



CIENTIFICIDADES
ARTIGOS ORIGINAIS_NUTRICIÃO

POSSIBILIDADE DE OPÇÃO DA EMENTA HOSPITALAR – UMA MAIS-VALIA?

Resumo

Introdução: Alguns estudos demonstram que a principal causa de perda de peso durante o internamento é a baixa ingestão alimentar, assumindo assim a dieta hospitalar um papel fundamental na garantia do aporte nutricional aos doentes internados e contribuindo para a recuperação e/ou manutenção do estado nutricional.

Apesar disso, quem acompanha de perto a realidade hospitalar apercebe-se que muitos doentes não comem o que lhes é colocado no prato.

Objetivos: Avaliar o efeito da possibilidade de opção na ementa na ingestão alimentar de doentes internados num hospital, através da quantificação dos desperdícios das refeições do almoço e jantar.

Métodos: Foi realizado um estudo experimental, do tipo ensaio clínico, durante um mês, em doentes do Serviço de Medicina da Unidade Hospitalar de Vila Real do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD, EPE). Ao grupo experimental foi dada a possibilidade de escolha, nas refeições de almoço e jantar, entre dois pratos – normal e opcional, com componentes proteicos e acompanhamentos diferentes. Ao grupo controlo não lhe foi dada a possibilidade de opção da ementa hospitalar, sendo-lhe fornecido sempre o prato normal.

Resultados: Foram avaliados 28 doentes, dos quais 14 pertenceram ao grupo experimental e 14 ao grupo de controlo. Foram avaliadas um total de 437 refeições, 230 (52,6%) pertencentes a doentes do grupo experimental, das quais 112 (48,7%) corresponderam ao prato opcional da ementa. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na quantidade de desperdício entre o grupo experimental e o grupo de controlo (28,7% no grupo experimental vs 27,9% no controlo, p=0,586).

Conclusões: Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas na quantidade de desperdício de alimentos entre os dois grupos, perante esta oportunidade, cerca de 50% dos doentes optaram pelo prato opcional, o que permite concluir que a possibilidade de opção pode contribuir para uma maior satisfação e bem-estar do doente.

Palavras-Chave

Alimentação Hospitalar, Ingestão Alimentar, Satisfação, Rejeição Alimentar

Introdução

Desde a década de 70 do século XX que se têm multiplicado os estudos sobre o impacto da hospitalização na desnutrição dos doentes e as suas repercussões na recuperação dos mesmos (1), estando perfeitamente estabelecido que a doença per si naturalmente induz a perda de apetite, reduz a capacidade de digestão e absorção, influencia a utilização metabólica dos nutrientes e, muitas vezes, aumenta as necessidades energéticas (2,3). No entanto, alguns estudos apontam como principal causa da perda de peso durante o internamento a baixa ingestão alimentar, assumindo assim a dieta hospitalar um papel fundamental na garantia do aporte nutricional aos doentes internados e contribuindo para a recuperação e/ou manutenção do

estado nutricional (1,3,4). Aliás, nesse sentido, a Resolução do Conselho Europeu sobre alimentação e cuidados nutricionais nos hospitais, aprovada em 12 de Novembro de 2003, recomenda que a alimentação comum por via oral seja o primeiro recurso para suprimir ou prevenir a desnutrição dos doentes, devendo a prescrição da alimentação ser sempre encarada como parte efectiva do tratamento dos doentes internados (5). Quem acompanha de perto a realidade hospitalar, apercebe-se que muitos doentes não consomem a totalidade de alimentos disponibilizados, desde logo pela anorexia imposta por algumas doenças e seus tratamentos, bem como pelo próprio mal-estar provocado pelo internamento e estado de debilidade, mas também muitas vezes pelo preconceito generalizado sobre a baixa qualidade da alimentação hospitalar ou pelo facto da alimentação servida não corresponder às preferências dos doentes. Como resposta a esta problemática, a Unidade de Nutrição do CHTMAD, EPE, definiu um Plano de Ementas promovendo a possibilidade de opção por parte do doente, para cada tipologia de dieta prevista no Manual de Dietas em vigor. Apesar de, empiricamente, dar ao doente a possibilidade de optar entre dois pratos ajustados à sua dieta prescrita parecer ser uma excelente medida, de acordo com o que nos foi possível investigar, nunca anteriormente foi verificado se esta possibilidade se repercutia objectivamente em termos da quantidade de alimentos ingeridos.

Objectivo

Avaliar o efeito da possibilidade de opção da ementa na ingestão alimentar dos doentes internados, através da quantificação dos desperdícios das refeições do almoço e jantar.

