



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Centro de Excelência em Turismo
Pós-Graduação *Lato Sensu*
Curso de Especialização em Gastronomia e Segurança Alimentar III

AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DE DIETAS INFANTIS MODIFICADAS EM HOSPITAL PÚBLICO – ESTUDO DE CASO

Pollyanna Machado de Sá Guerra

Prof.^a Dra. Raquel Botelho

Brasília - 2009



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Centro de Excelência em Turismo
Pós-Graduação *Lato Sensu*

Curso de Especialização em Gastronomia e Segurança Alimentar III

AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DE DIETAS INFANTIS MODIFICADAS EM HOSPITAL PÚBLICO – ESTUDO DE CASO

Pollyanna Machado de Sá Guerra

Prof.^a Dra. Raquel Botelho

Monografia apresentada ao Centro de Excelência em Turismo - CET, da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em Gastronomia e Segurança Alimentar

Brasília – 2009

Consta no verso da folha de rosto

Guerra, Pollyanna Machado de Sá.

Avaliação da aceitação de dietas infantis modificadas em hospital público/ Pollyanna Machado de Sá Guerra – Brasília, 2009. xi, 40 f.: il.

Monografia (especialização) – Universidade de Brasília, Centro de Excelência em Turismo, 2009.

Orientadora: Dra. Raquel Botelho.

1. Desnutrição intra-hospitalar. 2. Alimentação hospitalar. 3. Hotelaria. 4. Humanização. 5. Gastronomia. 6. Resto alimentar I. Botelho, Raquel. II. Universidade de Brasília, Centro de Excelência em Turismo, CET. III. Gastronomia e Segurança Alimentar III.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Centro de Excelência em Turismo
Pós-Graduação *Lato Sensu*
Curso de Especialização em Gastronomia e Segurança Alimentar III

Pollyanna Machado de Sá Guerra

Aprovado por:

Professora orientadora: Dra. Raquel Botelho

Professora: Dra. Rita de Cássia C. de A. Akutsu

Professora: Dra. Renata Puppim Zandonadi

Brasília, 03 de agosto de 2009.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas àquelas pessoas que me incentivaram desde o começo, principalmente nos instantes em que pensei em desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, imensamente, à Direção e à Chefia da Divisão de Nutrição do Hospital Universitário de Brasília por terem permitido a realização de meu estudo na instituição; aos meus colegas de trabalho pelo empenho e colaboração; e a minha orientadora pela sabedoria, dedicação e paciência.

EPÍGRAFE

"Quando focalizamos nossa atenção em quem nos feriu, ficamos sem condições de perceber quem nos ama" (Frederic Luskin).

RESUMO

Estudos indicam alta incidência de desnutrição intra-hospitalar e em virtude disso, a atenção de alguns pesquisadores voltou-se para este aspecto em busca de uma solução para o problema. Vários fatores foram destacados como interferentes no consumo alimentar de pacientes hospitalizados, sendo a apresentação da refeição um fator relevante para a melhoria da aceitação das dietas e redução dos restos de alimentos. O objetivo do presente estudo foi analisar o grau de aceitação de dietas hospitalares para público infantil a partir da melhora da apresentação das preparações. Realizou-se análise dos dados de almoço referentes aos restos alimentares de três dias consecutivos, antes (24 a 26 de março de 2009 e após (31 de março a 02 de abril de 2009) a alteração da apresentação das dietas, e à avaliação da aceitação das refeições por meio da aplicação de questionário com escala hedônica para os pacientes. Os dados foram coletados na clínica pediátrica de um hospital público do Distrito Federal. Os resultados indicaram um aumento médio de 6% no percentual de aceitação das dietas e redução média total no de rejeição após a alteração da apresentação das dietas. Na análise dos restos alimentares foi observada uma redução média de 11,61% (comida), 4,93% (salada) e 19,35% (sobremesa). Verificou-se que a melhoria da apresentação da refeição pode influenciar positivamente na aceitação das dietas e reduzir o percentual de resto alimentar, mas não deve constituir-se em um ato isolado. Ações integradas são interessantes e contribuirão para um bom prognóstico e maior satisfação do cliente.

PALAVRAS-CHAVE: desnutrição intra-hospitalar, alimentação hospitalar, hotelaria, humanização, gastronomia, resto alimentar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Forma de apresentação da dieta pastosa (cardápio 10) antes e após a alteração da apresentação.....	25
Figura 2 – Forma de apresentação da dieta normal (cardápio 11) antes e após a alteração da apresentação.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação da aceitabilidade antes e após a alteração da apresentação das dietas.....	26
Tabela 2 - Percentual da diferença dos restos alimentares dos pacientes antes e após a alteração da apresentação das dietas.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBRANUTRI: Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar

HUB: Hospital Universitário de Brasília

UnB: Universidade de Brasília

CPR: Centro de Produção de Refeições

VET: Valor Energético Total

PNH: Política Nacional de Humanização

MS: Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	METODOLOGIA	
	2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	21
	2.2 POPULAÇÃO AMOSTRA.....	21
	2.3 PLANO DE COLETA DE DADOS.....	21
	2.4 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS.....	24
	2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	24
	2.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	24
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
4	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30
	APÊNDICES.....	34
	APÊNDICE A.....	35
	ANEXOS.....	36
	ANEXO A.....	37
	ANEXO B.....	38
	ANEXO C.....	39
	ANEXO D.....	40

Artigo elaborado sob os moldes de revista de alimentos e nutrição.

1 INTRODUÇÃO

Estudos iniciados na década de 70 detectaram a alta incidência de desnutrição intra-hospitalar em pacientes, além de revelar o impacto do estado nutricional na morbidade e mortalidade desses pacientes (BOLLET; OWENS, 1973).

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) realizado em 1996 em pacientes internados na rede pública do Brasil revelou que quase metade (48,1%) dos pacientes internados apresenta algum grau de desnutrição (CORREIA; CAIAFFA; WAITZBERG, 1998).

A explicação para o risco elevado de desnutrição intra-hospitalar se deve a um conjunto de condições encontradas no ambiente hospitalar, podendo ter causas relacionadas ao próprio paciente, como por exemplo, o tipo e a extensão da doença de base, ocasionando maiores perdas e catabolismo, como também, a "má nutrição" iatrogênica, que diz respeito a situações vividas pelo paciente no hospital, em que a ingestão alimentar ou a reposição nutricional são inadequadas, contribuindo também para a desnutrição progressiva (CORREIA; CAIAFFA; WAITZBERG, 1998).

Morimoto (2002), por exemplo, chama atenção para alguns sintomas que acompanham comumente as doenças, que incluem febre, náuseas e vômitos, diarreia, dores, incapacidade de se alimentar, alterações no paladar devido ao efeito colateral de medicamentos, e interferem na aceitação da alimentação pelo paciente. A distância da família, horários e sabor da alimentação fora da rotina diária e o estado emocional são outros aspectos importantes para a redução da ingestão alimentar e deterioração do estado nutricional durante a internação.

Outros fatores como isolamento social, presença de dor física e psicológica, sentimentos de inferioridade, medos e preocupações também podem interferir no comportamento do paciente durante o período de internação. Por isso, Casate e Corrêa (2005) salientam que ao ser admitido no serviço de internação, o paciente deve ser concebido como um ser completo, detentor de sentimentos e ideias próprias, com uma história de vida, mantendo-se o elo com a sua família e grupo social a que pertence.

Sousa (2007) destaca que em meio a todos os fatores causais atribuídos à desnutrição intra-hospitalar, a alimentação é considerada um fator circunstancial pelas mudanças alimentares, troca de hábitos e horários das refeições.

