



Opinião dos pacientes acerca da dieta pastosa servida em um hospital público de Curitiba, PR

Verônica Motta Pimenta Velloso

Mestrado em Defesa e Proteção Civil UFF

Sérgio Rosa Lemes Gavião

In memoriam

Telma Souza e Silva Gebara

Universidade Tuiuti do Paraná

RESUMO

Considerando como objetivo da dieta hospitalar, manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente internado, fica explícito que a terapia nutricional possui grande importância neste aspecto (MESSIAS, 2011). Há no Brasil e no mundo, uma grande prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados, e a dieta fornecida pelo hospital intenciona poder suprir as necessidades nutricionais desse público (SORENSEN, 2012).

Palavras-chave: Pacientes, Dieta pastosa, Nutricional.

1 INTRODUÇÃO

Considerando como objetivo da dieta hospitalar, manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente internado, fica explícito que a terapia nutricional possui grande importância neste aspecto (MESSIAS, 2011). Há no Brasil e no mundo, uma grande prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados, e a dieta fornecida pelo hospital intenciona poder suprir as necessidades nutricionais desse público (SORENSEN, 2012).

O alimento e a alimentação trazem consigo diversas significações e implicações na vida das pessoas, além de serem fontes de prazer do início ao fim da vida. Além disso, fazem parte integrante da manutenção ou da reconstrução da identidade do indivíduo hospitalizado.

Até mesmo os odores desagradáveis do hospital, a reduzida atividade, e o ambiente desconhecido podem interferir na vontade de comer dos pacientes (DEMÁRIO, 2010), a impessoalidade do ambiente hospitalar, os hábitos de trabalho, os horários dos procedimentos e da própria alimentação que dispõe em grande parte atender aos seus funcionários, pode induzir negativamente na aceitação da dieta (DEMÁRIO 2010), sendo assim foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) pelo Ministério da Saúde em 2000 e que posteriormente se transformou em Política Nacional de Humanização Hospitalar, 2003, visando uma alteração na cultura de atendimento à saúde, promovendo práticas de humanização hospitalar, de respeito à dignidade humana, utilizando-se de parâmetros de



humanização para melhorar a qualidade da relação entre profissional de saúde e usuário, profissionais entre si e hospital e comunidade. (BRASIL, 2001, 2008)

O sucesso da associação entre a recuperação do paciente e o prazer da alimentação em uma unidade hospitalar, são imprescindíveis a motivação e a dedicação dos profissionais envolvidos, pois somente assim ocorrerão efetivamente a humanização do serviço e a melhoria da qualidade de vida. Necessita-se, portanto, estabelecer estratégias de implantação e monitoramento na humanização da gastronomia hospitalar (GOMES *et al*, 2009).

As dietas hospitalares modificadas são propensas à monotonia após um curto período de tempo, com isso, torna-se essencial que sejam criadas novas técnicas que permitam que essas dietas se tornem mais palatáveis e atraentes para os pacientes. A gastronomia, em suas várias técnicas culinárias, pode auxiliar de maneira significativa a qualidade hedônica e sensorial das refeições, principalmente nas dietas modificadas, como a dieta pastosa. Esse saber pode transformar-se em uma ferramenta crucial para facilitar a adesão à dieta proposta, melhorando aspectos sensoriais, textura, aparência, sabor e aroma (HORTA, 2013).

Considerando que a mensuração da satisfação dos pacientes com o serviço de alimentação e nutrição é visto como ferramenta importante nas pesquisas de resultados e no esforço para a melhoria das qualidades. (DRAIN, 2001), esta pesquisa visou avaliar a motivação da aceitação da dieta pastosa em pacientes de um hospital público em Curitiba, Paraná.

