

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

ITANA MYRTES MORATO SALVIANO

**A GASTRONOMIA HOSPITALAR COMO RECURSO PARA
MELHORAR A ACEITAÇÃO DE DIETAS INFANTIS DE
PACIENTES DO HOSPITAL E MATERNIDADE DE CUITÉ-
PB**

CUITÉ/PB

2014

ITANA MYRTE MORATO SALVIANO

A GASTRONOMIA HOSPITALAR COMO RECURSO PARA MELHORAR A
ACEITAÇÃO DE DIETAS INFANTIS DE PACIENTES DO HOSPITAL E
MATERNIDADE DE CUITÉ – PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição. Com linha específica na área de Gastronomia Hospitalar.

Orientadora: Profa. Msc. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues

Cuité/ PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S184g Salviano, Itana Myrtes Morato.

A gastronomia hospitalar como recurso para melhorar a aceitação de dietas infantis de pacientes do hospital e maternidade de Cuité - PB. / Itana Myrtes Morato Salviano. – Cuité: CES, 2014.

46 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Raphaela Araújo Veloso Rodrigues.

1. Gastronomia. 2. Resto ingesta. 3. Dieta hospitalar. I.
Título.

CDU 642.09

ITANA MYRTE MORATO SALVIANO

A GASTRONOMIA HOSPITALAR COMO RECURSO PARA MELHORAR A
ACEITAÇÃO DE DIETAS INFANTIS DE PACIENTES DO HOSPITAL E
MATERNIDADE DE CUITÉ – PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
obrigatório para obtenção de título de Bacharel
em Nutrição.

Aprovado em ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Msc. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Profa. Dra. Maria Elieidy Gomes de Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Profa. Msc. Mayara Queiroga Barbosa
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Cuité/ PB

2014

Dedico esse trabalho a meus pais, Inaldo e Hildete, a minha vó Aguida (*in memoriam*) e a minha orientadora Raphaela Rodrigues.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todos os milagres diários que acontecem em minha vida.

Aos meus pais Inaldo Salviano e Hildete Nogueira, por sempre acreditarem em meus sonhos e por serem minha fonte de força.

A minha irmã Ianca Gardenha, pelo incentivo e carinho.

A minha orientadora, Raphaela Araújo Veloso Rodrigues, que foi parte essencial desse trabalho.

A professora Maria Elieidy Gomes de Oliveira, por todas as palavras e atitudes de apoio quando eu mais precisei.

A Direção do Hospital e Maternidade Municipal de Cuité (HMMC), por permitir a realização do meu trabalho.

A Lisandra Sheyna, nutricionista do HMMC, pela colaboração.

A Andeilma Azevedo, Marilene Santos, Solange Medeiros e Maria das Vitórias que fazem parte da Divisão de Nutrição e Dietética do HMMC, por todo carinho e apoio na construção desse trabalho.

A minha madrinha, Irene Nogueira, pelas lindas palavras de apoio.

A toda minha família, pela torcida.

A todos os professores do curso de bacharelado em nutrição, pelos conhecimentos compartilhados ao longo do curso.

E a todos que de forma direta ou indireta, colaboraram na realização deste Estudo.

“(...) pois o universo não é nada sem a vida, e tudo que vive se alimenta”
(Savarin, 1995).

RESUMO

SALVIANO, I. M. M. **A gastronomia hospitalar como recurso para melhorar a aceitação de dietas infantis de pacientes do hospital e maternidade de Cuité – PB.** 2014. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2014.

A gastronomia apresenta-se como uma importante ferramenta a ser utilizada pelos profissionais nutricionistas para melhorar a aceitação de dietas hospitalares, já que dentre os objetivos dessa ciência temos a preparação de refeições saborosas, aproveitando as mais diversas técnicas e métodos de preparo, de modo a melhorar as características sensoriais do alimento. A presente pesquisa objetivou avaliar o impacto da apresentação das dietas sobre sua aceitação pelos pacientes de um hospital municipal da cidade de Cuité/PB. A coleta de dados incluiu análise de 42 dias, sendo 21 dias utilizando a apresentação de dietas padrão (AP) do hospital e 21 dias após a mudança na apresentação das refeições (APEX). Para aferir a aceitação das dietas hospitalares foram mensurados o índice de rejeito e aplicados questionários com escala hedônica para os pacientes. No grupo AP, foi observado que o índice rejeito médio do cardápio A e B foi, respectivamente, 44,22% e 45,97%, sendo o maior valor apresentado 77,92%. Com a alteração para APEX, os valores médios de índice de rejeito (IR) diminuíram para 31,70% no cardápio A e 31,95% no B, sendo que o maior valor apresentado foi de 56,92%. Quanto as respostas nos questionários de aceitação da dieta, com a AP, 90% dos pacientes aprovaram a refeição do almoço e 10% desaprovaram, contra 50% que aprovaram e 50% que desaprovaram a refeição do almoço na APEX. Mesmo com a diminuição significativa, os valores de IR após mudança na apresentação das refeições, continuaram acima dos parâmetros considerados aceitáveis. Tais resultados demonstram que outros aspectos podem estar determinando a baixa aceitação das dietas, sendo necessárias intervenções de outras naturezas no intuito de melhorar a ingestão das dietas hospitalares.

Palavras chave: Gastronomia; Resto Ingesta; Dieta Hospitalar.

ABSTRACT

Salviano, I. M. M. **Hospital gastronomy as a resource to improve the acceptance of children's diets of patients in the hospital and maternity of Cuité – PB.** 2014. 43 f. Final Paper (graduation Nutrition) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2014.

Gastronomy presents itself as an important tool to be used by professional nutritionists to improve the acceptance of hospital diets, since among the goals of this science we have to prepare tasty meals, taking advantage of the most various techniques and preparation methods to improve the sensory characteristics of the food. This research aimed to evaluate the impact of the presentation of diets on their acceptance by patients of a municipal hospital in Cuité / PB. Data collection included analysis of 42 days, in which 21 days using the standard presentation of diets hospital (standard presentation – SP) and 21 days after the change in presentation of meals (experimental presentation – EXP). To gauge the acceptance of the hospital diets the reject indexes (reject index – RI) were measured and questionnaires with hedonic scale were applied for patients. In the SP group, it was observed that the average reject index of the menu A and B were respectively 44.22% and 45.97%, being the highest value presented 77.92%. With the change to EXP group, the average RI values decreased to 31.70% on the menu A and 31.95% in B. As for the responses in the questionnaire for the diet acceptance, with the SP, 90% of patients approved the meal lunch and 10% disapproved, compared with 50% who approved and 50% disapproved that the lunch meal at EXP. Even with the significant decrease in the RI values after change in presentation of meals, still above the acceptable parameters. These results demonstrate that other factors may be determining the low acceptance of the diets, being necessary interventions of other natures in order to improve the ingestion of hospital diets.

Keywords: Gastronomy; Intake rest; Hospital diet.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Resto de ingestão, segundo o tipo de carne, antes da mudança na apresentação das dietas.....	29
Gráfico 2 – Resto de ingestão, segundo o tipo de carne, após da mudança na apresentação das dietas.....	29
Gráfico 3 – Percentual de aceitação dos questionários, com a apresentação padrão e a apresentação experimental.....	30
Figura 1 – Registro fotográfico da apresentação do almoço na AP e na APEX.....	31
Figura 2 – Registro fotográfico da apresentação do almoço na AP e na APEX.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Peso diário do total das refeições fornecidas e dos restos alimentares, de acordo com o dia da semana, antes da mudança na apresentação (AP).....	26
Tabela 2 – Peso diário do total das refeições fornecidas e dos restos alimentares, de acordo com o dia da semana, antes da mudança na apresentação (APEX).....	27
Tabela 3 – Valores médios do IR, de acordo com o cardápio servido, e a forma de apresentação.....	28
Tabela 4 – Teste de Aceitação de dietas servidas.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS

AEXP – apresentação experimental

ANSG – avaliação nutricional subjetiva global

AP – apresentação padrão

DEP – desnutrição energético-protéica

HMMC – Hospital e Maternidade Municipal de Cuité

PR – Peso da Refeição Rejeitada

PRD – Peso da Refeição Distribuída

PTS – proteína texturizada de soja

LISTA DE SIGLAS

DND – Divisão de Nutrição e Dietética

DP – Desvio Padrão

IR – Índice de Rejeito

PB – Paraíba

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR.....	16
3.2 GASTRONOMIA.....	19
3.3 GASTRONOMIA HOSPITALAR	20
4 METODOLOGIA	23
4.1 CÔMITE DE ÉTICA.....	24
4.2 ÍNDICE DE REJEITO.....	24
4.3 TESTE DE ACEITAÇÃO.....	25
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	25
4.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE	39
ANEXO	42

1 INTRODUÇÃO

Em indivíduos hospitalizados, o estado nutricional tem influência direta sobre sua condição clínica e prognóstico. Foi observado que, quando os pacientes apresentam riscos nutricionais, o tempo de internação é aproximadamente 50% maior comparados com aqueles em estado nutricional adequado. Esse aumento traz maiores riscos de complicações, de morbimortalidade e maiores custos hospitalares (FONTOURA; CRUZ; VIEIRA, 2006).

