

**GASTRONOMIA HOSPITALAR E ACEITAÇÃO DE DIETAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
PEDIÁTRICOS**

GÉSSICA FERREIRA CALZA

Brasília

2017

**GASTRONOMIA HOSPITALAR E ACEITAÇÃO DE DIETAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
PEDIÁTRICOS****GÉSSICA FERREIRA CALZA**

Trabalho de conclusão de curso de Pós-Graduação
Latu Sensu em Gestão da Produção de Refeições
Saudáveis, apresentado à Faculdade de Ciências da
Saúde na Universidade de Brasília como requisito para
obtenção do grau de Especialista.

Professora orientadora: Raquel Braz Assunção Botelho.

Brasília

2017

Consta no verso da folha de rosto

Cg Calza, Gessica Ferreira
Gastronomia Hospitalar e Aceitação de Dietas em
Pacientes Oncológicos Pediátricos / Gessica Ferreira
Calza; orientador Dra. Raquel Braz Botelho. --
Brasília, 2017.
P.

Monografia (Especialização - Gestão da Produção de
Refeições Saudáveis) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. Desnutrição intra-hospitalar.. 2. Gastronomia
hospitalar.. 3. Dietoterapia.. 4. Aceitação
alimentar.. I. Botelho, Dra. Raquel Braz , orient.
II. Título.

**GASTRONOMIA HOSPITALAR E ACEITAÇÃO DE DIETAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
PEDIÁTRICOS****GÉSSICA FERREIRA CALZA**

Aprovado por:

Professora orientadora: Dra. Raquel Braz Assunção Botelho

Agradecimentos

Primeiramente à Deus que me fez merecedora destes conhecimentos, aos meus pais que sempre me apoiaram na minha caminhada, à minha avó materna que proporcionou meus estudos e à compreensão quanto a falta de tempo do meu filho e do meu companheiro.

RESUMO

Introdução: A gastronomia hospitalar concilia as prescrições dietéticas com as restrições alimentares à elaboração de refeições saudáveis, atrativas e saborosas, promovendo assim um momento prazeroso ao alimentar-se. Sabendo que a terapia antineoplásica causa efeitos colaterais tais como náuseas, vômitos, anorexia, mucosite, esofagite, diarreia que acentuam o risco nutricional e caquexia em crianças, se torna relevante avaliar a aceitação da dieta hospitalar em pacientes pediátricos internados. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo avaliar a aceitação alimentar dos pacientes pediátricos oncológicos, verificar se há melhora da mesma com a inclusão de preparações no cardápio que realcem os sabores e/ou minimizem os sintomas indesejados causados pelo tratamento e listar os fatores que influenciam tal aceitação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de intervenção no qual avaliou-se a aceitação alimentar de pacientes pediátricos oncológicos e fatores que influenciaram tal aceitação. A coleta dos dados foi realizada por meio de aplicação de questionário aos pacientes e seus responsáveis, que abrangeram dados a respeito do paciente e seu diagnóstico juntamente com escala hedônica facial mista de 5 pontos validada para avaliação da aceitação das dietas. Esta escala foi aplicada pelo nutricionista no início do estudo e após a inclusão das receitas que foram propostas a UAN do hospital. A análise dos dados foi realizada por meio de médias e desvios padrão **Resultados:** Foram avaliadas 25 crianças, sendo essas 40% do sexo feminino e 60% do sexo masculino. Verificou-se uma aceitação global de apenas 50% para almoço e jantar antes da inclusão de novas receitas, subindo o almoço para 61% e o jantar para 55,8%. Foram escolhidas as preparações creme de abóbora com gengibre, cookies de cacau, danoninho de inhame, rocambole de frango com fubá, milk-shake de chocolate com gengibre, bolo de banana sem farinha e sem açúcar, falso nuggets de abobrinha com frango e almôndega com aveia. Os pacientes justificaram baixa aceitação em função do odor forte da refeição, causando assim alguns sintomas como náuseas e vômitos, dificultando a aceitação. **Conclusão:** O nutricionista deve dar mais atenção à aceitação da dieta hospitalar, aplicando os novos conceitos trazidos pela gastronomia hospitalar, pois mesmo com a inclusão de preparações diferenciadas a aceitação ainda não foi adequada. Deve-se trabalhar melhorando as características sensoriais das preparações, principalmente o odor das refeições, que foi o fator mais relatado.

Palavras chave: Oncologia, Pediatria, Dietoterapia, Unidade de Alimentação e Nutrição.

ABSTRACT

Introduction: Hospital gastronomy combines dietary requirements with dietary restrictions in the elaboration of healthy, attractive and tasty meals, thus promoting a pleasant moment when feeding. Knowing that antineoplastic therapy causes side effects such as nausea, vomiting, anorexia, mucositis, esophagitis, diarrhea that accentuate the nutritional risk and cachexia in children, it becomes relevant to evaluate the acceptance of the hospital diet in hospitalized pediatric patients. **Objectives:** This study aims to evaluate the food acceptance of pediatric oncology patients, to verify if there is improvement of the same with the inclusion of preparations on the menu that enhance the flavors and / or to minimize the unwanted symptoms caused by the treatment and to list the factors influencing such acceptance. **Methodology:** The food acceptance of pediatric oncology patients and factors that influenced this acceptance were evaluated in this intervention study. Data collection was performed through a questionnaire to the patients and their caregivers, which included data regarding the patient and his diagnosis, together with a mixed facial hedonic scale of 5 points validated to evaluate the acceptance of the diets. This scale was applied by the nutritionist at the start of the study and after inclusion of the proceeds that were proposed to the UAN of the hospital. Data analysis was performed using means and standard deviations. **Results:** There was an overall acceptance of only 50% for lunch and dinner before the inclusion of new recipes, raising lunch to 61% and dinner to 55.8%. The following preparations were selected: pumpkin cream with ginger, cocoa cookies, yams danish, chicken rocambole with cornmeal, chocolate milk shake with ginger, banana cake without flour and without sugar, fake nuggets of zucchini with chicken and dumpling with Oats. The patients justified low acceptance due to the strong odor of the meal, thus causing some symptoms such as nausea and vomiting, making acceptance difficult. **Conclusion:** The nutritionist should pay more attention to the acceptance of the hospital diet, applying the new concepts brought by the hospital gastronomy, because even with the inclusion of differentiated preparations acceptance has not yet been adequate. Work should be done to improve the sensory characteristics of the preparations, especially the odor of the meals, which was the most reported factor.

Key words: Oncology, Pediatrics, Diet Therapy, Food and Nutrition Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Percentual da aceitação alimentar das principais refeições servidas a pacientes pediátricos oncológicos	18
Figura 2 – Fatores que contribuem negativamente para aceitação alimentar	19
Quadro 1 – Indicação das preparações oferecidas	20
Figura 3 - Aceitação alimentar do cardápio modificado das principais refeições servidas a pacientes oncológicos	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual e desvio padrão das aceitações alimentares de pacientes pediátricos oncológicos antes e após a inclusão de novas preparações no cardápio hospitalar..... 18

Tabela 2 – Percentual de aceitação das preparações modificadas incluídas no cardápio hospitalar para crianças 22

GLOSSÁRIO

Constipação intestinal: prisão de ventre, alteração intestinal que causa retenção de fezes ou dificuldade para evacuar.