2 OBJETIVO

Averiguar a aceitação da dieta pastosa em pacientes de um hospital público em Curitiba, Paraná.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo observacional analítico longitudinal, realizado com 33 pacientes em uma unidade de internação de clínica médica (Posto 1), em quartos coletivos com até 3 pacientes, no período de agosto a setembro de 2016, em um Hospital Público de Curitiba, PR, com cobertura exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os critérios de inclusão para a seleção dos participantes compreenderam pacientes com idade ≥ 18 anos de ambos os gêneros, internados a mais de 24 horas, que estivessem aptos a responder um questionário de satisfação com questões sobre aparência, sabor e temperatura da dieta pastosa. Os pacientes com dificuldade de falar (disfásicos), inconscientes, confusos e/ou que estivessem com prescrição de terapia nutricional enteral/parenteral foram excluídos da pesquisa.

Foi utilizado na coleta de dados o questionário baseado na Escala Hedônica Facial (Apêndice 1), onde o paciente qualifica sua opinião a respeito da dieta em "detestei", "não gostei", "indiferente", "gostei" e "adorei". Os critérios detestei e não gostei, representaram um estado de insatisfação e os itens "gostei" e



adorei" como estando satisfeitos. Foram elaboradas 6 questões que pesquisavam a opinião do paciente a respeito da "aparência da comida", "sabor da comida", "temperatura da comida", "o que mais você gostou dessa preparação", "o que você menos gostou dessa preparação" e "sugestões/críticas". Foi avaliado a capacidade de auto alimentação desses pacientes.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Positivo sob parecer consubstanciado nº 1.532.469, em 05 de maio de 2016.

Os resultados foram analisados através de estatística descritiva, sendo expressos por meio de média, desvio padrão e porcentagem, processados através do software *Microsoft Office Excel*® versão 2007.

A comida oferecida no hospital é preparada no dia, no local e, servida em pratos térmicos descartáveis com divisórias (marmitas). Consiste de três tipos de purês batidos com água: um a base de arroz, outro a base de carne e o terceiro a base de vegetais, o feijão era servido somente o caldo. A preparação, o cozimento e o envase se davam entre o horário de 7:00 e 11:00, 13:00 e 16:00, os pedidos de dietas modificadas para o dia eram informados à UAN até 9:30. Entre 11:00 e 12:30, 15:30 e 17:00 a comida é entregue nas várias enfermarias e unidades de tratamento intensivo (UTI). O transporte e entrega das marmitas entre a cozinha e os leitos dos pacientes no Posto 1 levava em torno de 35 minutos. Uma porção padrão da dieta pastosa completa (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia) contém cerca 1570 kcal. Em cada uma das refeições maiores são ofertadas, segundo informações do serviço, cerca de 670 Kcal, 58g de proteínas (34%), 90 g de carboidratos (54%) e 9 g de lipídios (12%).

4 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo observacional analítico longitudinal, realizado com 33 pacientes em uma unidade de internação de clínica médica (Posto 1), em quartos coletivos com até 3 pacientes, no período de agosto a setembro de 2016, em um Hospital Público de Curitiba, PR, com cobertura exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os critérios de inclusão para a seleção dos participantes compreenderam pacientes com idade ≥ 18 anos de ambos os gêneros, internados a mais de 24 horas, que estivessem aptos a responder um questionário de satisfação com questões sobre aparência, sabor e temperatura da dieta pastosa. Os pacientes com dificuldade de falar (disfásicos), inconscientes, confusos e/ou que estivessem com prescrição de terapia nutricional enteral/parenteral foram excluídos da pesquisa.

Foi utilizado na coleta de dados o questionário baseado na Escala Hedônica Facial (Apêndice 1), onde o paciente qualifica sua opinião a respeito da dieta em "detestei", "não gostei", "indiferente", "gostei" e "adorei". Os critérios detestei e não gostei, representaram um estado de insatisfação e os itens "gostei" e "adorei" como estando satisfeitos. Foram elaboradas 6 questões que pesquisavam a opinião do paciente a



respeito da “aparência da comida”, “sabor da comida”, “temperatura da comida”, "o que mais você gostou dessa preparação", "o que você menos gostou dessa preparação" e "sugestões/críticas". Foi avaliado a capacidade de auto alimentação desses pacientes.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Positivo sob parecer substanciado nº 1.532.469, em 05 de maio de 2016.

