

# A gastronomia como ferramenta de qualidade e aceitabilidade, refeições de pacientes hospitalizados

**Gabriel Henrique Alves de Carvalho**

*Acadêmico do curso de Nutrição da Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Belém, PA, Brasil.*

**Isabella da Silva Ricino**

*Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Belém, PA, Brasil.*

**Jair Nascimento Wanzeler**

*Acadêmico do curso de Nutrição da Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Belém, PA, Brasil.*

**Cecilia Soares Vilhena dos Santos**

*Docente do curso de Nutrição da Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Belém, PA, Brasil.*



## RESUMO

A redução na taxa de desnutrição hospitalar é um grande desafio para os profissionais de saúde por se tratar de uma doença com etiologia multifatorial. Estão envolvidos: a patologia de base, tratamentos utilizados e mudanças ocorridas na rotina de paciente. O presente trabalho teve por objetivo de avaliar a aplicação de técnicas gastronômicas na aceitação de dietas hospitalares. Durante 10 dias consecutivos, em serviço de uma Unidade de Nutrição e Dietética (UND), foi realizada as modificações em 5 principais preparações do hospital, em seguida foi avaliado o nível de aceitação da alimentação através do índice resto-ingestão das refeições do almoço. Após a coleta de dados observou-se que tais modificações influenciou positivamente na aceitação das refeições, já que a média do resto ingerida reduziu de 42,77% para 28,98%.

**Palavras-chave:** aceitação. técnicas gastronômicas. alimentação hospitalar.

## ABSTRACT

The reduction in the rate of hospital malnutrition is a major challenge for health professionals because it is a disease with a multifactorial etiology. They are involved: the basic pathology, treatments used and changes occurred in the patient routine. The individual restricted to the hospital environment has his preferences and individual customs replaced by prescriptions that are not part of his daily life, negatively impacting on social life, since the meal is not only about food itself, but also about socialization. Also highlighting the prejudice regarding hospital feeding, sometimes titled "food without flavor", and "bad appearance." In view of the foregoing, the objective of the present work was to use gastronomic techniques in preparations of mild consistency, offered during lunch hours, during 10 consecutive days, in the service of a Nutrition and Dietetics Unit (UND), besides evaluating food acceptance through the rest-ingestion index of lunch meals.

**Keywords:** acceptance. gastronomic techniques. hospital feeding.

## INTRODUÇÃO

A alimentação é fundamental na recuperação da saúde do paciente, além de ter destaque como um ingrediente de conforto e qualidade. Infelizmente, devido a restrições econômicas, algumas unidades hospitalares vêm reduzindo os gastos com a aquisição de alimentos, sendo apropriado aplicar de técnicas gastronômicas, que surgem como alternativa de aprimoramento sensorial das preparações, além de impactarem na redução dos custos e do desperdício alimentar. A gastronomia hospitalar despontou para mudar os conceitos e as condutas sobre as dietas servidas, valorizando os aspectos sensoriais dos alimentos como a cor, o aroma, o sabor, a textura e a temperatura, tornando-os agradáveis e prazerosos nas dimensões visuais, olfativas, gustativas e táteis dos pacientes (ALMEIDA; GONTIJO; SANTOS, 2017).

A dieta hospitalar está sendo vista de forma ampliada e adaptada às tendências inovadoras da gastronomia no mercado globalizado de alimentação e nutrição. Nota-se que a busca por aliar a prescrição dietética com possíveis restrições alimentares de clientes com o oferecimento de refeições atrativas e saborosas tornou-se um grande desafio para integrar as unidades de

nutrição e dietética (UND) a um sistema de hotelaria aprimorado (SANTOS; TALDIVO, 2016). A gastronomia hospitalar na prática resulta em desmistificação do conceito de alimentação oferecida em hospitais é de péssima qualidade e sem sabor; desmascara o conceito que as aversões alimentares não possam ser trabalhadas, investigando os gostos e preferências juntamente com as expectativas dos pacientes; verifica-se ainda o aprimoramento estético da preparação quanto aos cortes, decoração e linha de montagem e a inserção do chefe de cozinha ou gastrônomos habilitados (ALVES; PINTO, 2017).

