional.

3.2.2 Identificar e analisar as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos de medicina e enfermagem na aplicação dos conhecimentos sobre cuidado nutricional do doente.

3.2.3 Identificar e caracterizar as crenças que possuem acerca do cuidado nutricional do doente.

3.2.4 Verificar o conhecimento dos acadêmicos de medicina e enfermagem sobre a desnutrição hospitalar.



4.1 LOCAL

O trabalho foi realizado no Hospital Universitário Federal de Marília.

Os dados foram coletados durante o mês de maio de 2010, com duração de 15 dias, sendo que os dados foram coletados durante o período de 15 dias.

O trabalho foi realizado no Hospital Universitário Federal de Marília.

Os dados foram coletados durante o mês de maio de 2010, com duração de 15 dias, sendo que os dados foram coletados durante o período de 15 dias.

4 Método

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa todos os profissionais e estudantes, 20 acadêmicos de Medicina e 20 acadêmicos de Enfermagem do 1º ano, dos respectivos cursos de graduação da Universidade Estadual de Marília, que realizavam seu estágio prévio à entrada no HUNF. Os acadêmicos

4.1 LOCAL

O trabalho foi realizado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná em Londrina (HURNP), com os acadêmicos do último ano dos cursos de medicina e de enfermagem.

O HURNP possui 289 leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em sua totalidade e destes, 240 são de atendimento a adultos. A média de internações mensais é de 1037 pacientes (variáveis do ano de 2002). Para este estudo, somente foram utilizadas as unidades de internação – masculina, feminina, moléstias infecciosas e tisiologia.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa, como respondentes à entrevista, 20 acadêmicos de medicina e 20 acadêmicos de enfermagem do último ano, dos respectivos cursos de graduação da Universidade Estadual de Londrina, que realizavam seu estágio prático, o internato, no HURNP. Os acadêmicos

entrevistados representavam o último grupo de ensino tradicional desta universidade, tanto para o curso de medicina quanto para o de enfermagem.

Dos 20 acadêmicos entrevistados de cada curso, 14 eram de medicina e 18 de enfermagem; os demais (seis de medicina e dois de enfermagem), devido ao excesso de ruído durante as gravações, não foi possível fazer uma transcrição fidedigna de suas falas, não sendo estas usadas para o trabalho.

Dentre os entrevistados de medicina, a idade média era de 24 anos (22 a 29 anos), sendo 06 mulheres e 08 homens. Na enfermagem, a idade média foi de 22 anos (21 a 43 anos), com predomínio de mulheres, sendo que somente 03 homens foram entrevistados.

Atendendo às solicitações das normas de Bioética do HURNP, o projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa daquele hospital, e somente a partir da sua aprovação foi iniciada a coleta de dados. (CEP 034/02 – anexo um).

Os auxiliares de enfermagem que trabalham no hospital, têm turno de seis horas durante a semana e plantões de 12 horas nos finais de semana, durante o dia. Durante a noite os turnos de trabalho são de 12 horas, com 36 horas de folga. Os acadêmicos de enfermagem se inserem durante o último ano do curso em todos os períodos de trabalho no hospital e em todos os setores. Em cada turno

de trabalho há a presença de um enfermeiro, que é o supervisor e responsável pela unidade que o acadêmico de enfermagem irá acompanhar.

Os acadêmicos de medicina se inserem no contexto hospitalar a partir do penúltimo ano de curso, onde iniciam o estágio pelas clínicas pediátricas, obstétrica, e médica, entre pronto-socorro, ambulatório e enfermarias. No último ano, estagiam nas clínicas cirúrgicas e nas especialidades, como endocrinologia, nefrologia, gastroenterologia e pronto socorro médico e cirúrgico.

Com o intuito de estabelecer uma linha de base que permitisse a pesquisadora encontrar informações relevantes e que permitisse intervenções futuras, a coleta de dados foi realizada em duas fases: **ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS e ENTREVISTA.**

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 ANÁLISE PRONTUÁRIOS

Essa análise foi realizada por meio de um levantamento das observações anotadas em prontuário (prescrição médica, de enfermagem e evolução clínica dos pacientes) pelos acadêmicos de medicina e de enfermagem,

referentes ao cuidado nutricional, que revelassem sua preocupação em procurar sinais e sintomas relativos ao estado nutricional de seus pacientes. Os dados coletados foram registrados em uma ficha própria desenvolvida pela autora (apêndice dois). Os documentos observados, dos quais foram compilados os dados do estudo, são utilizados pelos acadêmicos de medicina e de enfermagem para realizarem as anotações referentes ao estado geral do paciente, durante a internação. Esses documentos fazem parte do prontuário do paciente, relatam a história do paciente dentro do hospital e pode ser usado tanto pelos acadêmicos das mais diversas áreas, quanto pelos profissionais que trabalham no hospital para relatarem as suas condutas com relação ao tratamento do paciente.

A *Prescrição Médica* é um conjunto de anotações realizadas no prontuário pelo acadêmico de medicina, quando em seu estágio na unidade, que contém informações a respeito da medicação, a prescrição do regime alimentar do paciente, cuidados com repouso e curativos, além de outras preocupações como pesar o paciente diariamente e/ou medir circunferência abdominal.

A *Evolução Clínica* contém os dados - anotados pelo acadêmico de medicina responsável pelo doente e também por outros profissionais que são consultados a respeito do doente, como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e outras clínicas que estiverem acompanhando o doente. As informações são anotadas pelo acadêmico de medicina, após discussão em visita ou com o residente (médico especializando) - de como o paciente está evoluindo dentro do hospital, quais os exames e procedimentos adotados e evolução de peso altura, ingesta alimentar, entre outros dados característicos de cada clínica.

A *Prescrição de Enfermagem* é realizada pelo acadêmico de enfermagem, quando do seu estágio na unidade e que norteia o auxiliar de enfermagem no serviço a ser executado. Quando não há acadêmico de enfermagem na unidade, quem preenche a prescrição de enfermagem é o enfermeiro responsável. Além do registro de aceitação alimentar do paciente, podem ser encontrados a dieta do paciente, o tipo de cuidado que o paciente necessita (repouso no leito, banho, curativo, higiene oral) e informações a respeito do seu estado geral, observado em cada turno de 6 horas durante a semana, e 12 horas durante a noite e nos plantões de final de semana.

As informações procuradas nos prontuários (apêndice dois), foram as referentes a peso, altura, ingesta, exames laboratoriais de interesse nutricional, sinais e sintomas relativos à desnutrição e outros dados considerados relevantes. Essas informações, anotadas pelos acadêmicos nas prescrições de enfermagem e nas prescrições médicas e evolução clínica, foram conferidas por um período de um a sete dias, variando de acordo com o período de internação do doente. Quanto aos prontuários analisados, foram utilizados os referentes às unidades de internação adulto (enfermarias masculina, feminina e de moléstias infecciosas, tisiologia).

Devido ao grande número de internações do hospital, os prontuários foram analisados por número de leito /clínica. Uma listagem foi retirada junto à Divisão de Internamento e Triagem do Hospital contendo o número de leitos de internação destinados a cada clínica com base nesses dados e, foi observado um



paciente para cada um dos leitos destinados àquela clínica (anexo dois), totalizando 163 prontuários num período de sete meses (abril a novembro de 2002).

Os dados obtidos nos prontuários foram analisados de forma quantitativa, com auxílio de programa estatístico próprio para esse fim (SPSS for Windows 9.0). Os resultados dos prontuários mostraram: o número de prontuários observados e as respectivas clínicas a que pertenciam os doentes; os registros encontrados relativos à prescrição médica, as prescrições de enfermagem e as anotações da evolução clínica dos pacientes.

Os dados coletados foram os mesmos para a Prescrição Médica, de Enfermagem e Evolução Clínica, e após a coleta, foram analisados os dados que apareciam mais freqüentemente entre os procurados.

Dentre os prontuários analisados, houve uma freqüência maior nas clínicas de Cardiologia (16); Cirurgia do Aparelho Digestivo e Urologia (15) Cirurgia Vascular, Pronto Socorro Cirúrgico e Ortopedia (10), Tisiologia (12), uma vez que estas oferecem maior número de leitos para internação. As demais clínicas, apesar de possuírem leitos de internação, têm um menor número de internações mensais, reduzindo a freqüência de dados coletados.

Os prontuários foram analisados segundo critério estabelecido anteriormente, num período de um a sete dias, sendo o erro padrão de 0,19.



TABELA 1- Distribuição dos prontuários analisados segundo as clínicas observadas no período de abril a dezembro /2002 e porcentagens em relação ao total de prontuários analisados.

CLÍNICA ANALISADA	NÚMERO PRONTUÁRIOS ANALISADOS	NÚMERO DE LEITOS POR CLÍNICA	PERCENTAGEM DOS PRONTUÁRIOS OBSERVADOS
Cirurgia Vascular	10	5	6,1
Clínica do Aparelho Digestivo	15	9	9,2
Cardiologia	16	8	9,8
Clínica médica	8	7	4,9
Cirurgia Torácica	4	6	2,5
Dermatologia	2	2	1,2
Endocrinologia	4	3	2,5
Gastroenterologia	5	4	3,1
Ginecologia e Obstetrícia	6	6	3,7
Hematologia	4	4	2,5
Moléstias Infecto-contagiosas	4	18	2,5
Nefrologia	7	7	4,3
Neurologia	8		4,9
Neuro Cirurgia	2	9	1,2
Oftalmologia	1	6	0,6
Ortopedia	10	7	6,1
Otorrinolaringologia	6	2	3,7
Cirurgia Plástica	3	3	1,8
Pneumologia	6	6	3,7
Pronto-Socorro Cirúrgico	10	9	6,1
Pronto-Socorro Médico	2	-	1,2
Reumatologia	3	3	1,8
Tisiologia	12	11	7,4
Urologia	15	7	9,2
TOTAL	163		100

4.3.2 ENTREVISTA

O segundo procedimento de coleta de dados utilizou a entrevista como instrumento para alcançar os objetivos propostos no início do trabalho. Segundo Manzini, (1990/1991), a entrevista se refere a coleta de informações sobre atribuição de funções e/ou concepções, descrição de fatos e exemplos.

A entrevista parte de questionamentos que permitem a inserção de interrogativas pertinentes, à medida que informações vão sendo fornecidas. O entrevistador deve transmitir calma e tranquilidade ao entrevistado, de modo que ele forneça informações de utilidade e relevância ao estudo.

A entrevista pode ser denominada uma “conversa com finalidade” e para sua operacionalização, é desenvolvido um roteiro de perguntas que facilitam a conversa. Na presente pesquisa foi utilizado o recurso da **ENTREVISTA**, de forma semi-estruturada e realizada com os acadêmicos de medicina e de enfermagem, procurando observar suas percepções sobre o tema abordado, dificuldades acerca da aplicação dos conhecimentos adquiridos na prática, e o que estes acadêmicos acreditam sobre desnutrição hospitalar. (apêndice três)

4.3.2.1 Elaboração do roteiro de entrevista

O roteiro de entrevista foi elaborado baseando-se nos objetivos da pesquisa, em conversas com outros profissionais, em discussão em sala de aula da disciplina: "Coleta de dados em entrevistas e diálogos", o que auxiliou, não só a sua elaboração, como também a sua adequação. A partir das sugestões propostas em sala de aula, o roteiro inicial foi modificado, de modo a atender melhor aos objetivos do projeto, tornando mais clara a informação obtida.

Após a elaboração do roteiro, utilizou-se uma primeira entrevista-piloto, com o objetivo de checar o instrumento. Foram realizadas duas entrevistas piloto, uma com um acadêmico de medicina e outra com um acadêmico de enfermagem. Ao final da entrevista, foi solicitado aos voluntários que fizessem proposições sobre o roteiro de entrevista; após análise, estes foram incorporadas ao roteiro, por serem pertinentes ao estudo.

Após estas primeiras entrevistas, e posterior reformulação, o roteiro de entrevista foi submetido à outra análise, sendo avaliado por outros dois juízes, mestres e com experiência na área, e mais algumas discussões em sala de aula, o que originou o documento definitivo. Novamente o roteiro foi utilizado para entrevista-piloto, desta vez com um acadêmico de medicina, o que foi considerado satisfatório, após outras reformulações.

O roteiro de entrevistas não pressupunha a identificação do aluno; mas, com o objetivo de introduzir a conversa e aliviar o clima de tensão que porventura surgisse, foi perguntado ao voluntário, quais os seus planos para o futuro, após o encerramento do curso e sua idade.

As perguntas foram organizadas em ordem de importância do assunto de forma a se iniciarem com respostas mais simples, mais abrangentes até perguntas que exigiam respostas mais específicas ao tema, indicando uma sequência de raciocínio lógico de conduta e postura com relação à desnutrição, foco da entrevista.

4.3.2.2 Realização da Entrevista:

Os participantes foram selecionados aleatoriamente entre os 80 acadêmicos de medicina e 60 de enfermagem. Apesar de ter sido retirada uma listagem de acadêmicos de medicina e enfermagem junto à secretaria do Centro de Ciências da Saúde (CCS), os alunos de medicina não tinham uma disciplina que permitisse escolher voluntários entre eles como foi feito com a enfermagem, o que inviabilizou outro tipo de seleção para os entrevistados. O critério de seleção adotado, então, foi o de o acadêmico de medicina estar cumprindo seu estágio no hospital e concordar em responder voluntariamente ao estudo. Os acadêmicos eram abordados no corredor, independente da clínica onde estivessem estagiando. Se concordassem em responder à pesquisa, eram encaminhados a uma sala

reservada, de forma a preservar a sua individualidade como participante da pesquisa.

Quando da entrevista, o acadêmico era informado acerca dos objetivos do estudo, e era entregue a ele o Termo de Consentimento Esclarecido, em que ele autorizava, ou não, a entrevista e a sua participação no estudo. Não houve negativas quanto à participação.

As entrevistas duraram entre 10 e 30 minutos entre os acadêmicos de medicina e 15 e 40 minutos entre os acadêmicos de enfermagem. Os relatos obtidos nas entrevistas foram gravados com anuência do graduando em gravador portátil para posterior transcrição.

4.3.2.3 Análise dos dados obtidos na entrevista

Após a coleta dos dados, as fitas, onde foram registradas as falas decorrentes das entrevistas foram transcritas, de forma a preservar fala do entrevistado. Durante a transcrição, constatou-se que a fala correspondente a 06 entrevistas de medicina não preservavam totalmente a fala do entrevistado. A transcrição foi dificultada pelos ruídos próprios do hospital, como alto-falante, celular, sirene de ambulância e interrupções freqüentes. Dessa forma, essas entrevistas ficaram fora da análise por incoerência do texto transcrito.

Descrição 4 O mesmo ocorreu com as entrevistas de enfermagem, mas em menor número, pois somente duas delas foram feitas em lugares ruidosos, de onde o acadêmico não podia se ausentar. As demais foram realizadas em uma sala reservada e com um mínimo de ruído.

Bardin (1979) observa que os assuntos da entrevista são separados por temas, que representam a unidade de significação que se apresenta naturalmente, dando sentido ao material analisado de acordo com os objetivos propostos. Os assuntos, após serem organizados em temas, podem sofrer contagem de frequência, dando sentido ao material estudado (MINAYO, 2000).

Partindo desse princípio, após a transcrição das fitas, as falas foram agrupadas em duas tabelas: uma para as falas transcritas de medicina e outra de enfermagem, o que facilitou a visualização dos conceitos.

Cada grupo de perguntas com significado conexo foi agrupado de forma que fizesse pequenos blocos de conteúdo. A partir daí, foram extraídos significados dos relatos dos entrevistados e mostrados na forma como apareciam no contexto, formando classes e sub-classes.

Os assuntos trabalhados na entrevista foram divididos em cinco grupos: 1- Papel do Profissional no Cuidado Nutricional do Doente Internado; 2- Intervenção Profissional quando o Paciente não se Alimenta; 3-Informações sobre

Desnutrição; 4- Crenças sobre Alimentação do Paciente Hospitalizado; 5- Descrição do Conhecimento de Nutrição.

Para a apresentação das falas serão denominados os acadêmicos de medicina de “médicos”, e os acadêmicos de enfermagem de “enfermeiros”.

Os resultados, referentes à análise dos registros feitos nos prontuários e da análise das entrevistas dos acadêmicos de medicina e enfermagem, são apresentados a seguir.

5 Resultados

5.1 PRESCRIÇÃO MÉDICA

A prescrição médica é uma atividade essencial no processo de assistência médica, sendo responsável por garantir a continuidade e a qualidade do cuidado ao paciente. Este capítulo apresenta os aspectos legais e éticos da prescrição médica, bem como os procedimentos técnicos para a emissão de receitas.

Para a variável *Peso* obtiveram-se, em 103 prontuários corrigidos,

aproximadamente 5,5% havia prescrição para pesar o paciente, como se pode

ver na figura 1. Em alguns casos, a prescrição era feita de forma incorreta e

em outros, não havia nenhuma prescrição para pesar o paciente.

Em relação à prescrição de medicamentos, a maioria dos médicos prescrevia

medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão.

Em relação à prescrição de exames laboratoriais, a maioria dos médicos prescrevia

exames de sangue e urina para diagnóstico de doenças e monitoramento de

tratamentos. Em alguns casos, a prescrição era feita de forma incorreta e em

5 Resultados

5.1 PRESCRIÇÃO MÉDICA

Na prescrição médica, foram analisadas as variáveis: peso, prescrição de dieta, cuidados com relação à dieta, que seriam variáveis que poderiam ser encontradas neste documento.

Para a variável: *Peso* obteve-se, em 163 prontuários observados, que em somente 5,5% havia prescrição para pesar o paciente, como se pode observar na figura 1. Em algumas enfermarias, como a de Moléstias Infecciosas e Pediatria, que não constam na observação de prontuários neste estudo, é rotina da enfermagem pesar o paciente sem a prescrição do médico. Já nas enfermarias de internação de adulto, quase sempre é necessária a ordenação para a pesagem do paciente, que está relacionada ao seu quadro clínico – aqueles com retenção de líquidos, problemas cardíacos ou hepáticos têm maior tendência a terem o peso prescrito que os demais pela própria condição clínica apresentada por eles.



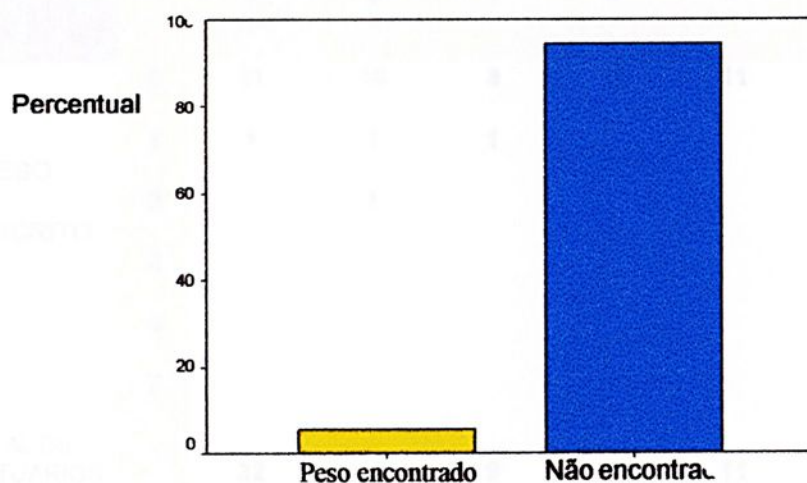


FIGURA 1- Peso encontrado na prescrição médica dos prontuários analisados

Foram observadas, também, quantas vezes havia a solicitação para pesar o paciente na prescrição médica. A linha que corresponde ao número zero demonstra a falta de prescrição para pesar o paciente – há mais da metade dos prontuários nesta linha, somando 154 observações. Independente do número de dias observados na prescrição médica, não é encontrada a solicitação para pesar o paciente. A maior frequência aparece em sete dias de observação, com três vezes.

TABELA 2- Peso prescrito e número de dias observado na Prescrição Médica.

		DIAS OBSERVADOS							TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	
PESO PRESCRITO	0	31	16	8	15	11	7	66	154
	1	1	1	1					3
	2		1						1
	3							3	3
	6						1		1
	7							1	1
TOTAL DE PRONTUÁRIOS OBSERVADOS		32	18	9	15	11	8	70	163

Um outro dado analisado foi o tipo de dieta. Em todos os prontuários observados há prescrição de dieta a ser oferecida para o paciente internado com a frequência igual ao número dos dias observados, sendo em todos os casos o primeiro item da prescrição. Somente foi encontrado um prontuário em que não havia prescrição de dieta, possivelmente por alta hospitalar do paciente.

Na observação do item “cuidado”, foram consideradas as modificações feitas na dieta normal ou geral do paciente para dieta hipossódica, diabetes, hipercalórica ou complementação – frutas, sucos. Foram consideradas parte do cuidado nutricional do doente e analisou-se como maior atenção do acadêmico em observar o paciente para prescrever a dieta. Como demonstra a figura a seguir, percebeu-se que, em 58,3%, havia alguma prescrição diferenciada por parte do acadêmico de medicina. Na figura 2, observa-se se havia ou não estes cuidados nutricionais prescritos.

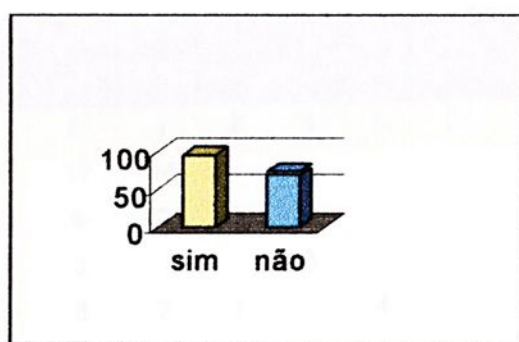


FIGURA 2- Cuidados prescritos na dieta dos prontuários observados

Analisando-se a frequência de aparecimento destes cuidados, observa-se que havia maior prescrição de modificação dietética em pacientes acompanhados por sete dias, e com frequência maior de sete vezes em sete dias. A tabela 3 demonstra estes dados. A linha zero representa a falta de prescrição do cuidado nutricional. Somando-se as linhas de um a sete, que representam o número de dias de observação, vê-se que há a maioria de cuidados nutricionais prescritos, nos prontuários analisados.

TABELA 3- Cuidados anotados em Prescrição Médica e frequência observada nos prontuários analisados.

analisados.		NÚMERO DE VEZES EM QUE OS CUIDADOS NUTRICIONAIS FORAM PRESCRITOS								TOTAL DE PRONTUÁRIOS OBSERVADOS
		0	1	2	3	4	5	6	7	
DIAS OBSERVADOS	1	17	14						1	32
	2	9	2	7						18
	3	3			6					9
	4	8	2	1		4				15
	5	4			1	1	5			11
	6	4						4		8
	7	23	1	1	2	1	3	4	35	70
TOTAL DE PRONTUÁRIOS OBSERVADOS		68	19	9	9	6	8	8	36	163

5.1.2 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

A Prescrição da Enfermagem é o instrumento norteador do auxiliar de enfermagem na execução do cuidado ao paciente; é realizado baseado na prescrição médica e na avaliação do estado de saúde do paciente e identificação dos problemas que ele apresenta, enquanto internado e que compõe o prontuário do doente. Quando o acadêmico de enfermagem está na unidade de internação, ele é designado para realizá-lo. As anotações que compõem este instrumento, no entanto, são de responsabilidade daquele que executa o cuidado: o auxiliar de enfermagem. É instrumento importantíssimo, tanto para o médico quanto para a equipe de saúde,

pois relata as intercorrências de cada turno de trabalho – de seis ou doze horas, dos pacientes internados.

Na prescrição de enfermagem, priorizam-se os dados referentes à ingestão do paciente e é a forma como este relato é passado para a equipe. Assim, as informações foram consideradas: por turno e se era somente informada, quando constava se o paciente havia ou não aceitado a dieta, e quantificada, quando havia no prontuário a descrição da quantidade de alimento aceita pelo paciente.

Durante as observações dos prontuários, numa mesma Prescrição de Enfermagem podia ser encontrada, tanto a ingestão quantificada, quanto a ingestão somente informada a figura – 3, que representam o número de anotações realizadas.

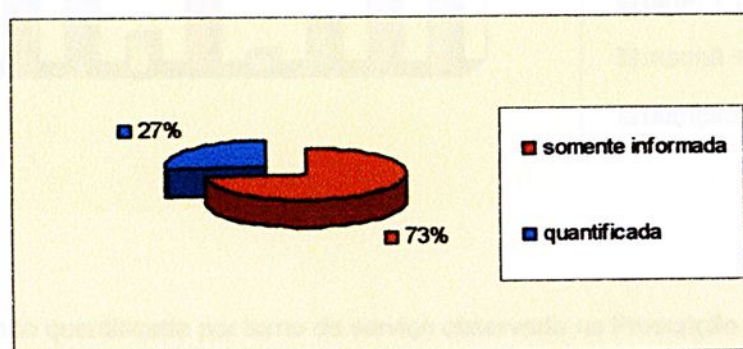


FIGURA 3- Ingestão informada e ingestão quantificada na Prescrição de Enfermagem nos prontuários observados no período de abril a dezembro /2002

Parece não haver correspondência em qual turno a ingestão é mais quantificada. Em todos os turnos a informação tanto pode ser encontrada quantificada, como somente informada, o que está ilustrado na figura 04.

A Nutrição Enteral segue uma forma de anotação diferenciada nas prescrições de enfermagem. Como é oferecida ao paciente a cada três horas e em volume previamente determinado pelo médico, a enfermagem faz anotação quantificada de todas as dietas administradas sendo, portanto, um cuidado especial da enfermagem.

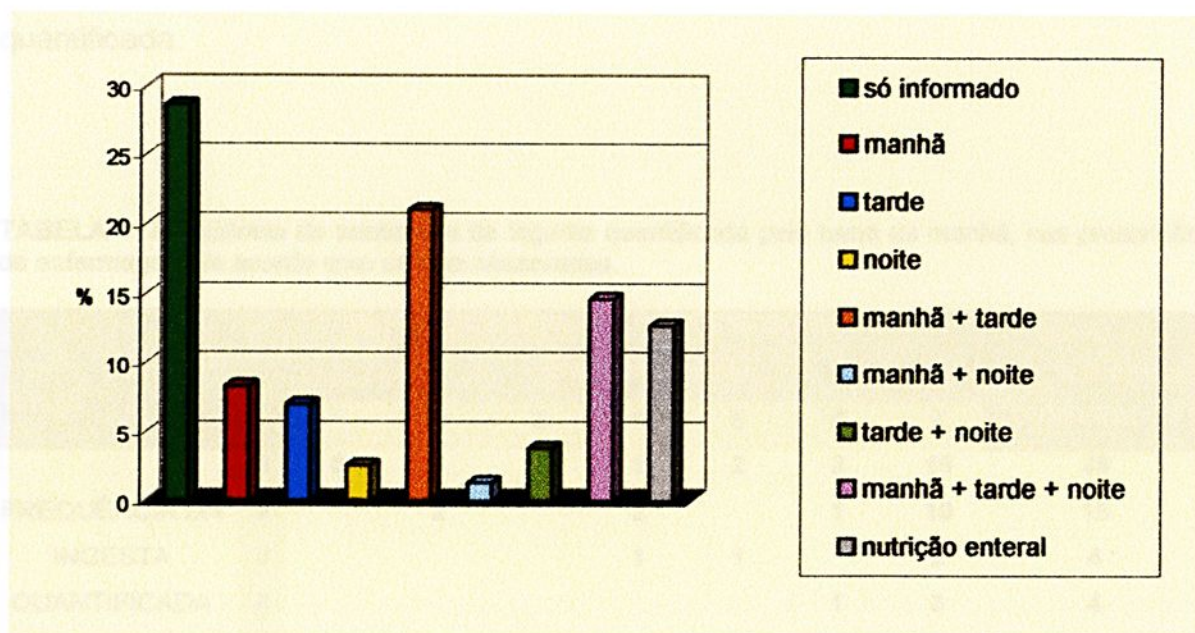


FIGURA 4 – Ingestão quantificada por turno de serviço observado na Prescrição da Enfermagem

Cabe lembrar que a oferta maior de refeições se concentra durante o dia – manhã e tarde. Durante a noite é oferecido, no Hospital Universitário, um lanche para pacientes com regime normal de dieta, e, para os pacientes diabéticos, um segundo lanche, duas horas depois. Portanto, as anotações do período noturno dizem respeito a estas refeições.

Quanto às observações da ingesta anotada nos prontuários observados, se estes forem distribuídos de acordo com a ingesta anotada em cada período de trabalho, vê-se uma frequência maior de anotações no período diurno (manhã e tarde).

No período da manhã há maior quantificação da dieta conforme o tempo de internação aumenta - sete dias de observação, 37 anotações de ingesta quantificada.

TABELA 4- Frequência de anotações de ingesta quantificada pelo turno da manhã, nas prescrições de enfermagem de acordo com os dias observados.

DIAS DE OBSERVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM									TOTAL DE PRONTUÁRIOS OBSERVADOS
	1	2	3	4	5	6	7		
FREQUÊNCIA DA INGESTA QUANTIFICADA PELO PERÍODO DA MANHÃ	1	8	6	3	1	2	3	15	38
	2		2		2		1	10	15
	3				1	1		2	4
	4						1	3	4
	5							2	2
	6	1		1					2
	7						1	5	6
TOTAL DE PRONTUÁRIOS OBSERVADOS	9	8	4	4	3	6	37	71	

No período da tarde, a frequência é maior em sete e cinco dias, com a quantificação da dieta oferecida uma vez. O número de quantificações aumenta em pacientes internados por mais tempo, sete dias de observação com 38

anotações de dieta quantificada, o mesmo que acontece com o turno da manhã, como visto na tabela 5.

5.1.3 Evolução Clínica

TABELA 5- Frequência de anotações de ingesta quantificada pelo turno da tarde nas prescrições de enfermagem de acordo com os dias observados

		DIAS DE OBSERVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM							TOTAL DE PRONTUÁRIOS OBSERVADOS
		1	2	3	4	5	6	7	
FREQUENCIA DA INGESTA QUANTIFICADA DA PELO PERÍODO DA TARDE	1	5	3	1	3		1	13	26
	2	2	5	1	1	1	2	9	21
	3	1	1			1	1	5	9
	4					2	1	5	8
	5							2	2
	6			1					1
	7						2	4	6
TOTAL DE PRONTUÁRIOS OBSERVADOS		8	9	3	4	4	7	38	73

No turno da noite, observa-se que, como no turno diurno, a frequência maior de dieta quantificada ocorre num período maior de observação – em 7 dias, 23 anotações quantificadas - como registra a tabela 6.

TABELA 6- Frequência de anotações de ingesta quantificada pelo turno da noite nas prescrições de enfermagem de acordo com os dias observados

		DIAS DE OBSERVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM							TOTAL DE PRONTUÁRIOS OBSERVADOS
		1	2	3	4	5	6	7	
FREQUÊNCIA DA INGESTA QUANTIFICADA PELO PERÍODO DA NOITE	1	3	1	1	1	3	1	13	23
	2				1			3	4
	3							5	5
	4				1		1		2
	7							2	2
Nº DE PRONTUÁRIOS OBSERVADOS		3	1	1	3	3	2	23	36

5.1.3 EVOLUÇÃO CLÍNICA

Na Evolução Clínica do paciente foram encontrados os dados como: maior frequência de ingesta, peso, altura, referência a emagrecimento e Índice de Massa Corpórea (IMC).

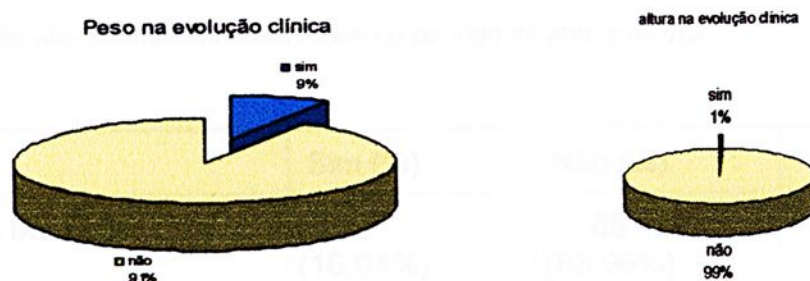
No item peso do paciente, observou-se que em 149 prontuários, dos 163 analisados, não foram encontradas referências ao peso do paciente, passado ou atual, mostrado na tabela 7.

TABELA 7- Peso anotado na evolução clínica do paciente internado.

	FREQUENCIA	PERCENTUAL
SIM	14	8,6
NÃO	149	91
TOTAL	163	100

Para o item altura e IMC (Índice de Massa Corpórea), não houve qualquer referência nos prontuários analisados; exceto em um, de um mesmo paciente que contemplava as duas informações. O IMC é um parâmetro de avaliação do estado nutricional que relaciona o peso e a altura do paciente. Como a

altura também não é encontrada nos prontuários observados, o cálculo da condição nutricional do paciente se torna impossível. As informações foram comparadas como mostram a figura 5.



DADOS DE PESO E ALTURA ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	SIM – peso encontrado no prontuário		NÃO – peso não encontrado no prontuário	
PESO	14	9%	148	91%
ALTURA	1	1%	162	99%

FIGURA 5 – Peso e altura encontrados na Evolução Clínica dos prontuários analisados.

Se os dados das diferentes clínicas forem comparados, tem-se uma maior referência ao peso nos prontuários das clínicas: Clínica Médica (CM); Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Moléstias Infecciosas (MI), Nefrologia, e Reumatologia. Na tabela 8, pode-se ver que há uma frequência maior de peso nos prontuários das Clínicas Médicas (cardiologia, dermatologia, pneumologia, etc) em comparação com os prontuários observados nas clínicas cirúrgicas (CAD, Cirurgia Torácica, etc), sendo este dado estatisticamente significativo. Não houve, entretanto, diferença entre as clínicas médicas, cirúrgicas e

ginecologia, podendo ser ocasionada pelo pequeno número de prontuários observados nesta última clínica.