Dietoterapia: é uma ferramenta da saúde, em especial do profissional nutricionista, que usa os alimentos para o tratamento e prevenção de enfermidades, levando ao organismo adquirir os nutrientes necessários para a boa performance e saúde.

Mucosite: consiste na resposta inflamatória das membranas mucosas à ação de drogas antineoplásicas.

Xerostomia: boca seca ou secura da boca, relacionado a falta de saliva.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3. MATERIAIS E MÉTODOS	16
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5. CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	29
APÊNDICE B – Formulário de coleta de dados	30
ANEXO 1 – Receitas das preparações	31

1. INTRODUÇÃO

O câncer infantil é tido como um conjunto de doenças que possuem em comum a desordem no crescimento de células anormais. Alguns tipos de tumores pediátricos são altamente catabólicos e podem causar desequilíbrios na ingestão e gastos energéticos (ELSET, 2012).

Destacam-se quanto à frequência de acometimento, principalmente em crianças de 0 a 14 anos, as leucemias com 33,2% (glóbulos brancos). Já nos adolescentes, na faixa de 15 a 19 anos, os carcinomas são os mais incidentes com 34%, seguido dos tumores de pele (14,1%) e linfomas (13,6%) (INCA, 2016).

A terapia antineoplásica causa efeitos colaterais como náuseas, vômitos, anorexia, mucosite, esofagite (MS, 2016), diarreia ou constipação (BOLTONG, 2012) e altera a absorção e digestão de nutrientes, o que acentua o risco nutricional e caquexia em crianças (INCA, 2016; ICESP, 2016; GUERDOUX-NINOT, 2016).

A desnutrição em pacientes com câncer é apontada como causa do aumento da mortalidade e diminuição da qualidade de vida e está diretamente associada a um maior tempo de hospitalização e risco de infecções (INCA, 2016).

Segundo Carvalho (2011) e ANCP (2012), a nutrição deve ser uma intervenção obrigatória, adequada e individualizada para que haja uma melhora na sintomatologia e redução da morbidade e mortalidade, pois muitos pacientes veem sua estadia em hospital com olhos ruins e detém de certo preconceito quanto à alimentação servida, a qual é tida como de baixa qualidade.

A gastronomia hospitalar pode ser definida como a arte de conciliar as prescrições dietéticas com as restrições alimentares e à elaboração de refeições saudáveis, atrativas e saborosas, promovendo assim um momento prazeroso ao alimentar-se. Tem como objetivo inovar a apresentação e ingredientes das refeições servidas, preservando as características sensoriais, textura, aroma e sabor dos alimentos (ROLIM, 2011; ICESP, 2016). Visto que o nutricionista neste processo é indispensável para que haja uma adequação e satisfação do paciente na recuperação e/ou melhora do seu estado de saúde, este trabalho tem como objetivos avaliar a aceitação alimentar dos pacientes pediátricos oncológicos, verificar se há melhora da mesma com a inclusão de preparações no cardápio que realcem os sabores e/ou minimizem os sintomas indesejados causados pelo tratamento e listar os fatores que influenciam tal aceitação.

2. FUDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Oncologia e Desnutrição

Foi realizada uma estimativa para o ano de 2016 de que apareceriam cerca de 12.600 novos casos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos o que corresponde a 3% de todos os tumores malignos na população. A maior incidência dá-se em crianças do sexo masculino, afetando principalmente as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação (INCA, 2016).

É observado que pacientes oncológicos pediátricos possuem alta probabilidade de apresentar algum grau de desnutrição ao diagnóstico e uma maior facilidade de desnutrição quando iniciado o tratamento, fator este que se justifica pela redução da aceitação alimentar e complicações provindas da quimioterapia. Os efeitos causados pela radioterapia e quimioterapia são os principais responsáveis pela recusa e/ou baixa aceitação à alimentação, fato este que corrobora para a perda de peso dos pacientes durante o tratamento. Tais efeitos podem ser minimizados com medicações e modificações na alimentação como apresentação, consistência, sabor e odor (CONTINI, 2011; INCA, 2016, ICESP, 2016).

A desnutrição em pacientes oncológicos pode estar associada a vários fatores dentre eles a má absorção intestinal, terapia com antineoplásicos, alterações no metabolismo, fatores secundários como náuseas, vômitos, alterações no paladar, entre outros (CARAM et al, 2012).

Há relatos de que uma aceitação alimentar abaixo de 80% de suas necessidades nutricionais pode acarretar em pacientes com câncer a desnutrição e, conseqüentemente, redução da resposta ao tratamento, aumento do risco de infecções, tempo de internação e morbimortalidade, desfavorecendo assim o prognóstico. Sendo assim, deve-se encorajar pequenas e constantes modificações na alimentação para se obter uma melhor ingestão alimentar (INCA, 2016; ICESP, 2016).

No estudo conduzido por Ferreira et al (2013) com pacientes oncológicos de um hospital terciário de Porto Alegre, encontrou-se um índice de 33% de desnutrição detectada através da avaliação subjetiva global. Quando avaliado o índice de massa corporal encontrou-se 6,3% de desnutrição, dados estes preocupantes uma vez que os pacientes que apresentaram um alto índice de resto ingestão eram os mesmos que estavam desnutridos, corroborando para a afirmativa de que há necessidade em melhorar a aceitação alimentar das dietas hospitalares e conduzir estratégias para tal.

Dado alarmante foi também encontrado por Fernández (2015) que avaliou a prevalência da desnutrição em pacientes oncológicos de um Hospital Universitário de Leon, México, e verificou que cerca de 37,3% dos pacientes apresentaram risco de desnutrição ou desnutrição leve já no momento da admissão e após 7 dias de internação, 45,5% dos pacientes cursaram com desnutrição leve e 36,4% ficaram severamente desnutridos.

Em outro estudo realizado por Caram et al (2012) cujo objetivo era identificar o estado nutricional de crianças de zero a doze anos portadoras de leucemia, atendidas em um grupo de defesa de crianças com câncer

em São Paulo, encontrou-se uma prevalência de 52,4% de desnutrição em relação ao Índice de massa corporal e 58,1% de desnutrição em relação ao peso para idade.

Gastronomia e Pacientes Oncológicos

Para possibilitar a escolha de técnicas de preparo adequadas visando ofertar alimentos mais saborosos e redução da perda de nutrientes em todas as etapas de produção faz-se importante aliar a gastronomia ao serviço de nutrição. A gastronomia é tida como um conjunto aprimorado de técnicas culinárias que pode facilitar a adesão à dieta proposta, melhorando os aspectos nutricionais das preparações como aparência, textura, sabor e aroma (HORTA, 2013).

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 (BORGES, 2009; GUERRA, 2009).

Segundo Silva (2013), uma alimentação equilibrada influencia diretamente na recuperação de enfermos, sendo esta estabelecida pela dietoterapia porém, unificando os princípios da gastronomia com a dietoterapia, haverá uma boa relação de custo-benefício pois o tempo de internação e recuperação do indivíduo parece ser mais rápido.

A busca em aliar as dietas a uma comida saborosa e atrativa não deixa de ser um desafio e atualmente essa visão vem ganhando força. Combinações da dietoterapia e gastronomia estão sendo testadas e implantadas em Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares objetivando uma melhor aceitação, manutenção ou recuperação da saúde, propiciando também bem-estar físico e mental aos pacientes. O alimento e a alimentação trazem consigo diversos significados e implicações na vida das pessoas (GARCIA, 2006; GUERRA, 2009).

