


Segurança alimentar e *food security* em meio hospitalar



Maria Paes de Vasconcelos
Ordem dos Nutricionistas

Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)

- ▶ O acesso a alimentos:
 - ▶ deve estar disponível em quantidade suficiente,
 - ▶ deve ser nutricionalmente e culturalmente adequado e
 - ▶ deve ser económica e fisicamente acessível,
- ▶ principais elementos para a realização deste direito
 - ▶ **disponibilidade,**
 - ▶ **adequação e**
 - ▶ **acessibilidade**

(Queiroz A, Mota I, Cardoso S, 2015)

Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)

O Direito à Alimentação não se encontra diretamente consagrado na Constituição da República Portuguesa, mas está incluído na Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948:

“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, **principalmente quanto à alimentação**, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”

(Queiroz A, Mota I, Cardoso S, 2015)



Conceitos diferentes

foodsafety

“a garantia que um alimento não causará dano ao consumidor – através de perigos biológicos, químicos ou físicos – quando é preparado e ou consumido - de acordo com o seu uso esperado”

(Codex Alimentarius. General Principles of Food Hygiene. 2003)

foodsecurity

“situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável”

(FAO. The State of Food Insecurity in The World 2001. 2001).



Segurança Alimentar

- ▶ HACCP
- ▶ Sigla internacionalmente reconhecida para
- ▶ **H**azard
- ▶ **A**nalysis and
- ▶ **C**ritical
- ▶ **C**ontrol
- ▶ **P**oints
- ▶ ou Análise de Perigos e Controlo de Pontos Críticos.

HACCP

- ▶ Baseia-se numa metodologia preventiva
- ▶ Objectivo: evitar potenciais riscos que podem causar danos aos consumidores, através da eliminação ou redução de perigos, de forma a garantir que não estejam colocados, à disposição do consumidor, alimentos não seguros.
- ▶ Aplica: princípios técnicos e científicos na produção e manipulação dos géneros alimentícios, desde "o prado até ao prato"

HACCP

Identificação de:

Perigos biológicos: bactérias, vírus e parasitas patogénicos.

Perigos químicos: Pesticidas, contaminadores inorgânicos tóxicos, antibióticos, promotores de crescimento, aditivos alimentares tóxicos, lubrificantes, tintas, toxinas do marisco (PSP, DSP), histamina (pescado), micotoxinas (aflatoxinas, ocratoxina), dioxinas, nitrosaminas, partículas dos materiais de embalagem.

Perigos físicos: Fragmentos de vidro, metal, plástico ou madeira, pedras, agulhas, espinhas, cascas, areia, adornos, ou outros materiais estranhos que possam causar dano ao consumidor.

HACCP

Os 7 princípios do Codex Alimentarius, para a implementação de um sistema HACCP, são:

1. Identificar os perigos e medidas preventivas

Identificar quaisquer perigos que devam ser evitados, eliminados ou reduzidos para níveis aceitáveis

2. Identificar os pontos críticos de controlo

Identificar os pontos críticos de controlo (PCC) na fase ou fases em que o controlo é essencial para evitar ou eliminar um risco ou para reduzir para níveis aceitáveis

3. Estabelecer limites críticos para cada medida associada a cada PCC

Estabelecer limites críticos em pontos críticos de controlo, que separem a aceitabilidade da não aceitabilidade com vista à prevenção, eliminação ou redução dos riscos identificados

HACCP

4. Monitorizar/controlar cada PCC

Estabelecer e aplicar processos eficazes de vigilância em pontos críticos de controlo

5. Estabelecer medidas correctivas para cada caso de limite em desvio

Estabelecer medidas correctivas quando a vigilância indicar que um ponto crítico não se encontra sob controlo

6. Estabelecer procedimentos de verificação

Estabelecer processos, a efectuar regularmente, para verificar que as medidas referidas nos princípios de 1 a 5 funcionam eficazmente

7. Criar sistema de registo para todos os controlos efectuados

Elaboração de documentos e registos adequados à natureza e dimensão das empresas, a fim de demonstrar a aplicação eficaz das medidas referidas nos princípios 1 a 6

Conceitos diferentes

foodsafety

“a garantia que um alimento não causará dano ao consumidor – através de perigos biológicos, químicos ou físicos – quando é preparado e ou consumido - de acordo com o seu uso esperado”

(Codex Alimentarius. General Principles of Food Hygiene. 2003)

foodsecurity

“situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável”

(FAO. The State of Food Insecurity in The World 2001. 2001).





