

ESTUDO DO DESPERDÍCIO NAS REFEIÇÕES HOSPITALARES NA UNIDADE CHAM-VIANA DO CASTELO

**Autor: Isa Viana
Porto, 2007**

U. PORTO



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO**

A todos os que tornaram este trabalho possível, ajudaram, acreditaram e confiaram. Aos meus Orientadores, à Dr.^a Beatriz Oliveira, à Sara Teixeira e a minha irmã o meu sincero Muito Obrigada!

Índice

LISTA DE ABREVIATURAS	V
LISTA DE GRÁFICOS	VI
LISTA DE TABELAS	VI
RESUMO	VII
PALAVRAS-CHAVE	VII
ABSTRACT	IX
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJECTIVOS	9
3. LINHAS METODOLÓGICAS	9
3.1 Amostra	10
3.2 Ferramentas metodológicas e material	11
3.3 Medir o desperdício	12
3.4 Aferir os motivos do desperdício	13
4. RESULTADOS	15
4.1 Amostra	15
4.1.1 Caracterização da amostra	15
4.1.2 Distribuição das dietas e da amostra.	16
4.2 Desperdício	17
4.2.1 O Serviço	17
4.2.2 Tipo de dieta	17
4.2.3 Ementa	19
4.2.4 Medição do desperdício utilizando o método por aferição visual	21
4.3 Motivos	22
4.3.1 Coerência dos motivos entre o almoço e jantar	24
4.4 Análise da variedade e cores da ementa oferecida	24

5. DISCUSSÃO	26
5.1 Desperdício	28
5.1.1 Serviço	29
5.1.2 Tipo de Dieta	29
5.1.3 Ementa	30
5.1.4 Comparação dos métodos de quantificação de desperdício	31
5.2 Motivos	31
5.3 Variedade e cores da ementa oferecida	34
6. SUGESTÕES PARA FUTUROS TRABALHOS	35
7. CONCLUSÃO	37
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
9. ÍNDICE DE ANEXOS	47

Lista de abreviaturas

IR- Indicador de Restos

NHS - *National Health Service* (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido)

PRR- Peso da refeição rejeitada

PRD- Peso da refeição distribuída

SAN- Serviço de Alimentação e Nutrição

CHAM- Centro Hospitalar do Alto Minho

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO	15
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DO RESTO DE ALIMENTOS POR SERVIÇO E EMENTA DA DIETA GERAL/LIGEIRA NA 1. ^a ETAPA.	19
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DO RESTO DE ALIMENTOS POR SERVIÇO E EMENTA DA DIETA MOLE/PASTOSA NA 1. ^a ETAPA.	19
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS RESTOS DE ALIMENTOS POR SERVIÇO E EMENTA DA DIETA GERAL/LIGEIRA NO 2. ^o ETAPA/ALMOÇO	20
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS RESTOS DE ALIMENTOS POR SERVIÇO E EMENTA DA DIETA MOLE/PASTOSA NA 2. ^a ETAPA/ALMOÇO	20
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS RESTOS DE ALIMENTOS POR SERVIÇO E EMENTA DA DIETA GERAL/LIGEIRA NA 2 ^a ETAPA/JANTAR	20
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS RESTOS DE ALIMENTOS POR SERVIÇO E EMENTA DA DIETA MOLE/PASTOSA NA 2. ^a ETAPA/ JANTAR	20
GRÁFICO 8- DISTRIBUIÇÃO DO DESPERDÍCIO POR PRATO	22
GRÁFICO 9-DISTRIBUIÇÃO DO DESPERDÍCIO POR PRATO E TIPO DE DIETA	22
GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DA RAZÃO CLÍNICA POR TIPO	23
GRÁFICO 11-FREQUÊNCIA DE CARNE/PESCADO	5
GRÁFICO 12- FREQUÊNCIA DO TIPO DE GUARNIÇÃO	5
GRÁFICO 13- FREQUÊNCIA CARNE/PESCADO	6
GRÁFICO 14-FREQUÊNCIA DO TIPO DE CARNE	6
GRÁFICO 15-FREQUÊNCIA DO TIPO DE PESCADO	7
GRÁFICO 16-FREQUÊNCIA DO MÉTODO DE CONFECÇÃO DA CARNE/PESCADO	7
GRÁFICO 17-FREQUÊNCIA DO TIPO DE GUARNIÇÃO	8
GRÁFICO 18-FREQUÊNCIA DE HORTÍCOLAS	8

Lista de Tabelas

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA POR SERVIÇOS.	15
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES PESADAS E INQUÉRITOS EFECTUADOS NAS DUAS ETAPAS	16
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS RESTOS DOS ALIMENTOS POR SERVIÇO E ETAPA	18
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE PRATOS INTACTOS POR SERVIÇO E ETAPA	18
TABELA 5 - COMPARAÇÃO DOS VALORES DE DESPERDÍCIO NOS DOIS MÉTODOS	21
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS RAZÕES POR ETAPA/ ALMOÇO EM CADA SERVIÇO.	23

Resumo

A estimativa do desperdício nas refeições hospitalares, permite ao Serviço de Nutrição e Alimentação verificar se está a fornecer uma alimentação que satisfaça as necessidades nutricionais de cada paciente e, conjuntamente, definir o perfil do cliente consoante as suas preferências, aversões e hábitos. O desperdício, além de retardar a recuperação da saúde do doente traduz-se em perdas económicas.

O estudo tem como objectivo analisar a ocorrência e os motivos do desperdício, na forma de resto de alimentos, nas dietas hospitalares.

Neste estudo foi realizada a pesagem das diferentes dietas hospitalares, antes e após a sua distribuição, e inquiriram-se os doentes de modo a descobrir os motivos pelos quais não ingeriram a totalidade dos alimentos. No trabalho, foram analisadas 282 dietas, em dois períodos de três dias consecutivos.

As dietas foram distribuídas aos pacientes internados nos Serviços de Medicina, Cirurgia e Ortopedia (n=66), com uma média de idades de 67 anos.

Das dietas analisadas verificou-se um desperdício de 50% de resto de alimentos com aproximadamente 20% em refeições intactas. Dos pacientes inquiridos, a maioria referiu falta de apetite e a necessidade de assistência no momento da refeição, como motivo de desperdício.

Os valores encontrados representam um desperdício muito considerável de recursos, o que remete para uma necessidade de reflexão e futuras alterações.

Palavras-chave: desperdício de alimentos; resto de alimentos; refeições intactas; dietas hospitalares.

Abstract

The plate waste in hospital meals allows nutrition service verify if food satisfy patient nutritional needs and, jointly, define the profile of the customer. The waste has a negative impact in recovery of health and is expressed in economic losses.

The aim of this study was to analyze the occurrence and the reasons of plate waste, in the hospital diets.

In this study we determined the food supplied and wasted, and inquired the patients in order to know the reasons for food waste. There were 282 hospital diets weighted, in two periods of three consecutive days.

Hospital diets were distributed to 66 patients in 3 specialties (medical, surgical and orthopaedic) with an average age of 67 years old. There was a high percentage of plate waste (50%). Around 20% of plate waste was untouched meals. The majority of patients reported lack of appetite and that did not receive assistance during mealtimes.

In conclusion, there was a considerable waste of resources so reflexion and changes are needs in hospital's nutritional care.

Key words: plate waste; food waste; untouched meals; hospital diets

1. Introdução

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e protecção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania, sendo reconhecida como direito humano, desde 1966, no Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais, reconhecimento esse que foi actualmente reforçado pelo Conselho Europeu, que declara o acesso a uma alimentação segura e saudável um direito humano fundamental ^(1,2).

Uma alimentação equilibrada nutricionalmente é um recurso importante e, muitas vezes, vital para o restabelecimento de doentes, sendo a dietoterapia primordial na recuperação e conservação da saúde dos mesmos ⁽³⁾. A componente nutricional está quase sempre presente na doença (se por um lado a má alimentação gera doença, por outro a própria doença afecta o estado nutricional) e o tratamento geralmente envolve profissionais de saúde ⁽⁴⁾. No hospital, o nutricionista é responsável por adequar a ementa à prescrição de cada utente/paciente, devendo respeitar não só as preferências destes, mas também as limitações impostas pelas doenças, assim como os recursos financeiros e humanos do serviço ⁽⁵⁾. No desempenho da sua função, pretende uma boa aceitação das dietas hospitalares que possibilite uma ingestão nutricional dentro das recomendações e, pouco desperdício. No entanto, vários estudos ⁽⁵⁻¹⁷⁾ em hospitais detectam o oposto, justificando-o por múltiplos factores desde os fisiológicos e psicossociais do paciente, até aos inerentes ao serviço de alimentação.

Um estudo ⁽¹²⁾, que englobou a totalidade dos pacientes num hospital concluiu que 70% dos pacientes internados não atingia ingestões razoáveis para assegurar as recomendações, sendo que na maioria dos casos, esta situação não estava relacionada com a doença ou tratamento.

Se à ingestão alimentar inadequada durante o internamento adicionarmos o facto de 20 a 60% dos doentes hospitalizados estarem desnutridos, ou em risco nutricional, no momento da admissão, conseguimos perceber o porquê dos altos valores de desnutrição hospitalar ^(2,18-20).

Nos Estados Unidos entre 40% e 55% de 1.347 doentes adultos hospitalizados, encontravam-se desnutridos ou em risco de desnutrição, e 12% estavam severamente desnutridos ⁽⁶⁾. O Conselho Europeu refere que cerca 30 a 60% dos pacientes hospitalizados na Europa são desnutridos e que a desnutrição hospitalar aumenta ao longo do período de internamento, prolonga a reabilitação e diminui a qualidade de vida ^(2,7).

Vários estudos ^(4,18,21,22) europeus mostram que pacientes desnutridos apresentam maiores índices de morbilidade e mortalidade, maiores complicações como pneumonia, *sepsis* e úlceras de decúbito, complicações pós-operatórias, atraso de cicatrização de feridas, aumento da permanência hospitalar (12 dias entre normoponderais *versus* 20 dias entre os desnutridos), maior dependência de cuidados de enfermagem, aumento de custos hospitalares e redução da qualidade de vida e apesar de ser já reconhecido como um problema, ele persiste ^(4,18,21,22). Preocupado com a situação, o Conselho Europeu, em 2001, desenvolveu uma pesquisa para tentar perceber as causas para a não intervenção e atendimento nutricional como rotina. Detectou barreiras à terapia nutricional adequada nos hospitais, na falta de responsabilidades definidas,

tempo, funcionários, cooperação entre profissionais, interesse por parte da administração hospitalar e conhecimentos dos profissionais de saúde. ⁽²²⁾

Baseando-se em estudos e sustentado por argumentos como: “a alimentação e os cuidados nutricionais hospitalares têm efeitos benéficos na recuperação e qualidade de vida dos doentes.” ou “(...) o número de doentes desnutridos na Europa é inaceitável.”, foram criadas recomendações pelo Conselho Europeu a serem aplicadas nos hospitais dos seus países membros. Em 2003, o Comité de Ministros do Conselho Europeu, aprovou uma resolução - *Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals* - que consiste num valioso guia de acção para o nutricionista, estabelece medidas para se tentar resolver a situação ⁽²³⁾.

