



CURSO DE BACHAREL EM NUTRIÇÃO

JHENNYFER LAZARINI

A ACEITAÇÃO DA DIETA HOSPITALAR

Apucarana

2021

JHENNYFER LAZARINI

A ACEITAÇÃO DA DIETA HOSPITALAR

Pré-projeto apresentado ao Curso de Nutrição da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a Natália Brandão dos Santos Lourival.

Apucarana

2021

JHENNYFER IORRANA LAZARINI

A ACEITAÇÃO DA DIETA HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Nutrição, com nota final igual a _____, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Natália Brandão dos Santos Lourival
Faculdade de Apucarana

Profª Ana Helena Gomes Andrade
Faculdade de Apucarana

Profª Rita de Cassia Rosiney Ravelli
Faculdade de Apucarana

Apucarana, 18 de Outubro de 2021.

AGRADECIMENTOS

À Deus que foi sempre meu consolo e esperança nos momentos difíceis.

Aos meus pais que vibraram junto comigo por cada conquista e que se fizeram presentes durante todo o tempo.

Às minhas amigas e companheiros de turma, pois juntos compartilhamos todas as experiências e servimos de ponto de apoio umas às outras.

À minha orientadora Natália Brandão dos Santos Lourival que dedicou seu tempo e me ajudou na realização do presente trabalho.

Aos professores e colegas de curso, pois juntamos trilhamos uma etapa muito importante de nossas vidas.

“É só com o coração que conseguimos ver de verdade, o que é essencial é invisível aos olhos”.

O Pequeno Príncipe

LAZARINI, Jhennyfer Iorrana. **A aceitação da dieta hospitalar**. 39p. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Graduação em Nutrição da Faculdade de Apucarana. Apucarana-Pr.2021.

RESUMO

A alimentação saudável e adequada também é essencial no ambiente hospitalar, onde os pacientes precisam repor os nutrientes em insuficiência, bem como incluir ou retirar alimentos, de modo a controlar as patologias pelas quais os pacientes encontram-se em tratamento. Compreender a aceitabilidade da alimentação adequada na reabilitação do paciente hospitalizado. O presente trabalho é uma revisão bibliográfica do tipo qualitativa. Verificou-se que medidas como adequar o fracionamento, alterando o horário de organização da ceia, e o controle da temperatura na distribuição dos alimentos tornam-se essenciais para melhorar a aceitação alimentar. A avaliação da dieta hospitalar deve ser realizada de forma contínua e abrangente, para que os fatores que influenciam na satisfação do usuário possam ser detectados e modificados, antes que comprometam seu estado nutricional e fisiopatológico.

Palavras chave: Dieta. Cuidado. Nutrição. Hospital.

LAZARINI, Jhennyfer Iorrana. **The acceptance of the hospital diet.** 39p. Course Completion Paper (Monograph). Graduation in Nutrition from the Faculty of Apucarana. Apucarana-Pr.2021.

ABSTRACT

Healthy eating is also essential in the hospital environment, where patients need to replace insufficiency nutrients, as well as including or withdrawing food, in order to control the pathologies for which patients are determined to be treated. To understand the acceptability of adequate nutrition in the rehabilitation of hospitalized patients. The present work is a bibliographical review of the qualitative type. It was found that measures such as adapting the fractioning, changing the time of organization of the supper and temperature control in food distribution become essential to improve food acceptance. The assessment of the hospital diet must be carried out continuously and extensively, so that the factors that influence user satisfaction are detected and modified, before they compromise their nutritional and pathophysiological status.

Keywords: Diet. Care. Nutrition. Hospital.

LISTA DE SIGLAS

AP	Apresentação de Dietas Padrão
APEX	Mudança na Apresentação das Refeições
CAM	Cardápios de Apresentação Modificada
CAP	Cardápios de Apresentação Padrão
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
IR	Índice de Rejeito
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TNP	Terapia Nutricional Parenteral
TNE	Terapia Nutricional Enteral
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	10
2.1	Objetivo Geral.....	10
2.2	Objetivos Específicos.....	10
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3.1	Alimentação Saudável.....	11
3.2	Alimentação no Contexto Hospitalar.....	12
3.3	Conceito da Dietoterapia.....	14
3.4	Tipos de Dietas.....	16
3.5	Vias de Administração.....	18
3.6	Desnutrição nos Hospitais.....	19
3.7	Importância do Profissional Nutricionista.....	20
4	METODOLOGIA.....	22
4.1	Delineamento do Estudo.....	22
4.2	Amostragem.....	22
4.3	Coletas de Dados.....	22
4.4	Critérios de Inclusão.....	22
4.5	Critérios de Exclusão.....	23
4.6	Apresentação de Dados.....	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	24
6	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

A educação alimentar saudável é um dos caminhos existentes para a promoção da saúde. Trata-se de uma consequência da escolha correta de alimentos, de acordo com o tipo de alimento e com as necessidades apresentadas por cada pessoa, tendo em vista que o organismo de cada ser humano é diferente e precisa de uma dieta correspondente com essas necessidades. Alimentação saudável e adequada também é essencial no ambiente hospitalar, onde os pacientes precisam repor os nutrientes em insuficiência, bem como incluir ou retirar alimentos, de modo a controlar as patologias pelas quais os pacientes encontram-se em tratamento.

A alimentação hospitalar é reconhecida por sua relação direta com a melhoria do tratamento oferecido aos pacientes, em conjunto com outros cuidados com a saúde. O estado nutricional do paciente hospitalizado é influenciado pela conduta nutricional implementada, possuindo relação com o sucesso do tratamento. O nutricionista trabalha com seres humanos, sendo imprescindível reconhecer a sensibilidade e a humanidade presente em seu trabalho. Cabe ao nutricionista responsável pela dieta hospitalar analisar o quadro de enfermidade do paciente, suas condições nutricionais e as necessidades apresentadas pela patologia a ser tratada, de modo a estabelecer a dieta necessária, em textura e nutrientes, contribuindo para a melhoria do estado de saúde do paciente e sua alta hospitalar.

O profissional da nutrição, como membro da equipe multidisciplinar, contribui diretamente com a terapêutica médica estabelecida, individualizando a dieta de cada paciente, melhorando a qualidade de vida do paciente durante o internamento e a melhoria de seu quadro de saúde, pois para que ocorra a recuperação do estado de saúde do indivíduo hospitalizado, a alimentação é imprescindível.

Devido à peculiaridade das necessidades que surgem durante o período de internação, torna-se necessário o apoio humanizado de uma equipe de saúde multiprofissional que assista todas as demandas individuais dos pacientes hospitalizados. Sendo assim, é importante avaliar os fatores determinantes da atuação do profissional nutricionista no apoio aos pacientes hospitalizados.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a relevância da alimentação adequada na reabilitação do paciente hospitalizado.

2.2 Objetivos específicos

Verificar fatores que podem interferir na aceitação da alimentação hospitalar.

Compreender o impacto da gastronomia hospitalar na aceitação das dietas pelos pacientes.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Alimentação Saudável

A alimentação saudável é essencial para o desenvolvimento completo do organismo e do corpo humano, devendo ser realizada de acordo com as necessidades do corpo humano e os nutrientes existentes em cada alimento, de modo que o conjunto de alimentos utilizados sejam capazes de manter os nutrientes e saúde necessária (MONTEIRO; COSTA, 2004).