Alguns estudos feitos em unidades hospitalares mostram que, embora haja boa disponibilidade de alimentos para ofertar ao paciente, muitos acabam por não ingerir a quantidade suficiente para que tenham supridas suas necessidades nutricionais, situação essa atribuída aos aspectos clínicos, às inadequações dos serviços oferecidos pela equipe de alimentação e nutrição, a rejeição da alimentação por falta de sabor e uma maior variedade de opções de escolha no cardápio; resultando em produção superestimada de alimentos e, conseqüentemente, o desperdício (MARQUES *et al.*, 2015).

Nesse contexto este trabalho tem por objetivo a utilização de técnicas gastronômicas, a fim de aprimorar o atendimento ao paciente e contribuir para uma maior aceitação das preparações oferecidas, proporcionando o bem-estar e recuperação do estado de saúde, bem como a padronização do serviço em Unidades de Nutrição e Dietética (UND).

## METODOLOGIA

O estudo dispôs de abordagem quali-quantitativa, realizado em uma UND institucional de um hospital privado que faz parte de uma grande rede de saúde e atua na região metropolitana de Belém. A UND é composta por 50 colaboradores, sendo onze nutricionistas, dois técnicos em nutrição, dois secretários, cinco cozinheiros, um ajudante de cozinha, três despenseiros e vinte e seis copeiros. A UND opera 24 horas, com fornecimento médio de 1.250 refeições/dia. Destaca-se que a instituição em questão realiza a padronização da dieta, bem como adequações para atender às necessidades especiais dos pacientes.

A coleta de dados foi realizada durante a maior refeição do dia, o almoço (nos dias 15 a 27 do mês de maio de 2019, de segunda a domingo, excluindo-se os dias de sábado onde não houveram coletas), totalizando 10 dias de coleta, mediante a realização da avaliação do Índice Resto Ingestão (IR).

Na primeira etapa da pesquisa, foram selecionadas, antes da intervenção gastronômica, 05 preparações do cardápio atual, de acordo com a facilidade, praticidade e sazonalidade. Essas preparações foram modificadas partindo da elaboração das Fichas Técnicas de Preparação (FTP), tendo como base um modelo de ficha disponível na unidade (APÊNDICE). Cada prato incluía arroz, um acompanhamento, um tipo de proteína e uma sobremesa. Os alimentos foram pesados antes e após a cocção em balança digital da marca Toledo com capacidade máxima de 3 kg e mínima de 1g, com gramatura sendo inclusa na FTP elaborada.

Para o cálculo do fator de cocção foi utilizada a equação  $FCc$  (fator de cocção) =  $PC / PL$ , na qual PC refere-se ao peso do alimento cozido pronto para servir e PL diz respeito ao peso líquido do alimento antes da cocção. Foi utilizado o rendimento total da preparação e o somatório

de pesos de todos os ingredientes crus e limpos utilizados na preparação. Através do peso das preparações prontas para servir foi calculado o per capita das preparações.

O cálculo do valor calórico foi obtido através do cálculo teórico, considerando a soma das quantidades de calorias provenientes das proteínas, dos lipídeos e dos carboidratos, utilizando-se os seguintes fatores: 4kcal/g de carboidrato, 4kcal/g de proteína e 9kcal/g de lipídeos. O valor foi expresso em kcal/g da amostra, sendo que a amostra é representada pelo valor do per capita. Para a determinação da composição nutricional foi utilizada a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos – TACO versão 2 - e a Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras de Pinheiro (2004).