Os resultados foram analisados através de estatística descritiva, sendo expressos por meio de média, desvio padrão e porcentagem, processados através do software *Microsoft Office Excel®* versão 2007.

A comida oferecida no hospital é preparada no dia, no local e, servida em pratos térmicos descartáveis com divisórias (marmitas). Consiste de três tipos de purês batidos com água: um a base de arroz, outro a base de carne e o terceiro a base de vegetais, o feijão era servido somente o caldo. A preparação, o cozimento e o envase se davam entre o horário de 7:00 e 11:00, 13:00 e 16:00, os pedidos de dietas modificadas para o dia eram informados à UAN até 9:30. Entre 11:00 e 12:30, 15:30 e 17:00 a comida é entregue nas várias enfermarias e unidades de tratamento intensivo (UTI). O transporte e entrega das marmitas entre a cozinha e os leitos dos pacientes no Posto 1 levava em torno de 35 minutos. Uma porção padrão da dieta pastosa completa (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia) contém cerca 1570 kcal. Em cada uma das refeições maiores são ofertadas, segundo informações do serviço, cerca de 670 Kcal, 58g de proteínas (34%), 90 g de carboidratos (54%) e 9 g de lipídios (12%).

5 RESULTADOS

As características da amostra são apresentadas na Tabela 1. A média da idade dos pacientes foi de 61,3 (\pm 21,6) anos, sendo a maior parte de mulheres (69,7%) e de idosos (54,5%). Entre os pacientes, 24,3% (n = 8) necessitavam de ajuda para alimentar-se.

Tabela 1: Características da amostra de pacientes

Características	Número	%
Gênero		
Feminino	23	69,7%
Masculino	10	30,3%
Alimenta-se sozinho		
Sim	25	75,7%
Não	8	24,3%
Idade (anos)		
20 - 29	3	9,1%
30 - 39	4	12,1%



40 - 49	3	9,1%
50 - 59	5	15,2%
60 - 69	4	12,1%
70 - 79	7	21,2%
80 - 89	5	15,2%
≥ 90	2	6%

Fonte: próprios autores, 2016

Os pacientes avaliaram negativamente a temperatura (60,6%) e a aparência da dieta (57,6%). No que se refere a análise do sabor da refeição, 30,3 % da amostra considera como ruim. Todos os pacientes recebiam dieta pastosa (que por designação do serviço de nutrição e dietética do hospital era hipossódica e isenta de lactose).

A frequência de resposta ao questionário está representada na Tabela 2. As três questões apresentadas tratam dos aspectos das refeições servidas no hospital.

Tabela 2: Opinião dos pesquisados em relação aos itens pesquisados relacionados à dieta pastosa.

Itens do questionário	Respostas									
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
	<i>detestei</i>		<i>não gostei</i>		<i>Indiferente</i>		<i>gostei</i>		<i>adorei</i>	
Q1: aparência da comida	5	15,2%	14	42,4%	9	27,3%	5	15,2%	0	0%
Q2: Sabor da comida	0	0%	10	30,3%	8	24,2%	15	45,5%	0	0%
Q3: temperatura da comida	11	33,3%	9	27,3%	8	24,2%	5	15,2%	0	0%