A nutrição e a gastronomia hospitalar possuem uma posição importante, pois podem em conjunto trabalhar na melhora da apresentação das preparações e alteração de receitas, incluindo ingredientes que contribuem abrandando e/ou minimizando alguns sintomas como náuseas, mucosites, xerostomia e alterações no paladar causados pelo tratamento (SOUSA, 2011; ICESP, 2016).

Segundo Messias (2011), diversos hospitais têm aliado a dietoterapia à gastronomia visando uma melhor aceitação das dietas, com consequente recuperação das patologias e redução de desperdícios e custos.

Em um estudo realizado por Borges (2009), verificou-se a percepção do nutricionista sobre a gastronomia hospitalar, onde 67% dos entrevistados relataram acreditar que um prato bem elaborado em termos visuais, gastronômicos e nutricionais fariam toda a diferença na aceitação. Quanto ao uso de ervas,

pela gastronomia hospitalar, e combinações que realçam os sabores e estimulam o apetite, 89% dos nutricionistas relataram ser muito importante este quesito.

Há relatos de trabalhos favoráveis quanto a associação da gastronomia, do prazer em comer, com a terapia nutricional. Gomes et al (2009) obtiveram respostas positivas da implantação da gastronomia na aceitação de refeições oferecidas no setor da pediatria do Hospital do Coração, de São Paulo. Em um estudo com dietas pastosas, Lages et al (2013) constataram tendência no aumento da satisfação dos pacientes após a qualificação dietética por meio de técnicas gastronômicas.

No estudo conduzido por Horta et al (2013) que consistiu em analisar, alterar e avaliar a qualidade sensorial das dietas oferecidas a crianças hospitalizadas a partir do uso de técnicas gastronômicas, concluiu-se que a aceitação passou de 60,2% para 70,8%. Houve também a consequente redução do resto ingestão em 7,5 pontos percentuais, constatando que conciliar dieta com gastronomia tem o poder de auxiliar na condição clínica de pacientes hospitalizados prevenindo ou revertendo quadros de desnutrição com uma melhor e/ou maior ingestão de nutrientes provindos da alimentação.

A gastronomia hospitalar deve ser utilizada como uma aliada na recuperação do estado nutricional de pacientes desnutridos hospitalizados, buscando trabalhar as características organolépticas dos alimentos, oferecendo também à bandeja e à refeição do paciente uma boa aparência estética (SOUZA, 2011).

Diante do exposto, esta pesquisa busca analisar a aceitação alimentar dos pacientes pediátricos em tratamento oncológico, contribuindo para uma melhor assistência dietética e recuperação e/ou melhora do estado nutricional, melhoria na oferta de alimentos e entendimento das reais necessidades e dificuldades encontradas pelos pacientes durante a internação no tratamento oncológico, e reforçar a importância da intervenção e criação de receitas que realcem os sabores e/ou minimizem os sintomas indesejados causados pelo tratamento.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de intervenção e longitudinal no qual avaliou-se a aceitação alimentar de pacientes pediátricos oncológicos e os fatores que influenciam na melhora ou piora desta aceitação. Foi desenvolvido com crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, portadores de câncer, que permaneceram internados no mínimo por 24 horas em um Hospital, localizado na asa norte, Brasília-DF, e que estavam se alimentando por via oral. O hospital foi escolhido por conveniência, pois trata-se de um hospital que atende crianças oncológicas no DF. Participaram da pesquisa todas as crianças e adolescentes cujo os pais e/ou responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A aceitação das dietas foi avaliada no início do estudo, durante 30 dias, e em um segundo momento após a inclusão das receitas que foram propostas a UAN do hospital, para comparação, por mais 30 dias, totalizando 60 dias de pesquisa. Os 30 dias de análise iniciais não foram avaliados pelos mesmos pacientes, nem tão pouco depois da intervenção. Optou-se por uma avaliação de tempo maior com o maior número possível de pacientes.

A coleta dos dados foi realizada por meio de questionário, elaborado pelo pesquisador, que abrangeram dados a respeito do paciente e seu diagnóstico, juntamente com uma ficha de escala hedônica facial mista de 5 pontos (CECANE, 2010) para avaliação da aceitação das dietas e preparações, que compreendia as seguintes opções: adorei, gostei, indiferente, não gostei e detestei e as faces relativas a estas opções, facilitando a compreensão do participante. Estes dados foram preenchidos pelos pacientes e/ou acompanhantes (Apêndice C), unidos a estes, informações colhidas dos prontuários. As planilhas de coleta de dados foram preenchidas diariamente uma hora após a distribuição do desjejum, do almoço e do jantar, avaliando a aceitação destas refeições como um todo.

No segundo momento do estudo foi realizada pesquisa de preparações que amenizam os diversos efeitos colaterais do tratamento do câncer e, como intervenção, foram propostas a UAN receitas retiradas do site do Hospital A.C. Camargo de São Paulo e do site do Instituto do Câncer de São Paulo, que ressaltavam o sabor, agregavam valor nutricional e poderiam minimizar os efeitos adversos causados pelo tratamento.

Diante disso foi realizada a degustação pelos pacientes que se mantinham internados e, como método de avaliação da aceitação das novas preparações em separado e das dietas como um todo após a inclusão das novas receitas, utilizou-se novamente a escala facial mista de 5 pontos (CECANE, 2010). A preparação foi considerada como “aceita” quando este percentual alcançou no mínimo 85%.

Foram escolhidas as preparações creme de abóbora com gengibre, cookies de cacau, danoninho de inhame, rocambole de frango com fubá, milk-shake de chocolate com gengibre, bolo de banana sem farinha e sem açúcar, falso nuggets de abobrinha com frango e almôndega com aveia (ANEXO 1).

Foram listados também, no início do estudo, pelos pacientes e/ou acompanhantes, os fatores de contribuíam negativamente para a aceitação das dietas. Os pacientes podiam listar todos os fatores de forma aberta e esses dados foram tabulados em conjunto.

A análise dos dados foi realizada por meio de percentuais e desvios padrão. A tabulação dos dados foi feita pelo programa Microsoft Excel 2007.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas as aceitações das dietas das três principais refeições ofertadas em um hospital com crianças, pacientes oncológicos. O estudo foi composto por 25 crianças, sendo essas 40% do sexo feminino e 60% do sexo masculino. A aceitação foi avaliada pelo conjunto da refeição e não da preparação recebida e feita uma média de aceitação para os primeiros 30 dias avaliados.

O desjejum é composto diariamente de 1 ou 2 líquidos quentes, 2 tipos de carboidrato, 1 opção de proteína e 1 opção de fruta; o almoço e jantar com salada ou sopa, 1 prato proteico, 2 acompanhamentos, 1 guarnição, suco e 1 opção de fruta.

Os resultados das análises indicam uma aceitação global de apenas 50% para almoço e jantar, o que é demonstrado pela Figura 1. Os pacientes justificaram baixa aceitação em função do odor forte da refeição, causando assim alguns sintomas como náuseas e vômitos, dificultando a aceitação.