Neste contexto, o risco de desnutrição intra-hospitalar no paciente infantil se torna ainda mais grave, devido à fragilidade, vulnerabilidade alimentar e nutricional e especificidades deste grupo etário (GAARE et. al., 1990).

As crianças estão em constante desenvolvimento de massa óssea, dentes, músculos e sangue, elas necessitam de mais alimentos nutritivos em proporção ao seu peso do que os adultos (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

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 determinante como fator prognóstico nas patologias (GAARE et. al., 1990).

Aspectos sensoriais como a diminuição ou perda do gosto e do odor, também comprometem o consumo alimentar e, em decorrência o estado de saúde do paciente (ASSIS, 2002).

Para Pontes et. al. (2009), a rotina diária da criança quanto à alimentação, pode muitas vezes ser monótona. O crescimento geométrico de alternativas alimentares que caracterizam a sociedade pós-moderna traz em si grandes vantagens nutricionais como facilidade no transporte, armazenamento e preparo de refeições para crianças. Tal crescimento, no entanto, traz em seu bojo algumas influências negativas que vêm piorando o padrão de consumo de crianças.

A alimentação inadequada está vinculada ao estímulo de alimentos em quantidade excessiva e qualidade inadequada, com excesso de açúcares, sódio, gorduras e deficiência de fibras e micronutrientes. A falta ou inadequada ingestão de alimentos ricos em vitaminas e minerais pode potencializar os efeitos negativos da patologia, considerando que esses nutrientes auxiliam na recuperação da saúde do paciente hospitalizado (PONTES et. al., 2009).

É bem conhecido o círculo vicioso entre desnutrição e infecção. A criança doente, por apresentar falta de apetite, ingere menos alimentos e gasta mais energia devido à febre e ao aumento da produção de alguns hormônios. Como consequência, há um aumento no catabolismo de proteínas com perdas significativas pela via urinária e, nos casos de perdas gastrointestinais, como na diarreia e vômito, não só de nitrogênio como de energia e micronutrientes como o zinco e vitamina A (BRASIL, 2002).

Ocorre que a intensa produção científica motivada pelo impacto da hospitalização no estado nutricional e sobre suporte nutricional, não repercutiu na

mesma intensidade que a preocupação com a alimentação hospitalar (CORREIA; WAITZBERG, 2003).

Em contrapartida, uma alimentação equilibrada é extremamente importante e, muitas vezes, vital para o restabelecimento de enfermos. Pode reduzir o tempo de internação dos doentes, e diminuir os riscos de complicações clínicas, de infecções e os índices de mortalidade (NONINO-BORGES et. al., 2006).

Koivisto e Sjöden (1996) evidenciaram que o comportamento alimentar infantil é determinado em primeira instância pela família, do qual ele depende e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais da criança. É consenso que as modificações neste comportamento se impõem para prevenir doenças relacionadas à alimentação e promover a saúde do indivíduo. Uma vez que é na infância que o hábito alimentar se forma, é necessário o entendimento dos seus fatores determinantes, para que seja possível propor processos educativos efetivos para a mudança do padrão alimentar da criança (ANGELIS, 1995).

As escolhas alimentares, a quantidade dos alimentos, o tempo e o intervalo para comer, enfim, as regras e normas da alimentação são estabelecidas pelo grupo social. Desta forma, pode-se oferecer à criança tanto uma refeição programada, ditada pelas necessidades nutritivas, como também uma alimentação conforme a sua vontade, ou ainda, pode-se proceder de ambas as formas, dependendo da ocasião social e rotina alimentar. Neste sentido, a criança não come apenas pela sugestão de fome, mas também pela sugestão do ambiente e do contexto social (BIRCH; FISHER, 1997).

Mas o que acontece quando, ao longo dos dias, ao longo dos meses, o mesmo cardápio retorna com uma regularidade desesperante: segunda... terça... quarta... dia e noite, a mesma 'sopa', a mesma sobremesa, o mesmo castigo! Ora, a repetição provoca rapidamente a saciedade, que engendra o tédio e suscita a aversão. O momento da refeição, quando a sopa 'não desce', torna-se uma obrigação insuportável que pode ser prejudicial ao restabelecimento da saúde (MAES, 2005 p. 240).

Há uma concepção de que, no meio hospitalar, a alimentação é dificilmente percebida como exterior ao tratamento, tendo conotação de medicamento, o que permite, em caso de fracasso, aceitar o gosto desagradável de certas preparações (CORBEAU, 2005).

Para Sousa e Proença (2004), o paciente deve ser o foco da política de qualidade alimentar e nutricional nas instituições hospitalares. A alimentação hospitalar lançada como elemento essencial é parte dos cuidados hospitalares oferecidos aos pacientes, agrega qualidades e funções que atendem não só às necessidades nutricionais e higiênico-sanitárias, como também às necessidades psicossociais dos mesmos.

Nessas circunstâncias, despontam novas concepções sobre o sistema de gestão hospitalar com base para a implementação de um novo modelo de atendimento.

Como afirma Lisboa (2002), a missão do hospital transpõe a visão simplista de centro de saúde e assume um caráter de empresa de serviços de utilidade pública que busca a promoção da saúde, adotando um sistema de gestão fundamentada nos critérios de eficácia, eficiência, equidade e qualidade.

E de fato para Garcia (2006), as instituições hospitalares tornam-se alvo de reflexão para se adequarem às novas demandas e buscam estratégias de ação efetivas de melhoria a cada dia (MORIMOTO, 2002; SOUSA; PROENÇA, 2004), para que o usuário se sinta cada vez mais cliente e menos paciente (MAGNONI, 2002).

Assim, surge um novo conceito de gestão que preconiza a união de duas grandes tendências mundiais. De um lado a hotelaria hospitalar, “uma tendência que veio para livrar os hospitais da ‘cara de hospital’ e que traz em sua essência uma proposta de adaptação à nova realidade do mercado, modificando e introduzindo novos processos, serviços e condutas” (TARABOULSI, 2006, p. 22). E de outro, a gastronomia hospitalar dispendo-se a proporcionar prazer relacionando a qualidade do alimento com as sensações despertadas em quem o ingere (GINANI; ARAÚJO, 2002).

A união destas tendências fortalece a ideia de agregar valor ao serviço prestado priorizando o conceito de qualidade total nos hospitais.

Numa perspectiva de avanço, a hotelaria hospitalar investe na criação e organização de um espaço humano para atender às necessidades humanas, em especial as de abrigo e segurança, concentrando seus esforços na transformação do quarto de internação no prolongamento do lar (MAGNONI; CUKIER, 2005). O objetivo é tornar o ambiente mais acolhedor (DIAS, 2005), superar as expectativas e satisfazer o cliente (MORIMOTO, 2002).

Ao mesmo tempo uma visão ampliada permite observar que os doentes devem ser tratados como pessoas dinamicamente preocupadas, antes de tudo, em reencontrar, durante a permanência no hospital, condições de vida idênticas às do ambiente familiar

(MAES, 2005). O ato de hospedar envolve emoções e sentimentos (DIAS, 2005) e por isso o elo com os entes deve ser mantido.

Humanizar a relação com o paciente exige um encontro entre sujeitos, que podem construir uma relação saudável, e assume uma dimensão significativa no processo, interferindo no conforto e no bem-estar do paciente (CASATE; CORRÊA, 2005).

Barbosa et. al. (2006) reforça esta teoria em seu estudo, quando conclui que a satisfação dos pacientes com as refeições servidas está relacionada com a aproximação da equipe de saúde para construir uma relação saudável no que se refere aos alimentos e preparações fornecidas e serviços prestados.

