

Avaliação do índice de resto ingestão dos pacientes de um hospital público do município de Sete Lagoas/ MG

Carla P. de S. da Silva¹
Juliana Costa Liboredo²

RESUMO

A desnutrição hospitalar é um problema de saúde pública universal, que pode atingir 50% dos indivíduos internados. Essa desnutrição nem sempre está associada a uma patologia, mas sim a fatores como inapetência, mudanças de hábitos, alterações de paladar, ou também, por fatores ligados à refeição, como apresentação, variedade de cardápio, temperatura e horário de distribuição. Esses fatores levam a não ingestão das refeições, comprometendo o estado nutricional do paciente e a um alto desperdício de refeições no âmbito hospitalar. Diante disso, o objetivo do estudo foi avaliar a aceitação das dietas pelos pacientes de um hospital público do município de Sete Lagoas/ MG, através do índice de resto ingestão do almoço e jantar e da pesquisa de satisfação feita com os pacientes. O estudo foi realizado através da pesagem do resto ingestão das marmitas dos pacientes separados pelas dietas orais livres, branda, hipossódica, para diabéticos, pastosa e hipossódica mais diabética. Os resultados mostraram que as dietas hipossódicas, para diabéticos e hipossódicas mais diabéticas foram as que apresentaram maior resto *per capita*. Todas as dietas analisadas apresentam-se com o percentual de resto ingestão acima do aceitável pela literatura (20%). No que se refere à pesquisa de satisfação, os quesitos temperatura e variedade de cardápios foram os que apresentaram maior insatisfação dos pacientes, horário e apresentação maior satisfação. Estratégias de mudanças são importantes para melhoria do estado nutricional do paciente e a diminuição do desperdício dos alimentos.

Palavras chave: Índice de Resto Ingestão, Desperdício de alimentos, Dieta hospitalar.

ABSTRACT

Hospital malnutrition is a universal public health problem that can reach up to 50% of hospitalized individuals. This malnutrition is not always associated with a pathology, but rather with factors such as inappetence, changes in habits, changes in taste, or also factors related to the meal, such as presentation, variety of menu, temperature and time of distribution. These factors lead to ingestion of meals, compromising the nutritional status of the patient and a high waste of meals in the hospital. Therefore, the objective of the study is to evaluate the acceptance of diets by the patients of a public hospital in the city of Sete Lagoas / MG, through the index of rest lunch and dinner intake and the satisfaction survey done with the patients. The study was performed by weighing the rest intake of the patients' lunchboxes separated by free oral, soft, hyposodic, diabetic, pasty and hyposodic more diabetic diets. The

¹ Graduanda do curso de Nutrição pela Faculdade Ciências da Vida. E-mail: carlinhacordis@hotmail.com.

² Docente do curso de Nutrição na Faculdade Ciências da Vida, Nutricionista (UFVJM) Mestre e Doutora em Ciências dos Alimentos (UFMG). E-mail: juliboredo@yahoo.com.br.

results showed that the hyposodic, diabetic and more diabetic hyposodic diets presented the highest per capita rest. All diets analyzed presented the percentage of per capita rest above that acceptable in the literature (20%). Regarding the satisfaction survey, the temperature and variety of menus were the ones that presented the greatest dissatisfaction of the patients, the time and the higher satisfaction. Change strategies are important for improving the patient's nutritional status and reducing food waste.

Key words: Rest Ingestion Index, Food waste, Hospital diet.

INTRODUÇÃO

A desnutrição é conceituada como sendo um estado de nutrição, onde a deficiência de energia, proteína ou outros macro e micronutrientes causam consequências indesejáveis que refletem na saúde do indivíduo. Em pacientes hospitalizados a desnutrição é vista como sendo um problema de saúde universal e sua prevalência varia de 40% a 65%. Alguns pacientes encontram-se desnutridos no período da admissão hospitalar, mas muitos desenvolvem a desnutrição no decorrer da hospitalização. Pacientes internados em curto período sofrem menos com a desnutrição quando comparados àqueles internados por longos períodos, aumentando as complicações, as morbimortalidades, o período de internação e os custos. Isso pode ser minimizado se uma atenção especial for dada ao estado nutricional dos pacientes (GARCIA, 2014).