A desnutrição intra-hospitalar tem origem na diminuição da ingestão alimentar do paciente, possivelmente causadas por mudanças alimentares, troca de hábitos e horários das refeições (ALVES, 2006). No paciente infantil, os riscos de desnutrição intra-hospitalar, é maior, tendo em vista suas fragilidades e vulnerabilidade alimentar. A falta de apetite na criança enferma pode levar a uma importante redução da ingestão de nutrientes, de energia e, conseqüentemente, a déficits de crescimento e desenvolvimento. Além disso, o estado nutricional da criança doente é fator determinante no prognóstico das patologias (GAARE, 1990 apud GUERRA, 2009).

Vários fatores afetam de forma direta ou indireta a ingestão alimentar em pacientes hospitalizados, tais como: falta de familiarização com os alimentos oferecidos, iatrogenia medicamentosa e ações de saúde agressivas (SILVA; COSTA; MAGNONI, 1997).

Alimentar-se abrange uma identidade pessoal, cultural e social, e não são apenas os nutrientes ingeridos por um indivíduo. Negligenciar todos esses aspectos potencializa os riscos de uma baixa ingestão de alimentos para qualquer indivíduo, hospitalizado ou não. A dieta, tem grande importância no tratamento dos indivíduos enfermos, visto que é responsável por disponibilizar nutrientes essenciais para recuperação clínica (SILVA; COSTA; MAGNONI, 1997). Em muitos hospitais, a dieta servida, é inadequada em relação a vários aspectos, como os sensoriais, contribuindo para a diminuição da aceitação das dietas pelos seus pacientes e formação de percepções negativas quanto à alimentação hospitalar (CORBEAU, 2005).

Uma dieta servida com arte, na temperatura correta, que aguce os órgãos dos sentidos pela aparência, cor, aroma, sabor e textura, colabora para aumentar a ingestão alimentar desses pacientes (GARCIA; LEANDRO-MERHI; PEREIRA, 2004; PRIETO et al., 2006). Nesse contexto, a gastronomia aparece como ferramenta essencial para melhorar a adesão dos pacientes às suas dietas e tornar mais notório o “prazer” ao se alimentar, aumentando a

satisfação pelo alimento e não somente pelo nutriente (WANSINK et al., 2003 apud HORTA et al., 2013).

Atualmente, os hospitais que procuram qualidade da alimentação servida ao cliente, aliam a dietoterapia à gastronomia. Essa combinação, hoje é chamada de Gastronomia Hospitalar, e se tornou um grande diferencial para a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, visto que está diretamente ligada não apenas com a recuperação do cliente de saúde, mas com a satisfação e fidelização do paciente.

Dado os vários aspectos que interferem na aceitação das dietas hospitalares, alguns estudos avaliaram o impacto da apresentação das refeições sobre este parâmetro em pacientes hospitalizados (GUERRA, 2009). Nessa área, ainda são escassos os estudos desenvolvidos com crianças, destacando assim, a importância do desenvolvimento de novas pesquisas, visto que melhoria na ingestão alimentar através de cuidados com a preparação, possibilita uma otimização na recuperação de indivíduos debilitados e diminuição dos índices de desnutrição hospitalar.

Diante de tudo que foi exposto, a nossa pergunta condutora é se a apresentação das dietas hospitalares interfere na aceitação desta pelos pacientes? O que nos leva a hipótese de que a alteração na apresentação da dieta conseguirá aumentar a aceitação das dietas pelos pacientes. A justificativa encontrada, a importância de melhorarmos a ingestão alimentar através de cuidados com a preparação, levando a uma otimização na recuperação desses indivíduos debilitados e diminuição dos níveis de desnutrição hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a aceitação das dietas hospitalares após alteração na apresentação de refeições servidas para crianças internas em um hospital da cidade de Cuité-PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a aceitabilidade da dieta distribuída aos pacientes internados;
- Definir as preparações e forma de apresentação com maior e menor aceitabilidade;
- Avaliar o Índice de Rejeito das preparações de acordo com a apresentação das refeições;
- Conferir a importância da gastronomia hospitalar e sua aplicabilidade dentro do ambiente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR

A desnutrição energético-protéica (DEP) é um termo que descreve uma classe de distúrbios clínicos resultante de várias combinações e graus de deficiência de proteínas e/ou energia. Dentre as populações com alto risco para o desenvolvimento de DEP inclui-se os indivíduos hospitalizados, uma vez que estes apresentam comportamentos de risco como fatores psicológicos, ingesta inadequada, além do próprio tratamento da doença, que exige restrições dietéticas ou pela necessidade constante de jejum (MAHAN; SCOOT-STUMP, 2012).

Nesse contexto as crianças hospitalizadas demonstram risco nutricional, visto a maior fragilidade e vulnerabilidade alimentar deste grupo etário. A DEP em crianças menores de 5 anos de idade continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Aproximadamente 5% das crianças desnutridas do mundo vivem na América Latina (DOUEK, 2001 apud ROCHA, 2006).

Uma ingesta inadequada de nutrientes durante a permanência hospitalar potencializa os riscos de desenvolvimento/piora de um quadro de desnutrição, estando ainda associada ao aumento de agravos diversos ao indivíduo (KARSEGARD et al., 2004, apud GARCIA; TAVARES; PASTORE, 2013). Pacientes desnutridos tem significativamente maior incidência de complicações, aumentada mortalidade, maior tempo de hospitalização e custo hospitalar (CORREIA; WAITZBERG, 2003). O gasto com internação hospitalar aumenta em cerca de 68% em pacientes desnutridos, em função não apenas do maior tempo de internação, como também dos maiores gastos com medicações para tratar complicações e também do maior custo de suporte nutricional para tratar a desnutrição instalada (PÉREZ et al., 2004).

Além disso o paciente desnutrido apresentará maiores alterações metabólicas. Diminuição dos estoques de glicogênio e gorduras promoverá redução da reserva energética, fazendo com que a proteína se torne fonte de energia. A escassez de macronutrientes e deficiência de micronutrientes, contribuindo para a disfunção do sistema imune, maior quantidade de radicais livres produzidos e redução da síntese de enzimas e proteínas. Dentre as complicações clínico-metabólicas mais frequentes da desnutrição energético-protéica, destacam-se a hipoglicemia e hiperglicemia, a hipotermia, a desidratação e a doença diarréica (LIMA; GAMALLO; OLIVEIRA, 2010).

Apesar de prevalente, a desnutrição é frequentemente não reconhecida e subtratada na prática clínica (MEIJERS et al., 2009). Estudos revelam que menos de 50% dos pacientes desnutridos receberam tratamento nutricional adequado, pela falta de diagnóstico (GARCIA; TAVARES; PASTORE, 2013). A ausência de uma verificação adequada do estado nutricional do doente que ingressa e permanece no hospital, impede e dificulta o diagnóstico correto e o tratamento ideal. Quando a avaliação nutricional não é feita na admissão e durante a internação hospitalar, os pacientes correm o risco de se desnutrir ao longo do tempo, e os que já estavam desnutridos tendem a agravar o quadro durante a hospitalização (BARBOSA-SILVA; BARROS, 2002).

Para determinar a desnutrição é necessário uma aferição nutricional, como parte do cuidado integral do paciente. Dos métodos empregados, podemos destacar a avaliação nutricional subjetiva global (ANSG), que, consiste unicamente na prática de anamnese e exame físico e deve ser realizado dentro de um período de até três dias após a internação hospitalar. É utilizada para classificar o grau de desnutrição/risco nutricional (FONTOURA et al., 2006).

Além da ANSG, os exames antropométricos são importantes e apresentam vantagens como fácil execução, baixo custo, não-invasivo, obtenção rápida de resultados, pode ser feito a beira do leito e obtém resultados fidedignos, desde que executados por profissionais capacitados. Entretanto é incapaz de detectar distúrbios recentes no estado nutricional e deficiências nutricionais específicas. As medidas antropométricas mais usadas para diagnóstico da desnutrição em crianças incluem parâmetros (Estatura/Idade, Índice de Massa Corporal/Idade, Peso/Idade, Peso/Estatura) (FONTOURA et al., 2006).

Na avaliação laboratorial, a utilização das proteínas séricas como instrumento de avaliação de desnutrição em pacientes gravemente enfermos é um indicador confiável. Sabe-se que a síntese das proteínas hepáticas depende de aminoácidos disponíveis, e o paciente com desnutrição terá essa deficiência em seu organismo (FONTOURA et al., 2006).

No Brasil existe um grave diagnóstico que aflige parcela importante dos profissionais de saúde: sempre houve certo distanciamento das ações voltadas para nutrição por parte da classe médica. Associando tal desconhecimento e descaso da equipe de saúde com a desnutrição dos pacientes contribui para internações prolongadas e complicações clínicas, diminui a rotatividade dentro dos hospitais. Essa é uma situação que corre o risco de se perpetuar (REZENDE et al., 2004). Diante do panorama da desnutrição em nosso país, torna-se clara a importância de se estabelecer, não apenas o diagnóstico nutricional, mas o tratamento deste agravo por meio de ferramentas e recursos que estão disponíveis, hoje,

dentro dos próprios hospitais, como o uso de terapia nutricional (CORREIA; CAIAFFA; WAITZBERG, 1998).

