



Universidade de Brasília
CET – Centro de Excelência em Turismo

Pós-graduação Lato Sensu

Curso de Especialização em Qualidade em Alimentos

**“VALORIZAÇÃO DAS DIETAS HIPOSSÓDICAS: NUTRIÇÃO E
GASTRONOMIA”**

NÚBIA PEREIRA DE ARAÚJO

Brasília – DF
março / 2006

Universidade de Brasília
CET – Centro de Excelência em Turismo

Curso de Especialização em Qualidade em Alimentos

**“VALORIZAÇÃO DAS DIETAS HIPOSSÓDICAS: NUTRIÇÃO E
GASTRONOMIA”**

NÚBIA PEREIRA DE ARAÚJO

Wilma Maria Coelho Araújo,
Doutora em Tecnologia de
Alimentos/USP.
Professor Coordenador

Raquel Braz Assunção
Botelho, Doutora em
Ciências da Saúde/ UnB.
Professor Orientador

Professor Examinador

“Trabalho apresentado em cumprimento às exigências acadêmicas parciais do curso de pós-graduação lato sensu em Qualidade em Alimentos para a obtenção do grau de Especialista”

Brasília – DF
março / 2006

Araújo, Núbia Pereira de

Valorização das Dietas Hipossódicas: Nutrição e Gastronomia / Núbia Pereira de Araújo. 38 f.

Monografia – Especialização Qualidade em Alimentos/CET
Brasília – DF, março de 2006.

Área de Concentração: Nutrição

Orientador: Raquel Braz Assunção Botelho

1. dieta 2. hipossódica 3. gastronomia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos funcionários do HuB, aos pacientes que com muito carinho me receberam, a minha orientadora Dra. Raquel Botelho e minha família.

AGRADECIMENTOS

Meus mais sinceros agradecimentos a Deus, a Nossa Senhora, pelo dom da vida e da inteligência, a minha família que sempre me apoiou, ao Cláudio pelo exemplo de pessoa, ao amigo Daniel pela compreensão, ajuda e a Dra. Raquel Botelho, obrigada pela sua atenção, carinho e experiência dedicados neste estudo.

RESUMO

ARAÚJO, NÚBIA PEREIRA; **Valorização das Dietas Hipossódicas: Nutrição e Gastronomia**, 2006, 38 f. Monografia – Programa de Pós-Graduação em Qualidade em Alimentos, Centro de Excelência em Turismo – UnB; Brasília, 2006.

Com este estudo pretendeu-se avaliar as preparações da dieta branda hipossódica quanto à aceitabilidade pelos pacientes de um hospital do Distrito Federal. Considerando a alimentação como promotora de saúde e bem estar é necessário aliar gastronomia hospitalar à dietoterapia, afim de que as preparações hipossódicas possam ter maior aceitabilidade pelos pacientes. Dietas terapêuticas são empregadas como parte do tratamento médico, sendo assim, a exclusão de alimentos ou ingredientes como o sal influencia de maneira negativa o paladar, levando a uma recusa das refeições. Sendo assim, o conceito de refeição hospitalar tem mudado nos últimos anos, visto que é importante a adesão do paciente no tratamento proposto. Assim, no presente trabalho, foi aplicado um questionário aos pacientes que recebiam a dieta branda hipossódica para avaliar as preparações de melhor e pior aceitabilidade, bem como os aspectos sensoriais que afetam essa aceitabilidade. Ao todo 50 pacientes responderam a pesquisa, sendo a maioria com mais de 65 anos. Mais de 60% dos pacientes não está satisfeito com as refeições oferecidas, sendo almoço e jantar as refeições de pior aceitabilidade, e características como sabor e odor as mais prejudicadas. Há uma insatisfação quanto à qualidade da refeição oferecida, o feijão e a carne foram às preparações menos aceitas. As principais mudanças desejadas são inovações das receitas e maior variedade de cor. De acordo com a pesquisa aplicada aos pacientes internados, pode-se perceber a importância de aliar gastronomia a dietoterapia, e que esta união é capaz de propiciar melhoras significativas ao tratamento, bem como ao próprio bem-estar geral do paciente.

1. Dieta

2. Hipossódica

3. Gastronomia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	1.	Distribuição de sexos dentre os entrevistados no HUB.	20
Figura	2.	Distribuição da idade dentre os entrevistados no HUB.	21
Figura	3.	Distribuição das clínicas dentre os entrevistados.	21
Figura	4.	Distribuição da escolaridade dentre os entrevistados no HUB.	22
Figura	5.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à qualidade da refeição servida no hospital.	23
Figura	6.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto a refeição de preferência.	24
Figura	7.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à refeição de menor aceitabilidade.	25
Figura	8.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto aos aspectos que poderiam ser melhorados na refeição de menor aceitabilidade.	25
Figura	9.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto a preparação de menor aceitabilidade.	26
Figura	10.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto ao grau de satisfação da refeição de menor aceitabilidade.	27
Figura	11.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à pergunta: A aparência do almoço é agradável?	29
Figura	12.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto ao que poderia melhorar a aparência do almoço.	29
Figura	13.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à variedade do almoço.	30
Figura	14.	Distribuição da opinião dos entrevistados quanto a pergunta: O ambiente hospitalar e a patologia influenciam a sua vontade de comer?	31

SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRANUTRI	INQUÉRITO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL HOSPITALAR

SUMÁRIO

Resumo	
Lista de ilustrações	
Lista de siglas, símbolos e abreviaturas	
1 – INTRODUÇÃO	01
2- OBJETIVOS	
2.1 – Objetivo geral	04
2.2 – Objetivos específicos	04
3 - REFERENCIAL TEÓRICO	
3.1– A dieta terapêutica: uma intervenção nutricional	05
3.2– A gastronomia e a nutrição	07
3.3 - A gastronomia hospitalar	09
3.4- Hipertensão Arterial e o consumo de sal	11
3.5-Ervas e especiarias	14
4- MATERIAL E MÉTODO	17
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35

1. INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo percebe-se uma tendência crescente em relacionar qualidade de vida e alimentação. A necessidade de uma alimentação adequada para a promoção da saúde, é conceito comum, normalmente respeitado (ARAÚJO e GINANI, 2002).

Segundo Proença *et al* (2005), a alimentação é uma das atividades mais importantes do ser humano, tanto por razões biológicas, quanto pelas questões sociais e culturais que envolvem o ato de comer. Assim, o ato de se alimentar engloba vários aspectos que vão desde a produção dos alimentos até a sua transformação em refeições e disponibilização às pessoas.

Desta forma, ignorar o aspecto sensorial da refeição reduziria o ato de comer a apenas um instinto como os demais, acarretando insatisfação pela grande maioria das pessoas (ARAÚJO e GINANI, 2002).

A concepção de alimentação aplicada à saúde ou dietética tem como base uma série de conhecimentos que fazem dela um dos ramos fundamentais da medicina e constitui-se em um dos primeiros recursos terapêuticos com que contou a medicina em seus primórdios. Hipócrates, o pai da medicina, confiava mais na alimentação e nos exercícios físicos do que em medicamentos alopáticos. Em seu tratamento, a dieta, os exercícios físicos e a exposição aos raios solares ocupavam lugar de destaque (SOUSA, 2002).

Por outro lado, refeições consumidas em hospitais pelos pacientes internados, habitualmente, são analisadas sensorialmente de maneira negativa. Prioriza-se a terapêutica sem ser levado em consideração o apelo sensorial, muitas vezes indispensável para o consumo de alimentos. A terapia nutricional deve se unir para a recuperação do paciente, o prazer de comer não deve ser esquecido (ARAÚJO e GINANI, 2002).

No início do novo milênio, a desnutrição hospitalar é provavelmente uma das doenças de maior prevalência e incidência nos hospitais, chegando a atingir de 30% a 50% dos internados. Nota-se, então, a importância da terapia nutricional para o pronto restabelecimento dos pacientes (IMEN, 2006).

Neste contexto surge a gastronomia hospitalar, ela representa a união das técnicas culinárias voltadas para os sentidos de aroma e sabor dos alimentos à necessidade de adequação dos nutrientes requeridos por cada patologia. Este novo conceito traz benefícios não só aos pacientes, que passam a se alimentar mais e melhor, como também aos seus familiares e funcionários do hospital que também podem se alimentar no ambiente hospitalar (NESTLÉ, 2005).

Além da conveniência de integrar os princípios práticos da gastronomia, principalmente os relacionados ao sabor, para que as dietas calculadas e prescritas sejam bem aceitas pelos clientes, deve-se cultivar o saber nutrir o paladar, o prazer gustativo e não fazendo cumprir uma penitência (ASSIS, 2002).

A proposta da gastronomia é proporcionar prazer, relacionando a qualidade do alimento com as sensações despertadas em quem o ingere (GINANI e ARAUJO, 2002).

No entanto, as indicações de uma terapêutica devem ser seguidas com a mesma atenção e rigor que as ordens sobre medicação e outros aspectos do tratamento. Contudo, isso nem sempre é simples, pois diferentemente do que ocorre com os medicamentos, a alimentação é parte da vida diária de um indivíduo desde que nasce (LONGO, 2002).

Por tudo isso, podem surgir dificuldades em conseguir a aceitação de um plano de alimentação especial, quando, ao contrário, se aceita sem maiores problemas um medicamento ou um tratamento desagradável ou doloroso. Tais dificuldades aumentam quando o indivíduo está hospitalizado (LONGO, 2002).

É necessário resgatar a associação do prazer ao consumo de alimentos, mesmo que estes façam parte de dietas restritivas e controladas. O cliente assume olhares diferenciados sobre a assistência nutricional e com informações e expectativas crescentes, torna-se um crítico agente de mudança de seu

tratamento. O nutricionista como ator desse cenário, não pode mais assistir passivamente às solicitações diversificadas, devendo agir com ciência, saber e criatividade para unir objetivos dietéticos, clínicos e sensoriais (JORGE, 2005).