Para perceber a prática nutricional e verificar a implementação das medidas surgiu um projecto de investigação denominado, *nutritionDay in European Hospitals*. Este projecto tem dois fins distintos: o primeiro consiste em elaborar um mapa com a prevalência da desnutrição antes da admissão e fazer associações da diminuição da ingestão nutricional consoante o factor de risco, a especialidade médica, estrutura organizacional da instituição e o país; o segundo pretende alertar para a importância da terapia nutricional junto dos pacientes, profissionais de saúde e directores hospitalares²⁴⁾.

Em 2006, a investigação incluiu 16.455 pacientes de 748 serviços em 25 países e os resultados mostraram a relevância da terapia nutricional e da sua monitorização para a saúde, verificando que a doença associada à desnutrição origina um aumento de 50% do tempo de internamento e um substancial aumento da mortalidade ⁽²⁴⁾.

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) considera que não é preciso mais legislação e guias orientadores para diminuir a desnutrição hospitalar, mas alterações na cultura e práticas hospitalares. Os Hospitais do NHS adoptaram várias iniciativas que vão para além do rastreio nutricional à promoção da qualidade da alimentação e ao estabelecimento de recomendações para a alimentação hospitalar. Como exemplo desta abrangência temos a iniciativa de carácter nacional, denominada “Protecção às Refeições” (“Protected Mealtime”) que incentiva a presença de familiares às refeições e que estas não sejam interrompidas ⁽²⁵⁾.

A evolução da gastronomia hospitalar pode permitir que dietas hospitalares, conhecidas pela insipidez e monotonia, participem da terapêutica, agregando prazer ao valor nutricional do alimento ^(7,8,26,27).

O paciente no momento de desconforto causado pela doença só quer ter o prazer de saborear uma refeição caseira, cheirosa, apetitosa, bem próxima àquela oferecida pelas mães, e que ao mesmo tempo, siga as normas dietéticas necessárias à sua recuperação ^(8,26).

Entre os diversos aspectos envolvidos na gastronomia hospitalar, e tendo em consideração as necessidades terapêuticas, é importante que as ementas e dietas hospitalares respeitem: os hábitos alimentares do paciente (pontos de confecção, temperos, consistência, apresentação, variedades); a necessidade do paciente em termos da quantidade de alimentos; o direito de escolha (ou alternativa de opção) do paciente; o direito do paciente ao diálogo com o responsável pela administração do serviço, e o direito do paciente à informação relativa à alimentação (dieta) que lhe é servida. Além disso, nas refeições especiais, por necessidades dietéticas, é indispensável que as ementas sejam

nutritivas, de boa aparência, saborosas, seguras, de temperatura e consistência adequada, preferencialmente de fácil e rápida preparação e de custo compatível com seu destino ⁽²⁶⁻²⁸⁾.

A gastronomia no ambiente hospitalar reveste-se da necessidade do bom senso, sendo conveniente integrar os princípios práticos da gastronomia, principalmente os relacionados ao sabor, para que as dietas calculadas e prescritas sejam bem aceites, cultivando o saber de nutrir o paladar, o prazer gustativo e não fazer cumprir uma penitência ^(8,29).

A importância da gastronomia hospitalar está bem patente no Reino Unido na iniciativa patrocinada pelo Ministério da Saúde sob o nome de "Melhor Alimentação Hospitalar" ("Better Hospital Food"), criada em Maio de 2001. Com o objectivo de melhorar a alimentação hospitalar, vários Chefes de cozinha elaboraram um livro de ementas para o NHS. Actualmente, o NHS possui uma ementa que inclui pequenas merendas, maior variedade de escolhas, alimentos disponíveis 24 horas e transmite bases para uma utilização prática dos alimentos como parte do tratamento. O objectivo a que se propuseram tem sido alcançado, conseguindo melhorar a qualidade da alimentação hospitalar, que tem tradicionalmente uma má reputação ^(25,27,30).

A alimentação, como um dos cuidados ligados à saúde oferecido aos pacientes, deve integrar funções que atendam a um conjunto de qualidades nutricionais, hígio-sanitárias, sensoriais, simbólicas e de serviço. ^(6,7,31) Relacionar alimentação saudável, hábitos alimentares, características sensoriais e modo de apresentação ao prazer das pessoas torna-se o desafio do nutricionista ⁽³¹⁾.

A qualidade pode ser definida como “a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que satisfazem as necessidades

explícitas e implícitas”. O moderno conceito de qualidade total reconhece que a qualidade final resultará da combinação, aos olhos do cliente, dos aspectos tangíveis e intangíveis, tanto de produtos materiais como de serviços ⁽³²⁾. A gestão com foco na Qualidade Total ocupa actualmente posição de destaque em qualquer organização, devendo constituir também um dos objectivos a nortear os trabalhos dos nutricionistas. O nutricionista, na gestão da sua rotina, precisa actuar estabelecendo acções pró-activas antecipando-se aos factos, agindo preventivamente e criando acções correctivas quando necessário ⁽³³⁾. A avaliação da qualidade alimentar e nutricional refere-se a um conjunto de indicadores que são definidos pela unidade e monitorizados diariamente como forma de avaliar se o que foi planeado e estabelecido como padrão de qualidade das refeições prontas foi de facto realizado ⁽³¹⁾.

Um indicador para medir a qualidade do serviço é contabilizar o desperdício. Numa Unidade de Alimentação e Nutrição o desperdício é sinónimo de falta de qualidade ⁽³²⁾. Estudos sobre desperdício na forma de resto alimentos, resto-ingestão, são usados por nutricionistas e profissionais dos serviços de alimentação em escolas, instituições e hospitais, com o objectivo de analisar custos, a aceitação e a ingestão alimentar.

No atendimento ao utente/paciente sugere-se a avaliação real da ingestão alimentar pelo cálculo do resto ingestão que consiste, na relação entre os alimentos que não são consumidos e a quantidade de alimentos distribuídos, expressa em percentagem ^(12,31-36).

Medir o desperdício permite verificar se o Serviço de Alimentação e Nutrição está a cumprir um dos seus objectivos específicos, que é oferecer uma alimentação adequada às necessidades nutricionais de cada utente/paciente e

definir o perfil consoante as preferências, aversões e hábitos culturais, redireccionando o planeamento de ementas e as operações ligadas à produção^(5,31). Perdas relacionadas com o desperdício são graves, pois geram gastos desnecessários que poderiam ser melhor direccionados. Além de prejuízos para a saúde dos pacientes, os desperdícios não se tratam apenas da questão financeira, que por si só já é de suma importância para a empresa, mas de um dilema ético, político e social⁽³⁷⁾.

Contextualização

A importância deste trabalho surge sustentada pelos mesmos argumentos que originaram as recomendações do Conselho Europeu. Cerca de 30 a 60% de pacientes hospitalizados na Europa são desnutridos e a desnutrição hospitalar aumenta ao longo do período de internamento, e consequentemente aumentam os custos médicos. Apesar da preocupação com o estado nutricional do paciente hospitalizado, pouca atenção tem sido dada à alimentação hospitalar. A intensa produção científica sobre o impacto da hospitalização no estado nutricional e sobre o suporte nutricional, não se reflectiu com a mesma intensidade na preocupação com a alimentação hospitalar⁽⁶⁾.

Em Portugal, no melhor do nosso conhecimento, ainda não existem estudos publicados sobre o desperdício de dietas hospitalares.

A actualidade e utilidade do tema aliado ao interesse em aplicar um método pioneiro em Portugal motivou o seu desenvolvimento.

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Santa Luzia, que faz parte do Centro Hospitalar do Alto Minho (CHAM). O CHAM é composto pela sede em Viana do Castelo, na estrutura do então Hospital de Santa Luzia, e pela

Delegação em Ponte de Lima, nas instalações do Hospital Conde de Bertiandos. A área de influência do CHAM é todo o distrito de Viana do Castelo e algumas localidades limítrofes dos concelhos de Barcelos, Braga e Esposende, onde os utentes, por uma questão de tradição, proximidade ou diferenciação, optam por este Centro Hospitalar. A população residente ronda os 250.000 habitantes. O estudo centrou-se no Serviço de Alimentação e Nutrição (SAN) desse Hospital. Neste serviço trabalham em média 34 funcionários responsáveis pela produção de refeições para o Hospital, um estabelecimento prisional e uma escola. Para o hospital produzem-se diariamente cerca de 1120 almoços e jantares para os 14 serviços (Ortopedia Mulheres, Ortopedia Homens, Cirurgia Homens, Cirurgia Mulheres, Obstetrícia, Ginecologia, Especialidades cirúrgicas, Pediatria, Neonatologia, Urgência, Medicina Mulheres, Medicina Homens, Medicina 2, Unidade de Cuidados Intermédios, Cirurgia 3, Psiquiatria) e 150 refeições para o refeitório.

2. Objectivos

Pressupondo a rejeição dos doentes em relação à alimentação hospitalar e consequente desperdício de alimentos. Foi objectivo deste trabalho diagnosticar a alimentação hospitalar, através da avaliação do desperdício das dietas hospitalares pelos doentes.

Assim foram definidos como **objectivos gerais**

Avaliar o desperdício¹ e seus motivos nas refeições principais (almoço e jantar) distribuídas a pacientes internados no Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo, e analisar a ementa oferecida.

3. Linhas Metodológicas

Em termos operacionais, para implementar o estudo de forma a atingir o objectivo propostos o plano de investigação dividiu-se por etapas:

- Conhecer as práticas e rotinas do Serviço de Nutrição e Alimentação;
- Realizar um teste piloto para verificar a aplicabilidade do inquérito de satisfação;
- Medir desperdício na forma de resto de alimentos do prato dos pacientes a quem foi instituída a dieta geral, ligeira, diabética, mole e pastosa, em três dias consecutivos aos serviços de Cirurgia, Medicina e Ortopedia;

¹ Quando escrevo desperdício este refere-se ao desperdício, na forma de resto de alimentos, deixados no prato resultado da não ingestão dos pacientes das dietas hospitalares.

- Aferir visualmente o resto de alimentos e os motivos inerentes;
- Analisar alguns parâmetros da ementa oferecida.

O trabalho de campo efectuou-se em três dias consecutivos, por corresponder à média de dias de internamento e serem citados em vários artigos ^(37,38) como o ideal para aplicar no ambiente hospitalar.

3.1 Amostra

A amostra do estudo foi obtida por selecção não probabilística da amostra, de conveniência e voluntária. Deste pedido resultou a amostra final e única do estudo.

No processo de selecção, foram incluídos os pacientes com idade superior a 18 anos que estivessem internados há mais de 24 horas e com prescrição de dieta geral, ligeira, diabética, mole e pastosa. Foram excluídos do estudo os doentes que se encontravam em isolamento, sujeitos a nutrição entérica e parentérica e os que estavam em jejum.

Recolhi, ainda, dados considerados de interesse para o estudo, como a idade, sexo e principais diagnósticos verificados nos serviços (**anexo 1**).

De acordo com a última revisão da Declaração de Helsínquia, todos os indivíduos que cumpriam os critérios de inclusão foram informados sobre os objectivos do estudo, os métodos a usar e sobre o seu direito à recusa. Foi obtido, então, o consentimento informado oral, após a explicação do estudo, sendo garantida a protecção e confidencialidade das informações recolhidas em todos os casos.

A obtenção de informação realizou-se em dois tempos. Pretendeu-se avaliar e diagnosticar os serviços de Medicina, Cirurgia e Ortopedia.