Diversos são os motivos que contribuem para a desnutrição em pacientes hospitalizados como a própria doença e a baixa ingestão alimentar devido à perda de apetite, alteração do paladar, má absorção e incapacidade de consumo de alimentos. A alimentação hospitalar é relevante por garantir o fornecimento de nutrientes para o paciente internado, ajudando a recuperar o estado nutricional do indivíduo. Porém, essa alimentação é alvo de críticas e rejeições por parte dos pacientes, sendo considerada por muitos como sendo uma refeição insossa, insípida e ainda com restrições e proibições. Por isso, é necessário que haja melhor atenção na alimentação dos pacientes para que ela não fique restrita somente em fornecer as necessidades básicas de manutenção ou recuperação da saúde, mas propicie também bem-estar físico e mental do paciente. Sendo assim, aspectos como gosto, aroma, cor, apresentação, temperatura, horário de distribuição e quantidade precisam ser avaliados na abordagem nutricional para que haja maior aceitação da dieta, ajudando a recuperação do estado nutricional dos pacientes e contribuindo para menor desperdício de alimentos (SOUSA, 2014).

Uma forma de monitorar a aceitação das dietas por parte dos pacientes é a realização de uma pesquisa de satisfação e o acompanhamento do resto ingestão, sendo este a relação entre a quantidade de alimentos servidos e o resto devolvido nas marmitas pelos pacientes (MOURA 2013).

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a aceitação de dietas servidas em um hospital público de Sete Lagoas/ MG, através do índice de resto ingestão e pesquisa de satisfação.

REFERENCIAL TEÓRICO

Alimentação e Nutrição de Pacientes Hospitalizados

Assim que o paciente é admitido em uma unidade de internação ele deve ser avaliado pela equipe de saúde e ter sua dieta prescrita, sendo definida de acordo com o estado nutricional atual do paciente, com a possibilidade de ingestão e digestão de alimentos e de absorção intestinal de nutrientes (CORREIA, 2015). A dieta prescrita deve ser compatível e atender as necessidades nutricionais ocasionadas pela presença de doenças, destacando as doenças metabólicas como, por exemplo, diabetes mellitus e dislipidemia, e as doenças associadas à difusão e ou insuficiência de órgãos, por exemplo, insuficiência renal, hepática, cardíaca ou síndrome disabsortiva (NETO, 2005).

Para ocorrer a prescrição dietética é necessário avaliar todas as opções de dietas disponíveis no hospital, procurando identificar qual melhor atende ao quadro clínico e situação atual do paciente. Basicamente, as opções dietéticas são as dietas orais hospitalares, suplementos nutricionais orais e dietas enterais e parenterais, que serão oferecidas de acordo com a via disponível para a alimentação. A via oral é a forma mais fisiológica para oferecimento de energia e de todos os macros e micronutrientes necessários para o organismo. Constitui a primeira opção para nutri um paciente, desde que o trato gastrointestinal esteja íntegro ou, pelo menos, parcialmente funcionante (SILVA, 2008).

Os alimentos recomendados na dieta por via oral devem ser compatíveis com as doenças apresentadas pelo paciente, incluindo a desnutrição e as deficiências de micronutrientes específicos. Diversos estudos tem relatado que a maioria dos pacientes internados em hospitais da China, Estados Unidos, Cuba e Brasil recebe dieta oral como única fonte de nutrição (WAITZBERG, 2011). Na prática clínica, as dietas orais especializadas são prescritas de acordo com o diagnóstico do paciente. Essas variam quanto à consistência e/ou sua composição. Em relação à consistência dos alimentos, essas são classificadas como

normal (sem alteração de consistência) ou com alteração de consistência (branda pastosa ou líquida). Quanto à quantidade de macronutrientes, são classificadas conforme a quantidade de carboidratos (normo, hiper ou hipoglicídica); de proteínas (normo, hiper ou hipoproteica); e lipídios (normo, hiper e hipolipídica). Algumas também podem apresentar restrição ou quantidade adicional de eletrólitos e ou micronutrientes, de acordo com as necessidades nutricionais individuais (RIBAS, 2013).

Desnutrição Hospitalar

A prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados foi relatada com destaque em hospitais da Alemanha na década de 70. Atualmente, a realidade vivenciada em relação ao estado nutricional de indivíduos hospitalizados em todo o mundo apresentou somente discretas melhoras. Em pacientes internados em hospitais da América Latina, incluindo o Brasil, valores elevados para a frequência de desnutrição têm sido relatados 45 a 63%, (MARCADENTI, 2015). O efeito da internação sobre o estado nutricional de pacientes em hospitais do Brasil é evidenciado no estudo feito por Delgado (2015) onde mostra o predomínio de desnutrição identificada entre pacientes avaliados dentro das primeiras 48 horas de hospitalização (44,69%; 391 pacientes desnutridos no total de 875 pacientes), aumentou consideravelmente entre os pacientes com permanência hospitalar de 16 dias ou mais (68,15%; 721 pacientes desnutridos no total de 1058 pacientes).