TABELA 8- Distribuição do número de pacientes pesados em relação ao tipo de internação dos prontuários observados no período de abril a dez/02.

	Sim (%)	Não (%)	total
Clínica Médica	13 * (16,04%)	68 (83,96%)	81
Clínica Cirúrgica	1 * (1,31%)	75 (98,69%)	76
Gineco-obstetrícia	0	6 (100%)	6
Total	14 (8,5%)	149 (91,5%)	163

* $p=0,001$

Com relação ao peso encontrado no prontuário e ao número de dias observados, pode-se perceber que há uma diferença estatisticamente significativa se forem considerados um período superior a 4 dias e inferior a 4 dias. Os pacientes que ficam mais tempo internado são mais pesados, do que aqueles que ficam um menor tempo, mostrando uma preocupação das clínicas em observar uma mudança no estado nutricional do paciente, conforme é mostrado na tabela 9 e 10.

TABELA 9- Distribuição do número de pacientes pesados em relação ao número de dias em que foram observados

NÚMERO DE DIAS OBSERVADOS	SIM	NÃO
1	0	32
2	2	16
3	1	8
4	0	15
5	3	8
6	1	7
7 ou mais	6	64
TOTAL	13	150

TABELA 10 - Distribuição dos pacientes pesados com intervalo de quatro dias de observação

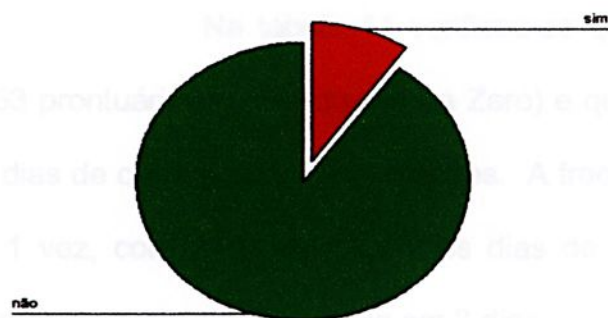
Número de dias observados	Sim	Não	total
Quatro ou menos	3 * (4,2%)	71 (95,8)	74
Mais que quatro	10 * (11,2%)	79 (88,8%)	89
TOTAL	13	150	163

* $p=0,049$

Com relação ao emagrecimento do paciente, item que seria importante apontar, tanto para o próprio acadêmico quanto para a equipe de saúde, foram poucas vezes encontrados, com valor semelhante ao constante da prescrição médica – 9,81% . Na figura 6 está ilustrado este dado.

FIGURA 7 – Análises e testes de hipóteses de pesquisa em relação ao Evolução Clínica dos pacientes observados.

emagrecimento



	Frequência	Porcentagem
sim	16	9,81
não	147	90,18
Total	163	100

FIGURA 6 - Referências a emagrecimento anotadas na Evolução Clínica dos Prontuários analisados.

A anotação da ingesta alimentar do paciente permite ao estudante e ao profissional de saúde suspeitar de perda de peso ou de alteração do estado nutricional, pois é um dos sinais de início de desnutrição. Foi encontrada a anotação da ingesta em 42% dos prontuários analisados, mostrando uma frequência maior deste item nas clínicas de CAD (cirurgia do aparelho digestivo), CM (clínica médica), TISIO (tisiologia) e URO (urologia) no período observado. Na figura 7, são mostradas as porcentagens referentes a ter encontrado ou não a ingesta do paciente na evolução clínica.

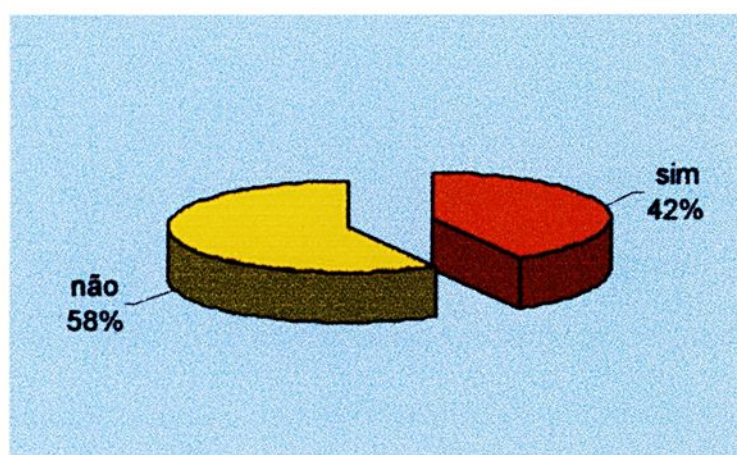


FIGURA 7 – Anotações a respeito da ingesta do paciente encontrada na Evolução Clínica dos prontuários analisados

Na tabela 11 verificou-se que a ingesta não é anotada em 95 dos 163 prontuários analisados (linha Zero) e que a frequência da anotação é maior em 7 dias de observação, 37 anotações. A frequência maior de anotações corresponde a 1 vez, com 28 anotações – os dias de observação variam de 1 a 7 dias, não havendo qualquer ocorrência em 3 dias.

TABELA 11- Frequência de Ingesta anotada na Evolução Clínica dos prontuários analisados de acordo como o número de dias de observação.

		INGESTA ANOTADA						TOTAL
		0	1	2	3	4	5	
DIAS OBSERVADOS	1	20	9	2	1			32
	2	16	1	1				18
	3	7		1		1		9
	4	10	1	3	1			15
	5	5	1	2	3			11
	6	4	2	2				8
	7	33	14	10	7	4	2	70
TOTAL		95	28	21	12	5	2	163

5.2 RELATOS DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM

5.2.1.1 Avaliação do Estado Nutricional

Os resultados das entrevistas serão apresentados separadamente para acadêmicos de medicina e de enfermagem, destacando-se os temas utilizados na análise de dados: 1- Papel do Profissional no Cuidado Nutricional do Doente Internado; 2- Intervenção Profissional quando o paciente não se Alimenta; 3- Informações sobre desnutrição; 4- Crenças sobre Alimentação do Paciente Hospitalizado; 5- Descrição do Conhecimento de Nutrição.

Para o Acadêmico de medicina, o papel dele é médico deve

5.2.1 RELATO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA

importante de se alimentar e muito cuidar a prescrição de dieta e de medicamentos.

5.2.1.1 CONSIDERAÇÕES DO ACADÊMICO DE MEDICINA SOBRE O PAPEL DO MÉDICO E DE OUTROS PROFISSIONAIS NO CUIDADO NUTRICIONAL DO DOENTE

O médico, na visão do acadêmico de medicina tem um papel fundamental na nutrição do doente. A sua importância é descrita como a responsabilidade que tem em avaliar o estado nutricional do paciente prescrever a dieta e cuidar da alimentação do doente internado já que estes comportamentos são determinantes na evolução clínica do paciente.

O papel do profissional de enfermagem é cuidar do paciente e

para isso ele precisa ter uma formação adequada e um conhecimento

5.2.1.1.1 Avaliação do Estado Nutricional

Refere-se às preocupações relacionadas ao diagnóstico do paciente e manutenção do seu estado nutricional. Algumas vezes, foi apontado como o único ou principal papel do médico.

a) Avaliar o doente

Para o acadêmico de medicina, o papel que o médico deve representar é avaliar o doente e verificar quais as causas orgânicas que o impedem de se alimentar e, então, realizar a prescrição de dieta e de medicamentos.

Olha, eu acho que o papel do médico na parte da nutrição do doente é bem fundamental. Uma das coisas que a gente sabe que define se o paciente vai bem, vai evoluir bem ou mal é o estado nutricional dele; procurar não descuidar dessa parte porque sabe se descuidar dessa parte não vai provavelmente evoluir bem. Tem toda a terapêutica medicamentosa, e qualquer outra coisa que você for fazer para ele. Então, assim, ao meu ver, eu acho que é fundamental isso. Porque... desde o tipo de alimentação que o doente aceita, não adianta prescrever uma coisa que ele não vai aceitar (médico 04).

b) Diagnosticar o problema alimentar

O médico, na percepção do acadêmico de medicina, deverá ser capaz de diagnosticar problemas alimentares que estejam ocorrendo com o paciente e, a partir deste ponto, instituir uma terapia adequada a cada caso.



(...) Primeiro eu creio que ele tem que diagnosticar algum tipo de problema alimentar, desnutrição, e ser capaz de ver isso, perceber isso, e ser capaz de instituir uma terapia, necessária a cada situação, então ele tem que estar sempre atento na entrada e na saída do paciente (médico 02).

5.2.1.1.2 Prescrição da dieta:

Nos relatos abaixo, vê-se a preocupação do médico em executar o seu papel relativo à alimentação. Assim, é o médico quem prescreve a dieta, faz a adequação das necessidades que ele apresenta com a patologia.

a) Alimentação é responsabilidade do médico

A alimentação do paciente é responsabilidade do médico que deve avaliar as suas necessidades e, quando necessário, procurar apoio do serviço de nutrição para aconselhamento na sua decisão de qual a melhor alternativa de alimentação.

Eu acho que o papel do médico é fundamental porque o paciente estando internado ele está sob a responsabilidade do médico. Então... Você fica responsável pela alimentação, observação de tudo que ele está ingerindo, com quantidade de calorias se está adequada ou não, se tem uma quantidade adequada de proteína ou não, de outro elemento; a partir desse momento você constata algumas irregularidades ou não, você entra em contato diretamente com o pessoal da nutrição para um aconselhamento e adequação da dieta do paciente (médico 01).

b) Adequar a dieta ao paciente

O relato abaixo mostra que o acadêmico de medicina considera importante que o médico conheça o hábito alimentar do doente, pois é ele quem vai determinar a sua dieta; e, se ele não aceitá-la, terá a sua recuperação prejudicada.

Eu acho muito importante porque é a gente quem determina o que vai comer aqui dentro... então eu acho importante tanto o médico saber das patologias que o paciente tem e da capacidade que o paciente tem às vezes de comer sólido, líquido... ou não e até mesmo o que ele gosta porque não adianta a gente ficar mandando macarrão, macarrão, macarrão e ele gosta de outra coisa. Então, eu acho importante tanto... é:: para o bom andamento do tratamento como recuperação do paciente, a gente saber que todo mundo que está internado aqui é por algum motivo que geralmente agride o organismo; então vai precisar de uma nutrição, não só balanceada, mas também adequada pra o que ele tem. (médico 11).

Nas preocupações relacionadas à dieta, nos relatos está mais aparente a ansiedade em corrigir um erro alimentar do que propriamente dar de comer ao doente. Primeiro, o paciente deve ser corrigido de um hábito que muitas vezes é cultural. Depois, se ele não comer, devem ser oferecidas alternativas de alimentação para o paciente. Em outros pontos da entrevista aparece claramente o comportamento observado no cotidiano do hospital: "(...) doente é responsabilidade do médico (...)" e, como tal, o senhor, e é quem decide o que deve ser feito ou não com o paciente.

Observou-se, ainda, que um dos entrevistados relatou que a preocupação com a medicação era maior do que com relação à alimentação e que, às vezes, se questionava se a alimentação estava adequada ao paciente: "Eu

mesmo me preocupa muito com remédio com medicação, soro e às vezes eu me pego, ah, mas será que esse paciente não está com a alimentação errada? (médico 06)".

5.2.1.1.3 A importância de outros profissionais no Cuidado Nutricional do Paciente Internado:

Na análise dos relatos, foi possível verificar que os acadêmicos de medicina recorrem a inúmeros outros profissionais que trabalham dentro do hospital e podem facilitar o acesso ao doente. Na Figura 8, pode-se ver a relação dos profissionais citados como importantes no cuidado nutricional do paciente e a frequência de respostas obtidas.

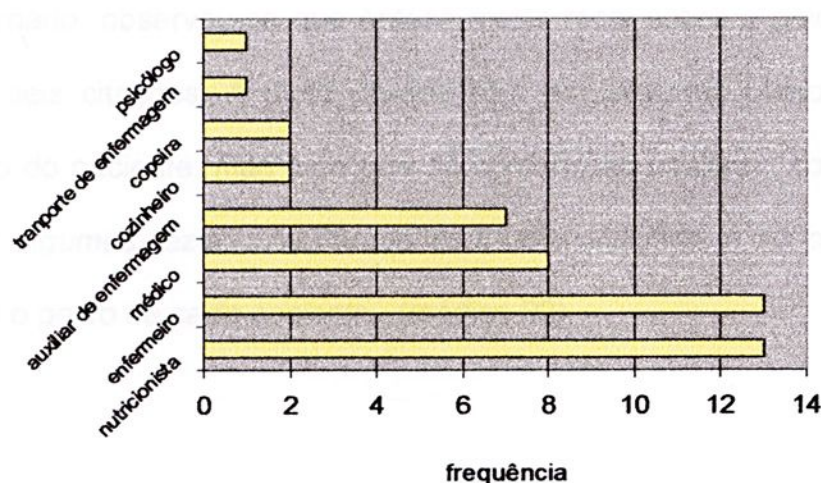


FIGURA 8 - Outros profissionais citados como importantes no cuidado nutricional do doente internado

Na análise dos relatos dos entrevistados, entre as justificativas relacionadas, por considerarem os profissionais citados como fundamentais no cuidados nutricional do doente, está o fato de terem maior contato com o doente, auxiliando de uma forma direta ou indireta as atividades do médico.

Eu acho a enfermagem importante, é importante porque é ela que está em contato direto com o paciente na supervisão de enfermagem, médico é importante para estar avaliando a evolução do paciente, a nutricionista para estar avaliando a melhor dieta o melhor para cada paciente é:: acho que todos que fazem parte da equipe eles são importante de uma maneira direta ou indiretamente. (médico 09)

5.2.1.1.3 Cuidados referentes à alimentação

Constatou-se que, ao se referir ao cuidado alimentar dispensado ao paciente, o acadêmico de medicina enfatiza: os cuidados relacionados à patologia; à dieta e ao diagnóstico. Com relação aos cuidados dispensados à alimentação do doente internado, observou-se que ênfase maior recai sobre a patologia, uma vez que houve seis citações. A dieta parece ficar em segundo plano e não visar a recuperação do paciente, mas algo que dê conforto ao paciente, como transparece nos relatos: *Algumas vezes/.../ e não sei se há possibilidade, e se fosse possível de acordo com o gosto de cada paciente...*(médico 02).



Relacionados à patologia

Dentre os cuidados relacionados à patologia, verificou-se que os acadêmicos priorizam o tipo de paciente, oferecendo dieta conforme a sua patologia de base, observando a via de acesso – oral, enteral (via sonda nasogástrica ou entérica) ou parenteral (via venosa).

A preocupação com o aporte necessário de nutrientes, para garantir uma boa recuperação do doente internado, também aparece nos relatos. Mas, mesmo neste caso, a dieta é sempre lembrada em função das necessidades inerentes às patologias apresentadas.

a) Variável de acordo com cada paciente

Conforme o relato abaixo, os cuidados referentes à alimentação prescrita ao doente vão mudar de acordo com o tipo de paciente atendido, respeitando o fisiológico, ou seja, a sua patologia.

Bom eu acho que começar pelo tipo de alimento que você vai dar para o doente, a gente sabe que cada tipo de doença você pode trabalhar com determinado tipo de alimento e, bom, desde o tipo de ingesta que ele vai ter, se vai ser via oral, via parenteral, a quantidade de calorias que ele vai estar recebendo, também é importante... (médico 06).

b) Aporte nutricional adequado

O médico fará a prescrição de algum cuidado alimentar desde que a patologia assim o exija, levando em consideração as necessidades nutricionais do paciente.

...Tem que ter um aporte calórico adequado, nem demais, nem faltando, também..., Procurar sempre adequar a dieta às co-morbidades que o paciente tem, diabetes, hipertensão...(médico 04)

Relacionados à dieta

Dentre as preocupações relacionadas à dieta, há as que relevam que o paciente internado deve receber uma dieta que o faça sentir-se bem. Segundo os entrevistados, se o paciente estiver estressado, como acontece freqüentemente com os doentes internados, eles não comem, prejudicando a sua recuperação. *"De vez em quando o paciente já está estressado, e a gente ainda corta algumas vontades dele, coloca dieta hipossódica... coloca isso... aí fica complicado"*.(médico 02)

Neste contexto, observa-se também, a preocupação com a aceitação e o tipo de dieta que o paciente recebe. Aqui aparece ainda, uma pequena menção ao estado nutricional do doente, sugerindo uma correlação entre melhora clínica e alteração do estado nutricional.

...ver se está aceitando/... /primeiro determinar o tipo de dieta que eu vou prescrever para ele assim e... se ele tem alguma patologia associada essas coisas

ou total de calorias que eu preciso, total de proteínas geralmente com as dietas padronizadas que a gente costuma usar... e ver a aceitação dele se está correspondendo e também se está ganhando peso se está dentro dos parâmetros nutricionais que a gente avalia, ver se corresponde com a dieta (médico 15).

Relacionados ao diagnóstico

Nas preocupações relacionadas ao diagnóstico, destaca-se que a parte clínica é mais importante e, assim a alimentação que o paciente deve receber fica condicionada à sua patologia.

É assim, por exemplo, o paciente internado faz uma cirurgia, eu acho que é importante, às vezes ele tem que estar de jejum; então é importante você ver como estava a nutrição dele antes, colher alguns exames para ver, por ex, se ele está tendo um edema no corpo, é importante você saber como está a nutrição dele para ver se é por falta de proteína, ou se é um edema assim por alguma outra causa.... E lembrar que às vezes o paciente está descompensado por causa da desnutrição também, e isso vai prejudicar, e ele vai ter uma evolução ruim dentro do hospital (médico 01).

5.2.1.2 INTERVENÇÃO PROFISSIONAL QUANDO O PACIENTE NÃO SE ALIMENTA

Quando questionados se haveria uma intervenção caso o paciente não se alimentasse, os entrevistados de medicina foram unânimes em afirmar positivamente, retornando ao tópico que indica que a alimentação é importante para o doente internado.

Com relação ao momento em que devem intervir, constatou-se que há uma valorização da observação do doente, que se torna clara quando com as respostas: a partir da percepção, a partir da observação ou, ainda, em outras circunstâncias, como tendo que ser breve e acaba sendo tardia. Tal afirmativa reflete que o momento de observação e intervenção não é exatamente o mesmo, visto que o caminho até a intervenção propriamente dita é longo, passando pelo residente, docente e outros.

5.2.1.2.1 Responsabilidade da Intervenção quando o paciente não se alimenta

Segundo os entrevistados, a responsabilidade de intervenção recai, na maioria das vezes, sobre o próprio médico. Neste caso, o papel da equipe multidisciplinar foi pouco lembrado e pouco enfatizado. O doente, quando internado, é de responsabilidade do médico e vai ser por ele tratado, conforme mostra a figura 9.

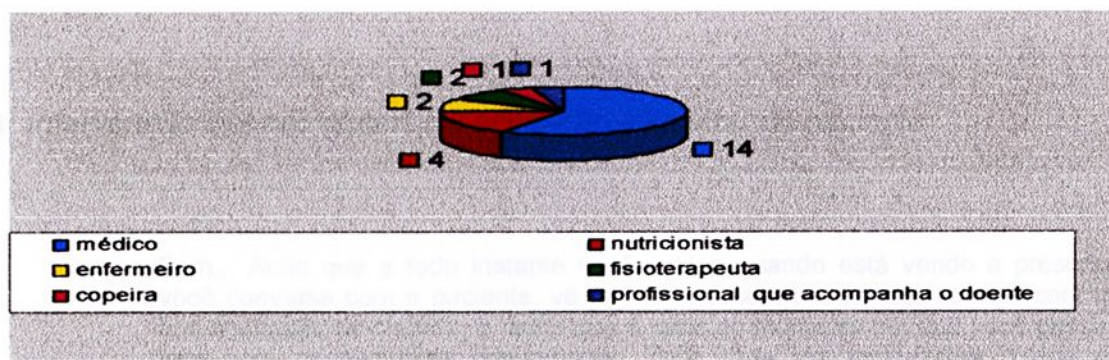


FIGURA 9 – Profissional citado como responsável pela intervenção quando o paciente não se alimenta

5.2.1.2.2 Momento em que ocorre a intervenção quando o paciente não se alimenta

A intervenção ocorre, segundo os entrevistados, assim que ele percebe quando o paciente deixa de se alimentar, ou quando o próprio paciente refere isso ao médico. Os entrevistados contam, ainda, com a colaboração da equipe de enfermagem que auxilia na verificação da aceitação do paciente.

a) *Intervenção quando percebe que o paciente não está se alimentando*

Momento? Eu acho que a partir do momento que você nota que ele não está se alimentando, na primeira oportunidade, na primeira indicação que ele não está se alimentando, tem que intervir (médico 07).

b) *Intervenção quando o paciente menciona ao médico que não está se alimentando*

No momento, o paciente refere que não está se alimentando, aí a enfermagem observa e informa a gente (médico 13).

c) *Intervenção quando observa a aceitação alimentar do paciente*

Bom... Acho que a todo instante você está passando está vendo a prescrição; você conversa com o paciente, vê se ele está se alimentando, se está com uma boa aceitação da comida, e acho que é mais no momento em que você passa no leito com os pacientes conversando, com cada um para saber o que está acontecendo, como foi à noite, se teve alguma intercorrência ou não... (médico 05).

d) *Intervenção após espera um ou dois dias antes de intervir*

É... eu creio que um ou dois dias de observação para gente ver se mudando a dieta, tentando trazer uma dieta mais favorável para o paciente, um ou dois dias de observação. Depois disso, se a gente vir que o período de internação vai ser maior, a dificuldade dele, se o paciente é desnutrido, acho que já.../ dois três dias; no segundo dia já dá para começar com alguma coisa (médico 02).

Embora o acadêmico parta da sua observação ou do relato do paciente e da enfermagem para tomar uma conduta relativa à não aceitação alimentar, observa-se que dois entrevistados consideram que a intervenção deveria ser mais precoce, visto que: *“Tem que ser uma coisa bem rápida, ninguém pode ficar sem se alimentar muito tempo”* (médico 06). No entanto, acaba sendo tardia, por esperar que o paciente reaja aos próprios fatores que estão fazendo com que não se alimente: *“Vamos esperar mais uns dois dias... daí vamos passar para uma dieta leve, ver se aceita, eu acho que acaba levando o paciente a desnutrir mais rápido do que se a gente tomasse uma medida uma conduta mais rápida”* (médico 15).

5.2.1.2.3. Relato de intervenção realizada caso o paciente não se alimente.

Observou-se que as intervenções relatadas buscam, desde mudanças por meio de prescrições bem definidas, até o diálogo com o paciente.

O tipo da intervenção acaba sendo a própria observação do que está acontecendo com o doente ou uma ação mais rápida, como a prescrição de um complemento alimentar que além de funcionar com uma intervenção mais direta, é passível de ser feito pelo próprio acadêmico de medicina, como mostram os relatos abaixo.

a) Usar um complemento

O mais fisiológico possível. Então a gente pensa primeiro V.O. (via oral), por conta própria; então tem aqueles suplementos e complementos alimentares e nem sempre é possível. Então o segundo mais fisiológico seria uma sonda...(médico 02).

b) Colocar soro glicosado

O paciente deixa de se alimentar 24 horas... bom, eu procuro fornecer... (é dieta zero não se alimenta), bom fornecer calorias tipo colocar um soro glicosado, acho que é a primeira básica (médico 14).

d) Mudar a dieta e passar sonda

...Acho que às vezes o paciente reclama que não come tal coisa, então mudar para uma dieta que ele goste; mas acontece muito do paciente ter alguma doença que ele não consegue comer determinada coisa; então tem muita náusea muito enjoão você mudar pra uma dieta palatável e tal, o paciente vai acabar comendo porque ele vai gostar mais daquelas coisas... e também tem a intervenção, que é um pouco mais agressiva que é passar a sonda normalmente quando o paciente se recusa ou não tem condições mesmo de se alimentar, e tudo mais, eu acho que aí tem que passar pra dieta enteral...(médico 12)

d) *Conversar e descobrir o porquê*

A primeira intervenção é o diálogo com o paciente tentar descobrir o motivo: se for por escolha dele, acho que a primeira intervenção é essa, o diálogo com o paciente, descobrir o porquê e tentar corrigir isso (médico 10).

5.2.1.3 INFORMAÇÕES SOBRE DESNUTRIÇÃO

A desnutrição mostra sinais clínicos e laboratoriais, bem como alterações de comportamento que sinalizam para o acadêmico que algo está acontecendo com o doente. Porém, estes sinais são muitas vezes sutis e se perdem na observação das patologias em si. Ou seja, ao olhar o paciente, se o acadêmico não está bem treinado e sensível para reconhecer os sintomas, eles passam despercebidos no quadro das doenças apresentadas. Por isso, é considerado importante que o acadêmico saiba como reconhecer esses sinais.

Pode-se considerar *sinais*, a manifestação objetiva da doença e que fornece elementos para o diagnóstico e prognóstico da doença. *Sintomas* podem ser considerados como manifestação subjetiva da doença – é o que o doente sente e através do qual o médico reconhece a doença. É por meio dos sinais e sintomas que o médico reconhece a doença. (GARBOGGINI, 1977; PACIORNIK, 1978).



As figuras a seguir 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16 reúnem dados que mostram os conhecimentos dos acadêmicos sobre sinais e sintomas para detecção, diagnóstico e intervenção, bem como as principais crenças e dificuldades relatadas sobre a desnutrição.

5.2.1.3.1 Sinais e Sintomas de desnutrição relatados pelos acadêmicos de Medicina

Dentre os sinais e sintomas observados pelo acadêmico de medicina, constatou-se como mostra a figura 10-A, que os mesmos priorizam os sinais clínicos como: edema, alterações de pele, cabelo, mucosas, emagrecimento ou que citam como mostra a figura 10-B, os sintomas apresentados pelo doente clinicamente, com os critérios laboratoriais, figura 10-C, que são os padronizados para avaliação cirúrgica e clínica. Neste último critério é ainda citada a anemia, que não é somente uma alteração laboratorial, mas um diagnóstico, que pode ou não estar associado à desnutrição.

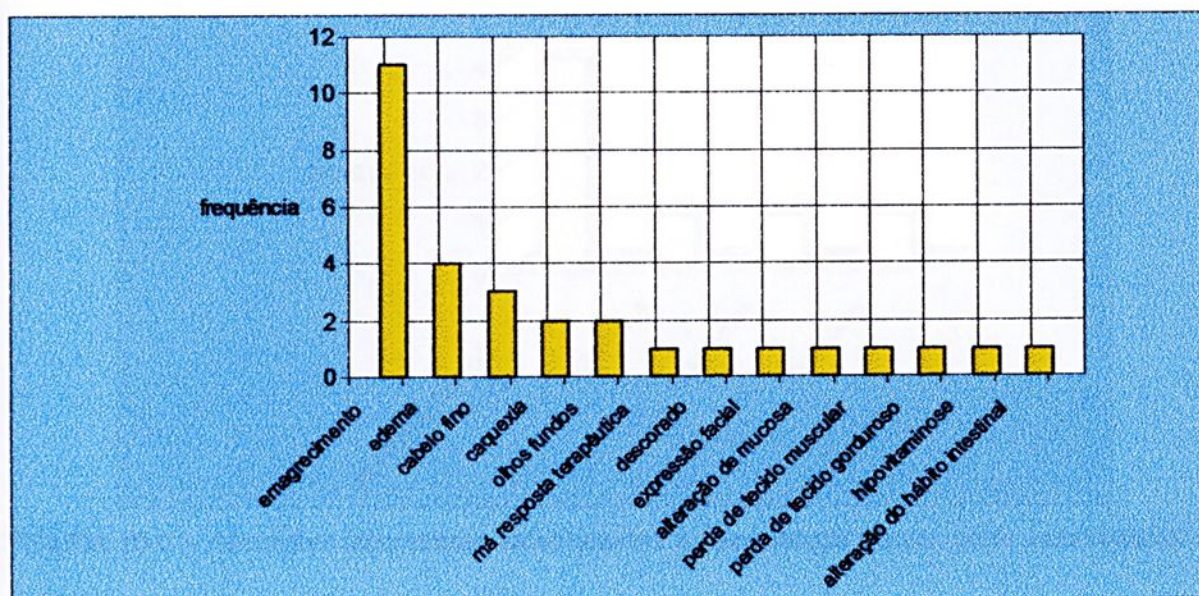


FIGURA 10-A – Sinais relacionados à desnutrição citados pelos entrevistados de medicina

4.2.1.3.2 Descrição dos sintomas de desnutrição

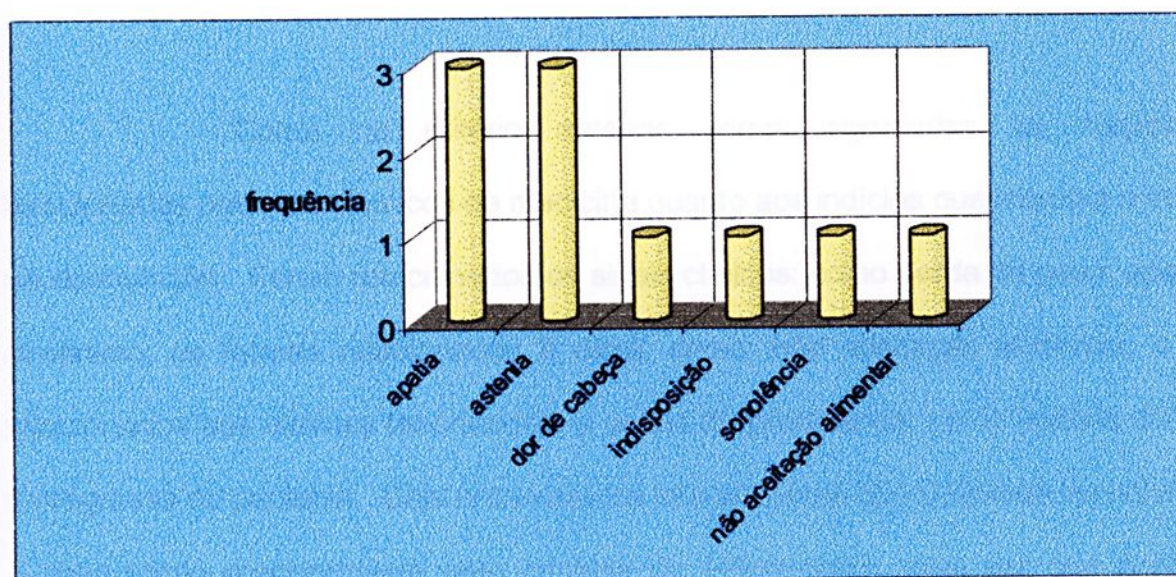


FIGURA 10-B – Sintomas relacionados à desnutrição citados por acadêmicos de medicina

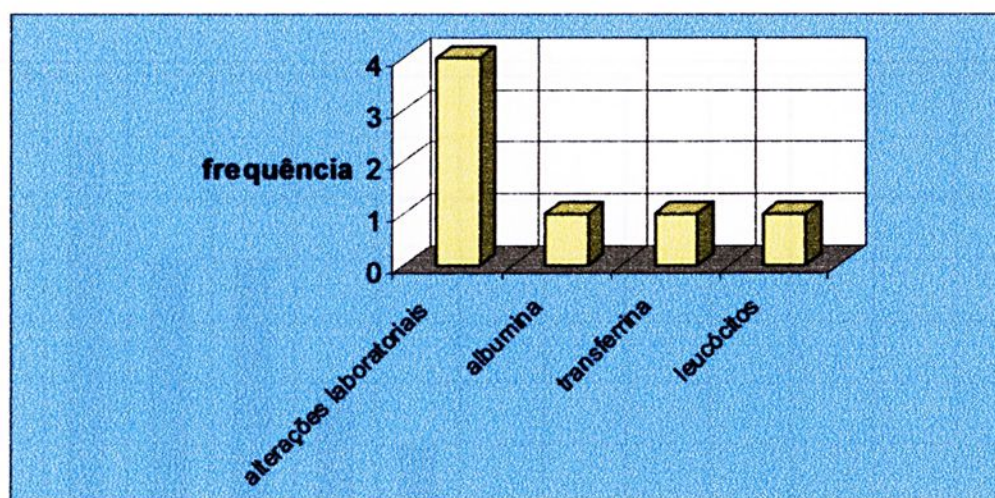


FIGURA 10-C – Alterações laboratoriais relacionados à desnutrição citadas pelos entrevistados de medicina.

5.2.1.3.2 Detecção inicial de desnutrição

Como no critério anterior, foram agrupadas as respostas relacionadas pelos acadêmicos de medicina quanto aos indícios que marcam o início da desnutrição. Foram relacionados os sinais clínicos: como perda de peso, apatia, desânimo; os fatores relacionados à dieta, como: não aceitação alimentar; e os relacionados aos exames laboratoriais e dados de prontuários: como história clínica e progressão do paciente. Dois entrevistados citaram ainda que poderiam reconhecer a desnutrição precocemente pelo controle de enfermagem, uma vez que contém informações valiosas a respeito do estado nutricional do doente e de sua aceitação alimentar.