3.2 Ferramentas metodológicas e material

Por ser um estudo pioneiro em Portugal para a sua realização adaptou-se e utilizou-se material e métodos de outros países. Assim, adoptou-se a *Observational Audit of Plate Waste* do *Managing Food Waste in the NHS* que concede guias para identificar as razões do desperdício e ferramentas de aplicação universal para identificar os níveis de desperdício (**anexo 2**)⁽³⁴⁾.

No estudo utilizaram-se o método quantitativo e semi-quantitativo para medir o desperdício e qualitativo para aferir os motivos.

Em relação ao material utilizaram-se:

- Balança Tissot, Cas Scale (com sensibilidade ± 1 grama e capacidade máxima de 5 kg);
- Luvas descartáveis e touca;
- Sacos do lixo devidamente identificados.

3.3 Medir o desperdício

O desperdício foi quantificado através do indicador de restos (IR). O IR é representado pela relação percentual entre o peso da refeição rejeitada (PRR) e o peso da refeição distribuída (PRD) podendo ser assim representado:

$$\text{IR (\%)} = \frac{\text{PRR (KG)} \times 100}{\text{PRD (KG)}}$$

De forma a obter os dois valores, as medidas foram efectuadas em dois momentos.⁽²⁾ O PRD foi obtido imediatamente após a preparação dos tabuleiros das dietas e antes de serem colocadas nos carros de distribuição.

Para obter o PRR, foram pesadas todos os restos de alimentos dos pratos na sua recepção à copa, com uma triagem do material não comestível (guardanapos, cascas de frutas, ossos, espinhas, copos, etc). A triagem do material não comestível foi realizada por a sua quantificação ser considerada uma desvantagem do método.⁽³⁴⁾

Nesta etapa agrupei os restos da dieta geral com a ligeira e diabética e os da dieta mole com a pastosa, porque na maioria das vezes a ementa é semelhante.

Analisei o almoço e o jantar, por estes representarem a maioria da ingestão energética e proteica dos pacientes e ter sido referido pelos trabalhadores do SAN que o resto de alimentos nas refeições intermédias era baixo.

Como método complementar foi realizada a aferição visual dos restos de alimentos, na primeira etapa ao almoço nos dois serviços e na segunda etapa nos dois serviços, uma vez ao almoço e outra ao jantar.

A medição por pesagem e aferição visual foi sempre realizada sem que o doente tivesse conhecimento, de forma a não comprometer a ingestão alimentar e com o objectivo de comparar métodos.

3.4 Aferir os motivos do desperdício

Para perceber os motivos dos restos deixados nos pratos pelos doentes, elaborei um inquérito de satisfação (**anexo 3**). Todavia, o teste piloto efectuado revelou uma taxa de resposta muito baixa, tendo só conseguido aplicar três inquéritos. O insucesso pode ser explicado pela idade avançada dos doentes da amostra, o analfabetismo, a iliteracia, a desmotivação, o desinteresse, a necessidade de recorrer à memória, o estado clínico, cegueira, audição deficiente, incómodo e a necessidade de serem agradáveis e simpáticos, para terem alguma retribuição numa fase de solidão e carência afectiva. No mesmo sentido, Rigaud refere que os pacientes internados podem ter as suas respostas influenciadas por serem cativos e por terem receio de responderem negativamente podem ser tolerantes nas respostas por não considerarem a alimentação como elemento importante no tratamento ou mesmo considerar que ela não pode ser melhorada^(7,39).

A satisfação dos pacientes é um fenómeno complexo, influenciado por vários factores mas importante para o sucesso de um serviço de alimentação ⁽⁴⁰⁾.

Como tal, sentiu-se a necessidade de tornar um método mais simples, prático, sem recorrer à memória e sem o efeito perturbador de certas perguntas, cingindo-me apenas ao essencial ^(4,42). Optou-se por simplesmente questionar o

principal motivo, visto que as respostas dos inquiridos a determinada pergunta têm maior validade se não forem sugeridas ⁽⁴¹⁾.

Considerando que o desperdício também pode ser motivado por inadequação do SAN. Para o fundamentar foi realizada a análise aos pratos oferecidos num ciclo completo de ementas. Foram recolhidas as refeições correspondentes a um ciclo completo de ementas para avaliação, visto que as ementas podem constituir um motivo de insatisfação. Para avaliar a variedade das ementas realizou-se uma análise, de parâmetros pertinentes para o estudo, de todo o ciclo de ementas com base no método desenvolvido por Veiros e Proença ⁽³¹⁾, denominado Avaliação Qualitativa das Preparações do Cardápio (AQPC). O método auxilia na percepção do equilíbrio em aspectos tais como tipos, cores e métodos de confecção dos alimentos, com objectivo de torná-los mais atractivos para os consumidores, sempre no sentido de um consumo mais adequado do ponto de vista da saúde ⁽³¹⁾.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o Microsoft Excel 2007.

4. Resultados

4.1 Amostra

4.1.1 Caracterização da amostra

A amostra é formada por 66 pacientes dos 75 com prescrição de dietas tipo Geral/Ligeira e Mole/Pastosa distribuídos por três serviços, com uma idade média de 67 anos (Tabela 1) e sendo maioritariamente do sexo masculino (62%) (Gráfico1).

	Medicina	Cirurgia	Ortopedia
Pacientes (n)	21/21	13	11
Média idades	67±12	69±11	64±14
Idade mínima e máxima	27-101	58-92	38-84
Masculino	15	5	10
Feminino	6	8	11

Tabela 1 - Descrição da amostra por serviços.

Distribuição por sexo

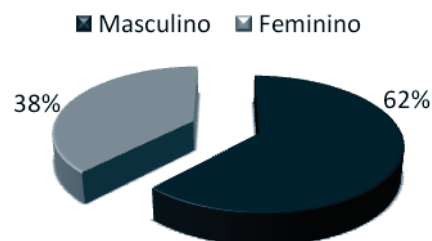


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por sexo

Os diagnósticos clínicos dos pacientes no serviço de Medicina englobam a insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, trombose, pneumonia, cirrose e pancreatite. No serviço de Cirurgia, encontram-se isquemia dos membros inferiores e problemas gastrointestinais. Em Ortopedia os pacientes tinham como diagnóstico fracturas.

4.1.2 Distribuição das dietas e da amostra.

Durante os dois períodos de três dias foram analisadas um total de 282 dietas. A primeira etapa correspondeu a 90 almoços (26+30+34). Na segunda etapa analisei 192 refeições, sendo 96 almoços (32+32+32) e 96 jantares (32+32+32).

Foram inquiridos 66 pacientes, 34 pacientes inquiridos na 1ª etapa ao almoço e 32 pacientes inquiridos uma vez ao almoço e outra ao jantar na 2ª etapa (Tabela 2).

Especialidade	Refeições pesadas (nº)		Inquiridos (nº)	
	1ªetapa (almoço)	2ªetapa (almoço e jantar)	1ªetapa	2ªetapa
Medicina	53 (16+16+21)	126 (21+21+21)*2	21	21
Cirurgia	37(10+14+13)		13	
Ortopedia		66 (11+11+11)*2		11
Sub-Total	90 (26+30+34)	192 (32+32+32)*2	34	32
Total		282		66

Tabela 2 - Distribuição das refeições pesadas e inquéritos efectuados nas duas etapas

4.2 Desperdício

Foram distribuídos no total de 88,72kg de alimentos e obteve-se um resto de alimentos de 44,23kg (50%), destes 17,94kg (20%) eram pratos intactos (Tabela 3 e 4).

4.2.1 O Serviço

Ao comparar os serviços, verifica-se que o maior percentual de resto de alimentos foi obtido na 1.^a etapa no serviço de Cirurgia 6,78kg (61%) com 3,08kg (28%) de pratos intactos. Na 2.^a etapa o maior percentual de resto de alimentos verifica-se no jantar do serviço de Ortopedia 6,01kg (58%) com 2,52kg (24%) de pratos intactos. O menor percentual de resto de alimentos obteve-se em ambas as etapas no serviço de Medicina (Tabela 3 e 4).

4.2.2 Tipo de dieta

No que diz respeito à dieta, o tipo mole e pastosa apresenta sempre maior percentual de resto de alimentos em comparação com o tipo geral e ligeira. O que resulta essencialmente dos valores altos dos pratos intactos. Em Cirurgia obteve-se 1,31kg (60%) de pratos intactos em 1,44kg (66%) de resto de alimentos na dieta tipo mole e pastosa e 1,77 kg (20%) de pratos intactos em 5,33kg (60%) de resto de alimentos (Tabela 3 e 4).

	Cirurgia			Medicina			Ortopedia			Total
	Todas	Geral/Ligeira	Mole/Pastosa	Todas	Geral/Ligeira	Mole/Pastosa	Todas	Geral/Ligeira	Mole/Pastosa	
1ª etapa- Almoço= 90 dietas										
Nº dietas	37	28	9	53	36	17				90
Peso (kg)	11,04	8,84	2,19	14,66	11,09	3,57				25,70
Resto total (kg)	6,78	5,33	1,44	7,14	5,17	1,97				13,92
Resto per capita (kg)	0,18	0,19	0,16	0,14	0,14	0,12				0,15
IR (%)	61%	60%	66%	49%	47%	55%				54%
2ª etapa- Almoço= 96 dietas										
Nº dietas				63	51	12	33	27	6	96
Peso (kg)				21,00	18,24	2,76	10,64	9,41	1,22	31,63
Resto total (kg)				9,16	7,46	1,70	5,94	4,95	0,99	15,10
Resto per capita (kg)				0,15	0,21	0,15	0,18	0,18	0,18	0,16
IR (%)				44%	41%	62%	56%	53%	81%	48%
2ª etapa- Jantar= 96 dietas										
Nº dietas				63	51	12	33	27	6	96
Peso (kg)				21,04	18,40	2,64	10,34	9,08	1,27	31,39
Resto total (kg)				9,21	7,34	1,87	6,01	4,86	1,15	15,22
Resto per capita (kg)				0,15	0,14	0,16	0,18	0,18	0,19	0,16
IR (%)				44%	40%	71%	58%	54%	91%	48%
1ª e 2ª etapa-Almoço e Jantar										
Nº dietas	37	28	9	179	138	41	66	54	12	282
Peso (kg)	11,04	8,84	2,19	56,70	47,74	8,96	20,98	18,49	2,49	88,72
Resto total (kg)	6,78	5,33	1,44	25,51	19,97	5,55	11,95	9,81	2,13	44,23
Resto per capita (kg)	0,18	0,19	0,16	0,14	0,14	0,14	0,18	0,18	0,18	0,16
IR (%)	61%	60%	66%	45%	42%	62%	57%	53%	86%	50%

Tabela 3 - Distribuição dos restos dos alimentos por serviço e etapa

Cirurgia				Medicina			Ortopedia			Total
Todas	Geral/Ligeira	Mole/Pastosa	Todas	Geral/Ligeira	Mole/Pastosa	Todas	Geral/Ligeira	Mole/Pastosa		
1ª etapa- Almoço= 90 dietas										
Nº dietas	37	28	9	53	36	17				90
Peso (kg)	11,04	8,84	2,19	14,66	11,09	3,57				25,70
Peso intactas (kg)	3,08	1,77	1,31	3,32	1,85	1,47				6,40
Intactas %	28%	20%	60%	23%	17%	41%				25%
2ª etapa- Almoço= 96 dietas										
Nº dietas				63	51	12	33	27	6	96
Peso (kg)				21,00	18,24	2,76	10,64	9,41	1,22	31,63
Peso de dietas intactas				2,48	1,79	0,69	2,91	2,09	0,82	5,39
Intactas %				12%	10%	25%	27%	22%	67%	17%
2ª etapa- Jantar= 96 dietas										
Nº dietas				63	51	12	33	27	6	96
Peso (kg)				21,04	18,40	2,64	10,34	9,08	1,27	31,39
Peso de dietas intactas				3,62	2,14	1,48	2,52	1,68	0,84	6,14
Intactas %				17%	12%	56%	24%	19%	67%	20%
1ª e 2ª etapa-Almoço e Jantar										
Nº dietas	37	28	9	179	138	41	66	54	12	282
Peso (kg)	11,04	8,84	2,19	56,70	47,74	8,96	20,98	18,49	2,49	88,72
Peso de dietas intactas	3,08	1,77	1,31	9,42	5,78	3,64	5,43	3,77	1,66	17,94
Intactas%	28%	20%	60%	17%	12%	41%	26%	20%	67%	20%

Tabela 4 - Distribuição de pratos intactos por serviço e etapa

4.2.3 Ementa

4.2.3.1 Na primeira etapa

No serviço de Cirurgia a refeição com maior número de resto de alimentos na ementa foi o peixe prata com arroz de tomate e brócolos (76%) nas dietas tipo Geral/Ligeira, e a farinha de pau de carne com cenoura (83%) nas dietas Mole/Pastosa (Gráfico 2 e 3).