Apesar da redução expressiva da prevalência de desnutrição energético-proteica no Brasil, verificada nos últimos anos, os índices de letalidade por desnutrição grave em tratamento hospitalar permanecem elevados, mostrando que a desnutrição ainda é uma realidade persistente no âmbito hospitalar, o que manifesta, por um lado, o perfil nutricional da população e, por outro, problemas nutricionais associados a processos patológicos (AZEVEDO et al., 2006; MALAFAIA, 2010; SARNI et al., 2009).

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar, que incluiu 4.000 pacientes hospitalizados, encontrou prevalência de 48,1% de desnutrição entre os estudados, sendo que 12,6% dos casos são severos. O Estudo Latino-Americano de Nutrição, que incluiu 9.348 pacientes, verificou prevalência de 50,2%, com 11,2% de desnutrição severa (CORREIA; CAMPOS, 2003; WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

Segundo Waitzberg e Baxter (2004), quanto maior o tempo de hospitalização, maior a possibilidade do paciente tornar-se desnutrido, e a esse quadro resultará em período de internação mais prolongado. Em um país com número insuficiente de leitos, a desnutrição entre pacientes internos reduz o *turnover* do hospital e diminui ainda mais o número de leitos disponíveis para novos pacientes (AZEVEDO et al., 2006). Dessa forma, a desnutrição gera impacto financeiro na saúde, tanto para o paciente, quanto para as instituições, pois o custo para tratar indivíduos desnutridos é cerca de quatro vezes maior do que é necessário para tratar os bem nutridos (MELO et al., 2003).

É importante destacar a importância do envolvimento de diferentes profissionais no combate a desnutrição. Se o atendimento a criança desnutrida nos hospitais é feito por equipe multidisciplinar, com condutas adaptadas a fisiologia do paciente, promove a recuperação nutricional deste. Assim tornando inevitável a discussão da atenção dietética nesse contexto, pois é plenamente aceito que uma intervenção dietoterápica bem conduzida é de fundamental importância para um bom prognóstico dos pacientes, sobretudo, se a desnutrição faz parte do quadro (FERREIRA; FRANÇA, 2002).

O nutricionista deve buscar uma interação com o paciente, de forma a tratá-lo com humanismo e dedicação, não se preocupando somente com o seu estado nutricional e biológico, formando assim um ciclo harmonioso de convívio entre a equipe nutricional, familiares e pacientes. O atendimento nutricional deve ser realizado no momento da admissão na unidade hospitalar englobando todos os aspectos que envolvem sua função e planejamento (SOUSA; PROENÇA, 2004).

A dieta hospitalar é importante para garantir o aporte de nutrientes ao paciente hospitalizado, permitindo preservar ou recuperar seu estado nutricional através do seu papel co-terapêutico em doenças agudas e crônicas. Além disso pode ser uma prática que desenvolve papel importante na experiência de internação, uma vez que atendendo os atributos psicossensoriais e simbólicos do reconhecimento do indivíduo pode atenuar o sofrimento no período que o sujeito está separado de suas atividades cotidianas (GARCIA, 2006).

3.2 GASTRONOMIA

Quando o homem aprendeu a cozinhar os alimentos, surgiu uma profunda diferença entre ele e os outros animais. Cozinhando, descobriu que podia restaurar o calor natural da caça, acrescentar-lhes sabores e torná-la mais digerível. Verificou-se também que as temperaturas elevadas liberam sabores e odores, ao contrário do frio, que os sintetiza ou anula (FRANCO, 2001).

A gastronomia é a história cultural da alimentação, e sua essência é a mudança, a temporalidade, a visão de passado como processo contínuo de perspectiva sobre tendências, sobre o constante e o eventual (ARAÚJO et al., 2005). Tudo que se refere a alimentação do homem, faz parte dos conhecimentos da gastronomia. Seu objetivo é zelar pela conservação dos homens, por meio da melhor alimentação possível (SAVARIN, 1995). Para produzir no homem vontade de se alimentar, é necessário tornar os alimentos atraentes. Cor, aroma, temperatura, consistência, estado físico são fatores que isolada ou conjuntamente exaltam características sensoriais e gastronômicas e influenciam os sentidos (ARAÚJO, 2000).

O prazer de comer é a sensação de satisfazer uma necessidade que temos em comum com os animais. Comer, o instinto que mais cedo desperta, constitui a base da vida animal. Fome é a carência biológica de alimentos que se manifesta em ciclo regulares. Apetite é fundamentalmente um estado mental, uma sensação que tem muito mais de psicológico do que de fisiológico. O prazer da mesa é a sensação que advém de várias circunstâncias, fatos, lugares, coisas e pessoas que acompanham a refeição, sendo peculiar a espécie humana, pressupondo cuidados com o preparo da refeição, com a arrumação do local onde será servida e com o número e tipo de convivas (FRANCO, 2001).

Nada tira do homem o prazer de se alimentar, o gosto de um alimento ultrapassa o paladar, e o sentido da visão instiga (ARAÚJO et al., 2005). Pela visão se definem as primeiras características de um alimento, e o que predispõe a pessoa a avaliá-lo positiva ou

negativamente (GINANI; ARAÚJO, 2002). Desse modo é necessário tornar o alimento atraente aos olhos, respeitando suas características sensoriais. Usar cortes variados, molhos e acompanhamentos diferentes, harmonia de cores são estratégias que contribuem para melhorar a apresentação de um prato (ORNELLAS, 2001).

Segundo o dicionário Michaelis da Língua Portuguesa, gastronomia, é a “arte de cozinhar e preparar as iguarias de modo a tirar-se delas o máximo prazer” ou a “arte de escolher e saborear os melhores pratos”. Usar a gastronomia como uma ferramenta de renovação das técnicas culinárias, melhora o aspecto e características sensoriais da dieta. A gastronomia, através da renovação de técnicas culinária pode melhorar a adesão dos pacientes a arte culinária (MONEGO; MAGGI, 2004).

No Brasil, é crescente a necessidade da implantação da gastronomia hospitalar, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, visto sua importância para a recuperação. Para tanto, é preciso levar em consideração as três dimensões: necessidades nutricionais individualizadas, sensações psicossensoriais que o alimento provoca, considerando a cultura, ao se fazer o planejamento da dieta hospitalar, ajuda a melhorar a aceitação da dieta por parte dos pacientes (BORGES, 2009; COLOÇO; HOLANDA; PORTERO-MCLELLAN, 2009; GODOY; LOPES; GARCIA, 2007).

3.3 GASTRONOMIA HOSPITALAR

Pensar no indivíduo enfermo, acamado ou com necessidades especiais, confinado em ambiente fora do lar, reforça a importância de trabalhar a alimentação deste com cuidado, elaborando-a não só no intuito de suprir suas necessidades básicas de manutenção ou de recuperação da saúde, mas propiciando conforto e bem estar físico e mental (BORGES, 2009).

Uma alimentação equilibrada tem papel significativo na recuperação de enfermos e na conservação da saúde, sendo estabelecida pela dietoterapia, que é o ramo da nutrição, dedicada a determinar dietas especializadas para cada enfermidade. Desde a antiguidade, os alimentos eram usados como aliada no tratamento das patologias, Hipócrates, pai da medicina, confiava mais na alimentação e nos exercícios físicos do que em medicamentos. Em seu tratamento, a dieta, os exercícios físicos e a exposição aos raios solares ocupavam lugar de destaque (SOUSA, 2002).

Entretanto, pessoas hospitalizadas, habitualmente, têm uma visão negativa das refeições servidas, seja por recordações anteriores de hospitalização, em que se associou

doença com comida de hospital, ou mesmo por não gostarem do cardápio estabelecido, não concordando muitas vezes com a dieta proposta (MEZONO, 2002).

A dieta do hospital, é vista como comida ruim e sem sabor e caracteriza umas das principais queixas dos pacientes. As unidades de alimentação e dietética priorizam muitas vezes a terapêutica, esquecendo-se do apelo sensorial, geralmente indispensável para consumir a refeição. Esquecem que a alimentação, nesse contexto, costuma ser o único momento em que os pacientes podem desfrutar do prazer oferecido pelas sensações únicas que o alimento pode despertar em quem o ingere (MEZOMO, 2002).

Se o aspecto sensorial da refeição, for ignorado, o ato de comer se reduziria apenas a um instinto, acarretando insatisfação pela grande maioria das pessoas (GINANI; ARAÚJO, 2002). Segundo Toledo (2010):

Todos os seres humanos, ou até diria, todos os seres vivos, nascem e procuram um alimento. O ato de se alimentar sustenta um pilar primordial e que todo humano está inserido: cultura. Esse ato caminha por culturas, sociedades, grupos, raças e tudo que envolve o ser humano. A escolha alimentar se dá a partir de uma trama entre normas, respeito, estética, tradição e ética.