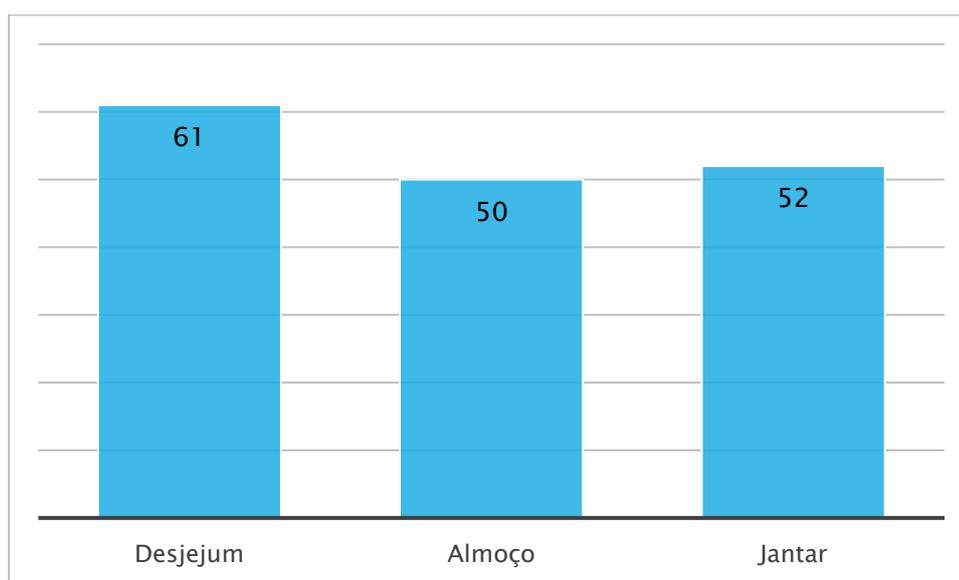


Figura 1 – Percentual da aceitação alimentar das principais refeições servidas a pacientes pediátricos oncológicos.

Para afirmarmos que uma preparação ou refeição é aceita a mesma precisa obter pelo menos 85% de aceitação (CECANE, 2010). Nenhuma das refeições investigadas obteve este índice quando obtido o percentual de aceitação da população e o desvio padrão para desjejum e almoço foram de 2,1 e 2,0 respectivamente como demonstrado na Tabela 1, afirma-se a necessidade de mais intervenções para melhorar a aceitação destas dietas em questão. Mesmo com valor aumentado o desjejum também não apresentou aceitação igual ou superior a 85%, mesmo com preparações de odor menos intenso. Cabe destacar que a avaliação da refeição com um todo tem um viés importante, pois o paciente pode não gostar de um único item e avaliar a dieta de forma insatisfatória.

Tabela 1 – Percentual e desvio padrão das aceitações alimentares de pacientes pediátricos oncológicos antes e após a inclusão de novas preparações no cardápio hospitalar

	Antes da intervenção		Após intervenção	
	Percentual	Desvio Padrão	Percentual	Desvio Padrão
DESJEJUM	61	2,1	68,5	1,2
ALMOÇO	50	2,0	61,1	1,6
JANTAR	52	1,6	55,3	1,5

Fonte: Autor

Vale ressaltar que, durante a pesquisa, foram relatados que as aceitações do desjejum, em 4 dias do cardápio, e do almoço, em 3 dias específicos do cardápio, foi igual ou superior a 85%, dado este que não se faz suficiente para alcançar um aporte nutricional e energético adequados. Já os pacientes que avaliaram mal tal aceitação, quando o fizeram, fizeram em todas as refeições, sendo elas inferiores a 50% de aceitação. O destaque foi para o dia 24 do cardápio, o qual ofereceu como prato principal “fritada de atum” e opção proteica “omelete de forno” no almoço, com aceitação de apenas 27,5%.

Em um estudo realizado por Sartori e Amâncio (2012) analisou-se a importância nutricional do pescado e seu consumo no Brasil, e concluiu-se que o consumo de pescados pela população brasileira é reduzido, dado este que pode justificar a baixa aceitação da preparação com atum. Além disso, os pescados têm o odor mais acentuado o que dificulta a aceitação em pacientes com este sentido alterado.

No início deste estudo foram avaliados também quais os fatores que os pacientes e/ou acompanhantes elencavam como contribuintes para justificar a aceitação das dietas, fatores dos quais são sintomas do tratamento oncológico e afetam diretamente esta aceitação. Os quatro mais relatados estão apresentados na Figura 2, de acordo com o nível de percepção dos pacientes. Cerca de 21,8% dos pacientes relataram que as náuseas contribuíram negativamente na aceitação das dietas.

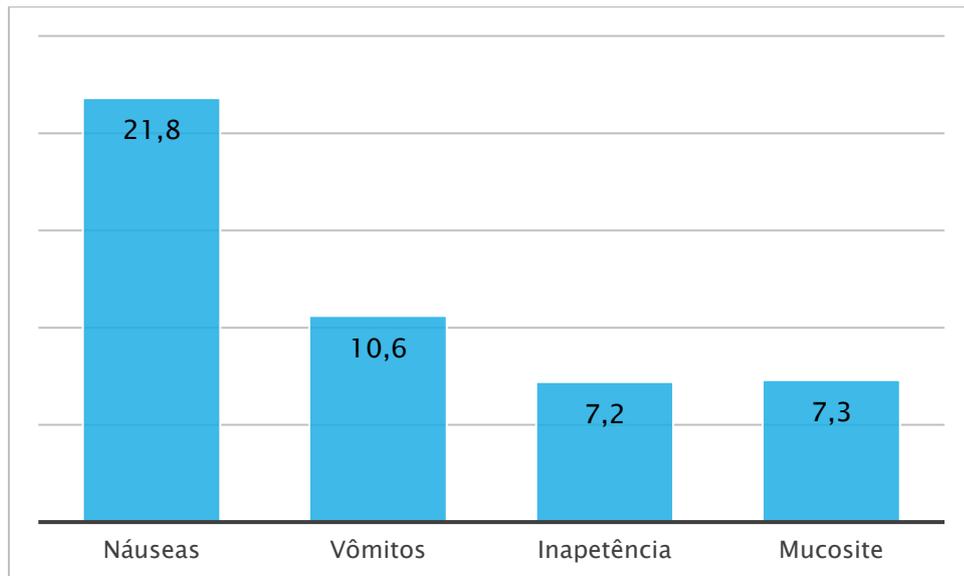


Figura 2 – Fatores que contribuem negativamente para aceitação alimentar

Quando se tratou dos motivos que justificaram a baixa aceitação da dieta, Rodrigues et al (2013) verificaram que a temperatura da refeição, o sabor e o horário foram determinantes neste quesito, fatores estes relatados por pacientes de um hospital e maternidade privado de Uberlândia – Minas Gerais. Já nesse estudo, estes fatores não foram relatados como os principais para a baixa aceitabilidade por ser com um grupo diferenciado. Os fatores relacionados nesse estudo são bem característicos de pacientes oncológicos.

Guerdoux-Ninot et al (2016) observaram que os principais efeitos colaterais induzidos pelo tratamento que os pacientes relataram foram fadiga, náuseas, boca seca, hipersensibilidade a odores e distúrbios no trato gastrointestinal, dados que se assemelham aos encontrados neste estudo.

Diante destes resultados, foram propostas à UAN a inclusão de novas receitas no cardápio para agregar valor nutricional, sabor e ingredientes que minimizassem os sintomas causados pelo tratamento oncológico, buscando uma melhor aceitação das dietas com consequente melhoria do estado nutricional.