O crescimento da desnutrição entre pacientes internados pode estar associado a diversos fatores, como aqueles inerentes à própria hospitalização, como condutas dietéticas implementadas. O não conhecimento da composição nutricional das dietas orais hospitalares por profissionais envolvidos no cuidado nutricional dos pacientes é um dos motivos contribuintes para a ocorrência de deficiências nutricionais durante a internação. Além disso, outros aspectos adicionais de relevância auxiliam para o comprometimento do estado nutricional de pacientes hospitalizados, como por exemplo, o desconhecimento dos motivos pelos quais os pacientes com oferta de energia e/ou proteína suficiente, ou mesmo superior às recomendações não ingerem alimentos em quantidades apropriadas para atender suas necessidades nutricionais. A não realização de triagem ou avaliação nutricional periódica também dificulta a identificação de indivíduos com ingestão alimentar inadequada e, podem comprometer o estado nutricional durante a internação (CABRAL, 2014).

Um fator muito relevante para a desnutrição hospitalar é a ingestão alimentar inadequada. O ato de alimentar-se não é apenas um item de conforto para o paciente durante o

tempo de permanência hospitalar, mas também uma necessidade vital. A ingestão alimentar estando inadequada aumenta a prevalência e a gravidade da desnutrição, com concomitante incremento da morbidade, do período de hospitalização e da mortalidade, além de gerar desperdícios de alimentos.

Resto Ingestão e Pesquisa de Satisfação

Uma forma de monitorar a qualidade das refeições servidas e sua aceitação por parte do paciente é o acompanhamento do resto ingestão (CASTRO, 2013). O resto ingestão é a relação entre a quantidade de alimentos fornecida e o resto devolvido nas bandejas pelo paciente, o valor é convertido e expresso em percentual. A medida ajuda a indicar a qualidade da refeição servida, além de controlar os desperdícios e custos, e é também importante fator quando se pensa em qualidade da terapia nutricional (MOURA, 2013).

Os valores de resto ingestão variam muito de um lugar para outro, sendo muito importante que seja feito trabalhos para minimizar os desperdícios, pois o controle visa avaliar a adequação das quantidades preparadas em relação às necessidades de consumo, o porcionamento na distribuição e a aceitação do cardápio (RICARTE, 2014).

A pesquisa de satisfação do cliente é a principal ferramenta para conhecermos nossos clientes ou pacientes e para identificarmos as falhas e oportunidades de melhoria em nossos produtos ou serviços. Através da pesquisa de satisfação, podemos tomar decisões mais assertivas quanto a diversas questões na busca da satisfação total. No serviço de alimentação a satisfação dos consumidores é de fundamental importância como medida de qualidade do serviço prestado (GIL, 2012). Sendo assim, saber qual é a preferência dos comensais atendidos, ajuda as empresas a criar um serviço ou produto potencial, com isso, contribuindo para gerar novos atrativos e benefícios aos seus clientes (SOUZA, 2012). Segundo Côrrea e colaboradores (2015) quanto maior o índice de resto alimentar, menor é a satisfação dos clientes.

Essas duas ferramentas (acompanhamento do resto ingestão e pesquisa de satisfação) são de grande importância para a verificação de aceitação de dietas oferecidas nos hospitais e com base nos dados coletados, é possível traçar estratégias para possíveis mudanças.

MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal com caráter quantitativo, desenvolvido em um hospital público do município de Sete Lagoas, Minas Gerais, no mês de abril de 2017. Os dados do estudo foram coletados nos setores de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pronto Socorro. Esses setores foram escolhidos por receberem pacientes que permanecem mais tempo de internação (em média cinco dias) e oferecer maior variedade de dietas. Assim, foram eliminados do estudo os setores de Pediatria, UTI, e Sala de Emergência devido à utilização de mamadeiras, de dietas que não são administradas por via oral e ao menor tempo de internação, respectivamente.

O estudo foi realizado apenas com pacientes que recebiam dietas orais livres, hipossódicas, para diabéticas, diabética mais hipossódica, brandas e pastosas, por serem as dietas prescritas com maior frequência, permitindo assim a comparação da aceitação dessas. Sendo assim, as dietas hiperproteica, hipercalórica, líquidas, sem vitamina K, para insuficiência renal, branda para diabetes, branda hipossódica, pastosa hipossódica e pastosa para diabetes foram excluídas do estudo, por serem servidas menos frequentemente, não havendo possibilidade de comparação.