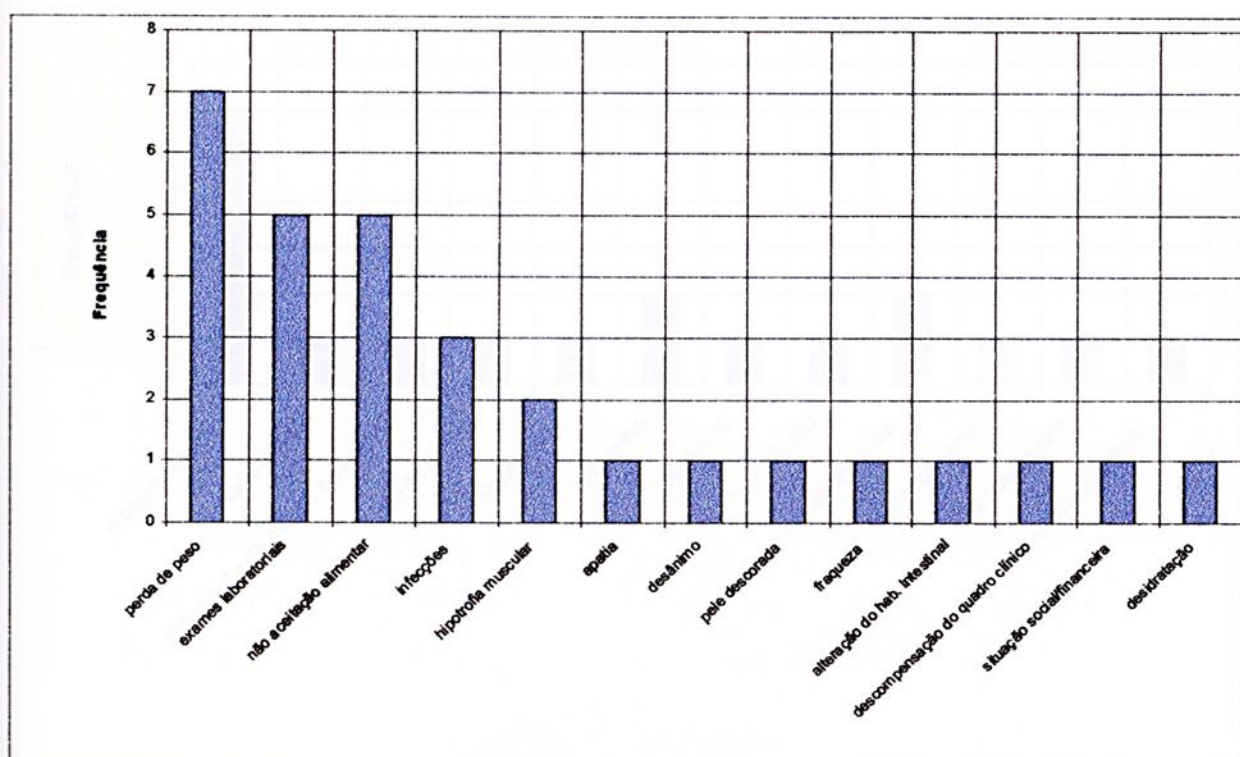


FIGURA 11- Sinais apontados pelos acadêmicos de medicina para reconhecimento do início da desnutrição.

5.2.1.3.3 Critérios de Diagnóstico

O estabelecimento de critérios de diagnóstico cria uma linha de pensamento linear e facilita o atendimento ao paciente desnutrido. No entanto, o que aparece nos relatos é a falta de um critério único e definitivo para avaliar o doente desnutrido.

Os acadêmicos relatam ter como critérios os sinais clínicos como emagrecimento e peso, dados laboratoriais, obtidos através da história social, clínica pregressa do paciente. Esses dados são mostrados na figura 12.

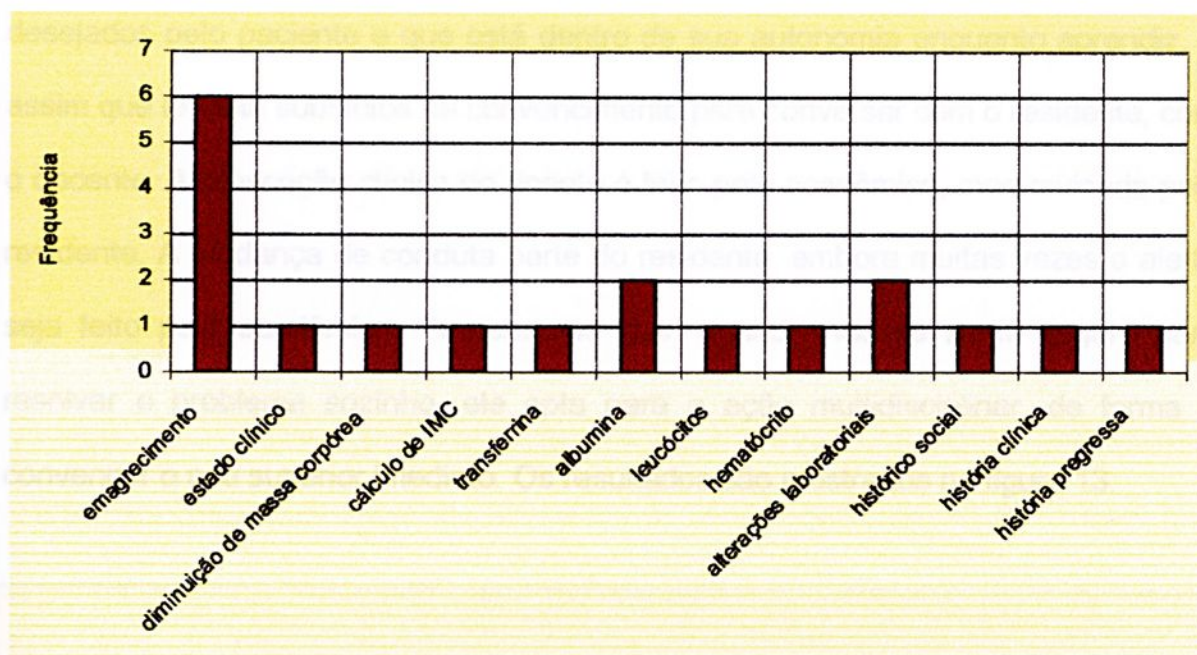


FIGURA 12 – Fontes e critérios citados pelos entrevistados de medicina para diagnosticar desnutrição

5.2.1.3.4 Condutas adotadas pelos entrevistados de medicina na desnutrição.

As condutas adotadas pelos acadêmicos de medicina são em grande parte, reflexo do que estão aprendendo, uma vez, que como foi dito por um dos entrevistados, “copiam os modelos”, o do médico residente que está cursando uma especialidade, do médico responsável pela clínica ou do preceptor do internato. Desta forma, as condutas que aparecem nos relatos são menos invasivas – como observação, conversa mudança de dieta, chamar a nutricionista - pois podem ser realizadas por eles próprios, sem a necessidade da autorização de um dos chefes da clínica. E o acadêmico de medicina conversa com o doente e corrige a dieta,

alterando consistência ou acrescentando alimentos que são referidos como desejados pelo paciente e que está dentro de sua autonomia enquanto aprendiz. É assim que levanta subsídios de convencimento para conversar com o residente, com o docente. A prescrição clínica do doente é feita pelo acadêmico, mas revisada pelo residente. A mudança de conduta parte do residente, embora muitas vezes o alerta seja feito pelo acadêmico. Percebeu-se que, quando não se sente seguro para resolver o problema sozinho, ele opta para a ação multidisciplinar, de forma a convencer o seu superior imediato. Os resultados são mostrados na figura 13.

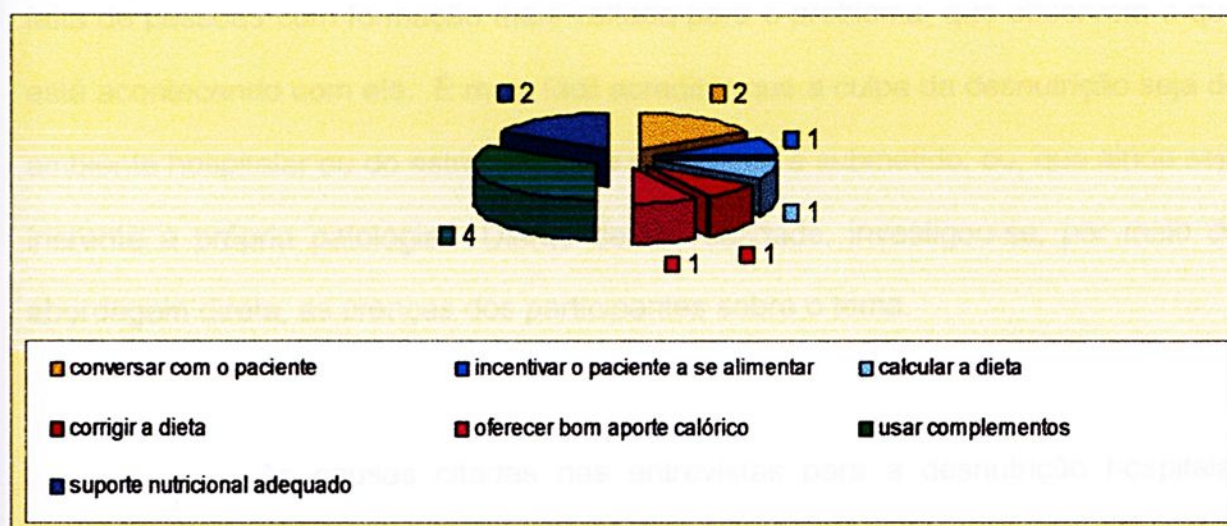


FIGURA 13- Condutas relatadas pelos acadêmicos de medicina, com a finalidade de intervir na desnutrição.

Quanto à realizar investigação sobre aceitação alimentar do doente pelo acadêmico de medicina, é importante destacar que somente dois entrevistados responderam que verificam o porquê que o paciente não está aceitando a dieta; um deles faz as modificações, e um outro recorre à ação multidisciplinar, pede

sugestões à nutricionista e a enfermagem, com o intuito de adequar a dieta recebida ao paciente.

5.2.1.3.5 Causas de Desnutrição Hospitalar relatadas pelos acadêmicos de medicina

A Desnutrição Hospitalar é um assunto controverso, pois é difícil aceitar que o paciente internado acabe por ser prejudicado, dentro do hospital, por falta de pessoas com formação mais voltada para o problema, que observem o que está acontecendo com ele. É mais fácil acreditar que a culpa da desnutrição seja do ambiente hospitalar ou do estresse a que o paciente é submetido; ou, que ainda seja inerente à própria patologia. Diante de tal realidade, investigou-se, por meio de abordagem direta, as crenças dos participantes sobre o tema.

As causas citadas nas entrevistas para a desnutrição hospitalar foram agrupadas em: relacionadas ao ambiente, que focaliza os aspectos relacionados à própria estrutura física do hospital - como enfermarias com muitos pacientes; à dieta, que é citado desde a ingesta limitada até a falta de segurança do que está sendo administrado ao doente; e as relacionadas à equipe que cuida do doente, como por exemplo, a preocupação em operar o doente, a dos pacientes não receberem atenção necessária, a espera longa antes da intervenção e que somente algumas clínicas abordam o problema. A falta de cursos de sensibilização para que alertem sobre a desnutrição hospitalar também é apontada como um dos agentes causadores da desnutrição hospitalar. Na figura 14, observa-se as crenças relacionadas à Desnutrição Hospitalar relatadas pelos acadêmicos de medicina.

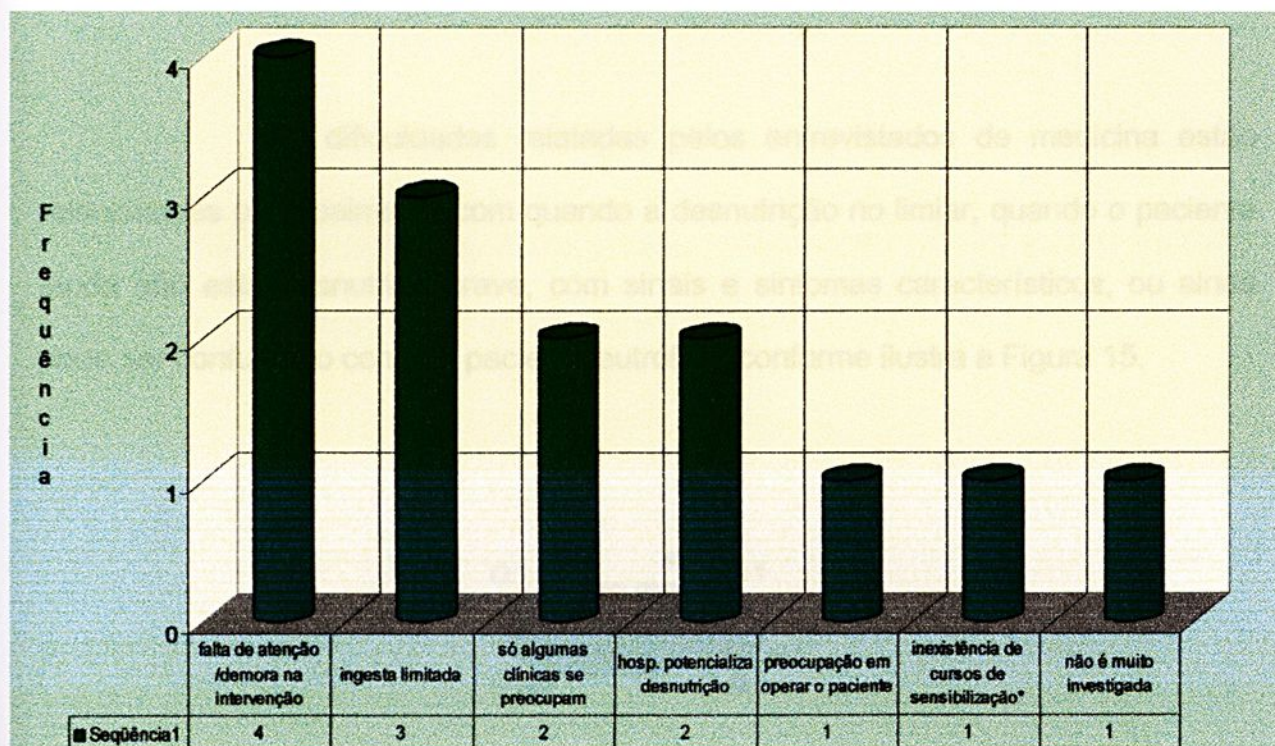


FIGURA 14- Crenças sobre Desnutrição Hospitalar relatadas pelos acadêmicos de medicina entrevistados

- Inexistência de cursos de sensibilização – citado literalmente pelos entrevistados.

5.2.1.3.6 Dificuldade para realizar Diagnóstico

Quando questionados sobre as dificuldades em realizar o diagnóstico de desnutrição do paciente internado, observa-se que a maioria dos entrevistados respondeu positivamente. Somente um dos entrevistados respondeu que não encontrava dificuldade em realizar o diagnóstico de desnutrição. Com justificativas simples como considerar a patologia mais importante, ou que consideram difícil fazer o diagnóstico quando o paciente ainda não está com sinais

típicos de desnutrição, ou o fato de considerarem que a nutrição se relaciona com tudo.

As dificuldades relatadas pelos entrevistados de medicina estão relacionadas principalmente com quando a desnutrição no limiar, quando o paciente ainda não está desnutrido grave, com sinais e sintomas característicos, ou ainda pode ser confundido com um paciente eutrófico, conforme ilustra a Figura 15.

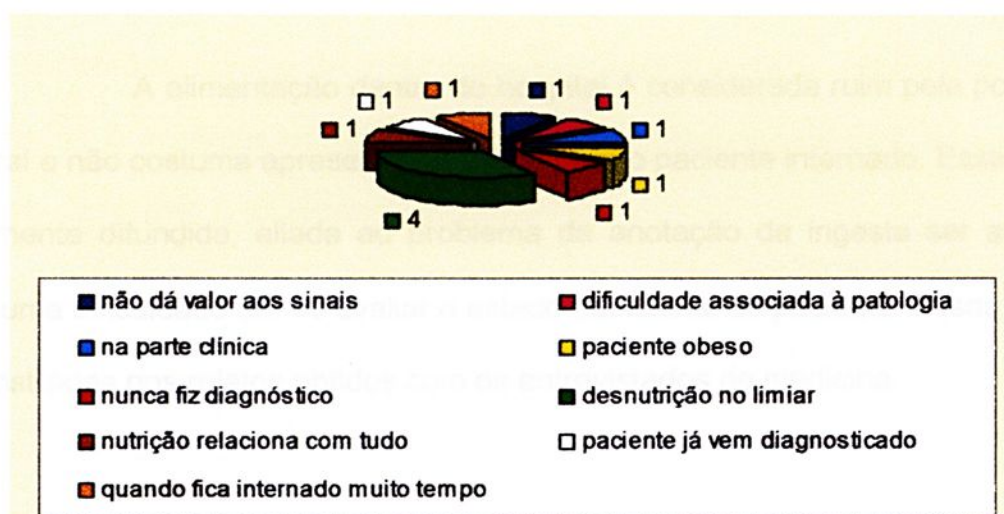


FIGURA 15 – Dificuldades apontadas pelos entrevistados de medicina para diagnosticar desnutrição.

Somente um entrevistado respondeu que não encontrava dificuldades para realizar o diagnóstico de desnutrição, relacionado por ele como sendo: *“pela forma como aprendeu”*.

O entrevistado que respondeu que encontra dificuldade, muitas vezes, a atribui ao fato de considerar a patologia mais importante.

... você acaba colocando isso em segundo plano, por, entre aspas, você considerar a patologia dele mais importante, ou o tempo mesmo, aquele contato com o paciente... é difícil diagnosticar porque muitas a gente... não valoriza... quanto deveria. Mas se valorizasse, eu creio que não seria... porque a gente tem disponíveis aqui exames necessários, tem o tempo... (médico 02).

5.2.1.4 CRENÇAS SOBRE A ALIMENTAÇÃO DENTRO DO HOSPITAL E O ESTADO NUTRICIONAL DOS PACIENTES INTERNADOS

A alimentação dentro do hospital é considerada ruim pela população em geral e não costuma apresentar atrativos para o paciente internado. Essa crença, amplamente difundida, aliada ao problema da anotação da ingesta ser subjetiva, leva a uma dificuldade em se avaliar o estado nutricional do paciente. Essas crenças são mostradas nos relatos obtidos com os entrevistados de medicina.

5.2.1.4.1. Importância da alimentação para o doente internado

A preocupação com a alimentação do doente é um critério amplamente difundido dentro do hospital, pois quanto mais tempo o paciente ficar sem comer, mais tempo ele permanece internado e mais oneroso se torna para o sistema de saúde. Os entrevistados relataram que a alimentação é importante, “(...) *exceto quando contra-indicado (...)*”, compondo parte do tratamento do paciente hospitalizado.

Sempre/.../ em qualquer patologia, alimentação é importante sempre, se ele está internado é porque alguma patologia ele tem ou precisa de uma cirurgia mesmo que eletiva é importante pra recuperação para o tratamento e para própria vida mesmo (médico 13).

5.2.1.4.2. Alimentação do paciente dentro do hospital:

Com relação a alimentar-se bem no ambiente hospitalar, a maioria dos entrevistados respondeu negativamente, fato que está relacionado à suas observações e a relatos do próprio paciente, por mudança de ambiente, estresse hospitalar, conforme já foi citado anteriormente.

A figura 16 ilustra as crenças dos entrevistados de medicina quanto à adequação da alimentação dos pacientes no ambiente hospitalar, onde pode ser observado que a maioria consideram-na inadequada.

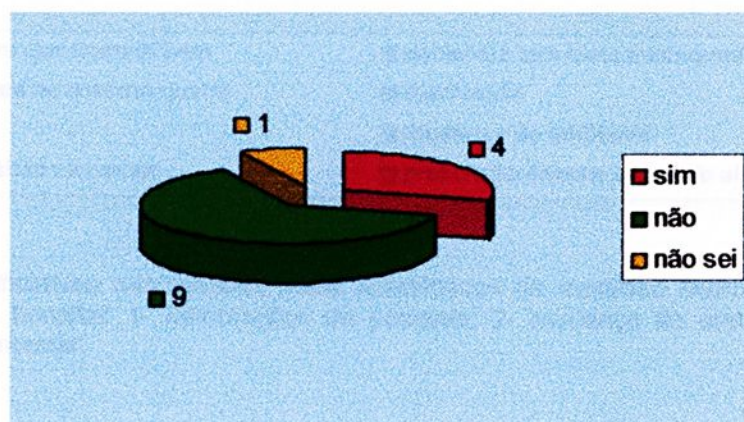


FIGURA 16 – Crenças dos acadêmicos de medicina quanto a adequação da a alimentação no ambiente hospitalar.

5.2.1.4.3 Justificativas apontadas pelos entrevistados de medicina para a alimentação do paciente hospitalizado.

As justificativas apontadas para considerarem que o paciente não se alimenta bem dentro do hospital se baseiam nas informações do próprio paciente, como a mudança de ambiente e, conseqüentemente, as alterações de hábito alimentar, na visão dos entrevistados de medicina sobre a alimentação prescrita por eles e oferecida ao paciente pela Divisão de Nutrição e Dietética do hospital. Estes dados podem ser observados na Figura 17.

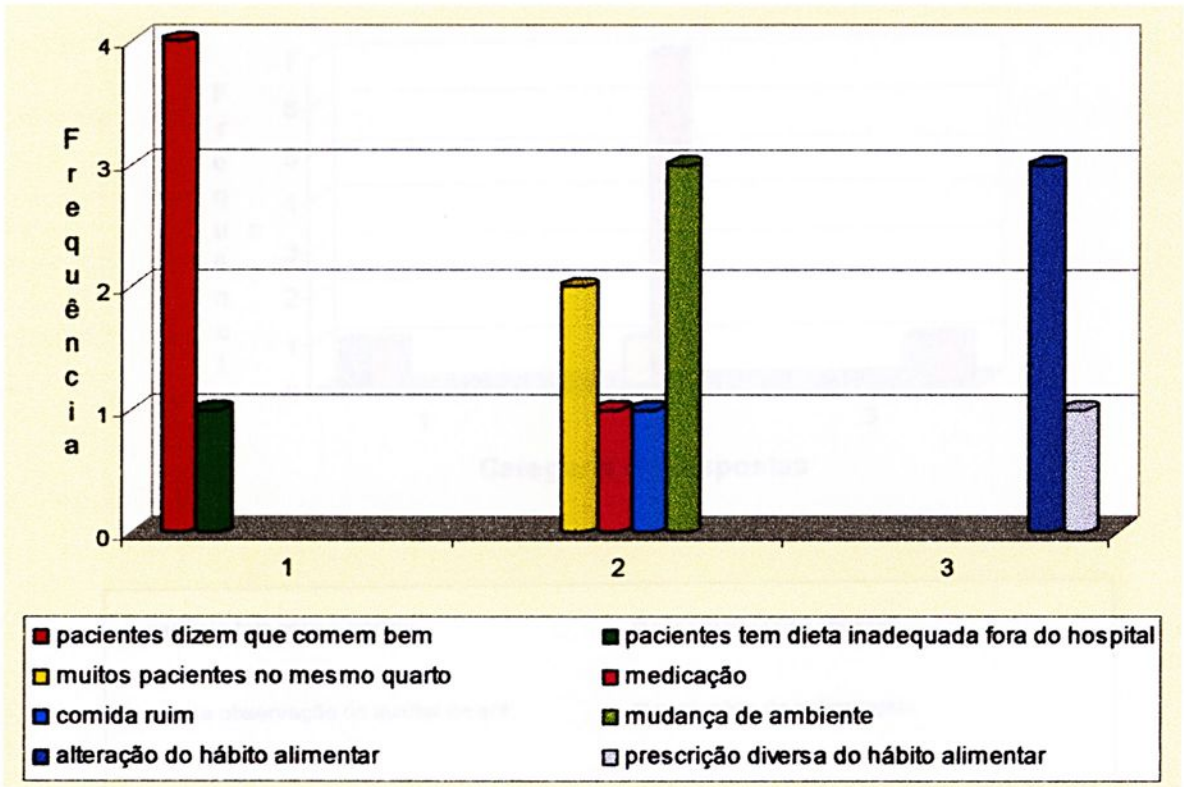


FIGURA 17 - Justificativas relacionadas pelos acadêmicos de medicina sobre a alimentação do paciente dentro do hospital: 1- informações do paciente; 2- mudança de ambiente; 3- mudança quanto ao hábito alimentar.

5.2.1.4.4 Métodos apontados para verificar a aceitação alimentar do paciente internado

Saber como o paciente se alimentou já é uma tarefa mais difícil para os entrevistados. Eles recorrem, sem muita certeza, às informações do próprio doente mais uma vez, ao relatório de enfermagem e aos sinais clínicos e laboratoriais associados à conversa com o paciente. Na Figura 18, são encontradas as justificativas relacionadas pelos entrevistados de medicina.

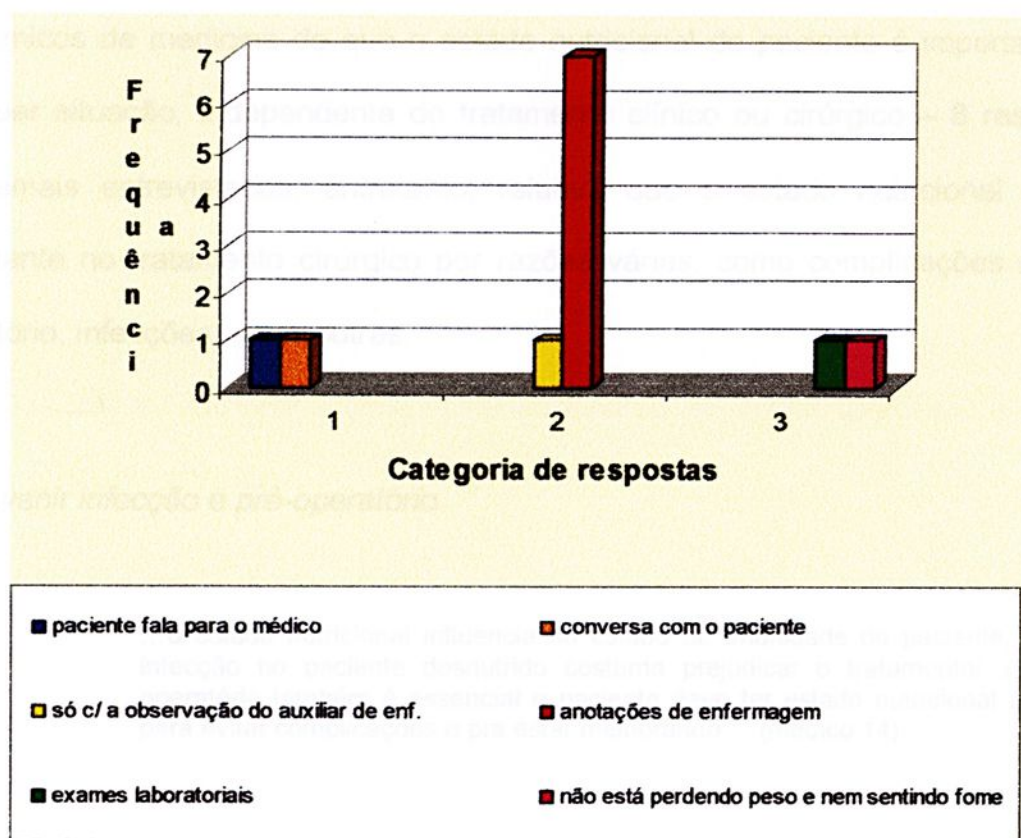


FIGURA 18 – Relatos de como o acadêmico de medicina constata se o paciente comeu bem: 1- informação do paciente; 2- através do relatório de enfermagem; 3- sinais clínicos e laboratoriais.

5.2.1.4.5 Crenças sobre a Importância do Estado Nutricional para o paciente hospitalizado

O Estado Nutricional do doente é importante sempre, pois está relacionado aos fatores já ditos anteriormente: quanto mais o doente estiver desnutrido, maior o seu tempo de hospitalização, o gasto do hospital e mais difícil a sua reabilitação para assumir suas funções na sociedade.

Os relatos mostraram que há uma conscientização de alguns acadêmicos de medicina de que o estado nutricional do paciente é importante em qualquer situação, independente do tratamento clínico ou cirúrgico – 8 respostas. Os demais entrevistados, entretanto, relatam que o estado nutricional é mais importante no tratamento cirúrgico por razões várias, como complicações no pós-operatório, infecções, entre outras.

a) *Prevenir infecção e pré-operatório*

...o estado nutricional influencia no estado de imunidade do paciente, qualquer infecção no paciente desnutrido costuma prejudicar o tratamento/.../ no pós-operatório também é essencial o paciente deve ter estado nutricional adequado para evitar complicações e pra estar melhorando... (médico 14).

e) *Auxilia tanto no tratamento clínico quanto no tratamento cirúrgico*

Bom, cirúrgico é bem estabelecido. Se tiver uma hipoproteïnemia, dificilmente vai ter um bom resultado cirúrgico; a recuperação dele tanto da parte cicatricial como

outras coisas vai ficar bem prejudicada. O aporte calórico também dificilmente o paciente desnutrido vai ter uma boa recuperação, principalmente cirúrgico. E... clinicamente também; se estiver desnutrido, dificilmente, mesmo com todas as medicações, ele vai melhorar ou vai melhorar muito, não da forma como ele deveria melhorar, mais lentamente, e também fica é claro mais sujeito a todas as patologias no hospital, infecção hospitalar, de maneira geral (médico 04).

5.2.1.5 DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA SOBRE NUTRIÇÃO

As informações obtidas, quando se procurou levantar - nos relatos - os conhecimentos adquiridos sobre nutrição permitem identificar que os acadêmicos avaliam como é abordado e contemplado o tema em sua formação, apontam falhas e dão sugestões.

5.2.1.5.1 Clínicas citadas e fatores relacionados ao maior destaque dado ao tema nutrição

Não há disciplina específica básica que aborde nutrição na graduação de medicina, assim como não está contemplado de forma sistemática o ensino para avaliação do estado nutricional, nutrição e intervenções na maioria das clínicas onde os acadêmicos de medicina realizam o internato. São denominadas clínicas, as especialidades que o acadêmico irá estagiar durante o período de internato. Algumas clínicas como a Gastroenterologia e a Cirurgia do Aparelho

Digestivo são relatadas como as que dão uma ênfase maior ao estado nutricional e à alimentação do doente. O fato das outras clínicas não exigirem a avaliação do estado nutricional faz com que os acadêmicos não pratiquem o aprendizado construído nas clínicas citadas, não fixando, assim, o conteúdo. Esse problema aparece em citação pelos entrevistados, como é mostrado a seguir.

As clínicas citadas por estes entrevistados são aquelas, que não somente na opinião deles - são as que mais atuam em nutrição - mas que é consenso, na opinião dos outros profissionais que trabalham no hospital, como enfermeiros e nutricionistas. Os resultados são mostrados na Figura 19.

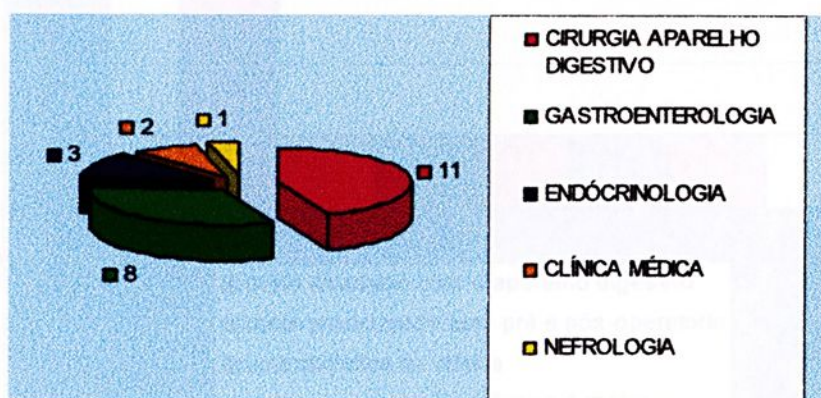


FIGURA 19 – Clínicas citadas pelos acadêmicos de medicina como tendo abordagem maior em nutrição.

Na opinião dos entrevistados, os profissionais que atuam em clínicas que atendem pacientes portadores de alterações gastrintestinais, demonstram maior preocupação com a nutrição, *"talvez porque eles mexam mais com o trato gastrointestinal e cirúrgico, e saibam manusear melhor o paciente (médico 06)"*; ou da própria especialidade do docente em terapia nutricional e, portanto, passam a ter

maior exigência de conteúdos, com apresentação de temas e visitas à Divisão de Nutrição e Dietética, conforme aparece no relato a seguir: *“porque eles são mais organizados com relação ao problema, tem uma preocupação maior (médico 03)”*.