As evidências científicas do valor nutricional do alimento não são argumentos suficientes para resultar em sua aceitação pelos pacientes. As pessoas querem mais do que um alimento com características higiênico-sanitárias adequadas ou um indicativo de alimento saudável. Vários fatores inerentes ao indivíduo (físicos, patológicos e psicológicos) e ao seu meio (sociais, econômicos e culturais) podem caracterizar-se como motivação para alterações na alimentação. Além disso, as qualidades sensoriais (sabor, odor, textura e aparência) são fatores determinantes do comportamento alimentar das pessoas, contribuindo, sem dúvida, para a escolha dos alimentos em uma refeição (PROENÇA et al., 2005). Diante do que foi exposto, é possível verificar a importância de considerar todos os fatores que interferem na alimentação do paciente hospitalizado.

A gastronomia, através da renovação de técnicas culinárias para melhorar o aspecto e características sensoriais da dieta, pode ser uma ferramenta para melhorar adesão dos pacientes em dietas restritivas, unindo arte culinária com nutrição (MONEGO; MAGGI, 2004). A gastronomia hospitalar é definida como a arte de conciliar a prescrição dietética e as restrições alimentares de clientes à elaboração de refeições saudáveis e nutritivas, atrativas e saborosas, a fim de promover a associação de objetivos dietéticos, clínicos e sensoriais e promover nutrição com prazer, desempenhando importante papel para a recuperação do doente (SOUZA; NAKASATO, 2011). O desenvolvimento de técnicas de preparo e apresentação das

refeições pode contribuir para o aumento da aceitação e da ingestão alimentar, além de ser determinante na qualidade sensorial das refeições. A aparência das refeições influencia diretamente no “querer se alimentar” de cada indivíduo (GODOY; LOPES; GARCIA, 2007; LAGES; RIBEIRI; SOARES, 2013; SOUSA; GLORIA; CARDOSO, 2011).

A Gastronomia Hospitalar impõe um grande desafio às Unidades de Alimentação, por ter o objetivo de atender as diferentes necessidades nutricionais dos clientes com restrições de alimentos ou nutrientes de acordo com sua patologia, tabus e preferências alimentares, sem, contudo perder o equilíbrio nutricional. Os profissionais da área de alimentação nos hospitais, que tem o padrão de Gastronomia Hospitalar, preservam as características sensoriais e organolépticas dos alimentos (DUARTE, 2006).

O paciente, que esta fora do ciclo de convivência e com muitas limitações deve receber uma alimentação atraente que estimule o seu apetite e a satisfação em se alimentar, através de pratos bem elaborados em termos visuais, gastronômicos e nutricionais. A utilização de ervas, condimentos, combinações ideais de alimentos, preparações diferenciadas que realcem sabores e refeições servidas na sua temperatura adequada (alimentos quentes devem ser servidos quentes e alimentos frios devem ser servidos frios), são fatores que estimulam o apetite do cliente (BORGES, 2009).

A gastronomia hospitalar busca aliar prazer ao momento da alimentação, explorando todos os recursos disponíveis, de forma a otimizar tudo que pode ser utilizado como instrumento tecnológico de acordo com a realidade de cada paciente, da maneira mais agradável possível (BORGES, 2009).

No contexto hospitalar, implementar a gastronomia com inovação das dietas, elaboração de pratos mais atrativos, desmistificando a idéia de que comida de hospital é ruim, constitui um dos fatores para aumentar a ingestão alimentar de pacientes internados, contribuindo, para a manutenção e/ou recuperação do seu estado nutricional. A atuação do nutricionista é primordial nesse processo para assegurar a satisfação do paciente e promover a recuperação da sua saúde (MESSIAS; PRESTA; SOUZA, 2011).

Se a alimentação adotada no hospital, for similar a consumida no dia-a-dia do paciente, deixa-o em contato com o mundo extra-hospitalar e motiva para uma recuperação mais rápida. Conclui-se ser um desafio a mais ao profissional nutricionista agregar prazer ao valor nutricional das dietas hospitalares, porém com possibilidades de sucesso e grande impacto no tratamento nutricional (GARCIA, 2006).

4 METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo estudo de caso avaliativo, que envolvem tanto a descrição quanto a interpretação, mas o objetivo principal é usar os dados para avaliar o mérito de alguma prática (THOMAS; NELSON, 1996). Realizada na ala pediátrica do Hospital e Maternidade Municipal de Cuité (HMMC), localizado na Rua 15 de Novembro, na cidade de Cuité-PB. O mesmo possui 44 leitos, destinado exclusivamente ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dos quais 13 leitos são destinados à pediatria. Neste setor, são atendidas crianças de 29 dias aos 12 anos.

O HMMC, possui um cardápio padrão composto diariamente por um tipo de carne, uma guarnição, arroz, feijão e um tipo de salada. A instituição conta com dois cardápios semanais que se revezam durante o mês, sendo um cardápio (CARDÁPIO A) para a primeira e terceira semana do mês e outro (CARDÁPIO B) para a segunda e quarta semana do mês (ANEXO C). Nos dois momentos da pesquisa (AP e APEX), foram usados os dois cardápios da instituição, de forma que os dois momentos contemplaram todas as refeições servidas durante o mês.

A coleta de dados, desenvolvida durante o período de 26 de maio a 13 de julho de 2014, acompanhou a distribuição do almoço servido aos pacientes internados durante este período, sendo dividido em duas etapas, conforme descrito a seguir. No estudo foram incluídos todos os pacientes com prescrição de dietas livres, que não apresentavam restrição de nutrientes e/ ou alteração de textura, produzidas na copa/cozinha da Divisão de Nutrição e Dietética (DND).

Durante o primeiro momento da coleta de dados, da primeira a terceira semana, as refeições eram servidas de forma tradicional, em bandejas plásticas com tampa, sem nenhuma alteração na forma da dieta, constituindo o grupo da apresentação padrão (AP). Na etapa seguinte do estudo, as refeições sofreram alterações quanto sua apresentação, sem haver nenhuma alteração na composição ou preparo das refeições. Após a mudança na apresentação das refeições, denominada apresentação experimental (AEXP), o recipiente plástico com tampa utilizado na AP foi substituído por pratos coloridos em forma de tartaruga com tampa, vasilha branca em plástico para porcionamento do feijão, talheres coloridos e bandeja para servir de apoio aos utensílios.

Em todas as etapas foi calculado o índice de rejeito e aplicado o questionário de aceitação em escala hedônica facial de cinco pontos como instrumentos para mensurar aceitação/rejeição da dieta dos pacientes. O porcionamento das dietas AP e APEX foi feito

por uma funcionária da instituição, havendo mudança nos tamanhos das porções servidas. A refeição que sofreu modificação na sua apresentação foi o almoço.

Todas as atividades desenvolvidas durante a pesquisa foram submetidas à aprovação e liberação por parte da direção do HMMC (Anexo A).

4.1 COMITÊ DE ÉTICA

Segundo a resolução CNS 466/12, todo e qualquer trabalho que seja relativo a seres humanos (direta ou indiretamente), deve ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Como o presente estudo, trata de forma direta com seres humanos, foi submetido ao comitê de ética, obedecendo a resolução vigente e atendendo assim aos fundamentos éticos e científicos.

4.2 ÍNDICE DE REJEITO

Para a aferição do índice de rejeito das refeições, todos os pratos foram pesados após a sua montagem (antes da distribuição), e também quando recolhidos das enfermarias. Na pesagem dos pratos e bandejas foi utilizada uma balança Filizola modelo 9094-1, com carga mínima de 05g e máxima 30 kg, com precisão de 05g. Esse procedimento foi realizado pela autora do estudo e padronizado antes e após a intervenção na apresentação das refeições.

O índice de rejeito pode ser utilizado para avaliar a aceitação da dieta pelo paciente, o qual estabelece a relação percentual entre o Peso da Refeição rejeitada (PR) e o Peso da Refeição Distribuída (PRD), representada pela fórmula: $IR = PR \times 100/PRD$. Para a coleta de dados necessários ao cálculo do IR foram utilizados os seguintes procedimentos:

- Determinação do peso das refeições distribuídas: inicialmente, foram determinados os pesos dos utensílios utilizados para o porcionamento das dietas, para obter o peso médio dos mesmos. Posteriormente, esses utensílios foram pesados com a dieta montada. Do valor total do peso, reduziu o peso dos utensílios.
- Determinação do peso dos restos das refeições: Após o recolhimento dos utensílios nos leitos, os mesmos foram pesados novamente, para a obtenção e posterior cálculo do resto.

4.3 TESTE DE ACEITAÇÃO

Entre os testes mais utilizados para avaliar a aceitação, a escala hedônica facial híbrida, é o mais recomendado para crianças de 4 a 12 anos (HOFF, 1991; MORAES, 1988). O teste de aceitação utilizado no estudo, foi composto de um questionário com escala hedônica híbrida de 5 pontos (Apêndice A), facilitando o entendimento do mesmo pelos pacientes, e avaliou fatores que poderiam influenciar na aceitabilidade da dieta hospitalar (cheiro, sabor, cor, temperatura e apresentação).

