



**BRUNA LEISING**

**USO DE TÉCNICAS GASTRONÔMICAS EM DIETAS TERAPÊUTICAS  
PARA MELHOR ACEITAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO VIA ORAL DE  
PACIENTES INTERNADOS**

**Sinop/MT  
2022**

**BRUNA LEISING**

**USO DE TÉCNICAS GASTRONÔMICAS EM DIETAS TERAPÊUTICAS  
PARA MELHOR ACEITAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO VIA ORAL DE  
PACIENTES INTERNADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Nutrição, do Centro Universitário - UNIFASIPE, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof. Josilene Paganotto Breitenbach

**Sinop - MT  
2022**

**BRUNA LEISING**

**USO DE TÉCNICAS GASTRONÔMICAS EM DIETAS TERAPÊUTICAS  
PARA MELHOR ACEITAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO VIA ORAL DE  
PACIENTES INTERNADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Nutrição – UNIFASIPE, Centro Universitário de Sinop como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: \_\_\_\_\_.

---

Josilene Paganotto Breitenbach  
Professor (a) orientador (a)  
Departamento de Nutrição-UNIFASIPE

---

Larissa Naiana Rauber  
Prof. Ms.  
Professor (a) avaliador (a)  
Departamento de Nutrição-UNIFASIPE

---

Beatriz M.de Mendonça Porto  
Professor (a) avaliador (a)  
Departamento de Nutrição-UNIFASIPE

---

Larissa Naiana Rauber  
Prof. Ms.  
Coordenador (a) do Curso de Bacharelado em Nutrição-UNIFASIPE

**Sinop - MT  
20222**

LEISING, Bruna. Uso de Técnicas Gastronômicas em Dietas Terapêuticas para Melhor Aceitação da Alimentação Via Oral de Pacientes Internados. 2022. 48 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Educacional Fasipe – UNIFASIPE

## RESUMO

A alimentação adequada é uma das prioridades no cuidado e atenção de um paciente hospitalizado. A unificação dos princípios dietéticos com as técnicas gastronômicas, visa trazer qualidade nutritiva para alimentação hospitalar, além de proporcionar uma alimentação saborosa e atrativa. O objetivo deste trabalho é descrever a eficácia das técnicas gastronômicas aplicadas em diferentes tipos de dietas terapêuticas com o intuito de aumentar a aceitação das refeições por pacientes internados. Para realização desta pesquisa foi feita uma revisão bibliográfica onde buscou-se estudos disponíveis nas bases de dados da SciELO; PUBMED e Science direct, a partir de publicações nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre os anos de 2010 a 2022. Identificou-se que o uso de técnicas gastronômicas, aliadas com as dietas terapêuticas, promoveram dimensões sensoriais dos pacientes internados, possibilitando aumento do bem-estar, diminuindo as internações, reduzindo o índice resto ingestão, a taxa de readmissão hospitalar, além de aumentar a aceitabilidade das dietas terapêuticas impactando na diminuição das taxas de desnutrição. Assim, evidenciou-se, que as técnicas gastronômicas foram essenciais para o sucesso da aceitabilidade das dietas terapêuticas fornecidas para pacientes internados.

**Palavras-chave:** Aceitação de dietas terapêuticas; Desnutrição hospitalar; Gastronomia hospitalar.

## ABSTRACT

Adequate nutrition is one of the priorities in the care and attention of a hospitalized patient. The unification of dietary principles with gastronomic techniques aims to bring nutritional quality to hospital food, in addition to providing tasty and attractive food. The objective of this work is to describe the effectiveness of gastronomic techniques applied in different types of therapeutic diets to increase the acceptance of meals by hospitalized patients. To carry out this research, a bibliographic review was carried out in which studies available in the SciELO databases were searched; PUBMED and Science direct, from publications in Portuguese, Spanish and English, published between the years 2010 to 2022. It was identified that the use of gastronomic techniques, combined with therapeutic diets, promoted sensory dimensions of hospitalized patients, enabling increased well-being, reducing hospitalizations, reducing the rest intake index, the hospital readmission rate, in addition to increasing the acceptability of therapeutic diets, impacting the reduction of malnutrition rates. Thus, it was evident that the gastronomic techniques were essential for the success of the acceptability of the therapeutic diets provided to hospitalized patients.

**Keywords:** Acceptance of therapeutic diets; Hospital malnutrition; Hospital cuisine.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide da alimentação hospitalar .....	21
Figura 2- Exemplo de dieta normal .....	23
Figura 3- Exemplo de Dieta branda.....	23
Figura 4- Exemplo de dieta pastosa.....	24
Figura 5- Exemplo de dieta líquida completa.....	24
Figura 6- Exemplo de dieta líquida restrita .....	25
Figura 7- Exemplo de dieta laxante .....	26
Figura 8- Exemplo de dietas constipantes .....	26
Figura 9- Apresentação das refeições antes e depois das técnicas gastronômicas .....	33
Figura 10- Apresentação das refeições antes e depois das técnicas gastronômicas .....	35
Figura 11- Apresentação das refeições depois das técnicas gastronômicas .....	36
Figura 12- Apresentação das refeições servidas antes e depois da aplicação das técnicas gastronômicas .....	37

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Características das dietas terapêuticas.....	22
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ESPEN	Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo
AND	Academia de Nutrição e Dietética
IMC	Índice de Massa Corporal
MUST	Ferramenta Universal de Triagem de Desnutrição
MMA-SF	Mini Avaliação Nutricional-Formulário Resumido
NRS-2002	Triagem de Risco Nutricional 2002
SNC	Sistema Nervoso Central
TN	Terapia Nutricional

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Justificativa.....	11
1.2 Problematização.....	12
1.3 Objetivos.....	12
1.3.1 Objetivo geral .....	12
1.3.2 Objetivos específicos .....	13
1.4 Metodologia.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	14
2.1 Desnutrição em ambiente hospitalar.....	14
2.2 Triagem nutricional .....	17
2.3 Dietas terapêuticas .....	19
2.4 Tipos de dietas terapêuticas .....	20
2.4.1 Dieta livre, normal ou geral.....	22
2.4.2 Dieta branda.....	23
2.4.3 Dieta pastosa.....	23
2.4.4 Dieta líquida completa.....	24
2.4.5 Dieta líquida restrita .....	25
2.4.6 Dieta laxativa.....	25
2.4.7 Dieta constipante .....	26
2.4.8 Dieta hipossódica.....	26
2.4.9 Dieta hipercalórica e hiperprotéica.....	27
2.4.10 Dieta hipoproteica.....	27
2.4.11 Dieta hipoprotéica, hipocalêmica e hipossódica.....	27
2.4.12 Dieta para diabetes.....	28
2.4.13 Dieta hipocalórica.....	28
2.5 Aceitabilidade das dietas terapêuticas .....	28
2.6 Técnicas gastronômicas aplicadas em dietas terapêuticas.....	32
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	39
REFERÊNCIAS .....	40

