



PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DE INGESTÃO ORAL DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL SÃO LUCAS FAG

ZULIAN, Fabiana.¹
COSTA, Esthefany Moreira da.²
MARTINS, Adriana Hernandez.³

RESUMO

O paciente internado em hospitais, geralmente, possui um paladar alterado tanto pela doença quanto por fatores de adaptação ao ambiente. Diante disso, as refeições distribuídas pelas Unidades de Alimentação e Nutrição em hospitais tendem a apresentar um alto índice resto-ingesta, o que ocasiona em grades custos de produção, além de prejuízos a recuperação dos pacientes internados devido a desnutrição. É nesse contexto que o trabalho se apresenta com o objetivo de propor um modelo de avaliação de ingestão oral de pacientes internados no Hospital São Lucas FAG e discutir os pontos mais relevantes que envolvem o problema. Os principais tópicos abordados nesse artigo são os problemas relacionados a desnutrição dos pacientes hospitalizados, o desperdício de alimentos que as UANs apresentam quando inseridas nesses ambientes, quais as abordagens de gestão podem amenizar esses problemas e como a gastronomia pode ser uma ferramenta de equilíbrio para a recuperação do paciente e para a diminuição dos custos de produção.

PALAVRAS-CHAVE: Resto-ingesta, Desperdício, Desnutrição, Gestão, Custos.

1. INTRODUÇÃO

Uma dieta equilibrada é um recurso essencial na recuperação de pacientes enfermos, e a dietoterapia é a área da nutrição que se preocupa com o reestabelecimento das funções fisiológicas ideais do indivíduo. Dentro de um hospital a Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), é responsável pela produção de refeições, e tem como finalidade comprar, armazenar e processar alimentos, para posterior distribuição de refeições aos diferentes tipos de clientes/pacientes.

Existe uma grande complexidade na interação entre oferta, necessidade nutricional e terapêutica, responsabilidade econômico-administrativa da UAN, e programação e execução das refeições, atividades estas desenvolvidas por nutricionistas do setor, que procuram adequar a disponibilidade de alimentos a prescrição dietética, levando-se em conta que em alguns momentos não seja possível, de acordo com Almdal (2003), existem estudos demonstrando a subavaliação do estado nutricional e da capacidade de ingestão alimentar dos pacientes, resultando em ingestão inadequada de proteínas e calorias, bem como na produção superestimada de alimentos, resultando em desperdício.

¹Acadêmica Nutrição Centro Universitário FAG. E-mail: esthefany.costa@gmail.com

²Acadêmica Nutrição Centro Universitário FAG. E-mail: fabizulian@gmail.com

³Professora especial Centro Universitário FAG. E-mail: adrihernandesm@gmail.com

Diante disso, Weitzberg *et al.* (2001), afirma que no ambiente hospitalar entre 30 e 60% da comida não é consumida e vai para o lixo. O que gera também um desbalanço financeiro. Antigamente o problema era outro, grande parte dos alimentos que compunham o cardápio eram produzidos na própria instituição e o preparo da refeição dava-se de forma artesanal, assim a variedade alimentar dependia da produção da horta hospitalar, e o resultado de tais carências e limites era a monotonia do cardápio e a presença constante de sopas. (COLOÇO, HOLANDA E PORTERO-MCLELLAN, 2009)

A padronização de porções alimentares dietéticas é uma forma de evitar o desperdício de alimentos, porém demanda pesquisa e avaliação individual do paciente a fim de garantir quantidades adequadas para melhor atenção nutricional. Considerando que o gasto inadequado de comida pode ser um fator limitante dentro de uma UAN, o objetivo do trabalho foi propor um modelo de avaliação de ingestão oral de pacientes internados no Hospital São Lucas FAG e discutir os pontos mais relevantes que envolvem o problema.

2. REFERENCIAL TEÓRICO OU FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DESPERDÍCIO

O desperdício envolve perdas que variam desde alimentos que não são utilizados, até preparações prontas que não chegam a ser servidas e ainda, o que sobra nos pratos e bandejas que têm como destino o lixo. Esse é um problema amplamente discutido e que está incorporado à cultura brasileira, sendo movido por causas econômicas, políticas, culturais e tecnológicas, que abrangem as principais etapas da cadeia de movimentação: produção, transporte, comercialização, sistema de embalagem e armazenamento (CASTRO, 2002).

As Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) são espaços voltados para preparação e fornecimento de refeições equilibradas em nutrientes, segundo o perfil da clientela (LANZILLOTTI *et al.*, 2004) e estão diretamente relacionadas ao desperdício de alimentos. O objetivo primário de uma UAN é servir refeições saudáveis do ponto de vista nutricional e seguras do ponto de vista higiênico-sanitário (TRANCOSO; TOMASIAK, 2004), no sentido de manutenção e/ou recuperação da saúde do comensal, visando auxiliar no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis (PROENÇA *et al.*, 2005).



A produção de refeições nessas unidades caracteriza-se por utilizar grandes quantidades de alimentos em estado bruto para fazer, em intervalos relativamente curtos de tempo, uma grande quantidade de preparações bem definidas, considerando as limitações em relação à perecibilidade da matéria-prima, os custos e planejamento coerente das atividades dos colaboradores (BRADACZ, 2003; RIBEIRO, 2002). Em uma UAN, o desperdício é sinônimo de falta de qualidade e deve ser evitado por meio de um planejamento adequado, a fim de que não existam excessos de produção e consequentemente sobras.

De acordo com o Serviço Social do Comércio (SESC), citado por Heisler (2008), no Brasil, o desperdício de alimentos atinge cerca de doze bilhões de reais por ano. Diariamente são descartadas 39 milhões de toneladas de alimentos, quantidade suficiente para alimentar com café da manhã, almoço e jantar 78% dos cinquenta milhões de pessoas que ainda passam fome no país. No entanto, o decreto lei nº 2.848, de 1940, impede que as sobras de comida sejam doadas, responsabilizando o fornecedor pelas consequências relativas ao alimento doado

Segundo Corrêa *et al.*, em 2006, o resto-ingestão é a relação entre o resto devolvido nas bandejas pelo comensal e a quantidade de alimentos e preparações alimentares oferecidas, expressa em percentual. Admitem-se valores de sobra com aceitáveis percentuais de 3% ou de 7 a 25 gramas por pessoa (VAZ, 2006). Quantidades significativas de restos de alimentos justificam a importância do gerenciamento do controle de desperdício, pois a produção de grandes quantidades de restos alimentares tem repercussão ética e econômica, apresentando reflexos negativos para toda a sociedade, pois esses gastos poderiam ser direcionados para ações cidadãs, além da preocupação com a responsabilidade ambiental (MARTINS *et al.*, 2006).

2.2 DESNUTRIÇÃO

A função terapêutica da alimentação tem evoluído graças ao avanço considerável de conhecimentos relacionados à dietética e à nutrição. As pesquisas nessas áreas forneceram e abriram novos pontos de vista acerca da terapia nutricional, ficando cada vez mais claro que a alimentação pode, de fato, apresentar um papel relevante no processo saúde e doença (GOLAPAN, 1997).

Diante dessas considerações, alguns estudos observaram que os pacientes não ingerem boa parte da alimentação ofertada devido a própria doença, a falta de apetite, a alterações no paladar, a



mudanças de hábitos, a insatisfação com as preparações a ao ambiente hospitalar. Além disso, a aceitação da alimentação tem sido relacionada com o atendimento prestado pelo serviço de nutrição do hospital (DUPERTUIS *et al.* 2003).

É comum que os pacientes internados apresentem uma maior resistência em relação a terapia nutricional o que acarreta numa maior propensão a desnutrição e, conseqüentemente, num maior período de internação. Observa-se, ainda, que a alimentação hospitalar é alvo de críticas e rejeições por parte dos pacientes e da população em geral. A comida de hospital é comumente percebida como insossa, sem gosto, fria, servida fria e apresenta conotação de proibição e restrição (SOUSA, GLORIA E CARDOSO, 2001).

Diante disso, o paciente internado que necessita de uma boa alimentação para um prognóstico melhor acaba por ficar em risco nutrição. O aspecto nutricional do paciente hospitalizado foi enfatizado na década de 1970, quando se constatou a alta incidência de desnutrição intra-hospitalar e seu impacto na morbidade e mortalidade (Bollet, Owens, 1973; Blackburn *et al.*, 1977; Bristian *et al.*, 1974). Os métodos para diagnóstico e tratamento da desnutrição hospitalar foram então aperfeiçoados, sem desencadear, todavia, uma correspondente preocupação com a alimentação hospitalar.