Segurança Alimentar

Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional

O conceito de segurança alimentar é, de acordo com a FAO, reconhecido como “uma situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida ativa e saudável”.





Segurança Alimentar

Para atingir esta prioridade estão a ser, desde 2012, dados os seguintes passos:

- 1) Avaliação da situação – avaliação e monitorização do estado de segurança alimentar dos agregados familiares portugueses. Esta avaliação está a ser feita anualmente, desde 2011, através do Estudo Infofamília.
- 2) Capacitação dos cidadãos para escolhas alimentares a baixo custo – desenvolvimento de manuais pedagógicos (Manual **“Alimentação Inteligente – Coma melhor, poupe mais”**) e apoio a projetos de intervenção comunitária em populações vulneráveis (**Projeto EPHE**).
- 3) capacitação dos profissionais de saúde e outros profissionais para a detecção e intervenção no tema da insegurança alimentar e desigualdades em saúde relacionadas com a alimentação estado nutricional.





Segurança Alimentar

TABELA 1: Descrição da situação de Segurança Alimentar

Situação de Segurança Alimentar	Descrição
Segurança Alimentar	Os membros do agregado familiar têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
Insegurança Alimentar Ligeira	Os membros do agregado familiar reportam preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro ou quanto à qualidade inadequada dos alimentos* resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.
Insegurança Alimentar Moderada	Os membros do agregado familiar reportam redução quantitativa de alimentos entre os adultos ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos.
Insegurança Alimentar Grave	Os membros do agregado familiar reportam redução quantitativa de alimentos entre as crianças ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças; fome (quando alguém fica um dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos).

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro, 2010

* Esta definição baseia-se na auto-percepção que os indivíduos detêm perante o facto de todos os elementos do agregado familiar conseguirem ter ou não uma alimentação saudável e variada.

(Gregório MJ et al, 2014)



Segurança Alimentar

nutrimento

BLOG DO PNPAS: PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

MONITORIZAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR EM AGREGADOS FAMILIARES PORTUGUESES UTENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE DURANTE OS ANOS DE CRISE 2011-2014



RELATÓRIO INFOFAMÍLIA 2011-2014 – Quatro
anos de monitorização da Segurança Alimentar
e outras questões de saúde relacionadas com
condições socioeconómicas, em agregados
familiares portugueses utentes dos cuidados de
saúde primários do Serviço Nacional de Saúde



Segurança Alimentar

nutrimento

BLOG DO PNPAS: PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

MONITORIZAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR EM AGREGADOS FAMILIARES PORTUGUESES UTENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE DURANTE OS ANOS DE CRISE 2011-2014

Apesar de não se terem verificado alterações significativas na prevalência de Insegurança Alimentar, ao **longo destes quatro anos de análise a percentagem de agregados familiares inquiridos em situação de insegurança alimentar variou entre 48,5% e 50,7%**, o que significa que nestes agregados familiares existiu, durante o período em causa, pelo menos alguma preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro ou quanto à qualidade dos mesmos ou ainda, a efetiva redução quantitativa de alimentos.

Alimentação em Meio Hospitalar

- ▶ necessidade de alimentação e nutrição,
- ▶ melhoria do estado de saúde e recuperação física
- ▶ representando valor e função emocional, social, cultural e de conforto.

“Observar a refeição e a forma como se come (quanto, o quê ou como) pode ser útil para análise de aspetos como a **percepção sensorial** e o **estado psicológico**, o **ânimo**, a **motivação**, a **ansiedade**, o **stress** e o **sofrimento**.”

- ▶ Importância para a percepção da qualidade:
 - ▶ boa comunicação, principalmente se empática
 - ▶ prestabilidade dos colaboradores
 - ▶ variedade da ementa ou o considerado “boa comida”.