## 1 INTRODUÇÃO

A relação entre necessidades nutricionais, oferta alimentar e ingestão de alimentos podem variar durante uma hospitalização. Além disso, a alimentação é um fator decisivo para a recuperação da saúde do paciente, sendo considerada não somente uma necessidade biológica, mas também um elemento de conforto e qualidade (AMARAL et al., 2022).

Análises realizadas por estudos de revisão sobre dados coletados do *NutritionDay* correspondente ao ano de (2006 – 2013), com objetivo de identificar os motivos para redução da ingestão alimentar em pacientes hospitalizados em hospitais de 56 países participantes, identificaram que, 41% a 61,5% dos pacientes internados, conseguem ingerir suas refeições inteiras e mais de 50% conseguem ingerir metade ou menos da metade (KONTOGIANNI et al., 2020; SCHINDLER et al., 2016).

A alimentação apropriada é uma das prioridades no cuidado e atenção de um paciente internado. Pacientes internados em dietas terapêuticas, principalmente aquelas com a textura modificada e com baixo teor de sódio, apresentam maior rejeição pela ingestão de dietas oferecidas no ambiente hospitalar (AMARAL et al., 2022). A baixa ingestão de alimentos aumenta as taxas de infecções e internações, como, também, apresenta maiores taxas de readmissão hospitalar, além de causar desnutrição, tornando-se um fator de risco para óbitos intra-hospitalares (THIBAUT et al., 2015).

As causas da alimentação inadequada nos hospitais são multifacetadas e, muitas vezes, vêm acompanhadas por uma perda de apetite e deficiência funcional. A organização hospitalar da oferta de alimentos, pode afetar negativamente a ingestão alimentar e o estado nutricional dos pacientes (SCHINDLER et al., 2016).

Os fatores que mais afetam essa premissa incluem; a insatisfação com as refeições por apresentarem pouca ou nenhuma atração visual, além de pouco sabor, temperatura inadequada, indisponibilidade de equipe para assistência alimentar e treinamento insuficiente dos profissionais de saúde (SANTOS et al., 2017; KELLER et al., 2015).

No tocante a importância da dieta terapêutica e os aspectos simbólicos e sensoriais que ela representa para os pacientes, alimentando não somente as necessidades básicas, como, recuperando a saúde e o bem-estar físico e mental. Os hospitais públicos e privados buscam aprimorar seu atendimento e suas preparações culinárias, por meio da aplicabilidade de uma integração dos princípios dietéticos com às técnicas gastronômicas, com o intuito de desmitificar a crença negativa sobre a alimentação hospitalar e melhorar a sua aceitabilidade (CABRAL; OLIVEIRA; SHINOHARA, 2015; SILVIA; MAURÍCIO, 2013).

Com a unificação dos princípios dietéticos com as tendências da gastronomia, a busca pela qualidade da alimentação aliada com a prescrição dietética, é um dos principais conceitos utilizados para se obter uma alimentação nutritiva, saborosa e atrativa (CABRAL; OLIVEIRA; SHINOHARA, 2015). A proposta principal das técnicas gastronômicas é ofertar uma dieta equilibrada voltada para à apresentação e, ao mesmo tempo, que possa contribuir para as necessidades nutricionais individuais de cada paciente, com o objetivo de fornecer um atendimento humanizado (LOPES et al., 2021).

### **1.1 Justificativa**

A alimentação exerce um papel fundamental para o fornecimento de energia e funcionamento do organismo, além de possuir macronutrientes e micronutrientes essenciais, contribuindo para o processo de recuperação e restauração da saúde (CHEN; MICHALAK; AGELLON, 2018). No ambiente hospitalar, as dietas são prescritas para doenças específicas, apresentando função terapêutica. A consistência e/ou sua composição, pode sofrer variações de acordo com a sua finalidade (FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013).

Os alimentos são classificados de acordo com à sua consistência, sendo considerados sem alteração de consistência e com alteração de consistência. As dietas com alteração da consistência, são conhecidas como dietas branda, pastosa e/ou líquida (HINOJOSAL; PACCHA; PINOARGOTE, 2021). As dietas hospitalares também podem apresentar restrições e/ou quantidades adicionais de micronutrientes como, potássio, sódio, ferro, vitamina K ou fibras. Além disso, são classificados conforme a quantidade de carboidratos, proteínas e lipídios (ARIAS et al., 2012).

Habitualmente, a dieta ofertada em ambiente hospitalar é fornecida e elaborada seguindo protocolos institucionais. No entanto, a questão com a preocupação técnica e biológica, demanda pouca atenção em relação às suas questões sociais e emblemáticas. Nesta perspectiva, é importante compreender os aspectos associados às concepções sensoriais de pacientes internados, que afeta diretamente na aceitabilidade das dietas terapêuticas.

Neste sentido, às técnicas gastronômicas conseguem inovar nas preparações e na elaboração de uma refeição mais atrativa, sem descaracterizar o valor nutricional, influenciando na aceitação dos alimentos oferecidos durante a internação hospitalar. Para tanto, o presente estudo justifica-se pela importância dessa temática, que envolve vários fatores, principalmente os relacionados com a aceitação de alimentos no âmbito hospitalar. Da mesma forma, se faz necessário verificar o papel das técnicas gastronômicas na rotina hospitalar e se, quando aplicadas, influenciam de forma positiva na aceitabilidade das dietas terapêuticas.

## **1.2 Problematização**

A alimentação inapropriada e a desnutrição são fatores importantes que afetam as políticas públicas de saúde e a performance social e econômica. A alimentação adequada deve ser prioridade no atendimento e cuidado de pacientes internados. A relevância clínica tem sido destacada pela associação entre alimentação inadequada e a desnutrição em hospitais, aumentando as taxas de mortalidade e o tempo de internação (AMARAL et al., 2022; RIBAS; PINTO; RODRIGUES, 2013).