Durante cinco dias do mês de abril de 2017 foram avaliados o peso da refeição distribuída, peso do resto das refeições, resto *per capita* e índice de resto ingestão das dietas do almoço e jantar, ambos separados por tipo de dietas avaliadas no estudo. O peso das refeições distribuídas (PRD) foi realizado quando as marmitas chegavam ao Serviço de Nutrição e Dietética do hospital. As marmitas eram separadas de acordo com o tipo de dietas e pesadas de dez em dez unidades. Posteriormente, pesou-se uma marmita vazia com a tampa para que esse valor fosse descontado do peso de cada marmita com alimento. Em seguida, foi obtido o PRD somando-se o peso de todas as refeições e subtraindo-se o peso da marmita.

Para determinação do Peso dos Restos das Refeições (PR) no momento da distribuição das marmitas todos os pacientes foram orientados a não descartar as embalagens e alimentos na lixeira do quarto ou de outro local do hospital para não interferir no resultado. Ao final das refeições, todas as marmitas foram recolhidas pela autora do estudo e os restos das refeições que retornaram de cada setor foram acondicionados em recipientes separados por tipo de dieta avaliada. As partes não comestíveis de alguns alimentos (ossos e cascas) e os descartáveis (guardanapos e talheres) foram retirados antes da pesagem. As saladas não foram consideradas no estudo, pois não foi possível identificar o tipo de dieta descrito nas embalagens, já que o plástico utilizado para cobrir os recipientes utilizados para servir aos pacientes era danificado no momento da abertura.

Diante do PR foi obtido o resto *per capita*. Para isso, dividiu-se o peso do resto de cada dieta pelo número de pacientes que recebeu a refeição. Foi considerado aceitável resto ingestão entre 15g a 45g por paciente (VAZ, 2006). Além disso, foi determinado ainda o Índice de Resto Ingestão (RI), que é a relação percentual entre o PR e o PRD, obtido pela seguinte fórmula: $\% \text{ RI} = \text{PR} \times 100 / \text{PRD}$. Foram consideradas aceitáveis para RI taxas inferiores a 20%, percentual considerado para população enferma (VAZ, 2006). Todas as pesagens foram realizadas utilizando-se uma balança da marca Líder, modelo LD1050, com capacidade de 20 kg a 100 kg.

Além das pesagens, foi avaliada a satisfação dos pacientes em relação às refeições servidas. Participaram do estudo 76 pacientes internados em alguns dos setores escolhidos para a coleta de dados. A satisfação foi avaliada por meio de um questionário contendo perguntas sobre a variedade do cardápio, apresentação, temperatura, horário de distribuição, quantidade da refeição. Para cada pergunta os pacientes foram orientados a marcar apenas uma das opções: ótimo, bom e ruim.

Os dados obtidos foram organizados e tabulados pelo programa Microsoft Office Excel e a avaliação dos resultados foi feita por método estatístico descritivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos cinco dias analisados, foi determinado o peso de 752 refeições distribuídas nos setores avaliados, sendo 380 no almoço e 372 no jantar. O número de dietas livres, hipossódicas e diabéticas mais hipossódicas do jantar foi menor devido ao fato de alguns pacientes estarem em jejum para realização de exames, com isso essas refeições não foram oferecidas em alguns dias.

Na tabela 1 encontra-se o número de refeições e a média dos pesos das refeições distribuídas no almoço e no jantar, por tipo de dieta servida.

Tabela 1. Número de refeições e Peso das refeições distribuídas no almoço e jantar

	Total	Livre	Branda	Pastosa	DM	HAS	DM+HAS
Almoço							
Nº de refeições	380	170	35	30	55	50	40
Média do peso da refeição distribuída (Kg)	167,2	74,8	15,4	13,2	24,2	22,0	17,6
Jantar							
Nº de refeições	372	167	35	30	55	48	37
Média do peso da refeição distribuída (Kg)	163,7	73,5	15,4	13,2	24,2	21,1	16,3

DM= dieta diabética: HAS= dieta hipossódica: DM+HAS= dieta diabética e hipossódica

A dieta mais prescrita durante o período avaliado foi a Livre, com média de 170 refeições no almoço (44,74%) e 167 no jantar (44,89%). A dieta livre é recomendada para aqueles indivíduos que não possuem nenhum tipo de restrição alimentar. As demais dietas analisadas no estudo possuem alguma característica específica de acordo com as necessidades de cada paciente. A dieta hipossódica para pacientes renais, cardíacos, ou hipertensos. A quantidade de cloreto de sódio (NaCl) geralmente é de um a dois gramas/ dia. A dieta diabética (DM) é caracterizada pela ausência de adição de açúcar livre ou de alimento que possua açúcar de adição, indicada para indivíduos que necessitem controlar o nível glicêmico no sangue. A dieta branda é caracterizada pela consistência mais macia, abrandada pela cocção, indicada para pacientes com alterações e perturbações orgânicas e funcionais do trato gastrointestinal. A dieta pastosa tem consistência mole e é indicada para pacientes pós-cirúrgicos do sistema digestório e também para pacientes com dificuldades em mastigar ou engolir alimentos (SOUZA, 2012).