Metodologia

Foi realizado um estudo experimental, do tipo ensaio clínico, durante um mês, em doentes do Serviço de Medicina da Unidade Hospitalar de Vila Real do CHTMAD, EPE. Foram incluídos os doentes colaboradores e orientados, com capacidade para escolher a ementa desejada, alimentados “per os” de forma autónoma, evitando a influência do auxílio durante as refeições na quantidade ingerida, e com prescrição alimentar de dieta geral, ligeira ou mole. Foram excluídos os doentes que, entretanto, por motivos clínicos, passaram a ser alimentados por nutrição entérica ou sofreram alteração para a tipologia de dieta líquida. Durante o período de estudo cumpriram estes critérios 28 doentes.

A inclusão dos doentes no grupo experimental ou no grupo controlo foi randomizada. Aos doentes pertencentes ao grupo experimental foi dada a possibilidade de escolha, nas refeições de almoço e jantar, entre dois pratos – o normal, servido a todos os doentes e o opcional, que deverá ser servido quando o doente não goste da primeira opção. Ambos possuem componentes proteicos e acompanhamentos diferentes. As possibilidades de escolha foram apresentadas ao doente, com uma antecedência máxima de 48h, sendo posteriormente transmitidas

essas informações ao Serviço de Alimentação, para que as refeições fossem preparadas em conformidade.

Aos doentes incluídos no grupo controlo não foi dada opção.

Todas as refeições de almoço e jantar fornecidas aos doentes incluídos neste estudo foram pesadas no momento do empratamento, diferenciando-se os diferentes constituintes do prato (fonte proteica, fonte de hidratos de carbono e acompanhamento de legumes). Após a ingestão por parte do doente, foi pesado o desperdício edível. A quantidade de desperdício alimentar foi calculada em percentagem de desperdício através da fórmula: (desperdício (g)/ peso inicial da refeição (g)) *100%. A pesagem foi efectuada com a ajuda de uma balança electrónica digital com capacidade de 3kg, marca JATA HOGAR, modelo 705, que permitiu a pesagem com uma precisão de 1g e com a funcionalidade de tara, o que possibilitou a subtração automática do peso do utensílio (prato).

Para a análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0 (SPSS). A normalidade das variáveis foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Como as variáveis não seguiam uma distribuição normal foram descritas através da mediana e respectivo intervalo interquartil (25%; 75%).

A comparação de duas médias foi efectuada pelo teste de Mann-Whitney U e a comparação de médias para mais do que duas amostras pelo teste de Kruskal-Wallis H. As proporções foram comparadas pelo teste de qui-quadrado. Foi considerado um nível de significância de 5%.

Resultados

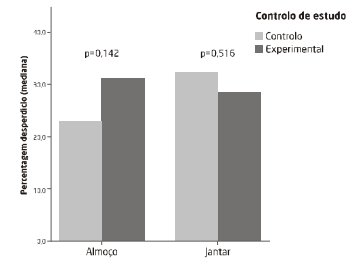
Foram avaliados 28 doentes, dos quais 14 pertenceram ao grupo experimental e 14 ao grupo de controlo. A mediana de idade dos doentes foi de 79,0 anos (25%; 75%; 54,5; 83,8). Dos 14 participantes do grupo experimental, 9 (64,3%) eram mulheres, assim como 6 (42,9%) do grupo de controlo (Tabela 1).

Foram avaliadas 437 refeições, 230 (52,6%) pertencentes a doentes do grupo experimental, das quais 112 (48,7%) corresponderam ao prato opcional da ementa. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na quantidade de desperdício entre o grupo experimental e o grupo de controlo (28,7% no grupo experimental vs 27,9% no grupo de controlo, p=0,586). Globalmente, verificou-se que em 46,5% das refeições distribuídas o desperdício foi inferior a 25%.

Nas 437 refeições quantificadas, correspondentes a 220 almoços e 217 jantares, não se observaram diferenças significativas entre a quantidade de

desperdício nas duas refeições (27,0% ao almoço vs. 29,0% ao jantar, p=0,266). Também não foram observadas diferenças significativas entre os participantes do grupo experimental e do grupo controlo (Gráfico 1).

Gráfico 1. Quantificação da quantidade de desperdício no final da refeição, por refeição e por grupo de estudo



Avaliou-se, também, se a quantidade de desperdício variava entre refeições de carne e refeições de peixe, não se tendo encontrado diferenças significativas (p=0,641).

Quanto à tipologia da dieta verificou-se que 31,9% corresponderam a dietas ligeiras, 26,3% a dietas gerais e 10,6% a dietas mols. Na avaliação do desperdício entre as várias tipologias de dieta não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (p=0,066).

O desperdício no final da refeição foi significativamente superior entre os homens, comparativamente com as mulheres (40,6% vs 22,3%, p < 0,001).