Algumas patologias como a Hipertensão Arterial requerem uma atenção especial quanto à preparação dos alimentos, fazendo-se necessário uma intervenção na dieta destes pacientes a fim de otimizar o tratamento proposto.

O controle da hipertensão por meio de medidas dietéticas específicas visa não apenas à redução dos níveis tensionais, mas também à incorporação de hábitos alimentares permanentes (CUPPARI, 2002).

A Hipertensão Arterial é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio (MOLINA, 2003).

A aceitação de dietas com teor reduzido de sódio é um dos desafios das unidades de alimentação hospitalar e do profissional de nutrição, já que a falta de sódio compromete diretamente o sabor das preparações.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Avaliar as preparações da dieta branda hipossódica quanto à aceitabilidade pelos pacientes.

2.2. Objetivo Específico:

- Identificar o perfil dos pacientes que recebem a dieta hipossódica.
- Verificar a aceitabilidade da dieta hipossódica distribuída aos pacientes internados no HUB.
- Determinar as preparações de maior e menor aceitabilidade.
- Determinar os critérios que conduzem a não aceitação da dieta pelo paciente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. A Dieta terapêutica: uma intervenção nutricional.

A dietética é o ramo da medicina que se ocupa do estudo da dieta, sendo esta ingestão de alimentos habituais ou aquela que se faz visando preencher as necessidades específicas de um indivíduo, incluindo ou excluindo certos itens de sua alimentação. As evidências da utilização dos princípios dietéticos são remotas. Na idade antiga, a partir de 5.000 a.C., aparecem evidências da utilização terapêutica dos alimentos. A primeira prescrição dietética, está contida no papiro de Ebers, localizado no Egito 3.400 a.C., que revela a existência de um governo, com interesse vital em alimentação. Nesta época, os alimentos eram associados a cerimônias religiosas, com forte simbolismo de efeitos curativos e de poder social (JORGE, 2005).

As dietas terapêuticas podem ser definidas como as que têm modificações qualitativas ou quantitativas com relação à dieta normal. Dieta qualitativa é uma dieta adequada quanto ao tipo de alimentos permitidos. As dietas quantitativas são calculadas com um aumento ou uma diminuição dos alimentos e/ ou dos nutrientes que as constituem (LONGO, 2002).

Uma dieta pode ser teoricamente correta e ter todos os elementos em perfeito equilíbrio, mas se esse plano não é aceito pelo paciente não terá continuidade. A adaptação da dieta é fundamental para o êxito da terapia (LONGO, 2002).

Segundo o mesmo autor, quando se consegue que a escolha dos alimentos, suas formas de preparo, sua apresentação e o modo de servir não se diferenciem tanto daqueles com os quais o indivíduo está familiarizado, não haverá maiores dificuldades quanto a obter a adesão ao tratamento.

Em relação à aceitação e cooperação do paciente Pumpian Mindin diz: “Para cumprir a finalidade principal de orientar o que entra na boca do paciente, é necessário antes de tudo aprender a ouvir o que sai dessa boca... do contrário, a

peessoa pode se ver de repente na posição de não ter mais do que simples palavras que rebatem em nossa cara” (LONGO, 2002).

As dietas hospitalares podem ser classificadas de acordo com seu valor nutritivo em: dieta geral, dieta carente ou dieta excessiva. Algumas dietas apresentam diminuição parcial de nutrientes ou quilocalorias como as dietas hipossódicas, que apresentam taxa reduzida de sódio (menos de 3.000 mg de sódio/dia), sendo indicada para casos de edema cardíaco e renal, hipertensão arterial, cirrose hepática com ascite, toxemia gravídica e administração prolongada de cortisona (BORSOI, 2001).

Faz-se então necessário o conhecimento de técnicas dietéticas variadas para possibilitar a substituição correta dos ingredientes e a criação de novas preparações, mesmo com restrições relativas à consistência e composição da refeição (NESTLÉ, 2005).

Desta forma elaborar cardápios para coletividades enfermas requer considerar os aspectos convencionais relacionados à coletividade sadia, somando-se uma ou mais patologias e características inerentes a cada pessoa (GINANI e ARAÚJO, 2002).

Ao cumprir as exigências dietéticas quanto a alterações na consistência como dietas de consistência líquida, líquido-pastosa ou pastosa, deve-se ter em conta a monotonia, pois são dietas de aparência semelhante, independentemente dos ingredientes utilizados. Para ressaltar a montagem dos pratos utiliza-se a variação e a harmonia entre as cores bem como a seleção dos ingredientes da preparação (GINANI e ARAÚJO, 2002).

Segundo os mesmos autores, além da consistência da dieta, a necessidade de excluir substâncias pode afetar a qualidade sensorial, pois sensações gustativas baseiam-se em efeitos de substâncias químicas e em elementos físicos, como o calor, que resalta o sabor, a dureza, a aspereza e a maciez, que oferecem texturas diversas; o ruído na mastigação; a crocância e a adstringência.

3.2. A Gastronomia e a Nutrição

Quando o homem aprendeu a cozinhar os alimentos, surgiu uma profunda diferença entre ele e os outros animais. Cozinhando, descobriu que podia restaurar o calor natural da caça, acrescentar-lhe sabores e torná-la mais digerível. Verificou também que as temperaturas elevadas liberam sabores e odores, ao contrário do frio, que os sintetiza ou anula. Percebeu ainda que a cocção retardava a decomposição dos alimentos, prolongando o tempo em que podiam ser consumidos. Identificava, assim, a primeira técnica de conservação (FRANCO, 2001).

No século XVIII, SAVARIN (1995) argumentava sobre a importância da gastronomia na vida social e enfatizava que ela evoluiria. Definiu-a como conhecimento fundamentado em tudo o que se refere ao homem e à alimentação e considerou como objetivo principal manter saudável a espécie, com alimentação qualitativa e quantitativamente compatível (ARAÚJO & GINANI, 2002).

Embora a palavra gastronomia signifique estudo das leis do estômago, ela tem hoje um sentido bem mais amplo. Refere-se à arte de preparar as iguarias, tornando-as mais digestivas, de modo a obter o maior prazer possível (SENAC, 1998).

A gastronomia é a história cultural da alimentação. Sua essência é a mudança, a temporalidade, a visão de passado como processo contínuo de perspectivas sobre tendências, sobre o constante e o eventual (ARAÚJO *et al*, 2005).

Em gastronomia, tanto quem cozinha quanto quem come deve saber combinar tradição com criação. A tradição está no saber do povo, é ligada a terra e à exploração dos produtos da região e das estações. Já a criação está relacionada à invenção, à renovação e às experimentações (SENAC, 1998).

O prazer de alimentar-se proporciona sensações importantes ao homem. Praticado com moderação, é o único que não provoca fadiga. É o prazer de todas

as épocas, idades e condições, podendo ser repetido várias vezes ao dia. A alimentação proporciona bem-estar indefinível e particular, oriundo da consciência instintiva, traduzível na reparação de perdas e na continuação da existência (SAVARIN apud ARAÚJO & GINANI, 2002).

A proposta da gastronomia é proporcionar prazer, relacionando a qualidade do alimento com as sensações despertadas em quem o ingere. A sensação é percebida por meio de sinais elétricos enviados ao cérebro pelo sistema nervoso, por meio de neurônios e é o momento em que o indivíduo recebe estímulos em seus sentidos decorrentes de características inatas do alimento. Ao filtrar, interpretar e reconstruir as informações recebidas pelos sentidos acontece à percepção (DUTCOSKY, 1996 apud ARAÚJO & GINANI, 2005).

Além da conveniência de integrar os princípios práticos da gastronomia, principalmente os relacionados ao sabor, para que as dietas calculadas e prescritas sejam bem aceitas pelos clientes, deve-se cultivar o saber nutrir o paladar, o prazer gustativo e não fazer cumprir uma penitência (ASSIS, 2002).

Desta forma, além da dietoterapia, o conhecimento da arte de cozinhar para proporcionar maior prazer a quem come, é um poderoso instrumento de trabalho do qual o nutricionista deve lançar mão para elaborar dietas saborosas e melhorar a adesão dos pacientes (ASSIS, 2002).

Na Nutrição, a dietoterapia é o tratamento feito mediante ingestão de alimentos ajustados às exigências específicas de cada caso, no que diz respeito tanto aos componentes nutritivos e ao valor energético da dieta quanto à quantidade, apresentação final e consistência dos alimentos (BORSOI, 2001).

A dietoterapia pode ser a parte mais importante de um tratamento ou, dependendo do caso, ser o único tratamento indicado. Também pode servir de suporte para outros tipos de tratamento (BORSOI, 2001).

3.3 Gastronomia Hospitalar

Antigamente, comida de hospital era sinônimo de comida ruim, sem gosto. O importante era fornecer ao paciente os nutrientes necessários à sua recuperação – o sabor ficava relegado a um segundo plano (NESTLÉ, 2005). Os hospitais eram atendidos por leigos, irmãs de caridade; o risco em relação à alimentação era amenizado com alimentos de dieta (com pouco sal, sem gordura, sem tempero), daí o conceito de “comida de hospital” que se reflete até nos dias de hoje (JORGE, 2005).

O conceito de hospital tem sofrido uma mudança radical nos últimos anos. Aliado às últimas tendências vindas do exterior, o conceito de hotelaria vem sendo incorporado na área hospitalar, fazendo com que aquela idéia de ambiente com cheiro de remédio e comida sem gosto seja completamente distorcida. O investimento em atendimento cresceu muito nos últimos anos, tornando-se um diferencial de mercado e fazendo com que o usuário se sinta cada vez mais cliente e menos paciente (MARCHIORI, 2006).

Hoje, há uma grande preocupação em se agregar prazer aos pratos produzidos. Prazer voltado para a apresentação, para o sabor, ao atendimento das preferências do paciente e de seus acompanhantes (FONTES, 2006).

Sendo assim, se torna indispensável que os cardápios além de nutritivos, sejam de boa aparência e sabor. Apesar de todos os preceitos dietéticos, através dos tempos a imagem de dietas associadas a tratamentos, ou as refeições hospitalares sempre estiveram associadas a experiências ruins (SPOLIDORO, 2001).