(Pinto AH, Ávila H, 2015)

Alimentação inadequada durante a hospitalização

Consequências:

- ☐ aumento da prevalência ou agravamento da desnutrição
- ☐ aumento da morbidade, do tempo de internamento, de readmissões hospitalares e da mortalidade,
- ☐ aumento dos custos dos cuidados prestados

O processo de desnutrição pode ser:

- ☐ prévio ao internamento
- ☐ iniciar-se e/ou acentuar-se neste ambiente.



Malnutrição

- ▶ Hospital Distrital Santarém
- ▶ 150 indivíduos, média de 80 anos
 - ▶ 76% doentes dependentes de terceiros para as atividades diárias
 - ▶ 52,7% oriundos de lares/instituições
 - ▶ IMC na admissão 16,9 kg/m² (dp 2,8) e na 2ª avaliação 17,5 kg/m²
- ▶ Malnutrition Universal Screening Tool (MUST):
 - ▶ 29,3% em risco de desnutrição médio e
 - ▶ 70,7% em risco de desnutrição alto.
- ▶ 38% de readmissão
- ▶ 34,7% mortalidade intra-hospitalar

(Correia AC et al, 2015)

Malnutrição

- ▶ Centro Hospitalar São João
- ▶ Projeto Qualife+:
 - ▶ monitorizar o estado nutricional do idoso permitindo uma intervenção precoce
- ▶ Rastreio na admissão:
 - ▶ pela equipa de enfermagem, Mini Nutricional Assessment (MNA)
 - ▶ Aponta 34% de risco de desnutrição + 20% de desnutrição.
 - ▶ Esta informação gera um alerta automático à equipa de nutrição.
 - ▶ Destes, 55 e 76% respetivamente, estavam realmente desnutridos.
 - ▶ Dos doentes com avaliação nutricional, 30% necessitaram de intervenção.

(Melim D, et al. *poster* 2016)

Malnutrição

- ▶ Centro Hospitalar do Porto
- ▶ Sarcopenia:
 - ▶ níveis baixos de massa muscular, avaliada por bioimpedância
 - ▶ níveis baixos de função muscular (força da mão)
- ▶ 655 doentes internados:
 - ▶ 24.3% tinham sarcopenia
- ▶ Menor probabilidade de alta (95% CI: **0,71**;0,58-0,86)
- ▶
- ▶ Mais grave abaixo dos 65 anos (95% CI: **0,66**;0,51-0,86)

(Sousa AS, comunicação oral CNA 2015)

Malnutrição

- ▶ Hospital das Forças Armadas – pólo Lisboa
- ▶ Estudo transversal dos doentes internados
 - ▶ Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
- ▶ 33% Risco de desnutrição na admissão

(Alves A, et al. *poster* 2016)



nutritionDay
WORLDWIDE

nutritionDay

nutritionDay is
a worldwide initiative to fight malnutrition in health care institutions

Up to 40% of hospitalised patients are affected by disease-related malnutrition. Malnutrition leads to increased healthcare costs, prolonged length of stay for patients and unfavourable prognosis for patients. The aim of **nutritionDay worldwide** is to improve knowledge and awareness of malnutrition in health care institutions and to overall enhance the quality of nutritional care.

nutritionDay is
a one-day cross-sectional audit with outcome evaluation

On a specific day every year (**nDay**) hospital wards and nursing homes around the world have the opportunity to participate in a **one-day cross-sectional audit**. nDay participants use simple screening tests for nutritional risk. They collect their unit's anonymised data and upload it to the nDay database. Due to data safety it is necessary to register. Afterwards the participants receive an evaluation of their results. The annual nDay check constitutes a unique chance to monitor and benchmark the institutions' nutrition care on an international level. Participating in nutritionDay worldwide is free of charge.