Nos Figuras 20 e 21 são ilustradas as categorias de resposta encontradas nas entrevistas realizadas.

a) *Fatores inerentes às clínicas, aos docentes ou rotina.*

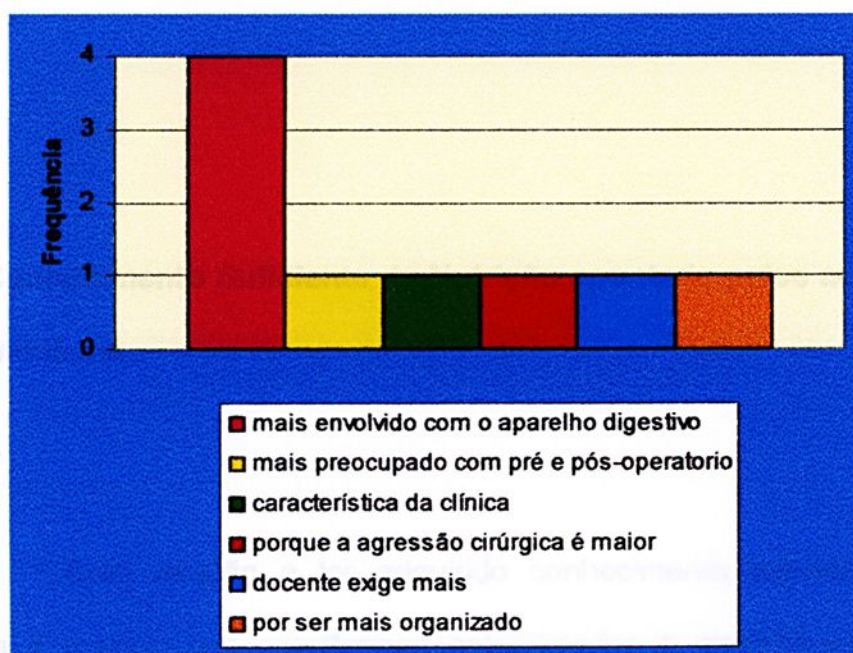


FIGURA 20 – Causas apontadas pelos entrevistados de medicina sobre maior importância que algumas clínicas dão à nutrição.

b) *Fatores relacionados à preocupação dos responsáveis das clínicas citadas como mais preocupadas com nutrição.*

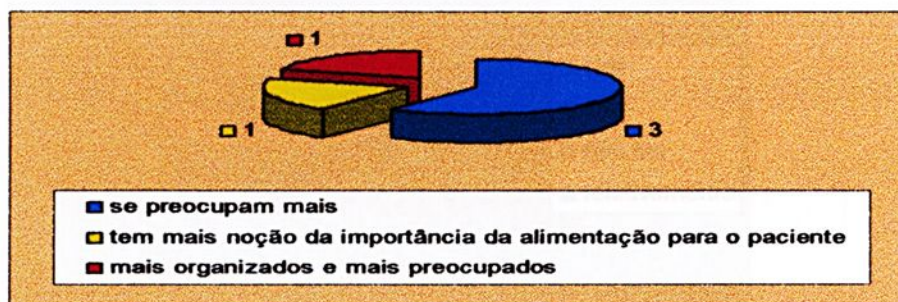


FIGURA 21 – Causas apontadas pelos entrevistados de medicina para maior preocupação em nutrição

5.2.1.5.2 Conhecimento Suficiente de Nutrição apontado pelos acadêmicos de Medicina

Com relação a ter adquirido conhecimento suficiente durante o curso, para a maioria dos acadêmicos entrevistados é insuficiente, “*Não é tão simples como parece, um curso de nutrição daria uma noção maior para o médico. (médico 05)*” - como se vê na Figura 22. Embora alguns afirmem que o conhecimento é suficiente como médico recém-formado – “*eu acho suficiente no meu nível de acadêmico, recém-formado (médico 02)*” - ou que não sabem referir se seria ou não suficiente para a sua vida profissional – “*na verdade a gente não dedica muito tempo a esta parte... então não sei se seria suficiente. (médico 04)*”.

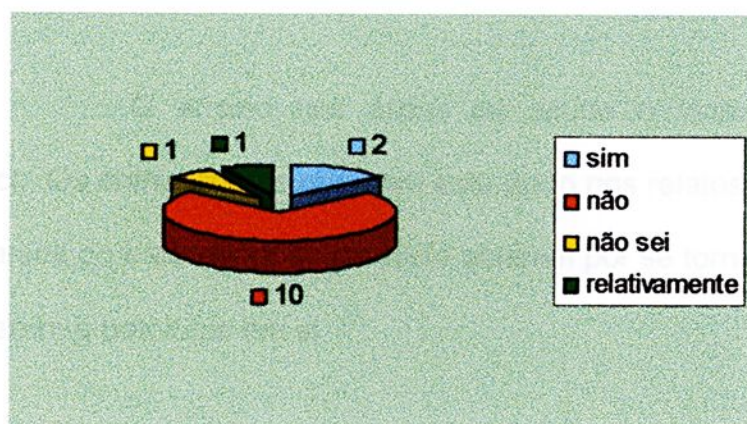


FIGURA 22 – Conhecimento de Nutrição apontado como suficiente pelos acadêmicos de medicina.

A questão se houve falha – uma vez que o conhecimento de nutrição é referido pelos entrevistados como insuficiente - vem acompanhado de diversas justificativas, desde o desempenho de o aluno ser menor do que se esperava até as questões curriculares como o conhecimento superficial, as clínicas não exigirem, entre outros. Outra questão que surgiu durante as entrevistas, foi o prejuízo da greve de seis meses, que inviabilizou muitos estágios; neste período, não houve atendimento ambulatorial e nem internamento para cirurgias e tratamentos eletivos. A coleta de dados não foi realizada nesta época, uma vez que a greve se iniciou em setembro de 2001 até fevereiro de 2002, e os dados coletados foram após esta data; mas os efeitos provocados por ela estavam indeléveis nos acadêmicos entrevistados. Embora, o conteúdo tenha sido ministrado posteriormente, alguns se sentiram prejudicados naquele momento, apontando falhas na transmissão do conhecimento. A seguir, são mostradas as justificativas por categorias.

a) Ensino direcionado para a doença

O ensino nas áreas de saúde é tecnicista, voltado para o biológico. Os entrevistados pontuam este dado nos relatos, mostrando que áreas importantes do tratamento do paciente acabam por se tornar secundárias por não envolverem a patologia em si.

...Pelos anos que nós temos da parte acadêmica e de internato, não é muito... frisada a parte nutricional, a alimentação, o balanço, o que um paciente deve alimentar, ingerir ou não. É mais direcionado para parte patológica, doença, tratamento, atuação em determinadas patologias, o que acaba deixando de lado um pouco a nutrição (médico 05).

b) Aprendizagem direcionada para a administração de medicação

A aprendizagem está mais direcionada à administração correta da medicação para o paciente. A alimentação é vista como mais um item da prescrição, e alguns acadêmicos acreditam que o fato de não terem sido exigidos nestes aspectos diz respeito ao próprio docente não estar certo se há algum problema nutricional a ser avaliado no paciente.

Bom, no começo, nos primeiros anos de faculdade no primeiro, segundo ano, a gente tinha aquela idéia teórica: depois que a gente vem para o hospital, a gente praticamente, tem que aprender a lidar com antibiótico, com medicação, com soro; agora a dieta ninguém nunca questionou. Talvez seja até falta de questionar. A obrigação da gente é questionar e ir atrás, talvez eles mesmos não saibam; os docentes não sabem lidar com isso; eles só perguntam se tem algum tipo de dieta para esse paciente e só. Eu acho que é por aí (médico 06).

c) A disciplina específica não está contemplada na formação básica

Como já foi discutido anteriormente, as clínicas onde os acadêmicos de medicina têm alguma chance de aprender sobre nutrição são a Gastroenterologia e a Cirurgia do Aparelho digestivo. Como eles mesmos afirmam, não há uma disciplina no básico que os ensine a valorizar a questão nutricional.

Ah eu acho que...a falha vem desde o básico assim porque durante o curso básico, não se discute tanto questões de nutrição; mas quando a gente tem a disciplina de Gastro e CAD, que é mais discutido. Fora da disciplina, também acaba passando batido. Então...como a gente aprende a dar mais importância do que a gente vê desde o começo, no que é mais enfatizado, acaba sendo não muito rígido, como deveria (médico 04).

d) O conhecimento adquirido é superficial

O fato de haver pouca ou nenhuma exigência quanto ao conhecimento adquirido nas outras clínicas sobre nutrição torna o aprendizado superficial. Como eles mesmos relatam, poucos sabem fazer o cálculo de necessidade calórica do paciente internado e controlar esse dado de forma segura. Na opinião dos próprios entrevistados, falta embasamento teórico.

Acho que conhecimento, tanto de como administrar uma dieta num paciente politraumatizado até sadio, quem está em crescimento que tem câncer que são doentes hipercatabólicas é:: tanto quanto balanço protéico calórico que todo mundo cobra a gente, mas assim na realidade ninguém sabe controlar a fundo; faz mais ou menos ou pergunta pra vocês eu acho que faltou embasamento mais teórico, não aprendi assim porque é hipertenso é hipossódico é diabético e sem açúcar porque nos fins das contas foi assim que a gente aprendeu e a gente não sabe a repercussão de tudo isso se dá uma dieta às vezes ele é hipertenso, mas pode comer um pouco de sal e isso aí a gente num aprendeu a gente vai fazendo com resposta clínica; piorou você tira então a gente vai fazendo assim (médico 11).

e) A conduta prática não é igualmente valorizada para todos os pacientes

Os entrevistados relatam que não há continuidade na prática aprendida. O que é padrão numa clínica, avaliar o doente, fazer os cálculos calóricos, acompanhar a evolução do seu estado nutricional concomitante ao seu estado clínico, não é padrão para outra, dificultando assim a aprendizagem.

Bom, sem dúvida se todas as clínicas... pelas quais nós passamos exigissem... não tanto exigir, mas enfatizar a importância se toda equipe... abordasse esse tema com mais frequência... ficaria mais fácil; mas realmente é um tema que a gente aborda e eventualmente num paciente ou outro e... normalmente assim a gente não avalia o estado nutricional do paciente... de todo paciente e... nem é abordado em todos os paciente se o seu estado nutricional é adequado... (médico 14).

f) A aprendizagem está na dependência de um modelo que valorize a disciplina

A falha na aprendizagem acontece durante todo o curso, segundo os entrevistados de medicina; mas no internato, o período de aprendizagem prática, parece que a aprendizagem fica condicionada a um modelo que valorize a questão nutricional e que deve ser copiado, para que ocorra a aprendizagem.

Falha? Acho que tem falha durante o curso inteiro. Em vários lugares que poderia ser abordado e não é. E a gente nesse esquema que é o internato, a gente segue muito o exemplo. A gente aprende com exemplo, segue os exemplos do residente, do docente, e... a gente vê que o interesse não é grande nesta área e você acaba não se interessando muito, mesmo. E eu acho que isso deveria acontecer (médico 03).

g) Greve

Como comentado anteriormente, em 2001, a Universidade Estadual de Londrina passou pelo período de greve mais longo dos últimos anos. Foram seis meses em que somente o pronto-socorro e as emergências foram atendidos por falta de outro serviço que cumprisse essa tarefa. Os estágios ambulatoriais, cirurgias programadas e atendimentos eletivos foram paralisados, dificultando a aprendizagem prática destes acadêmicos que se viram ao final do curso com uma paralisação tão prolongada. Alguns entrevistados se julgaram que seu conhecimento foi prejudicado em razão da greve.

Eu acho que houve falhas na greve que a gente, embora tenha visto teoria o tema não foi e teve professores interessados em fazer o tema com a gente: mas por mais que você estude é:: nutrição você não está sabendo os resultados, você não tem previsão de fazer, o diagnóstico, fica muito difícil, então eu acho que a culpa é da greve (médico 13).

5.2.1.5.3 Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de medicina

Vários conhecimentos de nutrição foram considerados como desejados pelos entrevistados; mas dentre os citados, pode-se agrupá-los como conhecimentos genéricos de dietas, suporte nutricional, abordagem contínua, curso completo de nutrição e diagnóstico de nutrição.

a) Conhecimento geral ou genérico de dieta

Os entrevistados apontam para um conhecimento de nutrição mais genérico e que possa auxiliá-los nas atividades diárias, mesmo fora do hospital – “se eu estiver num posto (de saúde) e vier um paciente que deveria fazer dieta, um hepatopata talvez, eu não vou saber fazer essa orientação, porque eu não tive esse conhecimento. (médico 01)”. Os conhecimentos apontados por estes entrevistados estão ilustrados na figura 23.

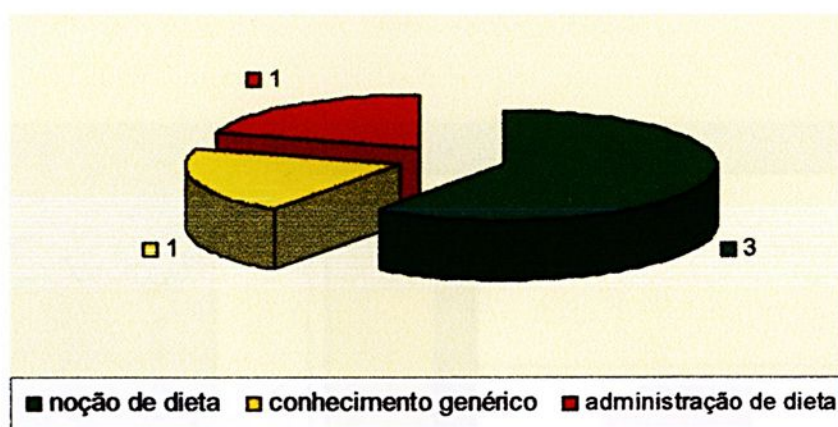


FIGURA 23- Conhecimentos de nutrição apontados pelos entrevistados de medicina como sendo desejado – Conhecimento Genérico de Dieta.

b. Suporte Nutricional

A necessidade de conhecer mais acerca de suporte nutricional aparece em três relatos dos entrevistados de medicina. O Suporte Nutricional é composto de: planejamento e execução de nutrição enteral (via sonda ou ostomias) e nutrição parenteral (administração de nutrientes via venosa). São assuntos específicos do hospital, mas cabe ao médico planejar e instituir esse tipo de terapia para pacientes em condições clínicas especiais: – *“Eu acho que suporte nutricional porque ou o paciente está eutrófico e não precisa de uma conduta diferenciada, ou ele está desnutrido e precisa de suporte nutricional, acho que falta orientação neste sentido (médico 14)”*. A figura 24 mostra os resultados desta categoria.

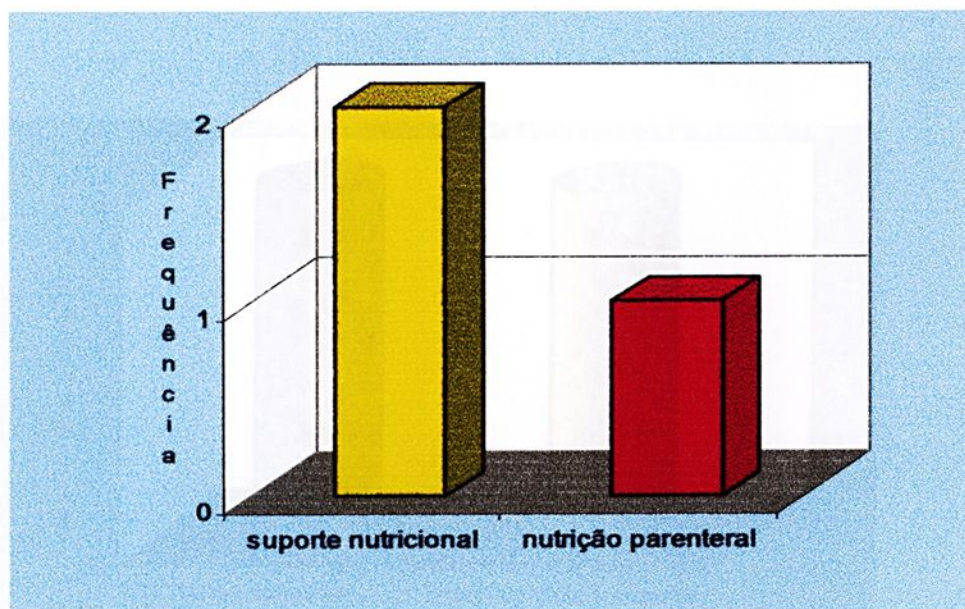


FIGURA 24- Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de medicina – Suporte Nutricional

c - Curso Completo de Nutrição

A necessidade de ter um curso completo de nutrição apontada em duas das entrevistas, possivelmente se deve à falta de uma disciplina formal de nutrição durante a graduação de medicina. Com a mudança curricular e a adoção do PBL, as disciplinas deixaram de existir, mas o conhecimento de nutrição não foi transmitido a este grupo de entrevistados, que pertenciam ao currículo tradicional. Como relata o acadêmico de medicina entrevistado – “*durante a fase acadêmica a gente não tem praticamente nada de curso e o que tem dependeria de algumas clínicas que para mim, não foi suficiente. (médico 13)*”. Na Figura 25, são apontados os dois conhecimentos desejados por estes entrevistados.

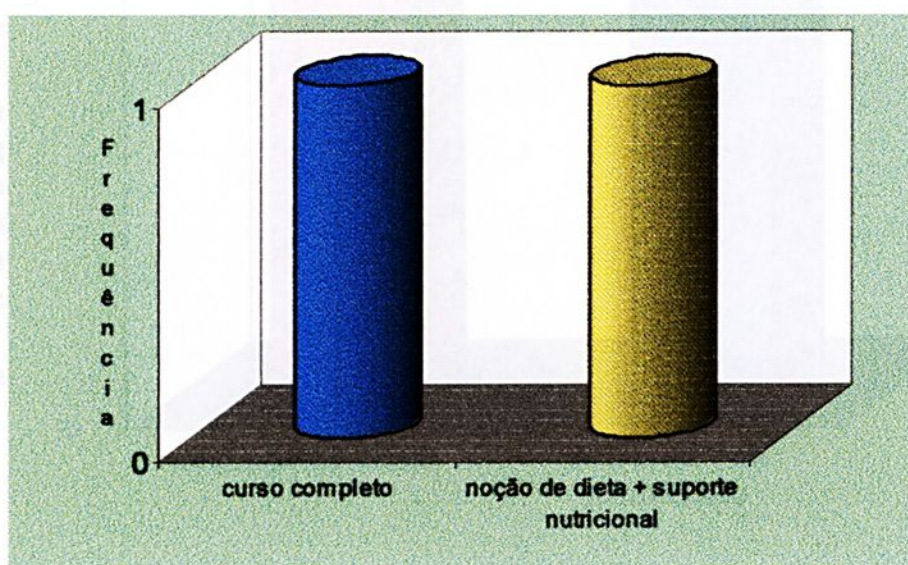


FIGURA 25– Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de medicina – curso completo de nutrição

d) Abordagem Contínua

A abordagem contínua desejada pelos entrevistados de medicina envolve a normatização da aprendizagem e a não interrupção dos conhecimentos aprendidos, ou seja, aprender a fazer e observar os critérios de nutrição do paciente, não só naquelas clínicas onde há um docente com maior envolvimento com a nutrição do paciente, mas em todas as clínicas por onde estagiam. – *“você passa por duas clínicas, uma junto da outra que aborda isso, e nas outras clínicas nunca aborda, então não tem uma seqüência, e um conhecimento que você tem agora e depois ele vai diluindo. (médico 02)”*. A Figura 26 mostra os conhecimentos desejados dentro da Abordagem Contínua.

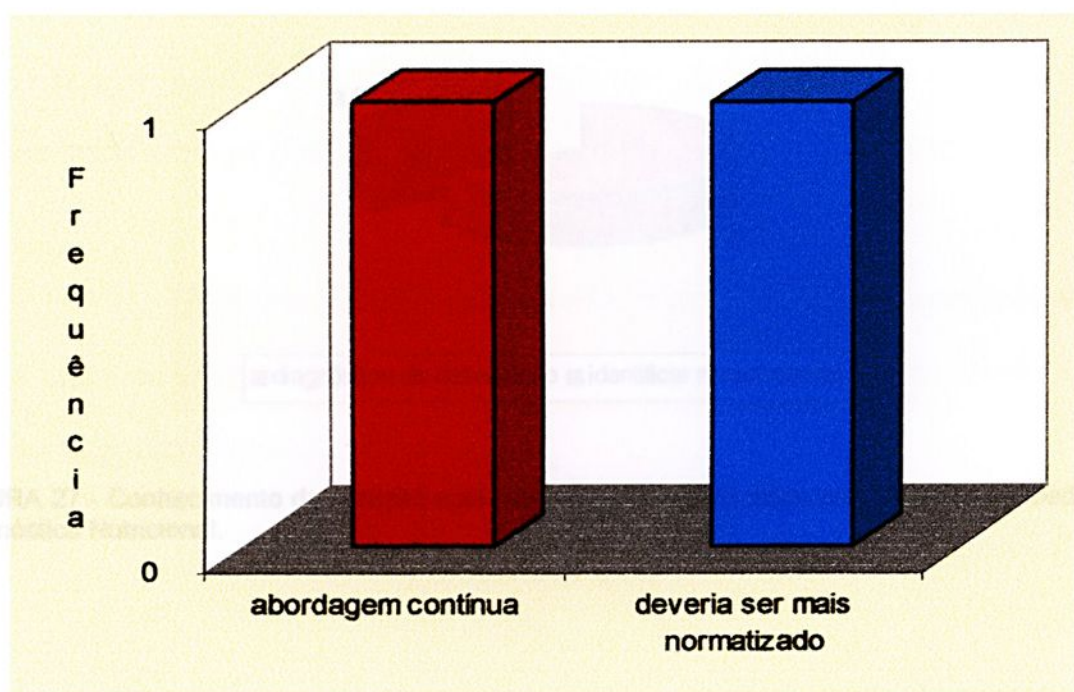


FIGURA 26 - Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de medicina – Abordagem Contínua

e - Diagnóstico Nutricional

Dentro de diagnóstico nutricional pode-se citar a falta que o acadêmico entrevistado sente mais uma vez da normatização de um método ou critério que o auxilie na detecção da desnutrição. Na visão dos entrevistados, conhecer os parâmetros de avaliação nutricional e saber em quais situações utilizá-los pode ser útil para a vida profissional. Como relata este entrevistado: *“como a gente usa isso todo dia (a avaliação nutricional) deveria ter isso bem sedimentado, eu acho que se fosse trabalhado em todas as disciplinas a gente teria isso mais perto. (médico 15)”* A Figura 27 registra os conhecimentos desejados desta categoria.

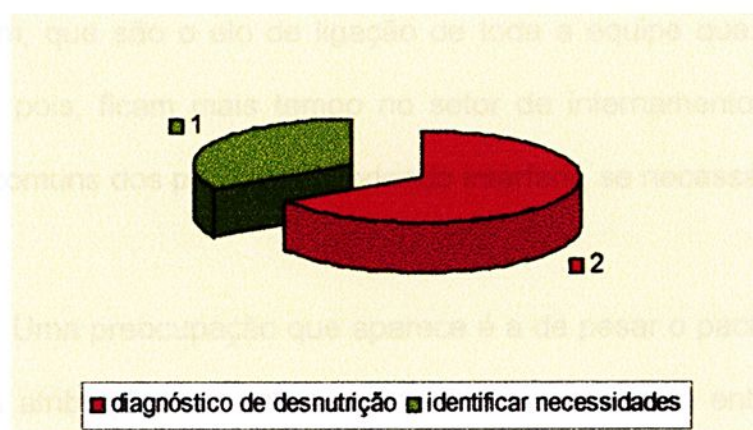


FIGURA 27 - Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de medicina – Diagnóstico Nutricional.

5.2.2 RELATO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

5.2.2.1 CONSIDERAÇÕES DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM SOBRE O PAPEL DO ENFERMEIRO E DE OUTROS PROFISSIONAIS NO CUIDADO NUTRICIONAL DO DOENTE

O enfermeiro tem seu papel melhor definido. Os acadêmicos têm claro que a administração e avaliação de ingesta do doente internado é responsabilidade de sua equipe – auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Sabem, também, que são o elo de ligação de toda a equipe que está em contato com o doente, pois, ficam mais tempo no setor de internamento e conhecem as queixas, mais comuns dos pacientes, podendo interferir, se necessário.

Uma preocupação que aparece é a de pesar o paciente que embora esteja entre as atribuições da enfermagem, é como o próprio entrevistado coloca: *“um papel pouco explorado”*.



5.2.2.1.1 Avaliação da Ingesta

Dentre as funções citadas como o papel do enfermeiro no cuidado nutricional do doente, está presente em mais da metade dos relatos dos entrevistados a avaliação da ingestão do paciente (11 citações) – considerado parte do cuidar da enfermagem.

a) *Avaliar a ingestão*

...o enfermeiro, a partir da prescrição médica tem que estar observando a aceitação do paciente, se o paciente está conseguindo deglutir... se alimentar... o tipo de alimentação que está vindo para ele... porque o médico prescreve; só que se não tiver enfermagem que observa /.../ observando a aceitação dele e a partir disso:... fala para o médico e aí ele prescreve a dieta adequada que precisa melhorar que precisa... mudar o tipo de alimentação...(enfermeiro 04).

b) *Administrar a Dieta*

O enfermeiro considera que também é sua atribuição a administração da dieta ao paciente, quer seja enteral, parenteral ou via oral, sendo este um outro aspecto do cuidar o paciente.

É favorecer a alimentação com medidas para que o paciente tenha acesso à alimentação; por exemplo, paciente que não pode se levantar você oferece a alimentação... administração da alimentação seja parenteral, enteral... (enfermeiro 09).

c) Pesar o paciente

O acadêmico de enfermagem esclarece, também, que apesar de ser papel de sua equipe pesar o paciente diariamente, essa função não se efetiva e torna-se um procedimento importante, mas relegado a segundo plano.

O papel é muito complexo, mas ao mesmo tempo pouco explorado porque só o fato de você pesar o paciente todo o dia acho que não caracteriza.../ nosso atendimento mesmo porque é assim... a gente aprende teoricamente que deve ser pesado todo dia... mas isso não é feito...(enfermeiro 10).

5.2.2.1.2. Favorecer a integração da equipe

Ser parte da equipe que cuida do paciente e elo de ligação da equipe com o paciente, é um papel bem lembrado pelo entrevistado de enfermagem (04 citações), que supervisiona, que conversa com o paciente e passa as informações colhidas para o médico, o nutricionista, o fisioterapeuta, enfim, todos os que cuidam do doente.

...o papel do enfermeiro seria... "supervisionar" as orientações que vêm da nutrição e participar, trabalhar paralelo ao nutricionista, sugerindo alguma alteração ou adaptação ou como eu poderia dizer: esse paciente pode mudar o que se acha é uma interação é:: interdisciplinar então seria principalmente o enfermeiro, nutricionista e médico... (enfermeiro 15).

5.2.2.1.3 A importância dos profissionais citados no Cuidado Nutricional do

5.2.2.1.4 Paciente Internado:

Entre os profissionais considerados importantes pelos entrevistados, há um maior número de citações para o nutricionista, diferentemente do médico, que o cita, mas em menor percentual.

O enfermeiro valoriza, também, a sua equipe no papel do auxiliar que acaba por dar assistência à alimentação daqueles pacientes que não podem comer.

Na figura 28, vê-se os profissionais relacionados como importantes para o cuidado nutricional do doente, por acadêmicos de enfermagem.

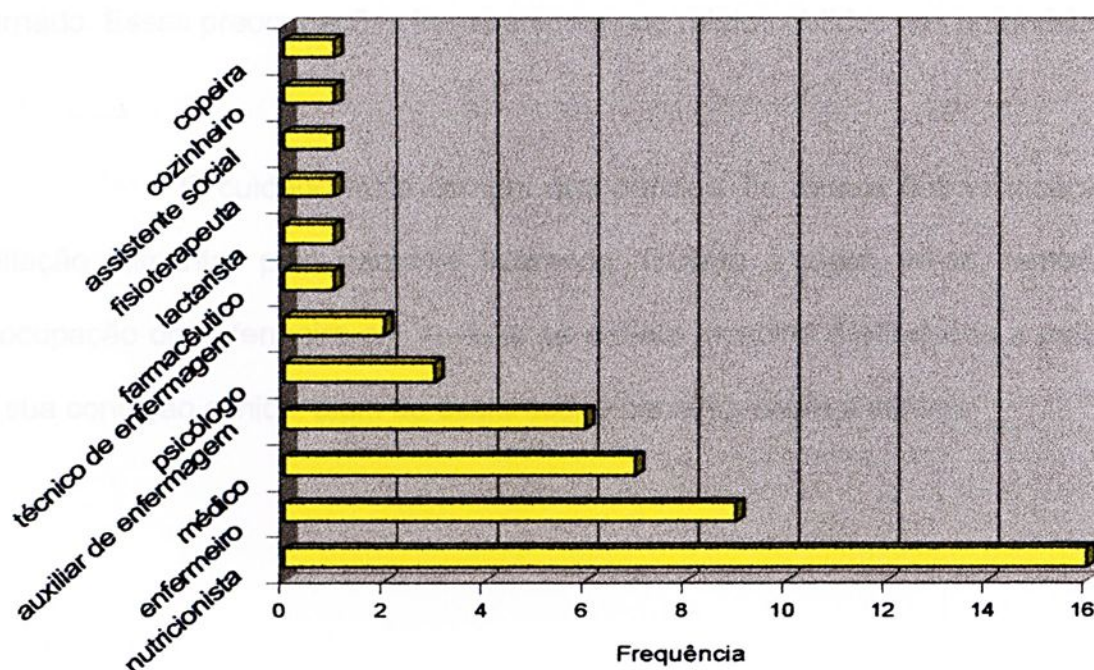


FIGURA 28 – Profissionais citados como importantes no cuidado nutricional do doente internado.

5.2.2.1.4. Cuidados referentes à alimentação

O enfermeiro é um profissional voltado, não só para a assistência ao paciente internado, mas também ao paciente ambulatorial, pediátrico; ou seja; é um profissional generalista, que preocupado com o todo, com a assistência global do paciente, e sua formação o prepara para qualquer situação. É onde se constata, além da preocupação em administrar a dieta corretamente, a preocupação com a continuidade do tratamento fora do hospital, em ver se a dieta oferecida está condizente com a sua situação. Se, por exemplo, o paciente não tem dentes e recebe uma dieta com carne em pedaços; ou o paciente com seqüela de acidente vascular cerebral recebe uma dieta que não consiga deglutir, em ambos os casos, a interferência do enfermeiro é positiva na forma de assistência, cuidado ao paciente internado. Essas preocupações transparecem nos relatos obtidos nas entrevistas.

O cuidado mais comum que permeia os relatos é a verificação da aceitação alimentar pelo paciente internado. Quanto à dieta, vê-se, também, a preocupação do enfermeiro em verificar se a dieta recebida é adequada à patologia e à sua condição clínica, além de esclarecer o paciente sobre a ingesta.



a) Verificar aceitação

O enfermeiro deve verificar a aceitação do paciente, pois como elo de ligação com a equipe, precisa informar aos responsáveis pelo doente ou fazer pequenas mudanças, de forma a dar conforto ao paciente.

Ah você estar vendo/... /se o paciente está ingerindo mesmo a comida... se ela está do gosto dele... se ele está deixando muita comida, essas coisas (enfermeiro 05).

b) Verificar adequação

O enfermeiro, dentro da unidade, é responsável por incentivar o paciente a se alimentar e, muitas vezes, explicar a importância da alimentação recebida para o seu tratamento. Se o paciente não consegue se alimentar por inadequação da dieta oferecida, é função dele realizar as mudanças para que a alimentação ocorra.

Primeiro o tipo de dieta que é prescrito pra ele. Se for uma dieta correta, uma dieta que não vai trazer problemas pra ele e... você... incentivar a aceitação alimentar é um cuidado importante/... /é o paciente que precisa de uma dieta assistida, precisa de um pouco mais de cuidados, mais atenção porque às vezes ele não consegue comer... sozinho é lógico né? Então, ele precisa de alguém pra estar ali assistindo, por exemplo, prótese que às vezes o pessoal tira do paciente... deixa com outro setor e esquece de nos falar e vem uma dieta geral: ele está sem prótese e acaba sem condição de mastigar...(enfermeiro 07).

c) Esclarecer o paciente

O enfermeiro deverá esclarecer ao paciente sobre a dieta que está recebendo e dos benefícios que a alimentação trará, visto que alimentar-se adequadamente é fundamental.

Que ele esteja ciente... do que ele está comendo porque ele vai comer, porque ele precisa se alimentar, assim se é uma alimentação diferente... acho que é isso (enfermeiro 09).

5.2.2.2 INTERVENÇÃO PROFISSIONAL QUANDO O PACIENTE NÃO SE ALIMENTA

A intervenção observada no relato dos enfermeiros é mais expectante; ele conversa com o paciente, observa-o, até o ponto em que se iniciam os prejuízos orgânicos; se manifestam sinais de piorar, o enfermeiro comunica-se com o médico para propor uma conduta “mais invasiva”, o uso de uma alimentação por sonda enteral, que “força”, torna adequada a alimentação do paciente.

Diferentemente dos entrevistados de medicina, dos 19 entrevistados, um apenas respondeu que não faria uma intervenção caso o paciente não se alimentasse, na concepção deste entrevistado: “*intervir é o papel do médico*”.

5.2.2.2.1 Responsabilidade de intervenção quando o paciente não se alimenta

A responsabilidade da intervenção, assim como no relato do acadêmico de medicina, recai sobre o próprio profissional. Na opinião destes entrevistados, se ele está acompanhando o paciente, nada mais justo do que ele próprio proceder a intervenção. Neste caso, como se viu anteriormente, será uma conversa, a observação e o contato com o médico, o nutricionista, para que se façam as alterações necessárias. Na figura 29, são apontados pelos entrevistados quais são os profissionais considerados responsáveis pela intervenção, quando o paciente não se alimenta. A somatória das respostas mostra um número maior do que o número de entrevistados, uma vez que alguns profissionais foram citados em conjunto com outros, o que resultou em um número maior de profissionais contemplados.

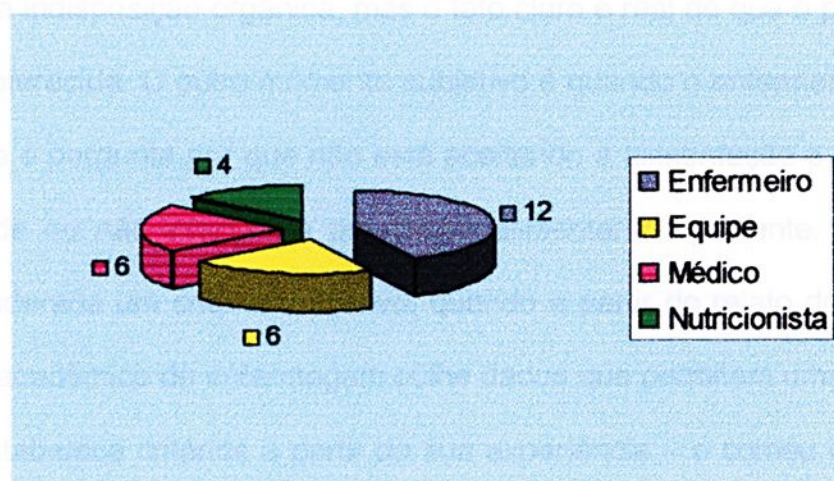


FIGURA 29 - Profissional apontado como responsável por realizar intervenção no paciente desnutrido, segundo entrevistados de enfermagem.