Deste modo, a prática de uma educação alimentar é adequada quando contribui para a formação de seres humanos saudáveis, conscientes de seus direitos e deveres e de sua responsabilidade com o meio ambiente e com a qualidade de vida de seus descendentes. O que garante essa alimentação saudável são as escolhas certas de alimentos, que garantam a quantidade necessária de nutrientes para a manutenção da saúde (VALENTE, 2002).

A educação alimentar saudável é um dos caminhos existentes para a promoção da saúde, levando a população a refletir seu comportamento alimentar e se conscientizar da importância e da necessidade da alimentação adequada para a saúde, permitindo a transformação de hábitos e costumes tradicionais, contribuindo para uma estratégia de vital importância no enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais do contexto atual (RODRIGUES; RONCADA, 2008).

Trata-se de uma consequência da escolha correta de alimentos, de acordo com o tipo de alimento e com as necessidades apresentadas por cada pessoa, tendo em vista que o organismo de cada ser humano é diferente e precisa de uma dieta correspondente com essas necessidades. Uma boa alimentação é aquela que mantém o organismo saudável e em estado de saúde, com ossos e dentes fortes, peso e estatura de acordo com o biótipo do indivíduo, boa disposição para atividades físicas e trabalho, resistência às enfermidades, sendo necessária, para isso, uma dieta balanceada com diversos nutrientes de múltiplas funções (MONTEIRO; COSTA, 2004).

Assim sendo, a nutrição é um fator essencial para a manutenção da saúde e deve ser realizada por meio de refeições balanceadas, servindo como um dos recursos da medicina preventiva, em conjunto com outras atividades necessárias

para determinar uma vida saudável e duradora. Uma vida saudável e duradora depende de inúmeros fatores e a nutrição é um deles, já que as dietas precisam ser balanceadas de modo a fornecer ao corpo humano os nutrientes necessários para suprir suas necessidades, mantendo o organismo saudável e em estado de saúde (DARTORA; VALDUGA; VENQUIARUTO, 2006).

Uma alimentação e nutrição adequadas constituem em direitos fundamentais do ser humano, já que são condições básicas para o alcance do desenvolvimento físico, emocional e intelectual satisfatório, fator essencial para a qualidade de vida e o exercício da cidadania. Deste modo, a alimentação saudável é um direito fundamental do ser humano e deve ser preservado pelos órgãos públicos e governamentais (CONSEA, 2004).

O corpo humano precisa de alimentos que atendam suas necessidades na obtenção de energia, de nutrientes e de materiais de construção de novas células de reparo de componentes celulares que contribuem para a regulação de funções e prevenção contra várias doenças (GOWDAK; MARTINS, 2006).

Portanto, uma dieta equilibrada e rica em alimentos saudáveis é essencial para a harmonia do corpo humano. Deste modo, uma alimentação completa é aquela onde se utiliza uma porção de cada tipo de alimento, com cores diferentes e diversidade. Os melhores alimentos são ricos em antioxidantes e pobres em gorduras, principalmente a gordura saturada (ZANCUL, 2004).

Com isso, a realização de uma alimentação saudável contribui para a manutenção do corpo humano em estado de saúde, levando em consideração o suprimento dos nutrientes necessários para o desenvolvimento corporal e das funções essenciais à manutenção da vida (GOWDAK; MARTINS, 2006).

3.2 Alimentação no Contexto Hospitalar

Dada a sua importância na saúde do ser humano, a alimentação saudável e adequada também é essencial no ambiente hospitalar, onde os pacientes precisam repor os nutrientes em insuficiência, bem como incluir ou retirar alimentos, de modo a controlar as patologias pelas quais os pacientes encontram-se em tratamento. Em quadros hospitalares, a alimentação e a nutrição são adotadas para planejamentos

estratégicos de alta relevância para a melhoria do paciente (MAHAH; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012).

A hospitalização não é algo desejado e tampouco planejado por alguém e se caracteriza por provocar no ser humano comportamentos de medo, insegurança e incertezas. Neste contexto, ocorre uma mudança brusca na rotina do paciente, que acaba por levá-lo, entre outras consequências, a uma rejeição alimentar, prejudicando ainda mais seu estado de saúde (GUERRA, 2009).

Assim como os medicamentos, a alimentação é essencial na recuperação de pacientes hospitalizados e deve ser realizada com alimentos que possuem os nutrientes necessários para o tratamento da patologia encontrada, contribuindo para a melhoria do sistema imunológico e para o tratamento medicamentoso. Portanto a alimentação se torna imprescindível para a recuperação do estado de saúde do paciente, pois a insuficiência alimentar em quantidade ou qualidade e a má alimentação fazem com que o sistema imunológico seja prejudicado, levando a uma menor resistência e ao aumento da duração, intensidade e frequência das infecções, prejudicando a distribuição dos alimentos e o tratamento das patologias (AZUAYA, et al., 2003).

Considerando a importância da alimentação hospitalar, as dietas são elaboradas de acordo com o estado fisiológico e nutricional dos pacientes, devendo estarem de acordo com o estado clínico do paciente, de modo a lhe proporcionar melhoria na sua qualidade de vida (ISOSAKI; CARDOSO; OLIVEIRA, 2009). A dieta hospitalar possui como função principal o aporte de nutrientes ao paciente internado, preservando seu estado nutricional e garantindo um papel terapêutico em doenças crônicas e agudas. (GARCIA, 2006).

Portanto, a alimentação hospitalar é reconhecida por sua relação direta com a melhoria do tratamento oferecido aos pacientes, em conjunto com outros cuidados com a saúde. O estado nutricional do paciente hospitalizado é influenciado pela conduta nutricional implementada, possuindo relação com o sucesso do tratamento (SOUZA, et al., 2013).

A escolha correta da alimentação a ser aplicada aos pacientes hospitalizados auxilia no tratamento medicamentoso realizado, contribuindo para a reposição dos nutrientes necessários para a melhoria do estado de saúde do paciente, estimulando o corpo humano a produção dos anticorpos necessários. No

ambiente hospitalar, a alimentação tem como objetivo ofertar alimentos seguros, corrigir e evitar deficiências nutricionais, reduzir o aumento de complicações e da mortalidade, identificar os pacientes que precisam de apoio nutricional diferenciado e amenizar o sofrimento da doença e da internação (GARCIA, 2006).

O nutricionista trabalha com seres humanos, sendo imprescindível reconhecer a sensibilidade e a humanidade presente em seu trabalho (SOUZA; PROENÇA, 2004). Deste modo, apesar da percepção do valor da dieta e sua relação com a cura de determinada doença, o papel da alimentação não se restringe apenas ao suprimento de calorias, já que possui também função afetiva, com o propósito de reduzir o sofrimento gerado no período da internação (RIBAS; PINTO; RODRIGUES, 2013).

Além disso, o estabelecimento de relações de confiança, respeito e reciprocidade entre nutricionista e paciente devem permear as práticas de atenção à nutrição e à saúde, com a finalidade de ampliar a humanização e o vínculo terapêutico entre pacientes, profissionais da saúde e nutricionistas (DEMÉTRIO et al., 2011).

Cabe ao nutricionista responsável pela dieta hospitalar analisar o quadro de enfermidade do paciente, suas condições nutricionais e as necessidades apresentadas pela patologia a ser tratada, de modo a estabelecer a dieta necessária, em textura e nutrientes, contribuindo para a melhoria do estado de saúde do paciente e sua alta hospitalar (SOUZA; PROENÇA, 2004).