As análises ocorreram durante 10 dias consecutivos. No período de 15 a 20 de maio com refeição ofertada comumente na UND, a partir do dia 22 a 27 as mesmas preparações foram elaboradas, porém aplicando modificações gastronômicas, como aplicação de métodos de cocção (branqueamento, *confit*, calor úmido, calor seco e calor misto), além de combinação de cores e utilização de ervas aromáticas

O peso da refeição distribuída (PRD) foi coletado durante o porcionamento das refeições. As refeições foram oferecidas em recipientes descartáveis habituais do próprio hospital para os pacientes, identificadas pelo número do apartamento em que o paciente estava internado. Também foi adicionada uma etiqueta pedindo que a embalagem não fosse descartada e que ela seria recolhida em horário determinado e que se tratava de uma pesquisa de qualidade.

Foi determinado o peso da refeição rejeitada (PR), pela pesagem dos restos das preparações, sendo que os materiais descartáveis (guardanapos, colheres e recipientes plásticos) foram separados dos alimentos. O Índice Resto-Ingestão foi calculado pela fórmula:  $IR = (PR \times 100) / PRD$ , na qual PR é o peso da refeição rejeitada e PRD o peso da refeição distribuída. Para o cálculo do Índice Resto-Ingestão, leva-se em conta que o alimento distribuído e não consumido será o resto.

Os resultados obtidos serão tabulados e analisados em programa Microsoft Excel para fins de comparação de resultados.

## RESULTADOS

Foi determinado o peso de 103 refeições nos 10 dias de coleta de dados, vale ressaltar que alguns fatores como o descarte da embalagem e seu resto nas lixeiras dos apartamentos, alta de pacientes próximo ao horário de almoço, pacientes em estado de jejum para determinados procedimentos de exame ou cirúrgicos, fizeram com que o número de embalagens com o resto coletadas fossem reduzidos.

As Tabelas 1 e 2 apresentam as preparações com seus respectivos nomes, o peso médio da refeição servida, o peso em média do resto e a porcentagem em média do resto ingestão servidas sem intervenção e pós-intervenção gastronômica, respectivamente.

**Tabela 1 - Peso médio das refeições oferecidas e dos restos alimentares sem intervenção gastronômica e a relação percentual de resto-ingestão em UND de Belém do Pará, 2019.**

Preparação	Média P*(g)	Média resto (g)	Média índice resto-ingestão (IR) %
Torta de Liquidificador	358,5	174,8	48,2
Filé de frango ao molho de tomate	291,4	113,6	38,98
Peixe assado	361,4	107,8	29,84
Estrogonofe vegetariano	360,5	152,4	42,28
Filé de frango ao molho de uva	343,2	187,3	54,58