Foram escolhidas as seguintes preparações para serem incluídas no cardápio: creme de abóbora com gengibre, cookies de cacau, danoninho de inhame, rocambole de frango com fubá, milk-shake de chocolate com gengibre, bolo de banana sem farinha e sem açúcar, falso nuggets de abobrinha com frango e almôndega de aveia, estas estão dispostas a seguir com sua respectiva indicação de uso (Quadro 1).

QUADRO 1 - Indicação das preparações oferecidas

PREPARAÇÕES	INDICAÇÃO
Cookies de cacau	Agregar valor nutricional; a aveia, auxilia no aumento da imunidade e no combate de alguns tipos de câncer; o cacau auxilia no combate ao câncer e na melhora da resposta do sistema cardiovascular.
Falso nuggets de abobrinha com frango	Agregar valor nutricional; a abobrinha auxilia na prevenção e combate ao câncer, auxilia na cicatrização.
Creme de abóbora com gengibre	Xerostomia, mucosite, náuseas; o gengibre auxilia no combate ao câncer.
Bolo de banana sem açúcar e farinha	Constipação intestinal; possui aveia e cacau.
Rocambole de fubá com frango	Mucosite, xerostomia, náuseas.
Milk-shake de chocolate com gengibre	Dor ao engolir, mucosite, xerostomia, náuseas; o gengibre auxilia no combate ao câncer.
Almôndega de aveia	Ausência ou alteração do paladar, náuseas, constipação intestinal, vômitos.
Danoninho de inhame	Auxilia no aumento da imunidade e no combate a infecções.

Fonte: ICESP

As preparações salgadas foram incluídas no almoço e jantar e as preparações doces no desjejum e lanches. No segundo momento, nos 30 dias posteriores à intervenção, a aceitação foi avaliada pelo conjunto da refeição e novamente feita uma média de aceitação, com desvio padrão (Tabela 1).

Após a intervenção verificou-se uma melhora da aceitação das dietas em todas as refeições analisadas, sendo que o destaque foi no almoço com 61,1%, como demonstrado na Figura 3.

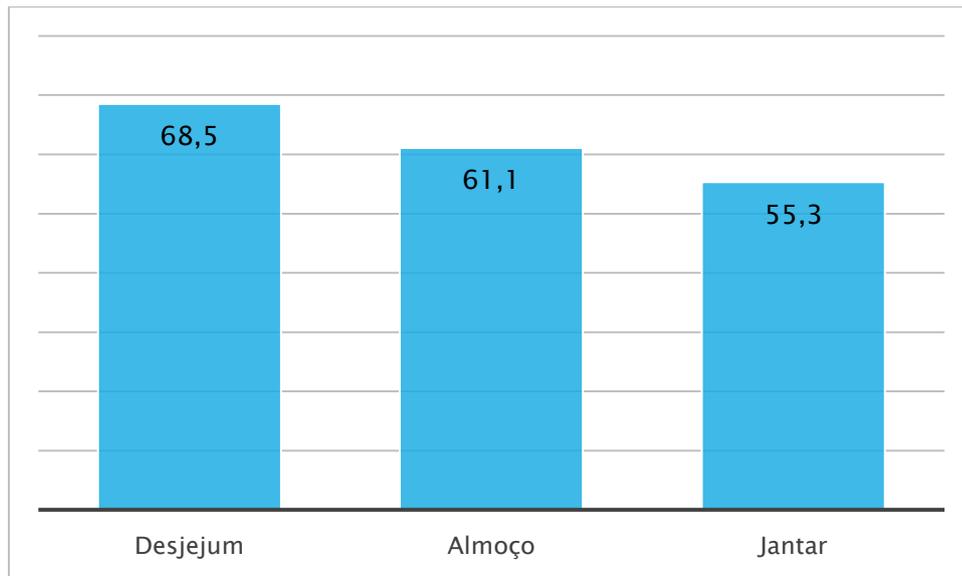


Figura 3 - Aceitação alimentar do cardápio modificado das principais refeições servidas a pacientes oncológicos.

Resultado que mostra que a aceitação global continua sendo baixa nas três principais refeições, segundo o que preconiza o Manual para Aplicação dos Testes de Aceitabilidade no PNAE (CECANE, 2010), enfatizando que ainda são necessárias outras mudanças para melhorar a aceitação.

No estudo conduzido por Fernández (2015) foi também encontrada uma preferência ou melhor aceitação (65,6%) do desjejum pelos pacientes oncológicos.

Silva (2013) realizou estudo aplicando técnicas de gastronomia nas dietas normais de pacientes de um hospital de Maringá- PR e concluiu que houve diferença significativa quanto a aceitação entre a dieta servida pelo hospital e a dieta com as intervenções gastronômicas, todavia, neste estudo também houve melhora no índice de aceitação, mas ainda abaixo do preconizado.

Outro estudo realizado por Migowski et al (2013) que analisou os impactos percebidos após a implantação do serviço de gastronomia hospitalar em um hospital público localizado no Rio Grande do Sul e verificou que houve diferença notável na aceitação dos pacientes. O resto ingesta que antes era de 49% reduziu para 16,8% indicando uma maior ingestão de alimentos pelos pacientes e consequente redução de custos para a unidade de produção de alimentos.

No estudo realizado por Estevam (2015) que analisou o resto ingestão do almoço dos pacientes em um hospital oncológico de Muriaé, Minas Gerais, verificou-se que a média atingiu 21,7% e consequentemente a aceitação de 78,3%. Resultado parecido também com o que Rolim et al. (2011) encontraram, pois analisaram a aceitação alimentar de pacientes oncológicos em um hospital filantrópico em Natal (RN), encontrando média de restos de 27%, estando também acima dos 20% estabelecidos na literatura como limite máximo para população sadia, não havendo este dado para população enferma.

Faz-se importante destacar que antes da intervenção, houve 11 dias nos quais a aceitação do cardápio foi igual ou superior a 85%, porém após a intervenção este número aumentou para 16 dias de melhor aceitação do cardápio do dia. Vale ressaltar que os dias que obtiveram melhor aceitação havia alguma das novas receitas sendo servida no cardápio.

Mesmo diante do resultado positivo deste estudo, os resultados indicam que ainda precisam haver estratégias para melhorar a aceitabilidade das refeições. Um dos fatores citados pelos pacientes foi o odor das preparações. Como este quesito não foi modificado, a baixa aceitabilidade pode estar mais influenciada para esse critério do que apenas a mudança de preparações no cardápio.

Também no segundo momento do estudo, foi realizado teste de aceitabilidade das preparações que foram incluídas no cardápio, priorizando os pacientes que referiram alguma dificuldade de aceitação das dietas e estavam no contexto da Figura 2. Das preparações testadas, a maioria obteve um índice de 100% de aceitação, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Percentual de aceitação das preparações modificadas incluídas no cardápio hospitalar para crianças

Preparações	Não gostei	Gostei	Adorei
Cookies de cacau	-	3	97
Falso nuggets com abobrinha	-	5	95
Creme de abóbora com gengibre	20	80	-
Bolo de banana sem açúcar e farinha	-	6	94
Rocambole de frango com fubá	-	10	90
Milk-shake de chocolate com gengibre	5	85	10
Almôndega com aveia	-	7	93
Danoninho de inhame	-	-	100

Fonte: Autor

Dado este que nos revela uma ótima aceitação para as preparações oferecidas em separado, porém quando foram servidas com as outras preparações da refeição, este índice de aceitação não se manteve bom, o que nos leva a crer que o odor dos outros alimentos possa ter causado algum sintoma de desconforto, dificultando a ingestão.