3.3 Conceitos da Dietoterapia

A dietoterapia é a parte da ciência da nutrição que se dedica às dietas especificadas para cada enfermidade, sendo utilizada como uma ferramenta da saúde que utiliza dos alimentos como uma forma preventiva e de tratamento de determinadas doenças, fazendo com que o organismo humano adquira os nutrientes necessários para o estado de saúde (ESCOLA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, 2013).

Essa parte da ciência chamada de dietoterapia consiste no tratamento de pacientes portadores de determinada patologia por meio da utilização de uma alimentação adequada. Para que isso ocorra, não se considera apenas a doença,

mas leva-se em consideração outras condições que se encontra o indivíduo, como o estado físico, nutricional e psicológico. Deste modo, a dietoterapia leva em consideração a enfermidade, o paciente, seu estado físico, nutricional e psicológico para a realização de uma dieta capaz de estimular no corpo humano os nutrientes e os anticorpos necessários para o tratamento da enfermidade, reestabelecendo seu estado de saúde (AUGUSTO, et al., 2002).

De acordo com os autores Longo e Navarro (2002), o conceito de dietoterapia (QUADRO 1) pode ser representado por uma pirâmide com uma base e quatro degraus:

Quadro 1 - Conceito de dietoterapia

Parte da pirâmide	O que representa
Base da pirâmide	Conta com a química biológica, bioquímica e composição dos alimentos, obtidos por meio do estudo dos nutrientes essenciais e suas reações dinâmicas independentes e codependentes.
Primeiro degrau	Conta com os conhecimentos de nutrição normal e nutrição dietética, obtidos por meio de diferentes ciclos vitais, como gestação, lactação, infância, adolescência, fase adulta e envelhecimento, e de outras condições de vida ser humano e suas relações com as necessidades nutricionais para cada grupo.
Segundo degrau	Conta com os conhecimentos de técnica dietética que se aplicam à todas as séries de transformações que se produzem nos alimentos para que sejam um veículo adequado dos nutrientes até o organismo.
Terceiro degrau	Conta com os conhecimentos sobre a fisiopatologia de doenças que acometem crianças, adolescentes, adultos e idosos, utilizando como base conteúdos de fisiologia e patologia.
Quarto degrau	Sustentado pelas bases anteriores e conta com a nutrição terapêutica ou dietoterapia, responsável pela aplicação de

	uma alimentação adequada para a manutenção da saúde, prevenção de doenças e seus tratamentos.
--	---

Fonte: Longo; Navarro (2002).

Ainda, a finalidade básica da dietoterapia é proporcionar ao organismo debilitado nutrientes adequados ao tipo de doença, condições físicas, nutricionais e psicológicas do paciente, mantendo ou recuperando o estado nutricional. Trata-se de um tratamento que visa ofertar os nutrientes adequados ao tipo de doença, e para que isso ocorra, cabe ao profissional da nutrição proceder a sua série de etapas, para ao final, chegar à prescrição dietética correta (HIAE, 2000).

3.4 Tipos de Dietas

A escolha da dieta adequada no ambiente hospitalar depende da análise de inúmeros fatores, essencialmente no estado de saúde e das necessidades apresentadas pelos pacientes de acordo com a enfermidade apresentada. Portanto, nem todos os pacientes receberão a mesma dieta, já que cada paciente deve ser analisado em suas necessidades, de modo a estabelecer uma dieta que atenda essas necessidades (WAITZBERG, 2009).

Quando se fala em dieta hospitalar, tem-se que ela pode ser realizada por meio de algumas vias, o que irá depender do quadro fisiológico, metabólico e mecânico do paciente, tendo em vista que estes fatores possuem ligação com a ingestão, a absorção e a deglutição do paciente internado. Sua escolha é realizada após uma avaliação minuciosa por parte dos profissionais da saúde e nutricionistas (FERREIRA, 2007).

A forma de entender a alimentação é por meio da dietoterapia como coadjuvante mantedora e restauradora da saúde, já que leva em consideração o tipo de doença, o estado emocional, físico e nutricional de cada paciente hospitalizado, de modo a estabelecer a melhor dieta a ser implantada para cada paciente. Para isso, são levados em consideração a alteração qualitativa e quantitativa, a textura, distribuição calórica, temperatura, porção e restrições de (DIAS, et al., 2009).

As dietas hospitalares, de modo geral, são classificadas em normais, modificadas ou especiais, de acordo com as necessidades dos pacientes e de seu

tratamento. Ainda, as dietas normais se subdividem em dieta livre, branda, líquida e pastosa (MACULEVICIUS, 2000).

A dieta livre é aquela indicada para pacientes com mastigação e funções gastrointestinais preservadas, que não necessitam de modificações significativas na consistência dos alimentos. Possui como objetivo fornecer proporções adequadas dos diversos grupos de alimentos e garantir uma oferta equilibrada de nutrientes sem modificações na consistência dos alimentos (OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

Já a dieta branda contempla alimentos bem cozidos e firmes e evita-se alimentos crus, como saladas e frutas duras. É indicado para pacientes com restrição de fibras e gorduras em pós-operatórios para facilitar a digestão ou, ainda, é indicada na transição para uma dieta livre (FURKIM; SACCO, 2008).

A dieta líquida por sua vez, é aquela apresentada totalmente liquidificada e possui baixo teor de fibras, que possui como objetivo hidratar e nutrir o paciente e auxiliar no descanso gastrointestinal. É indicada em casos de deficiências de deglutição, pré e pós-operatório e na introdução de dieta oral (MATTEDE, et al., 2015).

Já a dieta pastosa é aquela apresentada na forma de purês ou batida, trata-se de uma dieta indicada para pacientes com dificuldade de deglutição e/ou mastigação. Deve apresentar uma consistência semilíquida, quanto à distribuição, deve ser normocalórica, normoglicídica, normoproteica e normoglicídica. Por ser uma dieta carente de nutrientes, deve ser administrada por um período pequeno, a fim de evitar desnutrição (WAITZBERG, 2009).

Somado a isso, ainda tem as dietas modificadas, que são aquelas que sofrem alterações químicas, físicas e organolépticas desde a temperatura, fracionamento, volume, com isenção de algum nutriente ou modificação no valor energético. Essas alterações dependem da patologia do paciente e das condições mecânicas para deglutir e/ou mastigar os alimentos (HERMES; DADALT; MACHADO, 2010).

Também pode-se destacar as dietas especiais, utilizadas para atender diferentes condições metabólicas resultantes de cada patologia. Algumas servem como preparação para execução de exames, outras para acelerar ou atrasar o trânsito gastrointestinal, realizar exames que modulam o diagnóstico e controlam o estado clínico do paciente (FERREIRA, 2007).

Todos os tipos de dietas são essenciais na recuperação do paciente e devem ser escolhidas pelos nutricionistas de acordo com as necessidades e as patologias apresentadas por cada paciente, devendo o profissional da nutrição analisar o quadro clínico e nutricional de forma individualizada para que estabeleça a melhor dieta para a recuperação do paciente (SOUZA; NAKASATO, 2014).

3.5 Vias de Administração

A nutrição pela via oral é incompatível com a realização de alguns tratamentos médicos, como a utilização do aparelho de ventilação mecânica, já que este impede a passagem do alimento da laringe para a faringe. Deste modo, quando os pacientes são incapazes de comer o suficiente para suprir suas necessidades nutricionais por mais de alguns dias, a terapia nutricional deve ser utilizada para manter e restaurar o estado nutricional, inferindo diretamente na evolução e no desfecho clínico do paciente (CUPPARI, 2002).