Todos os itens do questionário apresentavam cinco opções de resposta: detestei, não gostei, indiferente, gostei, gostei muito. Para análise dos resultados, as respostas foram agrupadas em dois grupos: desaprovam (detestei, não gostei e indiferente) e aprovam (gostei e gostei muito) a dieta.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Participaram da pesquisa todas as crianças internadas na pediatria do HMMC, de ambos os sexos no período da coleta de dados. O teste de aceitação foi aplicado de forma individual e os critérios de inclusão foram a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável da criança (Anexo B), ter idade superior a 4 anos e estar internado por um período mínimo de quatro dias. Foram excluídas as crianças menores de 4 anos, para que houvesse entendimento e clareza ao se responder o teste de aceitação, também foram excluídas aquelas que os pais não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de participação da pesquisa.

4.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados de IR foram tabulados e analisados utilizando o programa estatístico Sigmastat. Os dados foram submetidos ao teste T não pareado e o nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$. Os resultados estão apresentados em valores de média (\pm DP).

5 RESULTADOS E DISCURSSÃO

Para melhorar a aceitação das dietas, foram utilizadas estratégias de substituição dos utensílios e modificação na forma de apresentação das preparações. Ao total, foram avaliadas 202 dietas distribuídas na ala de pediatria durante o período de coleta de dados; destas, 122 foram servidas na AP e 80 na AEXP. As tabelas 1 e 2, apresentam o peso diário total das refeições do almoço fornecido e dos restos alimentares em quilogramas, segundo a forma de apresentação das dietas.

Tabela 1- Peso diário do total das refeições fornecidas e dos restos alimentares (em kg), de acordo com o dia da semana, antes da mudança na apresentação (AP).

	Dias	PRD (kg)	PR (kg)	% IR
Cardápio A	1	3420	2050	59,94
	2	2530	935	36,95
	3	970	380	39,18
	4	490	70	14,28
	5	1060	590	55,66
	6	770	600	77,92
	7	2450	1295	52,86
Cardápio A	8	2090	1120	53,59
	9	1235	490	36,68
	10	550	95	17,27
	11	1125	705	57,55
	12	1470	865	58,84
	13	1040	330	31,73
	14	1050	280	26,67
Cardápio B	15	2110	610	28,91
	16	1495	725	48,49
	17	1790	860	48,04
	18	2055	840	40,88
	19	1875	690	36,8
	20	1920	1190	61,98
	21	1600	955	56,69

PRD: Peso das refeições distribuídas; PR: Peso da refeição rejeitada; IR: Índice de Rejeito.

Tabela 2- Peso diário do total das refeições fornecidas e dos restos alimentares (em kg), de acordo com o dia da semana, depois da mudança na apresentação (APEX).

	Dias	PRD (kg)	PR (kg)	% IR
Cardápio A	1	2300	780	33,91
	2	1090	205	18,81
	3	835	285	34,13
	4	280	25	8,93
	5	1070	410	38,32
	6	755	220	29,14
	7	650	370	56,92
Cardápio B	8	520	260	50
	9	870	285	32,76
	10	615	60	9,76
	11	625	155	24,8
	12	860	105	12,21
	13	660	145	21,97
	14	2050	775	37,8
Cardápio A	15	1560	300	19,23
	16	1365	655	47,99
	17	1405	410	29,18
	18	715	250	34,97
	19	935	370	39,57
	20	590	195	33,05
	21	1345	265	19,7

PRD: Peso das refeições distribuídas; PR: Peso da refeição rejeitada; IR: Índice de Rejeito.

A avaliação do desperdício para clientela enferma é considerada “ótima” quando possui valores até 10%, “bom” até 15%, “regular” até 20% e “péssimo” acima de 20% (MEZOMO, 2002), de modo que apesar da melhora significativa, os valores médios apresentados na pesquisa continuam acima do percentual considerado aceitável.

Ainda de acordo com a classificação proposta por Mezomo (2002), destaca-se que no grupo AP, apenas o cardápio de um dia se encaixava na classificação de bom (14, 28%) e um classificado como regular (17,27%), enquanto os demais se classificaram como péssimo. Com a alteração na apresentação (grupo APEX) das refeições servidas, foi observado que em dois

dias os cardápios se classificaram como ótimo (8,93% e 9,76%), um dia foi classificado como bom (12,21%), três dias classificados como regular (18,81%, 19,70% e 19,23%), e nos demais foram classificados como péssimo. A análise dessa classificação confirma a hipótese inicial que a forma de apresentação influencia diretamente a aceitação e ingestão dos pacientes.

Com relação aos valores médios semanais de IR, foi observada uma redução significativa ($p < 0,05$) de 44,22% e 45,97% para 31,70% e 31,95%, respectivamente, com a mudança da apresentação da dieta para o cardápio A e B, respectivamente. Na análise da Tabela 3, pode-se verificar que a diferença entre as médias de IR, foi 12,52% para o cardápio A e 14,02% para o cardápio B. As médias do IR, de acordo com o cardápio servido, e a forma de apresentação, encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Valores médios do IR, de acordo com o cardápio servido, e a forma de apresentação.

	Apresentação padrão IR(%)	Apresentação experimental IR(%)
Cardápio A	44,22 ($\pm 18,16$) ^a	31,70 ($\pm 12,49$) ^b
Cardápio B	45,97 ($\pm 11,42$) ^a	31,95 ($\pm 10,37$) ^b

Valores são médias (\pm DP).

Médias (\pm DP) com letras diferentes apresentam diferença estatística ($p < 0,05$).

De modo semelhante, Horta et al. (2013), em estudo realizado na ala pediátrica de um hospital municipal público de Belo Horizonte/MG revelou a melhora da média do resto ingesta de 32,5% para 25,1%, depois da mudança na apresentação das refeições, não sendo o suficiente para alterar sua classificação segundo Mezomo (2002). Entretanto, em estudo realizado por Rolim et al. (2011), em um hospital oncológico, de caráter filantrópico, na cidade de Natal/RN, o índice de rejeito do almoço servido na clínica médica do hospital após mudança na apresentação da refeição reduziu de 31% com bandejas para 17,86% utilizando pratos para servir, que de acordo com os parâmetros de Mezomo (2002) a classificação do serviço evoluiu de péssimo para regular após a intervenção.

Tanto na AP como na APEX, os dias com maior índice de rejeito foram os dias da semana que eram servidos proteína texturizada de soja (PTS) como fonte protéica. Apesar de apresentar baixos teores de gordura e colesterol, o sabor e o odor da PTS, aliada a falta de hábito alimentar de seu consumo pelos brasileiros, tornam-a um alimento de pouca aceitação. Ainda que a instituição seja de caráter público e apresente recursos financeiros limitados, é preciso buscar novas alternativas para diminuir os dias em que a soja aparece no cardápio, já

que a sua frequência é três vezes semanais ou ainda diversificar as preparações. Os Gráficos 1 e 2 ilustram a % RI, de acordo com o tipo de carne servido.

Vale salientar, que mesmo sendo de grande importância, a apresentação sozinha, não consegue mudar aceitação das dietas hospitalares, visto a variedade de fatores que interferem nessa aceitação. Entre eles destacam-se os hábitos alimentares das crianças, que em sua maioria tem seu primeiro contato com a PTS e o fígado no ambiente hospitalar que é um ambiente totalmente estranho. Introduzir alimentos novos na sua dieta é um grande desafio, outro desafio que comprovei com minha vivência durante o estudo, é o tabu que muitas mães tem em relação ao fígado, desencorajando seu consumo.

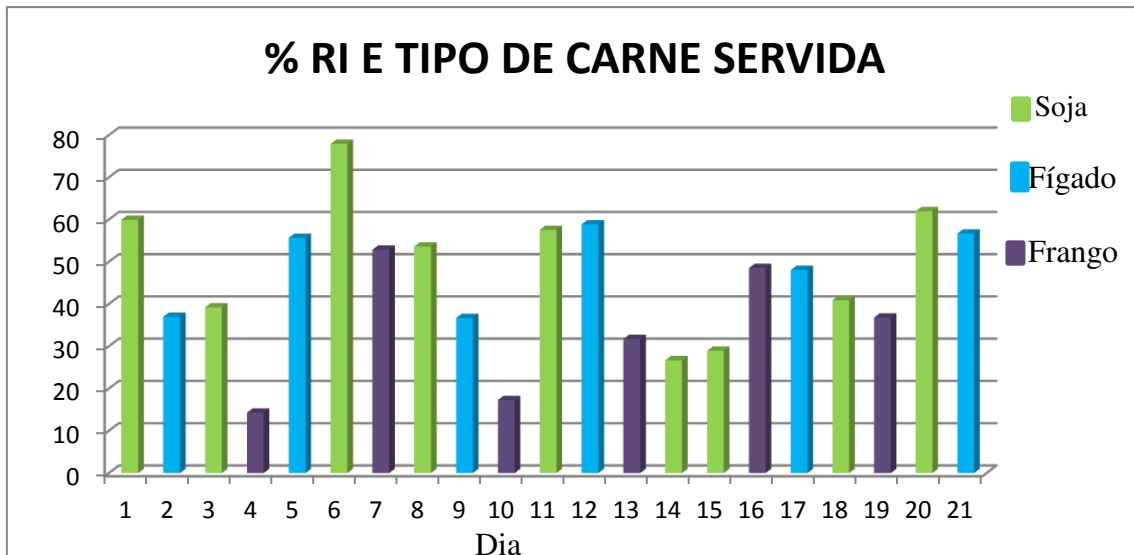


Gráfico 1 – Resto de ingestão, segundo o tipo de carne, antes da mudança na apresentação das dietas.
 Fonte: Dados da Pesquisa.