Ressalta-se que evidências científicas do valor nutricional do alimento não são argumentos suficientes para resultar em aceitação pelos pacientes. As pessoas querem mais do que um alimento com características higiênico-sanitárias adequadas ou um indicativo de alimento saudável e sem sabor. Vários fatores inerentes ao indivíduo (físicos, patológicos e psicológicos) e ao seu meio (sociais, econômicos, culturais) podem caracterizar-se como motivação para alterações na alimentação. Além disso, as qualidades sensoriais (sabor, odor, textura,

aparência) são fatores determinantes do comportamento alimentar das pessoas, contribuindo, sem dúvida, para a escolha dos alimentos em uma refeição (PROENÇA *et al*, 2005).

Frente ao exposto verifica-se a importância da alimentação ao paciente hospitalizado. Em pesquisa multicêntrica realizada pela IBRANUTRI (INQUÉRITO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL HOSPITALAR), em hospitais da rede pública do país, atingindo doze estados e o Distrito Federal, envolvendo 4000 pacientes internados, constatou-se que (48,1%) dos pacientes internados na rede pública do país apresentaram algum grau de desnutrição. Entre estes pacientes desnutridos, 12,6% eram pacientes desnutridos graves e 35,5% eram desnutridos moderados (WAITZBERG, 2006).

Diante desta triste realidade, especialistas afirmam que só há uma única solução eficaz e viável, a adoção de uma terapia nutricional adequada (MUNIZ, 2003).

A humanização deve ser o propósito de uma Unidade de Nutrição e Dietética para integrar princípios dietéticos com a gastronomia, levando-se sempre em consideração o atendimento individualizado personalizado como sendo o grande diferencial para o alcance do conceito de gastronomia hospitalar, respeitando as preferências e aversões alimentares, bem como os hábitos regionais, sem, contudo, perder o equilíbrio nutricional (JORGE, 2005).

Portanto, o grande desafio das unidades de produção de alimentos, na área hospitalar, é obter uma alimentação que atenda às necessidades dos diferentes clientes, com restrições de alimentos e ou nutrientes, respeitando hábitos alimentares, intolerâncias, alergias, tabus e preferências, incorporando o conceito de gastronomia hospitalar, sem perder o equilíbrio nutricional. Desta forma os cardápios e dietas devem incluir preparações variadas, com diferentes consistências, de preparo fácil e rápido, de garantida condição higiênico-sanitária, com uso de ervas e temperos diversificados, que consigam suprir alterações ou restrições impostas pela situação clínico-nutricional do paciente. (ZELMANOWICZ, 2005).

3.4 Hipertensão Arterial e o Consumo de Sal

Hipertensão arterial é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% daquelas por doença arterial coronariana. Estima-se que 22% a 68% da população adulta mundial apresente hipertensão arterial. No Brasil, na última década, foram realizados diversos inquéritos populacionais em amostras representativas, que indicam variações na prevalência de hipertensão arterial entre 22% e 44%. A comparação entre as taxas de prevalência em dois estudos transversais realizados em Porto Alegre, com um intervalo de aproximadamente seis anos, sugere que as taxas mantiveram-se estáveis em 26% a 29%, segundo o critério de pressão arterial 140/90 mmHg (FUCHS, *et al.* 2004).

A Hipertensão é um dos principais agravos à saúde no Brasil. Eleva o custo médico-social, principalmente pelas suas complicações, como as doenças cérebro-vascular, arterial coronariana e vascular de extremidades, além da insuficiência renal crônica (IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, 2004).

Inquéritos populacionais bem conduzidos em algumas cidades brasileiras confirmam que a prevalência da HAS, em nosso meio, permanece em patamares preocupantes. Considerando os níveis de PA > 140/90 mmHg como indicadores de hipertensão, as taxas de prevalência na população brasileira urbana adulta têm variado entre 22,3% e 43,9% (DÓREA e LOTUFO, 2004).

Conforme estudos Americanos, a prevalência da HAS aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos. A prevalência entre os negros é sempre maior em qualquer idade. Até os 40 anos a prevalência é próxima a 10% (20% para a raça negra), até os 50 anos chega a 20% (40% para a raça negra), após 60 anos ultrapassa os 40%, atingindo 60% após 70 anos (MANO, 2006).

A prevalência da hipertensão aumentou, sobretudo entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e

aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são afetados (DÓREA e LOTUFO, 2004).

Desde 1963, as doenças cardiovasculares superaram as outras causas de morte, sendo responsáveis atualmente por 27% dos óbitos. Houve aumento do risco de morte por estas doenças de 1980 a 1984, seguido de queda até 1996 (IV DIRETRIZES, 2004).

O aumento significativo da pressão arterial com o avançar da idade é ilustrado por estudos mostrando que as taxas de progressão para HAS em quatro anos são de 50% para indivíduos com 65 anos ou mais e com PA entre 130–139/85–89 mmHg, e 26% para aqueles com pressão entre 120–129/80–84 mmHg¹¹. Esses achados de que nove entre dez indivíduos podem se tornar hipertensos apontam para um grande problema de saúde pública, já que a HAS tende a aumentar com o envelhecimento da população (DÓREA e LOTUFO, 2004).

A redução dos níveis tensionais do conjunto da população – hipertensos e não hipertensos – tem sido reconhecida como a estratégia potencialmente mais efetiva para o controle da Hipertensão Arterial, já que diminui a morbidade e a mortalidade cardiovascular, de forma tão ou mais expressiva do que o tratamento da enfermidade já estabelecida. Isto porque grande parte dos indivíduos que adoecem, especialmente no caso da doença coronariana, apresentam pressão arterial (120/80 mmHg), sem no entanto atingirem níveis tensionais diagnosticados e tratados como HA (Hipertensão Arterial).

Além disso, o tratamento medicamentoso da doença já estabelecida, nem sempre é seguido, implica em custos e apresenta efeitos adversos. Assim, a redução dos níveis de PA (Pressão Arterial) no conjunto da população e a prevenção da doença estão baseadas, principalmente, no controle do peso, uso moderado de bebidas alcoólicas e de sal, prática regular de atividades físicas e consumo adequado de potássio através da dieta (CHOR, 1998).

A eficácia do tratamento não-medicamentoso, incluindo o seguimento da dieta DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*), a redução na ingestão de sal, a perda de peso e a redução no consumo de bebidas alcoólicas, tem sido

amplamente demonstrada. Os resultados dessas intervenções, expressas sob a forma de recomendações, fazem parte das diretrizes e tratamento dos pacientes hipertensos (FUCHS *et al*, 2004).

A dieta ocidental, que inclui uma quantidade grande de alimentos industrializados, fornece uma quantidade de sal muitas vezes maior do que a necessária para o organismo humano, pelo menos em termos fisiológicos. O debate com relação à necessidade de diminuição da ingestão de sal continua a causar polêmica. A observação da associação entre ingestão de sal e hipertensão data de vários séculos atrás, já sendo mencionada em textos chineses de aproximadamente 1.000 anos antes de Cristo. No último século, uma série de trabalhos tanto epidemiológicos quanto fisiológicos tentou delimitar melhor esta associação (PEREIRA e KRIEGER, 2004).

De modo geral os hábitos alimentares abrigam elevado teor de sal, especialmente o sódio, com efeitos danosos a saúde: elevação da pressão arterial, moléstias de rins e edemas, por exemplo (ARAÚJO, 2000).

Segundo Molina *et al* (2003), populações ocidentais e com alto consumo de sal apareceram como tendo os maiores percentuais de hipertensão, enquanto as populações rurais ou primitivas que não faziam uso de sal de adição apresentaram menores prevalências ou nenhum caso de hipertensão arterial.

Segundo Pereira (2005), no estudo TOHP II, a perda de peso e a redução da ingestão de sódio, sozinhos e combinados, foram efetivos para a diminuição da pressão sanguínea em indivíduos com sobrepeso e pressão arterial elevada.

Em outro estudo, Law *et al* (1991) mostraram que há uma correlação linear e direta entre pressão arterial sistólica e diastólica e consumo de sal. Um aspecto interessante revelado nesse estudo é que o efeito do sal sobre a pressão arterial é amplificado pela idade e pela pressão arterial basal. Em outras palavras, sal aumenta mais a pressão arterial em idosos e portadores de hipertensão arterial. O desenvolvimento econômico também influencia o efeito do sal sobre a pressão arterial. Em populações economicamente não-desenvolvidas, esse efeito é atenuado quando comparado ao que é verificado em populações economicamente

desenvolvidas. Um outro estudo mais recente e que merece comentários foi publicado por He e MacGregor (2003). Estes autores fizeram uma meta-análise das avaliações do efeito de redução no consumo de sal sobre a pressão arterial.

Os resultados revelaram que a queda da pressão arterial é tanto maior quanto maior for a redução no conteúdo de sal na dieta. Um aspecto que merece destaque são os comentários dos autores com relação às recomendações de redução no consumo de sal na dieta nos diversos documentos produzidos por organizações nacionais de vários países e pela Organização Mundial da Saúde. Tais recomendações são, em sua maioria, mais fundamentadas em critérios de suposta factibilidade do que em critérios de máxima eficácia. São priorizadas ações julgadas possíveis de serem realizadas, em detrimento de ações que podem produzir um efeito terapêutico máximo.

Nessa citada meta-análise verificou-se que a redução de 3 g no consumo de sal diminui 3,6 a 5,6/1,9 a 3,2 mmHg na pressão sistólica e diastólica, respectivamente, em portadores de hipertensão, e 1,8 a 3,5/0,8 a 1,8 mmHg em indivíduos normotensos. Com redução de 6 g e 9 g no consumo de sal, o efeito hipotensor duplica e triplica respectivamente. O consumo de sal (cloreto de sódio – NaCl) na dieta está associado de maneira direta com a pressão arterial e com complicações cardiovasculares. Por outro lado, numerosas evidências indicam que a restrição no consumo de sal reduz a morbimortalidade cardiovascular tanto em indivíduos portadores de hipertensão arterial quanto em pessoas sadias (HEIMANN, 2004).