A terapia nutricional é uma alternativa administrada por duas vias: via enteral e via parenteral. A nutrição enteral é baseada na administração de nutrientes no sistema gastrointestinal por meio de sonda ou cateter, incluindo fórmulas, suplementos orais e substitutos de refeições. Já a nutrição parenteral consiste na administração de nutrientes pela via intravenosa (MAHAH; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012).

A terapia de nutrição enteral consiste em um conjunto de procedimentos terapêuticos utilizados para a manutenção e a recuperação do estado nutricional pela via intravenosa. Trata-se da estratégia mais utilizada na prevenção e tratamento da desnutrição em razão da ingestão oral insuficiente (CUPPARI, 2002).

Enquanto que a nutrição parenteral envolve a administração de calorias e proteínas por meio de cateter venoso periférico e central, sendo indicada na impossibilidade da administração oral, ou ainda, quando a nutrição enteral é ineficaz ou contraindicada (NOVAES, 2006).

A indicação da utilização da terapia nutricional parenteral ocorre quando pacientes apresentarem falências intestinais, decorrentes de processos obstrutivos, recessões intestinais intensas, defeitos congênitos e doenças que comprometem a

absorção, caracterizadas pela incapacidade de manter o equilíbrio de energia, proteína, hidroeletrolítico e de micronutrientes (MACHADO et al., 2009).

Ainda, a nutrição parenteral possui como objetivo oferecer condições favoráveis para o estabelecimento do plano terapêutico que consiste em oferecer energia, fluídos e nutrientes em quantidades adequadas para a manutenção das funções vitais, recuperar a atividade de sistema imune, reduzir os riscos de hiperalimentação e garantir respostas proteica e energética adequadas (GARÓFOLO, 2005).

3.6 Desnutrição nos Hospitais

Um estado nutricional adequado é o reflexo de um equilíbrio na ingestão balanceada de alimentos e do consumo de energia necessária para a manutenção das funções diárias do organismo. Contudo, sempre que existir um fator que interfira em qualquer das etapas desse equilíbrio, os riscos para o desenvolvimento de desnutrição são iminentes, fato que ocorre com maior frequência em pacientes hospitalizados, principalmente com quadros graves (SANTOS et al. 2015).

Portanto, a desnutrição é caracterizada como uma doença decorrente da baixa ingestão de proteínas, carboidratos, vitaminas e sais minerais, podendo ser causada pela insuficiência alimentar ou pela incapacidade do organismo de absorver corretamente os nutrientes dos alimentos ingeridos (BRITO; DREYER, 2008).

Neste contexto, destaca-se a terapia nutricional em ambientes hospitalares, considerada parte integral do tratamento do paciente enfermo, por apresentar impactos favoráveis em seu desfecho clínico. Geralmente, a desnutrição está associada à permanência hospitalar prolongada, ao aumento do número de readmissões e ao conseqüente aumento dos custos no cuidado com a saúde (SANTOS et al. 2015).

O estado nutricional dos pacientes hospitalizados interfere em sua evolução clínica. Desta forma, é necessária uma avaliação das condições nutricionais dos pacientes de modo a identificar os pacientes em risco nutricional e determinar as prioridades da assistência nutricional, bem como a escolha da via de alimentação mais eficaz (FONTOURA et al., 2006).

Em pacientes hospitalizados, especialmente em unidades de terapia intensiva, a presença de desnutrição é frequente e, muitas vezes, já existente previamente à internação, acarretando vulnerabilidade imunológica, complicações metabólicas, maior suscetibilidade a infecções e tempo prolongado de internação, interferindo significativamente no quadro clínico dos pacientes (MARQUES et al., 2018).

Portanto, verificar as condições nutricionais que os pacientes apresentam logo na admissão hospitalar é fundamental para um melhor direcionamento das condutas a serem tomadas. Assim, a desnutrição é um dos principais desafios enfrentados no tratamento do paciente gravemente enfermo e o processo de triagem, avaliação e monitoramento nutricional deve ser sistematizado para garantir um atendimento eficiente, reduzindo a frequência da desnutrição e as suas consequências clínicas (SILVA et al., 2017).

3.7 Importância do Profissional Nutricionista

A nutrição clínica hospitalar deve atender as necessidades individuais apresentadas por cada paciente, seguindo as recomendações nutricionais e patológicas. Para alcançar tal objetivo, uma equipe multidisciplinar formada por diversos profissionais – nutricionistas e médicos – devem atuar de forma interdisciplinar para garantir a recuperação e a manutenção do estado nutricional do paciente (SOUSA, 2010).

O profissional da nutrição, como membro da equipe multidisciplinar, contribui diretamente com a terapêutica médica estabelecida, individualizando a dieta de cada paciente, melhorando a qualidade de vida do paciente durante o internamento e a melhoria de seu quadro de saúde (VIEIRA, 1998).

Deste modo, o nutricional é responsável por promover, preservar e recuperar a saúde humana, possuindo como princípio básico o bem-estar dos pacientes com a utilização da dieta hospitalar correta, de acordo com as necessidades de cada paciente, e o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis seguindo os parâmetros da Educação Alimentar e Nutricional (FONSECA; SANTANA, 2011).

Para que ocorra a recuperação do estado de saúde do indivíduo hospitalizado, a alimentação é imprescindível, já que a insuficiência alimentar em

quantidade ou qualidade pode levar a uma menor resistência e ao aumento da duração da intensidade e da frequência de infecções que prejudicam a distribuição de alimentos e o tratamento isolado de patologias associadas, causando danos para a efetiva recuperação do estado nutricional e a manutenção da saúde (AZUAYA et al., 2003).

O profissional nutricionista responsável pela análise da alimentação ideal que deve ser adequada ao estado no qual o paciente se encontra, de modo a ofertar ao organismo humano todos os nutrientes necessários para a manutenção e/ou a recuperação de seu estado nutricional. Ainda, a alimentação adequada também pode ser utilizada como medida terapêutica no tratamento de doenças, de forma única ou auxiliar (GARCIA, 1998).

De acordo com a fundamentação legal, amparada pela Lei 8.234/91 a qual declara que, compete ao Nutricionista no âmbito hospitalar “elaborar o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos; elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional; registrar, em prontuário do cliente, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos pré-estabelecidos pelo serviço e aprovado pela instituição; determinar e dar a alta nutricional; promover educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes, familiares ou responsáveis; estabelecer e coordenar a elaboração e a execução de protocolos técnicos do serviço, de acordo com as legislações vigentes; orientar e supervisionar a distribuição e administração de dietas; interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética” (LIMA, 2018).

Desta forma, a nutrição é uma ciência que não se resume unicamente à mera prescrição de dietas, mas conta com conceitos e técnicas importantes para uma mudança consciente nas escolhas e nos hábitos alimentares da população, especialmente portadores de problemas de saúde, fazendo com que seja reestabelecido o estado nutricional do paciente e sua qualidade de vida (GOULART, 2010).

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

O presente estudo é uma revisão bibliográfica do tipo qualitativa descritiva, que foi utilizado com a finalidade de compreender a relevância da alimentação na reabilitação do paciente hospitalizado.

4.2 Amostragem

A amostra foi constituída por estudos científicos que abordaram pacientes pediátricos, adultos e idosos de até 70 anos de idade, de ambos os sexos. Publicados na biblioteca eletrônica Scielo e nas bases de dados digitais Google Acadêmico, utilizando os termos relacionados a cuidados nutricionais, nutrição hospitalar e avaliação nutricional.