**PR: refeição rejeitada**  
**IR: índice de resto ingesta**  
**Fonte: Pesquisa de campo, 2019.**

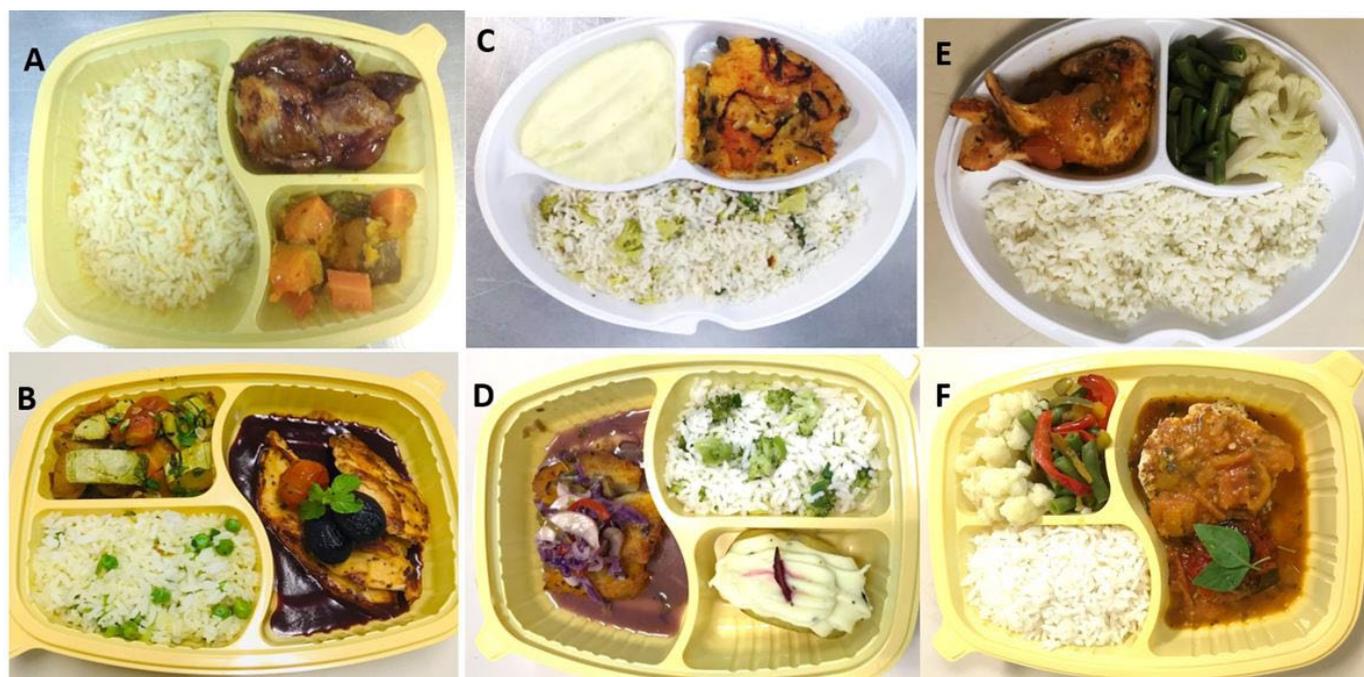
**Tabela 2 - Peso Médio das refeições oferecidas e dos restos alimentares com intervenção gastronômica e a relação percentual de resto-ingestão em UND de Belém do Pará, 2019.**

Preparação	Média PR(g)	Média resto (g)	Média índice resto-ingestão (IR) %
Torta de Liquidificador	316,25	96,87	30,63
Filé de frango ao molho de tomate	395,66	154	38,92
Peixe assado	343,23	52,92	15,41
Estrogonofe vegetariano	454	132	29,07
Filé de frango ao molho de uva	430,41	133,08	30,91

**PR: refeição rejeitada**  
**IR: índice de resto ingesta**  
**Fonte: Pesquisa de campo, 2019.**

A porcentagem de restos, em todos os dias, apresentou variação no período pré-intervenção de 29,84% a 54,58%, e no pós-intervenção 15,41% a 38,92%. Os resultados indicam uma diferença média entre os períodos pré e pós intervenção gastronômica de 15,95% nos índices de resto. Considerando as particularidades das etapas, no período pré-intervenção a média do IR foi de 42,77%, enquanto no período pós-intervenção a média do IR foi de 28,98%.

**Figura 1 - Registro fotográfico das refeições servidas antes de Filé de Frango ao Molho de Uva (A) e após (B) a intervenção gastronômica, de \_\_\_\_\_ servida antes (C) e após (D) e de \_\_\_\_\_ servida antes (E) e após a intervenção gastronômica (F), Belém, PA, 2019.**



## DISCUSSÃO

O presente estudo remeteu a abertura de discussão acerca da padronização do serviço ofertado, bem como a relevância de influência na aceitação da dieta hospitalar, sendo determinada através da avaliação do índice resto-ingestão. É de fundamental importância que esse tipo de pesquisa seja realizado com maior frequência, a fim de avaliar o funcionamento do serviço da UND, bem como a aceitação da dieta pelos pacientes.

Mesmo com a manutenção de elevados índices de resto-ingestão, podemos avaliar que a modificação na apresentação das dietas oferecidas influenciou positivamente na aceitação das refeições, já que a média do resto ingerido reduziu de 42,77% para 28,98%. Ambos os resultados estão acima do aceitável para populações enfermas, sendo considerado ideal valores inferiores a 20%. Vale destacar que apenas em um dia do estudo, o percentual (15,41%), esteve em conformidade com o mínimo aceito para populações enfermas.