No que concerne ao serviço de Medicina, as refeições da ementa mais rejeitadas foram o Paloco grelhado com arroz e couve-flor (51%) e a farinha de pau de peixe com tomate (89%) (Gráfico 2 e 3).

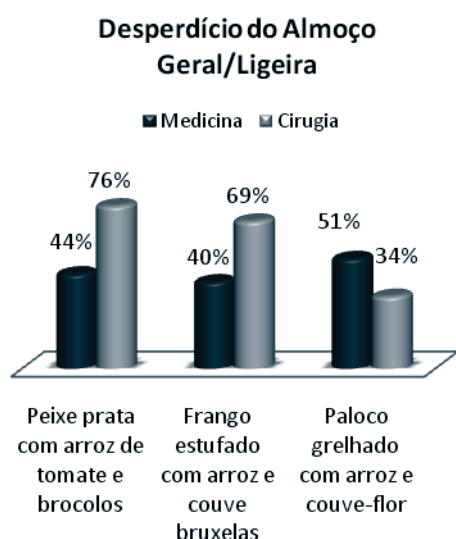


Gráfico 2 - Distribuição do resto de alimentos por serviço e ementa da dieta Geral/Ligeira na 1.^a etapa.

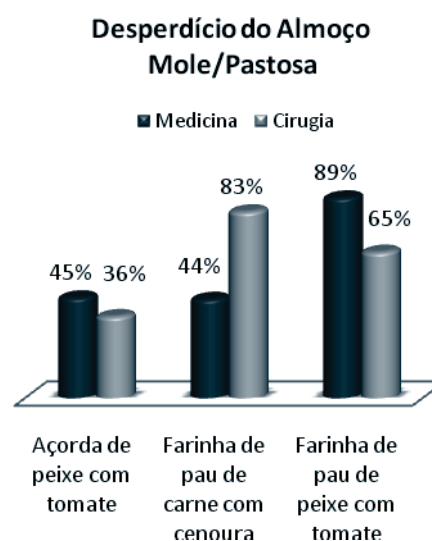


Gráfico 3 - Distribuição do resto de alimentos por serviço e ementa da dieta Mole/Pastosa na 1.^a etapa.

4.2.3.2 Na segunda etapa

Em relação à segunda etapa a refeição mais rejeitada nos tipos de dietas foi semelhante nos serviços de Medicina e Ortopedia, correspondendo esta ao

jantar de carapau com batata cozida e couve-de-bruxelas das dietas Geral/Ligeira e à farinha de pau de carne com cenoura das dietas Mole/Pastosa (Gráfico 4,5,6,7).

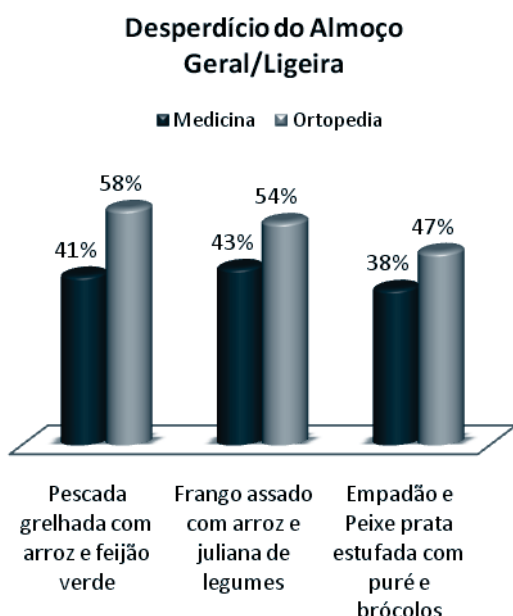


Gráfico 4 - Distribuição dos restos de alimentos por serviço e ementa da dieta Geral/Ligeira no 2.º Etapa/Almoço

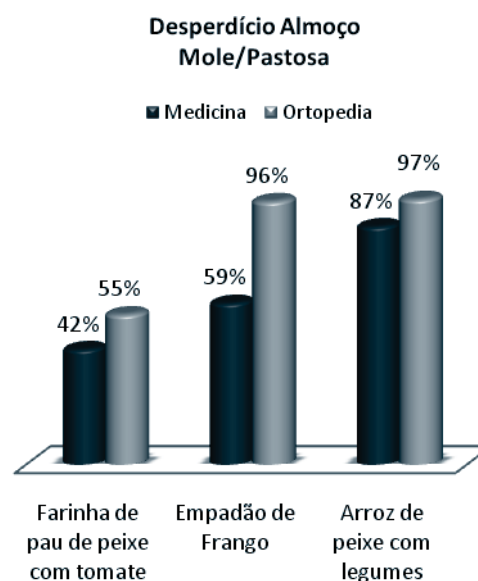


Gráfico 5 - Distribuição dos restos de alimentos por serviço e ementa da dieta Mole/Pastosa na 2.ª Etapa/Almoço

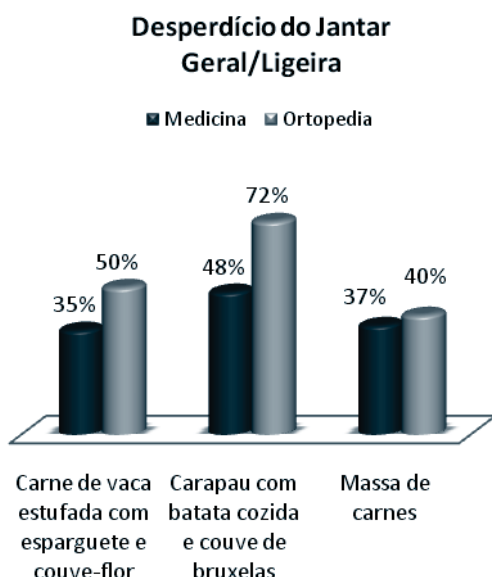


Gráfico 6 - Distribuição dos restos de alimentos por serviço e ementa da dieta Geral/Ligeira na 2ª Etapa/Jantar

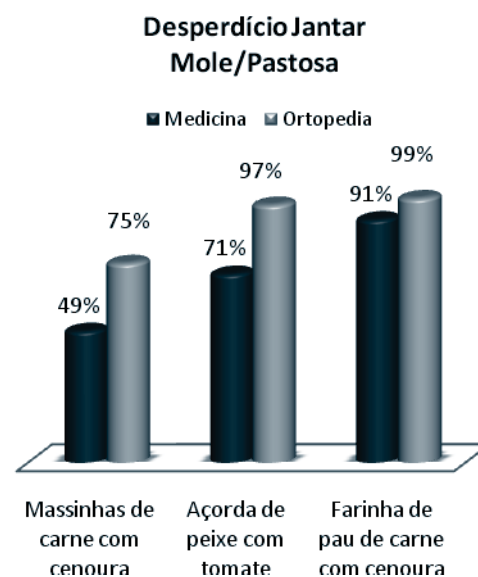


Gráfico 7 - Distribuição dos restos de alimentos por serviço e ementa da dieta Mole/Pastosa na 2.ª Etapa/ Jantar

4.2.4 Medição do desperdício utilizando o método por aferição

visual

Utilizar outro método para aferir a quantidade de resto de alimentos permitiu a comparação de métodos e perceber como se distribuía o desperdício.

Entre os métodos, as diferenças mais acentuadas manifestaram-se nas dietas moles e pastosas (Tabela 5).

		1ªetapa- Almoço		
		% Resto pesado	% Resto visual	Diferença
Medicina	Geral/Ligeira	51%	50%	1%
	Mole/Pastosa	89%	88%	1%
Cirurgia	Geral/Ligeira	34%	28%	6%
	Mole/Pastosa	65%	56%	9%
		2ªetapa-Almoço		
		% Resto pesado	% Resto visual	Diferença
Medicina	Geral/Ligeira	41%	44%	-3%
	Mole/Pastosa	42%	38%	4%
Ortopedia	Geral/Ligeira	54%	53%	1%
	Mole/Pastosa	96%	75%	21%
		2ªetapa-Jantar		
		% Resto pesado	% Resto visual	Diferença
Medicina	Geral/Ligeira	48%	49%	-1%
	Mole/Pastosa	71%	63%	8%
Ortopedia	Geral/Ligeira	40%	36%	4%
	Mole/Pastosa	99%	100%	-1%

Tabela 5 - Comparação dos valores de desperdício nos dois métodos

Através de uma análise visual, podemos discriminar o desperdício, o que não se conseguia com o valor obtido por pesagem. Assim, verificou-se que 31,63% da amostra deixou metade do prato e 23,47% situa-se nos extremos. (Gráfico 8) Se compararmos por tipo dieta verifica-se que a dieta tipo Mole/Pastosa é a que mais contribui para os pratos intactos 100 (Gráfico 9).