4.3 Coletas De dados

A busca dos estudos aconteceram entre os meses de junho, agosto e setembro de 2021. Os descritores utilizados para busca foram: Nutrição hospitalar; Terapia nutricional e Suporte nutricional. Para a organização do estudo foram tabulados os dados mais pertinentes encontrados nos materiais de pesquisa.

4.4 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: artigos no idioma português; publicados a partir do ano de 2003; com indivíduos que receberam dieta oral do tipo geral, pastosa ou líquida. E com artigos que apresentaram tema relacionado e relevante à presente revisão bibliográfica.

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos: pesquisas que possuíam como objetivos de estudo pacientes que receberam suplementação, pacientes com alergia alimentar, em jejum, gestantes, pacientes impossibilitados de alimentar-se por via oral em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Terapia Nutricional Parenteral (TNP); Terapia Nutricional Enteral (TNE), e artigos que possuíam texto completo indisponível para consulta.

4.6 Apresentação de Dados

Para o desenvolvimento dos resultados, foram analisados trinta e dois (32) estudos, dos quais, vinte e três (23) eram referentes á determinação de possíveis fatores que pudessem interferir na aceitabilidade da alimentação proposta ao paciente. O restante dos estudos analisados se referia aos possíveis riscos nutricionais em pacientes hospitalizados. Os resultados obtidos foram descritos e discutidos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados no total 6 trabalhos que tinham o objetivo de avaliar o perfil de aceitação das dietas hospitalares. Na base de dados SciELO foi selecionado 2 artigos, os demais foram selecionados na base de dados Google Acadêmico. Todos os estudos avaliados foram elaborados pelo método de pesquisa de campo, garantindo maior qualidade nos resultados quando se pensa em aplicações práticas. A pesquisa evidenciou que todos os estudos buscaram, dentre outros objetivos, avaliar a aceitação (TABELA 1) entre pacientes pediátricos hospitalizados a partir da inclusão da gastronomia hospitalar.

Quadro 1: Níveis de aceitação da dieta hospitalar

Autores (ano)	Metodologia	Resultados
BAÍA, S. et al., (2021)	A pesquisa de campo foi realizada com 103 pacientes internos. Estes foram selecionados através de dados coletados nos prontuários eletrônicos. Inicialmente foi realizada a pesagem apenas da refeição do almoço oferecida aos pacientes. Após a distribuição da refeição, as sobras eram pesadas para a verificação do desperdício. Em seguida foi aplicado um questionário de aceitação alimentar.	Todos os critérios analisados obtiveram destaque para o item de muito satisfeito, isto é, as refeições servidas foram bem aceitas pelos pacientes. Os percentuais de aprovação para o item muito satisfeito foram de 33,98%(n=35) para o item sabor; 33% (n=34) para a aparência, demonstrando que a apresentação era visualmente agradável, bem como a cor, que apresentou o resultado de 35,92%(n=37); a textura por sua vez obteve 33,98% (n=35) de muita satisfação, onde foram avaliadas as características de qualidade intrínsecas e extrínsecas dos alimentos; e a

		temperatura atingiu 46,60%(n=48) de muita satisfação.
HEREZAIS, A. C., et al., (2018)	A amostra foi composta por 196 questionários respondidos nos dois hospitais que participaram da pesquisa. Entre pacientes e acompanhantes que estiveram sendo atendidos pelo Serviço de Nutrição e Dietética dos hospitais no período de realização do estudo, sendo 123 do hospital A e 73 do hospital B. analisando a qualidade dos serviços prestados, quanto ao grau de satisfação, sendo eles: o horário das refeições, o contato e a comunicação com a equipe de Nutrição, o sabor e tempero, a temperatura, a quantidade/porção e o aspecto visual.	A média geral de satisfação dos pacientes e acompanhantes dos dois hospitais foi de 89%. Dos fatores intrínsecos e extrínsecos analisados na aceitabilidade da dieta hospitalar, constatou-se que o sabor e a falta de tempero foram os fatores intrínsecos que mais contribuíram de forma negativa para a aceitação das refeições nos dois hospitais, enquanto a quantidade e o horário foram os fatores extrínsecos que mais interferiram negativamente na aceitação das refeições.
ABREU, M. L. (2018)	Foram analisadas as refeições do almoço oferecidas a 16 crianças. Para verificar a aceitação das refeições foi realizada a aplicação de um questionário individual semiestruturado composto de uma escala hedônica facial	Não houve diferenças estatísticas significativas nos testes de aceitabilidade. Entretanto, foi constatado uma redução no IR de 33,06% para 16,37%.

	<p>adaptada à faixa etária. Os questionários foram aplicados em dois dias consecutivos para avaliar a aceitação em relação aos cardápios de apresentação padrão (CAP) e cardápios de apresentação modificada (CAM). Além de analisar Índice de Resto-Ingestão (IR) a partir da pesagem de todas as preparações distribuídas e dos restos alimentares.</p>	
<p>SALVIANO, I. M. M. (2014)</p>	<p>As refeições foram analisadas por 42 dias, sendo 21 dias utilizando a apresentação de dietas padrão (AP) do hospital e 21 dias após a mudança na apresentação das refeições (APEX). Para aferir a aceitação das dietas hospitalares foram mensurados o índice de rejeito (IR) para o cardápio A e B e aplicados questionários com escala hedônica para os pacientes infantis. No total, foram avaliadas 202 dietas livres, não foi relatado o número de crianças atendidas.</p>	<p>10% dos pacientes que receberam a dieta AP mostraram-se satisfeitos com a refeição. Por outro lado 50%, dos pacientes que receberam a dieta APEX mostram-se satisfeitos com a refeição.</p> <p>O IR do grupo AP foi: cardápio A: 44,22% e cardápio B: 45,97%. O IR do grupo APEX reduziram para 31,70% no cardápio A e 31,95% no cardápio B.</p>
<p>RIBAS, S. et al.,</p>	<p>Para avaliar a ingestão da dieta hospitalar durante a</p>	<p>De forma geral, a dieta hospitalar foi avaliada como de boa a ótima</p>

(2013)	<p>internação, foi aplicado pelo pesquisador um formulário adaptado de Proença et al.,¹³ contendo questões pré-codificadas para investigar o grau de aceitação do paciente por tipo de refeição (pequenas: desjejum, colação, lanche e ceia; e grandes: almoço e jantar) durante o tempo de internação. Os indicadores utilizados para avaliar a influência na aceitação da dieta segundo esse instrumento foram: apresentação, sabor, temperatura e quantidade de refeição servida.</p>	<p>em 59,8% dos casos. Ao se analisar por tipo de refeição, verificou-se que as pequenas refeições foram mais bem aceitas que o almoço e o jantar ($p < 0,001$).</p> <p>Inicialmente, foi verificado que as variáveis sociodemográficas não influenciaram na aceitação da dieta. Porém, ao analisar por tipo de refeição, verificou-se que no almoço os pacientes da classe baixa relataram melhor aceitação da dieta, em comparação aos pacientes da classe média ($p = 0,02$).</p>
SOUSA, A. et al., (2011)	<p>Avaliação da aceitação da dieta foi determinada através da determinação do índice de resto-ingestão em que foi determinado o peso das refeições distribuídas e o peso das sobras de alimentos. Foram avaliadas 1.877 refeições distribuídas nas unidades de internação médicas: 937 foram refeições do almoço e 940 do jantar.</p>	<p>A comparação dos pesos (kg) observados no almoço e no jantar nos dias analisados indicou não haver diferença significativa ($p = 0,8517$), sugerindo que essas refeições apresentam indicadores de desperdício aproximados. O confronto dos pesos obtidos nas diferentes dietas nos dias examinados indicou haver diferença significativa entre os tipos de dieta. Os resultados mostraram que a dieta com sal resulta em maior percentual de</p>

		restos.
--	--	---------

Fonte: LAZARRINI, LOURIVAL, 2021.