Valores elevados de resto-ingesta pressupõem desajustes no planejamento e na execução do cardápio, a exemplo de falhas no porcionamento, preparações incompatíveis ao padrão e hábitos alimentares dos pacientes, refeições pouco atrativas, temperatura inadequada e monotonia na dieta (SOUSA, GLORIA, CARDOSO, 2011).

Em um estudo MARQUES et al (2015), evidenciou que dietas com apresentações saborosas, atrativas, com técnicas de decoração e nutricionalmente adequadas influenciam na ingestão alimentar e apetite do paciente, relacionando satisfação da dieta hospitalar e qualidade sensorial do alimento. É importante ressaltar que a intervenção gastronômica foi feita apenas com relação a apresentação das dietas, e que as mesmas já possuíam um alto grau de aceitação com relação ao sabor e tempero. SOUZA, NAKASATO (2011), corroboram com esse discurso em seu estudo que cozinhar é uma arte, e esse conhecimento utilizado com o propósito de pro-

porcionar maior prazer a quem come é um instrumento poderoso que o profissional, aumentando o nível de adesão dos pacientes.

Com relação aos índices acima de 20%, valor este mínimo indicado pela literatura para pacientes hospitalizados, eles indicam algumas inadequações que podem ter ocorrido durante o estudo como falha no porcionamento, já que o peso das refeições servidas variou tanto no momento pré-intervenção (291,4g – 361,44g) como no momento pós intervenção (316,25g – 454g), alcançando o índice ideal de índice resto-ingestão (15,41%) em apenas um dia da semana em que foram aplicadas as técnicas gastronômicas.

Outro fator que pode ter contribuído com a variação do peso das dietas servidas foi o posicionamento em que foi servido o arroz. Nos 5 primeiros dias de pesquisa, o mesmo foi servido no maior compartimento da embalagem, porém observou-se um elevado desperdício. Já nos cinco dias finais onde foram aplicadas as técnicas gastronômicas, o arroz foi servido no compartimento menor, evitando exageros no porcionamento.

Atender a dieta de forma individualizada é um dos desafios enfrentados pelas equipes de UND's, pois há uma certa dificuldade dentro do fluxo da produção em se perceber o paciente no momento do processo produtivo, enfatiza MENEZES *et al.* (2018).

Quanto à padronização AKUTSU (2005) acrescenta que uma atenção dietética completa é consequência de planejamento e controle na execução das etapas da unidade para estabelecimento de um padrão de qualidade nos processos de produção de refeições, beneficiando assim nutricionistas e colaboradores através de treinamento e capacitação, facilitando assim o trabalho diário.

Fica a perspectiva de estudos futuros com maior abrangência de detalhes e pesquisa afim de que o tema seja mais discutido e enriquecido com mais informações que beneficiem os profissionais da área.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados obtidos no presente trabalho chegou-se à conclusão de que a gastronomia hospitalar provê benefícios que suplantam não apenas o embelezamento dos pratos servidos, através da padronização de seus preparos, mas também a organização do serviço da UND, aliando diferentes técnicas dietéticas para promover uma maior aceitabilidade e ingestão dietética de pacientes.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. E. F.; GONTIJO, M. C. F.; SANTOS, S.V. Efeito da Gastronomia na Aceitabilidade de Dietas Hospitalares. *Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. Vol.37, n. 3, p.22, 2017.

ALVES, E. A.; PINTO, C. C. A Gastronomia no Contexto da Hotelaria Hospitalar: Um Estudo de Caso na Cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* Vol. 14, n.2 ▪ Belo Horizonte, MG ▪ ABR/JUN 2017.

AKUTSU R. C., *et al.* A ficha técnica de preparação como instrumento de qualidade na produção de refeições. *Revista de Nutrição*. Campinas, abril, 2005, p. 278.