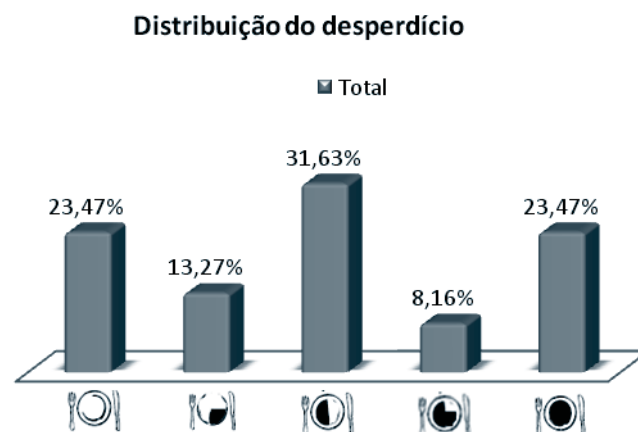


Gráfico 8- Distribuição do desperdício por prato

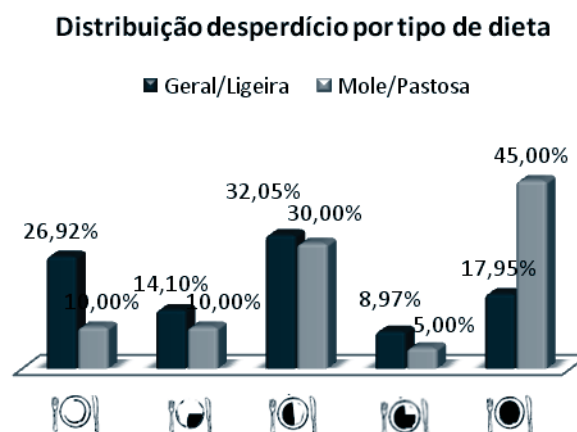


Gráfico 9-Distribuição do desperdício por prato e tipo de dieta

4.3 Motivos

Os motivos referidos pelos pacientes nas duas etapas ao almoço para a não ingestão foram na maioria as razões clínicas (n=25;51%). Dentro destas, 17 (68%) correspondem a falta de apetite, 5 (20%) a náuseas e 3 (12%) a dificuldade engolir (Tabela 6 e Gráfico 10).

Razão Clínica

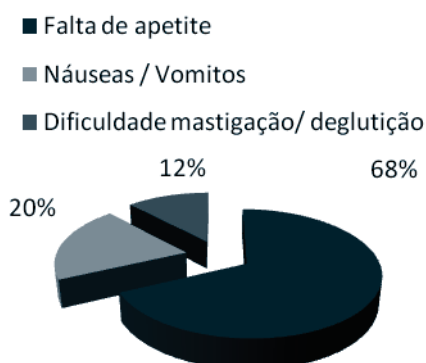


Gráfico 10 - Distribuição da razão clínica por tipo

Outros motivos relatados foram: necessidade de ajuda (n=8); não gostar da comida de hospital (n=7), justificado por falta de tempero, mais propriamente falta de sal, e a diferença com os seus hábitos alimentares (Tabela 6).

1ª etapa- Almoço							
	Rclínicas	Rassistencia	Rmeio	Rserviço	Ralimentos	Outra	SR
Medicina	6	6		2	3		4
Cirurgia	6	2		1			4
Total	12	8	0	3	3	0	8
2ª etapa-Almoço							
	Rclínicas	Rassistencia	Rmeio	Rserviço	Ralimentos	Outra	SR
Medicina	9			2	2	1	7
Ortopedia	4		3		2		2
Total	13	0	3	2	4	1	9
Total	25	8	3	5	7	1	17
%	51%	16%	6%	10%	14%	2%	

Tabela 6 - Distribuição das razões por etapa/ Almoço em cada serviço.

Legenda dos motivos:

Rclínicas -razões clínicas - derivadas do tratamento, medicamentos dificuldades de mastigação/deglutição, náuseas/vômitos e falta de apetite.

Rassistencia - razões assistenciais - necessitam de ajuda durante as refeições.

Rmeio - razões do meio – interrupções, pouco confortáveis e o ambiente desagradável.

Rserviço - razões do serviço - falta opções, opções inaceitáveis, tempo insuficiente, muita comida, não estava autorizado a comer e foi realizar um exame/cirurgia.

Ralimentos - razões dos alimentos – preparações/pratos pouco familiares, frios, baixa qualidade e textura desagradável, não gostam do sabor ou cheiro.

Outra - Alimentos de fora.

SR- Sem Razão, ingeriram toda a dieta

4.3.1 Coerência dos motivos entre o almoço e jantar

Os pacientes inquiridos ao almoço e ao jantar a maioria mencionou a mesma razão à excepção de dois que alteraram o motivo. Um referiu falta de apetite ao almoço e ao jantar mencionou que o aspecto não era do seu agrado. O outro doente indicou a falta de apetite ao almoço e ao jantar referiu o facto de necessitar de ajuda para ingerir a refeição.

4.4 Análise da variedade e cores da ementa oferecida

Além dos motivos mencionados pelos doentes, por vezes referiam a pouca variedade com excessiva repetição de arroz e peixe, o que sustenta a necessidade de analisar a ementa oferecida.

A ementa da dieta tipo Mole/Pastosa é semanal e fixa. A comida, repetindo-se semanalmente, pode desagradar o paciente, independentemente do sabor, pois ele já sabe quais as refeições e imagina o seu sabor ⁽³¹⁾. Nestas dietas verificou-se uma frequência equilibrada entre carne/pescado mas o tipo não é referenciado o que impossibilita a análise. O puré e o arroz foram as guarnições mais frequentes (Gráfico 11 e 12 anexo 4).

A ementa da dieta tipo Geral/Ligeira funciona num ciclo de oito semanas. Esta medida é de fundamental importância para se evitar a monotonia das refeições, que pode levar à não satisfação dos pacientes. Avaliando-se qualitativamente as oito semanas da ementa Geral/Ligeira, percebe-se uma preocupação em diversificar as refeições durante todo o ciclo e verificou-se que nunca se repete a mesma refeição durante a semana. A oferta é alternada entre

carne (50%) e pescado (50%) (Gráfico 13 anexo 4). Analisando o tipo de carne, verificou-se a disponibilidade de quatro tipos de carne com uma predominância da carne de vaca (33%), correspondendo as carnes brancas (frango e peru) a 30% (Gráfico 14 anexo 4). Para o pescado verificou-se que há mais variedade com doze tipos de peixe mas se analisarmos a frequência predomina a pescada (32%). (Gráfico 15 anexo 4). Em relação à técnica de confecção da carne/pescado, verificaram-se cinco técnicas, sendo a maioria o estufado/guisado, correspondendo o frito a 10% (Gráfico 16 anexo 4). No que diz respeito à guarnição, uma das queixas mencionadas pelos doentes era a repetição de arroz. Efectivamente, a oferta de arroz é predominante (44%) em detrimento da massa (25%). Durante o ciclo de oito semanas analisado, a oferta de arroz foi superior ou igual a cinco vezes em três semanas ao almoço e numa semana ao jantar (Gráfico 17 anexo 4). A guarnição de batata é metade batata cozida e metade puré. No que concerne aos hortícolas, constatou-se que acompanham sempre a refeição e a oferta é equilibrada mas pode-se aumentar a variedade dos actuais seis tipos de hortícolas (Gráfico 18 anexo 4). Em relação às técnicas de confecção as guarnições e os hortícolas descritos na ementa nunca foram fritos.

Em seguida, avaliei as cores pois segundo Veiros ⁽³¹⁾, os jogos de cores fazem parte dos atractivos utilizados para uma alimentação com prazer, além de ir ao encontro das recomendações nutricionais de compor o prato diversificado e colorido, inclusive para garantir a ingestão de diferentes tipos de vitaminas ⁽³¹⁾.

Avaliando a combinação de cores da ementa, nota-se que são predominantemente monocromáticos nas dietas tipo Mole e Pastosa. Nas dietas Geral e Ligeira não se verifica predominância de cores.

5. DISCUSSÃO

O objectivo do presente estudo foi a avaliação do desperdício das refeições oferecidas ao almoço e ao jantar a pacientes em ambiente hospitalar, bem como conhecer as razões que o originam.

Em Portugal, desconhecem-se estudos da avaliação do desperdício, o que exigiu uma pesquisa bibliográfica acerca do tema e adaptação à realidade portuguesa das ferramentas e métodos utilizados noutros países.

Para guiar este trabalho adoptaram-se algumas recomendações do - *Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals* - nomeadamente:; devem ser estudadas e documentadas boas práticas para assegurar a ingestão alimentar pelos pacientes; o plano de terapia nutricional deve conter a recolha de informação sobre a ingestão alimentar do paciente devem ser estabelecidos contactos regulares entre os diferentes serviços e o serviço de nutrição; deve ser encorajado um “feedback” imediato relativamente às preferências e aversões dos pacientes com o serviço de nutrição e alimentação; a medição dos restos alimentares deve ser realizada; a recolha dos tabuleiros deve ser supervisionada de perto de forma a possibilitar a monitorização da ingestão alimentar; devem ser realizados estudos de forma a desenvolverem e validarem métodos simples para quantificar a ingestão; é necessário examinar a influência que as práticas do serviço de alimentação exercem no volume de restos alimentares e devem ser tomadas acções para a redução dos restos ⁽²³⁾.

Algumas causas do desperdício hospitalar estão documentadas e são justificadas por múltiplos factores, tais como: o estado clínico do paciente; a coordenação motora comprometida; os preconceitos relativos às dietas hospitalares; a oferta exagerada de alimentos (inerente ou não a uma produção sobrestimada de alimentos); a falta de opções na ementa que levem em consideração diferenças culturais, necessidades especiais, preferências e aversões a determinados alimentos; a aparência, apresentação, temperatura, textura, sabor e odor pouco apelativos; o transporte e métodos de servir que não asseguram a preservação do valor nutricional e a palatibilidade; os erros na distribuição ou confecção da ementa; a falta de porções menores e elevada densidade energética para grupos especiais (idosos e crianças); a falta de sensibilidade na prescrição de dietas muito restritas; a falta interacção social e de comunicação com os enfermeiros, médicos, nutricionistas e os responsáveis pelo serviço de alimentação e nutrição; os insuficientes conhecimentos e preocupação com o tratamento nutricional por parte de enfermeiros e médicos; a subavaliação do estado nutricional e da capacidade de ingestão alimentar dos pacientes; as mudanças alimentares, troca de hábitos e horários; as interrupções no horário das refeições; a necessidade de ajuda; os poucos recursos humanos (enfermeiras e auxiliares); a falta de registo sistemático de acções nutricionais (estado nutricional, consumo energético e de nutrientes; o tempo de internamento; a terapêutica farmacológica que pode causar anorexia e o próprio ambiente hospitalar ⁽⁵⁻¹⁷⁾).

Os resultados obtidos neste estudo permitem identificar alguns problemas e orientar para alterações necessárias com vista à diminuição do desperdício e consequente melhoria do estado nutricional dos pacientes.

5.1 Desperdício

Nos dois períodos de três dias consecutivos, sensivelmente metade (44,23kg) dos alimentos distribuídos (88,72kg) retornam à unidade.

Na bibliografia brasileira os serviços de alimentação são classificados de acordo com a percentagem do índice de *resto-ingestão ou IR*. Considera-se que até 5% o serviço possui uma classificação óptima, de 5 a 10% é considerado bom, de 10 a 20% regular e acima de 20% indica que o serviço de alimentação hospitalar para pacientes está com um péssimo desempenho ^(5,35). Segundo as “Guidelines for food waste at ward level” é aceitável um desperdício de 16%, 10% correspondente a resto de alimentos e 6% de pratos intactos ⁽³⁴⁾.

Posto isto, convém realçar que a realidade existente é outra, uma vez que os estudos relatam taxas superiores ao preconizado pela literatura. Por exemplo, um estudo realizado pela Worshipful Company of Cooks Centre for Culinary Research da Universidade de Bournemouth encontrou valores de desperdício entre 17% e 67% em nove serviços hospitalares ⁽¹⁴⁾. Outro trabalho realizado nos serviços de Medicina, Cirurgia, Ortopedia e Geriatria no Hospital de Nottingham verificou 42% de desperdício ⁽⁹⁾. Sendo os valores entre 30-40% frequentemente citados em estudos ^(5,9,12).