Na análise de transformações históricas da alimentação hospitalar, focalizaram-se três processos: sua produção e distribuição, as dietas hospitalares e a relação com os pacientes. Pelos procedimentos utilizados no planejamento e na produção da alimentação hospitalar, conclui-se que as dietas dos pacientes internados tinham as características de uma alimentação familiar e caseira (GODOY, LOPES E GARCIA, 2007).

Assim, buscar estratégias para otimizar o planejamento de cardápios, adaptando as preparações ao perfil dos comensais e melhorando a forma de ofertar ou apresentar as refeições são atitudes essenciais para uma boa aceitação da alimentação hospitalar. Tais cuidados podem ter influência positiva em vários aspectos da saúde do paciente auxiliando, por exemplo, na redução ou combate da desnutrição hospitalar. Além disso, alcança importância também sob o ponto de vista econômico, pois quanto melhor a aceitação da alimentação, menor o desperdício de alimentos (SILVA, 2006; ROLIM *et al.*, 2011).

Ademais, a intervenção nutroterápica adequadamente conduzida pode promover menores taxas de morbimortalidade e tempo de permanência hospitalar e representa o ponto inicial de



atenção junto ao tratamento, tornando-se coadjuvante de todo e qualquer tratamento clínico, passando a ter um significado muito mais importante (GODOY, LOPES E GARCIA, 2007).

2.3 GASTRONOMIA HOSPITALR

A gastronomia é definida como o conhecimento fundamentado de tudo o que se refere ao homem, na medida em que ele se alimenta, com o objetivo principal de zelar pela sua conservação, mantendo saudável a espécie, por meio da melhor alimentação possível, qualitativa e quantitativamente (JORGE, 2008). De acordo com Villar (2007), a atmosfera competitiva entre os hospitais e o surgimento de hospitais com novos conceitos de atendimento, que influenciam positivamente cada segmento da organização a buscar melhorias e a desafiar os profissionais em prestar assistência nutricional que vai além de proporcionar uma dieta equilibrada, a gastronomia aliada à nutrição passa a ser um diferencial no atendimento de expectativas crescentes dos clientes.

Segundo Borges (2009), a abrangência de conhecimentos relacionados a nutrição e a gastronomia está vinculada a fatores culturais, psicológicos, ambientais, fisiológicos e sensoriais, que inter-relacionados são determinantes da aceitabilidade dos alimentos, e para se implementar o conceito de gastronomia hospitalar é necessário se conhecer o nível de satisfação dos clientes, adequação dietética e aroma, sabor e tempero das preparações, apresentação do prato e bandeja, atenção do nutricionista às individualidades, variedade do cardápio, variedade de preparações, treinamento especializado de funcionários, necessidade de um chefe de cozinha entre outras.

Continua a autora que, a gastronomia aliada a nutrição passa a ser um diferencial no atendimento de expectativas crescentes dos clientes, exigindo aprimoramento técnico, assistência nutricional individualizada e estratégias para vencer desafios constantes.

2.4 GESTÃO DE UAN

Unidades de alimentação e nutrição (UAN), são espaços voltados para preparação e fornecimento de refeições equilibradas em nutrientes, por outro lado é considerada como a unidade trabalho ou órgão de uma empresa que desempenha atividades relacionadas a alimentação e à nutrição, independentemente da situação que ocupa na escala hierárquica da entidade. (CARDOSO *et al.* 2005). O objetivo primário de uma UAN é servir refeições saudáveis do ponto de vista



nutricional e seguras do ponto de vista higiênico-sanitário, com vistas de recuperação da saúde do comensal, buscando auxiliar no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis (PROENÇA *et al.* 2005).

O planejamento das refeições produzidas deve ser realizado por um profissional qualificado, com capacidade para prever o rendimento final de cada alimento, considerando, para tanto, no caso de restaurantes comerciais, as preparações mais consumidas e o per capita de cada alimento (ABREU *et al.* 2003). Também é importante a padronização de processos e serviços, por meio da elaboração de rotinas e procedimentos técnicos operacionais; treinamento de equipe; monitoramento das atividades, através de check-list, análises microbiológicas, conferência de temperaturas dos alimentos e equipamentos, e manutenção de registros (HIRSCHBRUCH, 1998).