BARBOSA, L. S.; CASADO, A. V. D. M. Aceitação de dieta hipossódica e estado nutricional de pacientes internados em hospital público de Goiânia. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2015.

BRITO, A.M. S. *et al.* Avaliação do resto-ingesta de alimentos em uma unidade de alimentação e nutrição no município de Sobral, Ceará. Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde, v. 3, n. 2, p.27, s.n., S.I. julho-outubro/2016.

CABRAL, J. V. B.; OLIVEIRA, F. H. P. C.; SHINOHARA, N. K. S. A gastronomia hospitalar como ferramenta de bem-estar ao paciente. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316875644> . Acesso em: 04 de setembro de 2018.

CARNEIRO, D. C.; MASCARENHAS, R. G. T.; MAINARDES, I. Eventos em hotelaria hospitalar: aspectos da gastronomia no fornecimento de cardápio para dietas restritivas. Revista Rosa dos Ventos, v. 8, n. 1, 2016, Universidade de Caxias do Sul. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=473550284009> . Acesso em: 04 de setembro de 2018.

CABRAL, J. V. B.; OLIVEIRA, F. H. P. C.; SHINOHARA, N. K. S. A gastronomia hospitalar como ferramenta de bem-estar ao paciente. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316875644> . Acesso em : 04 de setembro de 2018.

CHAER, G.; DINIZ, R. R. P.; RIBEIRO, E. A. A técnica do questionário na pesquisa educacional. Revista Evidência, Araxá, v. 7, n. 7, p. 260, 2011.

DEL-MASSO, M. C. S.; COTTA, M. A. C.; SANTOS, M. A. P. Ética em pesquisa científica: conceitos e finalidades. 2011, p. 4. Disponível em: [https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155306/1/unespnead\\_reei1\\_ei\\_d04\\_texto2.pdf](https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155306/1/unespnead_reei1_ei_d04_texto2.pdf) . Acesso em: 14 de novembro de 2018.

MARQUES, I. B. S.; MIRANDA, A. S.; OLIVEIRA, G. G. D.; SANTANA, R. F.; TEIXEIRA, N. S. Adoção de Práticas em Gastronomia Hospitalar e Sua Interferência Sobre o Índice de Resto. Revista de Inovação, Tecnologia e Ciências (RITEC), v. 1, n. 1, p. 103-108, 2015.

MENEZES, R. O. S.; *et al.* Estudo da adequação de refeições servidas a pacientes em hospital de referência na cidade de Salvador, Ba. Revista Higiene Alimentar - V.32 - nº 276/277, p. 40. Janeiro/ fevereiro de 2018

OLIVEIRA, M. F. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração. Manual (pós-graduação) – Universidade Federal de Goiás, 2011, p. 27. Disponível em: [https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual\\_de\\_metodologia\\_cientifica\\_-\\_Prof\\_Maxwell.pdf](https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf) . Acesso em: 14 de novembro de 2018.

PIANA, M. C. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009, p. 169. Disponível em: <https://books.scielo.org> . Acesso em: 14 de novembro de 2018.

RABELO, N. M. L.; ALVES, T. C. U. Avaliação do percentual de resto-ingestão e sobra alimentar em uma unidade de alimentação e nutrição institucional. Revista Brasileira de Tecnologia Agroindustrial, Ponta Grossa, v. 10, n. 1, p. 2042, 2043, jan. /jun. 2016.

SANTOS, M. C. T.; TALDIVO, B. P. Gastronomia Hospitalar. Rev. Conexão Eletrônica – Três Lagoas, MS – Volume 13 – Número 1 – Ano 2016, 04.

SOUZA, M. D.; NAKASATO, M. A gastronomia hospitalar auxiliando na redução dos índices de desnutrição entre pacientes hospitalizados. Revista O Mundo da Saúde, São Paulo, 2011; p. 212

## AGRADECIMENTOS

A toda equipe do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Adventista de Belém, pelo apoio e colaboração na construção deste trabalho.