3.5 Ervas e especiarias

Visando reduzir o consumo de sal, profissionais da área da saúde e órgãos governamentais e não governamentais brasileiros e estrangeiros recomendam usar ervas frescas ou desidratadas; especiarias, limão, alho, para temperar carnes, peixes, aves, saladas e sopas (ARAÚJO, 2000).

As ervas, cobiçadas pelo homem desde os primórdios da civilização são responsáveis por trazer o sabor, o aroma e a possibilidade de conservação de alguns alimentos (PIVARO, 2006).

O uso de especiarias e ervas aromáticas tem sido observado desde o começo do desenvolvimento da arte culinária. São substâncias usadas para ressaltar o sabor natural dos alimentos ou para conferir um novo sabor às preparações. Genericamente, são chamadas de tempero nas receitas doces ou salgadas (PHILIPPI, 2004).

Condimentos ou temperos são substâncias usadas para intensificar o sabor natural dos alimentos ou imprimir-lhes novo sabor. No grupo das ervas, orégano, salsinha, cebolinha, manjerição, hortelã, louro são as mais comuns (ARAÚJO, 2000).

Segundo Teichmann (2000), os temperos se classificam em: aromáticos especiarias e condimentos. Para pacientes que recebem a dieta branda faz-se o uso somente dos aromáticos. Os aromáticos são vegetais, ervas, ou plantas que podem ser encontrados frescos, desidratados ou liofilizados, possuindo um perfume suave e persistente, um sabor agradável, adocicado e penetrante; às vezes o seu aroma é mais evidente que o sabor, eles são usados para odorizar, dar melhor sabor, colorir e ressaltar os pratos na decoração.

Os condimentos traduzem, na maioria das vezes, hábitos regionais. Grande parte dos ingredientes básicos dos condimentos se origina das regiões tropicais do Oriente, em menor proporção da Europa e alguns das Américas: cravo, proveniente da Indonésia e Madagascar, canela do Ceilão, louro dos países do Leste do Mediterrâneo, anis da Espanha, Índia e México, tomilho e manjerona da França e assim por diante (ORNELLAS, 1988).

O uso correto das ervas pode contribuir para a adesão de pacientes hipertensos às dietas com restrição de sódio. Essa utilização é uma alquimia que necessita de testes para que se descubra a melhor forma de combinação e utilização das ervas. O profissional de nutrição tem sob sua responsabilidade uma unidade de produção que é um laboratório para experiências. Seu trabalho deve

visar a prevenção, manutenção e recuperação da saúde da população, utilizando os alimentos da melhor forma.

4- MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi um estudo de caso do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica do assunto para dar suporte à contextualização e à construção do instrumento de coleta de dados. Foram utilizadas as bases de dados da Capes bem como livros e sites relacionados ao assunto. As pesquisas foram realizadas em línguas portuguesa e inglesa.

A pesquisa de campo baseou-se na aplicação de um questionário que foi aplicado no Hospital Universitário de Brasília (HUB). O questionário foi construído com o intuito de obter informações sobre a qualidade das refeições servidas pela unidade de alimentação e nutrição do hospital.

Para a validação do questionário, foi utilizada a técnica de juízes para avaliação das perguntas. Os juízes foram professores doutores e/ou mestres da área de Nutrição, ao todo cinco professores receberam o questionário e todos responderam. Todas as sugestões oferecidas foram acatadas, pois colaboraram com a clareza do instrumento.

No dia 13 do mês de dezembro, o questionário foi aplicado, por meio de entrevista, a todos os pacientes internados neste período que recebiam a dieta branda hipossódica. Desta forma, caracterizou-se em uma amostra censitária. Todos foram entrevistados por profissionais da área de nutrição, sem influenciá-los em suas respostas. A pesquisadora orientou os profissionais a não interferir nas respostas dos pacientes.

Os dados obtidos por meio da apuração dos questionários foram analisados através de tabelas e gráficos formatados no programa *Excel (Windows)*.

Após análise dos resultados da pesquisa, os mesmos foram apresentados a toda equipe de nutrição do HUB, demonstrando a estes a necessidade de mudança do serviço que é realizado atualmente, bem como sugerindo os meios possíveis para que esta mudança possa ocorrer.



PESQUISA DE OPINIÃO



Esta pesquisa tem como objetivo, conhecer a opinião e expectativas dos pacientes que recebem a dieta branda hipossódica do Hospital Universitário de Brasília – HUB, em relação ao Serviço de Alimentação e Nutrição que é oferecido atualmente para que possamos realizar possíveis mudanças e melhorias aumentando assim a qualidade do serviço e a satisfação de nossos clientes.

SEXO: () Masculino () Feminino

IDADE (anos): _____

PROCEDÊNCIA (ESTADO): _____

ESCOLARIDADE:

() Não alfabetizado

() 1ª a 4ª série completo

() 1ª a 4ª série incompleto

() 5ª a 8ª série completo

() 5ª a 8ª série incompleto

() Ensino Médio completo

() Ensino Médio incompleto

() Ensino Superior completo

() Ensino Superior incompleto

CLÍNICA:

() Cirúrgica

() Médica

() Pediatria

() Pronto Socorro

() Hemodiálise

() Obstetrícia

() Quimioterapia

PATOLOGIAS: (Diagnóstico médico e as associadas)

() DM

() HAS

() IR

() Outras

Dieta Branda hipossódica

1. Qual a sua opinião sobre as refeições servidas no hospital?

() Ótima () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

2. Entre as refeições servidas, qual é a de sua preferência?

() café da manhã () Almoço () Lanche () Jantar () Ceia

3. E qual é a de não preferência?

café da manhã Almoço Lanche Jantar Ceia

4. Qual (is) aspectos poderiam ser melhorados na de não preferência?

Odor Sabor Cor Apresentação Temperatura
 Não precisa melhorar outros_____

5. Das preparações citadas abaixo, qual é a de menor aceitabilidade?

Carne Arroz feijão Guarnição Saladas
 Sobremesa Refresco

6. De acordo com a preparação de menor aceitabilidade no item 05, indique o grau de satisfação:

(5) Gostei muito
(4) Gostei
(3) Não gostei
(2) Desgostei
(1) Desgostei muito

7. Você considera a apresentação do almoço agradável?

Sim Não Às vezes.

8. Caso sua resposta tenha sido “não”, o que poderia melhorá-la?

Mais colorida Decoração do prato Inovar as receitas

9. Você considera a preparação do almoço variada?

Sim Não Às vezes

10. Você acha que sua doença poderia estar influenciando na sua vontade de comer?

Sim Não

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se aplicação de questionário com 50 (cinquenta) pacientes internados nas clínicas cirúrgica, médica e de hemodiálise do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Nenhum paciente se recusou a participar da pesquisa.

Os resultados encontrados demonstram distribuição igualitária de sexos (figura 1). A maioria apresentou idade superior a 65 anos como demonstrado na figura 2. Esse resultado era esperado já que a clínica médica apresenta majoritariamente pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis. Essas doenças, normalmente, acometem indivíduos adultos com mais de 40 anos. Outra clínica que apresenta pacientes de idades mais avançadas é a hemodiálise. Apenas a clínica cirúrgica não apresenta relação direta de idade e internações. A figura 3 demonstra maior participação nas respostas de pacientes da hemodiálise, seguida da clínica médica.

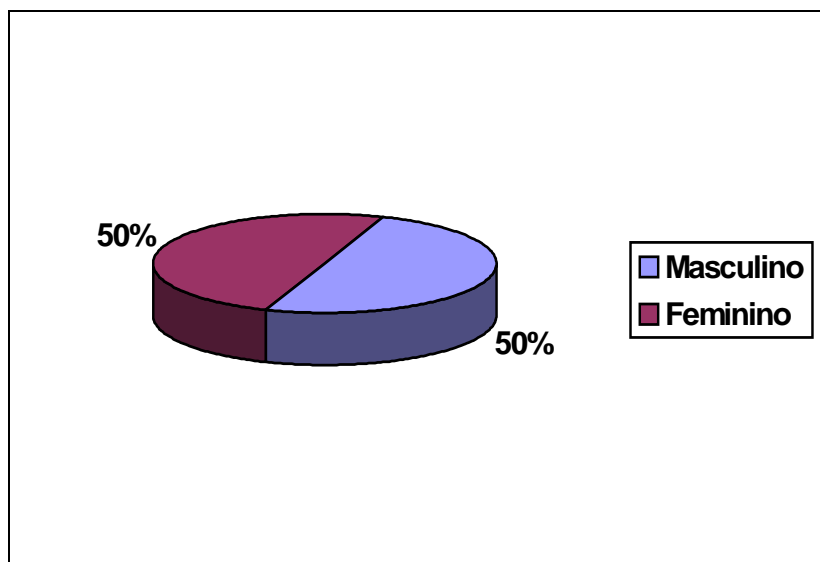


Figura 1: Distribuição de sexos dentre os entrevistados no HUB.

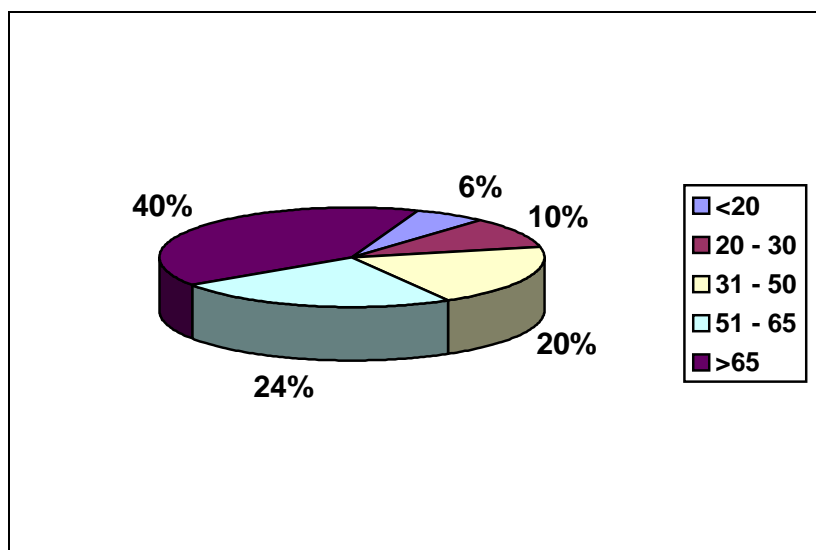


Figura 2: Distribuição da idade dentre os entrevistados no HUB.