5.2.2.2 Momento em que ocorre a intervenção quando o paciente não se alimenta

Como nos relatos dos entrevistados de medicina, a intervenção realizada pelos acadêmicos de enfermagem acontece a partir da percepção: observa que o paciente não consegue se alimentar ou quando há uma diminuição do peso e do apetite. Citam, também, como momento de intervenção quando há algum prejuízo para o tratamento do paciente: *"no momento em que ele está tendo um agravo da situação dele, por não estar comendo (enfermeiro 13)"*.

Entre as categorias abaixo, as três primeiras referem-se a critérios subjetivos de avaliação para realizar algum tipo de intervenção adotado pelos acadêmicos de enfermagem. O enfermeiro realiza a intervenção a partir do momento que ele percebe que o paciente não está aceitando e que o não comer, não representa uma indisposição orgânica, mas o fato claro e real de que o paciente não aceita a dieta oferecida. O outro momento subjetivo é quando o enfermeiro conversa com o paciente e pergunta por que não está aceitando a alimentação e partir dessa conversa decide ou não intervir na prescrição alimentar do paciente. A conversa pode ser considerada um critério subjetivo, quando a partir do relato do paciente o enfermeiro ou acadêmico de enfermagem colhe dados que permitam uma inferência, ou seja, ele estabelece critérios a partir da sua experiência – o comeu bem ou não comeu bem, ou está aceitando frutas no lugar da refeição vai ser baseado no que ele considera importante naquele momento. O terceiro critério subjetivo depende da observação do paciente, da sua aceitação alimentar, do seu hábito alimentar. O enfermeiro avalia e decide quando intervir.

Um critério adotado por ele é realmente objetivo, e tem a ver com o peso do paciente e a diminuição do apetite. Ambos são aspectos mensuráveis do paciente internado. O doente pode ser pesado e a diminuição do apetite pode ser anotada na prescrição de enfermagem e demonstrada diariamente, provando o quanto o paciente está sendo prejudicado e que deve haver uma intervenção para que seu estado clínico não piore, levando-o à desnutrição.

a) A partir da percepção

Logo que você percebe que ela (a paciente) não está aceitando... a alimentação não assim de imediato, porque às vezes primeiro é só uma... indisposição momentânea que talvez daqui a pouco você pode estar conversando com ele e... incentivando, mas... o interessante é que houvesse condições de você já intervir imediatamente. Porque...o déficit nutricional do paciente... internado... é muito negativo pra recuperação dele...(enfermeiro 07)

b) Na conversa

À medida que vão acontecendo as entrevistas com os pacientes vão me passando exame físico, vão conversando com o paciente cada paciente/... /daí a gente vai vendo o motivo... se ele se alimentou senão se alimentou o porquê... e daí a gente vai/... /intervir (enfermeiro 09).

c) A partir da observação

Se você vê que esse paciente não está comendo há vários dias, por exemplo, em um dia não aceitou o café da manhã, mas aceitou o almoço... então você tem que observar mesmo se está quantos dias... É uma coisa particular... se você deixou de se alimentar faz dois dias... ou se não, por exemplo, só o café da manhã que você não come porque... aí é uma coisa que:: depende de paciente para paciente (enfermeiro 14).

d) Quando há diminuição do peso e do apetite

É quando o paciente não quer se alimentar... mas isso não no primeiro momento... passou hoje aceitar pouco... amanhã... já começa a diminuir e a gente nota que essa diminuição da aceitação alimentar ele também começa a diminuir peso... turgor de pele... ele já começa a ter um pouco de flacidez a gente já começa a se preocupar:: né? Até antes mesmo, mas a preocupação maior vem quando ele começa a ter características de desnutrição (enfermeiro 06).

5.2.2.2.3 Relato de intervenção realizada caso o paciente não se alimente

Observou-se, nos relatos, que o tipo de intervenção do enfermeiro é a conversa, a observação da ingesta do paciente, visto que antes de tomar uma conduta, terá que conversar com o médico e sugerir uma alteração do procedimento, pois a prescrição da mudança partirá dele.

a) Conversar com a equipe

O tipo será conversar com o médico... analisar... muitas vezes chamar a nutricionista ver o que esse paciente... porque muitas vezes ela não está comendo porque ele não gosta daquele tipo de dieta... então mudar a dieta outras vezes porque algum problema patológico mesmo não está deixando ele se alimentar... então a gente tem que... trabalhar... como um todo as três realidades (enfermeiro 02).

b) Conversar com o paciente

Conversaria com o paciente pra ver sobre a alimentação a comida que ele está recebendo... porque ele não está comendo... se for uma comida que ele não gosta

tentar conversar com quem é responsável pela alimentação para ver se tem possibilidade de ser mudado... é isso (enfermeiro 13).

c) Oferecer alternativas

É adaptação da dieta... adaptação do horário... dependendo do paciente/... /oferecer.../ se ele não se alimenta se ele não quer comer tal alimento/... /oferecer mais um suco... uma variação da dieta... quer caminhar quer comer um pouco lá fora tem condições de ir lá fora... vamos lá fora come o alimento lá fora... é isso (enfermeiro 09).

d) Observação da administração da dieta

É... observação... é... administração dessa dieta... através do funcionário ou do enfermeiro mesmo... e... se eu não conseguir resultado uma avaliação da nutricionista porque daí já vem uma questão de sabor:... uma questão:: de alimento preferido, mas é isso (enfermeiro 06).

e) Procurar outras razões

A primeira intervenção eu acho que isso é uma intervenção é investigar o porquê ele está deixando de se alimentar qual é o motivo dele estar deixando de se alimentar, é uma intervenção (enfermeiro 15).

5.2.2.3 INFORMAÇÕES SOBRE DESNUTRIÇÃO

Quando se fala de desnutrição pela primeira vez, fica difícil para o acadêmico visualizar a sua responsabilidade no processo de estabelecimento da



iatrogenia. O fato de relacionar os sintomas e sinais mais freqüentes o torna mais consciente do que acontece com o paciente na enfermaria.

Diferentemente do que ocorreu com os entrevistados de medicina, observa-se aqui uma referência maior aos sintomas relacionados às alterações clínicas, como alterações de pele e cabelo, humor, e perdas (como diarreia e vômitos), que estão diretamente relacionados ao trabalho do enfermeiro. Ele observa os sinais clínicos e vê as alterações.

5.2.2.3.6 Sinais e Sintomas de desnutrição relatados pelos acadêmicos de Enfermagem

Embora os sinais mais citados tenham sido os referentes a alterações clínicas, observa-se, que sintomas relacionados à perda de peso, emagrecimento foram lembrados como característicos da desnutrição. Os mesmos critérios que justificam as diferenças entre sinais e sintomas descritos nos resultados de medicina se aplicam aqui, e, portanto, a figura 30- A mostra as alterações clínicas citadas como Sinais de desnutrição; e a figura 30-B mostra os Sintomas de Desnutrição citados pelos acadêmicos de enfermagem..

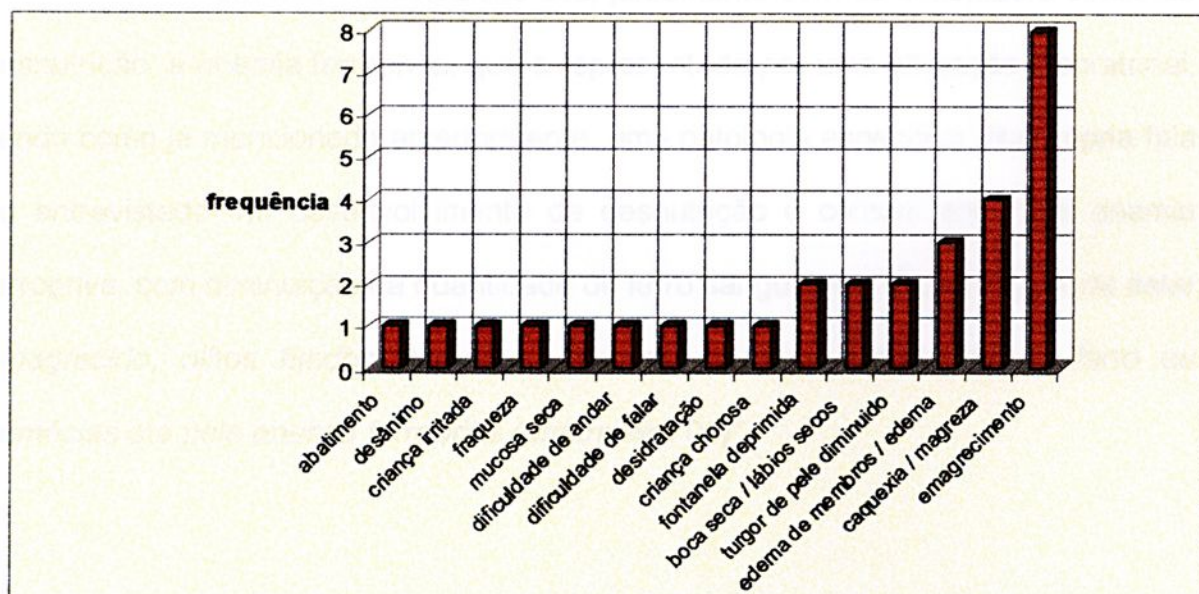


FIGURA 30- A – Sinais Clínicos relacionados à desnutrição citados pelos entrevistados de enfermagem.

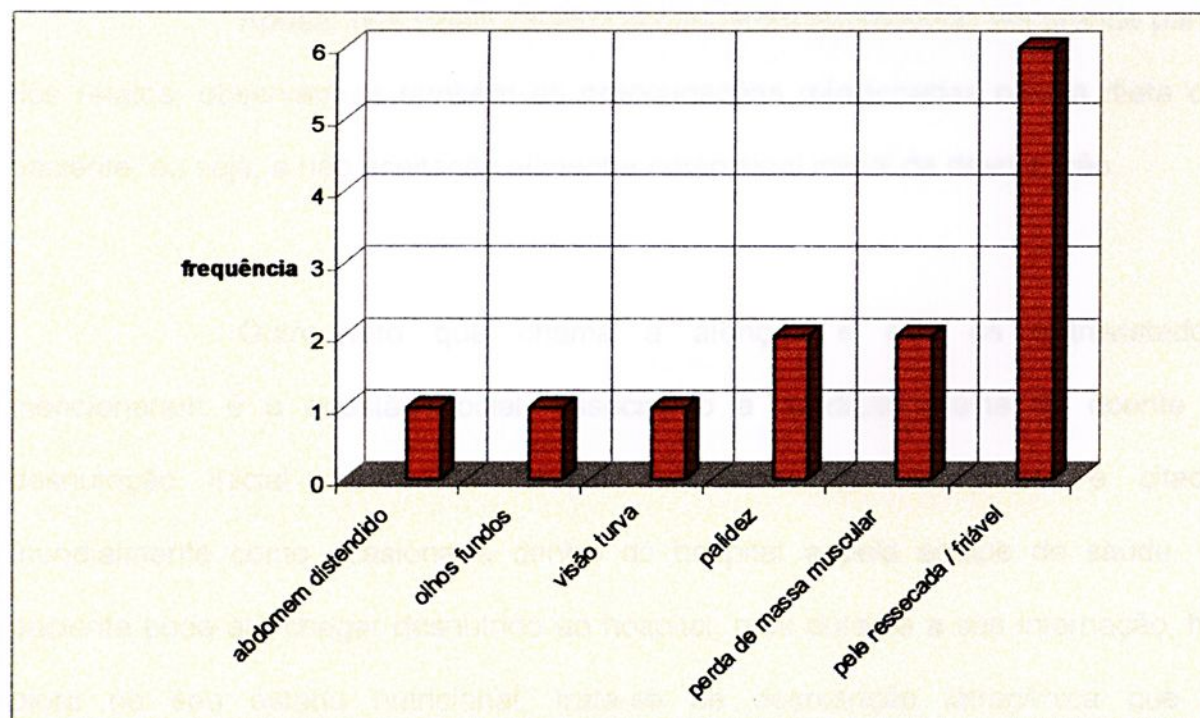


FIGURA 30- B – Sintomas relacionados à desnutrição citados pelos entrevistados de enfermagem.

Um dos entrevistados cita, juntamente com os sintomas e sinais de desnutrição, a anemia ferropriva, que é representada por uma alteração laboratorial, sendo como já mencionada anteriormente, uma patologia específica. Na própria fala do entrevistado, no desenvolvimento da desnutrição é comum encontrar anemia ferropriva, com diminuição da quantidade de ferro sanguínea: *“O paciente pode estar emagrecido, olhos fundos, ter algum edema, a baixa quantidade de ferro ou hemácias até pela anemia ferropriva (enfermeiro 06)”*.

5.2.2.3.2 Detecção inicial de desnutrição

Apesar dos sinais clínicos continuarem aparecendo em grande parte dos relatos, observam-se também as preocupações relacionadas com a dieta do paciente, ou seja, a não aceitação alimentar como sinal inicial de desnutrição.

Outro fato que chama a atenção é que os entrevistados mencionaram é a questão social, associando a condição prévia do doente à desnutrição inicial dentro do hospital. A desnutrição hospitalar é citada mundialmente como ocasionada dentro do hospital e pela equipe de saúde. O paciente pode até chegar desnutrido ao hospital, mas durante a sua internação, há piora no seu estado nutricional, trata-se de desnutrição iatrogênica que é responsabilidade da equipe de saúde.

Na Figura 31 são mostrados os resultados referentes ao reconhecimento do início da desnutrição.

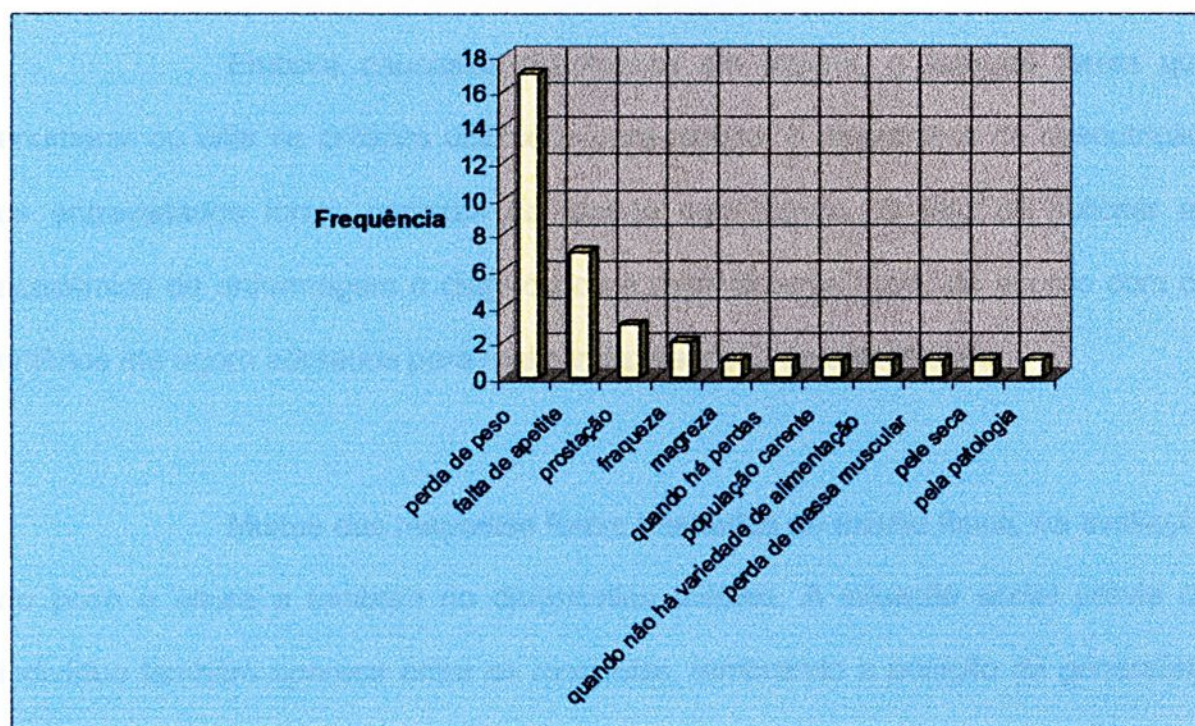


FIGURA 31 – Sinais relacionados ao reconhecimento inicial de desnutrição pelos entrevistados de enfermagem.

São relacionados pelos entrevistados de enfermagem além dos sinais e sintomas clínicos, fatores referentes à situação social e cultural do paciente – como importantes para sinalizar o início da desnutrição, o qual é relatado a seguir:

Primeiro as crianças que internam aqui, a maior parte é muito carente: a gente atende uma população humilde, então você já tem esse antecedente básico; porém nem todas deixam de ter comida é claro que tem, mas como se alimentam a forma como se alimentam, mas se alimentam de coisas que desnutrem da mesma forma não tem as proteínas sais minerais... então assim como que está sendo feita essa reposição aí de calorias... eu acho que essas são os indícios população carente alimentação errada em horas erradas é cultural...(enfermeiro 17).

5.2.2.3.6 Critérios de diagnóstico

Embora causasse estranheza em alguns, o fato de terem que enumerar ou citar os critérios utilizados para realizar o diagnóstico de desnutrição, os entrevistados foram capazes de fazê-lo com acerto. O fato de solicitar ao acadêmico de enfermagem o diagnóstico é relativamente novo, de acordo com os critérios até agora adotados para realizar a prescrição de enfermagem.

Muitas das respostas foram baseadas no exame físico, na avaliação do peso e altura e também no diagnóstico médico. A situação social prévia do indivíduo também aparece entre as respostas, lembrando a posição de generalista que o enfermeiro é chamado a ocupar.

Na figura 32 estão ilustradas as respostas para os critérios utilizados para diagnosticar desnutrição pelos entrevistados de enfermagem.

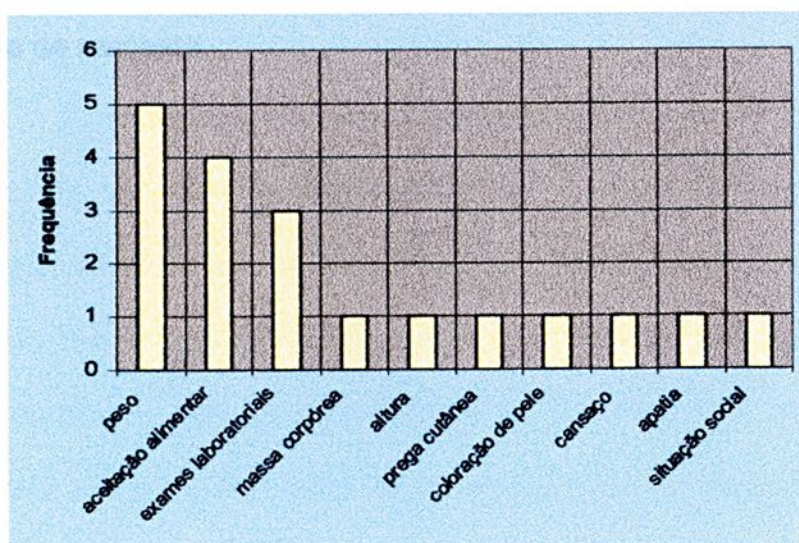


FIGURA 32- Critérios citados pelos entrevistados de enfermagem para diagnosticar desnutrição.

Dos entrevistados de enfermagem, quatro não souberam responder quais os critérios utilizados para diagnosticar desnutrição; um deles frisou que o diagnóstico deve ser realizado pelo médico.

5.2.2.3.4 Condutas, adotadas pelos entrevistados de Enfermagem, na Desnutrição

O enfermeiro, pelos relatos obtidos, parece ocupar um papel de espectador ainda frente às condutas que devem ser tomadas na desnutrição. O acadêmico de enfermagem verifica a dieta, a aceitação alimentar, a administração da dieta, conversa, descobre a causa e encaminha para o responsável pelas alterações. Como os próprios entrevistados já disseram, ele é o elo de ligação da equipe. A figura 33 mostra as condutas adotadas pelos acadêmicos de enfermagem, por categoria de resposta.

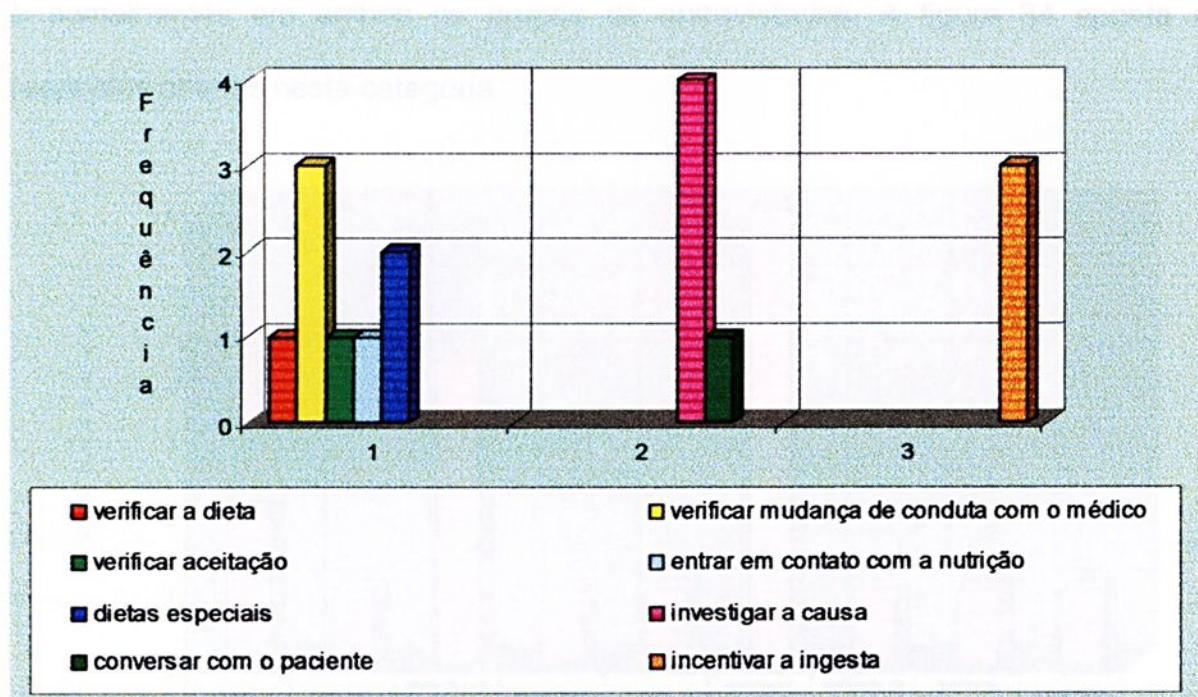


FIGURA 33 – Condutas relatadas por temas, pelos acadêmicos de enfermagem, sobre desnutrição: 1- verificar; 2- investigar e 3- incentivar

5.2.2.3.5 Causas de Desnutrição Hospitalar relatadas pelos acadêmicos de enfermagem

É mais comum, entre os entrevistados, acreditar que a desnutrição hospitalar ocorra em outros ambientes, que não o deles. O Hospital Universitário, como um hospital escola, tem os seus profissionais treinados e sensibilizados para o problema, fato revisto nas entrevista dos acadêmicos de medicina também. Fora essas considerações, que se assemelham às anteriormente relacionadas pelos outros profissionais, os acadêmicos de enfermagem citam as causas pertinentes à dieta, como alteração do hábito alimentar e à equipe como: descaso são freqüentes

e semelhantes em ambos os grupos de entrevistados. A figura 34 aponta as respostas obtidas nesta categoria.

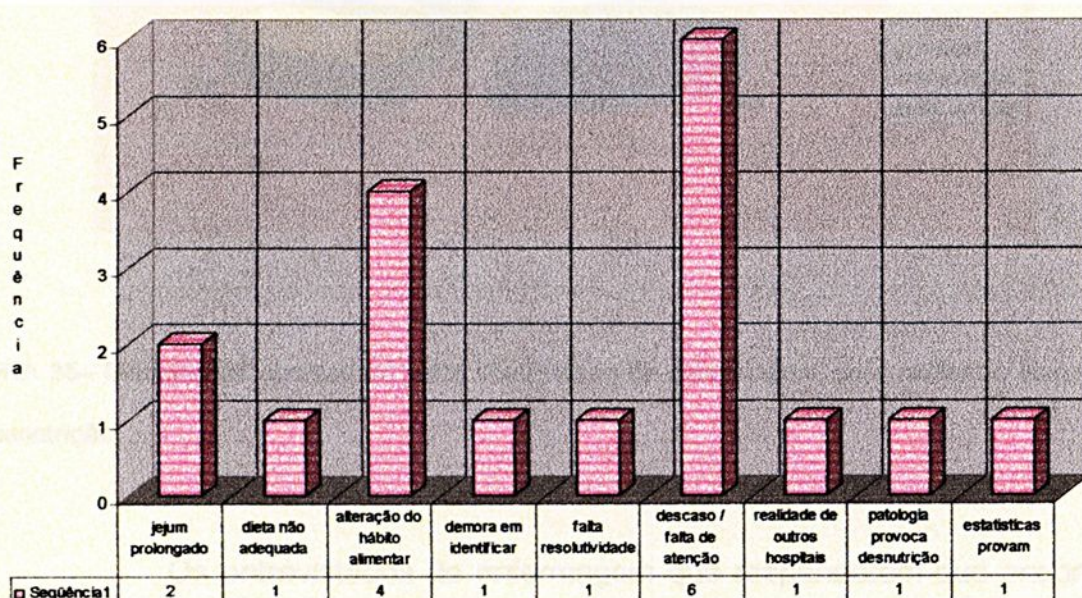


FIGURA 34 – Crenças sobre Desnutrição Hospitalar relatadas pelos acadêmicos de enfermagem entrevistados

5.2.2.3.6 Dificuldade para realizar o diagnóstico

Quando se pensa em fazer o diagnóstico é interessante prestar atenção às dificuldades a enfrentar. Por não terem essa prática diária, relatam que em todos os casos ela existe, embora as causas e o grau de dificuldade sejam diferentes. Na figura 35 estão relacionadas as respostas referentes ao acadêmico de enfermagem encontrar dificuldades ou não em realizar o diagnóstico de desnutrição.

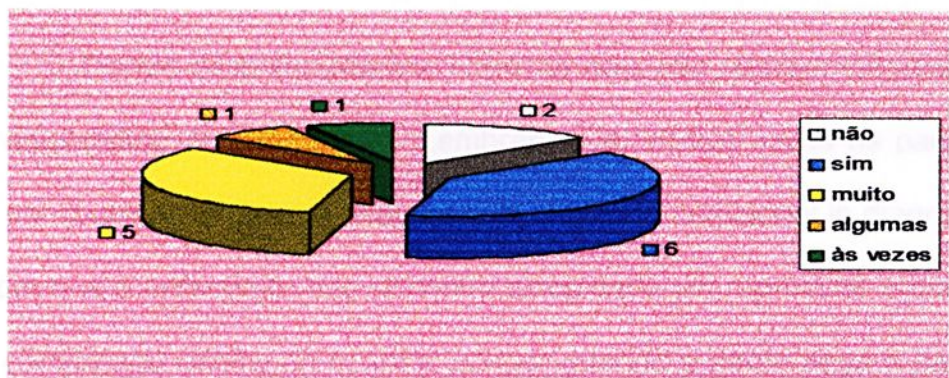


FIGURA 35– Dificuldades apontadas, pelos acadêmicos de enfermagem, para realizar o diagnóstico de desnutrição.

Os entrevistados de enfermagem que responderam que encontram algum tipo de dificuldade em realizar o diagnóstico de desnutrição, estão a não investigação dos sintomas de desnutrição, até a falta de conhecimento e a diferença entre os pacientes. Na figura 36 estão relacionadas as dificuldades que os entrevistados de enfermagem que responderam sim, encontram para realizar o diagnóstico de desnutrição.

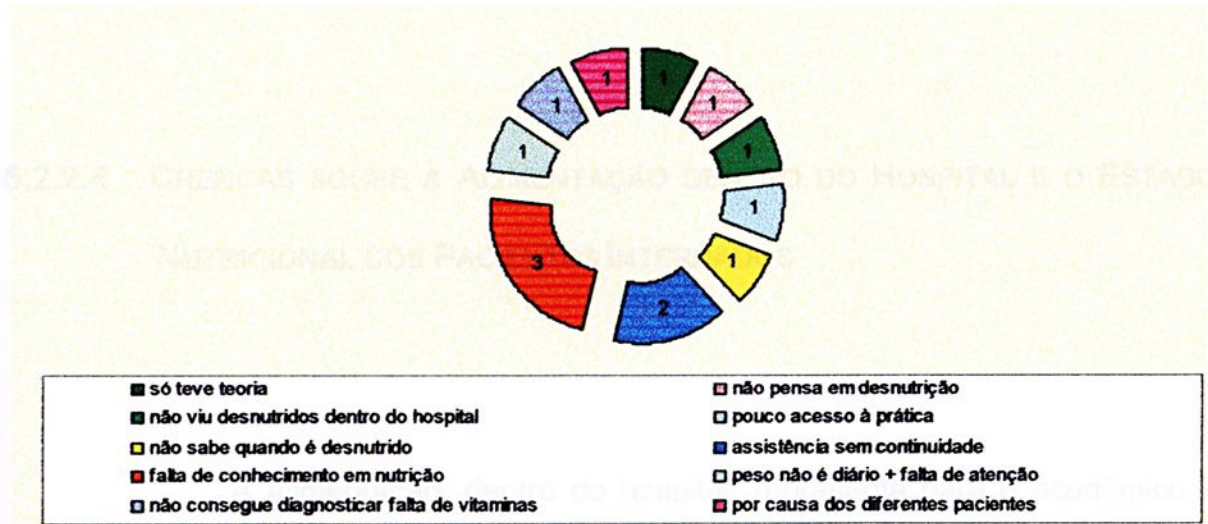


FIGURA 36 – Dificuldades relatadas por acadêmicos de enfermagem para realizar o diagnóstico de desnutrição.

Dentre os entrevistados, somente dois não referem dificuldade para realizar o diagnóstico de desnutrição. Lembram que, muitas vezes os pacientes já passaram por diversas clínicas e chegam com o estado nutricional já diagnosticado, fazendo com que o enfermeiro não encontre dificuldade em reproduzir o diagnóstico – *“é meio complicado dentro do hospital porque quando a gente pega o paciente já passou por um monte de clínicas, então de repente você pega o prontuário está escrito lá: desnutrição grau dois... (enfermeiro 19)”*.

Já o outro entrevistado cita, que por acompanhar o emagrecimento, não encontra dificuldades para diagnosticar desnutrição:

... você percebe que ele não está... no caso o paciente que nós acompanhamos há algum tempo... se ele está se alimentando... se está emagrecendo... você percebe pela pele dele... pela falta de movimentação dele... pela apatia desse paciente, desse cliente está apresentando ... dentro de um tempo de evolução... diminuição de peso desse paciente... (enfermeiro 07).

5.2.2.4 CRENÇAS SOBRE A ALIMENTAÇÃO DENTRO DO HOSPITAL E O ESTADO NUTRICIONAL DOS PACIENTES INTERNADOS

A alimentação, dentro do hospital, representa para o acadêmico e para o próprio paciente um confronto entre a realidade e o que ele pensa a respeito da dieta que será servida durante a internação e o que ele, o acadêmico de

enfermagem considera o correto. Desta forma, no relato dos entrevistados percebe-se que há a comparação com outros lugares, que seriam piores, transparecendo o próprio preconceito de que a comida ministrada ao doente por se tratar de “comida de doente”, seria ruim.

5.2.2.4.1 Importância da Alimentação para o doente internado

A alimentação é considerada importante por todos os enfermeiros entrevistados. A forma como ela é importante é demonstrada, muitas vezes, com metáforas comparativas em função do grau de valorização da alimentação pelo entrevistado. Como por exemplo: *“o carro para andar precisa de gasolina, de óleo e de água, se não ele funde o motor; então o paciente é mais ou menos a mesma coisa (...)”*.

Sempre é importante, porque como eu disse no início o melhor medicamento é a nossa alimentação... medicamento é um paliativo... ele vai... correr paralelo na recuperação no combate às moléstias... mas a nossa imunidade é... toda recuperação das nossas doenças... ela é totalmente dependente da nutrição... da alimentação (enfermeiro 07).

5.2.2.4.2 Alimentação do paciente dentro do hospital

Os entrevistados de enfermagem, assim como os de medicina, acreditam que o paciente internado não se alimenta bem. Na figura 37 estão

ilustradas as respostas dos entrevistados de enfermagem quanto a considerarem adequada ou não a alimentação do paciente internado.