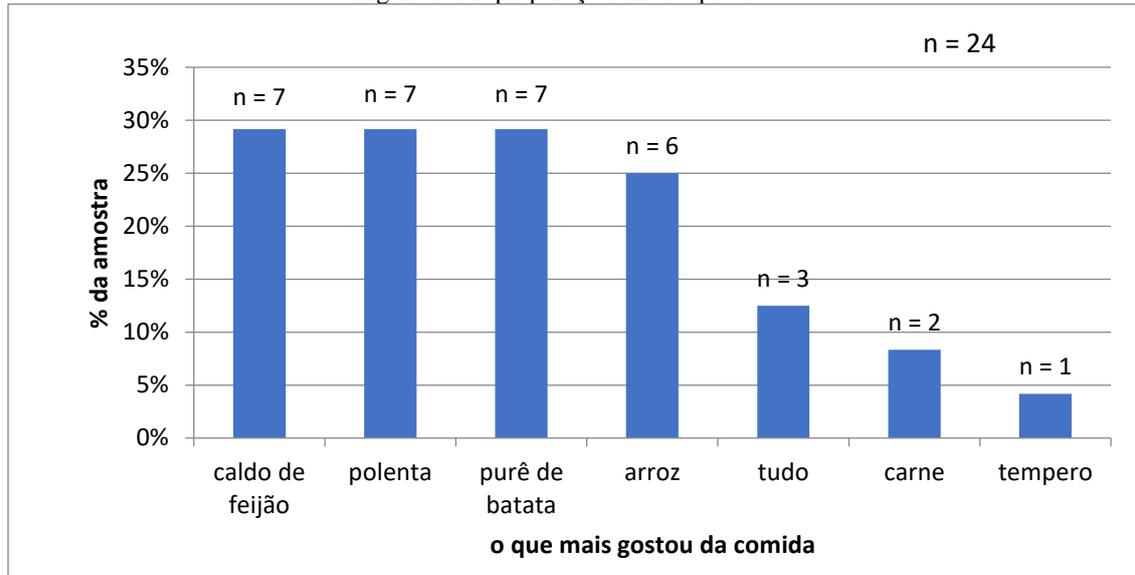
Todos os itens são pontuados de 1 a 5, sendo 1 = detestei, 2 = não gostei, 3 = indiferente, 4 = gostei e 5 = adorei.

Fonte: próprios autores, 2016.

A Figura 1 apresenta os resultados relacionados ao item mais apreciado pelos pesquisados em relação à dieta.



Figura 1: As preparações mais apreciadas

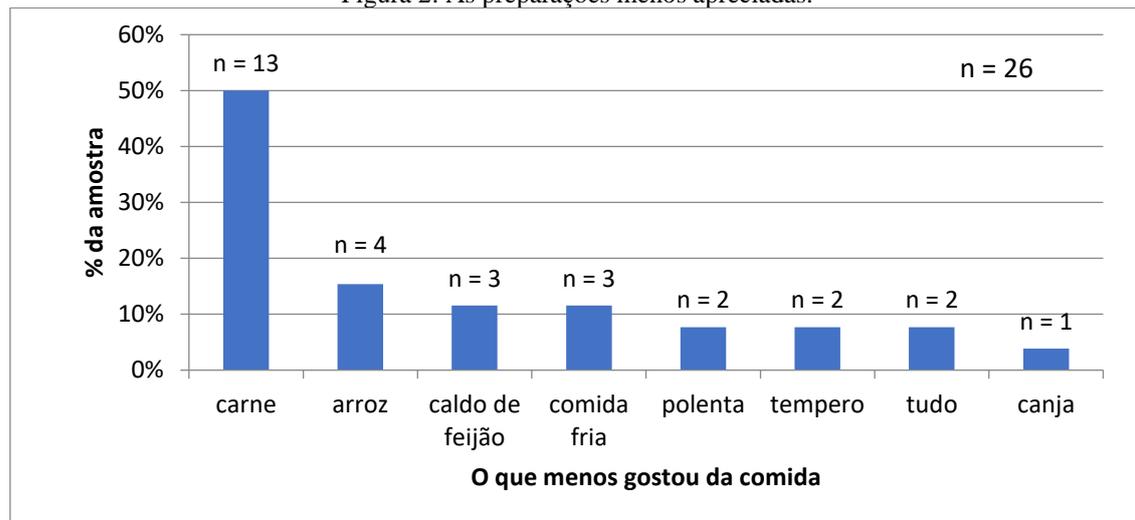


Fonte: próprios autores, 2016.

Foram respondidos por 73% dos pacientes (n = 24) os itens que tratava sobre o que eles mais gostavam na dieta e 29% (n = 7) responderam preferir o caldo do feijão, a polenta e o purê de batata, 25% (n = 6) o purê de arroz, 8% (n = 2) gostaram da carne, 4% (n = 1) apreciou o tempero e 13% (n = 3), disseram gostar de tudo.

Os pacientes foram questionados a respeito daquilo que “menos” gostavam na preparação, os resultados estão expressos na Figura 2.