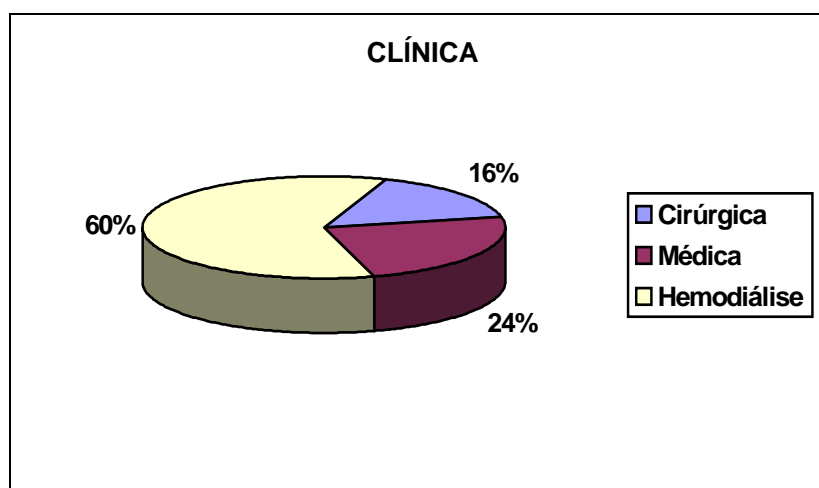


Figura 3: Distribuição das clínicas dentre os entrevistados.

Pacientes que recebem dieta hipossódica, em sua maioria, apresentam algum grau de hipertensão, e por isso, podem se não tratados, se tornarem pacientes da clínica de hemodiálise.

Na figura 4, observa-se que 44% dos entrevistados não são alfabetizados e somente 6% concluíram o Ensino Fundamental (5ª a 8ª série). De uma forma geral, estes resultados confirmam dados divulgados pelo IBGE em 2004, onde chama atenção o fato de que o brasileiro médio não possui escolaridade suficiente

sequer para a conclusão do ensino fundamental. Esse nível só é atingido, em média, pelas pessoas de 18 a 24 anos de idade, decaindo em seguida para 6,3 anos para a população de 25 anos ou mais de idade, denotando a influência da baixa escolaridade das pessoas mais velhas na média brasileira. No Brasil, como um todo, aproximadamente 1/3 da população adulta possui menos de quatro anos de estudo completos, podendo ser consideradas analfabetas funcionais. Esses dados corroboram com o estudo, onde 40% dos entrevistados são maiores de 65 anos de idade.

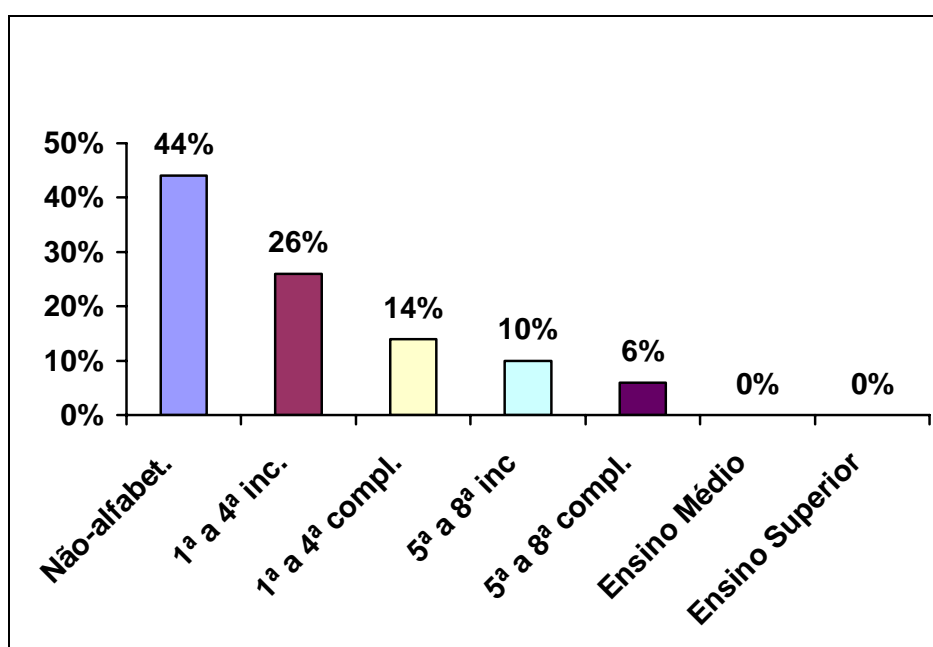


Figura 4: Distribuição da escolaridade dentre os entrevistados no HUB.

Quanto aos dados relacionados à aceitabilidade, observou-se que quanto à qualidade da refeição servida, esta foi considerada regular para a maioria dos pacientes (Figura 5). No entanto, nenhum paciente caracterizou a refeição como ruim.

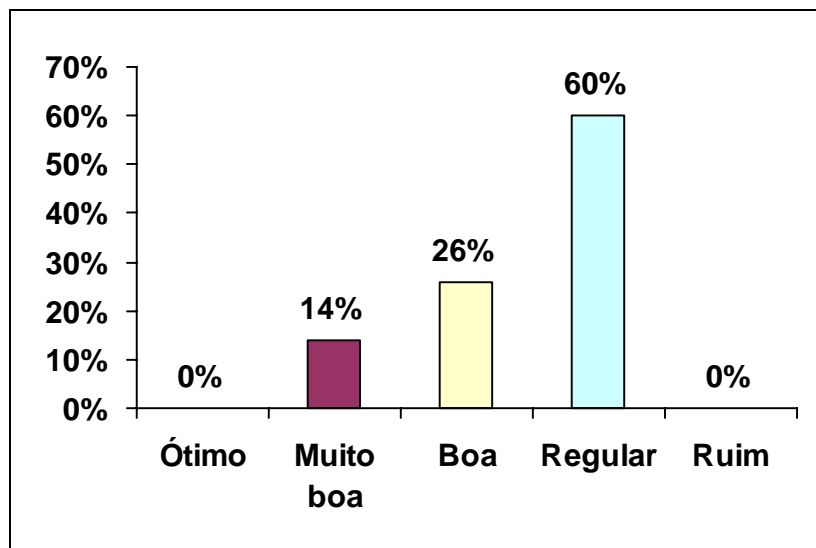


Figura 5: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à qualidade da refeição servida no hospital.

Nenhum paciente caracterizou a refeição como ótimo e uma baixa porcentagem foi atribuída a opção muito boa. Esses dados demonstram que a baixa aceitabilidade das refeições pode conduzir ao não consumo pelos pacientes e uma piora do estado nutricional destes. Neste contexto, a desnutrição hospitalar ganha destaque, em pacientes hospitalizados ela piora a morbimortalidade de qualquer patologia. Recentes estudos mostram que a desnutrição é a patologia mais comum nos hospitais brasileiros e também, causa de imunodeficiência adquirida em ambiente hospitalar (MUNIZ, 2003).

Segundo os pacientes entrevistados, 36% afirmam ter como refeição preferida o lanche, 28% o desjejum, 20% o jantar e apenas 16% o almoço (Figura 6). Isto comprova que apenas a evidência científica do valor do alimento não é suficiente para a completa adesão ao tratamento. A qualidade sensorial (sabor, odor, textura, aparência) são fatores determinantes do comportamento das pessoas (PROENÇA *et al*, 2005). Como lanches e desjejum apresentam alimentos como pães, bolos e biscoitos que são, em sua maioria, industrializados,

a preferência por essas refeições reforça a necessidade de melhorar a qualidade sensorial das principais refeições, almoço e jantar. Essas refeições devem contribuir com 65 a 80% das necessidades diárias dos indivíduos e, por isso, devem ser consumidas integralmente pelos pacientes.

Segundo Jorge (2005), ressalvadas as necessidades terapêuticas, os cardápios e dietas hospitalares devem respeitar os hábitos alimentares do paciente (pontos de cocção, temperos, consistência, apresentação e variedades). Desta forma cabe ao nutricionista, em uso da ciência dos alimentos e das técnicas gastronômicas, melhorar os cardápios hospitalares, garantindo assim maior consumo das refeições principais, almoço e jantar.

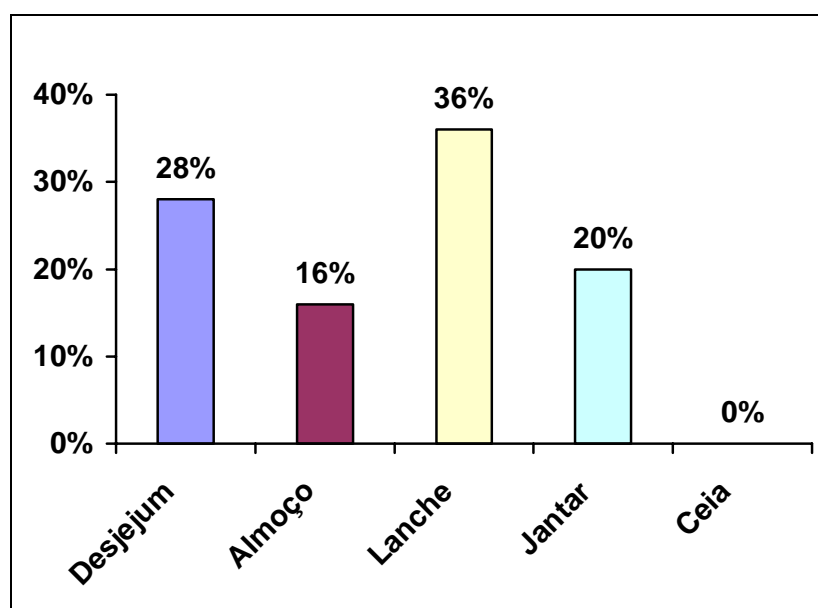


Figura 6: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto a refeição de preferência.

