CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

ISABEL CRISTINA VITURINO MOREIRA FERNANDES

ACEITAÇÃO DE DIETAS HOSPITALARES ENTRE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL PARTICULAR DE GRANDE PORTE NO MUNICÍPIO DE SERRA-ES

VITÓRIA

2016

ISABEL CRISTINA VITURINO MOREIRA FERNANDES

ACEITAÇÃO DE DIETAS HOSPITALARES ENTRE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL PARTICULAR DE GRANDE PORTE NO MUNICÍPIO DE SERRA-ES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Luciene Rabelo Pereira Nogueira de Oliveira

VITÓRIA

2016

ISABEL CRISTINA VITURINO MOREIRA FERNANDES

ACEITAÇÃO DE DIETAS HOSPITALARES ENTRE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL PARTICULAR DE GRANDE PORTE NO MUNICÍPIO DE SERRA-ES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em nutrição.

Aprovado em _____ de _____ de ____, por:

_____

Prof.Luciene Rabelo - Orientador

_____

Prof. Xxxxxxxxxxxxxxxx, Instituição

_____

Prof. Xxxxxxxxxxxx, Instituição

Dedico o presente trabalho, a família linda que Deus me deu. Aos meus filhos e meu esposo que tiveram ao meu lado todo tempo, me encorajando a prosseguir.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus criador de todas as coisas, o qual desde o início foi meu maior incentivador, aquele que me fortaleceu e encheu meu coração de esperança em meio as dificuldades e desafios que surgiam. E quando por vezes pensei em desistir Ele mesmo me encorajava por meio de pessoas amadas, que em tantos momentos, me davam motivos para continuar.

Aos meus pais Mathias Camargo e Luzia Viturino, que demostraram tanto orgulho.

A minha irmã Simone, que sempre acreditou em mim, no meu sonho e na profissional que eu me transformaria.

Aos meus sogros Benedicta e José Fernandes que sempre oram a Deus por minhas conquistas.

Aos amigos e familiares que sempre tinham uma palavra de incentivo.

Sou grata também aos meus grandes mestres, cada um com sua importância, porem quero citar alguns que marcaram minha trajetória e tanto contribuíram para minha formação, bem como para minha vida, nesses quatro anos. Professora Paula, Ana Cristina, Kely Amichi, Alessandra, Miriam Paixão e minha orientadora Luciene Rabelo, deixo meu ‘’muito obrigado’’! A todas vocês.

Por fim, agradeço aos meus filhos Andressa e Tiago que sempre se mostraram companheiros e se esforçavam para não demostrar a falta que eu fazia, quando não podia estar com eles ou atender a algo de necessidade deles. Ao meu grande amor e companheiro de uma vida toda, que sempre investiu nos meus estudos, e mesmo diante a dificuldade de não ter minha companhia por diversas situações, foi forte e esteve ao meu lado, Alexandre meu esposo amado. A todos que indireta ou diretamente, contribuíram e me apoiaram nesta grande caminhada.

‘’A alimentação constitui a força mais tenaz que liga o grupo humano ao meio natural que lhe fornece os meios de subsistência’’ (JOSUÉ DE CASTRO).

RESUMO

O objetivo do estudo foi averiguar o grau de aceitação de dietas ofertadas à pacientes internados em um hospital particular localizado na região da Serra-ES. O estudo refere-se a questões que determinam a aceitação de dietas no ambiente hospitalar, em relação ao tipo de dieta, patologia envolvida, qualidade de oferta, prestação de serviços na distribuição bem como temperatura, sabor, quantidade e horário que estas refeições são servidas. Foi testificado por meio dos resultados que a aceitação foi de boa a ótima com 70% de ingestão, distribuídos em >1/2 e o consumo de toda a refeição. Os itens avaliados como, qualidade geral da refeição ofertada, foram classificados como bom por 58% e 60% para as grandes refeições (Almoço e Jantar), respectivamente. Notou-se maior freqüência de idosos contemplando 58% da amostra estudada. Em relação à patologia envolvida na internação e a quantidade ingerida não houve significância (p=0,619). De acordo com o conhecimento do paciente sobre a importância da dieta oferecida, pode-se constatar que 60% disseram saber e 40% não sabiam desta importância. O atendimento na distribuição das refeições foi verificado por meio da prestação de serviços da copeira que serviu o paciente, sendo este dado o que teve o maior percentual positivo, com 94% de classificação entre bom e ótimo. Desta forma reforça-se o desenvolvimento de mais pesquisas no âmbito hospitalar e partir destes analisar meios que melhor atendam este público. Alguns estudos explorados na construção deste trabalho demonstraram um avanço na inserçãode novos conceitos como sistematizar o serviço hospitalar como hotelaria, mudando a visão em relação ao paciente internado, tendo em vista que este é o cliente a receber os serviços prestados pela instituição. Esta forma humanizada evidencia não somente uma diminuição no resto ingesta das refeições, mas uma recuperação mais rápida e satisfação do paciente.

Palavras-chave: Dieta, serviço, desnutrição, pacientes internados.

ABSTRACT

The objective of this study was to ascertain the degree of acceptance of diets offered to patients admitted in a private hospital located in the region of Serra-ES. The study refers to issues that determine the acceptance of diets within the hospital environment in relation to the type of diet, pathology involved, quality of supply, provision of services in the distribution as well as temperature, taste, quantity and time that these meals are served. It was testified by the results that acceptance was good to great with 70% of intake, distributed in >1/2 and the consumption of the entire meal. The items evaluated as, overall quality of the meal offered, were rated as good by 58% and 60% for large meals (lunch and dinner), respectively. It was noted a higher frequency of elderly looking 58% of the sample studied. In relation to the pathology involved in the admission and the amount ingested no statistically significant (p=0.619). In accordance with the patient knowledge about the importance of diet offered, we can see that 60% said they know and 40% did not know of this importance. The care in the distribution of meals was verified through the provision of services of copeira who served the patient, this being given what had the greatest percentage positive, with 94% of classification between good and great. In this way reinforces the development of more research within the hospital and from these to analyze ways that best meet this public. Some studies exploited in the construction of this work demonstrated a breakthrough in the insertion of new concepts as to systematize the hospital services such as catering, changing the vision in relation to the hospitalized patient, bearing in mind that this is the customer to receive the services rendered by the institution. This way highlights humanized not only a decrease in rest ingestion of meals, but a faster recovery and patient satisfaction.

Keywords: Diet, Service, Innutrition, Hospitalized Patients.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 –Amostra determinante do sexo avaliado.....55
Tabela 02 –Quanto foi ingerido da refeição observada.....56
Tabela 03 - Sexo comparado a quantidade ingerida.....57
Tabela 04–Causa da internação em relação à ingestão.....59
Tabela 05 –Sexo em relação ao consumo de água.....63
Tabela 06 –Ingesta da refeição em relação ao consumo de água.....64
Tabela 07 –Idade comparada com à aceitação da refeição ofertada.....65
Tabela 08 –Tipo de dieta em relação à quanto foi aceito da refeição ofertada.....67
Tabela 09 - Classificação quanto à qualidade geral de cada refeição.....68
Tabela 10 - Classificação do almoço quanto à quantidade ingerida.....68
Tabela 11 - Classificação quanto à temperatura, horário, sabor e quantidade.....69
Tabela 12 - Ingestão alimentar de acordo com o atendimento da copeira.....72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Morbidade hospitalar do Sus- Por local de internação - Brasil 58
Gráfico 02 –Causa da internação.....59
Gráfico 03 – ingestão de água.....62
Gráfico 04 –Tipos de dietas ofertadas.....66
Gráfico 05 – Importância da dieta recebida.....70
Gráfico 06 –Classificação do atendimento da copeira.....71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 21

2 REFERENCIAL TEÓRICO 23
2.1 DIETA HOSPITALAR 23
2.2 DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR 25
2.2.1 Desnutrição energético proteica (DEP) 27
***2.2.2* Fisiopatologia da desnutrição energético proteica** 28
2.3.3 Caquexia 30
2.3 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL 33
2.4 EQUIPE MULTIDICIPLINAR 36
2.5 TIPOS DE DIETAS 39
2.6 RESPONSABILIDADES DO NUTRICIONISTA CLÍNICO 44
2.7 UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALAR 45
2.7.1 Gastronomia hospitalar 48

3 METODOLOGIA 51
3.1 TIPO DE PESQUISA 51
3.2 AMOSTRA 51
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 51
3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 51
3.5 ANÁLISES DOS DADOS 52
3.6 ASPECTOS ÉTICOS 52
3.7 MATERIAIS E MÉTODO 53

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA 55
4.1 AMOSTRA ESTUDADA 55
4.2 ACEITAÇÃO DA REFEIÇÃO OBSERVADA 56
4.3 SEXO QUANTO À QUANTIDADE DA REFEIÇÃO INGERIDA 56
4.4 CAUSA DA INTERNAÇÃO 57
4.5 QUANTO FOI INGERIDO EM DETRIMENTO À CAUSA DA INTERNAÇÃO 59
4.6 INGESTA DE ÁGUA 61

4.7 IDADE COMPARADA AO CONSUMO ALIMENTAR.....64
4.8 TIPOS DE DIETAS OFERTADAS.....66
4.9 CLASSIFICAÇÃO DE CADA REFEIÇÃO.....67
4.10 CONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DA DIETA RECEBIDA.....70
4.11 ATENDIMENTO DA EQUIPE DE DISTRIBUÍÇÃO.....70

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 73

REFERÊNCIAS.....75

APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO 85
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....86
ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA VERIFICAR ACEITABILIDADE DE DIETAS HOPITALARES.....88

1 INTRODUÇÃO

Como é sabido, o conceito saúde não determina ausência de doença, mas sim um conjunto de fatores que envolvem o ser humano no âmbito social, cultural, biológico e histórico. Frequentemente pessoas são internadas em hospitais, por terem sua saúde afetada, e dentro deste parâmetro o presente trabalho aborda os fatores que interferem na aceitação das dietas hospitalares entre pacientes, sob internação com diagnósticos patológicos diferenciados (ALMEIDA FILHO, 2011).

No quesito nutrição dos pacientes, verifica-se a importância de uma alimentação equilibrada, não somente para a manutenção da saúde, mas na prevenção e recuperação desta. Portanto, torna-se viável principalmente em estado de debilidade por diagnóstico de determinada doença, o acompanhamento nutricional de pacientes hospitalizados, a fim de garantir um aporte nutricional eficiente na recuperação destes indivíduos (JORGE et al, 2014).

O próprio ambiente hospitalar e a condição de enfermidade já são limitantes para a realização das refeições do paciente internado. Entende-se que a dieta deve suprir além das necessidades energéticas dos pacientes, compreendendo diversidade de alimentos, a cultura de cada um, a forma que essas refeições são preparadas, o sabor, aparência, apresentação, irá contribuir para uma boa aceitação ou não das refeições. Desta forma, a alimentação pode fazer parte da terapia proposta para o restabelecimento do paciente hospitalizado (SILVA, 2013).

O tipo de dieta ofertada, as condições que esta é preparada, todo o processo na escolha dos ingredientes até sua confecção e apresentação, pode definir qual será a resposta que o indivíduo dará a essa refeição. O ambiente hospitalar e toda a condição de enfermidade tendem a influenciar na sua aceitação, partindo do pressuposto que o próprio estado de doença pode conferir alterações na ingesta do paciente (GARCIA, 2006).

Deve-se pensar que quanto menor for o aporte nutricional de uma pessoa hospitalizada, maior será seu tempo de internação, o que pode levar a grandes impactos negativos na família, na vida do internado além de aumentar os custos hospitalares.

Uma alimentação adequada recupera pacientes em estado de desnutrição em ambiente hospitalar e também auxilia na recuperação da saúde. Portanto reforça-se o desenvolvimento de estudos em ambientes hospitalares com a intenção de ampliar o conhecimento de profissionais da saúde em relação à conduta na elaboração, no desenvolvimento de planos de ação e um olhar mais atenuado para questões que envolvem dietas ofertadas na recuperação do estado nutricional de indivíduos hospitalizados (SILVA et al, 2015).

É comum a desnutrição associar-se ao estado de doença, enquanto permanência prolongada de internação, o acompanhamento nutricional deve ser realizado, afim de evitar, ou desacelerar o quadro de possível desnutrição. Já que a desnutrição uma vez constatada pode levar o indivíduo a ser acometido por outras doenças, elevando o estado de doença principal e dificultando a recuperação (SILVA, 2013).

O enfoque principal do presente estudo foi avaliar a aceitação das dietas hospitalares em um hospital particular de grande porte localizado no município da Serra-ES. Os objetivos específicos foram verificar a aceitação da dieta ofertada à pacientes a partir de 12 anos de idade, internados com diagnóstico patológico diferenciados sob dieta livre em diferentes texturas.

Para avaliar os dados foi elaborado um questionário, e por meio de variáveis como tipo de dieta, sabor, apresentação, temperatura, serviço prestado e a quantidade ingerida em uma das grandes refeições ofertadas e partindo da verificação deste dado por meio das variáveis nada, < ½, > ½ e tudo para verificar a quantidade ingerida tendo as variáveis nada e tudo como as que definiram o resultado final desta aceitação a variável que compreendeu o maior número de pacientes definiu se a aceitação foi boa ou ruim.

O presente trabalho está dividido em blocos, iniciado a partir da introdução supracitada, o segundo bloco dispõe sobre a literatura explorada, o terceiro bloco discorre sobre a metodologia aplicada, seguido dos resultados e conclusão, referências bibliográficas, anexos e apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. DIETA HOSPITALAR

Entende-se que a alimentação adequada é a base, não somente para manutenção da saúde, mas, para promoção e recuperação desta. A garantia a essa alimentação adequada é coadjuvante não somente na recuperação dos pacientes, mas contribui para uma melhor qualidade de vida enquanto permanece hospitalizado. O termo Alimentação na sua integra, pode ser observado a partir do conceito adotado pela FAO e readaptado pelo CONSEA que serviu de referência para a definição de segurança alimentar e nutricional (SAN) adotada na II conferência Nacional de Segurança Alimentar e nutricional (BRASIL, 2004).

> Segurança Alimentar e Nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam sociais econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2004).

Visto que o próprio ambiente hospitalar e a condição de doença já são limitantes para a realização das refeições, entende-se que a oferta alimentar deve suprir além das necessidades nutricionais dos enfermos. A diversidade de alimentos, a cultura de cada um, a forma que as refeições são preparadas, o sabor, a aparência, entre outros, irá determinar uma boa aceitação do alimento preparado GARCIA, 2006).

Desta forma a alimentação e todos os processos que interferem na sua confecção e oferta podem fazer parte da terapia proposta para o restabelecimento do paciente. Deve-se pensar que quanto menor for o aporte nutricional mais susceptível este indivíduo estará ao aparecimento de outras doenças o que acarretará maior tempo de internação e debilidades para o enfermo (SILVA et al, 2015).

A refeição deve pensada no indivíduo como um ser completo que não vê a comida como nutriente, mas como alimento e têm nas refeições um momento de prazer, cada refeição se torna um convite ao ato de alimentar-se, e todo este contexto irá implicar na sua vontade de comer ou não (SOUZA et al., 2001).

A dieta hospitalar é generalizada como de baixa aceitabilidade, principalmente no que diz respeito ao seu aspecto, apresentação, diversidade, sabor, entre outros fatores.

Porém medidas adotadas na intenção de fortalecer a ingestão das refeições hospitalares podem ser eficazes, partindo do pressuposto que o alimento é fonte de energia e dele dependem o funcionamento de todo o organismo. Entende-se que a promoção a um melhor fornecimento destas refeições, atua como um incentivo ao consumo, bem como na recuperação do paciente hospitalizado (GARCIA, 2006).

Dietas hospitalares são produzidas, ou fornecidas por Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) e independente se são produzidas sob autogestão ou serviço terceirizado, devem oferecer segurança higiênico-sanitária, qualidade sensorial e organoléptica, bem como, atender as demandas nutricionais dos pacientes, contribuindo para um menor tempo de internação e restabelecimento destes (STAHLSCHMIDT PETRY et al., 2014).

Na internação deve ser realizada avaliação nutricional, a fim de verificar desnutrição ou risco nutricional, condições de ingestão, metabolização de nutrientes, condições fisiológicas, ou seja, condições gerais, tanto para a ingestão alimentar como verificar todos os fatores que influenciem para absorção de nutrientes deste paciente. A triagem do estado nutricional do paciente deve ser realizada pelo nutricionista e todos os dados coletados devem ser registrados no prontuário do paciente assinado e datado por este profissional (BRASIL, 2014).

A qualidade na alimentação hospitalar é uma das questões que pode ser intensificada e melhor assistida, dentro do conceito saúde. Por meio, de implantação de ações humanizadas o profissional qualificado e amparado por uma melhor condição de trabalho ambiental e tecnológico deve relacionar à cura do paciente não somente às intervenções medicamentosas e terapêuticas, mas a um conjunto de medidas humanísticas. E desta forma prestar um atendimento digno, que prova bem-estar aos pacientes hospitalizados (SANTOS, 2013).

O ambiente hospitalar confere ao paciente internado, uma condição desfavorável para realização das refeições, seja por debilidade física, emocional ou pelo simples fato de não estar no seu ambiente rotineiro. Desta forma é de dever do hospital, seja este privado ou público, oferecer ao paciente um ambiente propício para que as dificuldades em favor da real situação sejam amenizadas. A qualidade das refeições, bem como esta é produzida e distribuída irá contribuir para uma maior aceitação. A comunicação do paciente junto aos profissionais envolvidos na sua recuperação é muito importante, a interação com o nutricionista favorece melhor atendimento na

intenção de desenvolver caminhos que busquem suprir as demandas que o paciente necessita, ou fazer adaptações na dieta que poderão satisfazer melhor as condições de ingestão deste paciente (COLOCO et al., 2012).

Quando o consumo alimentar é insuficiente, um paciente pode estar desnutrido ou em risco nutricional e ter o quadro de doença acelerado, desta forma toda a equipe envolvida na recuperação do paciente, bem como o ambiente hospitalar devem manter uma conduta que busca a melhor forma possível de intervir no estado nutricional do paciente internado (SILVA, 2013).

Inúmeras doenças podem requerer hospitalização, o que em muitos casos, dependendo da patologia envolvida, torna-se frequente. O que demanda o tratamento nutricional de um paciente internado é a doença que este vincula, em quais condições metabólicas e fisiológicas se encontra, bem como o seu estado nutricional (NÓBREGA, 2009).

2.2. DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR

Evidenciada nos últimos anos, a desnutrição hospitalar é caracterizada por meio de diversos estudos, como por exemplo, o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) que em 1996, avaliou durante seis meses, quatro mil pacientes hospitalizados na rede pública, em doze estados e Distrito Federal, chegando a um resultado de 48,1% de casos de desnutrição (MALAFAIA, 2009).