Se de um lado, o desenvolvimento tecnológico vem dificultando as relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e calculistas, por outro, a temática de humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios sociais demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na valorização da dignidade do usuário (CASATE; CORRÊA, 2005).

Além de ser um aspecto do atendimento voltado ao tratamento, à alimentação, seguindo a linha de inovações, é incorporada como peça fundamental na formação da nova imagem da instituição hospitalar (DIAS, 2005).

Sob o ponto de vista de Magnoni (2002), a alimentação aparece como um dos únicos prazeres para o paciente internado, uma vez que ele é cerceado de outros por estar em um ambiente diferente. Por isso, merece atenção maior que o cuidado básico com o valor nutricional das dietas, determinando que a preocupação deve ir além de proporcionar uma dieta adequada. Não obstante, a dieta deve atender às necessidades fisiológicas do ser humano, ainda mais aumentadas pela patologia, e que muitas vezes também aumenta a demanda energética.

“É verdade que, nos hospitais, quando o sofrimento diminui e a dor se acalma, a refeição é um momento de trégua e evasão, impacientemente esperado” (MAES, 2005 p. 239).

Desde a mais alta Antiguidade, o momento da refeição, do banquete, da cena é considerado um instante privilegiado de trocas e de confidências. É à mesa que se refaz indefinidamente o mundo e onde se tomam as grandes decisões (MAES, 2005).

A relação positiva entre o momento da alimentação e a realidade individual do mundo extra-hospital pode promover ações sinérgicas ao tratamento. O valor de uma

alimentação semelhante ao dia a dia de cada indivíduo, retornando-o ao seu mundo, pode minimizar o sofrimento e alicerçar bases positivadas à terapêutica (MAGNONI; CUKIER, 2005).

Nas representações sobre a dieta hospitalar, a ideia de alimentação diferenciada, pelo controle e cuidado, está intrinsecamente associada à disciplina com conotações de privação e permissão, preocupação com higiene, justificadas pelo discurso técnico-científico. Um mosaico de representações que tipificam a dieta hospitalar como insossa, sem gosto, fria e servida cedo (SOUSA; PROENÇA, 2004) expõe elementos, como relações de poder e situações de sujeição (GARCIA, 2006).

Em muitos casos, a relação entre a prescrição dietética e a refeição oferecida aos pacientes mostra-se conflituosa dificultando a sua operacionalização (SOUSA; PROENÇA, 2004).

Seria um engano considerar apenas o aspecto nutricional no planejamento dos cardápios. O respeito pela história pessoal relativa à alimentação é de vital importância (PROENÇA, 2002).

O sucesso está na humanização dos cardápios (MAGNONI; CUKIER, 2005), na análise das diferentes dimensões da alimentação hospitalar e no conhecimento das percepções de pacientes em relação à mesma (DEMARIO; SOUSA; SALLES, 2008).

Em função disso, escolher os alimentos que estimulam e agradam o paladar da clientela torna-se uma opção inteligente (CASTRO; PASSAMANI, 2003). A cada estágio da concepção de uma preparação ou da decisão de produzir um dos ingredientes que o compõem correspondem rituais conotando o alimento, conferindo-lhe um valor afetivo, um certo grau de prestígio, permitindo degustá-lo com confiança ou apreensão.

Nesse processo, estabelecer a ‘sequência do comer’, onde o comer é denominado como fenômeno social total, considerando os acontecimentos após a ingestão, as impressões, lembranças, discursos que agem sobre o imaginário e comportamentos alimentares ulteriores deve ser o primeiro passo (CORBEAU, 2005).

Compreende-se, que no meio hospitalar, esta sequência do comer não seja nada transparente, que as dimensões simbólicas sejam difíceis de representar e que certa ansiedade possa ser induzida em alguns consumidores, incapazes de identificar o alimento, que alguns tenham, às vezes, tendência a querer reduzir a um simples estatuto de nutriente (CORBEAU, 2005).

Desse modo, a gastronomia hospitalar adquire especial destaque nos dias atuais, motivada pela crescente necessidade das instituições de saúde em expandir os serviços auxiliares à terapêutica curativa instituída (MAGNONI; CUKIER, 2005).

Brillat-Savarin (1995, p. 34), em uma de suas definições, explicita fielmente a representatividade da gastronomia para o ser humano:

A gastronomia acompanha-nos e sustenta-nos desde o nascimento até a morte. É ela que nos aumenta as delícias do amor, a confiança da amizade, que desarma a ira e facilita os tratos e nos oferece, no curto trajecto das nossas vidas, o único prazer que, não sendo seguido de fadiga, nos revigora todos os outros.

Numa mesma direção, Boeger (2008) afirma ainda que a fusão entre a gastronomia e a dietética possibilita uma perfeita sincronia entre tratamento e prazer proporcionado pela alimentação. Opinião reforçada por Jorge e Maculevicius (1995) que afirmam que a busca de aliar a prescrição dietética e as restrições alimentares de clientes a refeições atrativas e saborosas é o desafio para integrar as Unidades de Nutrição e Dietética a um sistema de hotelaria aprimorado.

Quando se trata de dietas muito restritas, este desafio é ainda maior e deve englobar a melhora da apresentação da refeição (MAGNONI, 2002). A gastronomia deve servir de instrumento para que a dietoterapia seja realizada de forma muito agradável, principalmente aos olhos e ao paladar.

Segundo Assis et. al. (2000), a alimentação é fonte de saúde, prazer, sabor, amor, símbolo e lembranças. Estará sendo cultivado o saber de nutrir o paladar, o prazer gustativo e não cumprindo uma penitência, quando se usufruir do conhecimento da arte de cozinhar para aumentar a aderência dos clientes/ pacientes a uma dieta.

Tornar os alimentos atraentes é primordial. Cor, aroma, temperatura, consistência, estado físico são fatores isolados e conjuntamente exalam características sensoriais e gastronômicas e influenciam os sentidos (ARAÚJO, 2000).

A aceitação da alimentação está relacionada com a diminuição da dor em função da doença, do tratamento medicamentoso, do ambiente, da presença do acompanhante e dos aspectos sensoriais dos alimentos, principalmente aparência, apresentação e o aroma, além do tipo de preparação e variedade do cardápio (DEMARIO; SOUSA; SALLES, 2008).

A elaboração e a concepção dos cardápios é certamente o início desse longo processo que deve resgatar o paciente, levá-lo à cura e lhe devolver o prazer de existir (MAES, 2005).

Dar início à organização do ritual da refeição, com apresentação da bandeja de forma mais atrativa, onde toda a identidade e carga vivencial do usuário apresentam-se resguardadas, reintroduzindo-o numa dimensão de prazer dentro do universo hospitalar é a opção mais acertada (CORBEAU, 2005).

A atenção dada ao banquete oferecido às crianças hospitalizadas precisa exceder a dos adultos, na medida em que se devem destacar aspectos como as cores e os formatos. Ofertar alimentos, muitas vezes antes desconhecidos pela criança ou ainda rejeitados, de forma diferenciada, usufruindo de artifícios no modo de apresentação, forma de “desenhos”, provavelmente irá instigar a curiosidade da criança, há que por natureza é um ser curioso (DIAS, 2005). Ou até mesmo oferecer alimentos prediletos, de alta densidade energética, adotar atitudes flexíveis com relação a horários e regras alimentares habituais podem ajudar no manejo da criança (CABARELLO, 1997).

Nesse percurso é importante lembrar que os desafios são muitos e exigem novas competências e estratégias de atuação (SOUSA; PROENÇA, 2004).