Tendo em conta todos estes factores posso verificar que os resultados obtidos no estudo desenvolvido são preocupantes, 50% de desperdício total, mas estão concordantes com a realidade descrita por outros trabalhos.

Altos valores de desperdício estão associados, sem surpresas, a ingestões energéticas e proteicas inadequadas, que podem ajudar a perceber a continua perda de peso durante o internamento ⁽⁹⁾. Um desperdício de 42% dos alimentos

pode corresponder a ingestões que só satisfazem entre 65%-75% do recomendado para energia e proteínas ^(4,12,14).

Não podemos esquecer que das dietas analisadas foram distribuídos 88,72kg, sendo que 17,94kg (20%) foi o peso das refeições intactas que retornaram ao SAN, um valor alto face as recomendações e cinco pontos percentuais superiores ao encontrado no estudo de Borges e colaboradores ⁽⁵⁾.

Estes valores podem ser analisados como um desperdício de recursos com custos acentuados para o hospital, serviço de alimentação e para o paciente ^(9,28).

Podem, entre outras causas, ser resultado de falhas na comunicação entre todos os envolvidos no cuidado do doente.

5.1.1 Serviço

O serviço de Cirurgia, à semelhança dos resultados encontrados no estudo de Borges colaboradores ⁽⁵⁾, foi aquele em que se obteve o maior percentual de desperdício (61%), em que retornou à unidade 7kg dos alimentos distribuídos. Factores como ser o serviço entre os estudados com a maior média de idades e alguns pacientes terem no diagnóstico de internamento problemas gastrointestinais podem justificar o valor mais alto.

5.1.2 Tipo de Dieta

As dietas do tipo Mole/Pastosa apresentam sempre maior percentagem de resto de alimentos por comparação com as dietas tipo Geral/Ligeira, sendo as que mais contribuem para o número de pratos intactos.

A consistência característica da dieta pode estar na base da sua recusa, pois a textura, segundo um trabalho realizado por Hartwell HJ *et. al* ⁽⁴³⁾, é um dos principais condicionantes da satisfação dos pacientes.

Outro factor que devemos ter em consideração é o facto dos restos deste tipo de dietas ter a tendência a aumentar ao longo dos dias de internamento, o que pode ajudar a explicar os valores elevados ⁽¹³⁾. Além dos factores acima mencionados os valores altos podem ser justificados por estas dietas serem prescritas a doentes mais debilitados.

5.1.3 Ementa

No que concerne à ementa, os pratos de peixe da dieta Geral/Ligeira foram os menos aceites. Deste facto surge uma reflexão e constatação. Apesar dos conhecidos benefícios nutricionais do peixe, o facto de doentes debilitados terem que tirar pele e espinhas, as preparações à base de peixe não serem da sua preferência e de não fazerem parte dos seus hábitos alimentares, são desvantagens destas refeições. Sendo preciso um maior cuidado na escolha das receitas de peixe.

Nas refeições das dietas Geral/Ligeira que continham espinhas e ossos o valor encontrado pode estar subestimado por não ter sido subtraído ao total distribuído o peso dos ossos e espinhas.

Em relação às dietas Mole e Pastosa a maior rejeição é das refeições à base de Farinha de Pau.

Estudos de desperdício são importantes para fazer alterações de ementas, criando uma ementa hospitalar de acordo com as necessidades e expectativas do paciente ⁽¹²⁾.

O nutricionista deve considerar os hábitos alimentares, como parte da herança social e cultural, e as condições físicas que podem influenciar a aceitação do alimento ⁽⁷⁾. A ingestão das dietas hospitalares poderá aumentar se a ementa for planeada conhecendo as preferências dos pacientes.

De que vale o tempo dispendido no cálculo de uma ementa, em que se chega ao equilíbrio quantitativo de todos os nutrientes, atendendo às Ciências da Nutrição, se esse cardápio for rejeitado pelo paciente hospitalizado para recuperação da sua saúde ou pelo consumidor de seu Serviço de Alimentação ⁽⁴⁴⁾?

5.1.4 Comparação dos métodos de quantificação de desperdício

Comparando métodos, as diferenças mais acentuadas manifestaram-se nas dietas moles e pastosas. Neste tipo de dietas os doentes podem alterar a disposição do prato, sem ingerirem o que dificulta a análise visual. Logo a aferição visual destas dietas exige maior atenção ⁽⁴⁵⁾.

Na análise da distribuição verifica-se que as dietas tipo Mole/Pastosa são as que mais contribuem para os pratos intactos (100%), o que reforça a necessidade de proceder a alterações neste tipo de dietas.

5.2 Motivos

O motivo maioritário para a ocorrência dos restos de alimentos é a falta de apetite, seguindo-se a necessidade de assistência e a divergência da ementa hospitalar com os hábitos alimentares dos pacientes.

A falta de apetite é mencionada por 50% dos pacientes num trabalho realizado por Stanga *et al* ⁽⁴⁶⁾ como o factor que mais influenciava a aceitação

alimentar. As causas da falta de apetite podem derivar de vários factores, como a idade avançada, os efeitos secundários de medicamentos, a má dentição, a diminuição do sabor e cheiro, o ambiente hospitalar, a depressão, a própria doença e o stress de estarem num hospital ^(7,9,24,47,48,49).

Os doentes que consideravam que alimentação não era importante para a sua recuperação foram os que consumiram as menores quantidades de alimentos e os que apresentam baixo ou nenhum apetite ⁽¹⁷⁾. Os primeiros resultados do projecto “NutritionDay in European Hospitals”, mostraram que o apetite reduzido está associado a um aumento de mortalidade. Pacientes com uma ingestão adequada apresentam uma taxa de mortalidade de 1,3%, aqueles que ingerem metade do recomendado tem taxa de mortalidade de 2,4% e os que ingerem menos de 25% vêem a mortalidade crescer a 5% ⁽²⁴⁾.

A inclusão das observações do enfermeiro e outros profissionais acerca do apetite e do padrão de ingestão poderia diminuir o desperdício em decorrência da aproximação da dieta às necessidades e a preferência dos pacientes ^(5,50).

Tal como já foi referido, a segunda razão mais apontada pelos pacientes foi a necessidade de assistência durante a refeição, aumentar a assistência e encorajar os doentes no horário da refeição é essencial. Já em 1859 Florence Nightingale ⁽⁵¹⁾ referia que anualmente milhares de pacientes passam fome em plena abundância porque não é dedicada atenção às dificuldades destes para se alimentarem, os enfermeiros devem ter consciência da ingestão alimentar do paciente.

Westergren *et al* ⁽⁵²⁾ afirmam que as dificuldades dos pacientes se alimentarem estão fortemente associadas à desnutrição entre pacientes idosos, tendo como consequência um baixo consumo alimentar. Estarem numa posição

correcta pode ajudar os pacientes a manipular, a comer e engolir os alimentos mais facilmente ^(4,52).

Em relação a terceira razão mais apontada, divergência da ementa hospitalar com os hábitos alimentares e preferências dos pacientes, a sua referência vem reforçar que a ementa hospitalar deve estar adaptada aos hábitos do local onde se insere o hospital e devem ser utilizadas estratégias de incentivo à ingestão ^(53,54,55).

Face aos dados obtidos Christine Hunt sugeriu que um bom ponto de partida seria promover a *Age Concern's seven recommended steps to ending malnutrition in hospitals*, ⁽²⁵⁾ se adaptado aos hospitais portugueses. Estas recomendações consistem em aplicar sete acções que pretendem acabar com a malnutrição nos hospitais. As sete acções a implementar são:

Acção 1: Ouvir o paciente, familiares e profissionais de saúde.

Acção 2: Todos os serviços devem estar atentos às necessidades nutricionais dos pacientes.

Acção 3: Todos os profissionais de saúde devem trabalhar em equipa na promoção do bom estado nutricional dos pacientes.

Acção 4: Deve ser feito o rastreio nutricional aos pacientes na admissão e durante o internamento.

Acção 5: Introduzir o conceito protecção das refeições.

Acção 6: Implementar um sistema para sinalização de pacientes que necessitam de ajuda.

Acção 7: Promover o voluntariado sempre que possível ⁽²⁵⁾.

5.3 Variedade e Cores da ementa oferecida

A variedade e as cores devem ser sempre levadas em consideração no planeamento das ementas e assume um papel de extrema importância para satisfazer os pacientes que têm a sua escolha limitada. Uma alimentação variada pode ser colorida, com texturas e sabores diferentes. Os orientais têm regras bem marcantes quanto a isso; os alimentos devem ser cortados todos de maneira harmoniosa, com cores contrastantes e sabores que satisfaçam as nossas sensações primárias de degustação ⁽⁵³⁾.

A realização deste estudo esteve limitada por vários factores. Quando foi realizada a pesquisa verificou-se que a bibliografia relativa ao tema é escassa e não foram encontrados valores da realidade portuguesa.

Os horários do serviço de alimentação e nutrição impossibilitaram-me de fazer recolha de dados em dois serviços na mesma refeição e o tempo estipulado para executar as tarefas de modo a não interferir com as rotinas do serviço limitou a separação dos restos por categorias e a quantificação e separação diferentes restos não comestíveis.

Os valores encontrados não são representativos do desperdício total de alimentos no Serviço de Alimentação e Nutrição. Visto que o desperdício total não se restringir só aos restos de alimentos não consumidos pelos pacientes ^(32,56,57).

O estudo em três serviços num único hospital, não se pode generalizar a realidade desse hospital e muito menos para a realidade portuguesa, mas deixa a dúvida e a vontade de investigar.

6. Sugestões para futuros trabalhos

Após a realização deste trabalho surgiram várias ideias para futuros trabalhos a desenvolver dentro da área de controlo de desperdícios alimentares. Trabalhos com o objectivo de quantificar o desperdício total produzido por um serviço de alimentação e nutrição. Medir a ingestão alimentar dos pacientes através do resto-ingestão e correlacionar com a desnutrição hospitalar.

Alargar os estudos a vários hospitais, escolas e outras instituições.

Seria interessante efectuar a análise da influência da autonomia dos doentes, do nº de visitas, da terapêutica instituída, da depressão e ansiedade na ingestão alimentar e consequente percentual de desperdício e perceber as principais razões que estão na base da falta de apetite nos pacientes hospitalizados.

7. Conclusão

A dieta hospitalar assume hoje um papel importante no tratamento e recuperação do paciente, o que torna preocupante o elevado desperdício encontrado neste estudo e algumas barreiras detectadas. Com um trabalho simples, utilizando poucos recursos e facilmente reproduzível detectou-se um grave problema.

Controlar o desperdício deve ser encarado como uma prioridade, e para tal várias atitudes deverão ser gradualmente tomadas. Começando por quantificar e monitorizar a ingestão, adaptar as ementas tendo em consideração hábitos e preferências dos pacientes e no sentido de tornar as dietas atractivas, ministrar formação na área da terapêutica nutricional e promover a comunicação entre os profissionais de saúde, o paciente e o serviço de alimentação, podem ser os primeiros passos para a melhorar as dietas hospitalares e assim diminuir o desperdício. Estudos sobre o desperdício das dietas hospitalares são úteis para a administração hospitalar, para o serviço de alimentação e para o paciente.