Segundo estudo realizado no estado de Alagoas, em 52 crianças hospitalizadas foi verificado que no final da internação, 62,8% encontravam-se desnutridas, o que retrata uma ineficácia no âmbito de melhoria do estado nutricional, resultado este que reforça uma maior atenção nutricional em relação a pacientes internados (ROCHA et al., 2006).

No âmbito hospitalar a desnutrição é um quadro frequente, o que por vezes leva a complicações da doença, dificuldades para reverter possíveis danos e uma permanência maior sob internação. Sabe-se que quanto maior o tempo de internação, custos mais elevados são gerados, o paciente é condicionado a maior probabilidade de desenvolver novas patologias, decorrentes do tempo de internação. Fatores

ligados a própria doença de base e debilidades gerais tanto psicológicas como físicas podem acometer o paciente. Para tanto a identificação e intervenção precoces possibilitam meios que podem reverter e contribuir para a recuperação deste paciente (MICHELE, 2011).

Casos de desnutrição podem estar vinculados à doença, mas também, a ingestão deficiente de alimentos. Porém tanto a primeira como a segunda podem ser identificadas por meio de avaliações específicas, que irão determinar a medida necessária para intervir no estado nutricional (RASLAN et al., 2008).

Em função do estado de doença, o organismo tende a gastar mais energia, desta forma a Atenção Nutricional deve ser priorizada. Na desnutrição ocorre uma alteração na síntese de aminoácidos, quando estes são usados como fonte de energia, leva a uma diminuição na produção de proteínas. Sendo assim o paciente desnutrido fica ainda mais susceptível a quadros infecciosos, bem como desenvolver depressão e debilidade neurológica (ANDRADE et al., 2005).

A desnutrição hospitalar não somente atrasa a recuperação do paciente, mas precipita a debilidade após a internação deste, além de conferir maior chance de complicações no quadro da doença, o que caracteriza maior permanência de hospitalização bem como chances de óbito (AZEVEDO et al., 2006).

O risco nutricional está vinculado a óbitos associado à determinada doença, em detrimento do estado nutricional do paciente internado. Para tanto uma identificação precoce no intuito de constatar ou descartar possibilidade de risco nutricional, é muito importante, visto que, a condição de doença pode estar relacionada à deficiência nutricional. O risco nutricional é avaliado pela associação nutricional que o paciente se encontra e o grau de doença, por meio das variáveis, IMC, ingestão alimentar referente a última semana antes da internação e perda de peso (RASLAN et al., 2008).

Tão logo identificado o risco nutricional, medidas devem ser tomadas a fim de aplicar intervenções que possam reverter o quadro nutricional, diminuindo as chances do desenvolvimento de desnutrição, que por sua vez traz prejuízos, muitas das vezes, irreparáveis ao paciente. Para identificar as condições nutricionais do paciente, deve-se aplicar a Triagem Nutricional, por meio de questionamentos objetivos ao paciente e/ou aos familiares em resposta de características associadas a dados objetivos como

peso corpóreo, altura, mudanças de peso e doença diagnosticada apontem o estado nutricional (BEGHETTO et al., 2008).

Uma vez detectado risco nutricional deve ser feito a Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG) e por meio de medidas antropométricas verificar, Índice de Massa Corporal (IMC), dobras cutâneas, circunferência do braço, circunferência muscular do braço e percentual de gordura corpórea, verificar grau de desnutrição (FONTOURA et al., 2006).

2.2.1 Desnutrição energético proteica (DEP)

Podendo ser definida como uma doença decorrente de múltiplos fatores, a desnutrição energético-proteica (DEP) é considerada de alta mortalidade. Responsável por alterações fisiológicas na busca por reverter o desprovimento de nutrientes, condiciona o organismo há debilidades que se associam ao quadro de doença principal, levando o paciente hospitalizado a maior tempo de internação, menor chance de recuperação, bem como o surgimento de outras doenças que são causadas por essas alterações (LIMA et al, 2010).

Mediante as dificuldades encontradas na detecção do diagnóstico e no tratamento da DEP, associado à falta de habilidades de profissionais neste âmbito, a Organização Mundial da Saúde (OMS-1999) desenvolveu um manual descrevendo diretrizes para compreensão fisiopatológica e a intervenção da desnutrição grave em crianças nas etapas de internação (BRASIL, 2005).

Apesar de algumas publicações apontarem aspectos positivos após a aderência das diretrizes, muitas dificuldades para aplicar as medidas também foram relatadas. O diagnóstico precoce reflete notável recuperação nutricional e diminui a mortalidade, porém o contrário pode levar há maiores prejuízos nutricionais e aumentar os índices de letalidade, o que afirma estudo realizado com crianças em estado grave hospitalizadas. Verificou-se que 46% foram o percentual de mortes por DEP antes da aplicação das diretrizes caindo para 21% apôs a adesão desta prática (SARNI et al., 2005).

Frente ao diagnóstico de desnutrição energético- proteica a condição de tratamento clínico divide-se em três etapas, período de estabilização ou fase um, fase dois ou etapa de reabilitação, fase três ou acompanhamento ambulatorial. Na fase um o paciente encontra-se imunodeprimido, desta forma deve ser ofertado ao paciente pequenas porções de alimentos, já que o organismo não suporta grandes quantidades, devido às alterações fisiológicas em que se encontra e deve ser suplementado com micronutrientes (FALBO et al., 2006).

Devem ser contabilizadas as recomendações energéticas de acordo com as necessidades de cada paciente, bem como observado o grau de estresse da doença. Neste momento a preocupação inicial deve ser em estabilizar as condições nutricionais e evitar que novos quadros metabólicos sejam desencadeados (LIMA et al., 2010).

No segundo momento também considerado, etapa de reabilitação objetiva-se a reabilitação por meio da recuperação ponderal do paciente, mediante o aporte nutricional alimentar, emocional e motor. Esta fase antecede a alta hospitalar, neste caso deve-se orientar o paciente e responsável por continuar o tratamento domiciliar, bem como adverti-lo do acompanhamento que deve ser seguido em ambulatório. Na etapa do acompanhamento ambulatorial, o paciente deve ser estimulado a continuar o tratamento para garantir total recuperação (FALBO et al., 2006).

2.2.2. Fisiopatologia da desnutrição energético proteica

A desnutrição proteico calórica leva o indivíduo a uma perda generalizada de peso, desta forma, levando a deficiência de macronutrientes e micronutrientes, inclusive vitamina A / E, cobre, magnésio, zinco e selênio, contribuindo para uma queda na imunidade deixando o enfermo desprotegido ao aparecimento de infecções, maior liberação de radicais livres e diminuição da produção de enzimas e proteínas (LIMA et al., 2010).

Das alterações metabólicas desencadeadas por meio da DEP ressaltam-se hipoglicemia, hiperglicemia, diarreia, hipotermia e desidratação. Na desnutrição energética proteica ocorre síntese mais elevada de glicose, por outras vias, o que leva a diminuir os níveis de insulina tornando- a resistente. A produção de glucagon é incitada e ocorre um aumento na epinefrina circulante. Desta forma o organismo

começa a utilizar rapidamente o glucagon, levando o organismo a produzir glicose por meio dos aminoácidos e ácidos graxos circulantes elevando assim a neoglicogênese (ROCHA et al., 2006).

Quadro 1 – Diagnóstico e tratamento da hipoglicemia de pacientes com desnutrição

Sinais clínicos	Vias de administração	Correção da hipoglicemia	Monitoração	Terapia nutricional
Temperatura corporal baixa < 36,5 º C; Letargia Diminuição do nível de consciência, sonolência; Crises convulsivas; Prejuízo motor;	Endovenosa Período crítico (inconsciência ou crise convulsiva)	Ataque 5mL/kg de glicose a 10% Manutenção: Velocidade de infusão da glicose entre 4,6mg/kg/min. Período de estabilidade: Redução da velocidade de infusão.	Teste de glicemia: após 30 minutos de administração da solução. Teste de glicemia: Após 30 minutos de administração da solução.	Iniciar a administração apenas no período de estabilidade, que constitui ausência de convulsão e presença de consciência. Introduzir dieta de 2/2h por 24 horas, inclusive à noite para prevenir hipoglicemia. Manter o esquema por 48 horas ou mais.
	Oral (presença de capacidade de deglutição) Sonda Nasogástrica (dificuldade de deglutição ou inconsciência)	Glicose a 10% Sacarose a 10% Glicose a 50%: 10 mL de solução em água estéril (diluição 1:4)		

Fonte: (LIMA et al., 2010).

Relacionado à hiperglicemia na desnutrição energético proteica, quando os níveis de insulina ficam prejudicados o aumento do cortisol interfere na liberação de ácidos graxos livres limitando assim a ação da insulina, levando a quadros de hiperglicemia. A hipotermia pode estar relacionada a quadros de infecção. A desidratação pode ser reconhecida por sede, hipoglicemia, boca seca, letargia devendo ser suprida esta desidratação assim que percebida (MACÊDO et al., 2010).

Algumas doenças requerem tratamento especial para controlar a desnutrição. No câncer 20 a 40% de óbitos estão ligados à desnutrição, sendo evidenciada também a anorexia e caquexia uma doença relacionada à algumas patologias que demandam um gasto calórico muito elevado. Tais como câncer, AIDS, insuficiência renal crônica, hepatopatias, queimaduras severas, entre outras. Caracterizada pela perda

involuntária do peso tanto de tecido adiposo como de massa magra em pacientes internados a caquexia muitas vezes é comparada a desnutrição, porem na caquexia não existe um reparo para perda da massa corpórea (LOTICI et al., 2014).

2.2.3 Caquexia

O termo caquexia tem origem grega por meio das palavras *Kakos* que significa má e a palavra *Hexis* que significa condição. Alguns sintomas caracterizam a caquexia, entre eles anorexia, alterações no paladar, vômito, dificuldade de absorção intestinal, fraqueza, insensibilidade emocional, diminuição da força física e resposta imunitária, desequilíbrio metabólico, iônico, plasmático e hipotalâmico (SILVA, 2006).

Na caquexia oncológica a perda muscular precoce é evidenciada por alterações no metabolismo acompanhado por anorexia decorrentes do próprio tumor, alterações gastrointestinais e ou o tratamento medicamentoso, radioterapia e/ou quimioterapia. Toda a condição da doença que acomete o indivíduo pode desencadear uma perda ponderal acelerada pelo aumento da presença de mediadores imunológicos para resposta inflamatória e todos os fatores ligados a degradação proteica, por meio de alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas (ARAÚJO et al., 2008).

Em pacientes oncológicos as células cancerosas utilizam preferencialmente glicose como fonte de energia o que leva o indivíduo a um quadro de catabolismo intenso, caracterizando deficiência insulínica. A hipoalbuminemia é evidenciada pela depleção desacertada da proteína, o que leva a dificuldades de reparo tecidual e aumenta a chance de infecções. A utilização inadequada da energia presente no organismo gera uma desordem em todo o metabolismo, seja por déficit no consumo alimentar e/ou todo o desequilíbrio causado pela própria patologia. A caquexia ressalta grande preocupação na intervenção da doença, pois é responsável por aumentar a morbidade e diminuir a sobrevida em pacientes oncológicos (GARÔFOLO et al., 2006).

A ação de antioxidantes associado a nutrientes imunomoduladores contribui positivamente estabilizando o catabolismo e minimizando os prejuízos peroxidativos. Desta forma a utilização dos ácidos graxos ômega-3 e 6 são coadjuvantes no tratamento de pacientes portadores de câncer e caquexia. Aminoácidos como a glutamina, arginina e fibras atuam melhorando a permeabilidade intestinal e o balanço

nitrogenado. Apesar de a glutamina ser um aminoácido presente no organismo, em condições de depleção proteico calórica, fica prejudicado a sua síntese se tornando essencial para o organismo, visto que atua diretamente no sistema imunológico a suplementação se torna fundamental (OLIVEIRA et al., 2011).

Em pacientes críticos portadores de câncer, a dietoterapia deve oferecer o máximo de conforto possível, dietas enterais e parenterais não são consideradas boas opções em casos terminais, já que são consideradas invasivas, porém a equipe médica junto com o paciente e seus familiares define uma terapia que cause o menor desconforto possível para o paciente. A falta de apetite é frequente, por isso oferecer refeições fracionadas em seis partes ao longo do dia em pouca quantidade juntamente com medicamentos para enjoos pode amenizar os sintomas (CORREA, 2007).

A fim de contribuir para uma melhor qualidade de vida, atenuar os sintomas, bem como a perda de peso no paciente com câncer, a equipe multidisciplinar, juntamente com a família e o paciente devem estabelecer uma terapia nutricional relevante ao quadro que se encontra o indivíduo. Pensar no bem-estar do paciente e elevar as chances de sobrevida, por meio de uma conduta consciente, é fundamental para o sucesso concomitante entre terapia medicamentosa e nutricional (CORREA et al., 2007).

Em indivíduos acometidos pelo vírus do HIV, é muito comum o desencadear de inúmeras infecções, já que este paciente vincula um distúrbio por parte do sistema imune. Desta forma torna-se vulnerável ao aparecimento de inúmeras doenças. Além do próprio estado de debilidade por parte da Imunodeficiência, a desnutrição é uma causa comum no paciente soro positivo, e está também leva a uma condição propicia para o aparecimento de outras infecções, devido a contribuir alterando ainda mais a imunidade. Diferentes fatores estão envolvidos na depleção do paciente com AIDS, desde a própria condição de doença até os fármacos administrados (SILVA et al., 2015).

A dietoterapia do paciente com AIDS deve ser pensada de forma ampla, possibilitando a este, diversidade na escolha dos alimentos, a fim de contribuir para uma ingesta maior das refeições, já que a condição de doença é um limitador para o apetite, bem como os fortes medicamentos que são usados. O uso de antioxidantes como Zinco, selênio, vitaminas A, E, C e B bem como suplementação proteica são alguns dos

cuidados coadjuvantes na nutrição do paciente soro positivo que além de auxiliar diminuindo a ação das doenças oportunistas são determinantes na resposta imunológica (GARCIA; QUINTAES; LEANDRO, 2012).

Na insuficiência renal crônica, os fatores que influenciam no desenvolvimento da caquexia, não estão ligados diretamente à gênese da doença, porém as alterações hormonais entre estas, comprometimento da vitamina D, aumento do gasto calórico, reposta inflamatória, acidose metabólica são determinantes da caquexia, na insuficiência renal crônica. Enquanto tratamento conservador, a terapia nutricional almeja desacelerar o ritmo da enfermidade, bem como diminuir o excesso de ureia e controlar as alterações metabólicas e hormonais, atenuar ou corrigir deficiências nutricionais. É recomendada a prescrição de 0,6 a 0,8g/dia de proteína por kg sendo 50% de alto valor biológico para pacientes não dialíticos, aqueles que estão com filtração comprometida a 30 ml/min. devem ser submetido a uma dieta hipoproteica (0,3 g/ dia por kg). Suplementação de cetoácidos e aminoácidos essenciais complementam essa necessidade (HORTEGAL et al., 2015).

Na insuficiência cardíaca, fatores que levam a caquexia não estão bem esclarecidos, portanto, alguns fatores podem ter ligação ao desenvolvimento desta. A diminuição do sal nas preparações pode levar a um menor consumo alimentar, medicamentos podem levar a sintomas tóxicos, causando enjoos, vômitos e anorexia, o Captopril um inibidor da enzima que converte a angiotensina tende a modificar o paladar e intensificar a anorexia. A depleção do zinco em detrimento ao uso de constante de diuréticos, também pode influenciar na perda do apetite, bem como a diminuição nos níveis de potássio levar a obstipação intestinal entre outros fatores.TNF-α e outros citocinas mediadores inflamatórios, acompanhados de outros fatores podem induzir a caquexia nesta patologia (OKOSHI et al., 2013).

Entre várias doenças que a caquexia pode estar relacionada, à grandes queimaduras nestes casos ocorre um aumento do gasto energético, perda de nitrogênio, desnutrição e sistema imune prejudicado um conjunto de fatores que leva à uma condição desfavorável ao processo de cicatrização, e também o desencadear de outras infecções. Portanto além de uma dieta rica em proteínas e energia, a suplementação com glutamina é recomendada. Desta forma pode-se verificar a importância de uma avaliação nutricional minuciosa, afim de contribuir para melhor

adequação de dietas que venham diminuir as alterações metabólicas bem como desacelerar o processo de doença. (PADOVESE et al., 2013).

2.3 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A realização de avaliação nutricional por meio de medidas antropométricas é um método viável e simples de ser aplicado, podendo ser utilizado à beira do leito, quanto profissional bem treinado. Para aferir a altura de um paciente que está deambulando, usa-se um estadiômetro ou antropômetro (usado para pacientes deitados). Para uso do estadiômetro o paciente deve ficar em pé, descalço calcanhares juntos, ereto e braços estendidos ao lado do corpo. Em caso de impossibilidade de se usar o método convencional, usa-se a altura do joelho, por meio da fórmula para homens [64,19 – (0,04x idade) + (2,02 x altura do joelho em cm) e para mulheres = [84,88 – (0,24 x idade) + (1,83 x altura do joelho em cm)] (MARTINAZZO et al*.,* 2013).

Para verificar o percentual de peso corporal na sua totalidade, deve-se aplicar a fórmula % AP = (PA-PH) / (PH x 100), a fim de aferir o peso alterações de peso. Por meio da fórmula IMC = peso (kg) /altura^2 (m$^{2)}$. Por meio das circunferências, pode-se verificar massa adiposa, tamanho ósseo e massa magra. Pregas cutâneas aferem percentual de gordura, e a prega mais utilizada é a PCT, pois é a área de melhor aferição de gordura (OLIVEIRA et al., 2008).

Dos exames laboratoriais realizados em pacientes hospitalizados os mais requeridos são níveis de colesterol sérico, creatinina, ureia bilirrubina, glicose, albumina e balanço nitrogenado. A albumina é utilizada como marcador de desnutrição e resposta inflamatória, quando os níveis estão abaixo de 3.5 g d/l pode caracterizar desnutrição (FONTOURA et al., 2006).

Dentre as múltiplas formas de Avaliação Nutricional, não existe nenhuma que seja totalmente diagnóstica, quando usada de forma isolada. Deste modo, torna-se indispensável o uso de um conjunto de ações de análise que possam identificar o diagnóstico Nutricional do paciente. Por meio de medidas antropométricas, registro alimentar, dados bioquímicos e clínicos e um olhar preciso, são importantes meios para auxiliar o profissional que busca uma resposta do quadro nutricional do paciente internado (DUCHINI et al., 2010).