A mediana de internamento foi de 7 (6: 11) dias em ambos os grupos. Foi avaliada a relação entre o tempo de internamento e a quantidade de desperdício, através do cálculo da média de desperdício para cada doente, tendo se concluído não existir qualquer associação entre estas variáveis (r=-0,073, p=0,797).

Discussão dos Resultados

Os resultados mostram que não existem diferenças significativas entre o desperdício alimentar no final da refeição em doentes pertencentes ao grupo de controlo, ao qual apenas era fornecido o prato normal, e ao grupo experimental, onde tiveram a possibilidade de escolha entre o prato normal e o prato de opção.

No presente estudo, apesar de não se repercutir na quantidade de alimentos ingeridos, a verdade é que a possibilidade de escolha resultou em que cerca de metade dos doentes hospitalizados tenham escolhido o prato opcional, que se enquadraria melhor nas preferências psico-sensoriais dos doentes (1). Esta

constatação leva-nos a supor que a possibilidade de opção se revelou uma mais-valia no cuidado aos doentes durante o internamento, pelo facto de lhes ter dado poder de decisão e, eventualmente, ter proporcionado uma maior satisfação.

Foi colocada, também, a hipótese do desperdício ser diferente de acordo com o acompanhamento proteico, visto serem empiricamente reconhecidos os pratos de peixe como menos aceites, devido a serem menos apelativos e saciantes. No entanto observaram-se percentagens de desperdício semelhantes nos pratos de carne e de peixe. Este resultado pode indicar uma mudança das preferências alimentares durante o estado de doença, possivelmente pela melhor digestibilidade do peixe em comparação com a carne ou até pela qualidade das refeições de peixe servidas, na qual a Unidade de Nutrição tem como preocupação a disponibilidade e oferta de pratos variados, agradáveis e apelativos.

Sugere-se também que a melhor aceitação pelo prato de peixe seja motivada pelo tipo de produção de refeições do CHTMAD, EPE, pelo sistema Cook-chill, que por experiência, sabemos que normalmente torna a carne menos suculenta e com pior aparência, o que não se verifica nos pratos de peixe.

Também não se observaram diferenças na quantidade de desperdício em função do tipo de dieta prescrita. Tal não é concordante com o demonstrado em outro estudo, evidenciando que o tipo de dieta influencia a aceitação e satisfação do doente, com uma maior rejeição na presença de carnes desfiadas e purés, preparações que possuem maior dificuldade de manutenção de temperatura e naquelas com aparência desagradável (4).

Relativamente, à quantidade de desperdício ao almoço e jantar também não se verificaram diferenças significativas. Deste modo pode sugerir-se que ambas as refeições são constituídas por alimentos agradáveis e diversificados, o que é concordante com o referido no estudo, que considera a diversificação da ementa um factor influenciador positivo da diminuição de desperdício (6). Este resultado pode ainda ser interpretado como um sinal da manutenção do apetite dos doentes ao longo do dia.

Constatou-se que os indivíduos do sexo masculino desperdiçaram maior quantidade de alimentos do que os do sexo feminino, talvez por serem mais exigentes quanto ao tipo de alimentação a ingerir. Em relação ao efeito do género na quantidade de alimentos ingeridos a única referência encontrada refere-se ao valor que a aparência da refeição tem na sua ingestão. Curiosamente, esta característica influenciaria mais as mulheres, no entanto o desperdício foi superior nos homens (4).

No global observou-se que a percentagem de desperdício em cerca de 50% das refeições fornecidas, foi inferior a 25%, ou seja a um quarto do prato. Este facto é de destacar, pois supõe que a alimentação hospitalar tenha uma boa aceitação por parte dos pacientes, sendo considerada de boa qualidade, nutricionalmente equilibrada e satisfatória. Os nossos resultados aproximam-se dos resultados de outro estudo em que o desperdício médio por pessoa é de 24±7% (2). Outros autores consideram uma boa aceitação a única referência encontrada quando o doente ingere 75% dos alimentos disponibilizados, ou seja, o desperdício tolerado seria compatível com o observado neste estudo (7).