Apenas o creme de abóbora com gengibre apresentou aceitação inferior a 85%, sendo necessário ou modifica-la ou não incluí-la no cardápio desses pacientes.

Quanto à modificação e inclusão de receitas priorizando ingredientes que ressaltavam o sabor e minimizavam os efeitos adversos causados pelo tratamento oncológico, Paiva et al, 2013 obtiveram uma

aceitação superior a 80% e foi percebida ainda uma preferência por preparações adocicadas e de consistência pastosa à branda, o que pôde ser também visualizado nos resultados encontrados, em sua maioria neste estudo, possivelmente devido aos efeitos colaterais mais relatados.

Em um estudo conduzido por Sousa et al (2011) avaliou-se o índice do resto-ingestão de pacientes internados durante 15 dias em um hospital público de Florianópolis e encontrou-se um percentual de 36,09%, contabilizando a aceitação em 63,91%. Resultado próximo ao encontrado na aceitação do almoço após a intervenção neste estudo, porém valor ainda muito acima do aceitável para uma população enferma.

Em outro estudo realizado em 2008 por Parisenti et al, cujo objetivo foi quantificar e comparar os restos de alimentos deixados pelos pacientes antes e após a implantação do sistema de hotelaria e gastronomia em um hospital de Santa Catarina, verificou-se queda na quantidade de restos deixados pelos pacientes, em especial no almoço, corroborando para afirmação de que há melhora na aceitação das refeições quando implantada a gastronomia hospitalar na unidade.

Já no estudo realizado por Palmieri et al (2013) avaliou-se a aceitação de preparações e sua associação aos sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada de São Paulo e foi concluído que houve boa aceitação das preparações apresentadas, porém alguns sintomas como saciedade precoce, xerostomia e dor ao engolir interferiram na mesma, sintomas estes que não foram relatados neste estudo.

Todavia no estudo de Rodrigues et al (2013) que também avaliou quais fatores que interferem na aceitação da dieta no ambiente hospitalar, observou-se que 40% dos pacientes apresentaram uma ótima aceitação alimentar e os fatores citados foram a temperatura do alimento e o horário da distribuição, fatores estes que não foram elencados na população estudada.

5. CONCLUSÃO

A aceitação alimentar, quando abaixo de 85%, pode acarretar em pacientes com câncer a desnutrição e conseqüentemente redução da resposta ao tratamento, aumento do risco de infecções, tempo de internação e morbimortalidade. A baixa aceitação conduz ao aumento de restos das refeições o que afeta diretamente no aporte energético planejado.

Sabe-se que pacientes pediátricos normalmente obtêm baixa aceitação alimentar das dietas oferecidas em função das patologias, mas temos que incentivar e influenciar a melhora da mesma para prevenir ou restaurar o quadro de desnutrição e conseqüentemente melhora do prognóstico deste paciente.

Neste estudo, a inclusão de novas preparações no cardápio, mesmo que bem avaliadas isoladamente, não foi capaz de aumentar a aceitabilidade das refeições para níveis acima de 85%. Outros fatores interferiram na aceitação das refeições que não somente o tipo e modo de preparo dos alimentos. Fatores como náuseas, mucosite e inapetência podem estar elevando o percentual de rejeição das refeições, sendo necessário estudar melhor como diminuir esses efeitos colaterais do tratamento.

Diante disso torna-se de extrema importância analisar os fatores que contribuem para esse processo de desnutrição, uma vez que há diversos fatores envolvidos além da doença, para que assim se planeje uma intervenção nutricional precoce e mais efetiva.

O nutricionista deve dar mais atenção à aceitação da dieta hospitalar, aplicando os novos conceitos trazidos pela gastronomia hospitalar, melhorando as características sensoriais das preparações, a apresentação das dietas e o atendimento aos pacientes de forma a prevenir ou reverter a desnutrição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANCP. **Manual de cuidado paliativos**. 2ª ed ampl e atual. São Paulo: ANCP, 2012

A.C. Camargo. **Oficina culinária**. Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/files/Arquivos/oficina-30-03-12.pdf> Acesso em: 20/07/2016

BOLTONG A, Keast R. **The influence of chemotherapy on taste perception and food hedonics: a systematic review**. Cancer Treat Rev 38:152-163, 2012

BOLTONG et al. **Experiences and consequences of altered taste, flavour and food hedonics during chemotherapy treatment**. Supportive Care in Cancer, v.18, n.17, julho/2010

BORGES CMF. **A percepção do profissional nutricionista sobre a gastronomia hospitalar: um estudo de caso sobre um hospital particular do Distrito Federal** [Monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009. 55f. (Especialização em Hotelaria Hospitalar)

CARAM et al. **Desnutrição em Crianças até 12 Anos com Leucemia Atendidas no Grupo em Defesa de Criança com Câncer no Município de Jundiaí, SP**. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 231-239

CARAM, et al. **Câncer na infância – Pediatr. Mod.**, 2013 – Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5315&fase=imprime. Acesso em 20/07/2016

CARVALHO, Gustavo de. **Qual a relevância da nutrição em oncologia?** Acta Médica Portuguesa, v.24, n.1, p.1041-1050. Jan./fev. 2011

CECANE – **Manual para Aplicação dos Testes de Aceitabilidade** - PNAE. São Paulo, 2010

CONTINI, Betânia. **Avaliação da alteração de paladar em crianças e adolescentes com câncer**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Monografia do Curso de Graduação em Nutrição, Porto Alegre, 2011

ELSE T. **Association of adrenocortical carcinoma with familial cancer susceptibility syndromes**. Mol Cell Endocrinol. 2012. 31;351(1):66-70

ESTEVAM, E., CABRAL, B.E.M. **Análise do índice de resto ingestão de pacientes em um hospital oncológico de Muriaé (MG)**. Revista Científica da Faminas – v. 11, n.2, maio-ago. 2015

FERNANDEZ et al. **Food intake and nutritional status influence outcomes in hospitalized hematology-oncology patients.** Nutr Hosp. 31(6): 2598-2605, 2015.

FERREIRA et al. **Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer.** Einstein, v. 11, n. 1, p. 41-6, 2013.

GARCIA RWD. **A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento.** Rev Nutr. 2006 Mar/Abr;19(2):129-44

GOMES, J.G.S et al. **Gastronomia Hospitalar em Pediatria: estudo de caso no hospital do coração (Hcor).** Nutr Prof., v.27, n.5, p.34-40, 2009

GUERRA, Pollyanna Machado de Sá. **Desnutrição em Crianças até 12 Anos com Leucemia Atendidas no Grupo em Defesa de Criança com Câncer no Município de Jundiaí, SP.** Universidade de Brasília, TCC de Especialização em Gastronomia e Segurança Alimentar, Brasília-DF, 2009

GUERRA PMS. **Avaliação da aceitação de dietas infantis modificadas em hospital público – Estudo de caso** [Monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009. 41f. (Especialização em Gastronomia e Segurança Alimentar)

GUERDOUX-NINOT et al. **Meal context and food preferences in cancer patients: results from a French self-report survey.** Springer Plus 5:810, 2016.