Figura 2: As preparações menos apreciadas.

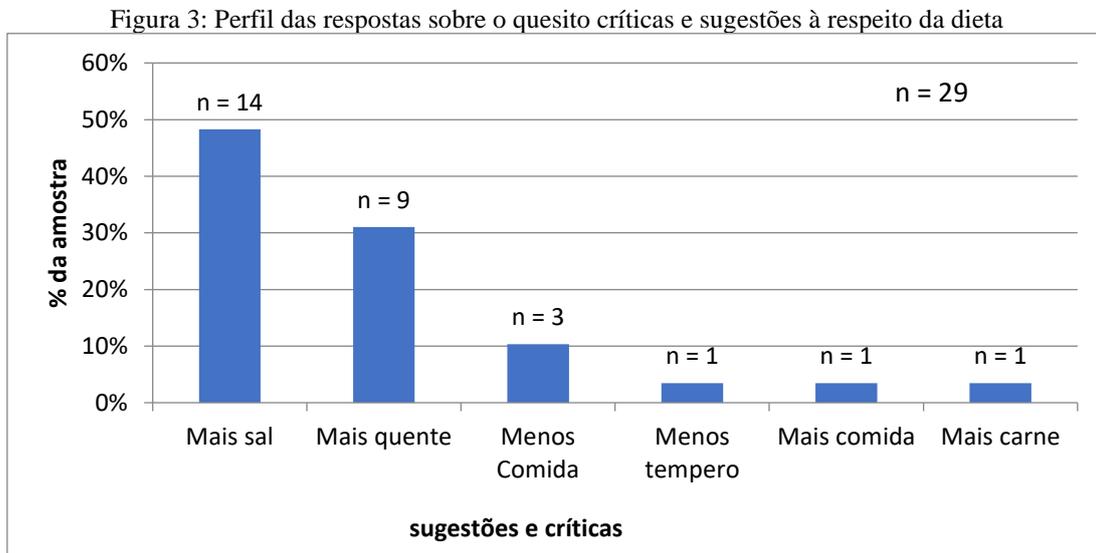


Fonte: próprios autores, 2016.



Somente 79% da amostra respondeu a essa pergunta ($n = 26$), destes 50% ($n = 13$) referiu não haver gostado das carnes, 15% ($n = 4$) não gostou do purê de arroz, 12% ($n = 3$) declarou não gostar do caldo de feijão e da temperatura da comida.

A Figura 3 se refere às críticas e sugestões propostas pelos pesquisados, em relação à dieta oferecida.



Fonte: próprios autores, 2016.

Dos 33 pesquisados 29 deixaram sua opinião (sugestão e/ou crítica) relacionadas à preparação da dieta, destes 48% ($n = 14$) sugerem que a comida deveria ser servida com mais sal, 31% ($n = 9$) que deveria ser servida mais quente, 10% ($n = 3$) acreditam que deve ser servida uma menor quantidade de comida, e 3% ($n = 1$) uma maior quantidade de comida e de carne.

6 DESENVOLVIMENTO

Em estudo similar, Santos, Cammerer e Marcadenti (2012) referem que 18% dos pacientes não aceitavam a dieta oferecido devido à falta de sal e, entre aqueles que aceitavam, 61% relatou sentir a ausência de sal.

Alguns pacientes não ingerem boa parte da alimentação que lhes é oferecida devido a presença da doença, falta de apetite, alterações do paladar e olfato, mudança de hábitos, e insatisfação com as preparações e com o ambiente hospitalar (SORENSEN, 2012; DEMÁRIO, 2010 e WRIGHT, 2006). A aceitação da alimentação tem sido relacionada com a forma de atendimento prestado (FERREIRA, 2013).