Nos últimos anos, diversos estudos mostraram uma oscilação de 20% a 65% nos quadros de desnutrição no âmbito hospitalar, consequência para os índices aumentados de mortalidade e complicações pelo maior tempo de internação. Percebe-se ainda que um terço dos pacientes com estado nutricional preservado poderá desenvolver desnutrição durante o período de internação (BELLANTI et al., 2022; CASADO; BARBOSA, 2015; FERREIRA, 2018; RIBAS; PINTO; RODRIGUES, 2013).

Embora a alimentação adequada seja relevante para a recuperação do paciente, a prevalência de redução da ingestão de refeições varia entre 50% e 60% e a ingestão inadequada de alimentos raramente é acompanhada de intervenções de cuidado nutricional. Além disso, os hospitais produzem enormes quantidades de desperdício de alimentos, o que é uma questão ética e econômica (JEEJEEBHOY et al., 2015; SCHINDLER et al., 2016).

Neste contexto, questiona-se: Quais são os benefícios que as técnicas gastronômicas aliadas com as dietas terapêuticas irão proporcionar aos pacientes internados?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo geral**

Descrever o efeito das técnicas gastronômicas aplicadas em diferentes tipos de dietas terapêuticas em pacientes internados.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- Relatar a prevalência de desnutrição em ambiente hospitalar;
- Descrever sobre as dietas terapêuticas;
- Elucidar sobre a importância das técnicas gastronômicas na aceitação de dietas terapêuticas.

## 1.4 Metodologia

Para realização desta pesquisa foi efetuada uma revisão bibliográfica onde buscou-se estudos disponíveis nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *National Center for Biotechnology Information* (PUBMED) e *Science direct*, utilizando os materiais disponíveis para o levantamento bibliográfico. As buscas por estudos que apresentassem sobre a temática abordada foram iniciadas em agosto de 2022 e finalizadas em outubro de 2022. Para a estratégia da busca foram utilizadas nos campos de busca de “palavras-chave”, “título” e “assunto”, os seguintes descritores em inglês e português: “Diet acceptance”; “Hospital Malnutrition”; “Hospital Gastronomy”; “Therapeutic diets”, “Aceitação da dieta”; “Desnutrição Hospitalar”; “Gastronomia Hospitalar” e “Dietas Terapêuticas”, utilizando no cruzamento das buscas o operador booleano “AND/E”.

Os critérios de inclusão foram previamente definidos a partir de artigos publicados nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre os anos de 2010 a 2022 nas bases de dados citadas. Para exclusão dos estudos, foram considerados os estudos que não estavam completos e nem disponíveis de forma gratuita, ou, que os resultados não fossem apropriados com a temática proposta. Ademais, os artigos selecionados foram lidos na íntegra pela autora da pesquisa e, em seguida, foram incluídos para a elaboração desta revisão.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Desnutrição em ambiente hospitalar

Hipócrates, uma das figuras mais notáveis da história da medicina do século IV ao V a.C., considerava as intervenções nutricionais para curar doenças, como mencionada em sua declaração “*Que o alimento seja o seu remédio e o remédio seja o seu alimento*” (REBER et al., 2019).

Conforme abordado em linhas pretéritas, Chen, Michalak e Agellon (2018) reforçam que os alimentos são considerados uma complexa combinação de vários componentes, classificados como macronutrientes e micronutrientes. Nutricionalmente, os macronutrientes são responsáveis pela construção das estruturas celulares e demandam energia para todo organismo em conjunto com os micronutrientes, que são necessários para o funcionamento adequado de proteínas e enzimas, são comumente utilizados como fontes de nutrição para evitar a desnutrição.

O processo de desnutrição é desencadeado pela perda de apetite e, pode se desenvolver durante as internações hospitalares como consequência de uma doença subjacente, tratamento ou preexistir como condição primária, surgindo como uma resposta fisiológica à doença aguda e predispondo os pacientes internados a sérios déficits calóricos e proteicos. Em combinação com a imobilização e uma resposta de estresse inflamatório e endócrino, esses déficits nutricionais contribuem para a perda muscular e deterioração progressiva do estado metabólico e funcional do paciente (REBER et al., 2019; FELDER et al., 2016).

Com vários efeitos adversos, a desnutrição é um dos fatores de risco que afeta uma proporção considerável de pacientes hospitalizados (GOMES et al., 2018). No ambiente hospitalar, a desnutrição pode se desenvolver em decorrência da ingestão insuficiente de nutrientes, perda de nutrientes, absorção inadequada e aumento das demandas metabólicas em consequência de doenças ou trauma, aumentando os riscos de infecções, de hospitalização e,

consequentemente, aumento da morbimortalidade (FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013).

A prevalência de desnutrição hospitalar varia de acordo com o estado do paciente, avaliação e métodos de triagem. No entanto, acredita-se que, 20% a 50% dos pacientes hospitalizados estejam desnutridos durante o processo de admissão e, os que não estão desnutridos, tornam-se desnutridos durante o período da hospitalização (JESUS FERNANDO et al., 2020).

Em um estudo prospectivo realizado por Mahakalkar et al (2014) foram relatados que a prevalência de desnutrição constatada pelos índices da massa corporal ( $IMC < 18,5 \text{kg/m}^2$ ) em pacientes internados em um hospital na Índia, aumentou 36% na admissão e 51% na alta hospitalar. Consistente com o mesmo achado, um estudo realizado por Young et al. (2016) que relatou uma perda de peso em 48 pacientes internados, apresentando 47,2kg na admissão e 45,2kg na alta hospitalar. No entanto, a análise da ingestão de nutrientes não mostrou diferença significativa na ingestão de calorias ou proteínas entre aqueles que perderam  $< 5\%$  do peso corporal e aqueles que perderam  $\geq 5\%$  durante a hospitalização.

De acordo com um estudo transversal realizado por Correia et al (2021), que determinava a prevalência de risco de desnutrição para toda a população latino-americana, comprovou-se através de relatórios de alerta de casos de desnutrição em Hospitais de toda a América Latina, que mais de 50% dos pacientes internados estavam desnutridos e, que pelo menos 10% estavam gravemente desnutridos. Os motivos para comer menos incluíram: não ter fome (19%), náusea/vômitos (5%), não ter permissão para comer (5%), não comer sem ajuda (1%), ter feito exame/cirurgia (5%) e faltar refeição também (5%).