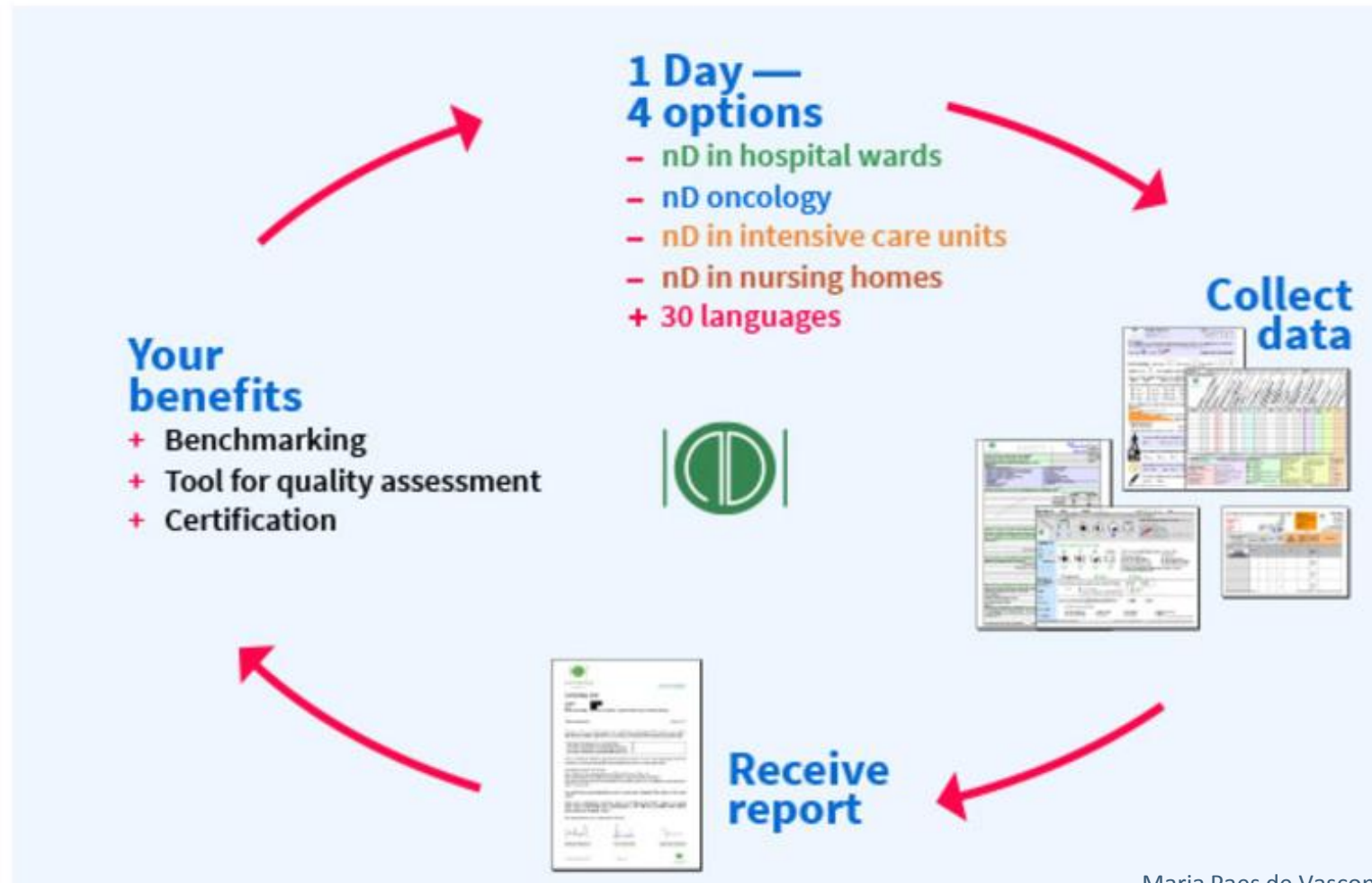




nutritionDay
WORLDWIDE

nutritionDay

nutritionDay is
a continuous improvement circle





nutritionDay
WORLDWIDE

nutritionDay

1 Day — 4 options

nutritionDay offers customized questionnaires for participants in [hospital wards](#), [oncology wards](#), [intensive care units](#) and [nursing homes](#). To facilitate participation from all over the world information sheets, step-by-step guidance and questionnaires are available in over [30 languages](#).

Collect data

On nutritionDay [9 NOV 2017](#) unit staff and patients/residents complete questionnaires about individual nutritional care and the actual nutritional status of patients/residents. No specialist knowledge is needed to perform the data collection, trainees and students can collect data. After data collection the unit staff enters and uploads all data into the nDay online-database.

Receive report

As a result each participating institution receives a comprehensive report presenting their results as a snapshot in comparison with similar units worldwide. National reports which show the anonymized results of each country in comparison with the worldwide average are freely available for download.