Na tabela 2 encontram-se o peso dos restos alimentares e o resto *per capita* das dietas do almoço e jantar. A dieta Livre foi a que apresentou a maior quantidade de resto de alimentos, porém foi à refeição que apresentou o maior número de marmitas distribuídas. Assim, o resto per capita da dieta Livre foi o menor dentre as dietas avaliadas, o que

demonstra que essa é a opção com maior aceitação pelos pacientes. Essa aceitação pode justificar-se pelo fato da dieta livre aproximar-se mais da alimentação habitual do indivíduo, ter preparações semelhantes do dia a dia fora do ambiente hospitalar. Dentre as dietas com modificação de composição ou consistência, foi observado que a dieta hipossódica e diabética foi as que apresentaram o maior peso do resto e resto *per capita*, isso provavelmente se deve ao fato de essas dietas sofrerem alterações no sabor devido à ausência ou pequena quantidade de sal ou açúcar. Segundo Demário et al. (2015), em estudo feito em um hospital público de São Paulo com pacientes hipertensos e diabéticos observaram que as dietas hipossódicas e diabética são menos aceitas pelos pacientes e, conseqüentemente tem menor ingestão de nutrientes. O resto *per capita* de todas as dietas estava dentro dos valores considerados aceitáveis pela literatura 15g a 45g, (VAZ, 2006), exceto a dieta hipossódica. No estudo de Castro (2013) foi observado que o resto *per capita* também estava dentro do aceito pela literatura, diferente de outros estudos como o de Scotton (2010) que apresentou resto *per capita* das dietas acima do aceitável pela literatura e que para o autor a falta de planejamento, elaboração de cardápio, estado de saúde do paciente são fatores que levam a esses valores elevados.

Tabela 2. Resto alimentar e per capita do almoço e jantar

Tipo de Dieta	PR (Kg) dos 5 dias	RPC(g) dos 5 dias	Média RPC por dia
Livre	43.224Kg	128g	25,6g
HAS	25.074Kg	255g	51g
DM	20.219Kg	183g	36,6g
DM + HAS	10.454Kg	135g	27g
PASTOSA	7.780Kg	129g	25.8g
BRANDA	9.057Kg	129g	25.8g
TOTAL	115.808Kg	959g	191,8g

PR=peso resto; RPC= peso *per capita*; HAS= dieta hipossódica; DM= dieta diabética; DM+HAS= dieta.

O percentual de resto ingestão das refeições de almoço e jantar pelos tipos de dietas estão representadas no gráfico 1. Foi observado que todas as dietas analisadas encontram-se acima do percentual considerado aceitável para coletividades enfermas (até 20%). Castro *et al* (2013) destacam que, quando os valores de resto-ingestão encontram-se acima de 20% em coletividades enfermas, significa que pode estar havendo mal planejamento e execução de cardápio. Segundo Muller (2010), resultados acima do aceitável pela literatura indicam necessidade de

rever o porcionamento dos alimentos para minimizar as sobras.