Resta aos profissionais nutricionistas, responsáveis pelas Unidades de Nutrição e Dietética, encontrar uma forma para garantir a satisfação do paciente/cliente e promover com sucesso a recuperação de sua saúde. O caminho está em incorporar o conceito de gastronomia hospitalar, sem perder o equilíbrio nutricional (IRIBARREM, 2006), através da inovação das dietas, principalmente as restritas, buscando nos preceitos da harmonia e da criatividade a elaboração de pratos mais atrativos, desmistificando a ideia de que comida de hospital é ruim (JORGE, 2003).

O hospital que se comprometer em atuar sinergicamente nas transformações estruturais e em seus processos de trabalho, diminuindo a sensação de sofrimento e abandono social, poderá permitir aos clientes melhores condições de convalescença e receberá em troca maior eficiência de serviços (MAGNONI; CUKIER, 2005).

Desta forma, a qualidade do serviço de alimentação hospitalar deve aliar a dietoterapia na recuperação de patologias, prevenção de doenças e promoção de práticas de alimentação saudável, com enfoque em práticas que agregam valor ao cliente do serviço.

Com base nesses pressupostos, o presente estudo busca avaliar até que ponto melhorar a apresentação das preparações servidas às crianças internadas na Pediatria

Clínica do Hospital Universitário de Brasília pode contribuir para uma melhor aceitação da dieta hospitalar.

O estudo tem como objetivo analisar o grau de aceitação de dietas hospitalares para público infantil a partir da melhora da apresentação das preparações.

2 METODOLOGIA

A revisão bibliográfica foi elaborada com base em títulos e artigos científicos nos idiomas português, inglês e espanhol retirados das bases de dados: Scielo, Bireme, Lilacs, Medline, Google Acadêmico dos últimos 10 anos, e títulos da Biblioteca Central da Universidade de Brasília (UnB).

As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: desnutrição intra-hospitalar, alimentação hospitalar, humanização, gastronomia, resto alimentar.

2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso.

A avaliação da aceitação da dieta dos participantes foi dividida em duas etapas, a primeira sem alteração da apresentação da dieta e a segunda após alteração da apresentação, adotando os mesmos cardápios em ambas as etapas. A modificação foi focada em atrativos para o público infantil, como utensílios decorados e preparações alteradas em sua forma ou disposição com desenhos e imagens atrativas.

2.2 POPULAÇÃO AMOSTRA

Este estudo foi realizado na pediatria clínica de um Hospital Universitário de Brasília, que possui capacidade total para 18 leitos e taxa média de ocupação de 10 leitos. O público alvo eram crianças de 4 a 13 anos, de ambos os sexos, que estiveram internadas na referida clínica no período da coleta de dados.

Na Pediatria Clínica do HUB são internadas crianças de todo o país, e por isso, lida-se com uma diversidade de culturas, hábitos alimentares e etnias bem peculiares, como os indígenas. Os casos são, em sua maioria, de alta complexidade, muitas patologias ainda desconhecidas, condição característica de um hospital escola.

Todos os responsáveis pelos participantes que integraram o presente estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa (Apêndice A).

2.3 PLANO DE COLETA DE DADOS

1ª etapa) Antes da alteração da apresentação das dietas:

A coleta de dados foi realizada de 24 a 26 de março de 2009 (em 3 dias úteis consecutivos) no período do almoço.

A pesquisadora selecionou os cardápios (Anexos B, C e D) que foram avaliados nos 3 dias da coleta de dados para posterior alteração da apresentação dos mesmos, se necessário. Além disso, foram avaliadas as observações individuais dos pacientes, descritas no cartão de dieta pelo nutricionista da clínica, e os esquemas dietéticos com o objetivo de manter a individualização da dieta.

As refeições foram preparadas no Centro de Produção de Refeições (CPR) do hospital, que é responsável pela elaboração, porcionamento e distribuição dos alimentos destinados a esses pacientes, pelos funcionários.

O valor energético total (VET) médio de produção da dieta ofertada foi de 1800 Kcal/dia, calculado pela equipe de nutricionistas do hospital. São exceções os casos em que for necessário o cálculo de esquema dietético, cujo VET pode ser alterado e os casos em que há redução da quantidade de alimentos, dieta reduzida em quantidade. O porcionamento foi conduzido e treinado pela equipe de nutrição da produção para que o público recebesse realmente a quantidade de alimentos preconizada. As preferências dos pacientes foram respeitadas em parte, considerando as limitações do serviço.

As dietas analisadas foram as de consistência normal, branda, pastosa e líquida-pastosa e suas variações e restrições (laxante, hipossódica, obstipante, hipograxa, pobre em resíduos, sem alimentos irritantes, sem alimentos ácidos, sem leite e derivados, para diabéticos e para pacientes com insuficiência renal).

Os cardápios analisados eram compostos por um prato principal (prato proteico), uma guarnição, uma salada, dois acompanhamentos (arroz e feijão), uma sobremesa e uma bebida, respeitando as restrições de algumas dietas.

Os utensílios utilizados foram: legumeiras e talheres em inox, legumeiras e talheres descartáveis, tigelas plásticas e/ou copos e guardanapos descartáveis simples (para salada, sobremesa e bebida).

Foram pesadas as legumeiras e recipientes da salada e sobremesa antes e após a montagem da dieta em balança digital marca Balmak® com capacidade para 25Kg e precisão de 5g. Todos os recipientes foram previamente marcados para maior controle.

O volume das bebidas foi mensurado por proveta graduada com capacidade para 300ml, antes da distribuição e após o consumo para verificar o resto no CPR.

Após o porcionamento, os utensílios foram pesados e seus pesos registrados. Houve a distribuição das dietas aos pacientes. Após o recolhimento dos utensílios nos leitos, os mesmos foram novamente pesados, ainda na clínica, para a obtenção e posterior cálculo do resto. Fez-se uma média simples dos pesos coletados nos 3 dias.

Foi aplicado um questionário individual com escala hedônica de 5 pontos híbrida (Anexo A) pela pesquisadora com as crianças imediatamente após o término das refeições.

2ª etapa) Após a alteração da apresentação das dietas:

A coleta de dados foi realizada de 31 de março a 02 de abril de 2009 (em 3 dias úteis consecutivos) no período do almoço.

A pesquisadora repetiu os cardápios da 1ª etapa, com os mesmos constituintes, os mesmos tipos de dietas e porcionamento, sendo que a decoração dos pratos foi feita por uma equipe treinada pela pesquisadora.

No caso das dietas pastosa e líquida-pastosa foi utilizado um produto espessante instantâneo, à base de carboidratos de baixo valor energético, para se obter consistência e dar formas às preparações. O produto não altera o sabor e permite o aquecimento das preparações.

Os utensílios usados na 1ª etapa foram substituídos por: utensílios em alumínio, legumeiras descartáveis em isopor, embalagens descartáveis em alumínio, talheres em inox com cabos coloridos, copos e guardanapos descartáveis coloridos, potes descartáveis em plástico acrílico decorados com motivos infantis (para as sobremesas) e formas para variação dos formatos das preparações.

Foram pesados os utensílios antes e após a montagem da dieta em balança digital Balmak® com capacidade para 25Kg precisão de 5g. Quando se recolheu os utensílios dos leitos eles foram novamente pesados, ainda na clínica, a fim de constatar o resto alimentar.

O volume das bebidas foi mensurado por proveta graduada com capacidade para 300ml, antes da distribuição e após o consumo para verificar o resto.

O cálculo do resto seguiu os moldes da 1ª etapa.

A pesquisadora aplicou o mesmo questionário com escala hedônica da 1ª etapa de forma individual imediatamente após o término das refeições.