Benefits

nutritionDay enables health care institutions around the world to annually monitor and benchmark their nutritional care. Participating units will assess their individual prevalence of malnutrition and identify areas for improvement. Institutions as well as patients and residents benefit from participating: faster recovery saves costs and improves quality of life of patients and resident.

Continuous improvement

Long-term development needs continuity. Join nutritionDay every year and substantially improve your nutrition care!



nutritionDay
WORLDWIDE

nutritionDay

nutritionDay is
a worldwide scientific program

The nutritionDay data pool is also available to researchers, scientists and educators. It is a basis for worldwide scientific research in nutritional care and the health outcomes of patients and residents. Scientific results and improved knowledge shall be shared, discussed and put into practice worldwide! Fight against malnutrition must become part of overall health care!





nutritionDay
WORLDWIDE

nutritionDay Portugal, 2015

nutritionDay November 2015 in PORTUGAL

Number of units on nutritionDay:	29
Number of patients on nutritionDay:	1051
Number of patients completing Sheet 3a:	805
Number of patients completing Sheet 3b:	789

882 units, 18242 patients

YOUR RESULTS

REFERENCE ND-15

Hospital food intake:

„Is your appetite normal?“ (n):

Yes	481 (59.8%)	9474 (59.8%)
No	193 (24.0%)	4730 (29.8%)
- I was not hungry	122 (63.2%)	2568 (54.3%)
- Problems with swallowing / mastication	14 (7.25%)	346 (7.32%)
- Nausea	26 (13.5%)	722 (15.3%)
- Others	29 (15.0%)	1174 (24.8%)
No answer	115 (14.3%)	1211 (7.64%)



nutritionDay
WORLDWIDE

nutritionDay Portugal, 2015

882 units, 18242 patients

YOUR RESULTS

REFERENCE ND-15

Hospital food intake:

„Is your appetite normal?“ (n):

Yes	481 (59.8%)	9474 (59.8%)
No	193 (24.0%)	4730 (29.8%)
- I was not hungry	122 (63.2%)	2568 (54.3%)
- Problems with swallowing / mastication	14 (7.25%)	346 (7.32%)
- Nausea	26 (13.5%)	722 (15.3%)
- Others	29 (15.0%)	1174 (24.8%)
No answer	115 (14.3%)	1211 (7.64%)

Lunch intake (n):

 All	338 (42.8%)	6329 (41.1%)
 1/2	236 (29.9%)	4364 (28.3%)
 1/4	118 (15.0%)	2363 (15.3%)
 Nothing	82 (10.4%)	1984 (12.9%)
? No answer	15 (1.90%)	375 (2.43%)



nutritionDay
WORLDWIDE

nutritionDay Portugal, 2015

882 units, 18242 patients

	YOUR RESULTS	REFERENCE ND-15
Lunch intake (n):		
 All	338 (42.8%)	6329 (41.1%)
 1/2	236 (29.9%)	4364 (28.3%)
 1/4	118 (15.0%)	2363 (15.3%)
 Nothing	82 (10.4%)	1984 (12.9%)
? No answer	15 (1.90%)	375 (2.43%)
„I did not eat everything because" (n)*:		
I was not hungry	167 (37.0%)	2743 (30.2%)
I had nausea / vomiting	33 (7.32%)	678 (7.46%)
I was not allowed to eat	27 (5.99%)	850 (9.36%)
I can not eat without help	6 (1.33%)	125 (1.38%)
I had an examination / surgery	22 (4.88%)	564 (6.21%)
I ordered a smaller portion	7 (1.55%)	201 (2.21%)
I was tired	33 (7.32%)	439 (4.83%)
I normally eat less	22 (4.88%)	853 (9.39%)
I did not like the smell	17 (3.77%)	258 (2.84%)
I did not like the taste	73 (16.2%)	1127 (12.4%)



nutritionDay
WORLDWIDE

nutritionDay Portugal, 2015

882 units, 18242 patients

	YOUR RESULTS	REFERENCE ND-15
Lunch intake (n):		
 All	338 (42.8%)	6329 (41.1%)
 1/2	236 (29.9%)	4364 (28.3%)
 1/4	118 (15.0%)	2363 (15.3%)
 Nothing	82 (10.4%)	1984 (12.9%)
? No answer	15 (1.90%)	375 (2.43%)