De acordo com Pereira e Castro (1993), no gerenciamento de uma UAN, o controle de desperdício é um fator de grande relevância, pois se trata de uma questão não somente ética, mas também econômica e com reflexos políticos e sociais para o profissional nutricionista, tendo em vista que o Brasil é um país onde a fome e a miséria são considerados como alguns dos problemas de saúde pública.

3. METODOLOGIA

O estudo qualitativo, foi realizado no Hospital São Lucas FAG, localizado no município de Cascavel – PR. Possui 160 leitos de internação, dentre eles 58 são destinados ao SUS, 67 para convênios e particulares, 20 a pacientes críticos e 15 para UTI neonatal. Essa unidade está vinculada administrativamente ao Centro Universitário FAG, o que o faz um hospital escola. Funciona como referência para pronto atendimento e cirurgia bariátrica para região oeste do Paraná.

A UAN é responsável pela produção de refeições e atualmente conta com quatro cozinheiras, duas auxiliares e 12 copeiras divididas em 2 turnos de 12 horas. A supervisão de todo o processo é feita por três nutricionistas. A prescrição da dieta é feita pela equipe médica (médicos residentes com supervisão dos médicos assistentes ou docentes) e repassada para produção da UAN.

Durante um período de 20 dias foram observadas as medidas de porcionamento das dietas oferecidas e os restos alimentares deixados nas bandejas. Além de conversas com os pacientes internados sobre a dieta que estava sendo ofertada. Sendo assim, verificado uma necessidade de readequação devido ao grande desperdício de alimentos diariamente. Com base nas informações



levantadas foi proposto um modelo para avaliação da ingestão oral dos pacientes internados no hospital, de forma simples e objetiva.

Para o propósito do estudo, a avaliação da aceitação das dietas foi realizada em diferentes momentos, estabelecendo-se as seguintes etapas.

Seleção das unidades de internação: as unidades de internação selecionadas para o estudo foram as disponibilizadas para o Sistema Único de Saúde (SUS), com base em critérios de tempo de internação que era no mínimo dois dias e maior variedade de dietas. Essa unidade apresenta 58 leitos para internamento.

Avaliação dos fatores que influenciam na aceitação das refeições: a avaliação da aceitação foi realizada com pacientes internados a mais de 2 dias através de questionários de satisfação. O instrumento utilizado foi uma enquete adaptada de Proença *et al.* os indicadores avaliados foram aparência, temperatura, sabor e quantidade da refeição. Como critério de exclusão consideraram-se pacientes impossibilitados de alimentarem-se por via oral.

As informações coletadas foram organizadas e os resultados obtidos foram analisados qualitativamente.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Muitos estudos enfatizam a importância do consumo alimentar adequado para os pacientes hospitalizados, relacionando o estado nutricional com o aumento dos índices de morbimortalidade, assim como o aumento do tempo de internação. Contudo, a uma série de fatores que influenciam a ingestão alimentar desses pacientes, dificultando a adequação da prescrição com o real consumo.

Com base nas informações levantadas durante 20 dias de coleta de dados, a proposta do estudo foi elaborada em forma de protocolo para avaliação resto ingerida da dieta ofertada aos pacientes. O modelo segue parâmetros do hospital, utilizando fotos reais da bandeja das principais refeições: café-da-manhã, almoço e jantar. As fotos foram feitas de refeições da dieta livre pois é a opção que mais contém variedades facilitando o trabalho do avaliador.