2.4 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados dos restos de alimentos foram apresentados como média e desvio padrão. Os resultados foram analisados estatisticamente pelo programa excel for windows por meio do teste t-student (pareado). Para efeito de análise usou-se um nível de significância de 5% em todos os testes estatísticos.

Também foi feita a comparação de médias por teste t para avaliar a aceitabilidade das preparações servidas.

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram da pesquisa todas as crianças internadas na Pediatria Clínica do HUB no período da coleta de dados, de ambos os sexos, cujas idades estavam no intervalo entre 4 e 13 anos completos, que os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) sobre os procedimentos da pesquisa e que possuíam uma das dietas, de consistência normal, branda, pastosa e líquida-pastosa e suas variações e restrições (laxante, hipossódica, obstipante, hipograxa, pobre em resíduos, sem alimentos irritantes, sem alimentos ácidos, sem leite e derivados, para diabéticos e para pacientes com insuficiência renal crônica).

2.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as crianças menores de 4 anos exatos e maiores de 13 anos completos. As menores de 4 anos, para que houvesse melhor entendimento e clareza ao se responder o teste de aceitação (Anexo A); já as maiores de 13, pois as modificações lúdicas não seriam adequadas à fase da adolescência, o que tornaria um viés para a pesquisa. Também foram excluídas àquelas em que os seus responsáveis não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) de participação da pesquisa, e as que tiveram a prescrição de dietas de consistência líquida completa, líquida mínima em resíduo, líquida de prova, líquida gelada, pacientes alimentados por sondas enterais, mamadeiras ou ostomias e com dieta zero, porque não se poderia fazer alterações significantes da apresentação das refeições que as tornassem mais atrativas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As estratégias utilizadas para promover a melhora da aceitação fundamentaram-se basicamente na substituição dos utensílios e na modificação da forma de apresentação das preparações e implementação da decoração dos pratos.

As dificuldades foram muitas, já que os recursos financeiros eram escassos, e a estrutura do CPR não estava adaptada à mudança assim como, os colaboradores também não. A escolha de um recipiente que pudesse ser aquecido antes da distribuição também não foi fácil, pois os encontrados no mercado não resistiam a altas temperaturas, então fez-se uma adequação usando um utensílio de alumínio.

Na primeira etapa, ou seja, antes da alteração da apresentação das dietas, as refeições foram distribuídas nos utensílios já usados no CPR. O porcionamento foi feito pelos colaboradores responsáveis por esta atividade na unidade.

Já na segunda etapa, após a alteração da apresentação das dietas, repetiu-se o porcionamento e os cardápios. As refeições foram distribuídas em utensílios adquiridos especialmente para a ocasião pela pesquisadora. A decoração dos pratos (LEWIS, 1995) foi elaborada pela própria pesquisadora junto a uma equipe treinada para a tarefa.

As Figuras 1 e 2 ilustram os modos de apresentação das dietas pastosa e normal antes e após serem feitas as alterações.



Figura 1 – Forma de apresentação da dieta pastosa (cardápio 10) antes e após a alteração da apresentação.



Figura 2 – Forma de apresentação da dieta normal (cardápio 11) antes e após a alteração da apresentação.

De um total de dez pacientes internados na pediatria clínica do hospital, somente cinco estavam presentes nos seis dias de coleta dos dados e por isso foram considerados relevantes para a análise estatística e pareamento dos dados.

A Tabela 1 apresenta a aceitabilidade encontrada antes e após a alteração da apresentação das dietas.

Tabela 1 – Avaliação da aceitabilidade antes e após a alteração da apresentação das dietas.

Resultado	Antes da alteração das dietas	Após a alteração das dietas
% aceitação	66,66	73,33
% indiferença	26,66	26,66
% rejeição	6,66	0

No teste-t realizado para avaliar a aceitabilidade constatou-se diferença estatística de aceitabilidade antes e após as modificações com p valor igual a 0,02. Houve um aumento na nota média de 3,6 para 4,2, ou seja, as modificações conduziram a melhores notas na escala de aceitação. A alteração da apresentação da dieta provocou impacto, o que não quer dizer que o resultado se reflita a cada dia de análise, pois quando avaliou-se cada dia separadamente, não houve diferença estatística entre os momentos (p valor 1º dia = 0,11, p valor 2º dia= 0,14 e p valor 3º dia= 0,11). Dessa forma, provavelmente não foram as variações dos desenhos e formatos das preparações nos pratos que influenciaram na aceitação e sim o conceito da mudança.

Na avaliação, de acordo com os resultados obtidos pelo teste t, dos restos alimentares não houve diferença estatística para comida (prato principal, guarnição e acompanhamentos) e a salada, com p valores iguais a 0,17 e 0,32, respectivamente. Já para sobremesa encontrou-se p valor de 0,02 comprovando diferença estatística nas duas formas de apresentação. Não pode se avaliar o componente bebida pela insuficiência de dados, muitos pacientes não receberam este item do cardápio.

A Tabela 2 apresenta a média dos percentuais da diferença de restos alimentares e desvios padrão antes e após as alterações de apresentação das preparações.

Tabela 2 – Percentual da diferença dos restos alimentares dos pacientes antes e após a alteração da apresentação das dietas.

Componente do cardápio	Média da diferença do resto (%) antes da alteração da apresentação das dietas	Desvio padrão (antes)	Média da diferença do resto (%) após a alteração da apresentação das dietas	Desvio padrão (após)
Comida	40,85	±33,97	29,24	±29,17
Salada	19,59	±26,82	14,66	±13,38
Sobremesa	21,66	±32,57	2,31	±5,15

Constatou-se uma redução no percentual dos restos da maioria dos pacientes. No entanto, os valores ainda estão muito distantes do preconizado como aceitável por Mezomo (1994), que destaca que quando o resultado dos restos apresenta-se superior a 20%, valor utilizado para coletividade enferma, pressupõe-se que os cardápios ou a execução dos mesmos estão inadequados. Para coletividades sadias, Vaz (2006) determinou um valor ainda menor, inferior a 3%.

O desperdício de alimentos pode ser influenciado por uma série de fatores, como: planejamento inadequado de refeições, preferências alimentares, treinamento dos funcionários para produção e porcionamento dos alimentos (HIRSCHBRUCH, 1998). Mas Parisenti, Firmino e Gomes (2008) reforçam a tese de que a qualidade da refeição é um aspecto determinante para diminuição dos restos dos alimentos.

Alto índice de rejeitos foi observado em estudos denotando necessidade de avaliação do planejamento e da execução das refeições (CASTRO; OLIVEIRA; PASSAMANI, 2003).

Neste estudo, alguns dos fatores supracitados contribuíram para a exacerbação deste percentual. Primeiro, não houve adequação energética à necessidade de cada paciente. De acordo com Nonino-Borges et. al. (2006), estudos demonstraram a subavaliação da capacidade de ingestão alimentar dos pacientes resultando na produção superestimada de alimentos, e conseqüentemente, em desperdício.

Segundo, as hortaliças não são alimentos habituais na alimentação da maioria das crianças (PONTES et. al., 2009). Por entender que o período de internação não é o mais propício para se fazer um ajuste cultural, e ponderando a relevância nutricional destes alimentos, sugere-se a manutenção das hortaliças no cardápio como estímulo ao consumo, desde que se considere as preferências das crianças e se reduza as quantidades de oferta.

Terceiro, a dieta prescrita para o paciente 3 era hipossódica, houve má aceitação e alto índice de rejeição da mesma, elevando a média de restos. O que reforça a ideia de que dietas restritas merecem maior atenção. A média da diferença do resto antes da alteração da apresentação da dieta sem o dado do paciente 3 foi de 27,88% e depois da alteração, de 16,29%.