HORTA et al. **Aplicação de técnicas gastronômicas para a melhoria da qualidade sensorial de dietas hospitalares infantis.** Alim. Nutr.= Braz. J. Food Nutr., Araraquara, v.24, n.2, p 165-173, abr/jun.2013

IBAGY, Amanda et al. **Acute lymphoblastic leukemia in infants: 20 years of experience.** Jornal de pediatria, v. 89, n. 1, p. 64-69, 2013.

ICESP (instituto do câncer do estado de São Paulo). **Cardápio para controle de sintomas.** Disponível em: <http://www.icesp.org.br/espaco-do-paciente/cardapio-para-controle-de-sintomas-do-tratamento>. Acesso em 09 ago.2016

INCA - Consenso nacional de nutrição oncológica: **paciente pediátrico oncológico.** Rio de Janeiro, Inca, 2016.

INCA – **Incidência, Mortalidade e Morbidade Hospitalar por Câncer em Crianças, Adolescentes e Adultos Jovens no Brasil:** Informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro, Inca, 2016

JUNIOR et al. **Alterações bucais em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico de câncer na rede pública do Recife-PE.** Ciênc. Bol. e da saúde, v.2, n.2, p.37-46, dez. 2015.

LAGES et al. **A gastronomia como proposta de qualificação dietética das refeições hospitalares pastosas: análise, intervenção e avaliação.** Alim. Nutr.= Braz. J. Food Nutr., Araraquara, v.24, n.1, p.93-99, jan./mar. 2013

LIMA, M. C. et al. **Acute Myeloid Leukemia: analysis of epidemiological profile and survival rate.** Jornal de Pediatria (Versão em Português), v. 92, n. 3, p. 283-289, 2016.

MACHADO et al. **Avaliação do almoço oferecido a pacientes oncológicos e transplantados pediátricos pelo método AQP.** Ver. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v.12, n.3, p.332-336, set./dez. 2013.

MIGOWSKI et al. **Gastronomia hospitalar como geradora de uma vantagem competitiva.** Negócios e Talentos, v. 2, n. 10, p. 27-42, 2013.

MELO et al. **Pediatria oncológica: o olhar dos profissionais hospitalares em torno das vivências das crianças, adolescentes e seus pais.** Indagatio Didactica, vol. 5(2), outubro 2013

Ministério da saúde, Instituto nacional de câncer. **Particularidades do câncer infantil.** Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=349. Acesso em 20 jul.2016

NONINO-BORGES, Carla Barbosa et al. **Desperdício de alimentos intra-hospitalar.** Rev. nutr, v. 19, n. 3, p. 349-356, 2006.

PACCIULIO, A. M.. **Estratégias de enfrentamento do tratamento quimioterápico na perspectiva de crianças com câncer hospitalizadas.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2012

PAIVA et al. **A gastronomia como alívio de sintomas do tratamento do câncer.** Revista Científica da Faminas, v.9, n.2, maio-ago. 2013

PALMIERI et al. **Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 21 (1): 2-9, 2013.

PARISENTI, J.; COPETTI FIRMINO, C.; ESPÍNDOLA GOMES, C. **Avaliação de sobras de alimentos em unidade produtora de refeições hospitalares e efeitos da implantação do sistema de hotelaria.** Alimentos e Nutrição Araraquara, v. 19, n. 2, p. 191-194, 2008.

ROLIM, P.M. et al. **Apresentação da refeição versus desperdício de alimentos na alimentação de pacientes oncológicos.** Alimentos e Nutrição, Araraquara, v.22, n.1, p.137-142, jan./mar. 2011

RODRIGUES, F. N. et al. **ACEITAÇÃO ALIMENTAR DE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL PRIVADO.** e-RAC, v. 3, n. 1, 2013.

SARTORI, A.G.O, AMANCIO, R.D. **Pescado: importância nutricional e consumo no Brasil.** Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, 19(2): 83-93, 2012

SCHIRMER et al. **Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos.** Rev Dor. São Paulo, abr-jun;13(2):141-6, 2012.

SILVA et al. **Gastronomia hospitalar: um novo recurso para melhorar a aceitação de dietas.** *ConScientiae Saúde*,12(1):17-27, 2013

SOUSA et al. **Aceitação de dietas em ambiente hospitalar.** Ver. Nutr. Vol.24 n.2 Campinas mar./apr.2011

SOUZA, M.D., NAKASATO, M. **A gastronomia hospitalar auxiliando na redução dos índices de desnutrição entre pacientes hospitalizados.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(2):208-214

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**Pesquisa****Gastronomia Hospitalar e Aceitação de Dietas em Pacientes Oncológicos Pediátricos**Pesquisador responsável: **Géssica Ferreira Calza****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada para participar como voluntária, do projeto de pesquisa “**Gastronomia Hospitalar e Aceitação de Dietas em Pacientes Oncológicos Pediátricos**”. Este projeto faz parte da disciplina “Trabalho de Conclusão de Curso” do Curso de Pós-Graduação em Gestão da Produção de Refeições Saudáveis da UNB, e tem como objetivo analisar a aceitação alimentar dos pacientes pediátricos em tratamento oncológico. Você deverá dispor de aproximadamente 5 minutos para responder as perguntas. São perguntas objetivas, em diferentes momentos, a respeito do sexo, idade e da aceitação alimentar do paciente enquanto hospitalizado e quais os fatores que contribuem para tal.

A presente pesquisa não lhe apresentará riscos e, em qualquer fase da pesquisa, você poderá recusar-se a participar ou poderá retirar seu consentimento, sem penalização alguma por parte da pesquisadora.

Sua identidade será tratada com sigilo. Seu nome e/ou material que indique sua participação não será liberado sem sua permissão. A participação no estudo não o acarretará custos, e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira ou adicional.

Eu, _____,

aceito a participar do projeto de pesquisa descrito acima. Fui informada de maneira clara e detalhada dos objetivos e da metodologia da pesquisa e declaro ter lido e compreendido totalmente o presente termo de consentimento.

Brasília, ____ de _____ de 2017

Participante

Pesquisador(a) responsável, celular

Pesquisador(a) auxiliar, telefone/celular 98442-2014

Apêndice B – Formulário para coleta de dados

Data: ___/___/___

Nome: _____

DN: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: ___

Diagnóstico: _____

Quadro 1. Escala hedônica facial mista (CECANE, 2010).