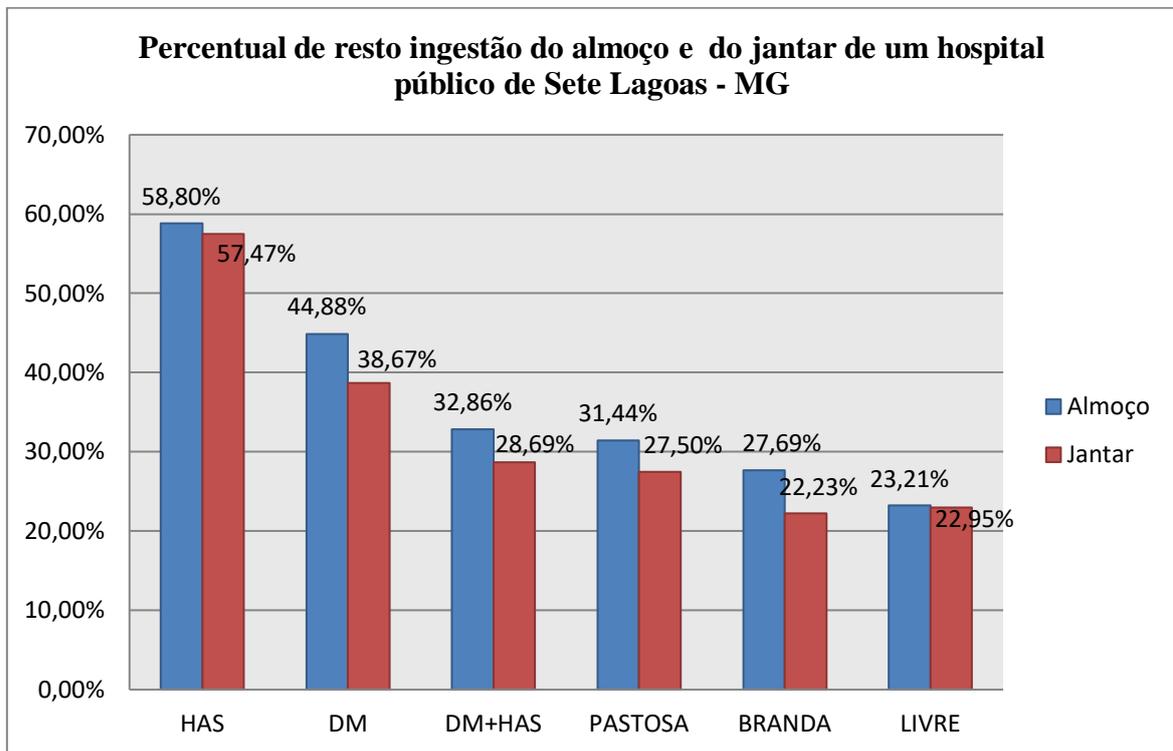


Gráfico 1: DM= dieta diabética; HAS= dieta hipossódica; DM+HAS= dieta.

As dietas HAS, DM e DM+HAS apresentaram maiores percentuais de resto ingestão quando comparados às outras dietas; disgeusia; uso de medicamentos pode tornar a comida insípida, dificultando assim a ingestão. Um estudo realizado por Nonino et al.(2011), demonstrou que a falta de apetite é um dos fatores para a não aceitação das dietas hipossódicas e para diabéticos. Entretanto, no estudo de Alencar (2011) o resto ingestão da dieta DM+HAS foi inferior à dieta livre, demonstrando que essa dieta apresentou boa aceitação.

Na avaliação da aceitação das refeições realizada por meio do questionário houve a participação de 76 pacientes, sendo 39 mulheres (51%) e 37 homens (49%), com faixa etária de 25 a 62 anos. O gráfico 2, apresenta a satisfação de todas as dietas pelos pacientes entrevistados. O único quesito que apresentou satisfação da maioria dos avaliadores foi o horário da distribuição. A maioria estava insatisfeita com a apresentação, temperatura e variedade do cardápio. Entre esses quesitos avaliados, a temperatura foi a que apresentou maior percentual de insatisfação, já que 68,42% a consideraram ruim. Isso pode ser explicado pelo fato de os carrinhos de distribuição não serem térmicos, além da distância que tem que ser percorrida para chegar até os leitos e o grande número de leitos que o hospital possui,

fazendo com que muitos pacientes recebam as dietas em temperatura inadequada. Da mesma forma, no estudo de Barbosa (2010), foi observado que muitos pacientes recebiam dietas frias devido à amplitude do hospital e ao pouco número de funcionários para distribuição, o que resultava em não aceitação das dietas e um elevado desperdício.