Por último, de acordo Sousa (2007), a presença de dor é um fator não dietético, que pode ter afetado o consumo alimentar dos pacientes avaliados. O isolamento social e o ambiente estranho também contribuem para resultados insatisfatórios, apesar da permissão da permanência de acompanhante durante a internação destes pacientes.

Pode-se verificar que as refeições oferecidas na Unidade de Nutrição e Dietética estudada não atendem plenamente os hábitos alimentares da clientela. Este fato pode ser atribuído, em parte, a grande diversidade regional dos usuários, apontando também para uma diferença de hábito alimentar, além de tratar-se de uma unidade localizada numa instituição pública, onde é evidente a escassez de recursos financeiros (CASTRO et. al., 2003).

4 CONCLUSÃO

A melhoria da apresentação das dietas foi significativa, houve aumento na aceitação das dietas e conseqüente redução nos rejeitos dos pacientes hospitalizados.

Entretanto, confirmou-se, que apesar de imprescindível, a apresentação da dieta não influencia isoladamente no consumo alimentar intra-hospitalar. É importante considerar toda a complexidade do ser em questão, suas peculiaridades, história de vida, doença de base, seus hábitos culturais, restrições e consistência da dieta, etc.

Por isso, aliar vários artifícios para aperfeiçoar os serviços, em destaque o de nutrição e dietética é necessário. Sugere-se a implementação da gastronomia, usufruindo de melhores e novas técnicas de preparo e do uso de ingredientes para agregar maior sabor e aroma aos alimentos.

A valorização da atenção dietética através da integração dos profissionais de nutrição clínica e de produção e do estabelecimento de um canal aberto de diálogo com o paciente deve ser uma iniciativa adotada para a implementação de um atendimento personalizado.

Propõe-se que os profissionais se apropriem das diretrizes e dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), defendida pelo Ministério da Saúde (MS), para haver a humanização dos processos de trabalho tornando o ambiente hospitalar em algo mais familiar e agradável.

Espera-se que os investimentos em planejamento, hotelaria e sistematização dos processos sejam cada vez maiores permitindo o acompanhamento da evolução do mercado e da gastronomia hospitalar.

Todos os esforços e interesses devem estar direcionados para uma busca contínua da satisfação total do cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, T. C. A.; HOUG, G.; DAMÁSIO, M. H.; SILVA, M. A. A. P. **Avanços em Análise Sensorial**. São Paulo: Varela. 1999.

ANGELIS, R. C. Alimentação na infância vs consequências ulteriores na saúde. **Rev. Paul. Pediatr.**; São Paulo, v. 13, n. 4, p. 126-127, dez. 1995.

ARAÚJO, W. Alimentos, Nutrição, Gastronomia & Qualidade de Vida. **Rev. Nutrição em Pauta**. 2000. Disponível em: <

http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=125. Acesso em: 16 mar. 2009.

ASSIS, M. A. A.; MAGNONI, C. D.; TENUTA, B.; GRILLO, E. F.; COSTA, R. P.; MARTINEZ, S.; VILLAR, M. H. Nutrição e Gastronomia valorizando a preparação dos alimentos. **Rev. Nutrição em Pauta**, 2000. Disponível em: <

http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=24. Acesso em: 16 mar. 2009.

ASSIS, M. A. A. de. A importância da gastronomia na elaboração de dietas saudáveis. **Rev. Nutrição em Pauta**, São Paulo, n. 55, p. 58-62, jul./ago. 2002.

BARBOSA, M. F. P.; SOUSA, A. A. de; CARNEIRO, J. de M.; SOUZA, T. T. de. Do cuidado nutricional ao cuidado alimentar: percepção de pacientes sobre a refeição hospitalar. **Rev. Nutrição em Pauta**, 2006. Disponível em: <

http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=516. Acesso em: 16 mar. 2009.

BIRCH, L. L.; FISHER, J. Á. The role of experience in the development of children's eating behavior. In: CAPALDI, E. D. Why we eat what we eat: The psychology of eating. 2. ed. Washington: APA; 1997, p. 113-141.

BOEGER, M. A. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2008.

BOLLET, J. A.; OWENS, S. Evaluation of nutritional status of selected hospitalized patients. *Am J Clin. Nutr.*, v. 26, n. 9, p. 931-8, set. 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, 2002. n. 107.

CABARELLO, B. Requerimientos nutricionales Del niño enfermo. In: Nutrición y alimentación Del niño em los primeros años de vida. Washington: Organizacion Panammerica de La Salud; 1997, p. 335-364.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005.

CASTRO, M. D. A. S. de; OLIVEIRA, L. F. de; PASSAMANI, L. Resto-ingesta e aceitação de refeições em uma unidade de alimentação e nutrição. **Rev. Higiene Alimentar**, São Paulo, n.114/115, p. 24-25, nov./dez. 2003.

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. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, 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 / Brazilian Survey on Hospital Nutritional Assessment (IBRANUTRI): Methodology of a multicentric study. **Rev. Bras. Nutr. Clín**, v. 13, n. 1, p. 30-40, jan./mar. 1998.

CORREIA, M. I. T. D.; WAITZBERG, D. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. **Clin. Nutr.**, v. 22, n. 3, p. 235-9.2003.

DEMARIO, R. L; SOUSA, A. A. de; SALLES, R. K. de. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. Ver. Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Manguinhos, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3257. Acesso em: 16 mar. 2009. doi: 10.1590/ S0104- 11692005000100017.

DIAS, M. A. de A. Marketing e Hospitalidade no Hospital. **Rev. Tratados de Enfermagem**, São Paulo: UNIBAN, v. 2, n.2, p. 53-61, jul. 2005.

GAARE, J.; MAILLET, J. O.; KING, D.; GILBRIDE, J. A. Perceptions of clinical decision making by dietitians and physicians. **J Am Diet assoc**, v. 90, n.1, p. 54-8, jan. 1990.

GARCIA, R. W. D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 129-144, mar./abr. 2006.

GINANI, V.; ARAÚJO, W. Gastronomia e dietas hospitalares. **Rev. Nutrição em Pauta**, São Paulo, n. 56, p. 49-52, set./out. 2002.

- HIRSCHBRUCH, M. D. Unidades de Alimentação e Nutrição: desperdício de alimentos e qualidade de produção. **Rev. Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 12, n. 55, p. 12-14, 1998.
- IRIBARREM, K. H. **Estudo da Melhoria dos Serviços de Alimentação do Hospital Moinhos de Vento**. 2006. 101 p. Dissertação (Pós-Graduação em Engenharia de Produção) – Programa de Pós- Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- JORGE, A. L. Gastronomia Hospitalar. **Rev. Crn 3 Notícias**, São Paulo, n. 73, p. 15. 2003. Entrevista concedida a Roberto Souza.
- JORGE, A. L.; MACULEVICIUS, J. Cozinha experimental na área hospitalar: novas propostas de atuação. **O mundo da saúde**, v. 19, n. 9, p. 299-302, 1995.
- KOIVISTO, U. K.; SJÖDÉN, P. O. Reasons for rejection of food items in swedish families with children aged 2-17. *Appetite*, n. 26, p. 89-103. 1996.
- LEWIS, S. **COZINHANDO PARA BEBÊS E CRIANÇAS**: Receitas práticas, deliciosas, nutritivas e fáceis de preparar para o início de uma vida saudável. Erechim, RS: EDELBRA, 1995.
- LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais da antiguidade à idade contemporânea. **Notícias hospitalares**, v. 4, n. 37, p. 1-30, jun./jul. 2002.
- MACULEVICIUS, J. Nutrição hospitalar: das origens aos avanços. Curso de Recentes Avanços em Unidades de Nutrição Hospitalar, 5., 2003. São Paulo: Anais... Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003, p.2-3. Disquete, 3 polegadas.
- MAES, G. A Sopa no Hospital: testemunho. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 239-251.
- MAGNONI, D. Gastronomia hospitalar favorece o bem-estar de pacientes internados. In: FEIRA ABIA (FRANCAL), 2002, São Paulo. Gastronomia hospitalar favorece o bem-estar de pacientes internados. São Paulo, 2002, p. 1-2.
- 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-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