Foi igualmente avaliada a relação entre o tempo de internamento e a quantidade de desperdício, tendo-se concluído não existir qualquer associação. Este

¹Estagiária de Ciências da Nutrição, Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa
²Estagiária de Ciências da Nutrição, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
³Nutricionista, Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa
⁴Nutricionista, Directora da Unidade de Nutrição, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE



resultado é concordante com a bibliografia consultada (4). A quantidade de desperdício alimentar não parece repercutir-se na duração do internamento, ao contrário do observado num estudo em que foi encontrada uma associação inversa entre ingestão alimentar e duração do internamento hospitalar (4). Todo este estudo assenta na premissa que a quantidade de alimentos disponibilizada ao doente se adequa às suas necessidades. No entanto, as capitações são criadas com base em médias populacionais, que podem não coincidir exactamente com as necessidades nutricionais dos doentes estudados. Daí que pequenas quantidades de desperdício poderão apenas reflectir este desajuste. É ainda importante salientar que, ao longo das pesagens das refeições durante o empratamento, não foi contabilizado a porção edível por motivos de segurança alimentar e apresentação do prato, sendo que, após a ingestão alimentar do doente, a pesagem foi efectuada apenas com as porções odíveis. Esta decisão metodológica pode ter originado alguma subestimativa do real desperdício, ao ter sobrestimado a quantidade de alimentos disponibilizados. Este estudo diferencia-se dos restantes encontrados na literatura científica por se desvincular da análise do estado nutricional por si só, mas por dar importância à ementa hospitalar e à possibilidade de opção por parte do doente. Assim, o estudo vai ao encontro da satisfação do doente, considerando-a como um peço chave para a redução da prevalência de desnutrição, através do aumento da ingestão alimentar e consequente diminuição do desperdício alimentar (4), pois a adaptação à ementa hospitalar, o ambiente da refeição e as emoções envolvidas na satisfação do paciente podem melhorar a aceitação alimentar e com isso suprir as necessidades individuais (7).

Conclusões

Os resultados encontrados no presente trabalho permitiram concluir que, apesar de não existir diferença significativa na quantidade de desperdício de alimentos em função da possibilidade de opção, perante esta oportunidade, cerca de 50% dos doentes optaram pelo prato que não lhes seria atribuído à partida. Face a esta observação é de salientar que a possibilidade de escolha por parte do doente poderá ter contribuído para maior satisfação e bem-estar perante o ambiente hospitalar, o que poderá ser entendido como um indicador de satisfação em relação à instituição.

Agradecimentos

- Ao Dr. Américo Magalhães, Director de Serviço, ao Enf. José Manuel Poço, Enfermeiro-Chefe e à restante equipa médica e de enfermagem do Serviço de Medicina da Unidade Hospitalar de Vila Real;
- À Dra. Conceição Marrão e à restante equipa da Serunion-Elior;
- Ao Dr. Manuel Pimentel, Vogal Executivo do Conselho de Administração do CHTMAD, EPE, responsável pela Unidade de Nutrição.

Referências Bibliográficas

1. Garcia R W, D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. Revista de Nutrição, Campinas, 2005, 19(2): 129-144
2. Nonino-Borges, C B, Rabito, E. I. Silva, K, Ferraz, C.A, Chiarello, P, G, Sacos, J, S, Marchini, J. S. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. Revista de Nutrição de Campinas 2006; 19(3): 319-356
3. Prieto, J. B., Leandro-Merhi, V. A., Mônaco, D. V., LAZARINI, A. I. G. Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um

hospital privado. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, 2006; 21(3):181-187
4. Cooco RB, Holanda LB, Portero-McLellan, K.C. 2009. Determinantes do grau de satisfação de pacientes internados referente a refeições oferecidas em um hospital universitário. Revista de Ciência Médica, Campinas; 18(3): 121-130
5. Council of Europe. Committee of Ministers. Resolution Res/AP(2003) 9 on food and nutritional care in hospitals 2003. Ccc do:https://wcm.coe.int/tf/CM/ndex.jsp
6. Parisenti, J., Hirmino, C. C., Comes, C. E. Avaliação de sobras de alimentos em Unidade: Procuradora de refeições hospitalares e efeitos da implantação do sistema de hotelaria. A im. Nu. t., Araraquara 2008; 19(2): 191-194
7. Merhi, V. A. I., Azank, A. T., Corrêa, B., Fogaça, K. P., Oliveira, M. R. Y. Acompanhamento dietoterápico durante a intervenção em pacientes hospitalizados. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro 2008; 6(4):803-814

Em cada embalagem
de produto de nutrição entérica
da Fresenius Kabi,
encontra
tudo o que os seus
doentes precisam.
Energia
para ultrapassar
os desafios da desnutrição.
PROTEÍNAS
para satisfazer as necessidades diárias.

Bem-estar
para se sentirem melhor a cada dia.
Muito sabor
para recuperar o gosto
pelas coisas boas da vida.
E saúde,
para recuperar rapidamente.
Desenvolvidos para as áreas de
geriatria, gastroenterologia,
oncologia, diabetologia e pediatria,
cada produto tem os
nutrientes essenciais
para uma recuperação eficaz e
cheia de sabor.