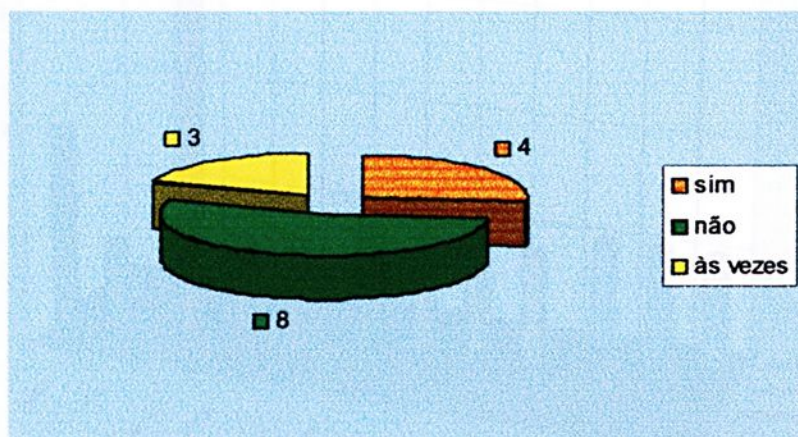
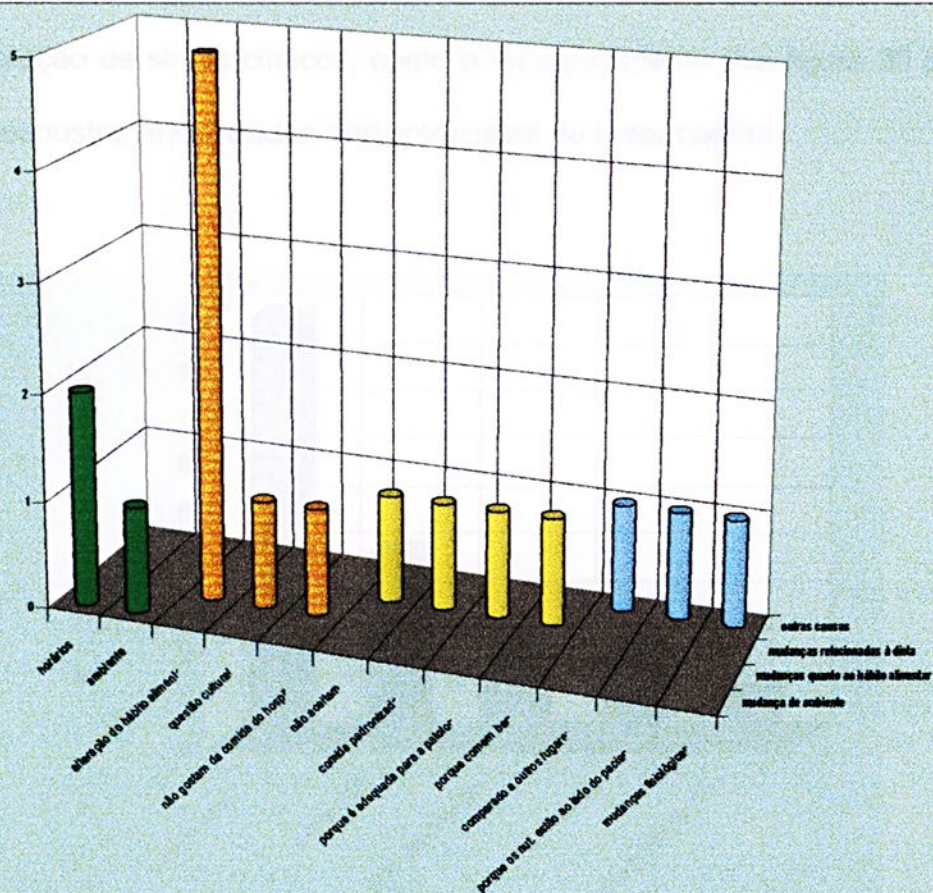


FIGURA 37 – Crenças sobre considerar adequada a alimentação dentro do hospital, por acadêmicos de enfermagem.

5.2.2.4.3 Justificativas apontadas pelos entrevistados de enfermagem para a alimentação do paciente internado

As justificativas apontadas pelos entrevistados de enfermagem são muito semelhantes às dos acadêmicos de medicina, que se baseiam nas informações do próprio paciente, na mudança de ambiente que limita a ingesta e na mudança que o hospital representa no hábito alimentar do paciente quando internado, conforme ilustrado na figura 38.



	horários	ambiente	alteração do hábito alimentar	questão cultural	não gostam da comida do hospital	não aceitam	comida padronizada	porque é adequada para a patologia	porque comem bem	comparado a outros lugares	porque os nut. estão se todo do pior	mudanças fisiológicas
mudança de ambiente	2	1										
mudanças quanto ao hábito alimentar			5	1	1							
mudanças relacionadas à dieta						1	1	1	1			
outras causas										1	1	1

FIGURA 38 – Justificativas relacionadas pelos acadêmicos de enfermagem sobre a alimentação do paciente dentro do hospital: 1- mudança de ambiente; 2- mudanças do hábito alimentar; 3- mudanças relacionadas à dieta; 4- outras causas.

5.2.2.4.4 Justificativas sobre a aceitação alimentar do paciente internado

Quando perguntados sobre como avaliam se o paciente comeu bem, observa-se que, apesar de ser um papel importantíssimo da enfermagem, pois constará do seu relatório – que é onde alguns dos acadêmicos entrevistados se

apóiam para verificar a aceitação do doente - muito deste saber provém ao paciente ou da observação de sinais clínicos, como o emagrecimento. Na figura 39 pode-se verificar as respostas encontradas nas entrevistas de enfermagem.

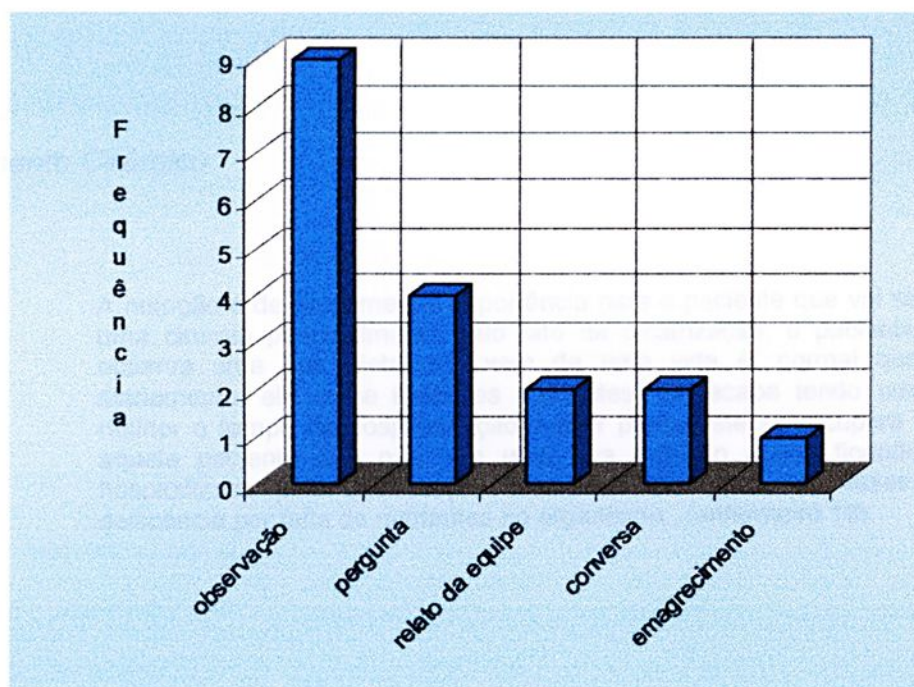


FIGURA 39 – Relatos de como o acadêmico de enfermagem sabe se o paciente comeu adequadamente.

5.2.2.4.5 Crenças sobre a Importância do Estado Nutricional para o paciente hospitalizado

O tratamento cirúrgico sempre é mais lembrado quando se trata da necessidade de um estado nutricional adequado. As justificativas são basicamente as mesmas usadas pelos acadêmicos de medicina: a melhora da cicatrização, o menor tempo de hospitalização, ou seja, são as mais apontadas e abordadas em

toda e qualquer situação. Há os que acreditam, também, que o estado nutricional é importante para o tratamento clínico; outros consideram que toda e qualquer situação é importante.

a) *Tratamento Cirúrgico*

A nutrição é de fundamental importância para o paciente que vai ser submetido a uma cirurgia principalmente pelo fato da cicatrização, o paciente que a gente observa uma boa dieta que vem de uma vida é: normal que se alimenta diariamente, ele come todos os nutrientes, ele acaba tendo uma cicatrização melhor o tempo de hospitalização menor porque ele se recupera mais rápido e aquele paciente que não tem uma boa nutrição acaba ficando mais tempo hospitalizado pela cicatrização ficar mais demorada, às vezes acaba tendo deiscência por falta de nutrientes no organismo...(enfermeiro 19).

b) *Recuperação mais lenta*

Eu acho que ele interfere tanto no clínico como no cirúrgico... no clínico por causa das associações, mesmo porque toma muitos remédios... muitas intervenções... e para ele estar conseguindo... não ter tantos efeitos colaterais... no clínico... e no cirúrgico por causa da anestesia... o paciente tem que estar... com nível bom de nutrição... para despertar da anestesia porque ele sabe que ela é... uma dose a mais já pode complicar a vida do paciente... e pra recuperação mesmo do paciente... cicatrização... dele quando recebe alta...acho que quanto nutrido ele tiver... mais rápido vai ser a recuperação dele (enfermeiro 03).

d) *Diminui a imunidade*

Eu acredito que em todas... porque... o paciente ele fica doente por... vários motivos mais... a...imunidade dele abaixa... se ele não tem uma nutrição boa... se ele não é um paciente bem nutrido... é... o corpo dele o organismo...(enfermeiro 05)

5.2.2.5 DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DE DESNUTRIÇÃO

Observou-se que há uma maior expectativa por parte dos acadêmicos nas clínicas infantis, onde segundo eles, é mais abordada a questão nutricional. No curso básico, antes do internato, que é o último ano do curso de enfermagem, eles tiveram disciplinas com conteúdo sobre a questão nutricional, mas de uma forma distanciada da prática.

5.2.2.5.1 Clínicas citadas e fatores relacionados ao maior destaque dado ao tema nutrição

Segundo os entrevistados no decorrer do curso básico ou teórico, lhes foi possibilitado cursar uma disciplina específica de nutrição, que não envolveu uma discussão mais prática dos aspectos de avaliação nutricional.

Já alguns acadêmicos relataram não terem observado em nenhuma clínica, até o momento da entrevista, a abordagem da questão nutricional.

Nas entrevistas de enfermagem, a área citada como tendo maior abordagem diz respeito às disciplinas cursadas, que de alguma forma o tema nutrição foi abordado naquele momento. Alguns dos entrevistados citaram a Pediatria, disciplina de materno-infantil, como sendo a área de maior abordagem.

Outros, no entanto, julgam que a área em que tiveram maior enfoque durante os primeiros anos de curso, onde eram concentradas as matérias teóricas. Na figura 40 são ilustradas as áreas citadas como os de maior enfoque de nutrição.

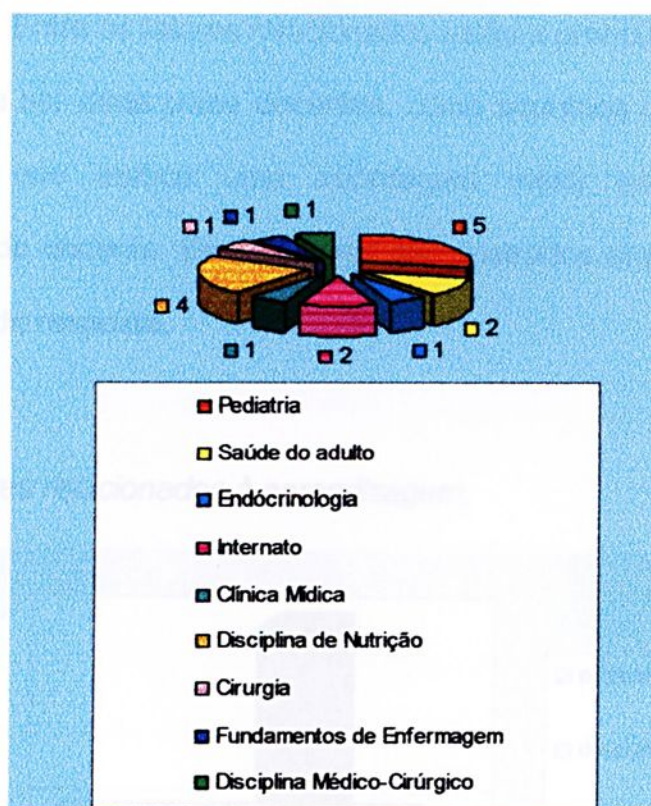


FIGURA 40 – Áreas citadas pelos acadêmicos de enfermagem como tendo abordagem maior em nutrição.

Dentre os entrevistados, três responderam que a abordagem no curso foi superficial, e um afirmou que não havia observado uma abordagem de nutrição até aquele momento: *“Eu acho que deveria ser abordado nas disciplinas médico-hospitalares, quando a gente vai para o estágio, quando é passada instrução de medicação, deveria ser abordado de forma mais completa. (enfermeiro 05)”*.

Dos fatores relacionados pelos entrevistados para uma abordagem maior ou menor nas clínicas citadas, observou-se àqueles referentes à aprendizagem. Como exemplo, citam o conhecimento fracionado ou o maior tempo disponível para esta disciplina.

Entre os fatores relacionados estão a preocupação dos responsáveis e valorização a ser dada pelos docentes, como acontece com o grupo anterior de entrevistados, que enfoca uma abordagem maior pelo maior interesse e conhecimento do docente. Esses fatores são ilustrados abaixo, nos figuras 41, 42, em categorias de resposta.

a) Fatores relacionados à aprendizagem.

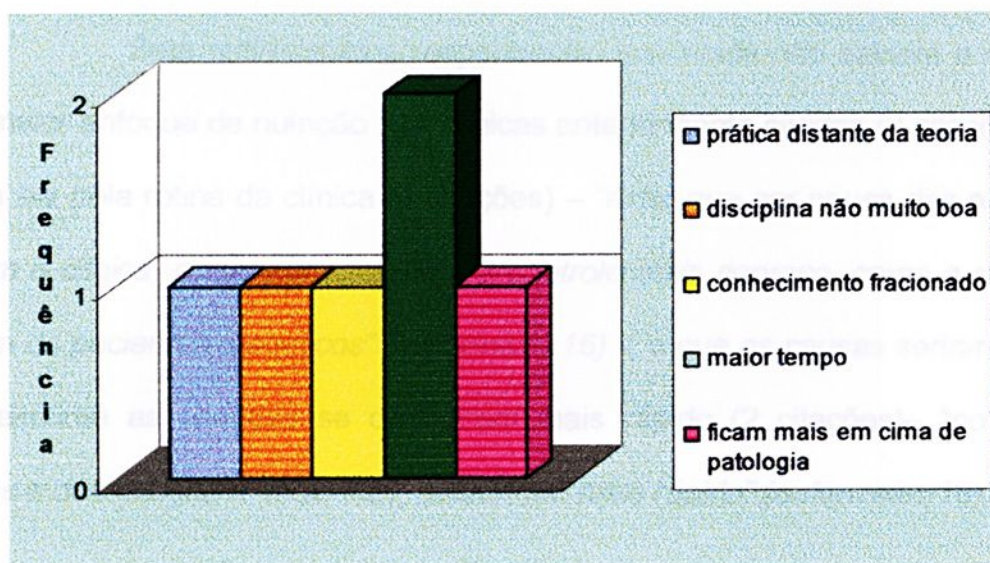


FIGURA 41 – Causas apontadas pelos acadêmicos de enfermagem para maior importância dada à nutrição do paciente internado – fatores relacionados à aprendizagem.

b) Fatores relacionados à preocupação dos responsáveis

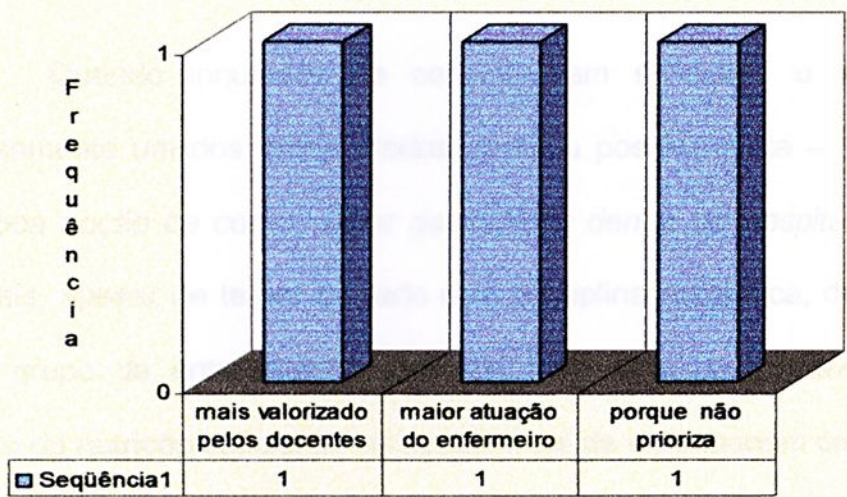


FIGURA 42 – Causas apontadas pelos acadêmicos de enfermagem para a maior importância dada pelas clínicas para a nutrição do paciente – Fatores relacionados à preocupação dos responsáveis.

Sete entrevistados responderam que ainda não sabiam a razão de haver maior enfoque de nutrição nas clínicas anteriormente citadas (2 citações); que deveria ser pela rotina da clínica (3 citações) – *“acho que por causa das patologias que têm a clínica, porque precisa de um controle mais rigoroso, como a endócrino que tem os pacientes diabéticos”* (enfermeiro 16) -; e que as causas seriam por que provavelmente as crianças se desnutrem mais rápido (2 citações)– *“porque em crianças a desnutrição é mais fácil, desnutrem mais rápido”*.(enfermeiro 18).

5.2.2.5.2 Conhecimento Suficiente apontado pelos acadêmicos de Enfermagem

Quando inquiridos se consideravam suficiente o conhecimento construído, somente um dos entrevistados apontou positivamente – “*eu acho que tenho uma boa noção de como cuidar da nutrição dentro do hospital*”.(enfermeiro 19); os demais, apesar de terem cursado uma disciplina específica, diferentemente do primeiro grupo de entrevistados, em que teve 14% consideravam que seu conhecimento de nutrição suficiente; os acadêmicos de enfermagem concluíram que seu conhecimento é insuficiente e que gostariam de saber mais sobre nutrição. A figura 43 ilustra as respostas dos entrevistados.

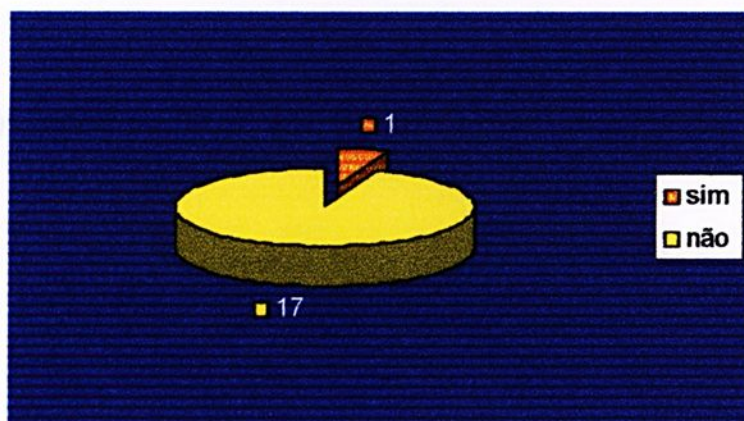


FIGURA 43 – Conhecimento suficiente de nutrição apontado pelos acadêmicos de enfermagem

Não há unanimidade em apontar as falhas durante a graduação; são unânimes somente em afirmar que há falhas como: poucas aulas; falta de prática; metodologia e falhas inerentes ao próprio acadêmico, como a falta de interesse em aprender o que lhe foi ministrado.

a) Poucas aulas

Ah, eu não sei, talvez as aulas tivessem sendo poucas porque eu sinto muitos problemas na hora de ver as dietas no caso: mas das que são enterais quando chega eu nunca sei, então eu... talvez lá na fundamentação tenha bem pouca. Mas toda vez que eu estou na enfermaria eu saio correndo e pergunto para alguém tiro dúvidas eu avalio, mas eu tenho dúvidas nunca tenho certeza; assim eu posso fazer isso eu posso fazer tal coisa... talvez porque até eu entenda, não seja muito da minha área assim específica minha, não vou ter que avaliar sozinha vai ter que estar discutindo isso com o médico, mas eu poderia estar mais segura quanto ao que discutir (enfermeiro 17).

b) Metodologia

Uma que:: eu não posso culpar totalmente os professores, mas acho que parcela está em mim sim... outra parcela lá com o método utilizado... pelo menos pra mim não foi... não foi cem por cento... eu não consegui absorver o que foi passado (enfermeiro 08)

c) Interdisciplinaridade

Eu acho que houve falha de nunca relacionar a nutrição com todas as disciplinas... e você vê a coisa de um jeito que fica difícil de você englobar o paciente... você passa por disciplina e não uma coisa pro paciente... acho que é isso (enfermeiro 09).

d) Fisiologia digestiva

...Eu acredito que na academia os professores só... na orientação mais... é... precisaria haver algo mais intenso sabe? Relativo à nutrição... principalmente... em relação, por exemplo... à anatomia do sistema digestivo.....é...porque depois aqui... no hospital temos contato... a quantidade de clientes com cirurgias... é... intestinais gástricas é muito grande.. é... colostomia... bexiga... então... é o conhecimento... assim... mais adequado sobre... a anatomia fisiologia do sistema... gastrintestinal... eu acho que é prioritário (enfermeiro 07).

e) Faltou prática

Olha, eu acho que faltou relacionar com a prática... Acho que foi relacionar com o clínico porque a matéria que passaram para gente foi super boa... tipo a nutrição que a gente teve a disciplina extracurricular super boa com embasamento teórico muito bom; mas..., assim... foi perdida porque não relacionava com nada... / ela falava de reposição calórica, mas não conseguia relacionar, visualizar nada... acho que ficou falho(enfermeiro 12).

f) Mais discussão

Acho que um tempo maior não só para ensinar matéria, mas... como em outras matérias, um tempo maior assim um discussão mais de como a gente poder entender para melhora do paciente; se não tivesse nutricionista no hospital... acho que isso não foi feito, a gente direcionou muito pra única área e esqueceu de outras coisas (enfermeiro 13).

g) Falha no currículo

Bom... tem a parte curricular de cada curso que deveria dar mais atenção para dieta do paciente e tem a parte também dessa alienação das pessoas de querer fazer tudo rápido para acabar rápido, se ver livre rápido daquele indivíduo...(enfermeiro 19).

h) Falha do acadêmico

Da parte do professor e da parte minha também...por que tudo de novo no primeiro ano não só nutrição, mas toda matéria aquelas matérias de base; por isso quando a gente entra muito nova na faculdade, a gente não dá tanta importância... a gente fica obcecado, enfermagem... enfermagem... enfermagem... no fim do terceiro ano, quarto ano, você vê como...nutrição, essas matérias, ficaram falhas... (...) Eu vi nutrição... em dois meses... primeiro semestre de 2.000 nunca mais eu procurei nada pra ler... de ir atrás..., lendo artigo... falta de interesse mesmo...(enfermeiro 03).



5.2.2.5.2 Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de enfermagem

Os conhecimentos citados como desejados pelos entrevistados de enfermagem são semelhantes àqueles apontados pelos entrevistados de medicina. Pode-se agrupá-los em conhecimento genérico de dieta, suporte nutricional enteral, diagnóstico nutricional, conhecimentos diversos como maior tempo para a disciplina de nutrição e um conhecimento mais prático. As figuras 44 e 45 ilustram as sub-classes de resposta: conhecimento genérico de dieta, diagnóstico nutricional e outros conhecimentos desejados.

a) *Conhecimento genérico de dieta*

O conhecimento de nutrição que gostariam e que consideram necessário para completar a sua formação é um conhecimento genérico de dieta, que ofereça subsídios para orientação do doente, seja no posto, ou no hospital. Em muitos relatos estão presentes a falta do profissional nutricionista em um lugar de trabalho menor e a preocupação em como garantir essa parte do tratamento, que é a dieta para o paciente.

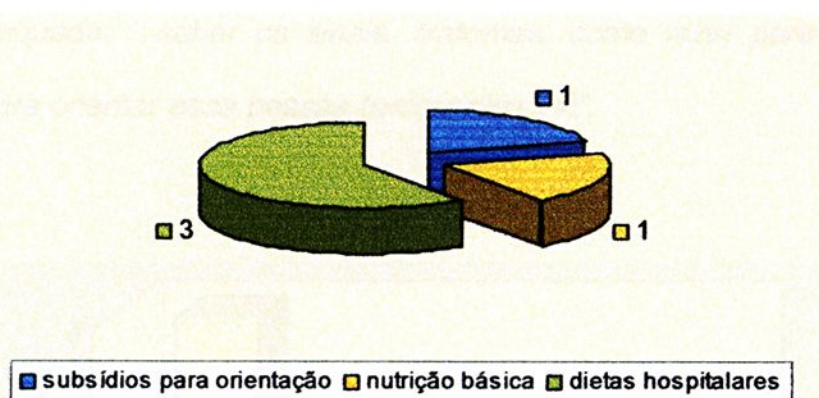


FIGURA 44 - Conhecimento de nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de enfermagem – Conhecimento genérico de dieta

b) Suporte nutricional enteral

O relato de orientações mais específicas com relação ao suporte nutricional também aparece entre as preocupações deles, justamente aquela que refere como proceder em diagnóstico de desnutrição ou identificar as necessidades do doente.

Bom, eu gostaria de ter tido palestras mais sérias porque a gente teve isso em graduação e foi uma coisa assim bem... esculhambada, bem assim e componentes: saber o porquê da nutrição enteral, quais os benefícios é:: se realmente a nutrição enteral é suficiente pro paciente não desenvolver uma desnutrição... o que a gente como enfermeira pode estar fazendo pra cooperar para que essa nutrição seja benéfica pro paciente, então aprender a/.../ a composição.(enfermeiro 19).

c) Diagnóstico Nutricional

Para o entrevistado de enfermagem, é importante, ao olhar o paciente, conseguir diagnosticar um quadro de desnutrição para proceder a

orientação adequada: “saber os sinais, sintomas, como fazer para alterar essa desnutrição, para orientar essa pessoa (enfermeiro 14)”.

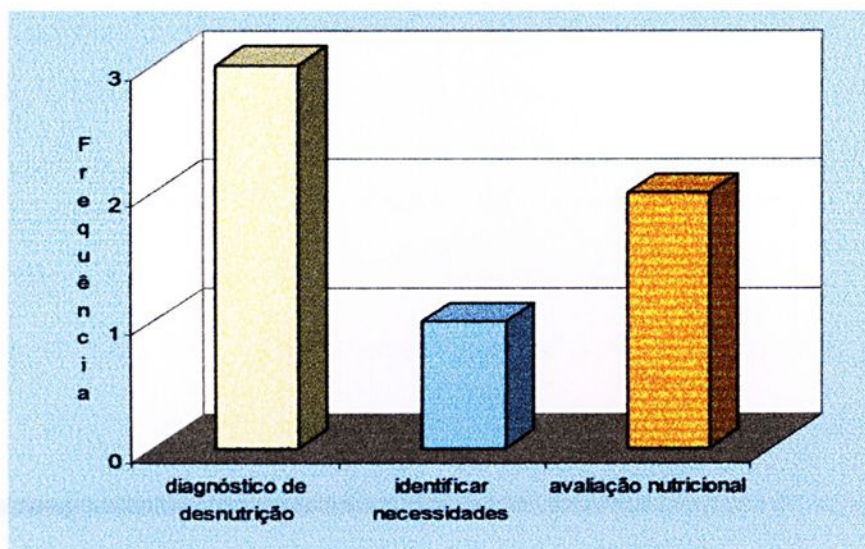
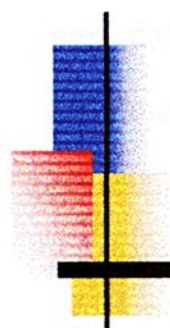


FIGURA 45 - Conhecimento de Nutrição apontado como desejado pelos entrevistados de enfermagem – Diagnóstico Nutricional

d) Outros conhecimentos desejados

Os outros conhecimentos apontados pelos entrevistados de enfermagem referem-se a um tempo maior para a disciplina, pois consideram o período dedicado à disciplina de nutrição “muito curto”. Já o outro entrevistado acredita que o conhecimento básico foi ensinado, mas não de uma forma que tornasse fácil e prática: “eu acho que os conhecimentos específicos foram passados, em forma teórica, mas eu acho que não tem como trabalhar isso ai, principalmente desnutrição hospitalar. Não tem como trabalhar separado a teoria da prática”.(enfermeiro 15)



6 Discussão

Os dados obtidos com a observação dos prontuários sugerem que há uma coerência entre a fala dos entrevistados e a prática acadêmica, realizada pelos estudantes de medicina entrevistados.

Comparando os dados da prescrição médica com relação à prescrição da dieta, vê-se que ela é prescrita em 100% deles, o que pode ser confirmado com as falas dos entrevistados de medicina, quando afirmam que a prescrição é do médico: “(...) *a gente é quem determina o que o doente vai comer aqui dentro (...)*”. De fato, enquanto o doente está internado cabe ao médico realizar, entre outras ações, a prescrição da alimentação do paciente, sendo parte integrante do tratamento.

O mesmo cuidado não foi observado com relação ao peso, que somente em alguns prontuários aparecia como prescrição. Sabe-se que a prescrição médica é a base para a prescrição da enfermagem; nela estão contido medicamentos, curativos, repouso ou deambulação e, neste caso de interesse específico, o peso. Na prática diária, observa-se que a prescrição do peso aparece em prontuários de alguns pacientes, como cardiopatas ou hepatopatas, em que o ganho de peso por edema é maior e que necessitam de um acompanhamento mais estreito.

Nas entrevistas, há os relatos de que o peso não é diário e nem freqüente por que não há balanças disponíveis nas enfermarias, ou que a enfermaria masculina ou feminina é muito grande para o acompanhamento de todos os doentes. O fato é que os pacientes muitas vezes não têm sequer o peso de admissão registrado, o que dificulta a observação de mudanças no seu estado nutricional. O mesmo panorama foi mencionado pela primeira vez no IBRANUTRI – Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar realizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (1997), quando se mapeou o estado nutricional dos pacientes internados nos hospitais brasileiros. Neste estudo, foi visto que em 81,2% dos pacientes internados não tinham sequer uma referência de peso nos prontuários observados, mesmo estando a menos de 50 metros de uma balança!

Pode-se pensar que talvez o peso não seja um critério muito valorizado pelos acadêmicos e, também, pelos profissionais que cuidam dos pacientes internados, uma vez que poucos pacientes são efetivamente pesados no cotidiano da enfermaria de internação adulto.

Os dados colhidos não contrariam, em nenhum ponto, as afirmações do IBRANUTRI, o que é preocupante, pois o estágio hospitalar (internato) finaliza a formação de mentes que irão ter o controle dos hospitais do país. Já se passaram seis anos da divulgação inicial dos resultados do Inquérito Brasileiro de Nutrição e a situação continua inalterada.

Quando havia prescrição de algum cuidado, juntamente com a dieta, essa frequência era maior em um maior tempo de observação. Foi considerado cuidado qualquer acréscimo à prescrição de dieta normal ou geral como mudança de dieta para atender a patologia ou prescrição de complementos dietéticos ou modificações como o acréscimo de suco ou frutas. Talvez esse cuidado apareça em consequência da própria reclamação do paciente, como referido na entrevista; que após alguns dias, ele passa a conhecer melhor o ambiente em que está inserido e questiona mais, exige mais da própria equipe que está cuidando dele. Há afirmação como: *"(...) o paciente fala para gente: ah eu não gosto da comida, eu não consigo comer; daí você vai e muda (...)".*

Mas como alerta Palmer (1998), metade dos acadêmicos do último ano de medicina não reconhecem como um sinal perigoso o fato de não pesar o paciente na admissão e nem observar a sua aceitação alimentar durante a internação.

Na evolução clínica, parte do prontuário do paciente, ao qual os demais profissionais da equipe de saúde têm acesso a sua história, a sua evolução no período do internamento, observa-se escassez de informações anotadas. Essas informações variam de clínica para clínica, mas em sua maioria restringem-se as mudanças de temperatura corporais, pedidas de consulta, mudança de níveis pressóricos e outras alterações e sinais clínicos característicos da clínica pela qual o paciente está sendo cuidado.

O mesmo pode ser observado em estudos específicos de Mathias e Soboll (1998) e Lebrão (1999), que analisaram o tipo de informações que constavam em prontuários e autorizações de internação hospitalar (AIH), em que informações sobre a história clínica do doente foram considerados mal definidas. Embora os objetivos desses estudos fossem de caráter epidemiológico, o fato é que a informação contida no prontuário revela o tipo de valorização que se dá ao doente hospitalizado.

No entanto sabe-se que durante as visitas gerais realizadas nas enfermarias por todas as clínicas com os docentes, residentes, acadêmicos e alguns profissionais convidados, como enfermeiras e nutricionistas, alguns outros dados que não aparecem no prontuário são discutidos pela clínica. É o caso, por exemplo, da Gastroenterologia, em que são discutidas mudanças de conduta alimentar do paciente, alteração de peso, entre outros assuntos mais específicos, mas que não aparecem nos prontuários. As mudanças de dieta constam nas prescrições médicas, mas as alterações de estado nutricional, bem como o peso, dificilmente são referenciados conforme observações dos dados coletados. O mesmo ocorre com a Cirurgia do Aparelho Digestivo – CAD, clássica por determinar em suas visitas que os acadêmicos conheçam o estado nutricional do doente e as mudanças ocorridas nos exames laboratoriais pré-operatórios, que mensuram também o estado nutricional do paciente. É também nessas clínicas que docentes exigem que os acadêmicos e residentes saibam o que estão prescrevendo para o doente e quais as necessidades desses doentes

Atitudes como essa são louváveis e dignas de nota porque se todas as informações discutidas nas visitas fossem registradas no prontuário, no histórico do paciente internado, seria possível perceber mais cedo alterações iniciais de desnutrição nos pacientes.

Pela análise dos prontuários há clínicas como a Cardiologia, a Nefrologia, a Clínica Médica, a Reumatologia, que registram o peso de alguns pacientes no prontuário, talvez os mais graves. Mas somente 9,81% dos prontuários têm registro de emagrecimento do paciente. Fato interessante, pois os acadêmicos citam, entre os principais sintomas de desnutrição o emagrecimento do paciente; e sua desnutrição. Possivelmente está mais próximo do que um dos entrevistados mencionou: “(...) é *de olhada*, é *no feeling* (...)”, a percepção do emagrecimento.