- MEZOMO, I. F. B. A. **Administração de Serviços de Alimentação**. São Paulo: Cedas, 1994.
- MORIMOTO, I. M. I. **Melhoria da Qualidade na Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar: Um Modelo Prático**. 2002. 262 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós - Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- NONINO-BORGES, C.B.; RABATI, E. I.; SILVA, K.; FERRAZ, C. A.; CHIARELLO, P. G.; SANTOS, J.S.; MARCHINI, J.S. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 349-356, maio/jun. 2006.
- PARISENTI, J.; FIRMINO, C.C.; GOMES, C.E. **Rev. Alim. Nutr.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 191-194, abr./jun. 2008.
- PONTES, T. E.; COSTA, T. F.; MARUM, A. B. R. F.; BRASIL, A. L. D.; TADDEI, J. A. de A. C. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 27, n.1, mar. 2009 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2009. doi: 10.1590/S0103-05822009000100015.
- PROENÇA, R. P. da C. Desafios contemporâneos com relação à alimentação humana. **Rev. Nutrição em Pauta**, São Paulo, n. 40, p. 32-36, jan./fev. 2002.
- SAVARIN, B. **A Fisiologia do Gosto**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SOUSA, A. A. de; PROENÇA, R. P. da C. Tecnologias de gestões dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 425-436, out./dez. 2004.
- SOUSA, C. F. Aceitabilidade da Dieta Hospitalar em Pacientes de um Serviço Público. In: SIMPÓSIO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO, 5., 2007, Piracicaba. Educação Brasileira: Extinção ou Sustentabilidade na Universidade. Piracicaba: UNIMEP, 2007, p. 1-5.
- TARABOULSI, F. A. **Administração de Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2006.
- VAZ, C. S. **Restaurantes – controlando custos e aumentando lucros**. Brasília, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM GASTRONOMIA E SEGURANÇA ALIMENTAR
Centro de Excelência em Turismo. Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília-DF
CEP: 70910-900

Fone: (61) 3307-2941 / (61) 3307-2944 e-mail: cetsec@unb.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o (a) _____ a participar do Projeto “**Avaliação da aceitação de dietas infantis modificadas em hospital público**”, que avaliará o grau de aceitação de dietas hospitalares a partir da melhora da apresentação das preparações através de modificações visuais feitas nas dietas infantis. Este estudo será realizado pela nutricionista Pollyanna Machado de Sá Guerra, pós-graduanda do Curso em Gastronomia e Segurança Alimentar da Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Prof.^a Dra. Raquel Botelho.

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 provenientes 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.

Declaro ainda estar ciente que, se eu desejar, a pessoa acima referida e sob minha responsabilidade poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo algum e ainda que, todos os resultados e dados coletados serão mantidos em sigilo, podendo ser informado somente ao participante ou seu responsável.

Brasília, ____ de _____ de 2009.

Responsável pelo paciente

Pesquisadora responsável: Pollyanna Machado de Sá Guerra
Pós-graduanda em Gastronomia e Segurança Alimentar, Universidade de Brasília
Telefone: 8114-6312; e-mail: polly_nutri@hotmail.com

Pesquisadora Prof.^a Dra. Raquel Botelho
Orientadora na Pós-Graduação em Gastronomia e Segurança Alimentar, Universidade de Brasília
Telefone: 81378620; e-mail: raquelbotelho@terra.com.br

ANEXOS

ANEXO A - Teste de aceitação - escala hedônica

ANEXO B - Cardápio 09 do Centro de Produção de Refeições do HUB

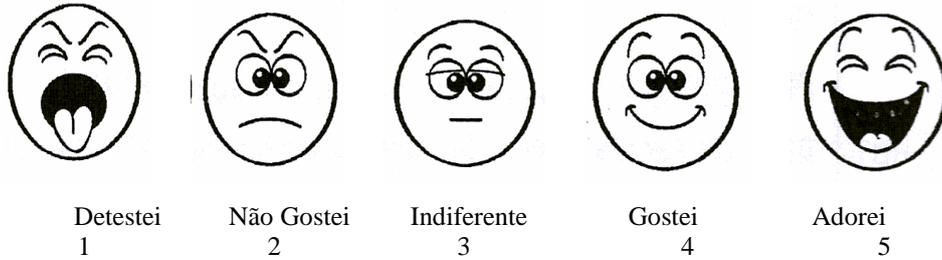
ANEXO C - Cardápio 10 do Centro de Produção de Refeições do HUB

ANEXO D - Cardápio 11 do Centro de Produção de Refeições do HUB

ANEXO A
Teste de Aceitação – escala hedônica

- Preparação 1 Preparação 2 Preparação 3
 Preparação 4 Preparação 5 Preparação 6

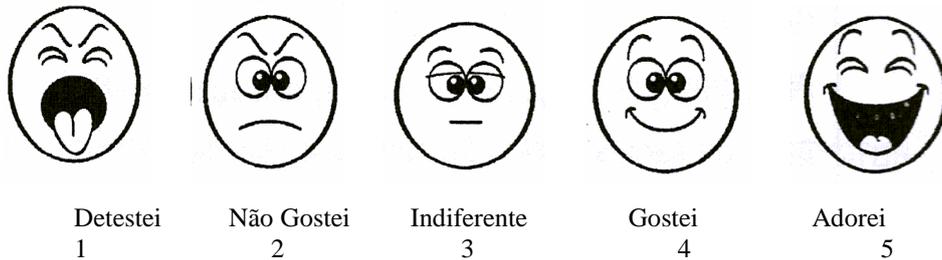
Paciente: _____ Data: ____/____/2009
Marque a carinha que mais reflita o que você achou da preparação



Teste de Aceitação – escala hedônica

- Preparação 1 Preparação 2 Preparação 3
 Preparação 4 Preparação 5 Preparação 6

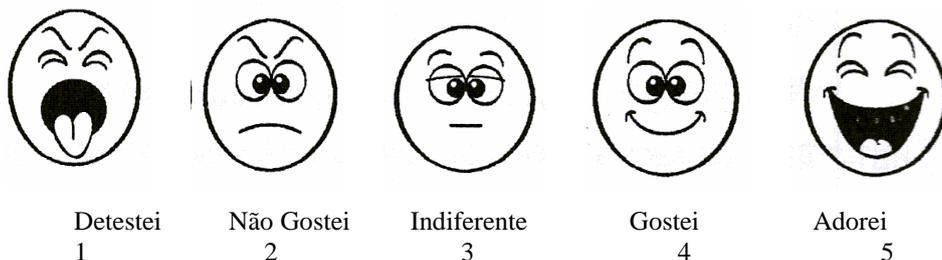
Paciente: _____ Data: ____/____/2009
Marque a carinha que mais reflita o que você achou da preparação



Teste de Aceitação – escala hedônica

- Preparação 1 Preparação 2 Preparação 3
 Preparação 4 Preparação 5 Preparação 6

Paciente: _____ Data: ____/____/2009
Marque a carinha que mais reflita o que você achou da preparação