Os nutricionistas quando operam em equipa ligando a restauração e a clínica, em ambiente hospitalar, podem ser o motor na mudança da cultura alimentar nos hospitais, fornecendo uma melhor alimentação, contribuindo para o equilíbrio do estado nutricional e a optimização na gestão de recursos.

8. Referências bibliográficas

1. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição [*homepage*]. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: CGPAN; 2003 [citado em 2007Jul 28]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao>.
2. Kondrup J. Proper hospital nutrition as a human right. Clin Nutr. 2004; 23(2): 135-37.
3. Mezomo IB. Os serviços de alimentação: planejamento e administração. São Paulo: Manole; 2002.
4. Schenker S. Undernutrition in UK. Nutrition Bulletin. 2003; 28(1): 87–120.
5. Borges CBN, Rabito EI, Silva K, Ferraz CA, Chiarello PG, Santos JS, et al. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. Rev de Nutr. 2006; 19(3): 349-56.
6. Garcia RWD. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. Rev Nutr. 2006; 19(2): 129-44.
7. Barbosa MFP, Souza TT, Carneiro JM, Sousa AA. Do cuidado nutricional ao cuidado alimentar: percepção de pacientes sobre a refeição hospitalar. Nutrição em Pauta. 2006; 14(79): 48-54.
8. Villar MH, Martinez S, Costa RP, Assis MAA, Grillo EF, Tenuta B, et al. Nutrição e gastronomia valorizando a preparação dos alimentos. Nutrição em Pauta. 2000; 7(42): 14-18.
9. Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. Clin Nutr. 2000; 19(6): 445-49.
10. Engstrom R, Carlsson-Kanyama A. Food losses in food service institutions Examples from Sweden. Food Policy. 2004; 29(3): 203-13.

11. Kondrup J. Can food intake in hospitals be improved? *Clin Nutr.* 2001; 20(1): 153-60.
12. Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle WUG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalized patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr.* 2003; 22(2): 115-23.
13. Kandiah J, Stinnett L, Lutton D. Visual plate waste in hospitalized patients: length of stay and diet order. *J Am Diet Assoc.* 2006; 106(10): 1663-66.
14. Allison S. Institutional feeding of elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2002; 5(1): 31-34.
15. Hamilton K, Spalding D, Steele C, Waldron S. An audit of nutritional care delivered to elderly inpatients in community hospital. *J Hum Nutr Diet.* 2002; 15(1): 49–58.
16. Campanella LCA, Farias MB, Breitkopf T, Bueno de Almeida C, Mendes L. Relação entre padrão alimentar e estado nutricional de idosos hospitalizados. *Rev Bras Nutr Clin.* 2007; 22(2): 100-06.
17. Cunha AC, Fagundes RLM. Avaliação do cardápio e sua implicação no estado nutricional em idosos, *Nutrição em Pauta.* 2004; 12(69): 38-43.
18. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr.* 2002; 21(6): 461-68.
19. Edington J, Boorman J, Durrant ER, Perkins A, Giffin CV, James R, et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The malnutrition prevalence group. *Clin Nutr.* 2000; 19(3): 191-95.

20. Kruizenga HM, Wierdsma NJ, van Bokhorst MA, de van der S, Haollander HJ, Jonkers-Schuitema CF, et al. Screening of nutritional status in the Netherlands. Clin Nutr. 2003; 22(2): 147-52.
21. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr. 2003; 22(3): 235-39.
22. Leandro-Merhi VA, Mônaco DV, Lazarini ALG, Yamashiro A, Maciel AC. Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um hospital privado. Rev Bras Nutr Clin. 2006; 21(3): 181-87.
23. Committee of Ministers. Resolution ResAP(2003)3 on Food and Nutritional Care in Hospitals. Strasbourg: Council of Europe; 2003.
24. nutritionDay in European Hospitals. Official press release for nutritionDay 2007 [monografia na Internet]. Vienna: nutritionDay; 2007 [atualizado em 2007 Set 18; citado em 2007 Jul 17]. Disponível em:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/Press_NutritionDay2007_en_02.pdf
25. Age Concern. Hungry to be heard: the scandal of malnourished older people in hospital [monografia na Internet]. London: Age Concern England; 2006 [citado em 2007 Jun 10]. Disponível em:
http://www.ageconcern.org.uk/AgeConcern/Documents/Hungry_to_be_Heard_August_2006.pdf
26. Jorge AL. História e evolução da gastronomia hospitalar. Nutrição em Pauta. 2005; 13(70): 14-18.
27. Silva SMCS, Bervardos SM. Cardápio: Guia prático para a elaboração. São Paulo: Atheneu; 2004

28. Gianni V, Araújo W. Gastronomia e dietas hospitalares. *Nutrição em Pauta*. 2002; 10(56): 49-52.
29. Assis MAA. A importância da gastronomia na elaboração de dietas saudáveis. *Nutrição em Pauta*. 2002; 10(55): 58-62.
30. Department of Health. Better hospital food the National Health Service recipe book [monografia na Internet]. United Kingdom: Stationary Office; 2001 [citado em 2007 Jun 12] Disponível em: http://195.92.246.148/nhsestates/better_hospital_food/bhf_downloads/recipe_book.pdf
31. Proença RPC, Souza AA, Veiros MB, Hering B. Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições. Florianópolis: Editora da UFSC; 2005.
32. Abreu ES, Spinelli MGN, Zanardi AMP Livro Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer. São Paulo: Editora Metha; 2003.
33. Justo MCP. Controle de resto-ingesta em unidade de alimentação e nutrição hospitalar [Tese de Licenciatura]. São Paulo: UNIRP- Centro Universitário de São José do Rio Preto; 2003.
34. National Health Service Estates Hospitality. Managing food waste in NHS [monografia na Internet]. Leeds: efm-standards; 2005 [citado em 2007 Mar 15]. Disponível em: http://195.92.246.148/nhsestates/better_hospital_food/bhf_downloads/managing_food_waste_in_NHS.pdf
35. Teixeira S, Milet Z, Carvalho J, Biscounti TM. Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição. São Paulo: Atheneu; 2004.
36. Maistro LC. Estudo do índice de resto ingestão em serviços de alimentação. *Nutrição em Pauta*. 2000; 8(45): 40-43.

37. Martins MTS. Parâmetros de controle e/ou monitoramento da qualidade do serviço empregado em uma unidade de alimentação e nutrição. *Rev Hig. Alim.* 2006; 20(112): 52-57.
38. Hartwell HJ, Edwards JSA. A comparative analysis of 'plated' and 'bulk trolley' hospital food service systems. *Food Serv Technology* 2003; 3(4):133–42.
39. Rigaud D, Duthei M, Bouroullec M. Facteurs individuels dans l'appréciation de la qualité de la restauration hospitalaire: evaluation prospective aupres de 8.140 patientes. *Cah Nutr. Diet.* 1998; 33: 251-58.
40. Hartwell HJ, Edwards JSA, Symonds C. Foodservice in hospital: development of a theoretical model for patient experience and satisfactio using one hospital in the UK National Health Service as a case study. *J. Foodserv.* 2006; 17: 226-38.
41. Watters CA, Sorensen J, Fiala A, Wismer W. Exploring patient satisfaction with foodservice through focus groups and meal rounds. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103(10): 1347-49.
42. Foddy W. Como perguntar teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários. Oeiras: Celta; 1996.
43. Hartwell JH, Edwards JSA, Beavis J. Plate versus bulk trolley food service in a hospital: comparison of patients' satisfaction. *Nutrition.* 2007; 23(3): 211-18.
44. Villar MH. Nutrição, técnica dietética e gastronomia. *Nutrição em Pauta.* 1998; 6(28): 14-17.
45. Connors P, Rozell S. Using a visual plate waste study to monitor menu performance. *J Am Diet Assoc.* 2004;104 (1): 94-96.
46. Stanga Z, Zurfluh Y, Roselli M, Sterchi AB, Tanner B, Knecht G. Hospital food: a survey of patients perceptions. *Clin Nutr.* 2003; 23(3): 241-46.

47. Johnson MA, Fischer JG. Eating and appetite: common problems and practical remedies. *Generations*. 2004; 28(3): 11-17.
48. Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *Int Psychogeriatr*. 2003; 15(1): 73-87.
49. Hays NP, Roberts SB. The anorexia of aging in humans. *Physiol Behav*. 2006; 88(3): 257 – 66.
50. Xia C, McCutcheon H. Mealtimes in hospital--who does what? *J Clin Nurs*. 2006;15(10): 1221-27.
51. Nightingale F, *Notes on Nursing- What It is and What It is not* Century Company: London; 1859.
52. Westergren A, Karlsson S, Anderson P, Ohlsson O, Hallberg IR. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *J Clin Nurs*. 2001; 10(2): 257-69.
53. Herness MS, Gilbertson TA. Cellular mechanism of taste transduction. *Annu Rev Physiol*. 1999; 61: 873-900.
54. Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. A recipe for improving food intakes in elderly hospitalized patients. *Clin Nutr*. 2000; 19(6): 451–54.
55. Gall MJ, Grimble GK, Reeve NJ, Thomas S J. Effect of providing fortified meals and between-meal snacks on energy and protein intake of hospital patients. *Clin Nutr*. 1998; 17(6): 259-64.
56. Bradacz DC. *Modelo de Gestão da Qualidade para o Controle de Desperdício de Alimentos em Unidades de alimentação e Nutrição [Tese de Mestrado]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

57. Ribeiro CSG. Análise de Perdas em Unidades de alimentação e nutrição (UAN'S) Industriais: Estudo de caso em Restaurantes Industriais [Tese de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

9. Índice de anexos

ANEXO 1 – DADOS DA AMOSTRA	A1
ANEXO 2 – FERRAMENTA DE AUXÍLIO PARA ANÁLISE DO DESPERDÍCIO	A2
ANEXO 3 – INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO	A3
ANEXO 4 - RESULTADOS DA ANÁLISE DA VARIEDADE E CORES DAS EMENTA	A5

Anexo 1 – Dados da amostra

[illegible]

Anexo 2 – Ferramenta de auxílio para análise do desperdício

DIA __/__/2007

Serviço _____

PRD (peso refeição distribuída) Geral e Ligeira: _____ kg

PRR (peso refeição rejeitada) Geral e Ligeira: _____ kg

PRD (peso refeição distribuída) Mole e Pastosa: _____ kg

PRR (peso refeição rejeitada) Mole e Pastosa: _____ kg

Nº	Dieta instituída	% Desperdício	Motivos (código)	Comentário/Sugestão

Legenda dos motivos:

1-razões clínicas -tratamento, medicamentos dificuldades de mastigação/deglutição, náuseas/vômitos e falta de apetite.

2-razões assistenciais - necessitam de ajuda durante as refeições

3-razões do meio – interrupções, pouco confortáveis e o ambiente desagradável.

4-razões do serviço - falta opções, tempo insuficiente para ingestão, excesso de comida, não estava autorizado a comer e foi realizar um exame/cirurgia.

5-razões dos alimentos – preparações/pratos pouco familiares, frios, baixa qualidade e textura desagradável, não gostam da refeição (incluindo o sabor ou cheiro).

6- Alimentos fornecidos externamente.

SR- Sem Razão, ingeriram toda a dieta.

Anexo 3 – Inquérito de satisfação

Nº _____

Dieta _____

A sua opinião é importante.