Kowanko et al (1999), dizem que, apesar de considerarem importante o estado nutricional para o tratamento do doente, há dificuldade de priorizar este cuidado, em detrimento das outras tarefas que são propostas aos acadêmicos de medicina. Poderia ser essa a razão para a dificuldade de encontrar no prontuário anotações do acadêmico de medicina quanto à aceitação alimentar. Em menos da metade foi referido a esse dado e com uma frequência maior em um maior tempo de internação.

Para descobrir se o paciente se alimenta o acadêmico se reporta ao próprio paciente, pergunta como foi a sua ingesta, mas não a registra. Ou lê o relatório de enfermagem, que pergunta ao paciente e que realiza o registro em sua

prescrição; mas com a troca de turnos e acadêmicos os registros do prontuário variam e dificulta o acompanhamento da ingesta do paciente.

Maculevicius et al (1994) quando estabeleceram os níveis de assistência em nutrição, frisaram a necessidade de documentar as ações realizadas com os pacientes internados de forma a otimizar o tratamento.

Gaskill e Pearson (1992), em um estudo sobre pacientes vulneráveis hospitalizados, concluíram que enfermeiros e médicos poderiam reduzir a prevalência da desnutrição “invisível” e suas complicações, ajudando a diminuir os custos hospitalares. Para isso bastaria mudanças simples de condutas, que incluíam análise da ingesta do paciente.

A proposta de trabalho em equipe é apontada como uma estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.(PEDUZZI, 2001). Os profissionais são considerados importantes pelos entrevistados, segundo a utilidade que eles representam na continuidade da aprendizagem para o aluno.

Cada profissional possui o seu conhecimento específico e faz sua própria abordagem. Mas, para que a assistência seja integral, pressupõe-se a necessidade de integração e multidisciplinariedade. E para que haja multidisciplinariedade, é necessário que haja interação entre os profissionais. O trabalho se concretiza pela linguagem, escrita ou oralmente, como no caso das

anotações em prontuários. É necessário que o acadêmico de medicina e de enfermagem treinem dessa forma, para que haja interação.

Nas observações da prescrição de enfermagem, há priorização da anotação da ingesta do paciente, é anotado fidedignamente em todos os turnos de trabalho. É importante salientar, que esse relatório é feito pelo auxiliar de enfermagem, sob orientação do enfermeiro da unidade, ou acadêmico de enfermagem, quando este está cumprindo o seu estágio curricular. É o enfermeiro quem orienta a sua equipe para o preenchimento do relatório, contendo as informações completas, com noção de quantidade do alimento aceito como: aceitou três bolachas e um copo de leite ou simplesmente aceitou parte do café.

Quanto mais completo for o relatório de enfermagem, maior será a noção que o acadêmico de medicina ou o residente ou outro profissional que acompanha o doente vai ter da ingesta do paciente. É um critério subjetivo, pois se baseia na observação da quantidade de dieta ingerida, e uma quantidade que poderia ser considerada “boa” para um observador não o seria para outro. A dificuldade está em transformar esse critério em objetivo, de forma que todos o entendam, como é o caso da anotação de volume de dieta enteral, em que é anotada a quantidade administrada. Quanto mais detalhadamente forem as anotações de enfermagem, mais objetivo se torna o critério.

Embora tenha sido desenvolvida uma ficha de observação com maior número de itens para serem revisados nos prontuários, não se conseguiu encontrar os conteúdos no prontuário por falta de anotação. Exames laboratoriais de



interesse nutricional, como albumina, transferrina e leucócitos, não foram anotados em prontuário com o objetivo de avaliação nutricional. Nas entrevistas houve, em várias situações, a priorização do exame laboratorial como indicador de sinais e sintomas de desnutrição e sinais que o paciente está se desnutrindo e até mesmo o critério utilizado para diagnóstico.

Os sinais citados exhaustivamente pela literatura incluem sintomas de depressão letargia e ansiedade, culminando num ciclo vicioso de apatia e anorexia; a mobilidade diminui, pode ocorrer falha cardíaca. O sistema imune é afetado, aumentando a suscetibilidade a infecções. (IBRANUTRI, 1997; PERRY, 1997).

De fato, os sinais citados pelos acadêmicos de medicina e de enfermagem são compatíveis com os descritos na literatura, mas não se vê uma intervenção breve. Há dificuldade em reconhecer a mudança de humor, a apatia progressiva como o início do quadro de desnutrição.

Quanto a acreditar em Desnutrição Hospitalar, os dados apontam uma tendência em crer que ela não ocorre dentro do hospital-escola, mas em hospitais onde há um número inadequado de profissionais, e aqui se vê a citação de nutricionistas. Existe uma certa confusão entre a desnutrição provocada pelo hospital – iatrogênica – e a as outras causas que agravam a desnutrição, como fatores ligados ao doente e fatores circunstanciais.

São causas da desnutrição iatrogênica: peso /altura não medidos, rotação de pessoal, divisão de responsabilidades, não observação da ingesta alimentar, intervenção cirúrgica em pacientes desnutridos, ausência de intervenção nutricional em estados hipercatabólicos, uso prolongado de soro, retardo da terapia nutricional (IBRANUTRI, 1997).

Nas justificativas de ambos os grupos - medicina e enfermagem - há priorização das mudanças relacionadas à dieta e relacionadas ao ambiente. Nos relatos de enfermagem é mais freqüente a citação do descaso da equipe, mas em nenhum momento o fato de não haver um indício claro do peso do paciente mostrou-se como um fator preocupante e agravante da desnutrição hospitalar.

Segundo Burnham (1996), o processo de desnutrição começa muito rápido. Os profissionais de saúde têm obrigação de detectar sinais de perigo e intervir em situações antes que ocorram complicações, até mesmo a morte. Mas de quem é a responsabilidade de reconhecer estes riscos?

Nas entrevistas de medicina, o papel de responsável pela intervenção é do médico, porque é ele quem "trata" o paciente: nas entrevistas de enfermagem, o responsável pela intervenção é o enfermeiro; cada profissional é o responsável pela sua área de atuação. O enfermeiro faz a mediação da queixa do paciente para a equipe, e o médico faz as mudanças efetivas na prescrição, de forma que a queixa inicial ou o problema motivador se transforme em ordem de serviço a ser executada pelos envolvidos. A determinação de usar um procedimento mais agressivo, como o uso de uma sonda nasogástrica, ou o uso de terapia

parenteral, provem do médico. Esse papel é muito bem delimitado pelos acadêmicos de enfermagem: "(...) somos o elo de ligação com a equipe. (...)". Os profissionais de saúde se esquecem de que, ao tentar definir a responsabilidade de realizar a mudança, o paciente, o ser humano que se coloca sobre os cuidados dessa equipe para tratamento, é quem sofre com a demora na definição (BLAYA, 1967). Os profissionais de saúde simulam certa insensibilidade ao desconforto que acarretam no outro, por acreditarem que estão visando o seu bem, o prescrito pela tecnologia e pela ciência. (POLAK, 2001).

Quando são inquiridos sobre a importância do paciente se alimentar, a resposta é unânime pelos dois grupos: é importante. O fato de comer ser considerado importante tem relação com a cultura e não é preciso ser médico, enfermeiro ou nutricionista para saber alguma coisa relativa à alimentação. Nas palavras de Soares (2001): "*comer faz parte do senso comum, comer faz bem à saúde*".

O mesmo ocorre com as crenças relativas ao estado nutricional. O acadêmico de medicina e de enfermagem, pelos dados coletados, afirmam que o estado nutricional pode atrapalhar a cirurgia, por vezes dificultando a cicatrização. Estes são tópicos comuns e mais utilizados para simplificar uma explicação quanto à necessidade do paciente estar bem nutrido para ser operado. Na prática diária, observa-se que o paciente desnutrido evolui com deiscência de suturas, o que visualmente é mais associativo ao estado nutricional do que à queda na imunidade.

Estudos como os de Beattie et al (2000) entre outros, que priorizam o estado nutricional cirúrgico por aumentar o tempo de hospitalização, reconhecem a necessidade de um cuidado maior da alimentação dos pacientes que já internam desnutridos e que têm necessidade calórica maior.

Faber-Boog e Silva (2001), em pesquisa realizada no Hospital Universitário de Campinas, chegaram à conclusão que os enfermeiros muitas vezes desconhecem como é feita a avaliação do estado nutricional do paciente, chegando mesmo a excluir-se dela.

Com relação ao conhecimento de nutrição, ambos os grupos afirmam que este conteúdo ministrado durante a graduação é insatisfatório. Alguns acadêmicos entrevistados, no entanto, acreditam que o conhecimento de nutrição é suficiente, visto que são formandos e que terão a oportunidade de aprender quando terminar a faculdade.

De fato, o formando de medicina terá a residência médica para melhorar seus conhecimentos. Como afirma Kisil (1998), a residência médica surgiu como alternativa qualificadora que a Escola médica não conseguiu ser. No entanto, para ter um papel reformulador do conhecimento do médico, deveria durar mais de dois anos. Como é uma alternativa inviável, o melhor seria suprir as deficiências com a reforma da escola médica.



Quanto à enfermagem, pode-se observar que a maioria dos entrevistados deverá trabalhar ao final do curso. A continuidade da sua formação acadêmica é ainda incerta e relacionada ao trabalho após o término do curso. Alguns apresentam caminhos definidos para a vida acadêmica, com projetos voltados para a residência de enfermagem, fato pouco comum e para a especialização de áreas específicas, como dor e câncer.

As clínicas citadas, como aquelas que mantêm discussões maiores a respeito de nutrição pelos acadêmicos de medicina, são: a gastroenterologia e a Cirurgia do Aparelho Digestivo, já mencionadas no início desta discussão.

As reclamações freqüentes são de que, embora essas clínicas dêem maior importância à nutrição do paciente, e os acadêmicos de medicina sejam exigidos de forma diária, nas outras clínicas, não há um padrão de continuidade que lhes permita aplicar o aprendido. O outro problema relatado por eles é que os estágios de gastroenterologia e cirurgia do aparelho digestivo seqüenciados: se o acadêmico estagiar nessas clínicas no começo do sexto ano, durante todo o resto do internato, não verá os conceitos aprendidos, e não terá chance de aplicá-los porque deve ater-se às exigências da clínica.

Parker et al (1992) em um trabalho realizado com acadêmicos de medicina do último ano, mostram que os alunos têm conhecimento adequado sobre medicina, mas deficiente sobre nutrição e relacionamento humano.



Já com os acadêmicos de enfermagem, as disciplinas mais citadas foram: *saúde da criança* e a *disciplina de nutrição*, que fizeram no início da graduação. A reclamação da enfermagem procede, porque as essas disciplinas são separadas no bloco de conhecimentos básicos e ficam distantes da prática, realizado no último ano de curso, facilitando o esquecimento dos conceitos ministrados. Com a mudança da metodologia para currículo integrado, as disciplinas do bloco básico ocorrem simultaneamente com a prática.

Best e Thomas (2001) afirmam que a enfermagem é a peça vital na manutenção do estado nutricional dos pacientes, mas esses profissionais têm poucas habilidades para reconhecer o paciente desnutrido.

A maior importância ocorre pelas clínicas ou disciplinas que priorizam crianças, inclusive os sinais de desnutrição mais apontados pelos acadêmicos de enfermagem estão relacionados à desnutrição infantil, pode ter resultante do fato de a criança se desnutrir mais rápido e, portanto, exigir um cuidado maior. É prática comum no hospital universitário, na clínica pediátrica, a avaliação nutricional da criança pelo residente de pediatria. Assim, quando o acadêmico estagia nesse setor, aprende que a avaliação nutricional é importante para o tratamento da criança.

Sermet-Gaudelus et al (2000) mostram, em um estudo pediátrico, a importância de avaliar o estado nutricional de crianças e evitar a desnutrição. Para isso, apresentam um esquema que deve ser seguido quando da internação do paciente.



Quando se pergunta a um formando qual falha visualiza em seu curso, é esperado que uma série de reclamações sejam feitas, contra o ensino, contra a estrutura da universidade, contra os docentes, e outras mais. Fica clara a falta de conteúdo programático de nutrição no curso de medicina. Na verdade, a falta do conteúdo é uma realidade desde 1994, quando o ensino de nutrição deixou de ser disciplina obrigatória nos cursos de saúde com a Portaria 172/94 do Ministério da Educação e do Desporto. Somente a enfermagem continuou a ministrá-la. Esse problema não é exclusivo do Brasil; não se oferece disciplina de nutrição na maioria dos países do mundo, o que se leva a questionar se a desnutrição iatrogênica é uma questão de falta de conhecimento sobre o tema nas escolas de saúde.

Há reclamações dos dois grupos de entrevistados quanto à fragmentação do ensino, ou seja, é aprendido o básico e depois o específico nos estágios. Com relação a essa afirmação pode-se citar um estudo de Campos (1999) que, como a educação dos profissionais de saúde acontece em sua maior parte, dentro dos hospitais, em geral hospitais terciários, fragmentam o ensino por terem profissionais muito especializados, que acabam por considerar somente a parte, e não o todo.

O Hospital Universitário é hoje um hospital de referência do SUS para grandes especialidades como: cirurgia de obesidade mórbida, gestante de alto risco, tratamento de AIDS entre outros. De acordo com o autor, e baseado na fala dos entrevistados, pode-se pensar que esse campo de estágio facilita a visão

somente da doença, da parte a ser tratada e não do tratamento integral, dificultando a visualização da nutrição como parte do todo, do tratamento completo do doente.

Em Morin (2001) observa-se que, para fazer sentido o conhecimento deve ser somado as próprias experiências de mundo. Assim, longe de querer incentivar a compartimentalização das especializações propondo ao aluno o estudo da nutrição, o seu conhecimento se somaria, permitindo conhecer o homem na sua integridade. Tratá-lo, não só como patologia, mas como ser humano. A curiosidade com relação à alimentação já existe, visto que os acadêmicos consideram a alimentação importante e fundamental; basta despertá-la.

Em Soares (2001), encontra-se um resumo histórico das determinações americanas sobre o ensino de nutrição, que desde 1994 recomenda a inclusão durante todo o curso de medicina, inclusive no internato, de temas sobre nutrição e que sugere existência de pessoal devidamente qualificado para executá-lo. Apesar desses esforços para melhorar o ensino de nutrição, observa-se pouca resposta concreta.

Essa posição da Associação Americana de Dietética (American Dietetic Association) tem como base uma das principais preocupações mundiais: oito das dez causas de morte nos Estados Unidos têm relação com a dieta e as intervenções em nutrição diminuem o risco de complicações de várias enfermidades, além, é óbvio, de diminuir o custo de outros itens de assistência à saúde (ADA, 1994; FABER-BOOG, 1999; LO, 2000; PEARSON et al, 2001; TAREN et al, 2001).



No Brasil, Faber-Boog et al (1995) fizeram um levantamento a respeito do ensino de nutrição nos cursos de medicina e enfermagem do Estado de São Paulo e observaram que, dos 24 cursos que responderam ao questionário, 30% afirmaram que ministravam os conteúdos em outras disciplinas que não as específicas, como Saúde do Adulto ou Saúde da Criança.

Uma preocupação dos acadêmicos de medicina entrevistados e que também cabe à enfermagem é: quando o paciente não está hospitalizado ou não há um profissional qualificado, como o nutricionista, por exemplo, para realizar a orientação dietética do paciente, quem a fará?

Nestas ocasiões, é claro que o profissional de medicina ou enfermagem deve ter conhecimento básico de nutrição para que o paciente consiga seguir uma dieta adequada sem prejudicar a sua saúde. Esta era a realidade até a pouco tempo, nas orientações para diabéticos: o paciente era re-internado freqüentemente, com aumento da glicemia, por não haver, no posto de saúde do seu bairro, alguém que lhe orientasse sobre os cuidados com a sua alimentação.

O fato é que, como nas escolas americanas, o conhecimento de nutrição dos acadêmicos de medicina e enfermagem no Brasil, é superficial, pois o conhecimento em profundidade, gerado pela prática e pelo uso diário conduz a aprendizagem. Como demonstrado no estudo de McManus et al (1998), a aprendizagem do estudante de medicina está relacionada à competição e ao tempo individual de estudo.

Em nutrição, essa competição que leva à aprendizagem não é muito estimulada; retoma-se novamente a problemática do incentivo à aprendizagem por somente algumas clínicas. Para que houvesse aprendizagem efetiva, o tema deveria ser recorrente em todas as clínicas. O conhecimento que os entrevistados gostariam de ter recebido não foge do que deveria ser o conteúdo programático de uma disciplina: conhecimento básico de dietas, suporte nutricional, e avaliação nutricional.

Faber-Boog (2002), em estudo realizado com docentes supervisores de estágio, e que pretendeu levantar subsídios para uma posposta de ensino para o curso de enfermagem, chegou a cinco grupos de conteúdos: temas relacionados à dietética, aos aspectos sociais e culturais da alimentação, à dietoterapia; à nutrição em saúde pública e outros que incluem desde a organização do serviço de nutrição e dietética, até noções de culinária.

A revisão da literatura não difere do que o estudante sente falta, deseja, talvez porque o próprio enfermeiro docente não saiba como direcionar o estudante para obter este saber. Apesar de terem a disciplina de nutrição no currículo, os entrevistados de enfermagem sentem falta do conhecimento. O fato de estar inserida no bloco de disciplinas básicas, como citado anteriormente, possivelmente dificulte a aprendizagem.

O caminho para o conhecimento passa por mudanças; na forma de ensinar e aprender; mudanças que já se iniciaram, mas que precisam ser implementadas com o ensino de nutrição.

Nos últimos anos, muito se tem feito para melhorar o ensino nos cursos de saúde. A nova Lei de Diretrizes e Bases do Ministério da Educação, aprovada em 07/08/2001, através do parecer CNE/CES 1133/2001, é baseada numa proposta de ensino inovador, que permite que os currículos sejam organizados de forma a construir um perfil profissional, que atenda competências, habilidades e conteúdos dentro das perspectivas que auxiliem a formação de recursos humanos para atendimento ao SUS – Sistema Único de Saúde.

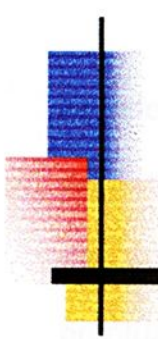
A Universidade Estadual de Londrina já atende as inovações propostas nessa Lei, nos cursos da área de saúde. O curso de Enfermagem adotou como prática, o currículo integrado, orientado na perspectiva da reconstrução social da prática profissional. Garanhani et al (1999) falam desta mudança como caminho que leva à construção do conhecimento a partir da identificação e conclui com a solução do problema. O curso de medicina adotou o método PBL como inovação do currículo; essas mudanças permitem ao aluno “vivenciar” a prática a partir do ingresso na faculdade, possibilitando descobertas que o motivem a aprender.

A respeito do ensino tradicional, Feuerwerker e Sena (1999) afirmam que o uso de disciplinas estanques leva à fragmentação do conteúdo, oferecendo ao aluno a ver uma visão da realidade dissociada de si mesmo. Ele não faz parte da realidade; atua sobre a doença, não visualiza o todo, o que dificulta a sua atuação como profissional e a resolução de problemas.



Sobre isso, Venturelli (1999) diz: "Integrar-se no trabalho cotidiano com os serviços de saúde em todos os níveis – comunitários, ambulatoriais e hospitais, incluídos os de alta complexidade – também favorece uma administração mais eficiente de recursos e uma integração de profissionais, serviços e academia".

7 Conclusões



7 Conclusões

As informações coletadas neste trabalho mostram um panorama de como o cuidado nutricional no paciente internado é falho e de como a educação poderia colaborar neste sentido com a oferta de discussões de temas de nutrição no currículo das profissões da saúde.

As informações compiladas dos prontuários são insuficientes no que se refere à aceitação alimentar, peso medido e altura. Uma vez que estes foram encontrados parcialmente anotados, no quanto à aceitação alimentar do paciente, e são quase inexistentes com relação ao peso prescrito e medido, encontrado no prontuário.

Os acadêmicos do último ano de medicina apresentam dificuldades em reconhecer os sinais relativos a desnutrição no paciente internado. As mesmas dificuldades ocorrem com os pelos acadêmicos de enfermagem entrevistados.

Há dificuldade em delimitar qual o papel no cuidado nutricional do paciente hospitalizado por parte dos acadêmicos de medicina, que não se verifica com os entrevistados de enfermagem.

Os acadêmicos de medicina e de enfermagem acreditam que sua responsabilidade no cuidado alimentar do doente é menor por haver profissionais, segundo eles, mais qualificados para solucionar os problemas alimentares.

acadêmicos. Os acadêmicos de medicina e de enfermagem acreditam que a alimentação do hospital é de boa qualidade e a sua ingesta alimentar só é prejudicada pela mudança de ambiente, ou a dieta prescrita.

Os acadêmicos de medicina e de enfermagem acreditam que o estado nutricional é mais importante nas condições cirúrgicas do que nas condições clínicas.

No aspecto do conhecimento que possuem sobre desnutrição hospitalar, os acadêmicos de medicina e de enfermagem acreditam que ela ocorre, mas não no Hospital Universitário, e, sim, em outros hospitais menores, que não têm uma equipe preparada para atender o paciente hospitalizado.

Com relação à atuação do acadêmico de medicina no cuidado alimentar do doente, vale dizer que ele age em repetição ao modelo, ou seja, o do docente da clínica, ou o do residente. Algumas clínicas exigem que eles procurem saber mais sobre a alimentação do paciente do que outras, que têm sua própria rotina, exigindo outros conhecimentos do acadêmico de medicina que não o cuidado nutricional, impedindo que a aprendizagem se efetive.

Os acadêmicos de enfermagem, durante o internato, têm como modelo o enfermeiro da unidade, o que pode representar uma facilidade em ajustar o seu papel frente ao cuidado alimentar. Alguns dos profissionais estão mais atentos para a questão nutricional, deixando transparecer essa percepção aos seus

acadêmicos. Por outro lado, os mesmos acadêmicos mostram alguma dificuldade em reconhecer os sinais de desnutrição, ocasionado pelo pequeno enfoque em uma disciplina de nutrição.

O ensino de nutrição deve ser contextualizado de acordo com o cotidiano do acadêmico de medicina e enfermagem, respeitando as novas diretrizes educacionais adotadas por ambos os cursos.

O ensino de nutrição deverá abranger questões, não só de dietoterapia, como sugerido, solicitado por eles, mas também, questões como qualidade de vida, alimentação nas diversas faixas etárias, controle sanitário de alimentos, avaliação nutricional, suporte nutricional e educação nutricional. O ensino deverá levantar problemas e conduzir à reflexão crítica.

O ensino deverá promover o estabelecimento de competências e habilidades que conduzam à reflexão e a melhora da alimentação para o doente internado e para a comunidade onde o acadêmico deverá atuar.

O estabelecimento de um curso pré-internato, colocando o acadêmico em contato com o serviço de nutrição e os métodos de avaliação nutricional, deveria ser instituído, de forma a contextualizar o acadêmico no meio em que estará inserido nos últimos anos de sua formação acadêmica.

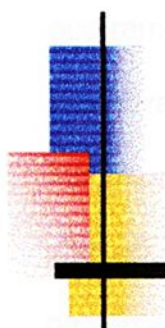


Os temas de nutrição deveriam ser discutidos por profissionais especializados como: nutricionistas e médicos e enfermeiros especialistas em nutrição, pois são os profissionais mais indicados para despertar no acadêmico a consciência para a responsabilidade de conhecer a alimentação do doente internado.

Aproveitar o espaço das visitas clínicas para contextualizar a nutrição na enfermagem, juntamente com nutricionista, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, de forma a entender o problema do paciente como um todo e procurar resolvê-lo desta forma, em equipe multiprofissional.

Um padrão único de avaliação nutricional poderia ser estabelecido e realizado por todas as clínicas e para todos os acadêmicos, trazendo maior segurança quanto aos critérios adotados para avaliação nutricional.





8 Considerações Finais

A experiência vivenciada pelo acadêmico de medicina e de enfermagem permite formar profissionais com capacidade de solução de problemas. Embora os acadêmicos de medicina e de enfermagem tenham a chance de ver casos que necessitem do conhecimento de avaliação e suporte nutricional durante o internato, essas oportunidades são escassas, como registra os relatos do que ocorrem, em clínicas específicas, como é o caso de medicina, e nem sempre são incentivados no internato da enfermagem. Apesar de adotar uma proposta de ensino inovador na graduação, o curso de medicina não mudou o internato; e, fora esse período, não há outras oportunidades de realizar uma verificação de peso de paciente e nem avaliar a necessidade de suporte nutricional.

Para aprender a valorizar a nutrição, este assunto deveria ser ministrado por um profissional com interesse e conhecimento da área. O tema deveria ser oferecido juntamente com cada módulo de conteúdo, por facilitar a visão integral do tópico estudado.

Dentro do hospital, antes de começar o estágio prático, os acadêmicos deveriam conhecer a estrutura hospitalar, da administração do serviço que fornece a alimentação ao paciente até a dieta em si, para promover a sua aprendizagem. Esse trabalho é realizado pela Comissão de Suporte Nutricional do HURNP, que aceita pequenos grupos de alunos de medicina e de enfermagem que se mostram interessados em suporte nutricional. Com esse grupo de estagiários, eles aprendem o funcionamento do serviço, as definições e principalmente qual a

conduta para cada paciente. Aprende-se avaliar na prática a conduta do seu colega que está na enfermagem e propõem soluções. Com dois anos, esse projeto gerou um grupo de acadêmicos mais conscientes do seu papel como médico e como enfermeiro e na alimentação do doente. Eles estão mais sensíveis a reconhecer os problemas, agem mais prontamente ao avaliar o paciente, pois sabem reconhecer os sinais de desnutrição e a quem recorrer para solucionar o problema.

Esta de prática de ensino, como a adotada pela Comissão de Suporte Nutricional, é a proposta de solução à desnutrição hospitalar e que fica restrita ainda, aos alunos que procuram os profissionais desta comissão voluntariamente, e não a todos os estudantes da área de saúde.

Um outro aspecto que pode colaborar para minimizar a desnutrição hospitalar e a experiência prática para reconhecer caso de desnutrição é a adoção, por parte de todas as clínicas de internação adulto, de uma rotina de admissão do paciente. No ato da internação, o acadêmico de medicina ou de enfermagem responsável pelo paciente, aplicaria o formulário de Avaliação Subjetiva Global, que além de ser rápido, é bem aceito no meio científico como método diagnóstico de desnutrição. A avaliação depois de preenchida seria anexada ao prontuário do paciente, facilitando a visualização por todos os profissionais. Ao acadêmico de enfermagem caberia a pesagem diária do paciente que com condições para isso, sem necessidade de prescrição médica para esta atividade. Os pacientes sem condições de pesagem devem ser incluídos nos grupos de risco, e sua avaliação completada pelo nutricionista.

A contribuição para o ensino superior dos cursos de saúde que encerra esse trabalho é dar uma visão de Nutrição completa aos alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem, primeiro na forma de temas distribuídos nos conteúdos que são ministrados em módulos; segundo, uma inserção, antes do estágio prático, que permita ao acadêmico conhecer o seu trabalho dentro do hospital e sua responsabilidade com a nutrição do doente; e terceiro, a adoção de um *check list* que permita ao aluno reconhecer se suas atitudes foram as corretas para cada caso.

Essas são algumas sugestões para pesquisas futuras, que este trabalho frutificou, pois os ventos das mudanças já começaram, com a adoção de currículos modernos e inovadores que permitem a visualização do tipo de profissional que se quer formar. Com a contextualização dos conteúdos de ensino, outros profissionais são escutados e consultados, enriquecendo a vivência do aluno, que aprende a valorizar o conhecimento do outro. É um trabalho complexo, que somente dará frutos com a colaboração de todos, pois não basta aprender, o acadêmico terá que ter a chance de por em prática os conceitos teóricos ministrados no curso.



ARMSTRONG, Elizabeth G.; KOFFMAN, Roberta. Enhancing nutrition education through faculty development: from workshops to web sites. **American Journal Clinical Nutrition**, USA, v. 72, p. 877S-881S, 2000. Supplement.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position Paper – an essential component of medical education. **Journal of the American Dietetic Association**, Baltimore, v.94, p. 555- 557, 1994.

AZAD, Nahid et al. Nutrition survey in a elderly population following admission to a tertiary care hospital. **Canadian Medical Association**, Canadian, v. 161, n. 5, p. 511-15, Sept. 1999.

BARATEAU, M. et al. Multicenter nursing study on the importance of nutritional support for the prevention on bedsores in the elderly at risk. **Recherche em soins Infirmiers**, dec. 1998. p. 42-49.

BEATTIE, A. H. et al. A randomized controlled trial evaluating the use of enteral nutritional supplement postoperatively in malnourished surgical patients. **Gut**, Kingdom, v. 46, n. 6, p. 813-18, June. 2000.

BEST, Carolyn; THOMAS, Sue. Improving practice with a nurse nutrition team. **Nursing Standart**, British, v. 15, n. 19, p. 41-44, Jan. 2001.

BLAYA, Marcelo. Relação médico-paciente. **Revista Psiquiatria Dinâmica**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 52-65, set. 1967.

BODINSKI, Lois H. **Guia de dietoterapia para enfermeiras**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988. 397p.

BOND, Senga. Why eating matters. **Nursing Standart**, USA, v. 12, n. 50, p. 26-7, Sept. 1998.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: HUCITEC, 1996. 205p.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001 de 07 de agosto de 2001. Relator: Éfrem de Aguiar Maranhão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2001. Seção 1, p. 131

BUCHOWSKI, Maciej S. et al. Computer-assisted teaching of nutritional anemias and diabetes to first-year medical students. **American Journal Clinical Nutrition**, USA, v. 75, p. 154-61, 2002.

BURMAN, Mary E. Healthy Diaries in Nursing Research and Practice. **Image – the Journal of Nursing Scholarship**, local, v. 27, n. 2, p. 147-152, 1995.

BURNHAM, P. Nourishing Knowledge. **Nursing Times**, England, v. 92, p. 78-79, June 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.1-11, jan/mar. 1999.

CARZINO, Eliana Portella. **Mortalidade materna – paradigma emergente na formação de médicos e enfermeiros**. 1995. 151f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica, Curitiba.

CLAY, Mary. Nutrition, enjoyable food in nursing homes. **Nursing Standart**, USA, v. 15, n. 19, p. 47-53, Jan. 2001.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de nov. 2001. Seção 1, p. 37.

CORREIA, Maria Isabel T. D. Avaliação nutricional subjetiva. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 68-73, abr/jun. 1998.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir**. 5. ed. Brasília : Cortez, 2001. 288 p.

DETSKY, A. S. et al. What is subjective global assessment of nutritional status? **Journal Parenteral Enteral Nutrition**, local, v.11, p. 8-13, 1987.

EVANS, Jonathan et al. Medical care of nursing home residents. **Mayo Clinic Proceedings**, [s.l.], v. 70, n. 7, p. 694-702, july 1995.

FABER-BOOG, Maria Cristina. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-15, 1999.

FABER-BOOG, Maria Cristina; RONCADA, Maria José; STEWIEN, Glacilda T. M. Ensino de Nutrição nos Cursos de Medicina e de Enfermagem no Estado de São Paulo: Cursos de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 66-75, maio/dez. 1995.

FABER-BOOG, Maria Cristina. Construção de uma proposta de ensino de nutrição para o curso de enfermagem. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 1-15, jan. 2002.

FABER-BOOG, Maria Cristina; SILVA, Juliana Bastoni da. Percepções de enfermeiras sobre o processo de cuidado nutricional. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 16, p. 17-22, 2001.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SENA, Roseni de. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção a saúde e de participação social. In: ALMEIDA, Marcio et al. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1: um olhar analítico. HUCITEC: UEL, 1999.

GANDIN, Danilo. Algumas idéias sobre avaliação escolar. **Revista de Educação AEC**, Brasília, n. 97, p. 48-55, out./dez. 1995.

GARANHANI, Maria Lucia. Superando desafios na construção de amplas reformas curriculares. In: ALMEIDA, Marcio et al. **A educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: teoria e pratica de um movimento de mudança**. Tom 2 – as vozes dos protagonistas. HUCITEC: UEL, 1999.

GARBOGGINI, Humberto de Oliveira. **Dicionário de clínica médica**. Rio de Janeiro: Formar, 1977. 350 p.

GARROW, John. Starvation in hospital – nutrition is given too little attention by doctors, nurses, and managers. **British Medical Journal**, Kingdoom, n. 308, p. 9-10, 1994.

GASKILL, Deanne; PEARSON, Alan. The nutritionally vulnerable patient: a pilot study to compare nurses assessment of intake with actual intake. **Journal of Clinical Nursing**, Australia, v.1, p. 101-106, 1992.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa In; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p.22-25.

HARK, Lisa A.; MORISON, Gail. Development of a case-based integrated nutrition curriculum for medical students. **American Journal Clinical Nutrition**, USA, v. 72, p. 890S-897S, 2000. Supplement.

HILL, Barry; LENZI, Marcia. Notes on the training of workers in the health sector. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 1-5, Apr./June 1997

HOLMES, Susan. Nutritional Screening and older adults. **Nursing Standart**, British, v. 15, n. 2, p. 42-44, Sept. 2000.

IRETON-JONES, Carol S.; HASSE, Jeanette. Comprehensive nutritional assessment: the dietitan's contribution to the team effort. **Nutrition**, USA, v. 8, n. 2, p. 75-81, Mar./Apr. 1992.

KISIL, Marcos. Prefácio. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 19- 25.

KOHLMEIER, Martin. Introducing cancer nutrition to medical students: efetiveness of computer-based instruction. **American Journal Clinical Nutrition**, USA, v. 71, p. 873-877, 2000.