Os sinais clínicos podem refletir entre outras questões, a deficiência de nutrientes, por possível forma inadequada de alimentação. A pele, mucosas, cabelo e olhos são marcadores importantes na detecção de doenças relacionadas à carência de vitaminas, apesar de não ser tão eficaz quando esta carência não está tão alterada (SAMPAIO, 2012).

Porem em determinadas deficiências nutricionais os marcadores supracitados têm influência impactante. O bócio endêmico caracterizado pelo aumento da glândula tireóide, devido carência de iodo, raquitismo, xeroftalmia pela falta de vitamina A e pelagra são algumas patologias referentes a carência de nutrientes, que podem ser juntamente com outros métodos avaliativos, detectadas (RASLAN et al., 2008).

A história alimentar deve ser analisada nas primeiras 24 horas da entrada do paciente à internação, por meio de anamnese alimentar. Este registro é importante para demarcar os hábitos alimentares do paciente, bem como a quantidade e fracionamento referente ás refeições rotineiras. O exame físico tende a completar o histórico alimentar e clínico do paciente. O paciente deve ser examinado de forma cuidadosa e ampla, verificando desde a cabeça até os pés (SAMPAIO, 2012).

Quadro 1- Região do corpo e características a serem examinadas (continua)

Região examinada	**Característica (s) a ser (em) avaliada (s)**	**Características em condições normais**
Cabelo	Coloração, brilho, quantidade, espessura, hidratação ocorrência de alopecia.	Brilhantes, firmes e difíceis de arrancar, aparência normal e espessa, crescimento normal, macios ao tato e coloração adequada.
Face	Presença de edema ou depleção (sinal de chave exposição do arco zigomático). Palidez atrofia unilateral ou bitemporal, exausto, cansado, não consegue manter os olhos abertos por muito tempo, aparência deprimida, triste, pouco diálogo.	Bom Estado Geral, sem sinais de depleção ou edema.
Olhos	Aspecto, cor das mucosas e membranas, sinais de excesso de nutrientes – xantelasma, arco córneo lipídico, sinais de deficiência de nutrientes: desnutrição olhos escavados, escuros e flacidez ao redor, hipovitaminoses – xeroftalmia, nictalopia, etc.	Brilhantes, membranas róseas e úmidas, sem manchas e boa adaptação visual no escuro.
Lábios	Coloração da mucosa, presença de lesões decorrentes de hipovitaminoses.	Lábios macios e sem inflamações.

Quadro 1- Região do corpo e características a serem examinadas (continuação)

Região examinada	Característica (s) a ser (em) avaliada (s)	Características em condições normais
Língua	Coloração, integridade papilar, edema, espessamento.	Língua vermelha, sem edema, com superfície normal e paladar preservado
Gengivas	Edema, porosidade e sangramento	Ausência de sangramentos e edema.
Peças dentárias	Peças dentárias Presença de cáries, ausência de peças dentárias, uso de prótese (bem adaptada ou não), alterações em função de excesso ou escassez de nutrientes.	Arcada dentária íntegra, sem ausência de peças dentárias ou uso de prótese bem adaptada não ocasionar comprometimento da mastigação.
Pele	Cor, pigmentação, integridade, turgor, presença de edema, brilho e temperatura, manifestações decorrentes de deficiência ou excesso de nutrientes.	Cor uniforme, lisa, aparência saudável, turgor preservados ou compatíveis com a idade (no caso de idosos).
Unhas	Unhas Forma, ângulo, coloração, contorno, rigidez e presença de micoses.	Uniformes, arredondadas, lisas e firmes
Abdome	Quanto à rigidez: flácido ou tenso; quanto ao volume: distendido, plano, globoso ou escavado; quanto à presença de gases: poucos gazes (normal), maciez (quando há tumor) ou timpânico. Ausência das alterações referidas.	Ausência das alterações referidas.
Sistema nervoso	Perdas do controle na contração ou parestesias.	Ausência das alterações referidas
Condição hídrica	Desidratação ou edema.	Ausência das alterações referidas.

Fonte: (Bevilacqua apud Martins 2008). (Conclusão)

Além do exame físico, exames laboratoriais são indispensáveis para detectar carência nutricional, entre outros, fatores que demandam um acompanhamento específico e necessário para evolução tanto na recuperação da saúde, como na manutenção e recuperação desta. Para isto, se faz necessário a atuação de profissionais que trabalhem em equipe em um só objetivo que é o paciente e possibilitar uma melhor condição na sua hospitalização (LIMA; MELEIRO, 2013).

2.4. EQUIPE MULTIDICIPLINAR

A Terapia Nutricional caracteriza-se por várias condutas terapêuticas que buscam a recuperação ou manutenção do estado nutricional, no caso de pacientes em estado de impossibilidade de realizar a ingesta alimentar por via oral, decorrentes do estado de doença presente. Estas terapias estão representadas na forma de Nutrição Enteral (NE) e Nutrição Parenteral (NP), ambas regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da resolução Nº63/200 e pela Portaria SVS/MS Nº 272/1998 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

A terapia nutricional é realizada através da Equipe Multidisciplinar que deve ser composta por no mínimo um profissional de cada categoria, entre esses, Médico, Farmacêutico, Nutricionista e Enfermeiro ou outros profissionais habilitados para desempenhar a prática em Terapia Nutricional (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000).

Na dieta Enteral, a distribuição energética é composta por carboidratos, lipídeos, proteínas, fibras, eletrólitos, vitaminas e minerais, tem o objetivo de atender as demandas energéticas que o paciente necessita, em condições especiais de internação, normalmente em desnutrição grave, alterações no sistema digestório, entre outras enfermidades que requerem tal cuidado (PEIXOTO, 2015).

A administração da dieta enteral é feita por meio de quatro vias, por via nasogástrica ou orogástrica a sonda é introduzida pelo nariz (nasogástrica) ou pela boca (orogástrica até o estomago. Por via nasoentérica (pelo nariz) ou oroentérica (pela boca) a sonda passa pela boca ou pelo nariz até o intestino delgado. Por gastrostomia, a sonda é introduzida através de cirurgia diretamente na região do estomago ou por via endoscópica. Por via de jejunostomia, a sonda é introduzida por cirurgia ou de forma endoscópica diretamente no intestino delgado (ROSÁRIO et al., 2002).

A nutrição enteral pode ser realizada por meio das formas intermitentes ou contínua, de acordo com a necessidade do paciente. Quando na forma intermitente é introduzida 250 ml de cinco a oito vezes ao dia podendo ser realizada através de Bolus com auxílio de uma seringa de 50 ml e não deve ultrapassar 20 ml por minuto, afim de evitar alterações digestivas durante a administração, ao final do procedimento deve-se injetar 20ml de água para limpar a sonda. Ainda na forma intermitente a administração pode ser do tipo gravitacional através de um frasco suspenso na forma

de gotejamento o que permite uma introdução mais lenta do que na forma de bolus, o que pode ser suportado melhor. O gotejamento deve ser calculado para não ultrapassar uma hora de administração (FELIPE; LONGARETTI, 2011).

Outra forma de administração por via enteral é de forma contínua através de gotejamento por bomba de infusão, por períodos de 12 a 24 horas, dependendo do estado do paciente, deve o frasco ser suspenso 60 cm da cabeça do paciente. No caso de paciente acamado para receber dieta enteral na forma intermitente por bolus, este deve ter a cabeceira elevada em 30 a 45 graus durante todo o procedimento e após, deve permanecer nesta posição de 20 a 30 minutos, o mesmo procedimento deve ser adotado para administração da forma contínua, porem deve permanecer nesta posição durante toda a administração (ROSÁRIO et al.,2002).

Nos hospitais a dieta enteral, normalmente é industrializada para evitar contaminação e por ter o aporte energético necessário para cada quadro de enfermidade e condição metabólica, sendo assim pode ser encontrada em forma de sistema fechado ou aberto, podendo ser líquida ou em pó, no caso de dietas no sistema fechado, estas já estão prontas para serem usadas e deve-se somente conectar o equipo no frasco da dieta. No caso do sistema abertos, as dietas líquidas devem ser transportas para um frasco descartável (FELIPE et al., 2011).

A nutrição parenteral (NP) é recomendada quando as vias de acesso para realizar a dieta Enteral encontram-se impossibilitadas para passagem da sonda e recebimento da dieta, no caso de subnutrição, em pós-operatórios, em casos críticos de estresse metabólico ou em casos de complementação da dieta oral ou Enteral (CASTRÃO et al., 2009).

No caso de pacientes críticos, normalmente desnutridos ocorrem uma série de modificações hormonais, afim de que o organismo mantenha a homeostase, o que leva a uma condição de catabolismo proteico, intolerância à glicose, entre outros fatores, além de estar mais propício a um quadro infeccioso é mais difícil a cicatrização, devido perda proteica. Apesar de o suporte nutricional não ser suficiente para reverter um quadro de proteólise, gliconeogênese e lipólise decorrentes do estresse metabólico, normalmente desencadeados nessas condições, essa oferta de nutrientes pode contribuir para amenizar decorrências resultantes do catabolismo excessivo (FERREIRA, 2007).

O acesso da nutrição parenteral (NP) é por via venosa, pode ser definida por curto prazo (15 dias), a partir desse prazo é considerada de longo prazo, quando é indicado o cateter central. O acesso, o prazo, o tipo de terapia vai depender do estado do vaso, coagulação, e das condições clínicas gerais do paciente. A punção central é vista como melhor forma de prevenir infecções e promove mais conforto para o paciente. Seguindo a ordem preferencial a punção subclávia, jegular e femoral (SERPA et al., 2010).

O acesso parenteral (NP), por via periférica é utilizado no caso de uso domiciliar, em casos de pacientes traquiostomizados, riscos por punção central ou distúrbios de coagulação. Porem essa via tem maior chance do aparecimento de infecções, quando relacionado ao acesso venoso central (SECOLI et al., 2008).

A via de administração para o recebimento de nutrientes, por nutrição parenteral (NP), é considerada invasiva, portanto cuidados desde a inserção do cateter, até sua manutenção e trocas devem ser criteriosamente executados, seguindo todas as regras de higienização e assepsia para evitar infecção proveniente de bactérias nessa condição favorável para disseminação (BOVENTO, 2010).

Diversas complicações estão sujeitas com a administração da nutrição parenteral (NP), como pneumotórax (entrada de ar na pleura), embolia gasosa, embolia por cateter, localização inadequada, lesão da artéria e lesão do ducto torácico. Após a inserção do cateter, podem ocorrer algumas interferências como, obstrução do acesso venoso, trombose e erupção do cateter por incidente (CALIXTO et al., 2010).

Muita polêmica gira em torno do tipo de terapia que devem ser administradas nos hospitais, enquanto uns defendem a dieta oral (VO), outros argumentam sobre a dieta Enteral (TNE) e ainda existem profissionais que acreditam que a via parenteral (TNP) seja a mais eficaz em alguns casos, essas discussões são muito frequentes, entre os profissionais responsáveis pela Terapia Nutricional. Porém uma aproximação com o paciente e os familiares, levando em consideração os fatores que integram este paciente, pode se chegar a uma conduta que responda melhor a proposta de tratamento (CORRÊA et al., 2007).

As dietas enterais podem estar associadas às dietas convencionais, como um suporte para atender melhor a necessidade nutricional. Alguma debilidade também pode

interferir no consumo convencional seja na mastigação, deglutição, absorção entre outros fatores que podem comprometer a ingestão do paciente (CUNHA et al, 2015).

2.5 TIPOS DE DIETAS

Quando se fala em dieta hospitalar, entende-se que esta poderá ser realizada através de algumas vias, o que irá depender do quadro fisiológico, metabólico e mecânico do paciente, visto que, todos estes fatores têm ligação com a ingestão, absorção e deglutição do paciente internado. E através de uma avaliação minuciosa constatar o melhor manejo para a administração da dieta (FERREIRA, 2007).

Uma forma terapêutica de entender a alimentação é por meio da dietoterapia como coadjuvante mantedora e restauradora da saúde, levando em consideração o tipo de doença, o estado emocional, físico e nutricional de cada paciente hospitalizado. A alteração qualitativa e quantitativa levando em consideração, a textura, distribuição calórica, temperatura, porção e restrições de nutrientes são bases para padronização das dietas hospitalares (DIAS et al., 2009).

A padronização de dietas hospitalares visa garantir uma alimentação segura, menor tempo de preparo e distribuição destas refeições, bem como execução de treinamento de pessoal, tendo como objetivo final um melhor atendimento ao paciente internado (ISOSAKI et al., 2009).

As dietas ofertadas por via oral podem ser classificadas como normais, modificadas ou especiais. Quando normal pode ser livre, branda, líquida, líquida pastosa e pastosa, a geral não tem alteração de nutrientes podendo, esta distribuição energética ser normoglicídica, normoproteica e normolipídica, administradas através de cinco a seis refeições diárias, e de acordo com as necessidades de cada paciente (WAITZBERG, 2009).

Para pacientes sem restrições de alimentos e textura é prescrita dieta livre. Sua distribuição energética pode ser normocalórica, normoglicídica, normoproteica e normoglicídica, deve atender as necessidades nutricionais do paciente além de contribuir para o restabelecimento e manutenção da saúde desde (ALVES et al., 2011).

As dietas modificadas sofrem alterações químicas, físicas e organolépticas desde a temperatura, fracionamento, volume, com isenção de algum nutriente ou modificação no valor energético. Cada alteração segundo parecer do médico e/ou nutricionista, dependendo da patologia, condições mecânicas para deglutir e/ou mastigar os alimentos, entre outras (HERMES et al., 2012).

Especiais são denominadas dietas que irão atender a diferentes condições metabólicas resultantes de cada patologia. Algumas servem como preparação para execução de exames, outras para acelerar o trânsito gastrointestinal ou atrasar o mesmo, servem ainda para realizar exames que modulam o diagnóstico e controlam o estado clinico do paciente (FERREIRA, 2007).

A dieta branda contempla alimentos bem cozidos e firmes, porém evitam-se alimentos crus, como saladas e frutas duras. É indicada no caso de restrição de fibras e gorduras, em pós-operatórios, para facilitar a digestão, ou ser usada na transição para uma dieta livre, segue todos os parâmetros de uma dieta livre, sendo modificada somente a textura não tendo necessidade de triturar os alimentos, porém a escolha por alimentos mais macios (FURKIM, 2008).

Pastosa é o tipo de dieta que é apresentada na forma de purês ou batida, é indicada para pacientes com dificuldade de deglutição e/ou mastigação. Deve apresentar uma consistência semilíquida, quanto à distribuição, deverá ser normocalórica, normoglicídica, normoproteica e normoglicídica. A fim de evitar desnutrição, deve ser administrada por um período pequeno, pois é carente de nutrientes (WAITZBERG, 2009).

Na forma líquida pastosa essa dieta tem a finalidade de diminuir a atividade do trânsito gastrointestinal, auxiliar na função gástrica, caso haja alteração, contribuir no caso de problemas para deglutir e/ou mastigar, na ofiofagia e caso haja risco de aspiração. Deve ser hipocalórica, normoglicídica, normoproteica e normoglicídica de forma processada ou em consistência de purês, evitando fibras (FERREIRA, 2007).

A dieta líquida que deve ser apresentada totalmente liquidificada e com baixo teor de fibras, tem por objetivo hidratar e nutrir o paciente, auxiliar no descanso gastrointestinal. É indicada no caso de deficiências na deglutição, pré e pós-operatório e na introdução de dieta oral, pós Enreal. Deve ser hipocalórica, hipoproteica, normoglicídica e hipolipídica (MATTEDE et al., 2015).

Quando líquida sem resíduos esta dieta é composta por alimentos totalmente liquidificados e coados com baixo teor de fibras. Tem a finalidade de hidratar e nutrir e oferecer repouso gastrointestinal e é indicada para preparo de exames e pré e pós-operatório, com característica hipocalórica, hipoproteica, hipoglicídica e hipolipídica. Esta dieta deve ser livre de lactose, sacarose e fibras (HERMES, 2010).

De forma líquida restrita a dieta deve ser livre de fibras, tem o objetivo de hidratar os tecidos, promover descanso no trato gastrointestinal e saciar a sede. Indicada no preparo de exames e pós-operatório. Apresenta-se com característica hipocalórica, hipoproteica, hipoglicídica e hipolipídica (MATTEDE et al., 2015).

A dieta Laxante segue um padrão com o fim de promover agilidade intestinal, no caso de pacientes com constipação intestinal por isso, deve ser rica em fibras e restringir a ingestão de alimentos constipantes, como caju, goiaba, banana e batata cozida. Sua distribuição energética deve ter característica normocalórica, normoproteica, normoglicídica e hipolipídica (FERREIRA, 2007).

Dietas constipantes, devem ser oferecidas por meio de alimentos que venham contribuir para melhorar quadros diarreicos, sendo constituída de fibras solúveis e restrito alimento como mamão, abóbora, laranja, feijão, manga, saladas cruas e beterraba. Deve ter característica normocalórica, normoproteica, normoglicídica e hipolipídica (ALVES et al., 2011).

Para pacientes com Insuficiência renal, alguns nutrientes e minerais são restritos com a finalidade de amenizar os sintomas da doença, proteger a função renal, manter os níveis dos minerais no sangue. Pode ter qualquer textura, porem restrita à potássio, sódio, fósforo e proteína, devendo ser evitados alimentos, como folhosos verdes escuros, batata, leites e derivados, banana, laranja e carne vermelha. Teve ser normocalórica, normoproteica, normoglicídica e hipolipídica. (COSTA et al., 2003).

A dieta para portadores de Diabetes Melito tem por objetivo auxiliar no controle da glicemia para evitar hipoglicemia e hiperglicemia, diminuindo os sintomas da patologia, para tanto deve ter baixo teor de carboidrato simples proibido açúcar, pão doce, junção de carboidratos que elevam a carga glicêmica, entre outros. A adição de fibras na dieta também deve ser fator relevante, pois ajuda a diminuir a carga

glicêmica. Deve ter característica normocalórica, normoproteica, hipoglicídica e normolipídica (GRILLO et al., 2007).

Para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), deve ser pensada uma dieta que vá favorecer a preservação da força muscular e a função respiratória, devido ao desequilíbrio hídrico nestes pacientes a ingestão de líquidos deve ser controlada. Observar o impacto das mediações que possam interferir na absorção dos nutrientes e o contrário também. A distribuição energética deve ser Normocalórica, normoproteica, normoglicídica e normolipídica. A ingestão de carboidrato simples deve ser diminuída (BRASIL, 2004).