„Do you eat any food apart from hospital food?“ (n):

Yes	244 (30.3%)	5109 (32.2%)
No	435 (54.0%)	9242 (58.3%)
No answer	110 (13.7%)	1064 (6.71%)

„What do you eat?“ (n)*:

Cakes, biscuits	78 (32.0%)	1581 (30.9%)
Fresh fruits	117 (48.0%)	2214 (43.3%)
Sandwiches	15 (6.15%)	456 (8.93%)
Dairy products	67 (27.5%)	690 (13.5%)
Preferred dish	23 (9.43%)	504 (9.86%)
Sweets	23 (9.43%)	849 (16.6%)
Fruit Juice	43 (17.6%)	691 (13.5%)
Others	31 (12.7%)	840 (16.4%)

Desperdício

O desperdício alimentar representa, segundo vários estudos feitos em Portugal, cerca de 30 a 40%, **duas a três vezes superior** ao que se verifica em cafés e restaurantes, configurando um problema das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

▶ Causas:

- ▶ qualidade da refeição
- ▶ prescrição não ajustada
- ▶ não se proporcionar condições suficientes para a toma da refeição
- ▶ inerentes ao seu estado de saúde e condições de tratamento.

(Pinto AH, Ávila H, 2015)



Desperdício

- ▶ Centro Hospitalar Médio Ave
- ▶ Comparação em 4 dias não consecutivos, 87 refeições de almoço:

Registo de consumo alimentar realizado pela equipa de enfermagem

vs.

Registo fotográfico dos restos da refeição do almoço dos doentes internados num centro hospitalar.

(Moreira P et al, *poster* CNA 2015)

Desperdício

- ▶ Metodologia do Nutrition Day:
 - ▶ totalidade consumida
 - ▶ ½ prato consumido
 - ▶ ¼ prato consumido
 - ▶ nada consumido
- ▶ Comparação com os registos de enfermagem não foram sobreponíveis.
- ▶ Tendência para a observação da enfermagem indicar **um consumo maior da refeição** do que o registo fotográfico.

(Moreira P et al, *poster* CNA 2015)

Desperdício

Centro Hospitalar Cova da Beira - Hospital Pêro da Covilhã.

- ▶ Satisfação das necessidades energéticas e proteicas:
 - ▶ 81,9% utentes abaixo das necessidades energéticas
 - ▶ 56,2% utentes abaixo das necessidades proteicas
 - ▶ Agravada nos utentes mais idosos e com maior tempo de internamento
- ▶ Indicador de restos:
 - ▶ Ratio “peso dos alimentos rejeitados” : “peso edível dos alimentos distribuídos”
- ▶ Custo médio do desperdício alimentar de 2,80€ por utente.

(Pires D, 2012)



Desperdício

Centro Hospitalar Cova da Beira - Hospital Pêro da Covilhã.

- ▶ Principal causa apontada para a baixa ingestão:
 - ▶ falta de apetite.

Tabela 4 - Principais razões para o consumo incompleto das refeições

Razão	PA + L + C1	A + J	MM + C2
	Frequência (n)	Frequência (n)	Frequência (n)
Clínica	Falta de apetite – 82,8% (154)	Falta de apetite – 73,7% (137)	Falta de apetite – 84,6% (44)
Serviço	Demasiada comida – 72,7% (40)	Demasiada comida – 89,3% (67)	Utente ausente/não autorizado a comer – 100,0% (4)
Alimentos	Não é hábito colocar açúcar – 51,8% (29)	Falta de qualidade /tempero – 58,0% (40)	Não gosto – 100,0% (6)
Outra	Familiar trouxe – 42,4% (14)	Não como pão à refeição – 50,0% (7)	A refeição não foi fornecida na totalidade –90,0% (9)

(Pires D, 2012)

Desperdício

- ▶ Centro Hospitalar do Médio Ave
- ▶ Refeição fornecida vs. manual de dietas vs. restos observados.
 - ▶ Determinar os motivos da não ingestão da refeição
 - ▶ Determinar o impacto económico deste desperdício
- ▶ 165 refeições, 6 dias não consecutivos
 - ▶ Dieta geral, ligeira, ligeira diabética, mole e mole diabética
 - ▶ Pesagem: ingredientes préconfeção / refeição empratada / restos