Sinta-se à vontade e demore o tempo que achar necessário para preencher este inquérito

Nome (opcional) _____

Sexo: F ☐ M ☐

Data de nascimento: _____

Há quantos dias está no hospital? _____

1. Antes de iniciar as suas refeições neste hospital, as suas expectativas sobre a alimentação nos hospitais eram boas?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não aplicável
2. As refeições disponíveis na ementa são do seu gosto?	☐ Sim	☐ Não	
3. Pode escolher a refeição?	☐ Sim	☐ Não	
4. A ementa está adaptada à sua religião?	☐ Sim	☐ Não	
5. Considera importante a opção vegetariana na ementa?	☐ Sim	☐ Não	
6. A ementa é variada?	☐ Sim	☐ Não	
7. Concorda com o horário das refeições?	☐ Sim	☐ Não	
8. O ambiente durante a refeição é agradável e sem interrupções?	☐ Sim	☐ Não	
9. A sua posição durante a refeição é confortável?	☐ Sim	☐ Não	
10. Ter companhia à hora das refeições é importante?	☐ Sim	☐ Não	
11. O pessoal que serve a refeição é simpático e atencioso?	☐ Sim	☐ Não	
12. Se necessitar de ajuda durante a refeição esta é prestada?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não aplicável
13. Os tabuleiros, pratos e talheres são práticos?	☐ Sim	☐ Não	
14. Se não estiver presente no horário da refeição é servida outra?	☐ Sim	☐ Não	
15. Tem apetite normal?	☐ Sim	☐ Não	
16. Tem dificuldade em mastigar ou deglutir?	☐ Sim	☐ Não	Sim, Porquê?
17. Os alimentos são de qualidade?	☐ Sim	☐ Não	
18. A quantidade de alimentos é suficiente no:			
a) Pequeno – Almoço	☐ Sim	☐ Não	☐ Pouca ☐ Muita
b) Almoço	☐ Sim	☐ Não	☐ Pouca ☐ Muita
c) Merenda da Tarde	☐ Sim	☐ Não	☐ Pouca ☐ Muita
d) Jantar	☐ Sim	☐ Não	☐ Pouca ☐ Muita
e) Ceia	☐ Sim	☐ Não	☐ Pouca ☐ Muita

2- Classifique a refeição do hospital:

		Muito Satisfeito 😊😊	Satisfeito 😊	Insatisfeito 😞	Muito Insatisfeito 😞😞
Aparência (cor, textura, apresentação dos alimentos)	Sopa	☐	☐	☐	☐
	Prato	☐	☐	☐	☐
	Fruta	☐	☐	☐	☐
	Doce	☐	☐	☐	☐
Temperatura dos alimentos	Sopa	☐	☐	☐	☐
	Prato	☐	☐	☐	☐
Sabor/Cheiro	Sopa	☐	☐	☐	☐
	Prato	☐	☐	☐	☐
	Fruta	☐	☐	☐	☐
	Doce	☐	☐	☐	☐

1. Tem comido alimentos que não lhe foram fornecidos pelo hospital? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais e porquê? _____

2. Tem facilidade em exprimir a sua opinião sobre o serviço de alimentação (preferências, aversões, insatisfações)?

☐ Sim ☐ Não Com quem? ☐ Nutricionista ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar ☐ Médico
☐ Outro _____

3. Quais os 3 itens que considera mais importantes na refeição:

Sabor ☐	Cheiro ☐	Tempero ☐	Textura ☐
Consistência ☐	Variedade ☐	Apresentação do prato ☐	Temperatura ☐
Quantidade ☐	Tipo de confecção ☐	Companhia ☐	Ambiente ☐

4. Como ficou o prato no final da refeição?



Nada



1/4 Prato



1/2 Prato



3/4 Prato



Todo

Não sabe

5. Como se sentiu
após a refeição?

☐ Muito Satisfeito
😊😊

☐ Satisfeito
😊

☐ Insatisfeito
😞

☐ Muito Insatisfeito
😞😞

6. De uma forma geral como classifica o nosso serviço? ☐ Excelente ☐ Bom ☐ Razoável ☐ Fraco ☐ Mau

Comentários e Sugestões:

Obrigado

Anexo 4 - Resultados da análise da variedade e cores das ementas

1- Dieta Mole/Pastosa

Carne/Pescado

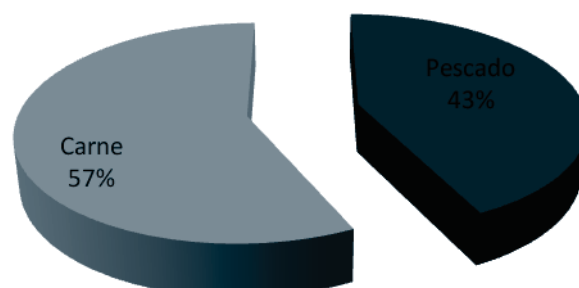


Gráfico 11-Frequência de Carne/Pescado

Tipo guarnição

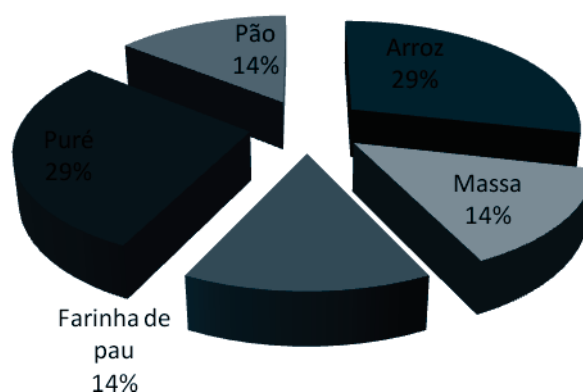


Gráfico 12- Frequência do tipo de guarnição

O tipo de carne/pescado e hortícolas não é especificado.

A técnica de confecção é sempre a estufado/guisado

2-Dieta Geral/Ligeira

Carne /Pescado



Gráfico 13- Frequência Carne/Pescado

Tipo de Carne

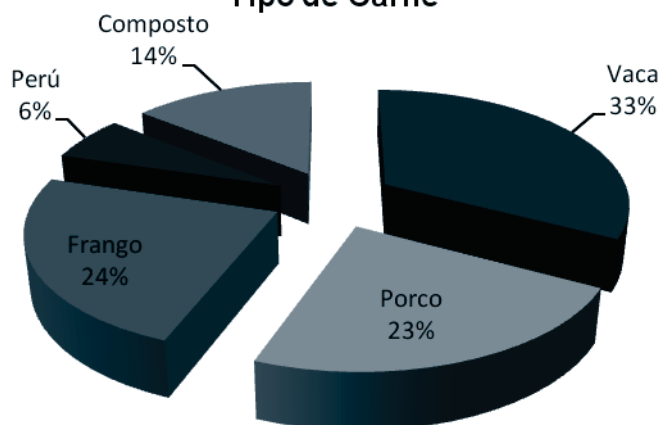


Gráfico 14- Frequência do tipo de carne

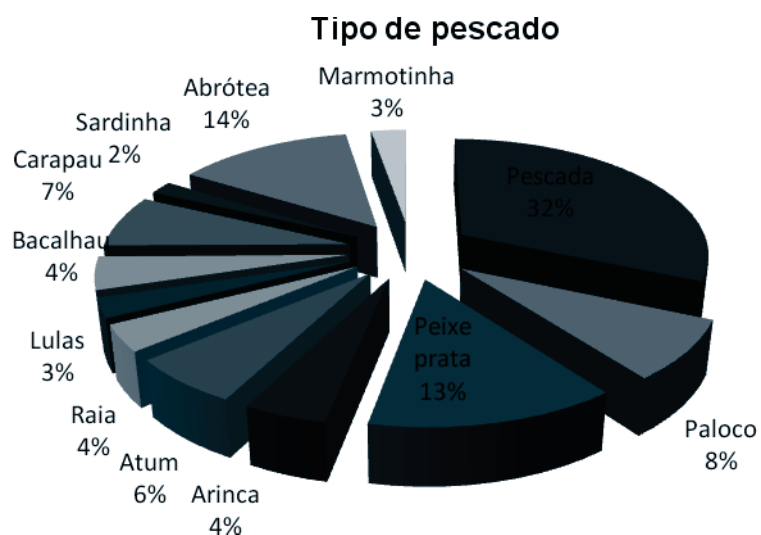


Gráfico 15-Frequência do tipo de pescado

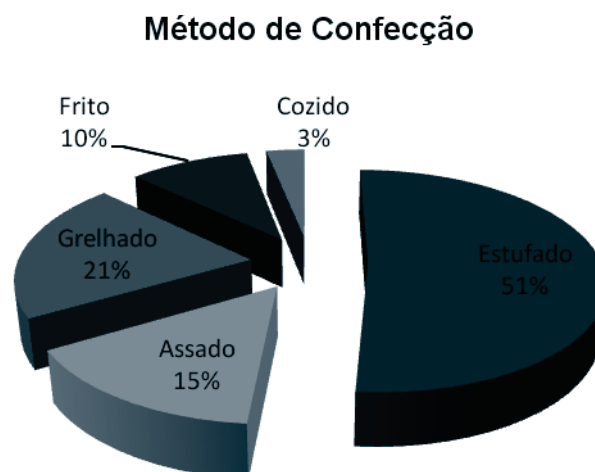


Gráfico 16-Frequência do método de confecção da carne/pescado

Tipo de guarnição

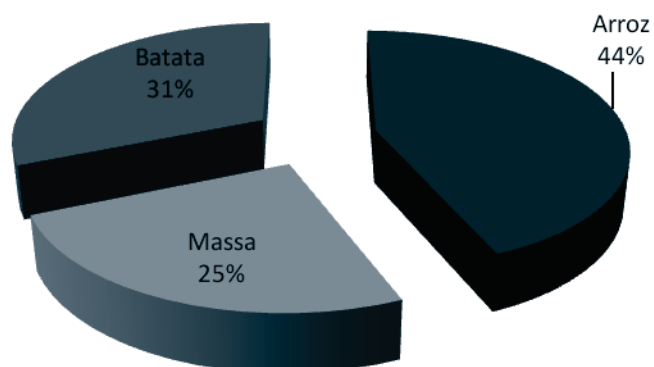


Gráfico 17-Frequência do tipo de guarnição

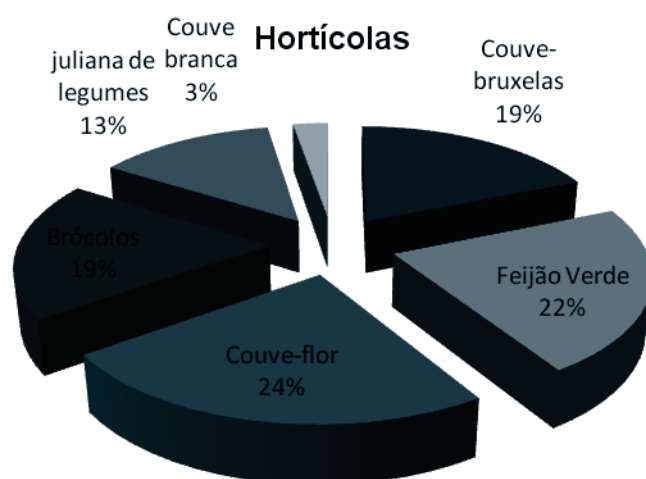


Gráfico 18-Frequência de hortícolas