Dietas hipossódicas são destinadas á pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial e hipernatremia. Além de suprir as necessidades nutricionais deve contribuir diminuindo os sintomas da doença controlando a pressão arterial, a quantidade de sal das preparações deve ser diminuída e proibida o uso de produtos industrializados, como temperos prontos e enlatados. A distribuição energética deve ser normocalórica, normoproteica, normoglicídica e normolipídica (VERRENGIA et al., 2013).

Caracterizadas assódicas estas refeições devem ser isentas de sal. São indicadas para casos de Hipernatremia e pacientes que necessitem da exclusão total de sódio nos alimentos, a fim de diminuir os sintomas. A distribuição energética deve ser normocalórica, normoproteica, normoglicídica e normolipídica, proibido uso de temperos prontos e alimentos industrializados (MATTEDE et al., 2015).

Nos casos de doença hepática a dieta deve ter restrição de sódio e gorduras, seguindo uma distribuição energética normocalórica, normoglicídica, normoproteica e hipolipídica, que tem objetivo de diminuir os sintomas da doença, bem como nutrir o paciente (ALVES et al., 2011).

Em pacientes neutropênicos, para evitar contaminação por manipulação, não devem ser ofertados alimentos crus, como salada crua, frutas cruas e embutidos fatiados, pois essa dieta é indicada para pacientes imunossuprimidos. A distribuição energética deve ser normocalórica, normoproteica, normoglicídica e normolipídica (OLIVEIRA, 2007).

Dieta para Vegano é destinada para pacientes que não ingerem nenhum alimento de origem animal, sua distribuição energética segue os padrões de uma dieta normal,

porem por costume e escolha do paciente não deve ser ofertado carnes, ovos, leites e derivados, gelatina e geleia de mocotó (BAENAI, 2015).

Para ovolactovegetariano a dieta segue um padrão sem peixes e carnes e sem quaisquer ingredientes de origem animal. Deve ser ofertada por respeito ao hábito alimentar, assim como no caso da dieta para Vegano com distribuição energética normocalórica, normoproteica, normoglicídica e normolipídica (MIRANDA, et al., 2013).

Dieta isenta de látex é indicada para pacientes alérgicos ao látex, por isso alimentos provenientes de enzimas ou proteínas semelhantes ao látex ou embalados por esse material devem ser evitados, a fim de se evitar o desencadear de um quadro alérgico. Alimentos como banana, abacate, melão, pêssego, mamão papaia, kiwi, noz e tomate não podem ser oferecidos. Segue a mesma distribuição energética da dieta normal (SÁ et al., 2010).

Isenta de glúten, esta dieta destina-se a pacientes com alergia a proteína do trigo, cevada, aveia e centeio. Além de suprir necessidades nutricionais do paciente deve diminuir os sintomas da doença e evitar quadros alérgicos. A distribuição energética deve ser normocalórica, normoproteica, normoglicídica e normolipídica (KORN, 2012).

Dieta isenta de lactose é indicada para diminuir desconforto gastrointestinal em pacientes com intolerância a lactose, devem ser restritas de leite e derivados, seguindo uma distribuição energética normocalórica, normoglicídica, normoproteica e normolipídica (FERNANDES, 2015).

Dieta hipercalórica é indicada para pacientes que necessitam de um maior aporte calórico, que objetiva além de suprir as necessidades energéticas, recuperando o estado nutricional do paciente, sendo assim a distribuição dos macronutrientes deve ser hipercalórica, normoglicídica, normoproteica e normolipídica (COUTINHO, 2015).

Hiperproteicas são dietas destinadas à pacientes com deficiência de proteínas, não sofre alteração de nutrientes, porem deve ter um maior teor de proteína de acordo com cada necessidade, a fim de recuperar essa carência. Portanto deve ser normocalórica, hiperproteicas, normoglicídica e normolipídica (SALUM et al., 2012).

As dietas ofertadas para pacientes que passaram por cirurgia bariátrica, devem ser líquidas restrita contemplando sucos coados de frutas não ácidas e chás com

adoçante. A distribuição energética deve ser hipocalórica hipoproteica, hipoglicídica e hipolipídica (BONAZZI et al., 2012).

Dieta pastosa para proctologia é indicada após cirurgia de intestino com a intenção de nutrir e contribuir para o restabelecimento desta porção gastrointestinal, esta dieta deve ser livre de alimentos constipantes e com características normocalórica, normoproteica, normoglicídica e normolipídica (NETTO et al., 2008).

Com o passar dos anos a alimentação tem tomado espaço como coadjuvante na recuperação de pacientes internados. Desta forma os profissionais desta área têm esboçado mais cautela em ofertar alimentos que além de saciar a fome tenha impacto nutricional da vida do paciente internado. Entre as competências do nutricionista se torna fundamental, conversar com o paciente, interagir a fim de conhecer seus hábitos alimentares com intuito de melhor atender suas necessidades (FERNANDES, 2015).

2.6 RESPONSABILIDADES DO NUTRICIONISTA CLÍNICO

Compete ao profissional nutricionista na clínica hospitalar a realização ou o treinamento para execução da triagem de risco nutricional, que irá apontar quais as respectivas medidas deveram ser tomadas em relação aos dados relatados. Essa triagem pode ser feita por meio de Avaliação Nutricional subjetiva global (ANSG) ou por métodos subjetivos e/ou objetivos. Métodos objetivos podem ser realizados através da circunferência de braço (CB), exames de albumina sérica, contagem de linfócitos (CTL). Métodos subjetivos são realizados através de indicadores físicos, sintomas e sinais clínicos (MARCADENTI et al., 2011).

A Avaliação Nutricional Subjetiva Global é um método muito utilizado na prática clínica, pois além de ser de fácil aplicação, não é considerado invasivo e consiste através dos dados de alterações funcionais e composição corporal, juntamente com outros indicadores identificar grau de desnutrição e risco nutricional pacientes. Tem um baixo custo, e pode ser realizada a beira do leito, devendo ser feita até três dias após a entrada na internação (BARBOSA et al., 2002*).*

Os métodos objetivos podem ser avaliados por meio de antropometria da Circunferência do Braço (CB), pode ser realizada em pacientes acamados e tem o objetivo de ponderar a proteína somática e tecido adiposo, que resulta da soma das

áreas que formam o tecido ósseo, muscular e adiposo do braço. A albumina sérica também é um tipo de marcador objetivo, que tem a função de equilíbrio oncótico e encaminhar diversas substâncias no sangue, níveis representando entre 2,0 e 2,5 g/dl podem estar relacionados ao estado nutricional e grau de doença hipoalbuminemia representa risco nutricional e causa de morte. A Contagem Total de Linfócitos (CTL) também é um tipo de marcador objetivo na avaliação nutricional, que mede a condição imunológica do paciente (SAMPAIO et al., 2011).

Dentre os vários tipos de avaliação nutricional usadas no âmbito hospitalar, nenhum método deve ser utilizado isoladamente, cada condição de hospitalização irá demandar os tipos mais eficazes e necessários para se chegar ao diagnóstico relacionado à condição de doença do paciente (OLIVEIRA et al., 2008).

O nutricionista é o responsável legal capacitado para introduzir educação nutricional no ambiente hospitalar, porém dificilmente esse fato ocorre, na maioria das vezes, por sobrecarga das funções desempenhadas por este profissional na clínica hospitalar e Unidade de Alimentação e Nutrição. Observa-se também uma diluição das áreas levando este profissional a desempenhar funções mais específicas, dentro do contexto hospitalar (DEMÉTRIO et al., 2011).

No ambiente hospitalar a Unidade de Alimentação e Nutrição é a responsável por favorecer em conjunto com os demais cuidados, benefícios coadjuvantes na recuperação e manutenção da saúde de indivíduos enfermos além de fornecer alimentação não inferior para as pessoas sadias que compõem este mesmo ambiente. Porém a população hospitalizada necessita de um maior cuidado e atenção (SOUSA, 2003).

2.7. UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALAR

Unidade de Alimentação e Nutrição é o ambiente adequado para preparação, manipulação e distribuição de refeições de forma segura. As operações são executadas através de procedimentos padronizados, no qual, manipuladores, estoquistas, cozinheiros e todos os funcionários envolvidos, desde o recebimento de mercadorias até o preparo e distribuição destas refeições, estejam capacitados e engajados para prestarem um serviço de qualidade em todos os Âmbitos que

abranjam o serviço de alimentação, respeitando os aspectos estabelecidos por lei que demandam este serviço (FONSECA, 2012).

A RESOLUÇÃO - RDC N° 216, DE 15 DE SETEMBRO DE 2004, dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Onde estão claramente especificadas todas as normas para execução, manipulação, instalações, edificações, dimensionamento, utensílios, medidas de controle, entre outros fatores que devem compor as unidades de alimentação e Nutrição, com o objetivo de implantar procedimentos de Boas Práticas para serviços de alimentação no intuito de garantir as condições higiênico-sanitárias do alimento preparado (BRASIL, 2004).

Em relação ao ambiente hospitalar, sabe-se que as condições higiênico-sanitária requerem maior rigor não somente no preparo do alimento, mas em tudo que envolve sua preparação e distribuição, pois um dos maiores condutores de microrganismos é o alimento, seja por inadequada manipulação, falta de desinfecção de utensílios, bancada e/ou do próprio manipulador. Portanto a vigilância em relação aos procedimentos corretos é crucial, quanto maior o cuidado menos microrganismos estarão disponíveis nestes alimentos, é sabido que indivíduos hospitalizados se encontram normalmente, com baixa imunidade, o que favorece possibilidade ainda maior de toxinfecção por alimentos contaminados (FARIAS et al., 2011).

A padronização das dietas é uma forma de organização e melhor compreensão para as pessoas envolvidas não somente na preparação, mas na distribuição destas refeições, saber a relação da doença com a dieta prescrita, no intuito de desenvolver uma rotina pela qual a repetição acaba por treinar o indivíduo, nas realizações destas tarefas que demandam conhecimento, para que não aja erro não somente na preparação como na distribuição, sabe-se que o alimento pode ajudar na recuperação, porem um alimento que esteja restrito a um paciente, pode causar sérios danos (PEREIRA et al., 2012).

As fichas técnicas de preparação são outras ferramentas desenvolvidas por nutricionistas gestores da Unidade de Alimentação e Nutrição, com o intuito de padronizar as receitas executadas, em um formato que qualquer profissional possa compreender e desenvolver, obtendo o mesmo resultado. Além de ter por escrito o tempo de preparo da refeição, distribuição energética, ingredientes, quantidades, valor da refeição, por pessoa, quantidade per capta para consumo, entre outras

informações que facilitam o controle de estoque, bem como rendimento e tempo (AKUTSU et al., 2005).

Em uma Unidade de Alimentação e Nutrição o profissional nutricionista é o responsável, juntamente com a equipe de nutrição clínica, pelo desenvolvimento do cardápio das dietas e também pelo do cardápio dos funcionários, este não menos importante que o cardápio referente aos pacientes internados. O cardápio deve ser elaborado mensalmente, de acordo com os costumes locais, safra dos alimentos, recomendações nutricionais, custos, preferências dos funcionários, condições de preparo, seguindo o eixo principal de uma UAN que é oferecer uma refeição adequada e segura (VANIN et al., 2007).

O papel do profissional Nutricionista na área de saúde coletiva demanda atividades importantes dentro deste seguimento. Abrangendo desde a escolha do fornecedor, até todas as etapas da produção do alimento, por meio de planejamento, direção, organização, supervisão e avaliação do serviço de Alimentação (ABRANCHES, 2015).

Os cardápios devem ser elaborados e avaliados, de acordo com o perfil alimentar dos comensais e região na qual está instalada a UAN. A seleção dos fornecedores deve seguir critérios de planejamento, supervisão e coordenação, a fim de que esta atividade ofereça segurança na confecção do alimento, bem como sua recepção e armazenamento (BOOG, 2008).

Cálculos de rendimento, custo e valor nutritivo das preparações devem ser mensurados, e atividades de pré-preparo, execução, distribuição e transporte das refeições devem ser supervisionados e coordenados, bem como o controle das preparações por meio de fichas técnicas. No caso de haver Programa de Alimentação do trabalhador (PAT) implantado, este deve ser supervisionado pelo Nutricionista (ABRANCHES, 2015).

No que tange a educação nutricional dentro de uma UAN, esta deve ser realizada, por meio de programas de educação Nutricional e Alimentar no intuito de alcançar, todos que se alimentam no local em questão, bem como, deixar explícito o envolvimento de todas as partes envolvidas no serviço de Alimentação, na promoção desta (CAMPOS et al., 2009).

Algumas ações que visam garantir a qualidade higiênico-sanitária do estabelecimento, também devem ser implantadas e elaboradas pelo profissional Nutricionista. Entre estas ações, estão o desenvolvimento de POPS (Procedimento Operacional Padronizado), o Manual de Boas Práticas e todo o aparato que a legislação vigente disponibiliza para o estabelecimento implantar medidas de controle de qualidade (SOUZA, 2009).

Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) são documentos que descrevem detalhadamente qualquer atividade operacional, realizada a partir de uma Unidade de Alimentação e Nutrição, a fim de obter um alimento preparado de forma segura. A prescrição de cada operação a ser realizada, como forma de higienização correta, até cortes de carnes podem ser padronizados em forma de documento, conforme supracitado (FRANTZ et al., 2009).

O Manual de Boas Práticas é um documento elaborado pelo nutricionista responsável pela UAN, de acordo com o CFN, por meio da Resolução 380/2005. Este documento é de acesso livre e nele, devem ser descritas todas as operações desenvolvidas pelo estabelecimento de acordo com as necessidades mínimas higiênicos sanitárias que o mesmo exija, em concordância com o estabelecido na lei RDC 216/2004 (KRAEMER, 2007).

Para que aja uma resposta positiva ao serviço prestado por Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) é necessário se pensar, entre outros fatores, em uma estrutura física bem elaborada e planejada de acordo com a Portaria CVS-6/99, de 10.03.99. Observando a demanda de refeições que serão produzidas neste ambiente, bem como o dimensionamento de funcionários adequado para execução de todo o trabalho de acordo com os padrões técnicos estabelecidos por lei (BRASIL, 2004).

2.7.1 Gastronomia hospitalar

Estudos recentes discorrem sobre a gastronomia hospitalar que pode ser definida como uma junção da dietoterapia e a gastronomia uma ferramenta que tende a ampliar o conceito de dieta, uma vez associada a prescrição dietética e restrições que demandam cada doença. Porem procura-se incrementar a oferta de refeições neste âmbito hospitalar, por meio de uma aparência e sabor convidativos ao paladar. Para

tanto se torna necessário aperfeiçoamento técnico e atenção nutricional individualizada (SOUZA; NAKASATO, 2011).

Alguns estudos foram realizados, no intuito de comprovar melhor aceitação das dietas ofertadas, confeccionadas sob um sistema inovado destas refeições. Uma unidade hospitalar da rede privada em Maringá- PR, desenvolveu uma pesquisa para avaliar a aceitabilidade dos lanches distribuídos para a maternidade. Foi comparada a opinião das pacientes do lanche ofertado de forma convencional e o lanche produzido seguindo alterações para melhorar. De forma a observar significativa mudança na aceitação (MAURÍCIO; SILVA, 2013).

A introdução gastronômica no ambiente hospitalar traz um novo conceito em aceitabilidade de dietas na condição de internação hospitalar, partindo de evidencias como redução da desnutrição, melhor ingestão, menor resto ingesta, menor de tempo de internação e maior recuperação do paciente internado. A aderência a este novo conceito intenciona um olhar para o paciente, mais amplo não somente como paciente, mas como cliente da instituição que oferece este serviço. Outra razão é contribuir para menores custos, por meio de menor desperdício gerado quando a aceitação das refeições é diminuída (COSTA; MIGOWSKI; VASCONCELOS, 2014).

Inúmeras pesquisas relatam sobre o desperdício na fabricação de refeições em hospitais. As frequentes alterações no quadro de internação pode ser um fator que confere dificuldade para planejar a quantidade de refeições a ser distribuídas entre a população internada. Desta forma torna-se necessário um olhar preciso, bom planejamento e a preocupação em agradar o paladar destes consumidores. Produzido o necessário para atender a demanda sem que aja tanto desperdício (NONINO; BORGES, 2006).

A fim de melhorar as refeições ofertadas em hospitais, alguns estudos mostram que a utilização de ferramentas aplicadas para verificar o grau de satisfação dos pacientes internados pode contribuir de forma positiva no fornecimento das dietas. Ações como incluir ervas nas preparações, adaptar a consistência, temperatura ideal e uma boa apresentação são fatores que podem ampliar a aceitação de refeições no ambiente hospitalar (COLOCO et al., 2012).

Em 2011 foi realizado um estudo em Minas Gerais, em um hospital que tem como referência paciente em tratamento de câncer. Este estudo comparou dietas pastosas a base de purês elaboradas de forma convencional e como intervenção os mesmos pratos foram ornamentados, podendo ser observado maior aceitabilidade os purês decorados (LAGES; SOARES; RIBEIRO, 2013).

Uma pesquisa realizada em um hospital público em Florianópolis verificou por meio de uma abordagem à pacientes internados sob dieta hipossódica, a aceitação e as interferências neste consumo. Foi verificado baixa ingestão, com relatos de falta de sabor e temperatura ruim. O que demostra maior atenção na elaboração deste tipo de dieta, com ingredientes que venham aguçar o apetite dos pacientes com este tipo de restrição (VARRENGIA; SOUZA, 2013).

A gastronomia extrapola formas técnicas na tentativa de melhorar o aspecto, sabor apresentação, combinação de ingredientes tudo na intenção de uma melhor aceitação do prato preparado. Lançando mão de ervas, decoração mantendo a cultura alimentar, considerando o contexto de doença que o paciente se encontra, procura a melhor forma de fazer com que o momento da refeição seja prazeroso para o paciente hospitalizado (GARCIA, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1. TIPO DE PESQUISA

Este trabalho refere-se a uma pesquisa de campo de base populacional com coletas de dados primários de forma descritiva quantitativa de caráter transversal, observacional.

3.2 AMOSTRA

A amostra foi definida por conveniência, de forma aleatória, totalizado 50 pacientes atendidos em um hospital particular, sob internação, de ambos os sexos, a partir dos 12 anos de idade em dieta oral compreendendo todas as texturas.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa pessoas internadas a partir dos 12 anos de idade, que deram entrada por motivo de alguma doença, em um hospital particular do município de Vitória (ES), sob dieta administrada por Via Oral contemplando todo tipo de dieta de acordo com as condições clinicas dos pacientes.

Foram exclusos da pesquisa os pacientes que estavam internados, menores de 12 anos e os pacientes que estavam sob dieta Enteral e Parenteral, e neutropênicos.