Na análise de SOUSA, A. et al., (2011), os resultados mostraram que a dieta com sal resultou em maior percentual de restos que é um aspecto interessante já que normalmente tem uma aceitação melhor e dizem que a “comida hospitalar é sem graça” por estes aspectos simbólicos e sensoriais como (sabor, cheiro, temperatura, aparência). Que deve ser levado em consideração, pois os pacientes hospitalizados julgam importantes e pode determinar o grau de satisfação e conseqüentemente maior adesão ao tratamento proposto.

Filipini et al., (2014) objetivou avaliar a aceitação de alimentação hipossódica pelos pacientes internados, os alimentos foram preparados utilizando sal *light* a base de cloreto de potássio que possui redução de 60% do teor de sódio. A dieta hipossódica com utilização de sal *light* apresentou melhor aceitação pelos pacientes quando comparada à dieta hipossódica padrão.

Yabuta et al., (2003) em seu estudo, também objetivou a avaliar a aceitação de dieta hipossódica, encontraram como fatores para aceitação negativa a falta de sal (21,1%) e a insatisfação quanto ao sabor da refeição (11,5%). Um estudo que avaliou a aceitação de dieta hipossódica hospitalar observou que mesmo entre pacientes que relataram aceitar plenamente a refeição oferecida, 82% sentiram falta do sal na refeição, e 52%, a falta de temperos.

Diante esses resultados, evidencia-se que de fato as pessoas estejam utilizando esse condimento de forma exagerada e que o consumo excessivo do sal está diretamente relacionado ao aumento do risco de doenças crônicas, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças renais, entre outras. É importante frisar que esse consumo elevado vai totalmente ao sentido oposto do que se preza e os hospitais tendem como referencia na recuperação dos pacientes hospitalizados.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o consumo diário de sódio para a população adulta saudável seja de até 2.000 mg/dia, o que equivale a até 5 gramas de sal. E que para os pacientes internados o certo é avaliar cada caso, para ter a recomendação adequada diante o tratamento individualizado para enfermos.

Filipini et al., (2014) em seus resultados, não encontrou associação entre sexo, idade, estado nutricional, tabagismo e presença de sintomas gastrointestinais e a aceitação insatisfatória da dieta hipossódica com uso de sal *light*. Molero et al., (2008) em seu estudo, avaliaram a aceitação de dietas hospitalares consideradas “normais” e não encontraram associação entre sexo e aceitação de dieta. Outro estudo observou que os homens apresentaram uma melhor aceitação da dieta hipossódica, sugerindo que as mulheres têm mais dificuldade em aceitar a alimentação com restrição de sal do que os homens (SANTOS et al., 2012).

Muitos pacientes queixam-se de que o recipiente contém uma quantidade excessiva de alimento e que isto interfere negativamente na aceitação. Esse fator corrobora com o estudo realizado por Vieira et al., (2007) que verificou a aceitabilidade de saladas pela adição de óleos aromatizados e encontraram que um dos fatores que podem modificar o consumo alimentar é a oferta de porções muito grandes.

Um trabalho realizado por Sousa et al., (2011) que avaliou a aceitação de dietas oferecidas aos pacientes das unidades de internação médicas de um hospital público, por meio da determinação do índice de resto-ingestão e de enquetes de satisfação. Como resultado obteve o índice de resto-ingestão referente a um período de quinze dias úteis apresentou uma média de 36,09% (36,55% no almoço e 35,63% no jantar). Achados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Nonino-Borges et al., (2006) que encontraram um índice de resto-ingestão de 33,00% para o almoço e de 35,00% para o jantar. Castro et al., (2003) destacam que, quando os valores de resto-ingestão estão acima de 20% em coletividades enfermas, pressupõe-se inadequação no planejamento e na execução dos cardápios.

Conciliando aos resultados de Ribas, S. et al., (2013) que ao analisar por tipo de refeição, verificou-se que no almoço os pacientes da classe baixa relataram melhor aceitação. Podendo ser um hábito adquirido já de casa já que as pessoas costumam almoçar, mas nem todo mundo tem o hábito de jantar ou até mesmo relacionado á questão financeira de que quem tem condições muitas vezes trocam o jantar por lanches e afins.

Outros autores argumentam que o índice de resto-ingestão elevado pode ser decorrente de falha no porcionamento, preparações incompatíveis com o padrão/hábito dos pacientes, má apresentação das preparações, preparação de dietas a pacientes em jejum ou que receberam alta, prescrição de dietas gerais a pacientes com problemas de dentição ou com níveis de consciência alterados e baixa assistência aos pacientes que não conseguem se alimentar direito (ALMDAL, et al., 2003; BARTON, et al., 2000). Zazzo & Puissant (2003) observaram que os problemas relacionados ao consumo estavam ligados à doença ou ao tratamento (32,10% dos casos), à organização da unidade de produção e das unidades de internação ou a uma má integração entre esses setores (53,60% dos casos), entre outros problemas (14,30% dos casos). Donini et al., (2003) revelaram a importância que os pacientes dão ao sabor, à variedade dos alimentos e à forma de apresentação. Wright et al., (2006) observaram que a satisfação com a unidade que produz refeições esteve ligada à variedade, odor, textura da carne, temperatura, sabor da refeição e componentes do cardápio.

Somado a isso, Hiesmayr et al., (2006) comprovaram que a baixa ingestão alimentar é o maior fator de risco independente para a mortalidade hospitalar e que os lanches servidos e consumidos seriam fatores protetores para a mesma (razão de risco=0,81 para cada lanche). No estudo de Coloço et al., (2009) não foi encontrada diferença significativa entre a aceitação das pequenas e grandes refeições. Ribas et al., realizou um estudo relatando que as dietas com restrição de nutrientes (modificadas), incluindo a hipossódica, fornecidas durante a colação, lanche e ceia, apresentaram maior grau de aceitação entre seus usuários do que as dietas básicas e com sal. Esse dado é sugestivo que os pacientes que recebem a dieta modificada são mais conscientes e interessados em seguir a alimentação preconizada para seu restabelecimento e, por isso, são menos críticos quanto a sua avaliação.

Ao analisar o perfil dos pacientes internado, Ribas et al., (2013) constatou-se que a classe econômica foi a única variável sociodemográfica que demonstrou interferir no grau de satisfação da dieta, pois pacientes de classe sociais mais baixas tiveram maior aceitabilidade em comparação com os de classes mais favorecidas, contrastando com outros autores, que demonstraram que gênero, idade e patologia são outros fatores que também influenciam na aceitação da dieta (COLOCO, et al., 2009).

A pesquisa PNS 2013 (Pesquisa Nacional de Saúde), divulgada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) afirma que os Brasileiros de classe econômica mais alta tende a mudar os hábitos alimentares, mas os demais não têm tanto essa predisposição. Com mais dinheiro é possível ter acesso a alimentos mais saudáveis, além de ter informações sobre como controlar o peso. Não tendo relação com os resultados de Ribas et al., (2013) e com poder de compra desse público, pois poderia elevar a exigência em termos de aceitação da dieta ofertada.

Outras pesquisas também indicam que os segmentos de renda mais alta tendem a estabelecer uma relação diferenciada com a alimentação, no sentido de valorizar a escolha de certos alimentos em detrimento de outros (90,91%), seja pelo nível educacional mais elevado ou maior preocupação com a forma de apresentação (STANGA, 2003).

