



5º Simposio de Ensino de Graduação

AVERSÕES ALIMENTARES DE INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS

Autor(es)

KARLA APARECIDA MARTUCHI

Co-Autor(es)

RITA DE CASSIA CARVALHO BASSO
RUBENS CARLOS SANTOS
ROSA CAROLINE FRANÇA DE SOUZA
SILVIA HELENA DA SILVA

Orientador(es)

Luciene de Souza Venancio

1. Introdução

O nutricionista é hoje membro de extrema importância na equipe multiprofissional, atuando ativamente nas diversas ações da saúde. A boa alimentação sempre foi considerada, mesmo que empiricamente, em tempos muitos antigos, fator determinante para a boa saúde. Hoje em dia isso é fato e a atuação do nutricionista torna-se fundamental nas unidades hospitalares (SILVA, 1997). Nas unidades hospitalares, o nutricionista, não se preocupa apenas em recuperar ou manter estado nutricional adequado enquanto o paciente está internado, mas também em promover educação nutricional para que haja manutenção do bom estado nutricional após a alta hospitalar (SILVA, 1997). Uma alimentação equilibrada é um recurso importante e, muitas vezes vital para o restabelecimento de enfermos, e a dietoterapia tem papel na recuperação e conservação da saúde (BORGES, 2006). Apesar da disponibilidade de alimentos para oferta ao paciente, uma boa parte deles pode ingerir uma quantidade insuficiente para o suprimento de suas necessidades. A ingestão insuficiente é sempre atribuída, primeiramente aos aspectos clínicos, mas há outras causas não ligadas diretamente à doença e/ou tratamento, por exemplo, as inadequações do serviço de alimentação e nutrição. Algumas situações, como oferta insuficiente de alimentos, rejeição de alimentos por falta de sabor, inexistência de opções de escolha no cardápio, falta de opções menores e energeticamente mais densas para grupos especiais (idosos e crianças) e a pouca conscientização da equipe para a prescrição de dietas muito restritivas, apenas em casos estritamente necessários, são algumas das causas geralmente levantadas para a ingestão insuficiente (GARCIA, 2006). A padronização de porções alimentares dietéticas demanda pesquisa e avaliação individual do paciente, a fim de garantir as quantidades adequadas e se espera que isso resulte em melhor qualidade do serviço, além de melhor, atenção nutricional.

(BORGES, 2006). O desperdício de alimentos pode ser influenciado por uma série de fatores, como: planejamento inadequado de refeições, preferências alimentares, treinamento dos funcionários para produção e porcionamento dos alimentos (BORGES, 2006). Com isso justifica-se a importância da realização deste estudo em um hospital de convênios com o objetivo de analisar as aversões alimentares para reduzir o desperdício de alimentos e personalizar o atendimento nutricional e conseqüentemente garantir um consumo alimentar adequado.

2. Objetivos

Analisar as aversões alimentares de indivíduos hospitalizados.

3. Desenvolvimento

Todos os pacientes que participaram do presente estudo foram informados em detalhes sobre os procedimentos a que seriam submetidos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. No período de março a abril de 2007, foram recrutados 110 pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, com idade superior à 19 anos de um hospital de convênios de uma cidade do noroeste paulista. Foi realizado um estudo transversal, em que se observou as aversões alimentares de indivíduos hospitalizados em um hospital de convênios. Os critérios de inclusão para o estudo foram: a assinatura do termo de consentimento pelo paciente ou acompanhante, pacientes adultos e idosos com idade superior à 19 anos e pacientes hospitalizados nas diversas especialidades médicas. Os critérios de não inclusão foram: pacientes com idade inferior à 19 anos, pacientes que não assinaram o termo de consentimento e pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI). Os pacientes foram submetidos a um questionário com questões que abordavam dados sócio-demográficos (nome completo, registro hospitalar, data da hospitalização, número do leito, sexo, idade, raça/cor, grau de instrução, estado civil e ocupação profissional) de hábitos gerais (hábito tabágico, consumo de bebida álcool, prática de atividade física, hábito intestinal), dados clínicos (diagnóstico clínico e diagnóstico secundário) e aversões alimentares de acordo com os 7 grupos alimentares da pirâmide adaptada a População Brasileira (PHILIPPI et al 1999) (cereais, vegetais, frutas, leites e derivados, carnes, leguminosas, adicionais energéticos e alimentos não calóricos) baseado nos alimentos oferecidos pelo serviço de nutrição. Para obter informações qualitativas do consumo alimentar foi utilizado um questionário para avaliar as aversões alimentares dos pacientes. Os alimentos foram distribuídos em 8 grupos alimentares: cereais (pão francês, biscoito de água e sal, biscoito de leite, biscoito maria, biscoito de maisena, arroz, polenta, macarrão, farofa, bolo de fubá, bolo de coco, bolo de laranja, bolo de banana, bolo de iogurte, batata, creme de milho, canjica e mandioca), vegetais (abobrinha, chuchu, cenoura, vagem, quiabo, cheiro verde, abóbora cabotian, pepino, tomate, pimentão, cebola, alho, berinjela, couve flor, alface, rúcula, repolho, almeirão, couve e chicória), frutas (mamão, pêra, maçã, melão, banana e laranja), leites e derivados (leite e queijo mussarela), carnes (presunto, carne de frango, carne de peixe, carne vermelha, lingüiça, quibe e ovo), leguminosas (feijão), adicional energético (margarina, geleia, mouse de maracujá, gelatinas, pudim de leite, pudim de pão, manjar, pavê, doce de abóbora, doce de banana, arroz doce, sagu e óleo de soja), e alimentos não calóricos (café, chá, orégano, canela e cravo). Foi utilizada a estatística descritiva para análise dos dados (medidas em dispersão e distribuição de frequência).