A figura 7 comprova que o almoço e o jantar (56%) são as refeições de menor aceitabilidade. De acordo com os pacientes, essas refeições precisariam melhorar o odor (20%) e o sabor (80%), conforme figura 8.

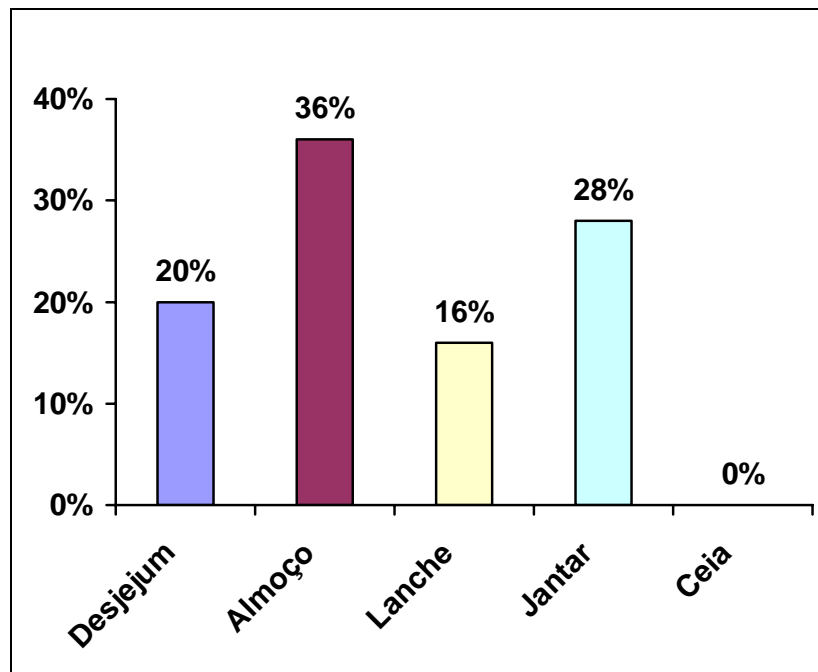


Figura 7: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à refeição de menor aceitabilidade.

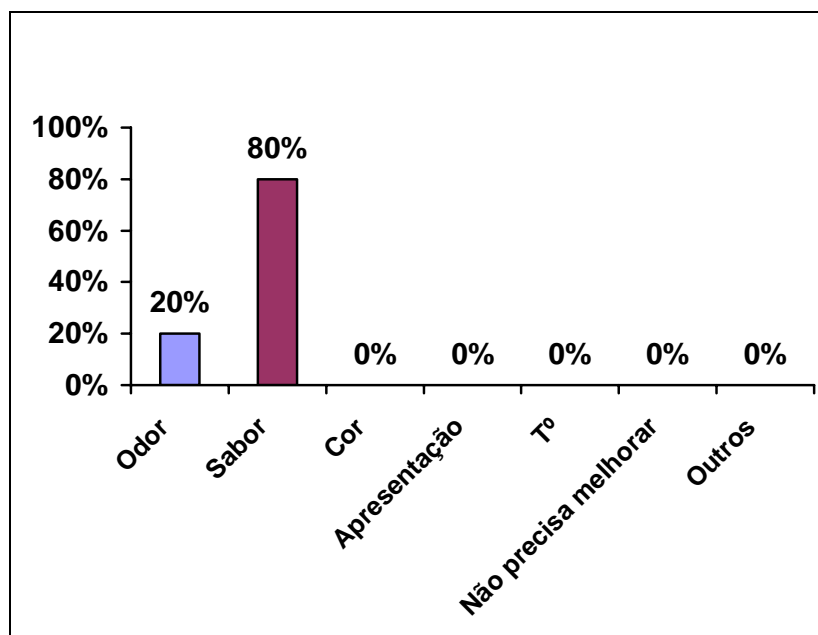


Figura 8: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto aos aspectos que poderiam ser melhorados na refeição de menor aceitabilidade.

Segundo Araújo (2000), inicialmente a cor e aparência determinam a qualidade do alimento, no entanto, aroma e sabor destacam-se nas preferências gastronômicas. Aspectos como temperatura e apresentação não foram citadas, pois os pacientes caracterizam que odor e sabor são essenciais. Nenhum paciente marcou a opção não precisa melhorar a qualidade das refeições, demonstrando que essas realmente precisam mudar para garantir a plena satisfação dos pacientes.

A literatura indica que os consumidores, apesar de verbalizarem preocupações com a saúde, escolhem alimentos baseados no seu sabor. Desta forma, o conhecimento da arte de cozinhar para proporcionar maior prazer a quem come é um poderoso instrumento de trabalho do qual o nutricionista deve lançar mão para elaborar dietas saborosas e melhorar a adesão dos pacientes (ASSIS, 2002).

Na figura 9, pode-se verificar que 40% dos pacientes entrevistados consideram o feijão como a preparação de menor aceitabilidade, sendo acompanhado pelo prato principal (a carne) para 30%. Quanto ao grau de satisfação da refeição de menor aceitabilidade, 50% disseram não terem gostado da refeição, 30% desgostado e 20% gostado (figura 10).

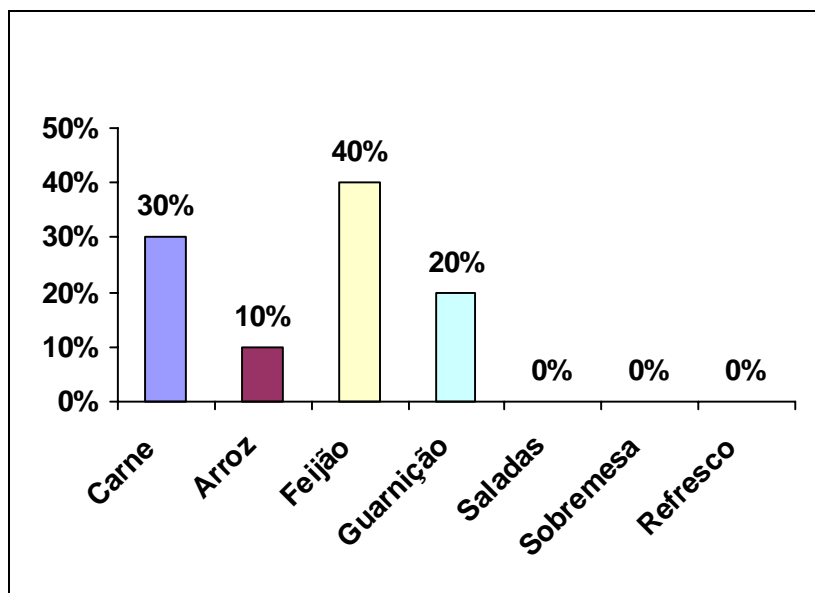


Figura 9: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto a preparação de menor aceitabilidade.

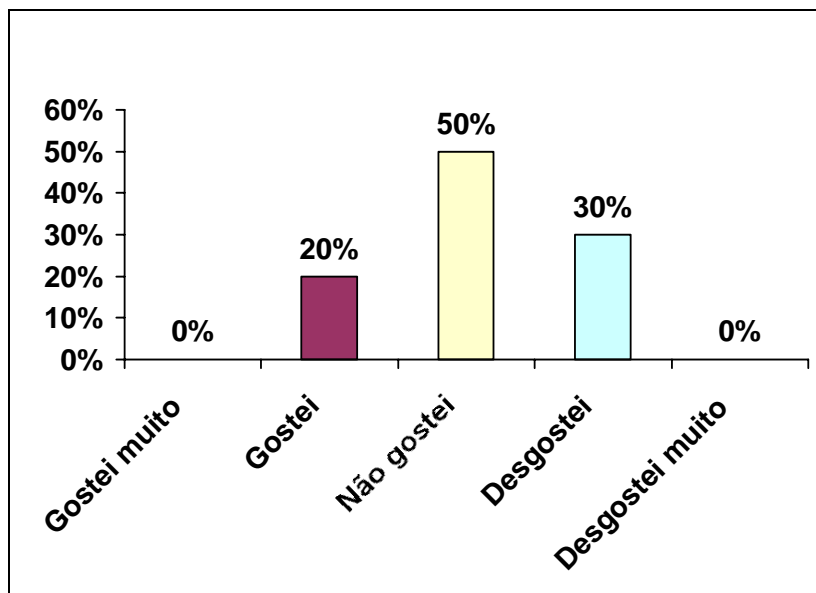


Figura 10: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto ao grau de satisfação da refeição de menor aceitabilidade.

Segundo Schlüter (2003), o alimento não é simplesmente um objeto nutritivo que permite saciar a fome, mas algo que também tem um significado simbólico em uma determinada sociedade.

Desta forma, para ser capaz de manter a vida, o alimento não deve possuir somente qualidades nutricionais (quantidades de glicídios, lipídios, proteínas, vitaminas e minerais); é necessário que ele seja conhecido e/ou aceito pelo indivíduo e pelo grupo social (SOUSA, 2002).

O feijão apresenta um papel importante na alimentação hipossódica, pois por apresentar caldo, pode oferecer sabor às outras preparações que compõem o cardápio. Sendo a preparação de pior aceitabilidade no HUB, mostra que não está cumprindo seu papel de incentivo ao consumo. Como os pacientes recebem, em sua maioria, um sachê de sal extra para ser adicionado às preparações, poder-se-ia mudar a política adotada pela UAN, retirando o sal de adição e conferindo mais sabor ao feijão e aos pratos principais. Outros condimentos que não acrescentam sódio às preparações podem ser adicionados para conferir

sabor. Os principais condimentos utilizados em feijões são: cominho, louro, azeite, coentro, entre outros.