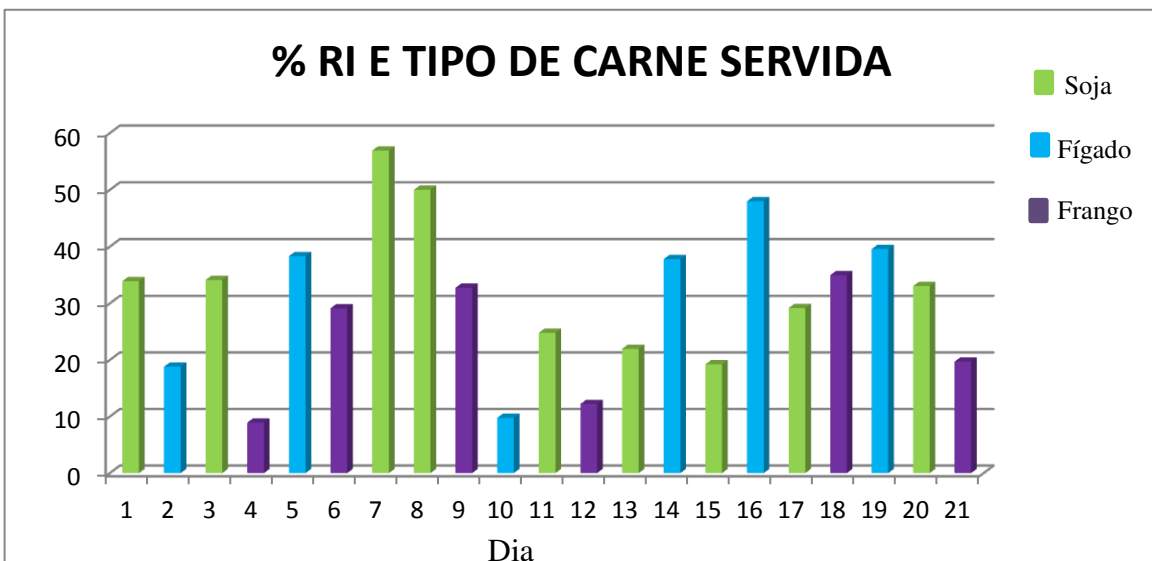


Gráfico 2 – Resto de ingestão, segundo o tipo de carne, após a mudança na apresentação das dietas.
 Fonte: Dados da Pesquisa.

Com relação ao questionário de aceitação, foram aplicados um total de 16, sendo 10 durante AP e 6 na AEXP. A tabela 4 apresenta o resultado do Teste de Aceitação que os pacientes da pediatria de acordo com a apresentação padrão (em bandejas) e apresentação experimental (em pratos).

Tabela 4 – Teste de Aceitação de dietas servidas.

	Detestei (%)		Não Gostei (%)		Indiferente (%)		Gostei (%)		Adorei (%)	
	AP	APEX	AP	APEX	AP	APEX	AP	APEX	AP	APEX
Opinião geral	10	50	-	-	-	-	30	17	60	33
O cheiro	-	33	-	-	10	-	40	50	50	16
O sabor	-	33	-	-	20	-	30	67	50	-
A cor	10	-	10	-	-	33	30	67	50	-
A temperatura	10	-	10	17	30	-	20	83	30	-
Apresentação	-	17	-	-	-	-	40	33	60	50

AP: Apresentação Padrão; APEX: Apresentação Experimental; - valor 0.

Segundo dados apresentados, com relação a aprovação geral, 10% reprovou na AP e 50% na APEX. O sabor e o cheiro das dietas são os aspectos mais preocupantes, observando-se valores de 33% para APEX, quanto ao critério detestei, o que possivelmente indica uma interferência desses fatores na aceitação dessa dieta. O Gráfico 3, mostra a aceitação dos itens dos questionários segundo a forma de apresentação das dietas.

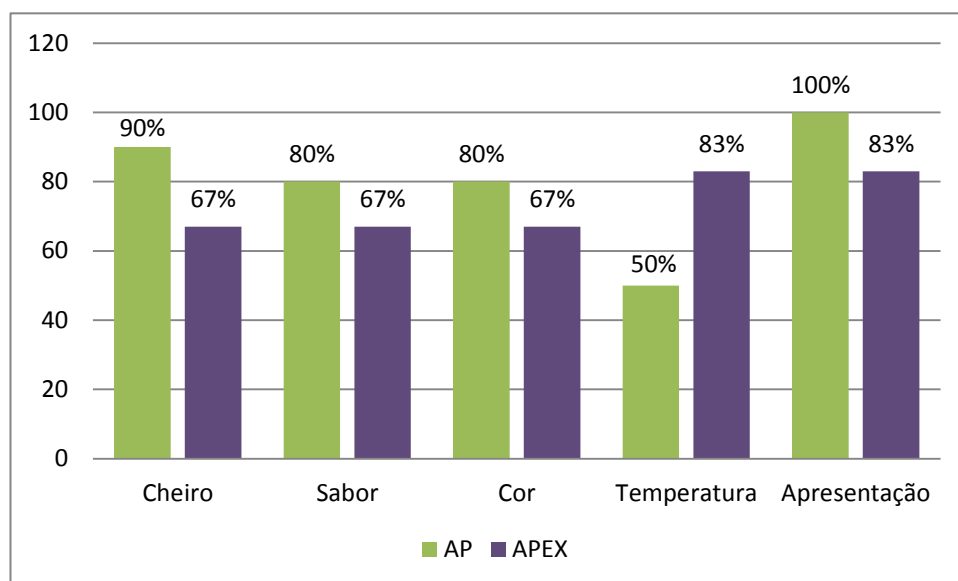


Gráfico 3 – Percentual de aceitação dos questionários, com a apresentação padrão e a apresentação experimental. Fonte: Dados da Pesquisa.

Ao contrario do IR que apresentou melhoras nos valores médios, na APEX, os questionários de aceitação, mostraram nessa fase da pesquisa maior reprovação da dieta por parte dos pacientes. O teste de aceitação e o IR, foram feitos em momentos diferentes, da internação dos pacientes, que aliados com a maior intimidade do pesquisador com o paciente, deixa-o mais a vontade para responder com clareza sua opinião e o tempo de internação que muda a percepção de sua opinião e desejos, são os responsáveis pelos resultados divergentes.

As Figuras 1 e 2 ilustram os modos de apresentação das dietas, antes e após as alterações na apresentação, respectivamente.



Figura 1 – Registro fotográfico da apresentação do almoço na AP (A) e na AEXP (B). Foram usados os mesmos cardápios. Fonte: Registro da Pesquisa.



Figura 2 – Registro fotográfico da apresentação do almoço na AP (A) e na AEXP (B). Foram usados os mesmos cardápios. Fonte: Registro da Pesquisa.

As preferências alimentares dos pacientes, planejamento inadequado de refeições e o treinamento dos funcionários para produção em relação ao tamanho da porção ofertada, pode influenciar no desperdício de alimentos e influenciar negativamente a vontade do indivíduo de se alimentar (HIRSCHBRUCH, 1998; LAGES, RIBEIRO, SOARES, 2013).

Outros fatores que podem ter contribuído para que esses percentuais fossem tão altos, como por exemplo a ausência da estimativa de adequação energética para a necessidade de cada paciente. Nonino-Borges et al. (2006) mostrou em seus estudos que a subavaliação da capacidade de ingestão alimentar dos pacientes resultam na produção superestimada de alimentos, e, conseqüentemente, em desperdício. A dieta servida no hospital, é uma dieta correta no que diz respeito ao uso de sal e temperos prontos, de forma que usa pouca quantidade de sal e não são usados temperos prontos, causando uma mudança na percepção alimentar dos pacientes.

Estudos citados por Valério et al. (2011), fala-se da insatisfação com a refeição servida, causando baixa aceitação da mesma, tem uma relação muito forte com a doença que gerou a internação, a falta de apetite, alterações no paladar, mudanças de hábitos e insatisfações com o ambiente hospitalar e as preparações.

6 CONCLUSÃO

Mudar a apresentação das dietas, mostrou diminuição significativa do índice de rejeito e, conseqüentemente melhorou sua aceitação na ala pediátrica do hospital de Cuité/PB. Conciliar a produção de refeições, com os conhecimentos gastronômicos e a terapia nutricional, constitui um desafio constante do serviço de nutrição de unidade hospitalar. Distribuição de dietas nutricionalmente balanceadas e que também atendam as expectativas sensoriais e emocionais do paciente garantem que estes recebam um serviço alimentar de qualidade garantida, melhorando o prognóstico clínico e quebrando o tabu que comida de hospital é “ruim”.

Porém, apesar de indispensável a apresentação sozinha não é capaz de garantir a aceitação da deita hospitalar. Entretanto, é preciso considerar o paciente, como indivíduo inteiro, com histórias de vida, mitos, cultura alimentar, doença e restrições. A visita diária de um nutricionista as enfermarias, vai avaliar as preferências e queixas do paciente em relação a dieta e adaptá-la de forma individualizada a cada paciente.