Ainda nessa mesma linha de considerações, um estudo transversal realizado em um hospital terciário de Porto Alegre, constatou que, 33% dos pacientes foram classificados como desnutridos e 67% como bem nutridos. Os principais sintomas relatados pelos pacientes desnutridos foram: falta de apetite em 21% dos pacientes, xerostomia em 20%, sensação precoce de saciedade em 14%, náusea relacionada ao odor em 17%, constipação em 18% e disgeusia em 17% (FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013).

Diante da complexidade que envolve a desnutrição em ambiente hospitalar, estimativas sugerem que se trata de um problema associado adversamente a uma série de resultados clínicos, funcionais e econômicos. Alguns pacientes incluindo pacientes cirúrgicos, geriátricos e com câncer, são mais suscetíveis à desnutrição hospitalar (CORREIA; PERMAN; WAITZBERG, 2017).

Em pacientes cirúrgicos, que incluem idosos, os que estão gravemente doentes ou submetidos a cirurgia gastrointestinal, principalmente pacientes com câncer gastrointestinal, possuem um risco particularmente aumentado de desnutrição, podendo ocorrer devido ao hipercatabolismo, obstrução intestinal, períodos de jejum, síndrome da má absorção e atonia gástrica (JESUS FERNANDO et al., 2020; SHPATA et al., 2014).

De acordo com os dados do estudo de Shpata et al (2014) a prevalência de desnutrição pré-operatória foi de 65,3% para todos os pacientes cirúrgicos e de 84,91% para pacientes cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Tal fato pode ser explicado devido ao estresse que a cirurgia proporciona ao paciente, acentuando a demanda metabólica, além de provocar a perda e a baixa ingestão de nutrientes. A depleção nutricional que ocorre no pré e no pós-operatório, é uma das causas do aumento da taxa metabólica do paciente. Além disso, a desnutrição e os péssimos resultados clínicos contribuem para o aumento dos custos de saúde, implicando em um ônus econômico aos sistemas de saúde.

Uma revisão sistemática realizada por Correia, Perman e Waitzberg (2017) demonstrou que os dados de maiores evidências epidemiológicas sobre desnutrição hospitalar, vêm da Europa, os vários estudos relataram que 20% a 30% dos pacientes hospitalizados apresentam desnutrição, sendo observada uma taxa de prevalência de 32% a 58% em pacientes idosos, seguido de 31% a 39% em pacientes oncológicos.

A prevalência de desnutrição em pacientes oncológicos, também foi relatado em um estudo realizado por Lim et al (2012), onde 71% dos pacientes eram oncológicos e foram classificados como bem nutridos, 25% foram classificados como moderadamente desnutridos e 4% como gravemente desnutridos. De acordo com Silva et al (2015) a etiologia da desnutrição em pacientes com câncer é complexa e multifatorial, estando relacionado com a localização e o tipo de tumor, além da situação socioeconômica, estágio da doença, desempenho funcional, efeitos colaterais dos tratamentos e os sintomas causados pelo impacto nutricional do paciente.

Os dados referentes ao estado nutricional apenas reafirmam o descaso em reconhecer a desnutrição como um problema de saúde pública, uma vez que, as taxas de prevalência não diminuíram, apesar de estarem documentadas nas últimas décadas (SILVA et al., 2015). Entretanto, é extremamente importante investir na triagem nutricional adequada, a fim de estabelecer uma terapia nutricional precoce, com o intuito de prevenir a deterioração do estado nutricional já previsto em pacientes hospitalizados (INCA, 2015).

## 2.2 Triagem nutricional

A desnutrição em ambiente hospitalar é considerada um problema de saúde com elevados custos para o sistema de saúde, podendo ser potencialmente evitável e tratável. Embora a desnutrição apresente várias complicações graves, os pacientes internados não conseguem ser avaliados quanto ao seu estado nutricional durante o processo de admissão hospitalar e, são raramente diagnosticados com desnutrição durante o período de internação hospitalar (BELLANTI et al., 2022; KIRKLAND; SHAUGHNESSY, 2017).

Segundo a *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND), o processo de abordagem nutricional inicia-se com a triagem nutricional, que deve ser realizada de maneira fácil e rápida no momento da admissão hospitalar, sendo extremamente eficaz na identificação de pacientes em risco de desnutrição, ou, até mesmo, desnutridos (BELLANTI et al., 2022).

As ferramentas utilizadas para a triagem nutricional devem corresponder com a rotina de cada estabelecimento que presta serviço hospitalar ou ambulatorial, e devem ser aplicadas na avaliação a beira do leito, (BRASIL, 2016; ELIA, 2017; SKIPPER et al., 2012). Com o objetivo de identificar os diferentes fatores de riscos responsáveis pela desnutrição em ambiente hospitalar, a triagem possibilita precocemente uma intervenção e alocação de recursos eficientes para impedir a evolução da desnutrição em pacientes que se encontram internados, já que esses pacientes estão metabolicamente estressados, necessitando de alimentos ricos em nutrientes (BARCUS et al., 2021; BRASIL, 2016).

A recomendação proposta pela *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) é que todos os pacientes admitidos durante o processo de internação hospitalar, sejam submetidos à triagem nutricional para a identificação pré-existente de desnutrição. Caso seja comprovado o risco, é necessário realizar uma avaliação nutricional mais detalhada e, a partir dessa avaliação, as medidas cabíveis deverão ser tomadas para monitorar, organizar e implementar a abordagem com a Terapia Nutricional (TN). No entanto, quando não há constatação de risco de desnutrição, novas triagens deverão ser realizadas durante a fase de internação do paciente (BRASIL, 2016; BELLANTI et al., 2022).

Nas últimas décadas, houve o advento de várias ferramentas para identificar a desnutrição, ferramentas essas, que alcançaram maior aceitação devido à sua viabilidade clínica. Neste sentido, a ESPEN reconhece algumas ferramentas utilizadas para identificação de risco para desnutrição, ambas, utilizadas em ambiente hospitalar e comunitários, entre elas, Triagem de Risco Nutricional 2002 (NRS-2002) (para pacientes hospitalizados), Ferramenta Universal de Triagem de Desnutrição (MUST) (pacientes da comunidade) e Mini Avaliação

Nutricional-Formulário Resumido (MNA-SF) (pacientes geriátricos) (OCÓN et al., 2012; VALE; LOGRADO, 2013; SKIPPER et al., 2012).