O trabalho realizado por Ribas et al., também constatou que embora não tenha sido observada diferença estatística, há uma tendência dos pacientes mais jovens a rejeitarem a alimentação em relação aos mais velhos.

Quanto ao tempo de internação, Stanga et al., (2003) verificaram que pacientes com maiores períodos de internação apresentavam menor apetite, e conseqüentemente, menor aceitabilidade, o que foi comprovado nesta pesquisa, sobretudo em relação às grandes refeições. Fato relevante, visto que o tempo de internação é diretamente proporcional ao gasto com a saúde e o grau de morbidade (WAITZBERG, et al., 2003).

O Conselho Federal de Nutricionistas, segundo a Resolução 380/2005, afirma que compete ao nutricionista, no exercício de suas atribuições em Unidade Alimentação e Nutrição realizarem assistência nutricional a coletividade ou indivíduos sadios ou enfermos em instituições públicas e privadas, e deverá desenvolver, entre as atividades obrigatórias, planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo distribuição e transporte de refeições e/ou preparações culinárias, bem como o controle de qualidade de alimentos (LOBATO et al., 2019).

Diante do exposto, medidas como adequar o fracionamento, alterando o horário de distribuição da ceia, e o controle da temperatura na distribuição dos alimentos tornam-se essenciais para melhorar a aceitação alimentar, suprimindo

melhor as necessidades dos pacientes, o que poderá resultar no aumento da satisfação dos mesmos e na redução do tempo de hospitalização.

Destaca-se que a avaliação da dieta hospitalar deve ser realizada de forma contínua e abrangente, para que os fatores que influenciam na satisfação do usuário possam ser detectados e modificados, antes que comprometam seu estado nutricional e fisiopatológico.

De acordo com o CFN, o número total de nutricionistas ou da carga horária técnica semanal da instituição Hospital e Clínicas em geral será composto conforme os níveis de complexidade existentes. Nível de complexidade média a cada 30 leitos um nutricionista, nível alto a cada 15 leitos um nutricionista. Dando enfoque que por mais que o profissional nutricionista é de suma importância dentro de o ambiente hospitalar, também se faz necessário fortalecer a relação da equipe multiprofissional e massificar os protocolos clínicos da nutrição, pois uma equipe qualificada é indispensável para o sucesso do tratamento e para a boa recuperação do paciente.

5. CONCLUSÃO

A avaliação da dieta hospitalar deve ser realizada de forma contínua e abrangente, para que os fatores que influenciam na satisfação do usuário possam ser detectados e modificados, antes que comprometam seu estado nutricional e fisiopatológico, pois a baixa ingestão alimentar é o maior fator de risco independente para a mortalidade hospitalar.

Portanto medidas como adequar o fracionamento, alterando o horário de arrumação da ceia, e o controle da temperatura na distribuição dos alimentos tornam-se essenciais para melhorar a aceitação alimentar. Em conjunto com orientações e treinamentos para a equipe de nutrição (cozinheiras, copeiras), pois também se faz necessário fortalecer a relação da equipe multiprofissional, juntamente a gastronomia que é uma importante ferramenta a ser utilizada pelos profissionais nutricionistas. Já que dentre os objetivos dessa ciência temos a preparação de refeições saborosas, aproveitando as mais diversas técnicas e métodos de preparo, de modo a melhorar as características sensoriais do alimento.

Sendo assim, todos os tipos de dietas são essenciais na recuperação do paciente e devem ser escolhidas de acordo com as necessidades e as patologias apresentadas pelos mesmos, devendo o profissional da nutrição analisar o quadro clínico e nutricional de forma individualizada para que estabeleça a melhor dieta para a melhora do estado nutricional e saúde de forma que o paciente se recupere mais rápido e aumente a rotatividade dos leitos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. L. **Avaliação da Aceitação das Dietas Livres Ofertadas às Crianças Internadas em um Hospital Universitário Materno-Infantil**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Campina Grande. 2018
- AUGUSTO, A. L. P. *et al.* **Terapia Nutricional**. São Paulo: Atheneu, 2002.
- Almdal T, Viggers L, Beck AM, Jensen K. Food production and wastage in relation to nutritional intake in a general district hospital: wastage is not reduced by training the staff. *Clin Nutr.* 2003; 22(1): 47-51.
- AZUAYA, A. L. *et al.* Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. **Revista Estudos Avançados**, v.17, n.48, 2003.
- BAÍA, S; SOUZA, T. A.S; GUSMÃO, R. P; SANTOS, R. M.S; PIMENTEL, G. M. C; COSTA, R. V; MEDEIROS, E. D. Estimativa do desperdício das dietas hospitalares associado a satisfação e aceitação dos pacientes no Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande – PB. **Research, Society and Development**, v. 10, n.1, 2021
- Barton AD, Beigg CL, MacDonald IAP, Allison S. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clin Nutr.* 2000; 19(6):445-49.
- BRITO, S.; DREYER, E. **Cuidados de enfermagem procedimentos padronizados para pacientes adultos**. Grupo de Apoio Nutricional Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional GAN / EMTN – HC HOSPITAL DAS CLÍNICAS/SP, 2008.
- Castro MDAS, Oliveira LF, Silva LPRB. Resto-Ingesta e aceitação de refeições em uma Unidade de Alimentação e Nutrição. *Hig Aliment.* 2003; 17(114/115): 24-8.
- CONSEA. Alimentação e educação nutricional nas escolas e creches. In: **Conferência Nacional de Segurança Alimentar**. 2 ed. Olinda: Relatório Final, 2004.
- Coloco RB, Holanda LB, Portero-McCleilan KC. Determinantes do grau de satisfação de pacientes internados referente a refeições oferecidas em um hospital universitário. *Rev. Ciênc. Med.* 2009;18(3):121-30.
- CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. São Paulo: Manole, 2002.
- DARTORA, N.; VALDUGA, A. T.; VENQUIARUTO, L. Alimentos e saúde: uma questão de educação. **Revista Vivências Erechim**, v. 01, ano 2, n. 3, p. 201-212, out./2006. Disponível em: <www.reitoria.uni.br>. Acesso em: 19 maio 2021.

DEMARIO, Renata Léia; SOUSA, Anete Araújo; SALLES, Raquel Kuernten. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.15, 2010.

DEMÉTRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 5, Campinas, 2011.

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

Donini LM, Castellaneta E, Magnano L, Valerii B, De Felice MR, De Bernardini L, et al. The quality of a restaurant service at a geriatric rehabilitation facility. *Ann Ig*. 2003; 15(5):583-600.

ESCOLA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL. **Dietoterapia**. Fortaleza/Ceará: Governo do Estado do Ceará: 2013.

FERREIRA, I. K. C. Terapia nutricional em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 1, p. 90-97, 2007.

Filipini. K, Gomes. CC, Carvalho. APPF, Vieira. LL. Aceitação da dieta hipossódica com sal de cloreto de potássio (sal light) em pacientes internados em um hospital público. *Ver. Atenção a Saúde*. 2014. V. 12, no 41, jul./set. p.11-18.

FONSECA, Karina; SANTANA, Gizane. **O nutricionista como promotor da saúde em unidades de alimentação e nutrição**: dificuldades e desafios do fazer.