(Pinto A et al, 2015)

Desperdício

- ▶ Desperdício médio diário 40,7% (+-6,3%)
 - ▶ superior na dieta pastosa (51%) e mole (42,8%)
 - ▶ Dieta pastosa e mole com diferença proteica negativa de 12,4g e 9,8g vs. manual de dietas
 - ▶ Hortícolas: elemento do prato com maior desperdício (53,2%)
- ▶ Motivos:
 - ▶ falta de apetite,
 - ▶ rigidez dos alimentos,
 - ▶ confeção inadequada,
 - ▶ oferta alimentar pouco atrativa
- ▶ Impacto económico: cerca 1.700€ (custo anual superior a 100.000€)

(Pinto A et al, 2015)

Desperdício

- ▶ Centro Hospitalar São João, Serv. Cir. Vascular
- ▶ Determinação subjetiva do desperdício alimentar pelos assistentes operacionais
 - ▶ 11 dias aleatórios (8 almoços + 3 jantares) = 975 itens
 - ▶ 31,6% de desperdício global
 - ▶ 39% sopa,
 - ▶ 35,4% prato,
 - ▶ 20,3% sobremesa
- ▶ 17,1% de erro global na perceção dos assistentes operacionais

(Teixeira L et. al *poster* 2016)

Desperdício

- ▶ Revisão internacional de 32 estudos em hospitais:
 - ▶ média 30% (6-65%), bastante acima a outros locais de restauração.
 - ▶ menor em hospitais com distribuição a granel,
vs. distribuição empratada.
- ▶ Causas:
 - ▶ clínicas
 - ▶ ementas e alimentos (baixa qualidade, porções inadequadas, variedade de escolha limitada),
 - ▶ serviço (dificuldade na acessibilidade ao alimento e sistema de encomenda complexos),
 - ▶ ambientais (horas das refeições inapropriadas, interrupções, ambiente desagradável da enfermaria).

(Williams P, Walton K, 2011)



Desperdício

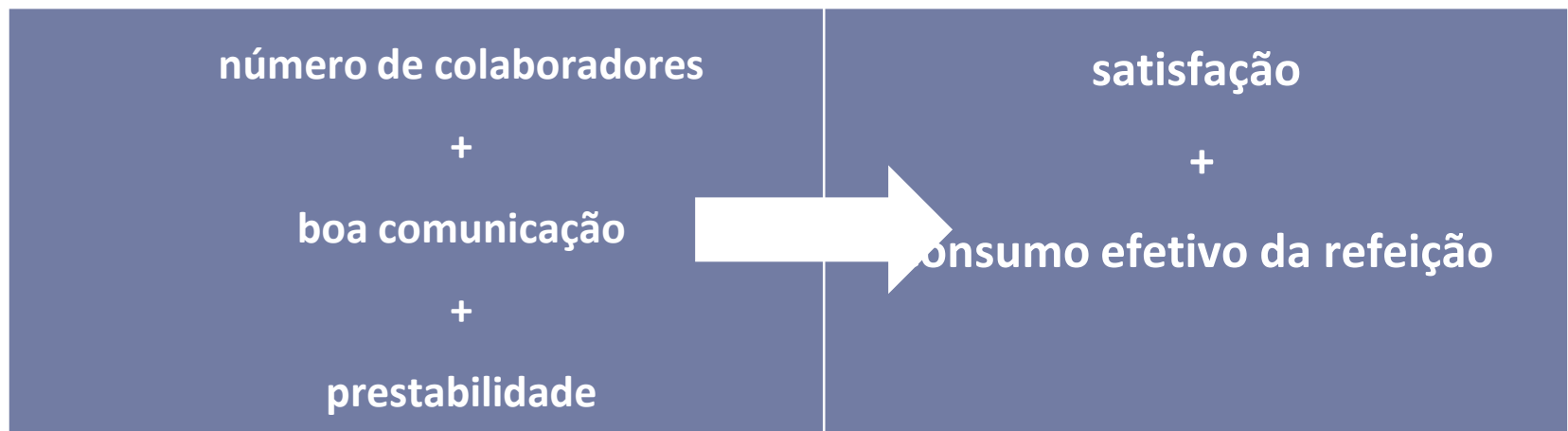
- ▶ Revisão internacional de 32 estudos em hospitais:
- ▶ Estratégias:
 - ▶ redução das doses com fortificação dos alimentos,
 - ▶ distribuição a granel,
 - ▶ assistência na toma das refeições,
 - ▶ criação de salas de refeição e
 - ▶ respeito pelas horas da refeições.