Marque a carinha que mais represente o que você achou do _____

				
Detestei	Não Gostei	Indiferente	Gostei	Adorei
1	2	3	4	5

Diga o que você **mais** gostou na preparação: _____

Diga o que você **menos** gostou na preparação: _____

Caso não tenha gostado, justifique o por que marcando um “X” em uma ou mais opções:

- () Náuseas () Vômitos () Inapetência () Mucosite () Sabor da refeição
- () Apresentação da refeição () Temperatura da refeição () Jejum
- () Paciente em procedimento () Horário da distribuição muito cedo

ANEXO 1 – Receitas das preparações
Creme de abóbora com gengibre

Ingredientes	Quantidade	Modo de preparo
Água Abóbora japonesa sem casca picada Gengibre pequeno picado Óleo Alho Cebola média Requeijão Sal e cheiro verde a gosto	1 litro 1kg 60g 1 colher de sopa (20ml) 1 dente picado 1 und picada 2 colheres de sopa (40g)	Cozinhe a abóbora com o gengibre e o sal por 20 minutos. Bata no liquidificador. Em uma panela, refogue o alho e a cebola, acrescente o creme de abóbora e refogue por mais 15 minutos. Acrescente o requeijão e deixe apurar por 10 minutos. Sirva com cheiro-verde picado. Rendimento: 8 porções Valor calórico: 217 kcal

Danoninho de inhame

Ingredientes	Quantidade	Modo de preparo
Inhame cozido Morangos picados e cozidos Açúcar Água	4 rodela médias (60g) 10 und 1 colher de sopa rasa (15g) o bastante para chegar ao ponto de creme.	Bata o inhame e a fruta sem a água do cozimento, no liquidificador. Vá acrescentando a água aos poucos até obter o creme desejado e adoce se preferir. Coloque na geladeira e espere gelar bem. Sirva. Rendimento: 4 porções de 50g

Cookies de cacau

Ingredientes	Quantidade	Modo de preparo
creme vegetal ou manteiga; ovo; açúcar mascavo; farinha de trigo; aveia em flocos; fermento em pó; cacau em pó	200g 1 und (60g) 1 xícara de chá (50g) 1 xícara de chá (50g) 2 xícaras de chá (100g) 1 colher de chá (5g) 2 colheres de sopa (40g)	1. Colocar o ovo, manteiga e o açúcar, cacau, misturar bem e acrescentar a aveia, farinha de trigo até a massa ficar homogênea, por último acrescentar o fermento. 2. Faça com a massa formas de círculo em um refratário untado. 3. Leve ao forno pré aquecido em 180°C por 20 minutos. Deixe esfriar e sirva. Rendimento: 10 porções de 20g

Rocambole de fubá

ajuda no controle da dor para engolir, feridas na boca, náuseas, vômitos e diarreia

Ingredientes

Massa

- 1 xícara (chá) de fubá
- 2 ½ xícaras (chá) de água
- 1 colher (chá) de sal
- 2 colheres (sopa) de salsinha picada

Recheio

- 2 colheres (sopa) de óleo
- 2 colheres (sopa) de cebola picada
- 2 dentes de alho picados
- 200g de frango desfiado
- 1 xícara (chá) de tomate sem semente picado
- 2 colheres (sopa) de salsinha picada
- ½ colher (chá) de sal
- 2 colheres (sopa) de queijo ralado

Modo de preparo

Massa

- Em uma panela, leve ao fogo com todos os ingredientes.
- Cozinhe, sem parar de mexer, por 5 minutos.
- Reserve.

Recheio

- Aqueça o óleo em uma panela, doure a cebola e o alho.
- Acrescente no refogado o frango, o tomate, a salsinha e o sal.
- Reserve.

Montagem

- Espalhe a massa de fubá sobre um filme plástico, coloque o recheio e enrole, apertando bem.
- Leve a geladeira para endurecer.
- Retire o filme plástico, povilhe o queijo ralado, leve ao forno para aquecer e corte em fatias grossas.
- Sirva em seguida.



Rendimento: 6 porções de 120g
Calorias: 200 kcal por porção

1. Bolo de banana sem açúcar

Ingredientes	Quantidade	Modo de preparo
Banana nanica sem casca	3 unidades médias (250g)	<p>1. 1. Em um recipiente, amassar as bananas sem casca. Adicionar a aveia, o cacau em pó e as passas e misturar com a colher.</p> <p>2. Em outro recipiente, colocar os ovos, o óleo e a maçã com casca picada e triturar com o mixer ou liquidificador. Após o batimento, misturar com o conteúdo do outro recipiente com a colher.</p> <p>3. Por último, adicionar o fermento, misturar delicadamente com a colher. Untar com óleo e farinha integral uma forma retangular pequena (30X20cm). Colocar para assar em forno a 180-200°C por cerca de 20 minutos. Fazer o teste do palito/ garfo para saber se o bolo está pronto.</p> <p>Rendimento: 12 a 15 fatias (quadrados)</p>
Cacau ou Chocolate em pó	2 colheres de sopa (30g)	
Aveia em flocos	1 e ½ xícara de chá (105g)	
Uva passa	½ xícara de chá (55g)	
Maçã com casca	1 unidade grande (162g)	
Ovos	2 unidades (100g)	
Óleo de soja	3 colheres de sopa (21mL)	
Fermento químico	1 colher de sobremesa (11g)	

Receita 4 – Nuggets de frango com abobrinha

Ingredientes	Quantidade	Modo de preparo
Filé de peito de frango	½ peito (250g)	1. Bater um pouco o peito de frango no processador. Não deixar virar pasta. 2. Bater separadamente a abobrinha (previamente higienizada), cebolinha, alho, sal e cebola no processador. Numa tigela, misturar esse tempero ao frango processado. Adicionar a farinha de rosca e misturar. 3. Pegar porções da mistura, juntar, passar no ovo batido e na farinha de milho. Modelar de acordo com a preferência; 4. Repetir a operação até terminar com a mistura. Untar assadeira retangular com azeite e distribuir os nuggets; 5. Pré-aquecer o forno por 5 minutos. Levar os nuggets ao forno a 210°C por 30 minutos. Virar os nuggets na metade do tempo para dourar dos dois lados. Servir. Rendimento: 490g (cerca de 20 unidades)
Cebolinha	1 colher de sopa (3g)	
Sal	1 colher de café (2g)	
Cebola	¼ unidade grande (55g)	
Abobrinha com casca	¼ unidade (60g)	
Farinha de rosca	1 colher de sopa (10g)	
Alho	1 dente picado (2g)	
Ovo batido	1 unidade (50g)	
Farinha de milho (tipo milho)	50g para empanar	
Azeite para untar	para untar	

ausência ou alteração de paladar, náuseas, vômitos e intestino preso

Almôndega de aveia

Ingredientes

- 1 xícara (chá) de aveia em flocos
- 1 litro de água
- ½ xícara (chá) de manjeriça fresca picada
- ½ xícara (chá) de farinha de trigo
- ½ xícara (chá) de cebolinha picada
- ½ xícara (chá) de farinha de rosca
- 1 xícara (chá) de salsa picada
- 1 xícara (chá) de cenoura ralada
- 2 ovos batidos
- ½ colher (chá) de sal
- Margarina para untar

Modo de preparo

- Cozinhe a aveia na água até os grãos ficarem macios. Coe e reserve.
- Em uma travessa, misture a aveia cozida e os demais ingredientes.
- Modele em formato de almôndegas, coloque-as em uma assadeira untada com margarina e asse a 180° por 20 minutos.



Rendimento: 11 porções de 50g
Calorias: 85 kcal por porção

Dica: Acrescentar molho de tomate ou conforme a preferência.

ICCSF | 8

Milk Shake de chocolate com gengibre

Ingredientes	Quantidade	Modo de preparo
Sorvete de chocolate Leite integral Gengibre ralado	2 bolas (200g) 200ml 1 colher de chá (5g)	Higienize o gengibre. Rale. Bata todos os ingredientes no liquidificador e sirva em seguida. Rendimento: 2 porções de 250ml Valor calórico: 342 kcal