As razões mais frequentes relatadas sobre a não aceitação das dietas são a falta de sabor, a monotonia das preparações, a quantidade exagerada de comida ofertada, a falta de apetite e a temperatura inadequada da refeição (DEMÁRIO, 2010). Em uma pesquisa com 1701 pacientes (DUPERTUIS, 2003) refere que o apetite também é influenciado pela qualidade e apresentação dos alimentos e que a rejeição à refeição, está



relacionada ao "gosto inadequado", refeições em horários diferentes do habitual (mais cedo) e falta de opção na escolha do cardápio. Já o estudo de Thibault *et al.* (2010) relata que o horário do servimento das refeições, o sabor desagradável e o cozimento insuficiente foram fatores que influenciavam na avaliação da qualidade dos alimentos pelos pacientes.

A BAPEN - Associação Britânica de Nutrição Parenteral e Enteral (2012), lista alguns fatores que podem influenciar a ingestão da alimentação nos hospitais, dentre esses fatores estão a falta de cuidado com a apresentação das refeições, a não consideração das diferenças culturais ou das necessidades especiais quando da oferta das dietas, a coincidência dos horários das refeições com os procedimentos clínicos, a dificuldade na alimentação dos pacientes desacompanhados ou com limitações para se auto alimentar, a desmotivação própria do ambiente, o fato do período entre a preparação e o servimento não assegurarem a preservação do conteúdo nutricional e a palatabilidade das refeições dentre outros.

Já Small e Prescott (2005), referem que apesar da visão não ser tecnicamente parte do paladar, ela certamente influencia a percepção. Curiosamente, comidas e bebidas são identificadas predominantemente pelo sentido do olfato e da visão e não pelo sabor. Tais resultados, corroboram com o resultado encontrado no presente estudo onde 57,6% consideraram ruim a aparência das refeições, demonstrando uma interposição desse fator na aceitação da dieta.

Estudos como o de Stanga *et al.* (2003) e Souza, Gloria e Cardoso (2011) também relacionam o fato de que a temperatura é um dos fatores que mais interferem na aceitação das dietas oferecidas.

Segundo a RDC 52/2014, que altera a Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, ampliando a abrangência da norma que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para os Serviços de Alimentação, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, para manter os alimentos seguros e fora da zona de perigo de doenças transmitidas por alimentos (DTA), as marmitas servidas devem estar com temperatura acima dos 60°C em até 6 horas e abaixo de 60°C por no máximo 1 hora (BRASIL, 2014)

Sahin *et al.* (2007) demonstram em seu estudo que as variáveis como sabor e aparência da comida são estatisticamente importantes para determinar a satisfação dos pacientes em relação a comida. Já em outro estudo indiano, a satisfação foi verificada através da aparência, sabor e temperatura, sendo que a aprovação foi de 68% para a aparência da alimentação, 66% para o sabor e 70% para a temperatura. (MUSTAFA *et al.*, 2008).

Diversos estudos (WRIGHT *et al.*, 2011, RAMOS *et al.*, 2013; MESSINA *et al.*, 2013; PALADINI, 2009) visam reconhecer os diferentes aspectos relacionados ao serviço de alimentação e nutrição que mais influenciam a satisfação do paciente, os itens mais citados foram: temperatura, sabor, higiene, variedade do cardápio, qualidade do atendimento, entre outros.



Corbeau (2005), em seu artigo sobre as dimensões ocultas da comensalidade, refere que o ato de se alimentar no hospital engloba outras dimensões, para ele o comer não se limita ao processo produtivo da alimentação e subsequente ingestão da refeição. Após o consumo dos alimentos, surgem impressões, memórias que remetem o comensal a antigos comportamentos, e para o meio hospitalar, torna a sequência do alimentar-se um processo complicado e obscuro.

Embora a visão, os sons e os cheiros dos alimentos que ocorrem imediatamente antes, ou na ausência do comer, possam impactar a percepção do sabor, discute-se que estes sinais sensoriais exercem sua influência criando expectativas baseadas em associações precedentes (SMALL, 2012). Cada indivíduo percebe o sabor da comida diferentemente, pois este é uma combinação de impressões. Gosto, aroma e a sensação dos alimentos desempenham um papel importante se um indivíduo pensa que a comida tem bom sabor. A temperatura é outro aspecto que influencia fortemente a percepção do sabor (MUSTAFA, 2008).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo obteve relevantes contribuições dos pacientes acerca da aceitação das refeições. O cenário de internação se caracteriza por um rompimento com os hábitos do dia a dia, fazendo com que os pacientes sintam dificuldades em se adaptar as normas alimentares do hospital. Sugere-se a adoção de estratégias que estimulem a ingestão da dieta pastosa: controle da temperatura de servimento dos alimentos, cuidado na escolha das receitas e fichas técnicas, a padronização das preparações e o cuidado na qualidade sensorial e nutricional, com diligência na escolha dos alimentos evitando a monotonia.