(Williams P, Walton K, 2011)



Desperdício

- ▶ Formação sobre os cuidados nutricionais para prevenir a malnutrição e permitir melhor recuperação a **toda a equipa** envolvida no tratamento dos pacientes internados
 - ▶ qualidade de atendimento
 - ▶ cumprimento dos requisitos da dieta
- ▶ Apoio no momento da refeição:



(Pinto AH, Ávila H, 2015)

Recommendations



Health Care Without Harm (HCWH) Europe's recommendations

In hospitals and healthcare systems, food waste reduction has become an obligation because of its environmental and economic cost. As a result of the findings from these interviews, and considering the examples of strategies already being implemented in many European hospitals, HCWH Europe proposes the following recommendations to hospitals and healthcare facilities for reducing their food waste:

Health Care Without Harm (HCWH) Europe is the European arm of a global not for profit NGO whose mission is to transform healthcare worldwide so that it reduces its environmental footprint, becomes a community anchor for sustainability, and a leader in the global movement for environmental health and justice. HCWH's vision is that healthcare mobilises its ethical, economic, and political influence to create an ecologically sustainable, equitable, and healthy world.

Food waste in European healthcare settings

*Case studies from around Europe
and recommendations for
preventing and reducing food
waste in healthcare.*



Recommendations



1

Establish a dialogue with local food suppliers and incorporate environmentally sustainable criteria in the procurement process (e.g. fresh, local, seasonal, and organic products) to generate less environmental impact, and prevent food waste at the source.

2

Improve communication between the kitchen and the wards so that there is accurate information about the number of patients requiring meals and about patients' preferences.

3

Establish a simplified and flexible food-ordering procedure, including protected mealtimes (during which patients who can eat independently are not interrupted, but patients who need assistance are helped), and opportunities for meal cancellations.

4

Ensure that patients are offered **different portion sizes**: (large, standard, or small portions) on menus and assist patients to make informed decisions about the appropriate portion size to choose, nutritional content, and any alternative meals available.

5

Raise awareness among staff, visitors, and patients about how much food is wasted and what types of food are most discarded by using transparent waste bins.

6

Carry out satisfaction surveys to meet patients' preferences and dietary habits and, if needed, change menus to remove the most unpopular items or dishes.

7

Train and inform kitchen and ward staff about the different stages of food waste management, such as efficient storage, the use of standard-sized serving utensils, and alternatives to discarding, along with providing help for patients with limited manual dexterity or strength to open containers, cut meat, or peel fruit.

8

Organise working groups (involving patients, administrative staff, healthcare professionals, and kitchen staff), to discuss and test different culinary innovations, such as adjusting the meals to suit certain patients' specific requirements, the presentation of dishes, and for sharing information about the hospital's food waste strategy.

9

Monitor and measure food waste (both in terms of weight and cost); evaluate which foods are wasted most in order to optimise the production of meals, taking into account patient preferences, choices, and needs. To this end, a measurement methodology should be adopted.

10

Explore alternatives to **redistribute surplus food** such as donating it to food banks (or other charitable schemes) or converting it into energy.

Desperdício

O desperdício alimentar em meio hospitalar, será que...

- ▶ reflete insatisfação e um índice inferior da qualidade da refeição???
- ▶ será indicador de um valor excessivo das captações definidas ???

Nutricionista: profissional de saúde capacitado para dar resposta à necessidade de formulação, desenvolvimento, concretização e orientação de soluções que a restauração coletiva necessita, dada a vasta e aprofundada formação científica, aliada a competências pessoais e interpessoais e a uma necessidade de constante atualização e especialização

(Pinto AH, Ávila H, 2015)





Segurança alimentar e *food security* em meio hospitalar



Maria Paes de Vasconcelos
Ordem dos Nutricionistas