São necessários que algumas medidas corretivas sejam adotadas, como, treinamento de funcionários responsáveis pelo porcionamento, pesquisas de aceitação das preparações pelos pacientes, metas para diminuição do índice de rejeito, além do cuidado quanto ao tipo de utensílio utilizado para servir as refeições. É preciso também que mais estudos sejam desenvolvidos, a fim de identificar outros aspectos que melhorem a aceitação da dieta hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. G. B. Desnutrição de aquisição intra-hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 3, p. 240, 2006.
- ARAÚJO, W. M. C. Alimentos, nutrição, gastronomia e qualidade de vida. **Revista Nutrição em Pauta**, n.43, p. 45-50, 2000.
- ARAÚJO, W. M. C.; BOTELHO, R. B. A.; GINANI, V. C.; ARAÚJO, H. M. C.; ZANDONADI, R. P. **Da alimentação à gastronomia**. Brasília: Universidade de Brasília, 2005. 102 p.
- AZEVEDO, L. C.; MEDINA, F.; SILVA, A. A.; CAMPANELLA E. L. S. Prevalência de desnutrição em um hospital geral de grande porte de Santa Catarina/Brasil. **Arquivo Catarinense de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 89-96, 2006.
- BAKER, A. F. **A gastronomia e sua interação com o turismo e a nutrição**. 2003. 63 f. Monografia (Especialização em Qualidade de Alimentos) – Universidade de Brasília. Brasília, 2003.
- BARBOSA-SILVA, M. C. G.; BARROS, A. J. D. Avaliação nutricional subjetiva. parte 1 – revisão de sua validade após duas décadas de uso. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 39, n. 3, p. 181-187, 2002.
- BEZERRA, A. C. **Gastronomia na prescrição de dietas hospitalares e as influencias geradas pela indústria hoteleira**. 2003. 50 f. Monografia (Especialização em Qualidade dos Alimentos) – Universidade de Brasília. Brasília, 2003.
- BORGES, C. M. **A percepção do profissional nutricionista sobre a gastronomia hospitalar: um estudo de caso sobre um hospital particular do Distrito Federal**. 2009. 55 f. Monografia (Especialização em Hotelaria Hospitalar) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- BRASIL, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, p. 1-11, 2012.
- SAVARIN, J. A. B. **A fisiologia Do Gosto**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 325 p.
- COLOÇO, R. B.; HOLANDA, L. B.; PORTERO-MCLELLAN, K. C. Determinantes do grau de satisfação de pacientes internados referente a refeições oferecidas em um hospital universitário. **Revista Ciências Médicas**, v. 18, n. 3, p. 121-130, 2009.
- CORBEAU, J. P. Alimentar-se no hospital: as dimensões ocultas da comensalidade. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 11, p. 227-238.
- CORREIA, M. I. T. D.; CAIAFFA, W. T.; WAITZBERG, D. L. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI): Metodologia do estudo multicêntrico. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 13, n. 1, p. 30-40, 1998.

CORREIA, M. I.; CAMPOS, A. C. L. Prevalence of malnutrition in latin america: the multicenter ELAN study. **Nutrition**, v. 19, n. 10, p. 823-825, 2003.

CORREIA, M. I. T. D.; WAITZBERG, D. L. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. **Clinical Nutrition**. v. 22, n. 3, p. 235-239, 2003.

DUARTE, R. Gastronomia hospitalar, **Hospital do Coração de Natal**, Natal, Disponível em: <<http://www.hospitaldocoracao.com.br/conteudo>>. Acesso em: 16 de jul. 2013.

FERREIRA, H. S.; FRANÇA, A. O. S. Evolução do estado nutricional de crianças submetidas à internação hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 6, p. 491-496, 2002.

FONTOURA, C. S. M.; CRUZ, D. O.; LONDERO, L. G.; VIEIRA, R. M. Avaliação nutricional de paciente crítico. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 3, p. 298-306, 2006.

FRANCO, A. **De caçador a gourmet: uma história da gastronomia**, 2. ed. São Paulo: SENAC, 2001. 288 p.

GARCIA, R. S.; TAVARES, L. R. C.; PASTORE, C. A. Rastreamento nutricional em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário do sul do Brasil: o impacto do risco nutricional em desfechos clínicos. **Einstein**, v. 11 n. 2, p. 147-152, 2013.

GARCIA, R. W. D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Revista de Nutrição**, v. 19 n. 2, p.129-144, 2006.

GARCIA, R. W. D.; LEANDRO-MERHI, V. A.; PEREIRA, A. M. Estado nutricional e sua evolução em pacientes internados em clinica médica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 19, n. 2, p. 59-63, 2004.

GINANI, V.; ARAÚJO, W. M. C.; Gastronomia e dietas hospitalares. **Revista Nutrição em Pauta**, n. 56, v. 10, p. 49-52, 2002.

GODOY, A. M.; LOPES, D. A.; GARCIA, R. W. D. Transformações socioculturais da alimentação hospitalar. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 4, p. 1197-1215, 2007.

GUERRA, P. M. S. **Avaliação da aceitação de dietas infantis modificadas em hospital público- estudo de caso**. 2009. 41 f. Monografia (Especialização em Gastronomia e Segurança Alimentar) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

GRECHINSK, P. T.; CARDOZO, P. F. A gastronomia eslava em Irati como possibilidade de atrativo turístico. **Revista Turismo y Patrimonio Cultural**, v. 6, n. 2, p. 361-375, número especial. 2008.

HIRSCHBRUCH, M. D. Unidades de alimentação e nutrição: desperdício de alimentos qualidade da produção. **Revista Higiene Alimentar**, v. 12, n. 55, p. 12-14, 1998.

HOFF, M. S. **Os estágios do desenvolvimento cognitivo segundo Piaget**. Campinas: Instituto de Psicologia/PUC – Campinas, 1991.

HORTA, M. G.; SOUZA, I. P.; RIBEIRO, R. C.; RAMOS, S. A. Aplicação de técnicas gastronômicas para a melhoria da qualidade sensorial de dietas hospitalares infantis.

Brazilian Journal of Food and Nutrition, v. 24, n. 2, p. 1-9, 2013.

JORGE, A. L. Oficinas de culinária em cozinha experimental hospitalar como estratégia de educação nutricional e gastronomia. **Revista Nutrição Profissional**, v. 4, n. 21, p. 38-46, 2008.

LAGES, P. C.; RIBEIRO, R. C.; SOARES, L. S. A gastronomia como proposta de qualificação dietética das refeições hospitalares pastosas: análise, intervenção e avaliação.

Alimentos e Nutrição, v. 24, n. 1, p. 1-7, 2013.

LIMA, M. A.; GAMALLO, S. M. M.; OLIVEIRA, F. L. C. Desnutrição energético-protéica grave durante a hospitalização: aspectos fisiopatológicos e terapêuticos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 353-361, 2010.

MAGNONI, D.; CUKIER, C. **Gastronomia hospitalar versus gastronomia hospitalar cultural**. In: FEIRA FOOD SERVICE, 2005, São Paulo. Gastronomia hospitalar versus gastronomia hospitalar cultural. São Paulo: IMEN, 2005, p.1-2.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STAMP, S. **Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1228 p.

MALAFAIA, G. A desnutrição protéico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. **Arquivos Brasileiros de Ciências e Saúde**, v. 34, n. 2, p. 101-107, 2009.

MALAFAIA, G. A desnutrição energético-protéica: uma séria enfermidade que ainda assombra o contexto hospitalar. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 381-383, 2010.

MEIJERS, J. M.; HALFENS, R. J.; VAN BOKHORST-DE VAN DER SCHUEREN, M. A.; DASSEN, T.; SCHOLS, J. M. Malnutrition in dutch health care: prevalence, prevention, treatment, and quality indicators. **Nutrition**, v. 25, n. 5, p. 512-519, 2009.

MELLO E. D.; BEGHETTO M.G.; TEIXEIRA L.B.; LUFT V.C. Desnutrição hospitalar: cinco anos após o IBRANUTRI. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 18, n. 2, p. 1-10, 2003.

MESSIAS, G. M.; PRESTA, F. M. P.; SOUZA, M. V. M. Benefícios da gastronomia hospitalar na alimentação do paciente idoso. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 12, n.12, p.23-31, 2011.

MEZOMO, I. F. B. **Os serviços de alimentação: planejamento e administração**. 5 ed. São Paulo: Manole, 2002. 413 p.

MICHAELIS DICIONÁRIO PRÁTICO LÍNGUA PORTUGUESA. SÃO PAULO: MELHORAMENTOS. Disponível em:

<<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acessado em: 21 de agosto de 2013.

MONEGO, E. T.; MAGGI, C. Gastronomia na promoção da saúde dos pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 2, p. 105-108, 2004.

MORAES, M.A.C. **Métodos para avaliação sensorial dos alimentos**. 4. ed. Campinas: Unicamp; 1988, p. 59- 60.

NONINO-BORGES, C. B.; RABITO, E. I.; SILVA, K.; FERRAZ, C. A.; CHIARELLO, P. G.; SANTOS, J. S.; MARCHINI, J. S. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 3, p. 349-356, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros) e suas equipes auxiliares**. Genebra, 1999. 76 p.