O documento deve ser preenchido pelas copeiras que realizam a coleta da bandeja. Elas serão previamente treinadas para realizar a aferição, e posteriormente esta informação poderá ser anexada ao prontuário do paciente, dado importante na evolução clínica do paciente. As três designações de consumo de cada refeição são: comeu mais da metade, comeu metade, comeu nada e será marcado



um X na foto em que a apresentação da bandeja devolvida estiver. A letra A indica que o paciente comeu mais da metade; a letra B indica que o paciente comeu metade; e a letra C indica que o paciente comeu nada. Ao final, o avaliador deverá preencher o campo em que cada opção mais aparece, o que indicará como está sendo o consumo das refeições servidas, e deve ser acompanhado diariamente pelos nutricionistas responsáveis que interpretarão os resultados. Ao aparecer mais a letra A mostrará que as porções estão adequadas ao paciente, não está havendo desperdício e não necessita de avaliação nutricional individualizada. Maior quantidade de letra B indica que metade das refeições ofertadas estão sendo descartadas e deve-se acompanhar a evolução do paciente. Maior quantidade de letra C indica que a comida servida ao paciente não está sendo ingerida e deve-se avaliar o tamanho da porção, preferências alimentares, necessidade de suplementação e risco de desnutrição.

As informações obtidas com estas avaliações deverão ser de conhecimento dos nutricionistas responsáveis, pois além de ser possível a visualização de começo de desnutrição de pacientes, é evidente que mostrará a quantidade de comida que está sendo desperdiçada, e passível de uma readequação de porcionamento e economias em quantidades de alimento comprado. De acordo com Nonino-Borges *et al.* (2011), em seu estudo sobre desperdício de alimentos em ambiente hospitalar constatou que a perda média de alimentos é de 33%, apontando para uma reorganização dos processos de trabalho do serviço de UAN.

Outra forma de colaborar para diminuição do desperdício de alimentos, e uma maior aceitabilidade da dieta é a utilização adequada da técnica dietética para o preparo de refeições de qualidade com as propriedades sensoriais mais atrativas aos comensais. Para Sousa, Gloria e Cardoso (2011), critérios como temperatura, uso de temperos, aparência e quantidade beneficiam positivamente no consumo da dieta.

De acordo com Dupertuis *et al.* em seu estudo publicado em 2003, atribuiu a ingestão insuficiente de dieta a causas que excediam as doenças ou ao tratamento. Citou a organização da unidade de produção e das unidades de internação como um fator determinante para esse problema. O que confirma a necessidade a constante manutenção das refeições produzidas, implicando na atuação pontual do nutricionista nas unidades de alimentação e nutrição nos hospitais.

Conforme a Resolução do CFN número 223/99, do Conselho Federal de Nutricionistas, é de competência do nutricionista avaliar a dieta, por meio de diferentes métodos, diagnosticando sua adequação frente às necessidades nutricionais e dietoterápicas, considerando os hábitos alimentares,



incluindo padrão alimentar quanto ao número, tipo e composição das refeições, rotinas, restrições, preferências alimentares e apetite. Contudo, na prática o que acontece nessa instituição e, muitos outros serviços hospitalares, é o não atendimento ao previsto pela Resolução número 63/200 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), segundo a qual a prescrição dietética deve ser feita por um nutricionista, inserido na equipe multiprofissional envolvida na responsabilidade do atendimento ao paciente.

A resolução da avaliação da ingestão oral de pacientes poderia diminuir o desperdício de alimentos em decorrência da aproximação da dieta às necessidades e a preferência dos pacientes. Fica evidente que a orientação da prática gerencial e assistencial da UAN é centrada na prescrição médica da dieta e não na prescrição dietética como seria o ideal, dessa forma, poderia se desenvolver uma assistência nutricional a partir da abordagem interdisciplinar com nutricionistas que participariam ativamente na avaliação nutricional e anamnese alimentar como forma de minimizar o problema resto-ingesta.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

São diversos os fatores que influenciam a aceitação da dieta hospitalar. Porém, abordagens que procuram atender as expectativas do paciente em busca de sua satisfação são essenciais. Informações sobre a quantidade que está sendo consumida pelo comensal diminuiriam o cuidado nutricional, os gastos desnecessários e desperdícios. Dessa forma, a avaliação de ingestão oral feita a partir do protocolo desenvolvido com fotos reais das dietas do Hospital São Lucas FAG seria uma forma de minimizar esses problemas.

A ingestão alimentar de pacientes hospitalizados tem sido cada vez mais um tema de preocupação devido à elevada prevalência de desnutrição. Por um lado, uma ingestão alimentar insuficiente acarreta consequências clínicas, por outro também tem repercussões ao nível do desperdício gerado. Este reflete em custos desnecessários e relaciona-se inversamente com a satisfação do consumidor. A produção de uma UAN é influenciada por diversos fatores organizacionais como o planejamento inadequado de refeições, falta de treinamento dos funcionários, inexistência de supervisão das refeições, ambiente desagradável no momento da refeição, falta de qualidade do serviço/alimentos, falta de acompanhamento nutricional, e por fatores inerentes aos pacientes, como, preferências alimentares, razões clínicas (efeitos do



tratamento, dor ou desconforto, distúrbios gastrointestinais), falta de confiança no serviço/alimentos, entre outros.