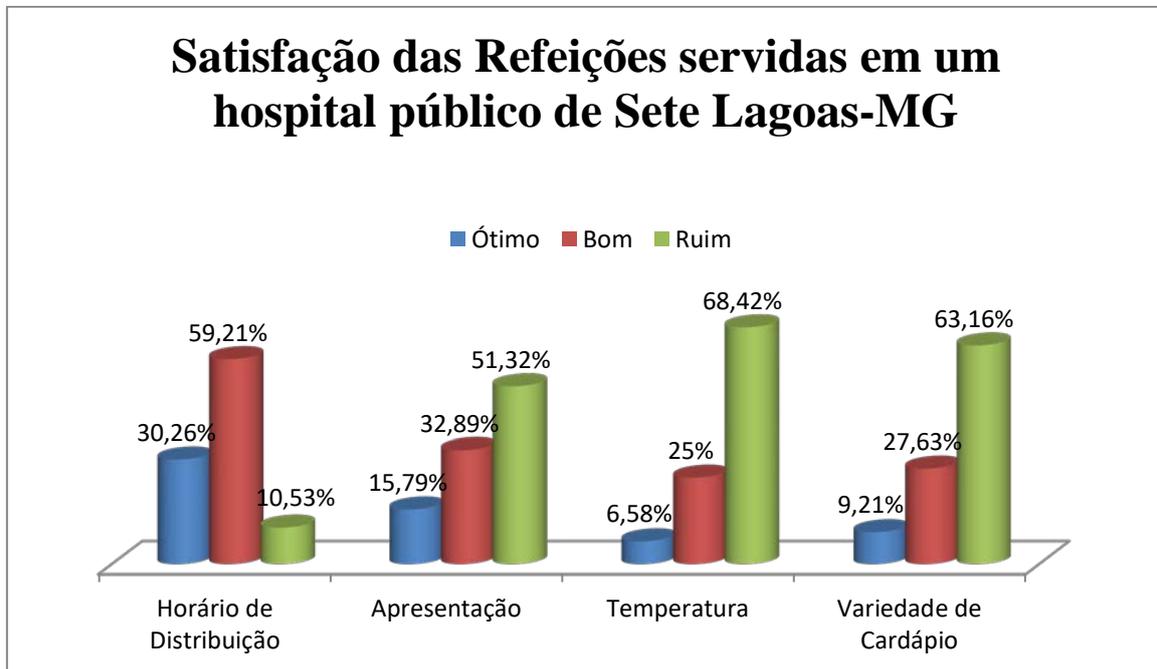


Gráfico 2:

A Tabela 3 apresenta o percentual de satisfação de acordo com o tipo de dieta oferecida. As dietas DM e HAS obtiveram maiores valores de desperdício e foram as que mais tiveram percentual de ruim. Isso pode justificar o motivo pelo qual houve grande quantidade de restos dessas dietas.

Tabela 3: Percentual de satisfação das dietas

DIETAS	TOTAL	ÓTIMO	BOM	RUIM
LIVRE	34	73,53%	17,65%	8,82%
BRANDA	7	57,15%	28,57%	14,28%
DM	11	18,18%	9,09%	72,73%
HAS	10	10%	20%	70%
DM + HAS	8	25%	12,50%	62,50%
PASTOSA	6	66,67%	16,67%	16,66%

DM= dieta diabética; HAS= dieta hipossódica; DM+HAS= dieta.

Alguns autores como Proença *et al.* (2015) revelaram a importância que os pacientes dão ao sabor, à variedade dos alimentos e à forma de apresentação, observando que a satisfação com a unidade que produz refeições está ligada à variedade, odor, temperatura, sabor da refeição, apresentação e componentes do cardápio.

Souza *et al.* em seu estudo realizado em 2012, argumenta que existem vários aspectos que interferem na aceitação de uma refeição, desde a recepção da matéria-prima até a distribuição das preparações, que envolvem o ambiente onde se faz a refeição e o acompanhamento do consumo alimentar. Destaca ainda que aspectos nutricionais são importantes para a melhora do estado nutricional dos pacientes e que a alimentação é de extrema importância para o bem estar e saúde dos enfermos (SOUZA *et al.*,2012).

Desde modo, a aceitação da dieta hospitalar interfere no estado nutricional e na recuperação do indivíduo, diminuindo o tempo de internação e os custos hospitalares. Logo é importante que novas técnicas de planejamento de cardápios, porcionamento, sabores das refeições e apresentação sejam implantadas nos hospitais para que haja mais aceitação das dietas por parte dos pacientes, melhora do estado nutricional e menos desperdício dos alimentos.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, foi observado que a dieta hipossódica apresenta resto *per capita* acima do aceitável pela literatura e todas as dietas apresentaram percentual de resto ingestão acima do valor de referência. Além disso, a maioria dos pacientes estava insatisfeita em relação à apresentação, temperatura e variedade dos cardápios.

LIMITAÇÕES

- Devido o pequeno número de pacientes que recebiam dietas modificadas (dieta líquida, hiperproteica, hipercalórica, branda hipossódica, pastosa diabética, entre outras), não foi possível inclui-las no estudo, pois dificultaria a comparação da aceitação dessas.
- Não ter conseguido avaliar a salada dos pacientes, pois a identificação das mesmas foi danificada não havendo possibilidade de separá-las por tipo de dieta.

SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

- Fazer o estudo com outras dietas modificadas para verificar a aceitação.
- Repetir o estudo para comparar os valores de resto ingestão e resto per capita.

REFERÊNCIAS

ALENCAR MLA. Dieta hipossódica: modificações culinárias em preparações e a aceitação por indivíduos hospitalizados. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis; 2011.

BARBOSA MFP, SOUZA TT, CARNEIRO JM, SOUSA AA. Do cuidado nutricional ao cuidado alimentar: percepção de pacientes sobre a refeição hospitalar. Nutr Pauta. 2010; 79:48-54.