3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados coletados para analisar o perfil de aceitação alimentar durante a internação dos pacientes em questão, foram obtidos por meio de um questionário adaptado de Proença (2005) (ANEXO A).

O formulário contemplou perguntas fechadas referentes ao grau de aceitação das dietas oferecidas de acordo às pequenas refeições (desjejum, lanche e ceia) e as grandes refeições (almoço e jantar). As variáveis que foram utilizadas para investigar determinantes que interferem na aceitação da dieta, de acordo com o instrumento

utilizado foram: quantidade servida, apresentação, sabor e temperatura. Por observação direta e conveniência do pesquisador, o resto de ingesta do almoço foi o determinante para quantificar a quantidade consumida pelo paciente e foi registrado da seguinte forma: nada (0), menos da metade (< 1/2) igual ou além da metade (≥ 1/2) ou tudo (1).

O tempo utilizado para aplicação do questionário foi de 20 minutos aproximadamente, para cada questionário. A avaliação da dieta ofertada foi creditada quando a opinião dos pesquisados ficou entre a variável boa e ótima.

3.5 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados com auxílio do SOFTWARE SPSS 22.0 e ECXEL referente ao WINDOWS 10.0 e por meio destes foram confeccionadas tabelas e gráficos, a fim de ter uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva com medidas de media, medida de frequência, máximo mínimo e estatística não paramétrica com teste Qui-quadrado considerando nível de significância de 95% e margem de erro de 5%. As variáveis utilizadas para analise cruzada foram sexo, idade, causa da internação, tipos de dietas, ingestão de água, classificação quanto a temperatura, sabor, quantidade servida e horário.

Classificação quanto ao atendimento da copeira, a quantidade ingerida no almoço, a classificação das refeições quanto à estarem bom, regular, ruim e ótimo. Assim como aceitação por meio da observação da quantidade ingerida, conhecimento sobre a dieta prescrita e patologia. Os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foi formulado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) o qual foi apresentado a todos os pacientes e assinados por estes que responderam ao questionário, bem como, enviado ao Centro de Estudos e Pesquisa do hospital em questão, uma carta (APÊNDICE B), o pré-projeto em desenvolvimento contendo tema,

objetivos e metodologia e cópia dos documentos do pesquisador como submissão da referida pesquisa. A partir desta fase, a pesquisa foi autorizada por parte do representante legal da instituição e do CEP inserido, neste ambiente hospitalar.

Ficando claro no Termo de Consentimento Livre Esclarecido que o nome do hospital foi preservado bem como o nome dos entrevistados, porém os dados da pesquisa foram publicados no presente estudo ficando a parte pesquisada livre para desistir a qualquer momento da referida pesquisa.

3.7 MATERIAIS E MÉTODO

Para abordagem dos entrevistados o pesquisador esteve devidamente identificado através do uso de jaleco e portando a identidade estudantil. Para aplicar o questionário este contou com prancheta, caneta, questionário.

A aplicação do questionário foi após as 14h00min horas, momento mais tranquilo para abordagem dos pacientes. O tempo gasto variou entre 10 e 20 minutos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 AMOSTRA ESTUDADA

A amostra analisada foi composta por 50 pessoas com idade de 12 anos em diante, sendo do sexo feminino 66% (n=33) e sexo masculino 34% (n=17), como representado respectivamente, na Tabela 1.

Tabela 1 – Amostra determinante do sexo avaliado.

SEXO	**N**	**%**
Feminino	33	66
Masculino	17	34
TOTAL	50	100,0
IDADE (ANOS)	**N**	%
12 – 18	2	4,0
19 – 35	16	32
36 – 45	5	10,0
46 – 60	6	12,0
< 60	21	58,0
TOTAL	50	100,0

Fonte: Elaboração própria

Como descrito na descrição da tabela acima, há uma prevalência de internação de pacientes do sexo feminino em relação ao sexo masculino. O que pode ser verificado também em estudo realizado em um hospital universitário para avaliar a satisfação dos pacientes em relação a dieta ofertada, pelo qual 206 dos pacientes estudados 52,4 eram mulheres e 47,6 eram homens (COLOCO et al., 2012).

Em relação à idade fica claro a prevalência de idosos maiores que 60 anos, o que pode ser justificado pelo aumento da população idosa em nível de Brasil. Estudo mostra que há uma previsão que em 2050 18% da população terão mais de 65 anos. Esse fato pode ter duas causas relevantes, a diminuição da mortalidade de crianças ao nascer e menor números de filhos na família, que vem caindo desde 1970 aumentando assim a população idosa. Desta forma, subentende-se que a prevalência de número de idosos seja justificada por esses fatores, visto que a população idosa a pesar de estar vivendo mais, muitas vezes associado ao envelhecimento algumas doenças crônicas os acomete, fazendo com que aja um maior índice nas internações hospitalares (MATHIAS et al., 2013).

4.2 ACEITAÇÃO DA REFEIÇÃO OBSERVADA

O percentual aceito no almoço, foi análise escolhida por conveniência do pesquisador, para avaliar a aceitação da dieta. Foi verificado que 6% dos pacientes não aceitaram a dieta, 48% > 1/2 da refeição, 24% comeram < 1/2 e 22% comeram tudo. (Tabela 2).

Tabela 2 - Quanto foi ingerido da refeição observada

Variáveis	Frequência	%
>1/2	24	48,0
<1/2	12	24,0
Tudo	11	22,0
Nada	03	6,0
TOTAL	50	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Partindo dos resultados representados por meio das variáveis, nada e tudo, verifica-se uma boa a ótima aceitação das dietas ofertadas neste ambiente hospitalar, considerando a amostra estudada. Visto que dos 50 avaliados somente três rejeitaram a refeição, 24 ingeriram > 1/2 e onze (11) comeram tudo. Este dado corrobora com um estudo realizado em um hospital universitário, a pesquisa contemplou 206 entrevistados nas mais variadas patologias e obteve como resultado do estudo boa aceitabilidade das dietas ofertadas (SILVA et al., 2008).

Outro estudo realizado em um hospital universitário também foi verificado boa aceitação contabilizando 88,7% dos pacientes, demonstrado por meio da variável > ½ (RIBAS; PINTO; RODRIGUES; 2013).

4.3 SEXO QUANTO À QUANTIDADE DA REFEIÇÃO INGERIDA

Quando submetido ao Teste Qui-quadrado, o determinante sexo em relação à quanto foi aceito na refeição observada, pode-se verificar que não houve significância (p=0,782) na estatística cruzada para este estudo. Contudo observa-se

Maior aceitação dos pacientes do sexo masculino mediante a variável tudo estes tiveram uma aceitação de 29,4%, enquanto o sexo feminino seguido da mesma variável teve uma ingestão de 18,2%, enquanto que na variável nada 6,1% contemplou o sexo feminino e 5,9% o sexo masculino (Tabela3).

Tabela 3 - Sexo comparado a quantidade ingerida

Sexo			Quanto foi ingerido da refeição observada				Total
			Nada	<1/2	> 1/2	Tudo	
	Feminino	Contagem	2	9	16	6	33
		% em sexo	6,1%	27,3%	48,5%	18,2%	100,0%
	Masculino	Contagem	1	3	8	5	17
		% em sexo	5,9%	17,6%	47,1%	29,4%	100,0%
Total		Contagem	3	12	24	11	50
		% em sexo	6,0%	24,0%	48,0%	22,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria.

4.4 CAUSA DA INTERNAÇÃO

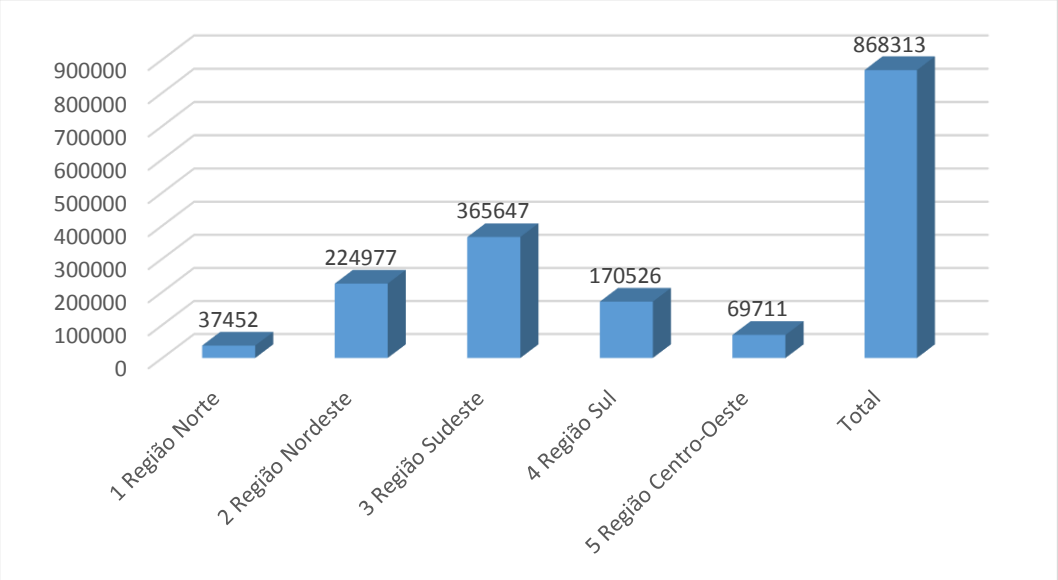
Segundo dado do IBGE (2014) e Ministério da Saúde, as causas de doença que tem maior prevalência em mortalidade, são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), responsáveis por 72% dos óbitos no país. A pesquisa relata também que pessoas do sexo feminino são as mais atingidas (44,5%) totalizando 34 milhões de mulheres e 23 milhões de homens (33,4%) acometidos por algum tipo de doença crônica não transmissível. Doenças estas que estão divididas entre hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, doença crônica de coluna e depressão são causas que mais adoecem pessoas no Brasil. Relacionadas com sedentarismo, etilismo abusivo, excesso de peso, tabagismo, entre outros (BRASIL, 2013).

As doenças metabólicas, entre elas, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes Melito, dislipidemias não são causas que normalmente levam a internação, porem os agravos que estas veiculam podem levar a constantes hospitalizações. Em 2012 foi registrado que 11,7% dos adultos, declaram ser portadores de DM 142.677 casos de internações por agravos referentes à doença, foram registrados à nível nacional. 114.918 foi o número de internações por alterações da pressão arterial, com um percentual de 59,9% de mulheres (BERNARDO et al, 2015).

As causas por neoplasias também são frequentes neste estudo, o que corrobora com um levantamento de dados do Instituto Nacional do câncer (INCA) realizado em 2010. Outros estudos realizados em 13 capitais brasileiras apontaram crescente número nas internações por câncer de mama (CASTRO et al., 2013).

Um levantamento de dados do Ministério da saúde mostra que a região Sudeste e nordeste são as regiões que mais tiveram internações na referente pesquisa realizada em janeiro de 2015 a agosto de 2016 como descrito no Gráfico 1.

Gráfico 1- Morbidade hospitalar do Sus- Por local de internação - Brasil



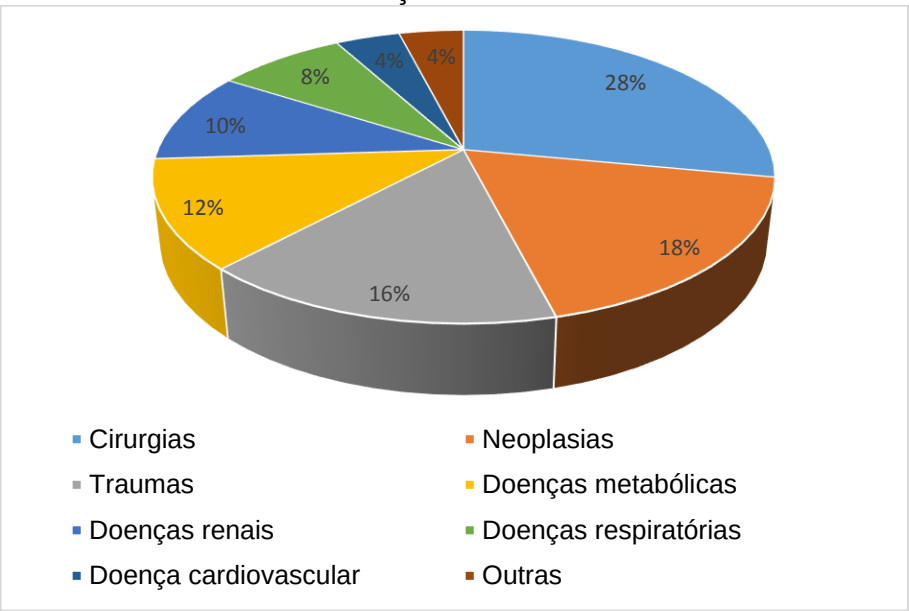
Fonte: Ministério da Saúde (2015-2016).

Em relação à pesquisa referente ao atual estudo, verifica-se que o maior percentual encontrado foi para causas cirúrgicas totalizando 28%, distribuídos entre cirurgias por acidente de carro, vesícula, ombro, quadril, cesarianas, entre outras. É verificado por meio de estudos e noticiários que internações frequentes por causas externas incluindo acidentes, demandam parte significativa nas internações que na maioria dos casos necessita de cirurgia, bem como agressões que completam este dado (NUNES; NASCIMENTO, 2010).

Algumas doenças crônicas não transmissíveis, podem levar a complicações como síndrome metabólica, ou seja, cada doença metabólica pode estar ligada a outra ou mais doenças metabólicas, uma vez que todas levam à resistência insulínica e podem ter relação ao aumento da adiposidade abdominal. Quando associadas apontam para um risco de doenças cardiovascular em até 2,5 vezes mais (XAVIER, 2013).

De acordo com as patologias relacionadas aos pacientes pesquisados, observa-se que as causas por internação mais frequentes deste estudo, foram as internações por motivos de cirurgia com 28%, seguido de neoplasias com 18%, trauma 16%, doenças metabólicas 12%, doenças renais 10%, respiratórias 8%, doença cardiovascular 4% e outras doenças 4%. Como descrito no gráfico abaixo (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Causa da internação



Fonte: Elaboração própria.

4.5 QUANTO FOI INGERIDO EM DETRIMENTO À CAUSA DA INTERNAÇÃO

Foi realizado por meio do Software Spss 22.0 o cruzamento dos dados com auxílio do teste Qui-quadrado. A variável causa da internação foi comparada as variáveis observadas na refeição do almoço por meio de respostas referentes à quantidade que cada paciente ingeriu como nada, > 1/2, < 1/2 e tudo. Pode-se verificar que a estatística analisada não teve significância (p=0,619). A ingestão do paciente em relação à patologia em questão gerou os resultados descritos na Tabela 4.

Tabela 4 - Causa da internação em relação a ingestão

	Quanto foi ingerido da refeição observada			
Causa da internação	Nada	> 1/2	< 1/2	Tudo
Trauma	0 0,0%	3 37,5%	4 50,0%	1 12,5%
Doenças respiratórias	0 0,0%	1 25,0%	3 75,0%	0 0,0%
Doenças cardiovasculares	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%
Cirurgias	1	4	7	2

Tabela 4 - Causa da internação em relação a ingesta (continua)

	Quanto foi ingerido da refeição observada			
Causa da internação	Nada	> ½	< 1/2	Tudo
Neoplasias	1 11,1%	2 22,2%	3 33,3%	3 33,3%
Outras causas	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%	0 0,0%
Doenças renais	1 20,0%	0 0,0%	3 60,0%	1 20,0%
Doenças metabólicas	0 0,0%	2 33,3%	2 33,3%	2 33,3%
Total	3 6,0%	12 24,0%	24 48,0%	11 22,0%

Fonte: Elaboração própria. (Conclusão)

Pode-se verificar que dos pacientes internados por traumas 37,5 % tiveram um consumo >1/2, 50% comeram <1/2 que a metade e 12,5% comeram tudo. Da população internada por doenças respiratórias 25% tiveram >1/2 e 75% consumiram <1/2 da refeição ofertada.

Constata-se ainda que pessoas acometidas por doenças cardíacas tivessem um consumo total da refeição. As causas referentes a internações para cirurgias, por ter a maior frequência da amostra teve seus valores divididos entre, nada 1,1%, maior que a metade 28,6%, 50% consumiram menos que a metade já e 14,3% ingeriram toda a refeição.

Pacientes com patologia referente a neoplasias tiveram resultados como 11,1% para os pacientes que não comeram nada, 22,2% comeram mais que a metade, 33,3% ingeriu-me nos da metade e 33,3% comeram tudo. Dos pacientes renais 20% não comeram nada, 60% comeram menos que a metade e 20% comeram toda a refeição ofertada.

Os pacientes que estavam internados por alterações de glicemia, hipertensão e outras doenças metabólicas contabilizaram 33,3% de ingestão menor que a metade, 33,3% comeu mais que a metade e 33,3% comeram tudo. Outras doenças contemplaram 100% de ingesta menor que a metade.

Na amostra estudada pode-se constatar que pacientes internados por neoplasias e doenças renais entram na escala dos que não comeram nada seguido de um menor percentual para causas de cirurgias, o que pode ser compreendido pelo fato das doenças neoplásicas interferirem diretamente no apetite do paciente (MIRANDA et al., 2013).

O percentual de 20% dos pacientes com problemas renais pode ser entendido devido alterações no sabor, já que se trata de uma dieta com menor teor de sal, relato dos próprios pacientes estudados. Um estudo realizado em um hospital terciário de Porto Alegre, RS com o objetivo de avaliar a aceitação das dietas hipossódicas em pacientes cardiopatas mostra diminuição na aceitação destas dietas (SANTOS; CAMMERER; MARCADENTI, 2012).