KOLASA, Kathryn M. "Images" of nutrition in medical education and primary care. **American Journal Clinical Nutrition**, USA, v.73, p. 1006-009, 2001.

KOWANKO, Inge; SIMON, Stephen; WOOD, Jacquelin. Nutritional care of the patient: nurses knowledge and attitudes in an acute care setting. **Journal of Clinical Nursing**, USA, v. 8, n. 2, p. 217-224, Mar. 1999.

LEBRAO, Maria Lucia. Determinantes de morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 1-13, fev, 1999.

LENNIE, Terry. Anorexia in response to acute illness. **Heart e Lung: Journal of Acute and Critical Care**, USA, v. 28, n. 6, p. 386-401, Nov./Dez. 1999.

LEVIN, Aaron. Nutrition and policy 2: the role of professional societies. **Annals of Internal Medicina**, USA, v. 130, n. 10, p. 869-870, Mayo, 1999.

LIPLEY, Nick. The food chain. **Nursing Standart**, USA, v. 15, n. 12, p. 13-4, Dec. 2000.

LO, Clifford. Integrating nutrition as a theme throughout the medical school curriculum. **American Journal Clinical Nutrition**, USA, v. 72, p. 882S-95S, 2000. Supplement.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Planejamento, execução e avaliação da aprendizagem escolar**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 155-157.

LUDKE, Menga; ANDRE, Marli E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LYNE, Patricia; PROWSE, Moragi A. Methodological issues in the development and use of instruments to assess patient nutritional status or the level of risk of nutritional compromise. **Journal of Advanced Nursing**., USA, v. 30, n. 4, p. 835-842, Oct. 1999.

LYONS, Albert S.; PETRUCELLI, R. Joseph. **História da Medicina**. Espanha: Manole, 1997. 615p.

MACULEVICIUS, Janete; FORNASARI, Margareth L. L.; BAXTER, Yara Carnevali. Níveis de assistência em nutrição. **Revista do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina**, São Paulo, n. 49, p. 79-81, 1984.

MANZINI, Eduardo J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MASETTO, Marcos T. Aula na universidade. In: FAZENDA: Ivani. **Didática e Interdisciplinaridade**. 5. ed. Papirus, 1998. 192 p.

MATHIAS, Thais A. de F.; SOBOLL, Maria Lucia de M. S. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, p.9-18, 1998.

McCORMACK, Paula B. A. Undernutrition in the elderly population living at home in the community: a review of literature. **Journal of Advanced Nursing**. Scotland, v. 26, n. 15, p. 856-63, Nov. 1997.

McMANUS, I. C. et al. Clinical experience, performance in final examinations, and learning style in medical students: prospective study. **British Medical Journal**, Kingdom, v. 316, p. 345-50, 1998.

McWRITTER, Janet P.; PENNINGTON, Christopher R. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. **British Medical Journal**, Kingdom, v. 308, p. 945-48, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. 269 p.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 118 p.

MULLER, Mary Stela; CORNELSEN, Julce Mary. Normas e Padrões para Teses, Dissertações e Monografias. 3. ed. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina. 2001. 126 p.

MURAGUCHI, Evelin M. O.; et al. Avaliação Subjetiva Global em Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 14, supl 1, p. 35-6, jul. 1999.

NIGHTINGALE, J. M.; REEVES, J. Knowledge about the assessment and management of undernutrition: a pilot questionnaire in UK teaching hospital. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 18, n. 1, p. 23-7, Feb. 1999.

PACIORNIK, Rodolpho. **Dicionário médico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978. 410 p.

PALMER, Diane. The persisting problem of malnutrition in healthcare. **Journal of Advanced Nursing**, England, v. 28, n. 5, p. 931-932, Nov. 1998.

PAPINI-BERTO, Silvia Justina. **Implicações nutricionais no tratamento de pacientes internados em enfermaria de gastroenterologia clínica: estudo retrospectivo em hospital universitário do Sudeste brasileiro**. 1994. 117 f. Dissertação (Mestrado em Nutricao Experimental) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PARKER, D.; EMMETT, P. M.; HEATON, K.W. Final year medical students knowledge of practical nutrition. **Journal of the Royal Society of Medicine**, Kingdom, v. 85, p. 338-348, June 1992.



PEARSON, Thomas A. et al. Translation of nutritional sciences into medical educations: The Nutrition Academic Awards Program. **American Journal Clinical Nutrition**, USA, v. 74, p. 164-170, 2001.

PEDDER, Lindsay. Nursing's nutritional responsibilities. **Nursing Standart**, USA, v. 13, n. 9, p. 49-55, Nov. 1998.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Publica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 10 -20, fev. 2001.

PERRY, Lin. Nutrition: a hard nut to crack. An exploration of knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care. **Journal of Clinical Nursing**, USA, v. 6, n. 4, p. 315-324, July 1997.

POLAK, Ymiracy N. S. A socialidade da doença no contexto da unidade de suporte nutricional. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 16, p. 23-27, 2001.

RASMUSSEN, H. H. Clinical nutrition in Danish Hospitals. A questionnaire study among physicians and nurses. **Ugeskrift for Laeger**, Danish, v. 162, n. 27, p. 3855-3860, July 2000.

RESNICK, Barbara. Motivation to perform activities of daily living in the institutionalized older adult: can a leopard change its spots? **Journal Advanced Nursing**, USA, v. 29, n. 4, p. 792-99, Apr. 1999.

RIELLA, Miguel Carlos. **Suporte nutricional parenteral e enteral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 472 p.

SA-CHAVES, Idalia. **Formação, conhecimento e supervisão**: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais. Coimbra: Universidade de Aveiro, 2000. 198 p.

SANTOS FILHO, Jose Camilo; GAMBOA, Silvio Sanchez. **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 111 p.

SCANLAN, Fiona; DUNE, Janette; TOYNE, Kim. No more cause for neglect: introducing a nutritional assessment tool and action plan. **Professional Nurse**, USA, v. 9, n. 6, p. 382-85, June 1994.

SERMET-GAUDELUS, Isabelle. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. **American Journal of Clinical Nutrition**, USA, v. 72, p. 64-70, 2000.

SHAW, Jenny E. A worrying gap in knowledge: nurses knowledge of enteral feeding practice. **Professional Nurse**, USA, v. 9, n. 10, p. 656- 61, 1994.

SOARES, Fernanda Pardo de Toledo Piza. **Abordagens de nutrição no curso de graduação de médicos residentes de cirurgia**: subsídios para o ensino. 2001. 182 f. Dissertação (Mestrado) - UNICAMP, São Paulo.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRICAÇÃO PARENTERAL E ENTERAL . **Proposta para tratamento da desnutrição hospitalar no Brasil**, São Paulo: SBNPE, 1997. 59 p.

SORDI, M. R. **A prática de avaliação do ensino superior**: uma experiência na enfermagem. São Paulo: Cortez, 1995. 120 p.

TAREN, Douglas L. et al. Effect of an integrates nutrition curriculum on medical education, student clinical performance, and student perception of medical-nutrition training. **American Journal of Clinical Nutrition**, USA, v. 73, p. 1107-12, 2001.

THOMAS, David R. et al. Malnutrition in subacute care. **American Journal of Clinical Nutrition**, USA, v. 75, p. 308-13, 2002.

TRUSWELL, A. Stewart. Family physicians and patients: is effective nutrition interaction possible? **American Journal Clinical Nutrition**, USA, v. 71, p. 6-12, 2000.

VENTURELLI, Jose. Os aspectos educacionais na reforma da Educação nas profissões de saúde. In: ALMEIDA, Marcio et al. A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1: um olhar analítico. HUCITEC: UEL, 1999.

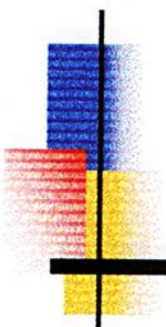
WARD, Jill; ROLLINS, Hazel. Screening for malnutrition. **Nursing Standart**, British, v.14, n. 8, p. 49-53, Nov. 1999.

WATANABE, Maria Satiko. A importância dos programas de educação continuada para os profissionais de enfermagem. **Hospitales- suprimentos e serviços**, São Paulo, p. 49, out. 1998.

WATERLOW, Judy. A risk assessment card. **Nursing Times**, USA, v.27, p. 49-55, 1985.

WILSON, Margaret-Mary G. et al. Prevalence and causes of undernutrition in medical outpatients. **American Journal of Medicine**, USA, v. 104, n. 1, p. 56-63, Jan. 1998.

ZIMERMAN, David Epelbaum. A formação psicológica do médico. **Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 36-40, 1986.



Apêndice

Apêndice 1:

*Termo de consentimento
esclarecido ao voluntário de
pesquisa*

Termo de Consentimento Esclarecido:

*TÍTULO DO ESTUDO: ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE PEDAGOGIA E DISCIPLINAS NO CUIDADO
INTEGRAL DO DOENTE: CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL*

1- IMPORTÂNCIAS AO VOLUNTÁRIO

A participação deste estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

2- PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

O estudo tem como objetivo principal a participação dos acadêmicos de pedagogia na formação integral do doente, contribuindo para a formação do profissional.

Apêndice 1:

Termo de consentimento esclarecido ao voluntário de pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO:

NOME DO ESTUDO: ATUAÇÃO DO ACADEMICO DE MEDICINA E ENFERMAGEM NO CUIDADO NUTRICIONAL DO DOENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL.

I- INFORMAÇÕES AO VOLUNTÁRIO:

A realização deste estudo que você esta sendo convidado a participar, tem como objetivo estudar a atuação do interno de medicina e enfermagem no cuidado nutricional do doente internado nas mais diversas situações clinicas.

O cuidado nutricional do doente é parte integrante das atribuições de todos os responsáveis no cuidado do doente, daí a importância em se relatar as atividades relativas a este procedimento por estudantes de medicina e enfermagem.

Ao relacionar as diversas dificuldades, crenças e conhecimentos dos estudantes graduandos, poderemos estar contribuindo ao final do estudo para sua melhor capacitação profissional.

Portanto, este estudo é importante não só para a comunidade acadêmica, mas para a comunidade externa, onde está inserido o doente.

II- PROCEDIMENTOS A SEREM UTILIZADOS:

Serão anotadas as referencias a peso, altura, exames laboratoriais, ingesta de alimentos, modificação do hábito alimentar, realizadas pelos internos nos prontuários das enfermarias de internação adulto em ficha própria, desenvolvida para este fim.

Num segundo momento, serão convocados para entrevista com a pesquisadora, 15 representantes de cada curso, escolhidos aleatoriamente. A entrevista constará de perguntas genéricas sobre desnutrição, desnutrição hospitalar, dificuldades encontradas para diagnosticar o paciente entre outros temas afins.

O terceiro e ultimo passo será uma análise formal de conhecimento sobre nutrição, que será realizado na forma de um teste objetivo.



Os resultados serão analisados e propostas de caráter educativo serão formuladas para promover melhoria da utilização das informações recebidas durante o curso de graduação.

III- CONFIABILIDADE DO ESTUDO:

Os voluntários em hipótese alguma terão sua identidade divulgada para outras pessoas ou entidades, além daquelas que participam efetivamente do acompanhamento desta pesquisa. Também serão mantidos em sigilo todas as informações obtidas e que estejam relacionadas com a privacidade dos voluntários.

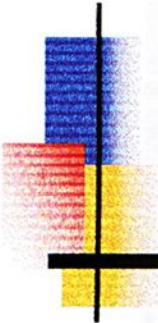
IV – ACESSO AS INFORMAÇÕES OBTIDAS:

Os pesquisadores e a Comissão de Ética que aprovou este estudo, comprometem-se a fornecer aos estudantes e docentes todas as informações que venham a ser obtidas durante a pesquisa.

Apêndice 2:

Ficha desenvolvida para análise

de prontuários



Apêndice 2:

Ficha desenvolvida para análise de prontuários

Anexo 1 - Ficha para avaliação das anotações médicas e de enfermagem a respeito de alterações nutricionais do paciente internado em enfermaria adulto.

DATA	Número do prontuário:		Anotações referentes a:				Peso-	altura-	data de nascimento -		clínica-	
	PESO	ALTURA	EMAGRECIMENTO	INGESTA	DESNUTRIÇÃO	ALTERAÇÕES LABORATORIAIS	ALTERAÇÕES FÍSICAS	ALTERAÇÃO DE HÁ	USO DE SUPLEMENTOS	IMC	DENTIÇÃO	OUTROS

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA INTERNOS DE ENFERMAGEM E NEDONAL

1. Qual a função da Unidade Neurológica em relação ao cuidado do paciente?

2. Como se realiza o diagnóstico, qual é o objetivo do diagnóstico e qual o papel da enfermagem no diagnóstico?

3. Como se realiza o tratamento e o acompanhamento do paciente com o diagnóstico de doença neurológica?

4. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

5. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

6. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

7. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

8. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

9. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

10. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

11. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

12. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

13. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

14. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

15. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

16. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

17. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

18. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

19. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

20. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

21. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

22. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

23. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

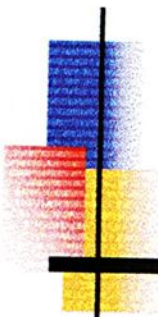
24. Como se realiza o cuidado de enfermagem com o paciente com doença neurológica?

Apêndice 3:

Roteiro de entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA INTERNOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA:

1. *Qual o papel do médico / enfermeiro na alimentação do paciente internado no hospital?*
2. *Quais os outros profissionais que você consideraria de relevância para cuidar da alimentação do doente?*
3. *Que cuidados relativos à alimentação você acha importante que o paciente internado deve receber?*
4. *Se o doente internado deixa de se alimentar, você intervém?*
5. *em que momento isso acontece?*
6. *Qual o tipo de intervenção que você faria neste caso?*
7. *Na sua opinião de quem é a responsabilidade de intervir quando o paciente não se alimenta?*
8. *Você acha que o paciente se alimenta adequadamente no hospital? Porque?*
9. *Como você sabe se o paciente comeu bem?*
10. *Quando você consideraria que se alimentar é importante para o paciente internado?*
11. *Quais os sintomas ou sinais de desnutrição?*
12. *Quais os indícios que o levam a pensar, supor, que um paciente está se desnutrindo?*
13. *Quais os critérios que você utiliza para diagnosticar um paciente desnutrido?*
14. *Você encontra dificuldades para diagnosticar um paciente desnutrido? Quais?*
15. *Quais são as condutas no paciente desnutrido?*
16. *Na sua opinião em quais situações o estado nutricional é importante para o tratamento clínico ou cirúrgico do paciente internado?*
17. *Você acredita que acontece desnutrição hospitalar? O que você poderia dizer sobre isso?*
18. *Você já viu algum caso de desnutrição hospitalar na sua prática dentro do hospital?*
19. *Na sua opinião, em qual clínica/ estágio/ disciplina é mais abordada a questão nutricional? Porque?*
20. *Você já teve oportunidade de fazer algum curso de nutrição?*
21. *Você acha que seu conhecimento de nutrição é suficiente para sua vida profissional?*
22. *Onde você acha que houve falha?*
23. *Se houve falha, qual o conhecimento de nutrição que você gostaria de Ter recebido?*



Anexos

Anexo 1

*Parecer do Comitê de Bioética
do Hospital Universitário
Regional do Norte do Paraná*



UNIVERSIDADE
DE LONDRI

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COM FOCO ÉTICO EM PESQUISA

PARCER GEN 034/02

Londrina, 15 de abril de 2002.

Para

Assessoria Jurídica

Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná

Universidade Estadual de Londrina

Assunto

Senhora,

O Conselho de Ética em Pesquisa analisou e aprovou o Projeto de
e ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE MEDICINA E ENFERMAGEM NO
DO NUTRICIONAL DO DECENTE CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO
ção 14036 CNE.

Atenciosamente,

Anexo 1

Parecer do Comitê de Bioética do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná





UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER CEP 034/02

Londrina, 18 de abril de 2002.

A Sra.

Anne Cristine Rumiato

Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná

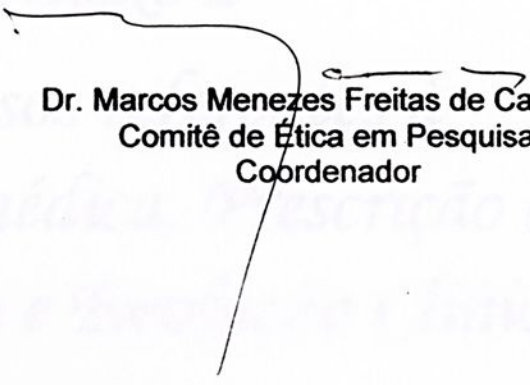
Universidade Estadual de Londrina

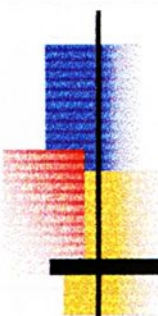
Nesta

Prezada Senhora,

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e **aprovou** o Projeto de Pesquisa **"ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE MEDICINA E ENFERMAGEM NO CUIDADO NUTRICIONAL DO DOENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL"**, bem como o Termo de Consentimento que está de acordo com a Resolução 196/96- CNS.

Atenciosamente,


Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenador



Anexo 2

*Impressos referentes à
Prescrição médica, Prescrição de
enfermagem e Evolução Clínica*

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA DA INTERNAÇÃO 03/06/2003		CLÍNICA Pediatria		DATA DA PRESCRIÇÃO 25/06/03		ENFERMARIA / LEITO 5-4	
IDADE 3a		SEXO Masculino		GRAU DEPENDÊNCIA 4		NOME	
DIETA Branda hipossódica		(+) Restrição Hídrica 1.200ml		LVI 150ml + Achocolatado		DIAGNÓSTICO Hemangioma + Insuficiência respiratória aguda + Cardiopatia	
				3x		Nº DO ATENDIMENTO C023260	

[illegible]

H O R A R I O S	Sinais Vitais				Procedimento		Ingesta		Eliminações		Outros				Nome
	PA	P	T	R	Mudança de Decúbito	Glicemia Capilar	Dietas V. O. ()	Líquidos V.O. ()	Diurese Vol () Nº () Aspecto ()	Evacuação Nº () Aspecto ()					
							S.N.G. () S.E. ()	S.N.G. () S.E. ()							
07															
08															
09					E										
10					L										
11					E										
12					V										
13					A										
SUBTOTAL PERÍODO DA MANHÃ															
14					O										
15															
16															
17															
18															
19															
SUBTOTAL PERÍODO DA TARDE															
20															
21															
22															
23															
24															
01															
02															
03															
04															
05															
06															
SUBTOTAL PERÍODO DA NOITE															
Total															

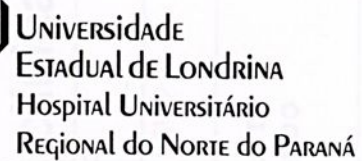
Prof. Estela Casagrande
 COREN 41.239-0/PR

Res: 8h -

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA DA INTERNAÇÃO 13/06/2003		CLÍNICA Pediatria		DATA DA PRESCRIÇÃO 25/06/03		ENFERMARIA / LEITO 3/3	
IDADE 5m		SEXO Masculino		GRAU DEPENDÊNCIA 4		NOME	
DIETA Papa de legumes		(+) Suco 1x		Pregomin 150ml + Oligosac 3% 4/4		DIAGNÓSTICO DPC + Pneumonia	
						Nº DO ATENDIMENTO C108224	

[illegible]



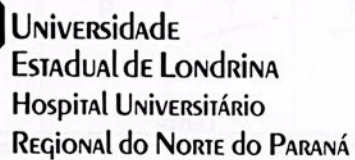
CLÍNICA: _____ QUARTO: _____ LEITO: _____

NOME: _____ Nº DE REGISTRO: _____

[illegible]

ENF. 036 - EUEL 01069/HU

* As Prescrições Médicas de Enfermagem deverão ser assinadas na linha imediatamente abaixo



CLÍNICA: _____ QUARTO: _____ LEITO: _____

NOME: _____ Nº DE REGISTRO: _____

ENF. 036 - EUEL 01069/HU * As Prescrições Médicas de Enfermagem deverão ser assinadas na linha imediatamente abaixo



N.º PRONTÁURIO

Nome:

ENF.

LEITO

Clinica:

NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA: COMPLICAÇÕES, CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO, CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE DEVENDO TODAS ANOTAÇÕES SEREM ASSINADAS PELO MÉDICO QUE A FEZ.

[illegible]

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT
10/1/88	DEPOSIT	100.00
10/2/88	DEPOSIT	100.00
10/3/88	DEPOSIT	100.00
10/4/88	DEPOSIT	100.00
10/5/88	DEPOSIT	100.00
10/6/88	DEPOSIT	100.00
10/7/88	DEPOSIT	100.00
10/8/88	DEPOSIT	100.00
10/9/88	DEPOSIT	100.00
10/10/88	DEPOSIT	100.00
10/11/88	DEPOSIT	100.00
10/12/88	DEPOSIT	100.00
10/13/88	DEPOSIT	100.00
10/14/88	DEPOSIT	100.00
10/15/88	DEPOSIT	100.00
10/16/88	DEPOSIT	100.00
10/17/88	DEPOSIT	100.00
10/18/88	DEPOSIT	100.00
10/19/88	DEPOSIT	100.00
10/20/88	DEPOSIT	100.00
10/21/88	DEPOSIT	100.00
10/22/88	DEPOSIT	100.00
10/23/88	DEPOSIT	100.00
10/24/88	DEPOSIT	100.00
10/25/88	DEPOSIT	100.00
10/26/88	DEPOSIT	100.00
10/27/88	DEPOSIT	100.00
10/28/88	DEPOSIT	100.00
10/29/88	DEPOSIT	100.00
10/30/88	DEPOSIT	100.00
10/31/88	DEPOSIT	100.00
11/1/88	DEPOSIT	100.00
11/2/88	DEPOSIT	100.00
11/3/88	DEPOSIT	100.00
11/4/88	DEPOSIT	100.00
11/5/88	DEPOSIT	100.00
11/6/88	DEPOSIT	100.00
11/7/88	DEPOSIT	100.00
11/8/88	DEPOSIT	100.00
11/9/88	DEPOSIT	100.00
11/10/88	DEPOSIT	100.00
11/11/88	DEPOSIT	100.00
11/12/88	DEPOSIT	100.00
11/13/88	DEPOSIT	100.00
11/14/88	DEPOSIT	100.00
11/15/88	DEPOSIT	100.00
11/16/88	DEPOSIT	100.00
11/17/88	DEPOSIT	100.00
11/18/88	DEPOSIT	100.00
11/19/88	DEPOSIT	100.00
11/20/88	DEPOSIT	100.00
11/21/88	DEPOSIT	100.00
11/22/88	DEPOSIT	100.00
11/23/88	DEPOSIT	100.00
11/24/88	DEPOSIT	100.00
11/25/88	DEPOSIT	100.00
11/26/88	DEPOSIT	100.00
11/27/88	DEPOSIT	100.00
11/28/88	DEPOSIT	100.00
11/29/88	DEPOSIT	100.00
11/30/88	DEPOSIT	100.00
12/1/88	DEPOSIT	100.00
12/2/88	DEPOSIT	100.00
12/3/88	DEPOSIT	100.00
12/4/88	DEPOSIT	100.00
12/5/88	DEPOSIT	100.00
12/6/88	DEPOSIT	100.00
12/7/88	DEPOSIT	100.00
12/8/88	DEPOSIT	100.00
12/9/88	DEPOSIT	100.00
12/10/88	DEPOSIT	100.00
12/11/88	DEPOSIT	100.00
12/12/88	DEPOSIT	100.00
12/13/88	DEPOSIT	100.00
12/14/88	DEPOSIT	100.00
12/15/88	DEPOSIT	100.00
12/16/88	DEPOSIT	100.00
12/17/88	DEPOSIT	100.00
12/18/88	DEPOSIT	100.00
12/19/88	DEPOSIT	100.00
12/20/88	DEPOSIT	100.00
12/21/88	DEPOSIT	100.00
12/22/88	DEPOSIT	100.00
12/23/88	DEPOSIT	100.00
12/24/88	DEPOSIT	100.00
12/25/88	DEPOSIT	100.00
12/26/88	DEPOSIT	100.00
12/27/88	DEPOSIT	100.00
12/28/88	DEPOSIT	100.00
12/29/88	DEPOSIT	100.00
12/30/88	DEPOSIT	100.00
12/31/88	DEPOSIT	100.00

*Relação do número de
leitos/clínica do hospital
Universitário Regional do
Norte do Paraná*



LEITOS EM ATIVIDADE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ

UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO - PS

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
PM	01 A 14	PRONTO-SOCORRO ADULTO	MASCULINO
PF	01 A 12	PRONTO-SOCORRO ADULTO	FEMININO
SH	01 A 11	PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO (BERÇOS)	MAS / FEM
SH	12	PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO (INCUBADORA)	MAS / FEM
TOTAL	38 LEITOS		

Temos no Pronto-Socorro os leitos abaixo relacionados, que não são considerados como leito hospitalar por serem macas dos consultórios ou as colocadas nos corredores (não tem número definido) .

COR/CONS	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
PSM (consultório)	01 A 04	PRONTO-SOCORRO MÉDICO ADULTO	MAS / FEM
PSC (consultório)	01 A 03	PRONTO-SOCORRO CIRÚRGICO (ADULTO/INFANTIL)	MAS / FEM
PSOR (consultório)	01 A 03	PRONTO-SOCORRO ORTOPÉDICO (ADULTO/INFANTIL)	MAS / FEM
PSO(cons+corredor)	01 A 05	PRONTO-SOCORRO OBSTÉTRICO	FEMININO
PSP(cons+corredor)	01 A 07	PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO	MAS / FEM
COR	01 A 10	PRONTO-SOCORRO ADULTO - CORREDOR	MAS / FEM
PSE	01 A 07	PRONTO-SOCORRO ADULTO - REPOUSO	MAS / FEM
TOTAL	39 MACAS		

UNIDADE DE PEDIATRIA - PED

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
PED 01	01 A 04	CIRURGIA INFANTIL	MAS / FEM
PED 02	01 A 06	CIRURGIA INFANTIL	MAS / FEM
PED 03	01 A 05	PEDIATRIA GERAL	MAS / FEM
PED 04	01 A 05	PEDIATRIA GERAL	MAS / FEM
PED 05	01 A 04	PEDIATRIA GERAL	MAS / FEM
PED 06	01 A 04	PEDIATRIA GERAL	MAS / FEM
PED 07	01 A 04	PEDIATRIA - ESPECIALIDADES	MAS / FEM
PED 08	01	PEDIATRIA GERAL - ISOLAMENTO	MAS / FEM
PED 09	01	PEDIATRIA GERAL - ISOLAMENTO	MAS / FEM
TOTAL	34 LEITOS		

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - UTP

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
UTP	01 A 05	UTP - INFANTIL	MAS / FEM
TOTAL	05 LEITOS		

VIDE VERSO



MATERNIDADE - MAT

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
MAT 1	01 A 03	MATERNIDADE	FEMININO
MAT 2	01 A 07	MATERNIDADE	FEMININO
MAT 3	01 A 04	MATERNIDADE	FEMININO
MAT 4	01 A 04	MATERNIDADE	FEMININO
TOTAL	18 LEITOS		

Existe 04 leitos cadastrados como MAT 5 que são utilizados para pré-parto, mas não consideramos leito hospitalar

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS - UCI

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
UCI	01 A 10	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	MAS / FEM
TOTAL	10 LEITOS		

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGIA - UTN

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
UTN	01 A 07	UTN - RECÉM-NASCIDO	MAS / FEM
TOTAL	07 LEITOS		

UNIDADE DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS I - MI 1

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
MI A	01 A 03	MI GERAL - ADULTO	MAS / FEM
MI B	01 A 03	MI GERAL - ADULTO	MAS / FEM
MI C	01 A 03	MI GERAL - ADULTO	MAS / FEM
MI D	01 A 03	MI GERAL - ADULTO	MAS / FEM
MI J	01 E 02	MI GERAL - INFANTIL	MAS / FEM
MI K	01 E 02	MI GERAL - INFANTIL	MAS / FEM
MI L	01 E 02	MI GERAL - INFANTIL	MAS / FEM
TOTAL	18 LEITOS		

UNIDADE DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS II - MI AIDS

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
MI E	01 A 03	MI - AIDS - ADULTO/INFANTIL	MAS / FEM
MI F	01 A 03	MI - AIDS - ADULTO/INFANTIL	MAS / FEM
MI G	01 E 02	MI - AIDS - ADULTO/INFANTIL	MAS / FEM
MI H	01 E 02	MI - AIDS - ADULTO/INFANTIL	MAS / FEM
MI I	01 E 02	MI - AIDS - ADULTO/INFANTIL	MAS / FEM
TOTAL	12 LEITOS		

MI = 18

UNIDADE DE TISIOLOGIA - TIS

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
TIS 01	01 A 03	TISIOLOGIA - ADULTO	FEMININO
TIS 02	01 A 03	TISIOLOGIA - ADULTO	MASCULINO
TIS 03	01 A 05	TISIOLOGIA - ADULTO	MASCULINO
TOTAL	11 LEITOS		

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA I - UTI

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
UTI	01 A 10	UTI - ADULTO / INFANTIL	MAS / FEM
TOTAL	10 LEITOS		

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II - UTS

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
UTS	01 A 07	UTS - ADULTO / INFANTIL	MAS / FEM
TOTAL	07 LEITOS		

UNIDADE MASCULINA - UB

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
UB 01	01 A 05	CLÍNICA MÉDICA 5	MASCULINO
UB 01	06	REUMATOLOGIA 2	MASCULINO
UB 02	01	REUMATOLOGIA	MASCULINO
UB 02	02 A 04	HEMATOLOGIA 3	MASCULINO
UB 02	05 E 06	ENDOCRINOLOGIA 2	MASCULINO
UB 03	01 A 05	CARDIOLOGIA 5	MASCULINO
UB 03	06	CIRURGIA PLÁSTICA 1	MASCULINO
UB 04	01 A 05	NEFROLOGIA 5	MASCULINO
UB 04	06	DERMATOLOGIA 1	MASCULINO
UB 05	01 A 06	NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA 5	MASCULINO
UB 06	01 A 06	CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO 6	MASCULINO
UB 07	01	OTORRINOLARINGOLOGIA 1	MASCULINO
UB 07	02 A 06	UROLOGIA 5	MASCULINO
UB 08	01 A 03	OFTALMOLOGIA 3	MASCULINO
UB 08	04 A 06	GASTROENTEROLOGIA 2	MASCULINO
UB 09	01 A 05	MULTIRRESISTÊNCIA - MR 4	MASCULINO
UB 10	01 A 06	PRONTO-SOCORRO CIRÚRGICO 6	MASCULINO
UB 11	01 A 03	CIRURGIA VASCULAR 3	MASCULINO
UB 11	04 A 06	PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA 3	MASCULINO
UB 12	01 A 04	ORTOPEDIA 4	MASCULINO
UB 12	05	PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA 1	MASCULINO
UB 12	06	CIRURGIA PLÁSTICA 1	MASCULINO
UB 13	01	ISOLAMENTO 2	MASCULINO
UB 14	01	ISOLAMENTO	MASCULINO
TOTAL	73 LEITOS		



UNIDADE FEMININA - UD

ENFERMARIA	Nº DO LEITO	ESPECIALIDADE	SEXO
UD 01	01 A 03	PRONTO-SOCORRO CIRÚRGICO 3	FEMININO
UD 01	04	CIRURGIA PLÁSTICA 1	FEMININO
UD 01	05 A 07	ORTOPEDIA 3	FEMININO
UD 02	01 E 02	CIRURGIA VASCULAR 2	FEMININO
UD 02	03 A 05	CARDIOLOGIA 3	FEMININO
UD 02	06	OTORRINOLARINGOLOGIA 1	FEMININO
UD 03	01 A 04	NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA 4	FEMININO
UD 03	05 E 06	NEFROLOGIA 2	FEMININO
UD 04	01 E 02	GASTROENTEROLOGIA 2	FEMININO
UD 04	03 A 05	CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO 3	FEMININO
UD 04	06	ENDOCRINOLOGIA 1	FEMININO
UD 05	01	HEMATOLOGIA 1	FEMININO
UD 05	02 E 03	UROLOGIA 2	FEMININO
UD 05	04 E 05	OFTALMOLOGIA 2	FEMININO
UD 05	06	REUMATOLOGIA 1	FEMININO
UD 06	01 A 06	GINECOLOGIA 6	FEMININO
UD 07	01 E 02	PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA 2	FEMININO
UD 07	03	DERMATOLOGIA 1	FEMININO
UD 07	04	OFTALMOLOGIA 1	FEMININO
UD 07	05 E 06	CLÍNICA MÉDICA 2	FEMININO
UD 08	01 E 02	ISOLAMENTO > 3	FEMININO
UD 09	01	ISOLAMENTO	FEMININO
TOTAL	46 LEITOS		
TOTAL GERAL DE LEITOS DO HURNP		289 LEITOS	

PSC 3 + 6 = 9
CP 1 + 2 = 3
ORTOP 4 + 3 = 7 ✓
CV 2 + 3 = 5 ✓
CARDIO 3 + 5 = 8
OTORINO 1 + 1 = 2
NEURO/NC 4 + 5 = 9 ✓
NEFRO 2 + 5 = 7
GASTRO 2 + 2 = 4 ✓
CNO 3 + 6 = 9
ENDOCRINO 1 + 2 = 3 ✓
HEMATO 1 + 3 = 4
URO 2 + 5 = 7 ✓
OFTALMO 3 + 3 = 6
REUMATO 1 + 2 = 3
GO 6 + 0 = 6
PNEUMO/CT 2 + 4 = 6

DERMATO 1 + 1 = 2 ✓
CM 2 + 5 = 7 ✓
MR 4 + 0 = 4