CABRAL PC, BURGOS MGPA, MEDEIROS AQ, TENÓRIO AKT, FEITOZA CC. Avaliação do estado nutricional de pacientes internados em um hospital universitário. Rev Nutr. Puccamp 2014;11:125-32.

CASTRO MDAS, OLIVEIRA LF, SILVA LPRB. Resto-Ingesta e aceitação de refeições em uma Unidade de Alimentação e Nutrição. Hig Aliment. 2013; 17(114/115): 24-8.

CORRÊA, TELMA A. FARALDO; SOARES, FABIANA B. DA SILVA; ALMEIDA, FLÁVIA Q. ARANHA DE. Índice de resto-ingestão. Rev. Nutri. 21(140):64-73, abr. 2006.

CORREIA, M.I.T.D. Repercussões da desnutrição sobre a morbi-mortalidade e custos em pacientes hospitalizados no Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2015. 86 p. (Tese, Doutorado em Cirurgia do Aparelho Digestivo).

DELGADO, ARTUR FIGUEIREDO. Desnutrição hospitalar. / Hospital malnutrition. (Editorial), 27(1):9-11, 2015.

DEMÁRIO RI, SOUZA AA, SALLES RK. Comida de hospital: percepções de pacientes em hospitais público com proposta de atendimento humanizado. *Ciência saúde colet.* 2015;15 Supl1:S1275-1282.

GARCIA RWD. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. *Rev Nutr.* 2014.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa de satisfação. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MARCADENTI A.; VENCOTTO, C.; BOUCINHA, M.E.; LEUCH, M.P.; RABELLO, R.; LONDERO, L.C.; RIBEIRO, A.S.; TOLLER, A.; SOUZA, S.P.; SAGABINAZZI, L. Desnutrição, tempo de internação e mortalidade em um hospital geral do Sul do Brasil. *Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre*, v. 4, n. 1, p. 7-13, jan./jun. 2015.

MOURA PN, HONAISSER A, BOLOGNINI MCM. Avaliação do Índice de Resto Ingestão e Sobras em Unidade de Alimentação e Nutrição (U.A.N) do Colégio Agrícola de Guarapuava/PR. *Salus – Guarapuava* 2013;3:71-7.

MÜLLER PC. Avaliação do desperdício de alimentos na distribuição do almoço servido para os funcionários de um hospital público em Porto Alegre/RS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

NETO A.; VENCOTTO, C.; BOUCINHA, M.E.; LEUCH, M.P.; RABELLO, R.; LONDERO, L.C.; RIBEIRO, A.S.; TOLLER, A.; SOUZA, S.P.; SAGABINAZZI, L. Desnutrição, tempo de internação e mortalidade em um hospital geral do Sul do Brasil. *Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre*, v. 4, n. 1, p. 7-13, jan./jun. 2005.

NONINO-BORGES CB, RABITO EI, SILVA K, FERRAZ CA, CHIARELLO PG, SANTOS JS, *et al.* Desperdício de alimentos intra-hospitalar. *Rev Nutr.* 2011; 19(3): 349-56.

PROENÇA RPC, SOUSA AA, VEIROS MB, HERING B. Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições. Florianópolis: UFSC; 2015.

RIBAS SA, PINTO EO, RODRIGUES CB. Determinantes do grau de aceitabilidade da dieta hospitalar: ferramentas para a prática clínica. *Demetra.* 2013;8(2):137-148.

RICARTE, MICHELLE P. R.; et al. Avaliação do desperdício de alimentos em uma unidade de alimentação e nutrição institucional em Fortaleza – CE. **Revista Saber Científico**, Porto Velho, 2014.

SCOTTON V, KINASE TR, COELHO SRM. Desperdício em unidades de alimentação e nutrição: a contribuição do resto-ingesta e da sobra. *Hig Aliment* 2010;21:186-7.

SILVA V.A.; MARTINEZ, S.M. Impacto da desnutrição no paciente adulto hospitalizado. *Rev Enferm UNISA* 2005; 6: 99-103,2008.

SOUSA A.A.; GLORIA, M.S.; CARDOSO, T.S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev. Nutr.* vol.24 nº. 2 Campinas Mar./Apr. 2014.

SOUZA, B.A.; CARNEIRO, J.M.; BARBOSA, M.F.P.; SOUZA, T.T. Do cuidado nutricional ao cuidado alimentar: percepção de pacientes sobre a refeição hospitalar. *Nutrição em Pauta*, vol. 79, p. 48-54, 2012.

VAZ, C.S. Restaurantes – controlando custos e aumentando lucros. Brasília, 2006, 196p.

WAITZBERG DL, CAIAFFA WT, CORREIA MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. *Nutrition* 2011;17(7-8):573-80.