ORNELLAS, L. H. **Técnica dietética: seleção e preparo de alimentos**. 8 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. 276 p.

PÉREZ, C. A.; LOBO, T. G.; ORDUÑA E. R.; MELLADO P. C.; AGUAYO H. E.; RUIZ L. M. D. Malnutrition in hospitalized patients: prevalence and economic impact. **Medicina Clínica**, v. 123, n. 6, p. 201-206, 2004.

PRIETO, D. B.; LEANDRO-MERHI, V. A.; MÔNACO, D. V.; LAZARINIA. L. G. Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um hospital privado. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 3, p. 181-187, 2006.

PROENÇA, R.P.C.; HERING, B.; SOUSA, A.A., VEIROS, M.B. Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições. **Revista Nutrição em Pauta**, v. 13, n. 75, 2005.

REZENDE, I. F.; OLIVEIRA, V. S.; KUWANO, E. A.; LEITE, A. P.; RIOS, I.; DÓREA, Y. S.; CHAVES, V. L. Prevalência da desnutrição hospitalar em pacientes internados em um hospital filantrópico em Salvador (BA), Brasil. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 3, n. 2, p. 194-200, 2004.

ROCHA, G. A.; ROCHA, E. J. M.; MARTINS, C.V. Hospitalização: efeito sobre o estado nutricional em crianças. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 1, p. 70-74, 2006.

RODRIGUES, S. G. G. A contemporaneidade da gastronomia ludovicense: (cuxá) x big mac/mac donald na cultura, identidade e tradição. **Revista Cambiassu**, v. 18, n. 4, p. 311-325, 2008.

ROLIM, P. M.; SOUZA, K. M.; FILGUEIRA, L. P.; SILVA, L. C. Apresentação da refeição versus desperdício de alimentos na alimentação de pacientes oncológicos. **Alimentos e Nutrição**, v. 22, n. 1, p. 137-142, 2011.

SARNI, R. O. S.; CARVALHO, M. F. C. C.; MONTE, C. M. G.; ALBUQUERQUE, Z. P.; SOUZA, F. I. S. Avaliação antropométrica, fatores de risco para desnutrição e medidas de

apoio nutricional em crianças internadas em hospitais de ensino no Brasil. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 3, p. 223 - 228, 2009.

SILVA, C. C.; COSTA, R. P.; MAGNONI, C. D. Características das dietas hospitalares. **Revista da Sociedade de Cardiologista do Estado de São Paulo**, v. 7, n 4, p. 458-464, 1997.

SOUSA, A. A.; GLÓRIA, M. S.; CARDOSO, T. S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 2, p. 287-294, 2011.

SOUSA, A. A. A interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições repensando a função da alimentação hospitalar. **Revista Nutrição em Pauta**, v. 10, n. 53, p. 17-21, 2002.

SOUSA, A. A.; PROENÇA, R. P. C. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação de atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 425-436, 2004.

SOUZA, M. D.; NAKASATO, M. A gastronomia hospitalar auxiliando na redução dos índices de desnutrição entre pacientes hospitalizados. **Revista O mundo da Saúde**, v. 35, n. 2, p. 208-214, 2011.

THOMAS, J. R. e NELSON, J. K. **Research methods in physical activity**. 3.ed. Champaign: Human Kinetics, 1996.

TOLEDO, R. F. M. Uma visão estética da gastronomia: uma formação docente. **Revela**, v. 4, n. 7, p. 2-7, 2010.

VALÉRIO, T. D.; PRESTES, L. M.; GRANADA, G. G. Avaliação da aceitabilidade de dietas hospitalares. In: XX CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2011. Pelotas: EFPEL.

WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. T. D. Hospital malnutrition: the brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**, v. 17, n. 7, p. 573-580, 2001.

WAITZBERG, D.L.; BAXTER, Y. C. Custos do tratamento de pacientes recebendo terapia nutricional: da prescrição à alta. **Nutrição em Pauta**, v.7, n. 67, p.18-30, 2004

APÊNDICE

APÊNDICE A – TESTE DE ACEITABILIDADE – ESCALA HEDÔNICA

Teste de Aceitabilidade – Escala hedônica

Paciente: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

1. Qual a sua opinião sobre o almoço servido no hospital?



2. Em relação ao almoço, como você avalia:

2.1 O cheiro



2.2 O sabor



2.3 A cor



2.4 A temperatura




2.5 Apresentação




Observações

ANEXO

ANEXO A – APROVAÇÃO E LIBERAÇÃO DA PESQUISA PELA DIREÇÃO DO HMMC





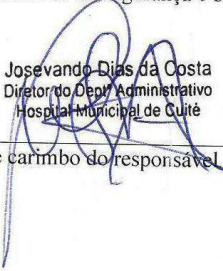
Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Cuité
Hospital e Maternidade Municipal de Cuité
 CNPJ: 11.404.674/0001-78 - Rua 15 de Novembro, nº 160 - 58175-000 - E-MAIL: hospitalcuite@hotmail.com
 Telefone: (83) 3372-2766 / 3372-2240

Cuité, 26 de Maio de 2014

Autorização para realização de pesquisa


Eu, JOSEVANDO DIAS DA COSTA, diretor executivo do Hospital E Maternidade Municipal de Cuité, venho por meio desta, informar a V. Sa. que autorizo a pesquisadora Itana Myrtes Morato Salviano, aluna do curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada **“A gastronomia hospitalar como recurso para melhorar a aceitação de dietas de pacientes do hospital e maternidade de Cuité – PB”** sob orientação do Prof. Ms. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.



Josevando Dias da Costa
 Diretor do Deptº Administrativo
 Hospital Municipal de Cuité


Assinatura e carimbo do responsável institucional



MUNICÍPIO APROVADO
 UNICEF

8 JEITOS DE MUDAR O MUNDO

EU POSSO! VOCÊ PODE! CUIITÉ PODE!
 MOVIMENTO NACIONAL PELA CIDADANIA E SOLIDARIEDADE.





ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o (a) _____, a participar do projeto “A gastronomia hospitalar como recurso para melhorar a aceitação de dietas de pacientes do hospital e maternidade de Cuité – PB”, que avaliará a aceitação das dietas a partir da melhora da apresentação, através de modificações visuais feitas nas dietas hospitalares, essa pesquisa será realizada pela discente do curso de nutrição Itana Myrtes Morato Salviano, sob a orientação da Profª Msc Raphaela Araújo Veloso Rodrigues.

Desta forma, eu _____, Responsável pelo (a) _____, concordo que este (a) participe do projeto acima referido no qual serão obedecidas as seguintes etapas:

1. Verificação dos restos de alimentos proveniente da alimentação do paciente antes e após a modificação da apresentação da dieta;
2. Modificação da apresentação da dieta do paciente;
3. Avaliação da aceitação das dietas hospitalares pelo paciente antes e após a alteração da apresentação das dietas.

Raphaela Araújo Veloso Rodrigues

Orientadora

Pesquisador Principal (UFCG)

Cel: 8874-2579

email: raphaelavrodrigues@yahoo.com.br

Itana Myrtes Morato Salviano

Orientanda

Graduando(a) Nutrição

Cel: 9616-0898

email: itana.myrtes@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e ainda que, todos os resultados e dados coletados serão mantidos em sigilo, podendo ser informado somente ao participante ou seu responsável. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Cuité, ____ de _____ de 2014.

Responsável pelo paciente: _____

(Assinatura)

ANEXO C – CARDÁPIO INSTITUCIONAL

ESSE ANEXO, ESTÁ EM OUTRA PASTA

ANEXO C – CARDÁPIO INSTITUCIONAL

1ª e 3ª Semana do Mês (Cardápio A)						
Segunda- feira	Terça- feira	Quarta- feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Salada Cozida	Salada Cozida	Salada Crua	Salada Crua	Salada Cozida	Salada Crua	Salada Crua
Soja ao Molho	Fígado Acebolado	Almondegas de Soja	Frango Guisado	Fígado Acebolado	Risoto de Frango	Soja ao Molho
Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples
Arroz Refogado com Cenoura	Arroz Branco	Arroz Branco	Arroz Branco	Arroz Branco	Arroz Branco	Arroz Refogado
Macarrão com Molho	Farofa de Soja	Farofa de Cuscuz	Macarrão com Molho	Macarrão com Molho	Farofa de Soja	Macarrão com Molho

2ª e 4ª Semana do Mês (Cardápio B)						
Segunda- feira	Terça- feira	Quarta- feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Salada Crua	Salada Crua	Salada Cozida	Salada Cozida	Salada Crua	Salada Crua	Salada Crua
Soja ao Molho	Risoto de Frango	Fígado Acebolado	Soja ao Molho	Risoto de Frango	Almondegas de Soja	Fígado Acebolado
Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples	Feijão Simples
Arroz Refogado	Arroz Branco	Arroz Branco	Arroz Refogado com Cenoura	Arroz Branco	Arroz Branco	Arroz Refogado
Macarrão com Molho	Farofa de Cuscuz	Macarrão com Molho	Macarrão com Molho	Macarrão com Molho	Farofa de Soja	Farofa de Soja