O processo de triagem, utilizado em ambas ferramentas, combinam aproximadamente as mesmas variáveis, ou seja, o Índice de Massa Corporal (IMC), perda de peso, sinais de dificuldades alimentares e classificação da gravidade da doença (BARBOSA; VICENTINI; LANGA, 2019; VALE; LOGRADO, 2013; KONDRUP et al., 2003).

A Triagem de Risco Nutricional (*NRS-2002- Nutritional Risk Screening*) é uma das ferramentas de triagem recomendada pela ESPEN. A ferramenta NRS-2002 foi desenvolvida por Kondrup, em 2003 e, validada pela ESPEN. Sua validação ocorreu através de 128 ensaios clínicos, onde foram observadas uma melhora na evolução clínica dos pacientes identificados com desnutrição e que, seguiram um tratamento nutricional (KONDRUP et al., 2003).

A princípio, os pacientes identificados em risco de desnutrição, foram submetidos à avaliação detalhada e objetiva e, posteriormente, estabeleceu-se a terapia e o cuidado nutricional individualizado (BARBOSA; VICENTINI; LANGA, 2019; KONDRUP et al., 2003). A NSR-2002 destacou-se por apresentar eficácia entre os parâmetros antropométricos e bioquímicos, sendo considerada uma ferramenta padrão ouro na identificação de risco de desnutrição. O risco de desnutrição é definido por um escore, ou seja, o baixo risco de desnutrição é definido pelo escore  $< 3$ , enquanto o risco médio/ alto é definido pelo escore  $\geq 3$  (KONDRUP et al., 2003).

Além disso, a NSR-2002, possui inúmeras vantagens sobre outras ferramentas de triagem, como, por exemplo, avaliação da ingestão alimentar, perda de peso, redução da ingestão alimentar, piora do estado geral e gravidade da doença e da idade (BARBOSA; VICENTINI; LANGA, 2019). Alguns estudos realizados, compararam a NRS-2002 com outras ferramentas disponíveis de triagem nutricional e, constataram que esse método é o que mais apresenta sensibilidade e especificidade em pacientes internados com diferentes idades e situações clínicas, apresentando maior precisão em relação à evolução clínica, tempo de internação e mortalidade (BARBOSA; VICENTINI; LANGA, 2019; OCÓN et al., 2012; PINEDA et al., 2016).

Deste modo, é possível, através do uso de ferramentas de triagem nutricional, minimizar ou prevenir as complicações pertinentes da doença e do tratamento, acelerando o processo de recuperação do paciente, além de reduzir o tempo de internação e os altos custos (BARBOSA; VICENTINI; LANGA, 2019; OCÓN et al., 2012; PINEDA et al., 2016).

### 2.3 Dietas terapêuticas

O papel da nutrição na saúde e na doença, é um importante fator para a recuperação do paciente em ambiente hospitalar. A desnutrição hospitalar está relacionada com a causa e consequência da doença. Estima-se que ocorra em até 85% dos pacientes, dependendo da ferramenta de triagem implementada e do cenário clínico. Supõe-se que, pacientes doentes tenham maiores necessidades nutricionais do que indivíduos saudáveis, a razão é que a doença pode induzir distúrbios metabólicos e/ou psicológicos, que podem aumentar as necessidades nutricionais e/ou diminuir a ingestão alimentar (BRASIL, 2016; GOMES et al., 2018).

Adicionalmente, o consumo inadequado de alimentos é uma das principais causas que pode levar a perda de apetite ou dificuldade de ingerir alimentos, além de procedimentos de investigação e tratamentos que demandam necessidades de jejum ou alteração na composição da dieta (KELLER et al., 2015). Além disso, Sun et al (2018) relata que a organização do fornecimento de alimentos no hospital, pode prejudicar a ingestão alimentar e o estado nutricional dos pacientes devido à insatisfação com as refeições hospitalares e, existe também, os diagnósticos errados, que acontecem em decorrência de triagens e avaliações nutricionais imprecisas, além da falta de treinamento e conscientização da equipe hospitalar.

Neste contexto, as dietas terapêuticas surgem com o objetivo de recuperação e manutenção da saúde, representando um instrumento capaz de reverter o quadro de desnutrição e, conseqüentemente, diminuir o tempo de internação e o custo de hospitalização (CASADO; BARBOSA, 2015).

Para Arias et al (2012), a dietoterapia consiste no uso de alimentos e seus nutrientes para fins curativos, ou seja, se aplica de forma específica e individual, de acordo com cada tipo de doença, como por exemplo, o câncer.

As dietas terapêuticas são baseadas no tratamento de doenças e distúrbios relacionados com a alimentação, sendo comumente pautada nas diversas necessidades dos pacientes hospitalizados. Essas dietas são distintas das dietas normais, diferenciando-se em suas consistências, com o objetivo de fortalecer a terapia farmacológica, ou, até mesmo, de alcançar a cura de uma condição patológica. Quanto a modificação na consistência, podem ser classificadas em: pastosa, líquida, leve, branda e geral. Podem existir ainda modificações na sua composição nutricional, alterando ou excluindo algum nutriente (HINOJOSAL; PACCHA; PINOARGOTE, 2021).

De acordo com dados do estudo de Schuetz et al (2019), pacientes em risco nutricional que receberam dietas terapêuticas individualizadas, com o aumento da ingestão de energia e

proteína, tiveram redução dos desfechos clínicos adversos em 30 dias, diferentemente de pacientes que receberam somente a alimentação hospitalar padrão. A melhoria no estado funcional e o aumento da qualidade de vida, sem aumento de eventos adversos, foram reduzidos através da avaliação nutricional e da introdução de suporte nutricional individualizado, diminuindo os casos de mortes pós-hospitalização.

A importância de tais achados, é ressaltada por relatos que mostram que intervenções nutricionais para adultos desnutridos, podem reduzir as mortes pós-hospitalização. Resultados com idosos desnutridos que, consumiram alimentos habituais e suplementos nutricionais orais (contendo alta proteína e  $\beta$ -hidroxi- $\beta$ -metil butirato), durante e após o episódio de hospitalização apresentaram taxas de mortalidade reduzidas em 50% no intervalo de 90 dias pós-hospitalização (BELLANTI et al., 2022; SANZ-PARIS, 2018).