Muitos pacientes possuem idade avançada e com isso dificuldade para sentir sabor, cheiro, e distinguir os alimentos que estão comendo, tornando relevante que os funcionários responsáveis pela distribuição (copeiros) sejam capacitados com base em um atendimento humanizado (Política Nacional de Humanização).

Torna-se necessário o aprimoramento de técnicas gastronômicas que estimulem a melhor aceitação das refeições com o objetivo de tornar efetiva a terapêutica nutricional no tratamento desses pacientes.



REFERÊNCIAS

- Messias, G. M.; Pereira, F. M.; Souza, M. V. Benefícios da gastronomia hospitalar na alimentação do paciente idoso. *Rev Novo Enfoque*. 2011; 12(12):23-31
- Sorensen, J.; Holm, L.; Frøst, M. B.; Kondrup, J. Food for patients at nutritional risk: A model of food sensory quality to promote intake. *Clin Nutr*. 2012; 31(5):637-46
- Demário, R.L.; Sousa, A. A.; Salles, R. K. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):1275-82
- Dubè, L.; Trudeau, E.; Belanger, M. C. Determining the complexity of patient satisfaction with foodservices. *J Am Diet Assoc*. 1994;94(4): 394-408
- Horta MG, Souza IP, Ribeiro RC. A gastronomia nas dietas infantis. *Braz J. Food Nut*. 2013; 24(2):165-73
- 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.
- Ferreira D, Guimarães TG, Marcadenti, A. Acceptance of hospital diets and nutritional status among inpatients with cancer. *Einstein*. 2013; 11(1):41-6.
- Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard CL. Food intake in 1707 hospitalized patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr*. 2003; 22(2):115-123
- Allison SP (ed). Hospital food as treatment. *BAPEN*. 1999; 166(3-4):345-57
- Small DM, Prescott J. Odor/taste integration and the perception of flavor. *Exp Brain Res*. 2005; 166:345-57
- Gomes JGS *et al*. Gastronomia Hospitalar em Pediatria: Estudo de Caso no Hospital do Coração (HCo). *Rev Nut Prof*. 2009; 5(7):34-40
- Brasil, Anvisa. RDC nº 52/2014, de 29 de setembro de 2014 que Altera a RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, ampliando a abrangência da norma que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para os Serviços de Alimentação. Órgão emissor: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/29250>>. Acesso em: 22/11/2016.
- Mustafa A, Rashid H, Singh D, Qadri GJ. Dietary Services viz-a-viz Patient Satisfaction at a Tertiary Care Hospital. *JK-Practitioner*. 2008; 15(Suppl.2):S13-S15
- Sahin B, Demir C, Aycicek H, Cihangiroglu, N. Evaluation of factors affecting the food consumption levels of inpatients in a Turkish armed forces training hospital. *Food Qual Pref*. 2007; 18:555-9.
- Dall'Oglio I *et al*. A Systematic Review of Hospital Foodservice Patient Satisfaction Studies. *J Acad Nutr Diet*. 2015; 115(4):567-84
- Messina G, Fenucci R, Vencia F, Niccolini F, Quercioli C, Nante N. Patients' evaluation of hospital foodservice quality in Italy: What do patients really value? *Public Health Nutr*. 2013; 16(4):730-7



Stanga Z, Zurfluh Z, Roseli M, Sterchi AB, Tanner B, Knecht G. Hospital food: a survey of patients perceptions. Clin Nutr. 2003; 22(3):241-6.

Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian National Survey (IBRANUTRI): a study of 40000 patients. Nutrition. 2001; 17(7-8):573-80

Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001

Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª.ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2008