4.6 INGESTA DE ÁGUA

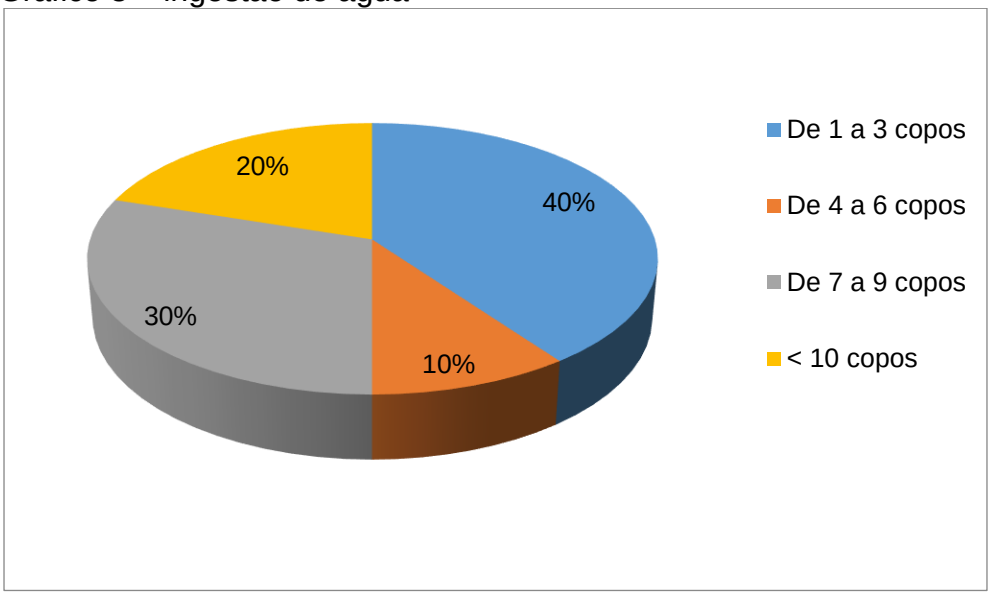
A ingestão adequada de água é de grande importância para manter não somente a homeostase, mas contribui diretamente para um bom funcionamento intestinal. Uma pesquisa realizada em um hospital de cardiologia contemplando 36 pacientes, com aplicação de dois questionários, um após as 24h de internação e o outro após 72h de internação, afim de verificar se houve alteração intestinal após o período de internação. O dado avaliado mostrou uma significativa (p=0,001) modificação após 72h de internação e a população idosa tornou-se ainda mais constipada após a internação (p=0,045). Ressaltando que inúmeros fatores contribuem para a constipação intestinal em pacientes internados e idosos, porem a ingestão hídrica é citada no referido estudo como um destes elementos, que podem influenciar nesta condição (AZEVEDO et al., 2016).

O fato da água ser o componente em maior quantidade do corpo humano e dela dependerem o funcionamento de órgãos e de todo o metabolismo, entende-se a importância que este mineral desempenha no corpo humano. Desta forma, a ingestão adequada de água no ambiente hospitalar é fundamental. Portanto este consumo deve ser contabilizado de acordo com as necessidades de cada indivíduo e em quais condições de enfermidade este se encontra, considerando estado de desidratação, edemas e insuficiência renal, entre outros (CARVALHO apud VITOLO, 2008, p.628).

Pôde-se verificar o consumo de água da população estudada, um percentual de 40% para aqueles que ingeriram de 1 a 3 copos de água por dia, ou seja do total da amostra 40% beberam a menor quantidade de água.

Em segundo lugar o percentual de 30% abrangeu aqueles que consumiram de 7 a 9 copos uma quantidade relativamente boa. Em terceiro lugar o percentual de 20% totalizou os pacientes que consumiram quantidade maior que 10 copos e 10% declaram beber aproximadamente de 4 a 6 copos de água por dia (Gráfico 3).

Gráfico 3 – ingestão de água



Fonte: Elaboração própria.

A ingestão adequada de água é de grande importância para manter não somente a homeostase, mas contribui diretamente para um bom funcionamento intestinal. Uma pesquisa realizada em um hospital de cardiologia contemplando 36 pacientes, com aplicação de dois questionários, um após as 24h de internação e o outro após 72h de internação, afim de verificar se houve alteração intestinal após o período de internação. O dado avaliado mostrou uma significativa (p=0,001) modificação após 72h de internação e a população idosa tornou-se ainda mais constipada após a internação (p=0,045). Ressaltando que inúmeros fatores contribuem para a constipação intestinal em pacientes internados e idosos, porem a ingestão hídrica é citada no referido estudo como um destes elementos, que podem influenciar nesta condição (AZEVEDO et al., 2016).

Para verificar se o sexo é determinante na ingestão de água, neste ambiente hospitalar, os dados foram cruzados por meio do Teste Qui- quadrado resultando como não significante (p= 0,430).

De acordo com os resultados obtidos, constata-se que 24% das pacientes declaram beber mais de dez (10) copos de água por dia, enquanto o sexo masculino ingere 11,8% de acordo com a mesma variável (Tabela 5).

Tabela 5 - Sexo em relação ao consumo de água

Sexo		**Quantidade de água ingerida**				
		De 1 a 3 copos	De 4 a 6 copos	De 7 a 9 copos	<10 Copos	**Total**
Feminino	Contagem	14	2	9	8	33
	% em sexo	42,4%	6,1%	27,3%	24,2%	100,0%
Masculino	Contagem	6	3	6	2	17
	% em sexo	35,3%	17,6%	35,3%	11,8%	100,0%
Total	Contagem	20	5	15	10	50
	% em sexo	40,0%	10,0%	30,0%	20,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria.

A quantidade de água ingerida foi relacionada com a quantidade da refeição aceita, porém não houve significância (p=0,572) nestes dados. Verifica-se, no entanto que os pacientes que não aceitaram a refeição declararam uma ingesta de água de 1 a 3 copos por dia, no qual dois dos três pacientes rejeitaram a refeição.

Do total dos doze pacientes que tiveram uma ingestão menor que a metade, sete disseram ingerir de 1 a 3 copos de água, um paciente falou beber de 4 a 6 copos, três disseram ingerir de 7 a 9 e um declarou beber mais de 10 copos.

Aqueles que afirmaram um consumo de mais da metade da refeição ofertada totalizando vinte quatros, nove consomem de 7 a 9 copos.

Sete afirmam beber mais de 10 copos, seis declaram ingerir de 1 a 3 copos e dois de 4 a 6. Dos pacientes que tiveram uma aceitação total da refeição (onze pacientes), cinco destes declaram uma ingestão de 1 a 3 copos de água por dia, e dois distribuídos nas demais variáveis (Tabela 6).

Tabela 6 - Ingestão da refeição em relação ao consumo de água

Quanto foi ingerido da refeição observada	**Qual a quantidade de água ingerida**			
	De 1 a 3 Copos	De 4 a 6 Copos	De 7 a 9 Copos	<10 Copos
Nada	2 66,7%	0 0,0%	1 33,3%	0 0,0%
<1/2	7 58,3%	1 8,3%	3 25,0%	1 8,3%
> 1/2	6 25,0%	2 8,3%	9 37,5%	7 29,2%
Tudo	5 45,5%	2 18,2%	2 18,2%	2 18,2%
Total	20 40,0%	5 10,0%	15 30,0%	10 20,0%

Fonte: Elaboração própria.

4.7 IDADE COMPARADA AO CONSUMO ALIMENTAR

O consumo alimentar em pessoas idosas é diminuído a partir de vários fatores, entre estes, alterações fisiológicas, sensoriais, mastigação, saliva, endócrinas, fígado e bile a sede também é prejudicada e a ação de medicamentos também pode influenciar. Fatores sociais implicam com grande frequência nesta população, a morte do conjugue a saída dos filhos de casa, pode gerar falta de motivação tanto para comprar os alimentos bem como na sua preparação. Fatores psicológicos como solidão pode acabar desenvolvendo depressão e assim diminuindo o apetite. (CAMPOS apud CATÃO, 2012).

A desnutrição hospitalar, acomete na sua grande maioria, os idosos doentes. Já que o estado de doença associado às debilidades referentes a idade, são determinantes na diminuição do apetite desta população. Sendo assim estudos mostram que práticas humanísticas e mudanças gastronómicas no ambiente hospitalar têm contribuído para um melhor consumo das refeições, contribuindo para desaceleração da desnutrição em pacientes hospitalizados (MESSIAS; PEREIRA; SOUZA, 2011).

Na condição hospitalar o consumo alimentar do idoso tende a diminuir ainda mais. Foi aplicado a Mini Avaliação Nutricional e o questionário de risco de disfagia em 49 pacientes idosos sob internação, para identificar a relação da disfagia com a internação. Os resultados comprovaram que a disfagia em idosos é aumentada sob internação (MACIEL; OLIVEIRA; TADA, 2008).

Uma abordagem a uma unidade hospitalar, desenvolveu um estudo para analisar a qualidade sensorial das refeições ofertadas às crianças internadas. A partir de intervenções nas formas de preparo, apresentação, temperatura, entre outros, verificar mudanças na aceitação. O resultado teve uma diferença em 7,4% de diminuição no resto ingesta após mudança nos aspectos citados (SILVA, 2013).

O presente estudo comparou a idade em relação ao consumo alimentar, neste ambiente hospitalar, o que relacionado ao quanto foi ingerido da refeição observada, de acordo com a idade, não houve significância (p=0, 190) na aplicação do teste Qui-quadrado. Apesar de grande parte da amostra analisada ter idade acima de 60 anos (58%) o estudo relata boa aceitação por parte destes pacientes.

Do total da amostra observa-se que dos 50 pacientes estudados, 21 tem idade acima de 60 anos distribuídos em percentuais de 42,9% (9 pacientes) comeram menos que a metade, 28,6 (6 pacientes) consumiram toda a refeição, 23,8 (5 pacientes) comeram mais que a metade, 4,8% (1 paciente) não comeu.

Os pacientes de 46 a 60 anos de idade mostram uma ingesta boa demonstrada por meio dos percentuais 83,3% (5 pacientes) e consumiram mais da metade da refeição, 16,7 (1 paciente) não ingeriu nada. Como descrito na Tabela 7.

Tabela 7 – Idade comparada com a aceitação da refeição ofertada

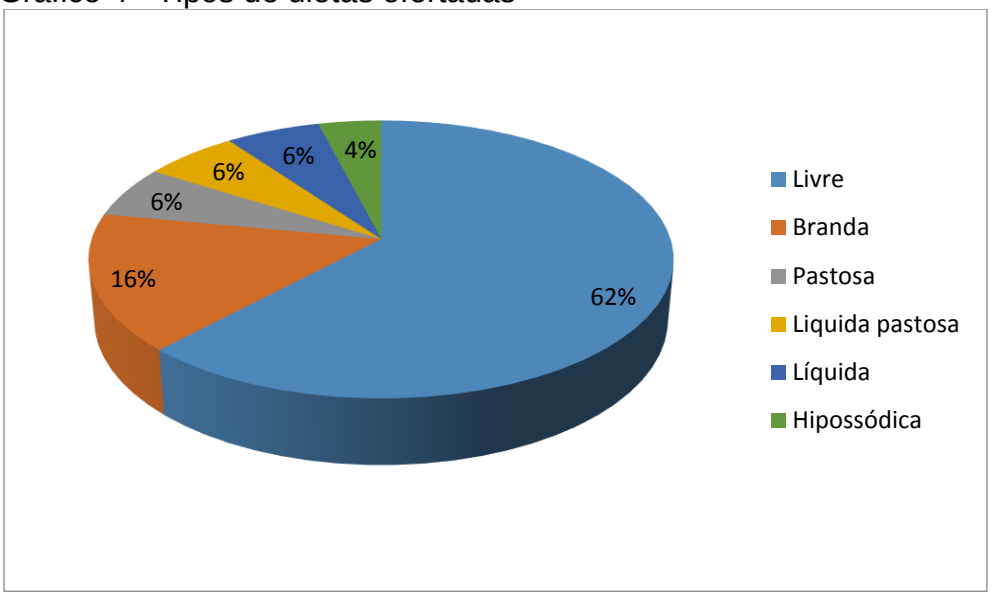
	Quanto foi ingerido da refeição observada				
Idade	Nada	<1/2	> 1/2	Tudo	Total
De 12 a 18 anos	0 0,0%	1 50,0%	0 0,0%	1 50,0%	2 100,0%
De 19 a 35 anos	1 6,3%	6 37,5%	5 31,3%	4 25,0%	16 100,0%
De 36 a 45 anos	0 0,0%	0 0,0%	5 100,0%	0 0,0%	5 100,0%
De 46 a 60	1 16,7%	0 0,0%	5 83,3%	0 0,0%	6 100,0%
Maior que 60 anos	1 4,8%	5 23,8%	9 42,9%	6 28,6%	21 100,0%

Fonte: Elaboração própria.

4.8 TIPOS DE DIETAS OFERTADAS

Dos tipos de dietas, verificou-se uma distribuição maior das dietas livres, na população estudada, representando 62% do total de dietas abordadas, ocupando 16% as dietas brandas, seguido de 6% as dietas líquidas pastosa, pastosa e hipossódica. Somente 4% dos pacientes estavam sob dieta líquida (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Tipos de dietas ofertadas



Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao tipo de dieta ofertada, observa-se que de dois (2) pacientes que receberam dieta líquida, um (1) comeu mais que a metade e o outro menos que a metade.

Dos três (3) pacientes que receberam dieta pastosa, um (1) não aceitou, um (1) comeu menos da metade e o outro aceitou tudo. Três pacientes estavam sob dieta líquida pastosa, um (1) não aceitou a preparação, um (1) comeu mais que a metade e o terceiro menos que a metade.

A dieta oferecida aos oito (8) pacientes em forma de branda mostrou que dois pacientes comeram menos da metade, cinco tiveram uma ingesta maior que a metade e um (1) comeu tudo.

A dieta livre foi ofertada para um maior número de pacientes totalizando trinta e um (31) dos 50 avaliados um (1) não aceitou a refeição, oito (8) comeram menos da metade, quinze (15) tiveram uma ingestão maior que a metade e sete (7) aceitaram toda a refeição.

A dieta hipossódica foi ofertada a três (3) pacientes, um (1) aceitou mais da metade e dois (2) comeram tudo. As variáveis comparadas não tiveram significância (p=0,389) quando submetidas ao teste Qui-quadrado, no presente estudo. Segue os dados descritos na Tabela 8.

Tabela 8 - Tipo de dieta em relação à aceitação

Tipo de dieta	Quanto foi ingerido da refeição observada				Total
	Nada	<1/2	> 1/2	Tudo	
Líquida	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	2 100,0%
Pastosa	1 33,3%	0 0,0%	1 33,3%	1 33,3%	3 100,0%
Liquida pastosa	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	0 0,0%	3 100,0%
Branda	0 0,0%	2 25,0%	5 62,5%	1 12,5%	8 100,0%
Livre	1 3,2%	8 25,8%	15 48,4%	7 22,6%	31 100,0%
Hipossódica	0 0,0%	0 0,0%	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%

Fonte: elaboração própria

Diante a população estudada verificou-se uma boa aceitação dos diferentes tipos de dieta, já que dos 50 pacientes estudados, somente três (3) não aceitaram a dieta servida, sendo estas na forma de pastosa, líquida pastosa e livre.

4.9 CLASSIFICAÇÃO DE CADA REFEIÇÃO

De acordo com os resultados das variáveis bom, regular, ruim e ótimo foi analisada a qualidade geral das cinco refeições ofertadas.

O desjejum foi classificado por 64% dos pacientes como bom, 14% consideraram ótimo, 12% opinaram como ruim e 10% disseram ser regular.

Quanto ao almoço 58% da população estudada considerou bom, 24% avaliaram como regular 12% disseram ser ótimo e 6% classificou como ruim.

Em relação ao lanche 70% opinou como bom 14% consideraram ótimo, 12% classificou como ruim e 4% regular. Quanto ao jantar ofertado 60% disseram ser bom, 14% declarou ser regular, 14% classificaram como ótimo e 12% disseram ser ruim.

A ceia ofertada ficou com 40% como bom, 26% disseram ser regular, 26% opinaram como ruim e 8% classificou como ótima. Como descrito na Tabela 9.

Tabela 9 - Classificação quanto à qualidade geral de cada refeição

	Desjejum %	Almoço %	Lanche %	Jantar %	Ceia %
Bom	64,0	58,0	70,0	60,0	40,0
Regular	10,0	24,0	4,0	14,0	26,0
Ruim	12,0	6,0	12,0	12,0	26,0
Ótimo	14,0	12,0	14,0	14,0	8,0

Fonte: Elaboração própria.

Desta forma pôde-se verificar que o maior percentual contemplou variável boa para todas as refeições servidas, o que pode ser evidenciado por uma aceitação > 1/2 referente a vinte e quatro (24) dos 50 pacientes avaliados, 48% da população estudada.

A classificação do almoço quanto a estar bom, regular, ruim e ótimo foi comparada a quantidade aceita, resultando por meio do cruzamento do teste Qui-Quadrado significância (p=0,01) tendo como determinante para a quantidade aceita, a classificação desta refeição. Como representado na Tabela 10.

Tabela 10 - Classificação do almoço quanto à quantidade ingerida

Almoço ofertado		Nada	<1/2	>½	Tudo
Ruim	Contagem	2	1	0	0
	% em almoço ofertado	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%
Regular	Contagem	1	5	5	1
	% em almoço ofertado	8,3%	41,7%	41,7%	8,3%
Bom	Contagem	0	6	16	7
	% em almoço ofertado	0,0%	20,7%	55,2%	24,1%
Ótimo	Contagem	0	0	3	3
	% em almoço ofertado	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%
Total	Contagem	3	12	24	11
	% em almoço ofertado	6,0%	24,0%	48,0%	22,0%

Fonte: Elaboração própria.

Como detalhado na tabela supracitada, verifica-se que os pacientes que classificaram como ruim o almoço, tiveram uma rejeição de 66,7%, dos pacientes que consideraram que a refeição estava ótima 50% comeram tudo e 50% consumiram mais que a metade.

Os que declararam que o almoço estava bom tiveram uma ingestão maior que a metade contemplando 55,2%. Aqueles que julgaram estar regular tiveram uma aceitação de menos da metade com 41,7% e mais da metade 41,7 os demais percentuais divididos entre nada e tudo (8,3 e 8,3).

Quanto ao julgamento da população estudada referente à temperatura que estava a refeição quando foi servida bem como o horário, sabor e quantidade, observa-se que 60% disseram estar em boa temperatura.

22% declararam estar regular, 12% consideraram ruim. Quanto ao horário que foi servido 58% julgaram como bom, 28% disseram estar ótimo, 10% declaram regular e 4% classificaram como ruim.

Em relação ao sabor 68% disseram estar bom, 22% classificaram como regular 8% julgaram como ótimo e 2% disseram estar ruim. De acordo com a quantidade servida 50% declararam como ótima 40% consideraram boa, 4% declararam regular e 1% considerou ruim (Tabela 11).

Tabela 11 - Classificação quanto à temperatura, horário, sabor e quantidade.