ANEXO B

Almoço – Dietas Especiais – Cardápio 09 – Terça-feira

Dieta / Composição	Branda	Pastosa	Líquida-Pastosa	DM	IRC	Hipograxa	Laxante	Obstipante	Sem irritantes	Hipossódica
Prato principal	Isca de filé de peito de frango grelhada acebolada	Filé de peito de frango grelhado desfiado acebolado	Frango (coxa e sobrecoxa) cozido liquidificado	Isca de filé de peito de frango grelhada acebolada	Isca de filé de peito de frango grelhada acebolada	Isca de filé de peito de frango grelhada acebolada	Isca de filé de peito de frango grelhada acebolada	Isca de filé de peito de frango grelhada acebolada	Isca de filé de peito de frango grelhada	Isca de filé de peito de frango grelhada acebolada
Guarnição	Quibebe de mandioca com agrião	Purê de mandioca ou Purê de agrião	Purê de mandioca ou Purê de agrião	Quibebe de mandioca com agrião	Quibebe de mandioca tratada com agrião tratado	Quibebe de mandioca com agrião	Quibebe de mandioca com agrião	Quibebe de mandioca	Quibebe de mandioca com agrião	Quibebe de mandioca com agrião
Salada	-	-	-	Rúcula, repolho roxo e cenoura ralada	Repolho branco com limão	Rúcula, repolho roxo e cenoura ralada	Rúcula, repolho roxo e cenoura ralada	-	-	Rúcula, repolho roxo e cenoura ralada
Acompanhamentos	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco pastoso Feijão roxo simples liquidificado	Arroz branco liquidificado Feijão roxo simples liquidificado	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Feijão roxo simples tratado	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Sopa de chuchu, batata doce, macarrão e frango desfiado	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Feijão roxo simples
Sobremesas	Maçã sem casca	Creme de maçã	Creme de maçã	Maçã com casca	Manga à francesa	Maçã com casca	Maçã com casca	Pêra sem casca à francesa	Maçã sem casca	Maçã com casca
Bebidas	Refresco de uva	Refresco de uva	Refresco de uva	Refresco de uva sem açúcar	-	Refresco de uva	Refresco de uva	Refresco de caju sem açúcar	Refresco de uva	Refresco de uva

- O refresco só é servido para as dietas líquidas, as aumentadas em líquidos e aos pacientes que solicitarem.
 - Cardápio da Dieta Normal: Prato Principal – Bife chapeado / Guarnição – Beterraba cozida / Salada de repolho alface e tomate/ Acompanhamentos – Arroz branco com passas e Feijão roxo.

ANEXO C

Almoço – Dietas Especiais – Cardápio 10 – Quarta-feira

Dieta / Composição	Brandia	Pastosa	Líquida-Pastosa	DM	IRC	Hipograxa	Laxante	Obstípante	Sem irritantes	Hipossódica
Prato principal	Bife bovino (coxão duro) à rolê	Bife bovino (coxão duro) de panela desfiado	Bife bovino (coxão duro) de panela liquidificado	Bife bovino (coxão duro) à rolê	Bife bovino (coxão duro) de panela	Bife bovino (coxão duro) à rolê	Bife bovino (coxão duro) à rolê	Bife bovino (coxão duro) à rolê	Bife bovino (coxão duro) à rolê	Bife bovino (coxão duro) à rolê
Guarnição	Berinjela cozida com pimentões coloridos	Purê de beterraba ou Purê de batata baroa	Purê de beterraba ou Purê de batata baroa	Berinjela cozida com pimentões coloridos	Berinjela assada	Berinjela cozida com pimentões coloridos	Berinjela cozida com pimentões coloridos	Chuchu cozido	Berinjela cozida com pimentões coloridos	Berinjela cozida com pimentões coloridos
Salada	-	-	-	Alface e beterraba ralada ao molho campanha	Alface com limão	Alface e beterraba ralada ao molho campanha	Alface e beterraba ralada ao molho campanha	-	-	Alface e beterraba ralada ao molho campanha
Acompanhamentos	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco pastoso Feijão roxo simples liquidificado	Arroz branco liquidificado Feijão roxo simples liquidificado	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Feijão roxo simples tratado	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Sopa de cenoura, batata baroa, macarrão e carne moída	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Feijão roxo simples
Sobremesas	Gelatina	Gelatina	Gelatina	Gelatina diet	Marmelada	Gelatina	Gelatina	Gelatina diet	Creme de manga	Manga à francesa
Bebidas	Refresco de manga	Refresco de manga	Refresco de manga	Refresco de manga sem açúcar	-	Refresco de manga	Refresco de manga	Refresco de goiaba sem açúcar	Refresco de goiaba	Refresco de goiaba

- O refresco só é servido para as dietas líquidas, as aumentadas em líquidos e aos pacientes que solicitarem.
 - Cardápio da Dieta Normal: Prato Principal – Frango assado / Guarnição – Quiabebe de abóbora / Salada de alface crespa e cenoura crua ralada / Acompanhamentos – Arroz branco e Feijão roxo.

ANEXO D

Almoço - Dietas Especiais – Cardápio 11 – Quinta-feira

Dieta / Composição	Branda	Pastosa	Líquida-Pastosa	DM	IRC	Hipograxa	Laxante	Obstipante	Sem irritantes	Hipossódica
Prato principal	Frango assado (coxa e sobrecoxa sem pele)	Frango assado (coxa e sobrecoxa sem pele) desfiado	Frango cozido (coxa e sobrecoxa sem pele) liquidificado	Frango assado (coxa e sobrecoxa sem pele)	Frango assado (coxa e sobrecoxa sem pele)	Frango assado (coxa e sobrecoxa sem pele)	Frango assado (coxa e sobrecoxa sem pele)	Frango assado (coxa e sobrecoxa sem pele)	Frango assado (coxa e sobrecoxa sem pele)	Frango assado (coxa e sobrecoxa sem pele)
Guarnição	Creme de milho (sem leite)	Creme de milho (sem leite) ou Purê de inhame	Creme de milho (sem leite) ou Purê de inhame	Abobrinha Itália cozida	Abobrinha Itália cozida	Creme de milho (sem leite)	Creme de milho (sem leite)	Abobrinha Itália sem casca e sem sementes cozida	Creme de milho (sem leite)	Creme de milho (sem leite)
Salada	-	-	-	Chicória e tomate	Pepino com limão	Chicória e tomate	Chicória e tomate	-	-	Chicória e tomate
Acompanhamentos	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco pastoso Feijão roxo simples liquidificado	Arroz branco liquidificado Feijão roxo simples liquidificado	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Feijão roxo simples tratado	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Sopa de chuchu, inhame, macarrão e frango desfiado	Arroz branco Feijão roxo simples	Arroz branco Feijão roxo simples
Sobremesas	Mamão à francesa	Mamão à francesa	Gelatina	Abacaxi em rodela	Abacaxi em rodela	Abacaxi em rodela	Abacaxi em rodela	Banana prata	Mamão à francesa	Abacaxi em rodela
Bebidas	Refresco de limão	Refresco de limão	Refresco de limão	Refresco de limão sem açúcar	-	Refresco de limão	Refresco de limão	Refresco de limão sem açúcar	Refresco de caju	Refresco de limão

- O refresco só é servido para as dietas líquidas, as aumentadas em líquidos e aos pacientes que solicitarem.
 - Cardápio da Dieta Normal: Prato Principal – Feijoada light (feijão preto e coxão duro em cubos) / Guarnição – Banana nanica assada e Couve manteiga cozida/ Salada de alface crespa, tomate e laranja/ Acompanhamento – Arroz branco