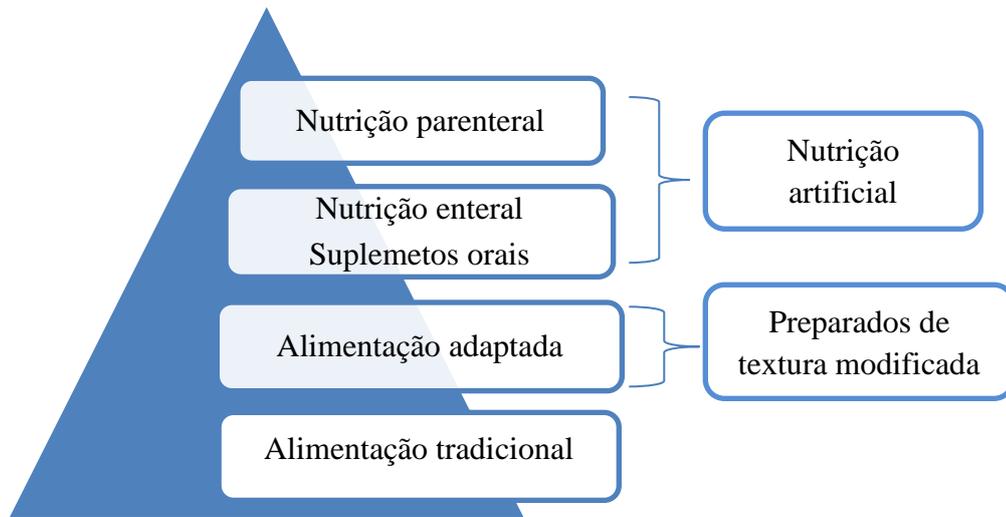
Diante dos fatos, a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) propõe recomendações baseadas em evidências sobre a organização da restauração alimentar, às prescrições e indicações de dietas, bem como o monitoramento da ingestão de alimentos no âmbito hospitalar (THIBAUT et al., 2021).

Ainda neste sentido, o apoio nutricional é fundamental dentro de uma unidade hospitalar. É através de uma equipe multidisciplinar e interativa, que se obtém elementos da dietoterapia com base na prática clínica, possibilitando, desta maneira, uma integração sistemática com um suporte alimentar/nutricional e metabólico para os pacientes internados. Esta sistematização permitirá o bom funcionamento dessa equipe, refletindo na prevenção da desnutrição, contribuindo para sua rápida recuperação e alta hospitalar (ARIAS et al., 2012).

## **2.4 Tipos de dietas terapêuticas**

Os diferentes tipos de dietas terapêuticas se destinam à indivíduos enfermos, ou, que necessitam de restrições nutricionais e alimentares específicas. Para tanto, serão realizadas modificações na dieta padrão, ou seja, a alimentação será baseada de acordo com necessidades nutricionais e fisiológicas do organismo. Sendo assim, a nutrição ou a dieta de rotina é considerada a base para a modificação das dietas terapêuticas, conforme apresentado na figura 1 abaixo (GARCÍA; HERA, 2018; OLIVEIRA, 2018).

**Figura 1:** Pirâmide da alimentação hospitalar



**Fonte:** Adaptado de García e Hera (2018).

Os padrões dietéticos são baseados em dietas de rotina, cujo objetivo é atender as necessidades dietéticas prescritas e recomendadas para cada indivíduo que se encontra internado. As necessidades nutricionais devem ser estabelecidas conforme o histórico clínico, social e dietético do paciente, além dos dados antropométricos e bioquímicos, da interação de nutrientes e medicamentos. Contudo, as dietas de rotinas hospitalares passam por modificações tanto qualitativas quanto quantitativas, incluindo em seus aspectos a consistência, temperatura, valor calórico, volume, alterações de micronutrientes e macronutrientes (SILVA, 2012; SILVA, 2016).

No que se refere à base da dieta tradicional, García e Hera (2018), consideram que quando a dieta oral normal não está sendo o suficiente para garantir o aporte necessário de nutrientes ingeridos, há a opção de modificar estas dietas através de texturas e viscosidades para melhor adaptar-se às necessidades individuais. É fundamental, portanto, perceber que mesmo com todos esses recursos disponíveis, se as dietas não estiverem sendo viáveis para o paciente, pode-se indicar à nutrição enteral e/ou a suplementação oral e, quando isso ainda não for o suficiente, o nutricionista juntamente com a equipe multidisciplinar deve considerar a opção de nutrição parenteral.

É importante ressaltar que, as dietas terapêuticas são planejadas pelo profissional nutricionista com o principal objetivo de atender as necessidades nutricionais e fisiológicas dos pacientes que se encontram internados em hospitais e, estas dietas, devem ser adequadas conforme o estado clínico do paciente, com a finalidade de promover a manutenção e recuperação da saúde. Neste sentido, as dietas terapêuticas podem ser divididas em 3 categorias:

dietas de rotina; dietas modificadas e dietas especiais, conforme apresentado na tabela 1 abaixo (OLIVEIRA, 2018).

**Tabela 1:** Características das dietas terapêuticas

<b>Tipos de dietas</b>	<b>Características</b>
<b>Dietas de rotina</b>	São prescritas para indivíduos que não necessitam de restrições ou modificações. No entanto, podem ser realizadas modificações apenas na consistência de acordo com a deglutição do indivíduo, por exemplo, no pós-operatório;
<b>Dietas de rotina modificadas</b>	São dietas de rotina que são modificadas na quantidade de um componente, por exemplo, fibras, sal e líquido, mantendo as mesmas características;
<b>Dietas especiais</b>	São dietas planejadas para atender necessidades específicas das patologias e sofrem modificações nas proporções entre os macronutrientes, por exemplo, hipocalórica, hipogordurosa, hiperproteica ou podem ainda apresentar baixos teores de colesterol, restrição de glúten e potássio.