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Temperatura	6%	60%	22%	12%
Horário	28%	58%	10%	4%
Sabor	8%	68%	22%	2%
Quantidade	50%	40%	4%	1%

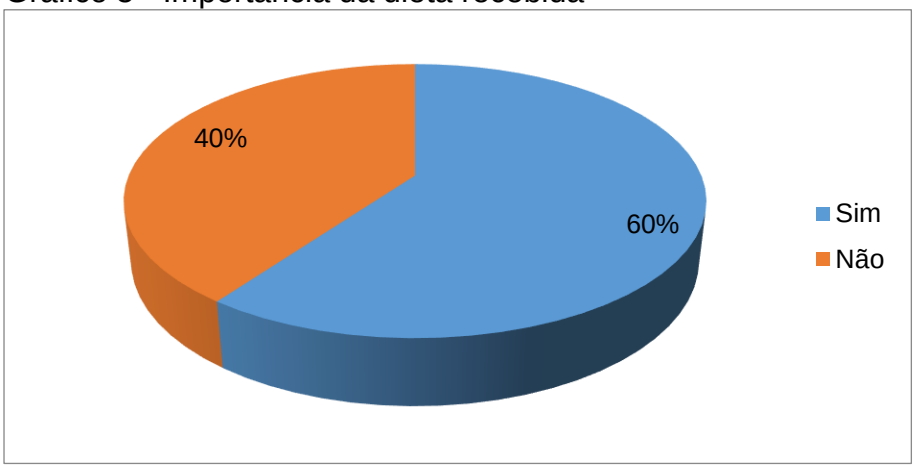
Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os resultados à cima, pode-se constatar que 68% da população estudada consideraram a variável sabor como bom, seguido da temperatura que contemplou 60%, o horário foi definido por 58% e a quantidade alcançou 40 % desta variável. Os menores valores percentuais atingiram o fator ruim sendo estes, para temperatura, horário, sabor e quantidade de 12%, 4%, 2% e 1%, respectivamente. Desta forma estes requisitos para avaliar a aceitação da dieta tiveram resposta positiva para o serviço prestado, a partir da amostra estudada.

4.10 CONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DA DIETA RECEBIDA

Foi questionado para o paciente internado se ele sabia da importância do tipo de dieta que recebera. A partir das variáveis sim e não foi calculado o percentual de cada uma, chegando a conclusão descrita no Gráfico a seguir (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Importância da dieta recebida



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os dados do Gráfico 4 é percebido que a maior parte da população estudada (60%) têm conhecimento da importância do tipo de dieta que está recebendo e a menor (40%) relata não ter conhecimento da importância do tipo de dieta que está recebendo.

4.11 ATENDIMENTO DA EQUIPE DE DISTRIBUÍÇÃO

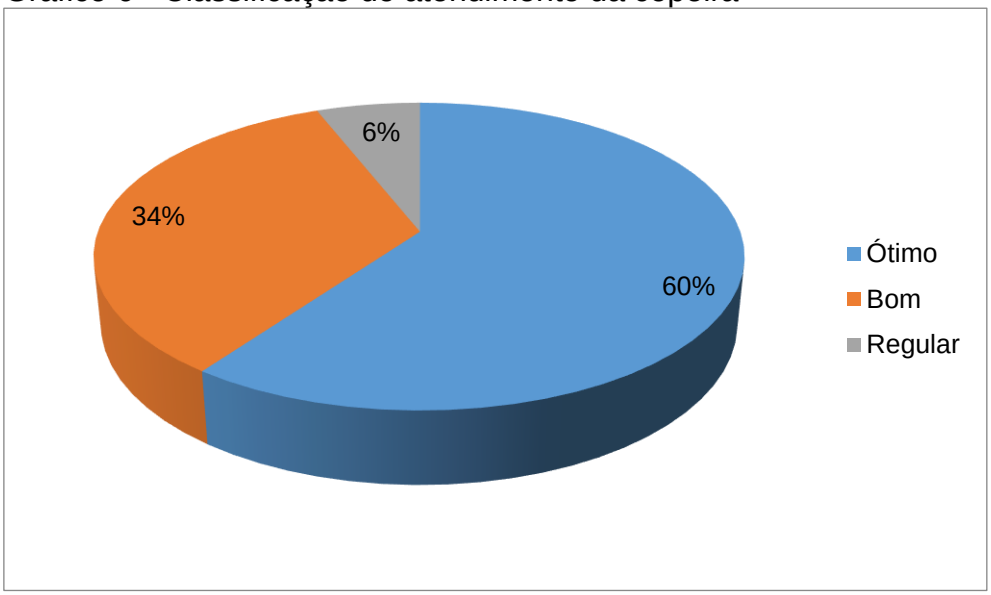
O sistema de hotelaria hospitalar tem sido desenvolvido tantos em redes privadas como nas instituições públicas de saúde. Uma pesquisa realizada com pacientes de um hospital universitário, mostrou a satisfação destes pacientes em relação ao modelo de hotelaria empregado, podendo ser destacado o serviço de apoio que teve suas melhorias percebidas com grande evidência por parte dos pacientes que receberam algum tipo de auxilio por parte da equipe destinada a este fim (MASCARENHAS; SOUZA, 2016).

A presente pesquisa questionou os pacientes, sobre o serviço prestado na instituição, em relação ao horário que a refeição foi servida, se foi entregue sob boa temperatura, as condições em que foi apresentada, se os serviços solicitados eram prontamente

respondidos. Incluiu-se nesses quesitos o atendimento da copeira como sendo o item que avaliou todos os anteriores.

A partir da pergunta, como o paciente classifica o atendimento da copeira, seguido das variáveis ótimo, bom, regular e ruim chegou-se aos resultados de que 60% avaliaram como ótimo o atendimento da copeira, 34% definiram como bom e 6% como regular nenhum dos pacientes classificaram como ruim. Dados que podem ser compreendidos por meio do gráfico a seguir (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Classificação do atendimento da copeira



Fonte: Elaboração própria.

De acordo os estes resultados, percebe-se que dos itens julgados em todo o estudo para verificar a aceitabilidade das dietas hospitalares, este foi o dado que obteve o maior percentual (60%) como ótimo.

Foi relacionado o atendimento da copeira, com a aceitação da dieta ofertada, porem a estatística cruzada por meio do Teste Qui-quadrado não relatou significância (p=0,199).

Contudo com estes resultados pode-se interpretar que, três pacientes que rejeitaram o alimento, consideraram o atendimento da copeira ótimo, os doze pacientes que consumiram menos da metade seis disseram que o atendimento da copeira foi bom, quatro afirmam ser ótimo e dois pacientes dizem ser regular.

Os indivíduos que comeram mais da metade, sendo estes vinte e quatro, dezesseis consideraram que a prestação de serviço da copeira foi ótima e oito disseram ser bom o atendimento.

Em referência aos pacientes que comeram tudo, sete destes declaram ótimo atendimento, três consideraram bom e um achou regular. Portanto estes dados podem ser observados com mais detalhes na tabela 12.

Tabela 12 – Ingestão alimentar quanto ao atendimento da copeira

Quanto foi ingerido da refeição observada			**Como classifica o atendimento da copeira**			
			Regular	Bom	Ótimo	Total
	Nada	Contagem	0	0	3	3
		% em quanto foi ingerido da refeição observada	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	<1/2	Contagem	2	6	4	12
		% em quanto foi ingerido da refeição observada	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
	> 1/2	Contagem	0	8	16	24
		% em quanto foi ingerido da refeição observada	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	Tudo	Contagem	1	3	7	11
		% em quanto foi ingerido da refeição observada	9,1%	27,3%	63,6%	100,0%
Total		Contagem	3	17	30	50
		% em quanto foi ingerido da refeição observada	6,0%	34,0%	60,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria.

Neste estudo o fator de atendimento da copeira não influencia diretamente na aceitação da refeição ofertada.

Estudo realizado em uma unidade hospitalar particular mostrou uma maior aceitação da refeição, após a implantação do sistema de hotelaria. Dado verificado por meio do resto ingesta desta população e que contribuiu para diminuir o desperdício por meio do novo sistema pautado em melhorias não somente na confecção das refeições, mas em todos os fatores que envolvem desde a manipulação até a confecção e distribuição do alimento preparado. Ressaltando que uma equipe bem treinada determina todo o sucesso desde sistema, contribuindo de forma que propicie um ambiente favorável para a aceitação da refeição (PARISENTI; FIRMINO; GOMES, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal verificar a aceitabilidade das dietas ofertadas em um ambiente hospitalar particular, visto que o hospital em questão trabalha com o conceito de hotelaria, a pesquisa enfatizou questões voltadas para fatores determinantes nesta aceitação.

De acordo com a população estudada (50), conclui-se 48,0% tiveram uma aceitação maior que a metade do total que foi ofertado em uma das grandes refeições, 24% teve uma ingestão de menos da metade, 22% comeram toda a refeição ofertada e 6% rejeitaram a refeição.

Um dos fatores para determinar esta aceitação foi esta ingestão, pode se concluir que foi boa, já que somente 6% rejeitaram a refeição que totaliza três pacientes. Foi verificado também a classificação quanto á temperatura, horário, sabor e quantidade resultando em 60% dos pacientes que classificaram como boa a temperatura que foi servida as refeições, 22% como regular 12% como ruim e 6% como ótimo.

O horário que foi servido teve os percentuais distribuídos entre 58% bom, 28% ótimo, 10% regular e 4% ruim. Na classificação do sabor 68% declararam bom, 8% ótimo, 22% regular e 2% como ruim. Quanto à quantidade 50% disseram estar ótima, 40% boa, 45 regular e 1% ruim. O conhecimento dos pacientes abordados em relação à dieta recebida foi de 60% e 40% declararam não ter conhecimento sobre a importância da dieta recebida.

A aceitação em relação ao tipo de dieta ofertada foi boa considerando que 62% dos pacientes estavam sob dieta livre, os outros 38% divididos entre dieta líquida (6%), líquida pastosa (6%), branda (16%) e hipossódica (4%). Foram recusadas somente três destas dietas, uma líquida, outra liquida pastosa e uma livre.

Quanto à qualidade geral de cada refeição servida, o desjejum teve 64% como bom, o almoço 58% também como bom o lanche teve 70% neste quesito, o 60% e a ceia teve 40%. A prestação de serviço por meio da distribuição das refeições foi o fator que prevaleceu sobre todos os dados comparados, pois 60% dos pesquisados disseram ser ótimo, 34% declararam um bom atendimento e somente 6% caracterizaram como regular nenhum dos pacientes entrevistados julgou o atendimento como ruim.

Diante esse estudo reforça-se a necessidade de realizações de mais pesquisas em redes hospitalares, principalmente privadas, pois a escassez de informações dentro deste âmbito dificulta determinar o grau de satisfação dos pacientes internados, bem como apontar os fatores que determinam o consumo alimentar em hospitais, Conclui-se também que a forma humanizada de atendimento, incluindo o sistema de hotelaria influencia positivamente na aceitação das dietas hospitalares, visto que o presente estudo conclui que na população estudada foi verificado uma boa aceitação das refeições ofertadas para esta população.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Monise Viana. **Introdução a qualidade sanitária em unidades de alimentação e nutrição: Conheça os conceitos que regem o setor de alimentação coletiva e entenda os principais pontos da cadeia produtiva de refeições**. AS Sistemas, 2015.

AKUTSU, Rita de Cássia Coelho de et al. Adequação das boas práticas de fabricação em serviços de alimentação, 2005.
ALMEIDA FILHO, Naomar de. O que é saúde? 2011.

ANDRADE, Santos Vivian de; ABREU, Solange Malentachi. Impacto da desnutrição no paciente adulto hospitalizado. 2005.

ARAÚJO, Fabine Faria; SILVA, Cristiane Campos; FORTES, Renata Costa. Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos: uma revisão da literatura. **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 19, n. 1, p. 61-70, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO; Fidelix MSP, organizadores. **Manual Orientativo: Sistematização do cuidado de nutrição.** São Paulo: Asbran; 2014.
AZEVEDO, Arúquia Souza et al. Perfil Nutricional de Pacientes Adultos e Idosos Hospitalizados. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 25-29, 2016.
AZEVEDO, Lucilla Imbroinise; LUCHESE, Rosa Helena; LAURIA-FILGUEIRAS, Ana Luzia. Campylobacterspp em carne de ave crua: avaliação da etapa de resfriamento. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, v. 69, n. 4, p. 518-524, 2010.

BAENAI, Renato Corrêa. Dieta vegetariana: riscos e benefícios. **18 a 20 de junho de 2015| Hotel Sofitel Jequitimar– Guarujá/SP**, p. 56, 2015.

BARBOSA SILVA, Maria Cristina Gonzalez; BARROS, Aluísio Jardim Dornellas de. Avaliação nutricional subjetiva. Parte 1-revisäo de sua validade após duas décadas de uso. **Arq. gastroenterol**, v. 39, n. 3, p. 181-187, 2002.

BEGHETTO, Mariur Gomes et al. Triagem nutricional em adultos hospitalizados. **Revista de nutrição Brazilian journal of nutrition**. Vol. 21, n. 5 (set. /out. 2008), p. 589-601, 2008.

BERNARDO, Zilvani Hortelina et al. Caracterização clínica de mulheres com fatores de risco cardiovasculares e metabólicos atendidas na atenção primária. **Journal of Applied Pharmaceutical Sciences–JAPHAC**, v. 2, n. 1, p. 29-42, 2015.

BONAZZI, Christiane Lima et al. A intervenção nutricional no pré e pós operatório da cirurgia bariátrica. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 1, n. 5, 2012.

BONVENTO, Marcelo. Acessos vasculares e infecção relacionada à cateter. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 19, n. 2, p. 226-230, 2010.

BOOG, Maria Cristina Faber. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2008.

BORGES, Karina de Moura. Avaliação do planejamento de refeições de uma UAN hospitalar privada em Porto Alegre/RS. 2015.

BURITY, Valéria et al. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Brasília, DF: Abrandh**, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc saúde coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-16, 2009.

CACHEXIA, Heart Failure-Induced et al. Caquexia associada à insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 5, p. 476-482, 2013.

CALIXTO-LIMA, Larissa et al. **Manual de Nutrição Parenteral**. Editora Rubio, 2010.
CAMPOS, Maria et al. Educação nutricional e sua contribuição para mudança nos indicadores de saúde dos funcionários de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN). 2009.

CARVALHO, API; ZANARDO, V. P. S. Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes no Município de Erechim–Rio Grande do Sul. 2010.

CASTELO FILHO, Adauto et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, p. S57-S86, 2004.

CASTRAO, DeyseLúcy Luiz; FREITAS, Magda Marques de; ZABAN, Ana Lúcia Ribeiro Salomon. Terapia nutricional enteral e parenteral: complicações em pacientes críticos: uma revisão de literatura. **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 65-74, 2009.

CERESER, Natacha Deboniet al. Botulismo de origem alimentar. **Ciência Rural**, p. 280-287, 2008.
CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. Saúde no Brasil 4 Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60135-9, 2011.

COLARES, LuciléiaGranhen Tavares; DE FREITAS, Carlos Machado. Processo de trabalho e saúde de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição: entre a prescrição e o real do trabalho Workprocessandworkers' health in a food and nutrition unit: prescribed versus actual work. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 3011-3020, 2007.

COLOCO Renata Bizigatto; HOLANDA, Lívia Batista; PORTERO-MCLELLAN, Kátia Cristina. Determinantes do grau de satisfação de pacientes internados referente a refeições oferecidas em um hospital universitário. **Revista de Ciências Médicas**, v. 18, n. 3, 2012.

CONTI, Irio Luiz. Segurança alimentar e nutricional: noções básicas. **Passo Fundo: IFIBE**, 2009.

CORRÊA, Priscilla Hiromi; SHIBUYA, Edna. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. **Rev Brás Cancerolog**, v. 53, n. 3, p. 317-23, 2007.
CORRÊA, Priscilla Hiromi; SHIBUYA, Edna. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 317-323, 2007.

COSTA, José Abrão Cardeal da; VIEIRA-NETO, Osvaldo Merege; MOYSÉS NETO, Miguel. INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, São Paulo, v. 36, n. 2/4, p. 307-324, dec. 2003. ISSN 2176-7262. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/729/743>. Acesso em: 14 mai 2016.

COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Mal nutrition and obesity in Brazil: dealingwith the problem through. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Sup2, p. S332-S340, 2008.

CUNHA, Rosane Marylia Viana et al. PROSPECÇÃO TECNOLÓGICA DE EMULSÕES LIPÍDICAS EM TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL. **GEINTEC-Gestão, Inovação e Tecnologias**, v. 5, n. 2, p. 2066-2081, 2015.**Ministério da Saúde**, 2012.
DEMÉTRIO, Franklin et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Rev. nutr**, v. 24, n. 5, p. 743-763, 2011.

DIAS et al. Dietas orais hospitalares. In: WAITZBERG, D. L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4ªed. São Paulo: Editora Atheneu. V. 1. Cap.36. p.649-663, 2009.

DUCHINI, Lya et al. Avaliação e monitoramento do estado nutricional de pacientes hospitalizados: uma proposta apoiada na opinião da comunidade científica. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 4, p. 513-522, 2010.

FALBO, Ana Rodrigues et al. Implementação do protocolo da Organização Mundial da Saúde para manejo da desnutrição grave em hospital no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 561-70, 2006.

FARIAS, Jordanne Klicia Rocha; PEREIRA, M. M. S.; FIGUEIREDO, Elaine Lopes. Avaliação de Boas Práticas e Contagem microbiológica das Refeições de uma Unidade de Alimentação Hospitalar, do Município de São Miguel do Guamá–Pará. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 22, n. 1, p. 113-119, 2011.

FELIPE, Gabriela Longaretti et al. Terapia nutricional enteral em pediatria-uma revisão bibliográfica. **Destaques Acadêmicos**, v. 2, n. 3, 2011.

FERNANDES, Tadeu Fernando. Intolerância à lactose. **Revista ABCFARMA**, p. 40-45, 2015.

FERREIRA, Iára Kallyanna Cavalcante. Terapia nutricional em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 1, p. 90-97, 2007.
FERREIRA, Míriam Almeida et al. Avaliação da adequação às boas práticas em unidades de alimentação e nutrição. **Revista do Instituto Adolfo Lutz (Impresso)**, v. 70, n. 2, p. 230-235, 2011.

FONSECA, Karina Zanoti**. Guia prático para gerenciamento de unidade de alimentação e nutrição**. 2012.

FONTOURA, Carmen Sílvia Machado et al. Avaliação nutricional de paciente crítico. **Revbras ter intensiva**, v. 18, n. 3, p. 298-306, 2006.

FORSYTHE, Stephen J. **Microbiologia da segurança dos alimentos**. Art. Med. Editora, 2013.

FRANTZ, Cristina Barbosa et al. Avaliação de registros de processos de quinze unidades de alimentação e nutrição. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 19, n. 2, p. 167-175, 2009.