Enciclopédia biosfera, Goiânia, v.7, n.13, p. 1466, 2011. Disponível em:

<<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2011b/ciencias%20da%20saude/o%20nutricionista.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

FONTOURA, C. S. M. *et al.* Avaliação Nutricional de Paciente Crítico. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Porto Alegre/RS, v. 18, n. 3, 2006.

FURKIM, A. M.; SACCO, A. B. F. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. **Revista CEFAC**, v. 10, n. 4, p. 503-512, 2008.

GARCÍA, R. W. D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. **Revista de Nutrição**, v.19, n.2, p.129-144, 2006.

GARCIA, R. W. D. **Aspectos psicossociais dos hábitos alimentares da população brasileira**. In: Workshop Instituto Danone, 1998, Florianópolis. Anais. Florianópolis: Instituto Danone, 1998.

GARÓFOLO, A. Diretrizes para terapia nutricional em crianças com câncer em situação clínica. **Revista de Nutrição**, Campinas, p. 513-527, jul./ago., 2005.
Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rn/a/77NR6BZT3wWPNhRvfNncBzk/?lang=pt>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOULART, R. M. M.; BANDUK, M. L. S.; TADDEI, J. A. A. C. Uma revisão das ações de nutrição e do papel do nutricionista em creches. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 4, Ago. 2010.

GOWDAK, D; MARTINS, E. **Ciência: novo pensar**. 2 ed. São Paulo: FTP, 2006.

GUERRA, P. M. S. **Avaliação da aceitação de dietas infantis modificadas em hospital público**. Monografia (especialização) – Universidade de Brasília, Centro de Excelência em Turismo. Brasília, 2009.

HEREZAI, A. C; BARATTO, I; GNOATTO, F. Avaliação da Satisfação das Refeições em Hospitais do Município de Pato Branco – PR. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.12. n.72. p.479-485. Jul./Ago.2018.

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

HIAE. **Gerência de Nutrição e Dietética do Hospital Israelita Albert Einstein**. Protocolo de Conduta Dietética, dez. 2000.

Hiesmayr M et al. The Nutrition Day Audit Team. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the Nutrition Day survey 2006. *Clin Nutr.* 2009; 28:484-91.

ISOSAKI, M.; CARDOSO, E.; OLIVEIRA, A. **Manual de Dietoterapia e avaliação nutricional**: Serviço de Nutrição e dietética do Instituto do Coração. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

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

MACHADO, J. D. C. *et al.* Pacientes assintomáticos apresentam infecção relacionada ao cateter venoso utilizado para terapia nutricional parenteral. **Revista de Nutrição**, Campinas, p. 787-793, nov./dez., 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rn/a/GKMpCB7YJKzRSZCJ49pHLfs/?lang=pt>>. Acesso em: 22 de jul. de 2021.

MACULEVICIUS, J.; DIAS, M. C. G. Dietas Orais Hospitalares. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3 ed. São Paulo; Atheneu, 2000.

MAHAH, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MARQUES, S. C. A *et al.* Triagem de risco nutricional em pacientes internados em uma unidade de cuidados intensivos. **Revista BRASPEN J**, 2018.

MATTEDE, M. G. S. Infecções urinárias causadas por *Trichosporon spp.* em pacientes graves internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 3, p. 247-251, 2015.

MONTEIRO, P. H. N.; COSTA, R. B. L. Alimentação saudável e Escolas: possibilidades e incoerências. In: _____. **Qualidade de vida**. Boletim do Instituto de Saúde, n. 32, abr./2004. Disponível em: <www.isaude.sp.gov.br>. Acesso em: 19 maio 2021.

Molero G, Fuster GO, Liébana MI, Oliva L, López ML, Aguilar AM. Influencia de la temperatura en la ingesta de pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp*. 2008;23(1):54-9.

NOVAES, M. R. C. G. Terapia Nutricional Parenteral. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas**: Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2006.

Nonino-Borges CB, Rabito EI, Silva K, Ferraz CA, Chiarello PG, Santos JS, et al. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. *Rev Nutr.* 2006; 19(3):349-56. doi:10.1590/S1415-527320060030 0006.

OLIVEIRA, I. S.; MACEDO, M. A. **Manual de dietas hospitalares**. Petrolina, PE: HU UNIVASF, 2020.

RIBAS, A. S.; PINTO, E. O.; RODRIGUES, C. B. Determinantes do grau de aceitabilidade da dieta hospitalar: ferramentas para a prática clínica? **Revista Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 8, n. 2, 2013.

RODRIGUES, L. P. F.; RONCADA, M. J. Educação nutricional no Brasil: evolução e descrição de proposta metodológica para escolares. **Revista Comunicação e Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 319-322, 2008. Disponível em: <http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2008Vol19_4art04educacaonutricional.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

SALVIANO, I. M.M. **A Gastronomia Hospitalar Como Recurso Para Melhorar a Aceitação de Dietas Infantis de Pacientes do Hospital e Maternidade de Cuité-PB**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Campina Grande. 2014

SANTOS, T. M. P. *et al.* Desnutrição: uma enfermidade presente no contexto hospitalar. **Revista Scientia Médica**, v.25, n. 4, 2015.

Santos BF, Cammerer MA, Marcadenti A. Aceitação de dietas com reduzido teor de sódio entre cardiopatas em um hospital terciário. *Rev Ciência & Saúde*. jul./dez. 2012;5(2):79-86.

Stanga Z *et al.* Hospital food: a survey of patients perceptions. *Clin Nutr.* 2003;22(3):241-6.

SILVA, R. F *et al.* Triagem nutricional de pacientes internados no serviço de Emergência. **Revista BRASPEN J**, 2017.

Sousa. AA, Gloria. MS, Cardoso. TS. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(2):287-294, mar./abr., 2011

SOUZA, A. A. *et al.* Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras. **Revista Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v. 8, n. 2, 2013.

SOUZA, A. A.; PROENÇA, R. P. C. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, Campinas, 2004.

SOUZA, M. D.; NAKASATO, M. A gastronomia hospitalar auxiliando na redução dos índices de desnutrição entre pacientes hospitalizados. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 2, p. 208-214, 2014.

SOUSA, Milena Nunes Alves de. **Gestão hospitalar**: da origem dos hospitais aos aportes teóricos da ciência gerencial e sua aplicabilidade no âmbito hospitalar. Curitiba: CRV, 2010.

VALENTE, E. **Direito humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

VIEIRA, Maria de Fátima Viana. **Administração do serviço de nutrição e dietética**. 1998. 158f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão Hospitalar), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Vieira FGK, Balestrin ELB, Sousa AA, Tasca CG. Implementação de óleos aromatizados em saladas: avaliação de aceitabilidade em uma unidade produtora de refeições hospitalares. *Hig Alim*. 2007;21(149):30-4.

Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. *Nutrition* 2001;17(7-8):573-80.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2009.

Wright ORL, Conelly LB, Capra S. Consumer evaluation of hospital foodservice quality: an empirical investigation. *Int J Health Care Qual Assur*. 2006; 19(2):181-94.

Yabuta C, Cardoso E, Isosaki M. Dieta hipossódica: aceitação por pacientes internados em hospital especializado em cardiologia. *Rev Bras Nutr Clin*. 2003; 21(1):33-7

ZANCUL, Ma. S. **Consumo alimentar de alunos nas escolas de ensino fundamental em Ribeirão Preto**. 2004. 85f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2004.

Zazzo JF, Puissant MC, Aubert P. Nutritional status and food intake in adult, pediatric and elderly hospitals: a 4-days survey in Assistance PubliqueHôpitaux de Paris. *Nutr Clin Metabol* . 2003; 17(4): 213-17.