**Fonte:** Adaptado de Oliveira (2018).

Outro ponto a ser destacado, são as dietas modificadas em consistência, cujo objetivo é beneficiar pacientes que se encontram com dificuldades de mastigar ou deglutir, por exemplo. Estas dietas são feitas a partir de preparações com alimentos moídos, amassados, picados, na forma de purês ou líquidas, são compostas por cinco padrões de textura: dieta livre ou geral; dieta branda; dieta pastosa; dieta líquida completa e dieta líquida restrita (OLIVEIRA, 2018; RATTRAY; DESBROW; ROBERTS et al., 2017).

#### 2.4.1 Dieta livre, normal ou geral

É nutricionalmente completa com proporção de macronutrientes equilibrada. Indicada para pacientes que não possuem restrições alimentares, não necessitando de modificações específicas em nutrientes ou consistência e que apresenta funções gastrointestinais e mastigação preservadas (EBSERH, 2020; SILVA, 2012; SILVA, 2016).

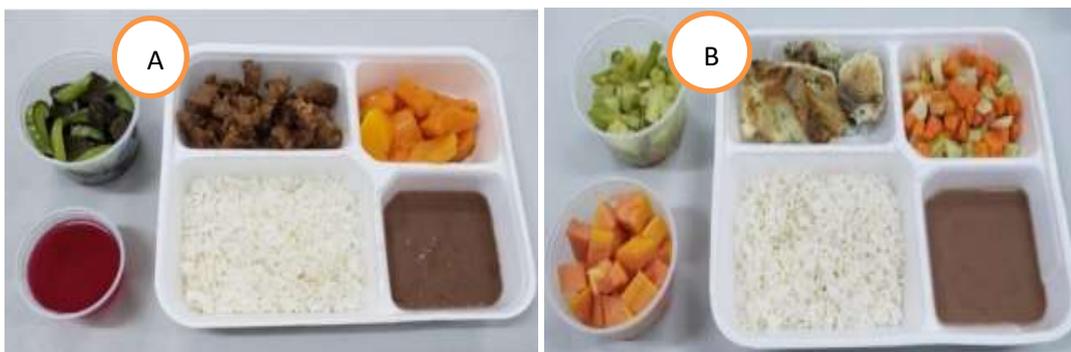
**Figura 2:** Exemplo de dieta normal

A) Almoço; B) Jantar

**Fonte:** Ebserh (2020).

#### 2.4.2 Dieta branda

É uma dieta indicada para pacientes que necessitam que os alimentos apresentem abrandamento das fibras alimentares por meio da cocção, apresentando consistência macia para facilitar a mastigação e deglutição, além de ser indicada para pacientes com dificuldade leve de deglutição, mastigação ou digestão, que impossibilitam de consumir uma dieta normal, como, por exemplo, pacientes de pós-operatório tardio, pacientes com doenças do trato gastrointestinal e que utilizam próteses dentárias (EBSERH, 2020; SILVA, 2012; SILVA, 2016).

**Figura 3:** Exemplo de Dieta branda

A) Almoço; B) Jantar

**Fonte:** Ebserh (2020).

#### 2.4.3 Dieta pastosa

É uma dieta que apresenta consistência pastosa, com os alimentos bastante cozidos ou em forma de purê, carnes moídas, desfiadas ou trituradas, sem restrição de nutrientes. Neste tipo de dieta não é ofertada preparações com frutas duras, legumes inteiros, feijão em grãos ou carnes em pedaços inteiros. É indicada para pacientes que apresentam dificuldades de mastigação, deglutição ou digestão, que impeça a ingestão da dieta branda, como, por exemplo,

pacientes com doenças neurológicas, nos pós-operatórios, doenças do trato gastrointestinal e com uso de próteses dentárias (EBSERH, 2020; SILVA, 2012; SILVA, 2016).

**Figura 4:** Exemplo de dieta pastosa



A) Almoço; B) Jantar

**Fonte:** Ebserh (2020).

#### 2.4.4 Dieta líquida completa

É uma dieta composta apenas por alimentos na forma líquida. Em termos nutricionais, em geral apresenta uma proporção maior de carboidratos. A consistência sólida, semissólida ou pastosa não é permitida na sua composição. Além disso, são acrescentados suplementos alimentares como, por exemplo, vitamina a base de leite para melhorar o valor nutricional. É uma dieta indicada para pacientes com dificuldade grave de mastigação, deglutição ou digestão, com restrição de resíduos que impossibilitam o consumo da dieta pastosa, como por exemplo, pacientes com doenças neurológicas, doenças do trato gastrointestinal, que utilizam próteses dentárias, para pacientes em pré e pós-operatórios e para preparo de exames. Além disso, pode ser uma opção de transição entre dieta enteral para dieta oral (EBSERH, 2020; SILVA, 2012; SILVA, 2016).

**Figura 5:** Exemplo de dieta líquida completa



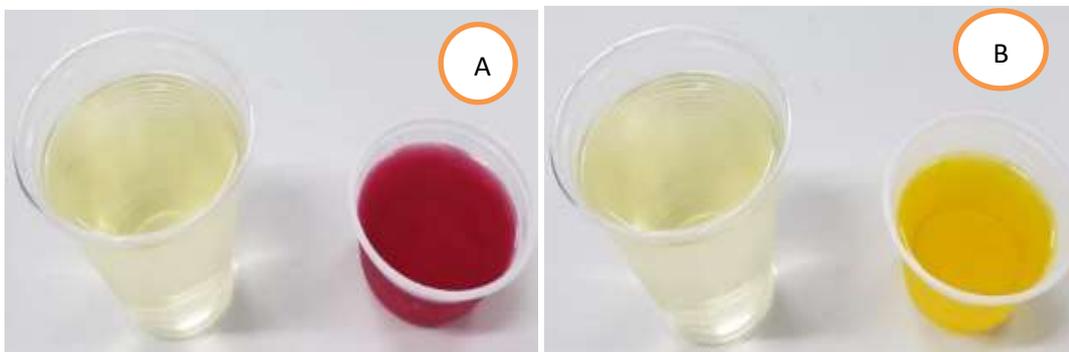
A) Almoço; B) Jantar

**Fonte:** Ebserh (2020).

#### 2.4.5 Dieta líquida restrita

É uma dieta que consiste em preparações líquidas e cristalinas, sem qualquer resíduo de alimentos. É composta por carboidratos e pequenas quantidades de lipídeos, além de ser incompleta em nutrientes. Fazem parte dessa dieta apenas alimentos como, chás, sucos, gelatinas, água de coco e caldo de cozimento dos legumes. Recomenda-se que seja utilizada em curtos períodos de tempo, uma vez que essa dieta possui baixo valor nutricional. Sua indicação é para pacientes que necessitam de repouso intestinal, como, por exemplo, nos casos de pré e pós-operatórios imediatos e em pré e pós-operatório de cirurgias intestinais (EBSERH, 2020; SILVA, 2012; SILVA, 2016).