FURKIM, Ana Maria; SACCO, Andréa Baldi de Freitas. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. **Rev. CEFAC**, v. 10, n. 4, p. 503-512, 2008.
GARCIA, Flavia Brusch. Boas práticas para serviços de alimentação: um estudo comparativo entre as legislações do Brasil, Argentina, Chile e Uruguai. 2014.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Rev. nutr**, v. 19, n. 2, p. 129-144, 2006.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Hospital diet from the perspective of those involved in its production and planning. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 2, p. 129-144, 2006.
GARCIA, Rosa Wanda Diez; QUINTAES, Késia Diego; LEANDRO-MERHI, Vânia Aparecida. Nutrição e AIDS. **Revista de Ciências Médicas**, v. 9, n. 2, 2012.
GARÓFOLO, Adriana; PETRILLI, Antônio Sérgio. Balanço entre ácidos graxos ômega-3 e 6 na resposta inflamatória em pacientes com câncer e caquexia. **Revista de Nutrição**, 2006.

GEOGRAPHY, Brazilian. Statistics Institute (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013—Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. 1st edn. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

GHISLENI, Danielle Rospide; BASSO, Cristiana.Educação em saúde a manipuladores de duas Unidades de Alimentação e Nutrição do município de Santa Maria/Rs. **DisciplinarumScientia| Saúde**, v. 7, n. 1, p. 83-90, 2016.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GOIANIA: Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Goias,GRILLO, Maria de Fátima Ferreira; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista brasileira de enfermagem. Brasília. Vol. 60, n. 1 (jan./fev. 2007), p. 49-54**, 2007.

GOMES, Sonia Pedrozo. Livros on-lineda área médica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 1, p. 113-127, 2003.

HERMES, D.; DADALT, C.; MACHADO, G. R. Manual de Dietas Hospitalares do Imperial Hospital de Caridade, 2010.

HORTEGAL, Elane Vieira et al. Terapia nutricional para indivíduos com doença renal. 2015.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Manual de dietas hospitalares**. Teresina, 2011.

ISOSAKI, M. CARDOSO, E. OLIVEIRA, A. De. Manual de dietoterapia e avaliação nutricional: Serviço de Nutrição e dietética do Instituto do Coração- HCFMUSP, 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

JONAS, Marcela Fonseca et al. O Lúdico como Estratégia de Comunicação para a Promoção do Cuidado Humanizado com a Criança Hospitalizada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 393-400, 2014.

JORGE, Andréa Luiza et al. Produção X Clínica: Ação Humanizada Entre Colaboradores de uma Unidade de Nutrição Hospitalar e Pacientes Internados em um Hospital Público de Grande Porte. **Blucher Medical Proceedings**, v. 1, n. 2, p. 147-147, 2014.

KORN, Danna. Vivendo sem glúten para leigos. **Alta Books Editora**, 2012.

KRAEMER, FABIANA BOM. Guia de elaboração do manual de boas práticas para manipulação de alimentos; colaboração, Silvia Regina Magalhães Couto Garcia – Rio de Janeiro: Conselho Regional de Nutricionistas - 4ª Região, 2007. 52 p.

LIMA, Adriana Martins de; GAMALLO, Silvia Maria M.; OLIVEIRA, Fernanda Luisa C. Desnutrição energético-proteica grave durante a hospitalização: aspectos fisiopatológicos e terapêuticos. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 28, n. 3, p. 353-361, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 16 de set. 2016.

LIMA, Regiane Pereira Martins; MELLEIRO, Marta Maria. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 322-330, 2013.

LOTICI, Tham ara et al. PREVALÊNCIA DE PERDA DE PESO, CAQUEXIA E DESNUTRIÇÃO, EM PACIENTES ONCOLÓGICOS. **Revista Uniabeu**, v. 7, n. 17, p. 94-106, 2014.

MACIEL, Juliana Rolim Vieira; OLIVEIRA, Carlos Jorge Rocha; TADA, Cristiane de Melo Pantaleão. Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 4, p. 411-421, Aug. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Nov. 2016.

MALAFAIA, Guilherme. A desnutrição proteico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. **Arq Bras CienSaude**, v. 34, p. 101-7, 2009.

MARIA DO ROSÁRIO, D. L.; MARCHINI, Julio S. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 35, n. 1, p. 95-101, 2002.

MARIATH, Aline Brandão et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad saúde pública**, v. 23, n. 4, p. 897-905, 2007.

MARTINAZZO, Janine et al. Avaliação nutricional de mulheres no climatério atendidas em ambulatório de nutrição no norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3349-3356, Nov. 2013.

MARTINS, Ana Clara et al. CONTROLE DE TEMPO E TEMPERATURA NA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES DE RESTAURANTES COMERCIAIS NA CIDADE DE GOIÂNIA-GOIÁS. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 7, n. 2, p. 85-96, 2012.

MASCARENHAS, Rúbia Gisele Tramontin; DE SOUZA, Janaina Therezinha. A QUALIDADE PERCEBIDA PELO PACIENTE ATRAVÉS DOS SERVIÇOS DA HOTELARIA HOSPITALAR: um estudo sobre a hospitalidade na área da saúde. **Turismo e Sociedade**, v. 8, n. 3, 2016.

MELLO, Aline Gomes de et al. Conhecimento dos manipuladores de alimentos sobre boas práticas nos restaurantes públicos populares do Estado do Rio de Janeiro. 2010.

MESQUITA, Marizete O. de, et al. QUALIDADE MICROBIOLÓGICA NO PROCESSAMENTO DO FRANGO ASSADO EM UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO1. **Ciênc. Tecnol. Aliment**, v. 26, n. 1, p. 198-203, 2006.

MESSIAS, G. M.; PEREIRA, F. M.; SOUZA, M. V. M. Benefícios da gastronomia hospitalar na alimentação do paciente idoso. **Ver. Eletrônica Novo Enfoque**, v. 12, n. 12, p. p23-31, 2011.

MICHELE CORREIA MACÊDO, Érika. Avaliação de Parâmetros da resposta imunológica inata de crianças com desnutrição grave hospitalar no IMIP. 2011.
MIRANDA, Daniela et al. QUALIDADE NUTRICIONAL DE DIETAS VEGETARIANAS. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 8, n. 2, p. 163-172, 2013.

NETO, JUVENAL DA ROCHA TORRES et al. Avaliação do preparo intestinal para videocolonoscopia em crianças. **Rev bras. Colo-proctol**, v. 28, n. 2, p. 210-214, 2008.

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

OLIVEIRA, Helena Simões Dutra de; BONETI, Rochele Silva; PIZZATO, Alessandra Campani. Imunonutrição e o tratamento do câncer. **Ciência & Saúde**, v. 3, n. 2, p. 59-64, 2011
.
OLIVEIRA, Luna Mares Lopes de; ROCHA, Ana Paula Coelho; DA SILVA, Jânia Maria Augusta. Avaliação nutricional em pacientes hospitalizados: uma responsabilidade interdisciplinar. **Saber Científico**, v. 1, n. 1, p. 240-252, 2008.
OLIVEIRA, Tatiana. A importância do acompanhamento nutricional para pacientes com câncer. **Prática hospitalar**, v. 51, p. 150-154, 2007.

PADOVESE, Renato et al. Aplicações clínicas da glutamina. **Revista Contexto & Saúde**, v. 2, n. 03, p. 67-86, 2013.

PAIVA, Emmanuela Prado de et al. BACILLUS CEREUS E SUAS TOXINAS E ALIMENTOS. **Higiene Alimentar**, v. 23, n. 170/171, p. 87, 2009.

PAIVA, Emmanuela Prado de et al. BACILLUS CEREUS E SUAS TOXINAS EM ALIMENTOS. Higiene Alimentar, v. 23, n. 170/171, p. 87, 2009.

PARISENTI, Jane; 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, 2009.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élida Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública Ciênc**. Saúde coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

PEIXOTO, Adriana Lopes. **Terapia Nutricional Enteral e Parenteral**. AS Sistemas, 2015.v. 10, n. 4, p. 503-512, 2008.

PEREIRA, LUCIANA; PINHEIRO, ANDREA NUNES; SILVA, GLEUCIA CARVALHO. **Manipulação segura de alimentos**. Senac, 2009.

PEREIRA, Vanessa Bitencourt et al. Elaboração do manual de boas práticas para as copas de distribuição de refeições do serviço de nutrição do hospital da criança conceição. 2012.

PIMENTA, Teófilo Antônio Máximo; ROCHA, Renato; MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira. Políticas Públicas de Intervenção na Obesidade Infantil no Brasil: uma Breve Análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde. **Journal of Health Sciences**, v. 17, n. 2, 2015.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. 2004.

PIRES, Carlos Eduardo de Toledo. Principais bactérias presentes em doenças transmitidas por alimentos (DTAs). 2011.

POLTRONIERI, M.; OLISESKI, M. S. Terapia Nutricional: Administração e PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. Alimentação e globalização: algumas reflexões. **Ciência e Cultura**, v. 62, n. 4, p. 43-47, 2010.

RASLAN, Mariana et al. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 5, p. 553-561, 2008.

RASLAN, Mariana et al. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 5, p. 553-561, 2008.

RECINE, Elisabetta; VASCONCELLOS, Ana Beatriz. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-79, Jan. 2011.
RIBAS, Simone Augusta; DE OLIVEIRA PINTO, Elaine; RODRIGUES, Camila Batista. DETERMINANTES DO GRAU DE SATISFAÇÃO DA DIETA HOSPITALAR: FERRAMENTAS PARA PRÁTICA CLÍNICA? **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 8, n. 2, p. 137-148, 2013.

ROCHA, Geila A.; ROCHA, Edmundo JM; MARTINS, Ceci V. Hospitalização: efeito sobre o estado nutricional em crianças. **Jornal de Pediatria**, 2006.

SÁ, Adriano Bueno de ; MALLOZI, Márcia C.; SOLÉ, Dirceu. Alergia ao látex: atualização. **Rev. bras. alerg. imunopatol.–Vol**, v. 33, n. 5, 2010.

SACCARDO SARNI, Roseli Oselka et al. Tratamento de Crianças com Desnutrição Grave Utilizando o Protocolo da OMS: Experiência de um Centro de Referência, São Paulo/Brasil Tratamento de crianças com desnutrição grave. **ALAN**, Caracas. v. 55, n. 4, p. 336-344, dez. 2005.

SAMPAIO, Lílian Ramos. Avaliação nutricional. 2012.

SAMPAIO, Rafaella Maria Monteiro; VASCONCE, Cláudia Machado Coelho Souza de; PINTO, Francisco José Maia. Prevalência de desnutrição segundo a Avaliação

Nutricional Subjetiva Global em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza (CE). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 311, 2011.

SANT'ANA, Helena Maria Pinheiro. **Planejamento físico-funcional de Unidades de Alimentação e Nutrição**. Editora Rubio, 2012.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SECOLI, Silvia Regina; DE JESUS, Valéria Corrêa. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). **Ciência, cuidado e saúde**, v. 6, n. 2, p. 252-260, 2008.

SERPA, L. F.; POLTRONIERI, M. J. Acessos para Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral, 2013.

SILVA, Ana Alice da, et al. Prevalência de má nutrição e doenças oportunistas em pacientes hiv/aids internados em um hospital referência em porto velho–Rondônia. **Saber Científico**, v. 4, n. 1, p. 80-88, 2015.**Sistemas**, 2015.

SILVA, Danielle Oliveira Ribeiro da et al. AVALIAÇÃO DA ACEITABILIDADE DA DIETA HOSPITALAR EM UM HOSPITAL DA CIDADE DE VIÇOSA, MG. **ANAIS SIMPAC**, v. 2, n. 1, 2015.

SILVA, Danielle Oliveira Ribeiro da, et al. AVALIAÇÃO DA ACEITABILIDADE DA DIETA HOSPITALAR EM UM HOSPITAL DA CIDADE DE VIÇOSA, MG. **ANAIS SIMPAC**, v. 2, n. 1, 2015.

SILVA, Manuela Pacheco Nunes da. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. **Revista Brasileira de cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 59-77, 2006.

SILVA, Simone Mariano da; MAURÍCIO, Angélica Aparecida. Gastronomia hospitalar: um novo recurso para melhorar a aceitação de dietas. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 1, p. 17-27, 2013.

SILVA, Talitha Elcana Florêncio da. Avaliação do estado nutricional de pacientes internados no Hospital Universitário de Brasília em uso de complemento nutricional, 2013.

SOUSA, Anete Araújo de et al. Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 8, n. 2, p. 149-162, 2013.

SOUSA, C. P. Segurança alimentar e doenças veiculadas por alimentos: utilização do grupo coliforme como um dos indicadores de qualidade de alimentos. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 83-88, 2006.

SOUSA, Consuelo Lúcia; CAMPOS, Gizella Diniz. Condições higiênico-sanitárias de uma dieta hospitalar. **Rev. nutr**, v. 16, n. 1, p. 127-134, 2003.

SOUZA, Cyllene de Matos Ornelas da Cunha Corrêa de. Manual de supervisor de segurança de alimentos. 1ª ed. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2012.

SOUZA, Fabiana Maria de. Controle de produção de resíduos em uma unidade de alimentação e nutrição de um hotel de grande porte: a importância da atuação dos nutricionistas no processo, 2009.

SOUZA, Mariana Delega de; NAKASATO, Miyoko. A gastronomia hospitalar auxiliando na redução dos índices de desnutrição entre pacientes hospitalizados. **Rev. O Mundo da Saúde**, p. 208-214, 2011.

STAHLSCHMIDT PETRY, Nathália et al. Avaliação e proposta de novo cardápio para a ceia de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar pública de Florianópolis-SC. **Demetra: Food, Nutrition& Health/Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 4, 2014.

UNIÃO, Diário Oficial da. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança**, 2006.

VANIN, Michele et al. ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL DO ALMOÇO DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE GUARAPUAVA-PR Lunchnutritionaladequacy in a MealandNutrition Unit in Guarapuava-PR. **Revista Salus-Guarapuava-PR. jan. /jun.** v. 1, n. 1, p. 31-38, 2007.

VERRENGIA, Elizabeth Cristina; DE SOUSA, Anete Araújo. A dieta hipossódica na percepção de indivíduos hipertensos hospitalizados. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 181-190, 2013.
VITÓRIA APART HOSPITAL. **Manual de dietas orais.**1. Ed. Vitória, 2015.

WAITZBERG, Dan Linetzky. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. Atheneu, 2009.

WELKER, Cassiano Aimberê Dorneles et al. Análise microbiológica dos alimentos envolvidos em surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA) ocorridos no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Biociências**, v. 8, n. 1, 2010.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 101, n. 4, p. 1-20, 2013.

APÊNDICE A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, _____, peço a autorização para a realização do projeto de pesquisa intitulado:“_____” na instituição Vitória Apart hospital S/A. A pesquisa será coordenada pelo professor (ou orientador)_____ e os pesquisadores colaboradores serão: _____.

O projeto de pesquisa tem como objetivo _____e será realizado no período _____...

_____

(NOME DO RESPONSAVEL PELA PESQUISA)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

FACULDADE CATOLICA SALISIANA DO ESPIRITO SANTO

CURSO DE NUTRIÇÃO

Título da pesquisa: Aceitação de dietas hospitalares entre pacientes internados em hospital particular de grande porte no município da Serra-ES.

Pesquisadores responsáveis: Ana Cristina de Oliveira Soares, Paula Regina Lemos de Almeida Campos e Miriam Patrícia Castro Pereira Paixão.

A Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, localizada na Avenida Vitória, Nº 950, Forte São João, Vitória-ES, CEP 29017, Telefone 3331-8500, responsável por essa pesquisa, convida o (Sr.) ou (Srª) a participar da pesquisa citada acima.

Objetivo: Identificar os fatores relacionados à aceitação de dietas hospitalares ofertadas para adultos internados em hospital particular de grande porte no município da Serra- ES.

Metodologia: A pesquisa terá início com uma entrevista, para colher dados seguindo a variáveis Tributos como sexo, idade, tipo de dieta, tempo de internação. Sendo esta a primeira etapa do questionário seguido da segunda etapa referente às variáveis atitudes, por meio de perguntas como (sabor, textura, temperatura, apresentação, serviço e variedade das refeições ofertadas).

Possíveis riscos: Riscos relacionados a constrangimento e incomodo para responder o questionário devido quadro de doença, podem ocorrer, porém os benefícios como contribuir para esclarecimentos e melhoras dentro do setor de saúde, sobressaem os riscos.

Benefícios da pesquisa: Sua participação irá contribuir diretamente para o aprendizado das pessoas que trabalharam desenvolvendo a pesquisa, bem como, para todos que tiverem acesso a ela, pois tanto os resultados como toda a pesquisa será exposta, mas sua identidade será preservada.

Forma de acompanhamento e assistência: Quando necessário o voluntário receberá assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes da atividade da pesquisa, sendo qualquer dano reparado junto ao pesquisador, onde caso ocorra algum mal-estar durante a entrevista esta será suspensa imediatamente e a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, localizada na Avenida Vitória, Nº 950, Forte São João, Vitória-ES, CEP 29017, Telefone 3331-8500 estando a disposição para qualquer esclarecimento.

Esclarecimentos e direitos: sua participação será de caráter voluntário, sendo isento de qualquer remuneração. A qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimento sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Confidencialidade e avaliação dos registros: A identidade do voluntario será mantida em total sigilo. Os resultados dos procedimentos executados serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, entre outros, a fim de passar conhecimento e informação.

Consentimento pós-informação:

Eu,----------, portador da carteira de identidade Nº----------expedida pelo órgão----------, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresso meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa.

Local_____Data_____ Assinatura_____

ANÊXO A - QUESTIONÁRIO PARA VERIFICAR ACEITABILIDADE DE DIETAS HOPITALARES

N°do pront:_____sexo: F□M□patologia:_____
Enfermaria:_____leito:_____peso intern:___ peso atual:_____
Data da intern. dieta:_____escolaridade:_____
Data do nasc: data de hoje: _____
Situação conjugal: solteiro ( ) casado ( ) outras ( )
Renda familiar R$_____ %gasto com alimentação_____ profissão_____

1. Questionário respondido por:

Paciente □ Acompanhante □

2. O que O Sr.(Sr.ª) DO:

Refeição	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Desjejum				
Colação				
Almoço				
Lanche				
Jantar				
Ceia				
Sopas				

3.Em relação às refeições servidas como o sr. (srª) classifica quanto à:

	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Temperatura				
Horário				
Sabor				
Quantidade				

4. O paciente sabe a importância da dieta que está recebendo?

- ❑ Sim
- ❑ Não

5. Quantas vezes o paciente bebe água aqui no hospital

- ❑ 1-3
- ❑ 4-6
- ❑ 7-9
- ❑ =/+10

6. O que o paciente acha do atendimento da copeira quanto:

Ruim	Regular	Bom	Ótimo

7. Quanto foi ingerido da refeição observada:

- ❑ Nada
- ❑ <1/2
- ❑ >1/2
- ❑ Tudo

FONTE: Adaptado de PROENÇA et al., 2013