Pratos principais ideais para dietas hipossódicas são aqueles que passam por calor seco que concentram as substâncias extrativas das carnes. No entanto, aves não apresentam concentrações consideráveis de substâncias extrativas e para serem utilizadas necessitam de maior quantidade de condimentos. Marinar aves e pescados com vinagre ou limão, associados ao alho e cebola, pode contribuir muito com o sabor das preparações.

O uso das ervas aromáticas ressaltam o sabor dos alimentos, conferindo um novo sabor às preparações, desta forma, o uso de salsinha, cebolinha, alho, cebola, alecrim, tomilho, sálvia, estragão, vinagre, suco de limão, curry, cominho, manjeriço, manjerona, mostarda seca, orégano e louro, poderiam melhorar o sabor das carnes, contribuindo para melhorar a sua aceitabilidade (PHILLIPI, 2003).

Na figura 11, observa-se que 50% dos pacientes entrevistados consideram a aparência do almoço agradável, 30% não consideram e 20% disseram considerar às vezes. Os entrevistados que disseram “não” considerar a preparação agradável sugeriram inovação nas receitas, tornando-as mais colorida (40%) (figura 12). Deve-se focar que, mesmo mediante restrições quanto à consistência, composição e condições impostas pelo paciente, o conhecimento de técnicas dietéticas variadas pode possibilitar a substituição correta de ingredientes e a criação de novas preparações, melhorando a aceitação da dieta (ARAÚJO, 2002).

O grande desafio é aliar a prescrição dietética e as restrições alimentares de clientes a refeições atrativas e saborosas.

Segundo Jorge (2005), hoje há uma grande preocupação em se agregar prazer aos pratos produzidos, prazer voltado para a apresentação, para o sabor, ao atendimento das preferências do paciente, uma das razões seria a humanização do atendimento.

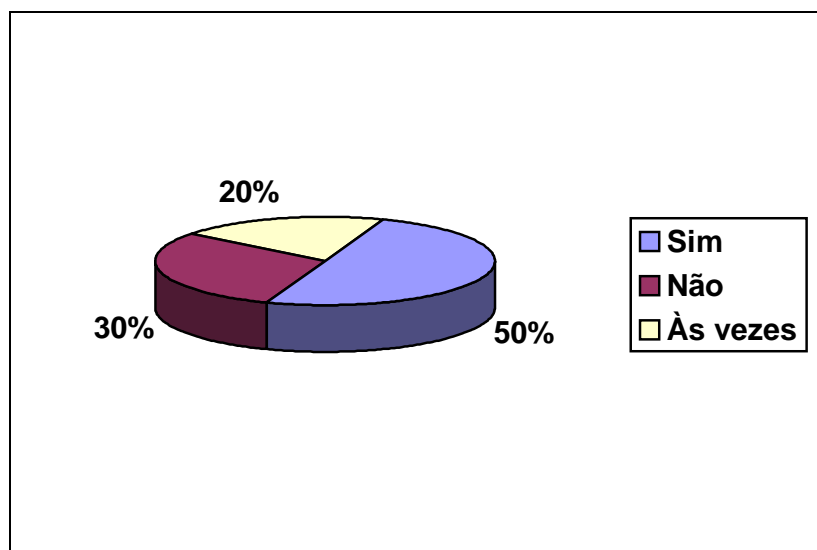


Figura 11: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à pergunta: A aparência do almoço é agradável?

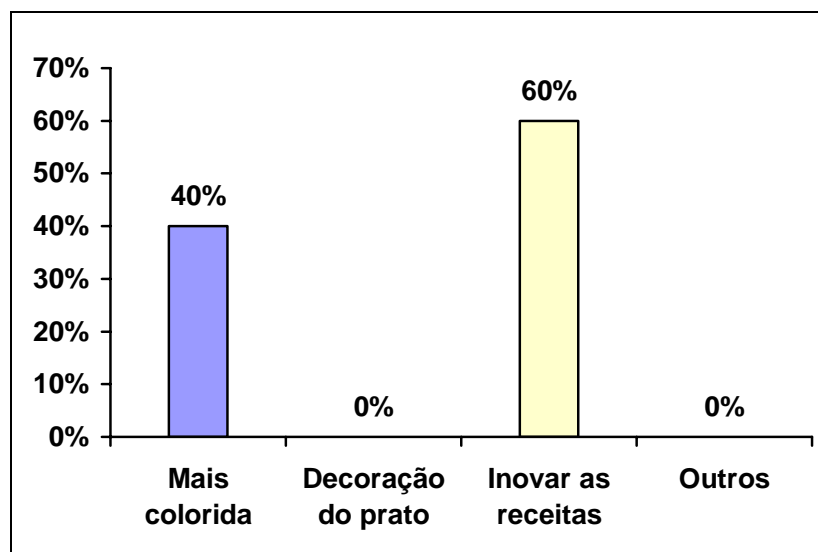


Figura 12: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto ao que poderia melhorar a aparência do almoço.

Observando-se as figuras 13 e 14, pode-se perceber que 50% dos pacientes entrevistados consideram a preparação do almoço não variada e 70% acreditam que o ambiente hospitalar prejudica a vontade e o ato de comer, independente da patologia. A variedade é essencial no planejamento de cardápio. Sendo uma das

leis de Escudero, deve proporcionar maior aceitabilidade das refeições, pois agrega variação de cores, cortes, texturas e sabores.

Assim, conforme descrito pelos estudos bibliográficos, deve-se considerar que a condição do paciente pode alterar a avaliação sensorial do alimento, uma vez que sua percepção estará provavelmente prejudicada ou influenciada negativamente pela terapêutica medicamentosa adotada e pelo ambiente hospitalar (GINANI e ARAÚJO, 2002).

Outro aspecto a ser considerado é que as refeições têm significados simbólicos, como a reunião familiar. As pessoas se reúnem em torno da mesa para juntas apreciarem a refeição. Nesse aspecto o isolamento hospitalar, em que muitas vezes a refeição é feita sem a companhia de familiares, contribui para a recusa do paciente.

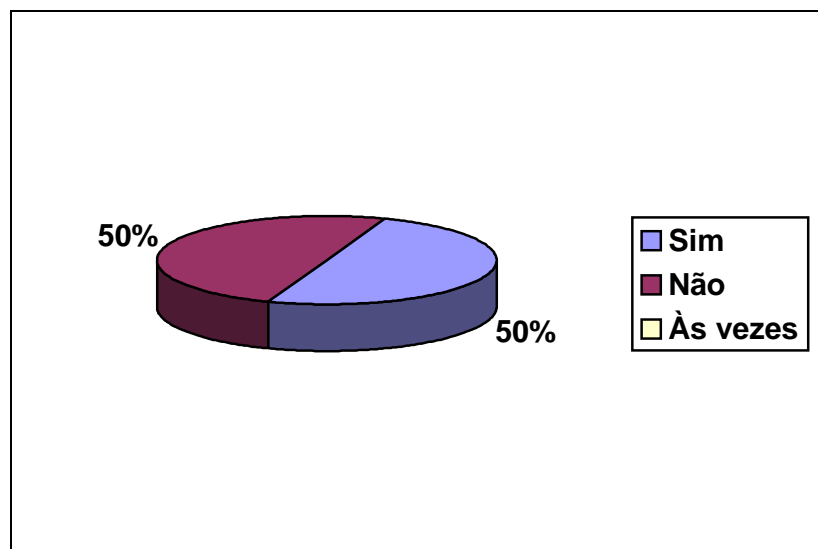


Figura 13: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à variedade do almoço.

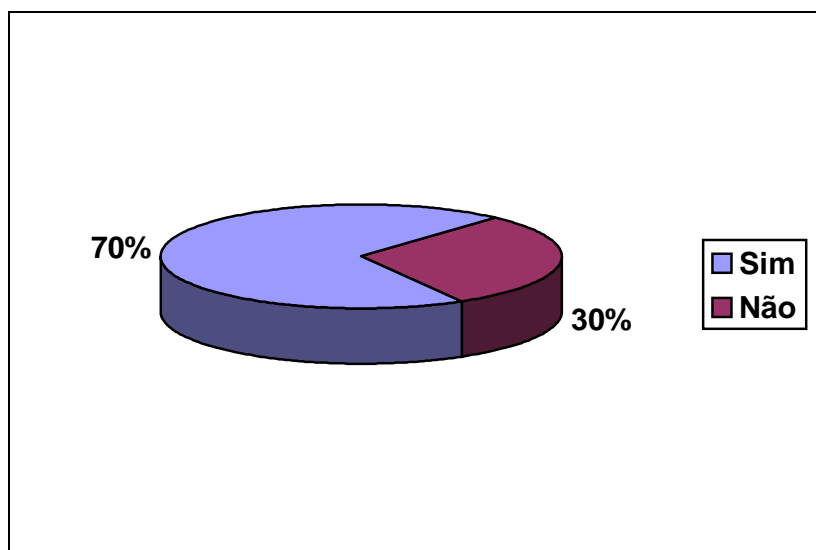


Figura 14: Distribuição da opinião dos entrevistados quanto a pergunta: O ambiente hospitalar e a patologia influenciam a sua vontade de comer?

Segundo Assis (2002), a ingestão de certos medicamentos, algumas doenças ou tratamentos como a quimioterapia, bem como por certas carências, em zinco, por exemplo, pode levar a diminuição ou a perda do gosto, ou simplesmente pelo envelhecimento.

Levando-se em consideração que 40% dos entrevistados possuem mais de 65 anos de idade, o próprio envelhecimento pode estar contribuindo para a vontade e o desejo de se alimentar, já que neste grupo ocorre atrofia das papilas gustativas, o que prejudica a sensação de sabor, sendo mais um motivo para o uso de ervas e especiarias no preparo das refeições.

Desta forma, avaliar os desejos e hábitos alimentares de um grupo específico exige maior tempo de estudo e observação, assim como das preparações oferecidas na dieta branda hipossódica, pois os hábitos alimentares refletem a cultura de um povo, não podendo assim ser modificados em pequeno período de tempo. Devido ao curto período de realização da pesquisa, foi possível observar as características deste grupo específico, assim como suas necessidades, sem interferir na produção de refeições, apenas oferecendo sugestões para uma melhor aceitabilidade pelos pacientes.