Estudos apontam para um desperdício a nível hospitalar entre 31 a 42%. Em Portugal, o estudo de Viana *et al.* (2007), registou um desperdício a nível hospitalar de quase 50% dos alimentos produzidos. No Reino Unido, o estudo de Barton *et al.* (2000), apontou para um custo anual do desperdício alimentar de cerca de 178.000,00€.

Apesar do desperdício ser inevitável, as suas causas devem ser estudadas para que possam ser implementadas estratégias que busquem a sua redução.

Uma das possíveis estratégias para se conhecer o desperdício e a desnutrição do paciente hospitalizado, seria a implantação da avaliação de ingestão oral, e com isso também poderia ser implantado um novo conceito de gastronomia hospital, que de acordo com Souza e Nakasato (2011), pode ser utilizada como uma aliada na recuperação do estado nutricional de pacientes hospitalizados desnutridos, melhorando as características sensoriais das preparações, a apresentação das dietas e atendimento aos pacientes, e a otimização da utilização de alimentos.

REFERÊNCIAS

ABREU, E.S. SPINELLI, M.G.N. ZANARDI, A.M.P. **Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer.** São Paulo: Metha, 2003.

ALMDAL, T. VIGGERS, L. BECK, A.M. JENSEN, K. Foos production in wastage in relation to nutritional intake in a general district hospital: wastage is not reduced by training the staff. **Clean Nutr.** v. 22 n. 1 p. 47-21. 2003.

BARTON, A.D., BEIGG, C.L., MACDONALD, I.A., ALLISON, S.P. **High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients.** Clin Nutr. 2000 Dec;19(6):445-9. PubMed PMID: 11104596. Epub 2000/01/11. eng.

BLACKBURN, G.L. *et al.* Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, Silver Spring, 1977.

BOLLET, A. J. Evaluation of nutritional status of selected hospitalized patients. **Sally American Journal of Clinical Nutrition**, Owens, 1973.

BORGES, C. M. F. **A percepção do profissional nutricionista sobre a gastronomia hospitalar: um estudo de caso sobre um hospital particular do distrito federal.** Universidade de Brasília. Brasília: 2009.

BRISTIAN, B.R. *et al.* Protein status of general surgical patients. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, 1974.



CARDOSO, R.C.V. SOUZA, E.V.A. SANTOS, P.Q. Unidades de alimentação e nutrição nos *campi* da Universidade Federal da Bahia: um estudo sob a perspectiva do alimento seguro. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 18, n. 5, p. 670, set./out. 2005.

CASTRO, M. H. C. A. **Fatores determinantes de desperdício em alimentos no Brasil:** diagnóstico da situação. 2002. 93 p. Monografia (Especialização em Gestão de Qualidade em Serviços de Alimentação) – Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza, 2002.

COLOÇO, R.B. HOLANDA, L.B. PORTERO-MCLELLAN, K.C. Determinantes do grau de satisfação de pacientes internados referente a refeições oferecidas em um hospital universitário. **Rev. Ciências Médicas**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 121-130, maio/jun., 2009.

CORRÊA, T. A. F.; SOARES F. B. S.; ALMEIDA, F. O. A. Índice de resto-ingestão antes e durante a campanha contra o desperdício, em um Unidade de Alimentação e Nutrição. **Revista Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 12, v. 55, p. 12-14, 1998.

DUPERTUIS, Y.M. KOSSOVSKY, M.P. KYLE, W.U.G. RAGUSO, C.A. GENTOM, L. PICHARD, C. Food intake in 1707 hospitalized patients: a prospective comprehensive hospital survey. **Clin Nutr.** v. 22 n. 2 p. 115-123, 2003.

ESTEVAM, E.; CABRAL, B. E. M. Análise do índice de resto ingestão de pacientes em um hospital oncológico de Muriaé (MG). **Revista Científica de FAMINAS**, 2015.