4. Resultados

A maioria dos pacientes avaliados era do sexo feminino (75%), com média de idade de $46,23 \pm 19$ anos, da raça/cor branca (73%), alfabetizada (94%), com média de anos de estudo em torno de $8,57 \pm 4$ anos, casados (58%) e ativos profissionalmente (79%). Quanto aos hábitos gerais, a maioria relatou não possuir o hábito de fumar (67%), não consumir bebida alcoólica (78%), não praticar exercícios físicos (71%) e, relataram apresentar hábito intestinal normal (71%). A condição clínica mais freqüente entre os pacientes foi a cirurgia (45%), seguida das doenças gastroenterológicas (13%) e cardíacas (13%). A doença associada mais freqüente foi o diabetes melito tipo 2 (47%). Os grupos alimentares com mais freqüência de relato de aversão foram os cereais (78%), vegetais (70%) e as carnes (53%). Os outros grupos alimentares

apresentaram menos freqüência de aversões como as frutas (43%), leite e derivadas (22%) e leguminosas (9%). Os alimentos com maior freqüência de aversão foram: no grupo dos cereais o bolo de iogurte; no grupo dos vegetais a chicória; no grupo das frutas a maçã; no grupo do leite e derivados o leite; no grupo das carnes o presunto; no grupo dos adicionais energéticos o sagu (35%) e no grupo dos alimentos não calóricos o chá (28%) (Tabelas 1 e 2). Observou-se no presente estudo que ocorreu maior freqüência de aversão nos grupos alimentares onde a variedade e a disponibilidade de alimentos era maior. A prescrição dietética é um processo dinâmico, alterado-se de acordo com a evolução do quadro clínico- nutricional do paciente (SOUSA,2004). É muito importante que antes de prescrever a dieta para o paciente deve-se averiguar as aversões alimentares dos mesmos para não ocorrer rejeição da dieta. A apresentação da dieta deve ser fundamental como cor, textura, consistência e temperatura, de forma a estimular o paciente a se alimentar (SILVA, 1997). A terapia nutricional objetiva prover o paciente com os nutrientes necessários, da forma mais adequada possível á doença, ás condições físicas, ao estado nutricional, aos hábitos alimentares (SOUSA, 2004). O nutricionista, não se preocupa apenas em recuperar ou manter estado nutricional adequado enquanto o paciente está internado, mas também em promover educação nutricional para que haja manutenção do bom estado nutricional após a alta hospitalar (SILVA, 1997).

5. Considerações Finais

O presente estudo verificou que o bolo de iogurte, a chicória, a maçã, o leite ,o presunto, o sagu e o chá, foram os alimentos relatados com maior freqüência de aversão.

Referências Bibliográficas

- BORGES, N. B. C., RABITO, I.E. SILVA, K. FERRAZ, A. C. CHIARELLO, G. P., SANTOS, S. J., MARCHINI, S. J., Desperdícios de alimentos intra – hospitalar. **Revista Nutrição**, Campinas, v.19, n. 3, p. 349-356, maio/jun. 2006.
- GARCIA, D, W, R., A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção em planejamento. **Revista Nutrição**, Campinas, v.19, n. 2, p. 89-96, mar/abr. 2006.
- SILVA, C.C., COSTA, P. R. MAGNONI, D. C., Características das dietas hospitalares. **Revista Sociedade Cardiológica do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.7, n. 4, p.458-464, jul/ago. 1997.
- SOUSA, A. A., Tecnologia de gestão nutricional recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalar. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p.425-436, out./dez.2004.

Anexos

Aversões alimentares	n	%
Grupo dos cereais		
Ausência de aversões	24	22
Presença de aversões		
Bolo de iogurte	31	28
Bolacha de água e sal	16	15
Outros	39	35
Grupo dos vegetais		
Ausência de aversões	33	30
Presença de aversões		
Chicória	35	32
Quiabo	25	23
Outros	17	15
Grupo das frutas		
Ausência de aversão	63	57
Presença de aversão		
Maçã	22	20
Melão	21	19
Outros	4	4
Grupo do leite e derivado		
Ausência de aversão	86	78
Presença de aversão		
Leite	14	13
Queijo mussarela	10	9
Outros	-	-

Aversões alimentares	n	%
Grupo das carnes		
Ausência de aversão	52	47
Presença de aversão		
Presunto	24	22
Lingüiça	23	21
Outros	11	10
Grupo das leguminosas		
Ausência de aversão	100	91
Presença de aversão		
feijão	10	9
Outros	-	-
Adicionais		
Ausência de aversão	33	30
Presença de aversão		
Sagú	39	35
Doce de banana	27	25
Outros	11	10
Alimentos não calóricos		
Ausência de aversão	45	41
Presença de aversão		
Chá	31	28
Orégano	28	25
Outros	6	6