Assim, o desafio profissional é o de encontrar maneiras de cozinhar pratos favoritos num estilo que contemple baixo teor de sódio e, dessa forma, promover saúde aliada ao prazer. Torna-se necessário o domínio de todos os aspectos relacionados ao preparo de alimentos, e entender o seu significado para o paciente. Várias estratégias podem ser empregadas para atingir esta meta, incluindo escolha de alimentos adequados, substituição de produtos por outros com baixo teor de sódio, utilização de ervas, especiarias, técnicas de cozimento, utensílios apropriados, modificação e criação de novas receitas.

O uso de cortes diferenciados, preparações decoradas, atenção nas cores dos alimentos, disposição dos mesmos, dentre outros fatores, podem e devem ser melhorados, pois assim o paciente sentirá, através da apresentação da refeição, uma maior vontade em se alimentar.

Outra estratégia que pode ser bem aceita seria a humanização do atendimento, onde o paciente teria a possibilidade de fazer escolhas em um cardápio que contemple a conduta terapêutica, escolhendo molhos, ervas que satisfaçam suas exigências de sabor e aroma, aliando assim gastronomia hospitalar a dietética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos realizados, observou-se que os objetivos iniciais deste trabalho, em avaliar as preparações oferecidas na dieta branda hipossódica quanto à aceitabilidade foram alcançados, certificando a importância de integrar gastronomia em ambiente hospitalar.

Tomando-se por base os estudos bibliográficos desta pesquisa, verificou-se que desde os primórdios da civilização a alimentação é referenciada como estratégia de tratamento e cura de doenças, e que antigamente hospital lembrava cheiro de remédio e comida sem sabor. Hoje se percebe uma tendência em humanizar o atendimento, desde a recepção até a alimentação oferecida aos pacientes, que nesta nova visão estratégica passa a ser denominado cliente.

No início não havia preocupação quanto à apresentação, ao sabor e à aceitação da refeição, importava-se somente com a dietoterapia. Oferecia-se alimentos conforme orientações patológicas, sem se importar com o paciente que, na maioria das vezes, recusava a refeição, contribuindo para uma piora do quadro, acarretando inclusive a desnutrição hospitalar.

De acordo com a pesquisa aplicada aos pacientes internados no HUB, pode-se perceber a importância de aliar gastronomia a dietoterapia, e que esta união é capaz de propiciar melhoras significativas ao tratamento, bem como ao próprio bem-estar geral do paciente. Ou seja, após análise da pesquisa, diagnosticou-se que no atual serviço oferecido pela equipe de nutrição do HUB, ocorre um descontentamento por parte da maioria dos pacientes em relação à qualidade da refeição oferecida. Ou seja, os maiores problemas identificados foram quanto ao sabor e apresentação das refeições, os quais são considerados aspectos básicos da gastronomia.

Outro aspecto que merece atenção especial é quanto às refeições de menor aceitabilidade, destacando-se o almoço e o jantar, justamente as refeições que apresentam maior contribuição calórica e que deveriam ser as de maior aceitabilidade.

Das preparações citadas, destaca-se o feijão e a carne como as menos aceitas, assim, sugere-se ao serviço de nutrição deste hospital que ainda não teve

a oportunidade de conciliar gastronomia e dietoterapia, que iniciem um trabalho como este, primeiramente identificando os maiores problemas do seu setor junto aos seus pacientes e sua equipe, e posteriormente, que aplique os conceitos práticos da gastronomia descritos durante todo este trabalho.

É necessário que se priorize a interação entre a prescrição dietética e a gastronomia, afim de que se alcance o resultado esperado.

Outro aspecto importante que deve ser considerado durante todo o processo do serviço de nutrição e dietética é a preocupação em se agregar prazer aos pratos produzidos. Prazer que deverá estar direcionado para a apresentação e sabor dos alimentos e atendimento das preferências e necessidades do paciente, pois o respeito que o cliente /paciente merece, inclui o fornecimento de alimentos adequados e gostosos, além de fazer com que uma boa imagem do hospital seja difundida através das características da alimentação que este oferece.

Assim, o nutricionista deve ser mestre em demonstrar que a alimentação é fonte de saúde, prazer, sabor, amor, símbolo, lembranças.

Além de tudo isso, também é importante demonstrar gradativamente ao hospital como um todo, que os conceitos de hospitalidade que são aplicados no setor hoteleiro, devem estar cada vez mais inseridos no âmbito hospitalar, para assim garantimos plena qualidade no serviço executado. E principalmente, não esquecendo de que a alimentação, juntamente com os serviços médicos e de enfermagem, ocupa um lugar de destaque para a recuperação dos pacientes internados.

Faz-se necessário aliar a teoria à prática, é preciso interação entre terapia nutricional e a produção de alimentos, e uma equipe multiprofissional, onde haja vontade de aprendizado e respeito à pessoa humana, só assim aliaremos prazer à vontade de se alimentar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO et al. **Da Alimentação à gastronomia**. Brasília: Universidade de Brasília, 2005.

ARAÚJO, W. Alimentos, nutrição, gastronomia & qualidade de vida. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo, n. 43, p. 45-50, jul./ago. 2000.

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

BORSOI, M. A. **Nutrição e Dietética: Noções Básicas**. 9 ed. São Paulo: SENAC, 2001.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal do Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 71, n. 5, p. 653-660, 1998.

CUPPARI, L. **Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2002.

DÓREA, E. L.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Revista da Sociedade Brasileira De Hipertensão**. São Paulo. n. 3, v. 7, p. 86-89, 2004.

FONTES, L. Novo espaço da nutrição. **Notícias Hospitalares**, v.3, n.36, p.1-6, abr/mai.2002. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/maio02/pgs/pg1216.htm>>. Acesso em 30 jan. 2006.

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

FUCHS, S. C.; CASTRO, M. S.; FUCHS, F. C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Sociedade Brasileira De Hipertensão**. São Paulo. n. 3, v. 7, p. 90-93, 2004.

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

IMEN. Instituto de Metabolismo e Nutrição. Gastronomia hospitalar favorece o bem estar de pacientes internados. Disponível em:<<http://www.nutricaoclinica.com.br>> Acesso em 07 de jan. 2006.

JOEL C. HEIMANN, J. C. Sal e hipertensão arterial: Aspectos fisiopatológicos. **Revista da Sociedade Brasileira De Hipertensão**. São Paulo. n. 2, v. 7, p. 51-54, 2004.

JORGE, A. L. História e evolução da gastronomia hospitalar. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo. N. 70, p. 06-14, jan/fev. 2005.

LONGO, E. N.; NAVARRO, E. T. **Manual Dietoterápico**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MANO, R. Manual de Hipertensão Arterial: Epidemiologia da Hipertensão Arterial. Disponível em:< <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/inicio.htm>> Acesso em: 04 de jan. 2006.

MARCHIORI, E. Hospital cinco estrelas: Qualidade e requinte na medida certa. **Revista Nutrnews**. p.1-8. Disponível em:<<http://www.nutrnews.com.br>>. Acesso em 02 fev. 2006

MOLINA, M. C. B.; CUNHA, R. S.; HERKENHOFF. L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**. n. 37, v. 6, p. 743-750. 2003.

MR LAW, CD FROST, NJ WALD. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? I – Analysis of observational data among populations. *BMJ*, v. 302, p. 811–815, 1991.

MUNIZ, L. K. M. Desnutrição hospitalar um problema com solução: equipe multidisciplinar de terapia nutricional. **Revista Qualidade em Alimentação**. n. 16, p. 38-39, ag/set/out., 2003.

NESTLÉ FoodServices. Unindo a gastronomia à nutrição hospitalar. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo. N. 70, p. 01, jan/fev. 2005.

ORNELLAS, L. H. **Técnica dietética, seleção e preparo de alimentos**. 5 ed., Atheneu: São Paulo, 1988.

PEREIRA, A. C.; KRIEGER, J. E. Sal, hipertensão e genética. **Revista da Sociedade Brasileira De Hipertensão**. São Paulo. n. 2, v. 7, p. 61-64, 2004.

PEREIRA, M. A. G.; GALVÃO, R.; ZANELLA, M.T. Efeitos da suplementação de potássio via sal de cozinha sobre a pressão arterial e a resistência à insulina em pacientes obesos hipertensos em uso de diuréticos. **Revista Nutrição**. Campinas. n. 18, v. 1, p. 5-17, jan./fev. 2005.

PHILLIPI, S. T. **Nutrição e dietética**. 1 ed., Barueri, SP: Manole, 2003.

PIVARO, J. O sabor e o aroma da boa mesa. **Revista Nutrindex**. p.12-13. Disponível em:<<http://www.nutrindex.com.br>>. Acesso em 02 fev. 2006

PROENÇA, R. P. C.; SOUSA, A. A.; VEIROS, M. B. V.; HERING, B. Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo. p. 4-9, nov/dez. 2005.

SENAC. DN. **A história da gastronomia**. Rio de Janeiro: SENAC, 1998.

SOUSA, A. A. A interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições: repensando a função da alimentação hospitalar. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo. N. 53, p. 17-21, mar/abr. 2002.

TEICHMANN, I. **Tecnologia culinária**. 1 ed., Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

ZELMANOWICZ, A. M. Dieta personalizada: um grande diferencial. **Revista Santa Casa Notícias**. n. 108, Out / Dez. 2005. Disponível em: <<http://www.santacasa.org.br/revista/vermateria.asp?rev=12&mat=142&p=2#topo>>. Acesso em 30 de jan. 2006.

WAITZBERG, DL.; CAIAFFA, WT.; CORREIA MI. IBRANUTRI (INQUÉRITO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL HOSPITALAR). Disponível em: <<http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ciencia/nutri/nut01.asp>>. Acesso em 10 fev. 2006.

IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Rio de Janeiro, v. 82, suplemento IV, 2004.