GALOPAN, C. Dietetics and nutrition: Impacto f scientific advances and development. **J Am Diet Association**, 1997.

GODOY, A.M. LOPES, D.A. GARCIA, R.W.D. Transformações socioculturais da alimentação hospitalar. **História Ciências e Saúde**. Rio de Janeiro:2007.

HEISLER N. Desperdício de alimentos no país gera prejuízo de R\$ 12 bilhões por ano. In:RAMOS, R, 10 de maio de 2008. Disponível em: Acesso em: 28 março. 2017.

HIRSCHBRUCH, M.D. Unidades de alimentação de nutrição: desperdício de alimentos x qualidade da produção. **Higiene alimentar**, São Paulo, v. 21, n. 55, p. 12-14, 1998.

JORGE, A.L. Oficinas de culinária em cozinha experimental hospitalar como estratégia de educação nutricional e gastronomia. **Rev Nutr Profissional**. 2008 Out;IV(21):38-46.

NONINO-BORGES, C.B. RABITO, E.I. FERRAZ, C.A. CHIARELLO, P.G. SANTOS, J.S. MARCHINI, J.S. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. **Rev. De Nutrição**, Campinas. v. 19. n. 3, p. 349 – 356, maio/jun. 2006.

PAIVA, D. C. S. de; NASCIMENTO, J. C. do; FÉLIX, A. C. F.; ESTEVAM, E., Avaliação do Índice de resto-ingestão em uma unidade de alimentação e nutrição de um hospital oncológico após alteração no sistema de distribuição e controle de sobras. **Revista Científica da FAMINAS – V.11, N.1. JAN-ABR. Muriaé, 2015.**



PEREIRA, G.S. CASTRO, I. R. Considerações sobre o plano de combate à fome e a miséria. **Cad Saúde Pública**. v. 9, n. 1, p. 106-113, 1993.

PROENÇA, R. P. C. *et al.* Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições. **Nutrição em pauta**, Campinas, v. 13, n. 75, p. 4-16, nov./dez. 2005.

ROLIM, P. M.; SOUZA, K. M.; FILGUEIRA, L. P.; SILVA, L. C. Apresentação da refeição versus desperdício de alimentos na alimentação de pacientes oncológicos. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 22, n. 1, p. 137-142, 2011.

SILVA, M. P. N. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 59-77, jan./mar. 2006.

SILVÉRIO, G. de A., OLTRAMANI, K. Desperdício de alimentos em Unidades de Alimentação e Nutrição brasileiras. **Ambiência - Revista do Setor de Ciências Agrárias e Ambientais** V. 10 N. 1 Jan./Abr. Guarapuava, 2014.

SOUSA, A. A. de; GLORIA, M. de S.; CARDOSO, T. S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. **Revista Nutrição**. Campinas, 2011.

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

VAZ, C. S. Restaurantes: controlando custos e aumentando lucros. Brasília: LGE, 2006.


VIANA, I. **Estudo do desperdício nas refeições hospitalares na unidade CHAM - Viana do Castelo** [Tese de licenciatura]. Porto, Universidade Porto: 2007.

VILLAR, M.H. Dietética e gastronomia. In: Silva SMCS, Mura JDP. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca; 2007. p. 461-86.

WEITZBERG, D.L. WALESKA, T. CAIAFFA, M.D. CORREIA, I.T.D. Hospital malnutrition: the Brazilian nation survey (IBRANUTRI): A study of 40000 patients. **Nutrition**. v. 17 n. 7-8 p. 573-580, 2001.

ANEXOS

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE INGESTÃO ORAL

	AVALIAÇÃO DE INGESTÃO ORAL	Pág. 1 de 1 Aprovada em 24/03/17
---	-----------------------------------	-------------------------------------

PACIENTE: _____ LEITO: _____

RESPONSÁVEL: _____ DATA: _____

CAFÉ DA MANHÃ

A) MAIS DA METADE () B) METADE () C) NADA ()



ALMOÇO

A) MAIS DA METADE () B) METADE () C) NADA ()



JANTAR

A) MAIS DA METADE () B) METADE () C) NADA ()



NÚMERO DE VEZES QUE APARECE CADA LETRA:

A) _____ B) _____ C) _____