**Figura 6:** Exemplo de dieta líquida restrita



A) Almoço; B) Jantar

**Fonte:** Ebserh (2020).

Além dos aspectos já citados sobre os tipos de dietas terapêuticas, existem também, as dietas de rotina modificadas na sua adição, subtração ou substituição de um ou mais ingredientes, com o intuito de atender às condições clínicas apresentadas por qualquer paciente, sendo elas: dieta laxativa; dieta hipossódica; dieta hipercalórica e hiperproteica; dieta hipoproteica; hipocalêmica e hipossódica; dieta para diabetes e dieta hipocalórica (EBSERH, 2020; SILVA, 2012; SILVA, 2016).

#### 2.4.6 Dieta laxativa

É uma dieta indicada para pacientes com dificuldade de evacuação. Favorece a formação de bolo fecal e alívio da obstipação. São dietas de consistência sólida, composta por alimentos laxativos ricos em fibras insolúveis, como, por exemplo: mamão, abacaxi, banana nanica, laranja, rúcula, espinafre, couve, abobrinha, beterraba crua, abóbora, pães integrais e aveia (SILVA, 2012; SILVA, 2016).

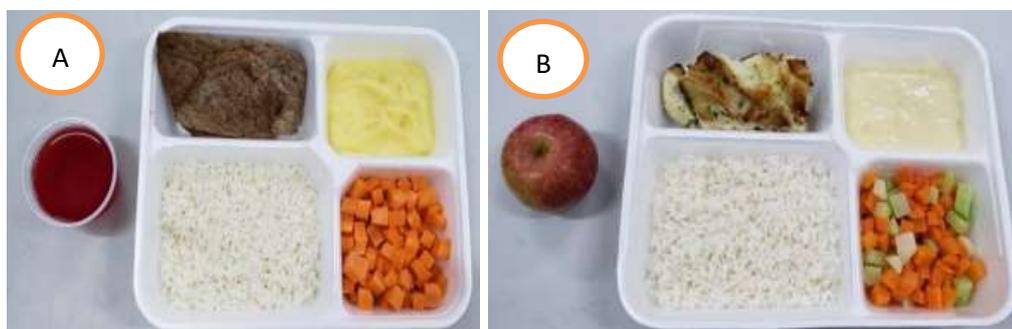
**Figura 7:** Exemplo de dieta laxativa

A) Almoço; B) Jantar

**Fonte:** Ebserh (2020).

#### 2.4.7 Dieta Constipante

É uma dieta com consistência sólida, composta por alimentos pobre em lactose, gordura e em fibra insolúvel. Na sua composição, contém alimentos que reduzem ou retardam a formação do bolo fecal, como, por exemplo: caju, milho, amido de milho, cará, chuchu, fécula de batata, goiaba, dentre outros alimentos. Nesta dieta, não é possível ofertar alimentos lácteos, saladas cruas, feijão, gordura ou alimentos ricos em açúcar, além de ser uma dieta com baixo teor de cálcio por não conter lácteos, sendo indicadas para pacientes com necessidades de redução de fibras e da formação do bolo fecal, como em casos de pacientes com quadro clínico de diarreia (EBSERH, 2020).

**Figura 8:** Exemplo de dieta constipante

A) Almoço; B) Jantar

**Fonte:** Ebserh (2020).

#### 2.4.8 Dieta hipossódica

Dieta onde o teor de sódio é reduzido, esta dieta é indicada para prevenção e controle de condições clínicas como: insuficiência cardíaca, distúrbios renais, hipertensão crônica,

distúrbios pulmonares e hepáticos. Tanto a consistência dos alimentos quanto a distribuição de macronutrientes pode ser normal ou conforme a indicação destinada ao paciente (SILVA, 2016). As recomendações para a adição de sal nas preparações se limitam à 4 gramas diariamente, equivalente a 70mEq de sódio (CUPPARI, 2014, p. 402).

#### 2.4.9 Dieta hipercalórica e hiperproteica

Caracterizadas por aumento na oferta calórica e proteica, respectivamente, ambas dietas, são indicadas para pacientes com patologias que induzem um estado hipermetabólico ou catabólico (estados de desnutrição proteico-calórica, infeccioso, câncer, pós-operatório, queimaduras, reposição de tecidos musculares e desequilíbrio do balanço nitrogenado). As consistências destas dietas, variam conforme a aceitação e o estado geral dos pacientes. A distribuição de micronutrientes e macronutrientes é realizada conforme a adequação das necessidades nutricionais. Além disso, as suas preparações como as vitaminas, mingaus e sobremesas, são enriquecidas com elevados teores calóricos e proteicos, podendo, ou não, utilizar suplementos alimentares disponíveis no mercado (SILVA, 2012; SILVA, 2016).

#### 2.4.10 Dieta Hipoproteica

Dieta onde a oferta de proteínas é reduzida, esta dieta é indicada para pacientes com insuficiência renal e/ou hepática, dependendo do grau de evolução da doença. A distribuição de macronutrientes, em geral é apresentada na forma de normolipídica, hipoproteica e hiperglicídica com o objetivo de complementar o valor calórico total do dia. Já na distribuição de micronutrientes, às dietas são adequadas conforme a necessidade nutricional de cada paciente (SILVA, 2012; SILVA, 2016).

#### 2.4.11 Dieta hipoprotéica, hipocalêmica e hipossódica

Caracterizadas por redução na oferta de proteínas, potássio e sódio, respectivamente, são dietas indicadas para pacientes com hipertensão arterial, insuficiência renal, presença de edema, concentração elevada de potássio sérico e/ou perda de função renal (TFG<15 ml/min.). A ingestão de líquidos se baseia no volume urinário de 24 horas com acréscimo de 500 ml para perdas insensíveis. A distribuição de macronutrientes em geral é apresentada na forma de normolipídica, hipoproteica e hiperglicídica com o objetivo de complementar o valor calórico total do dia. Já os micronutrientes são adequados conforme as necessidades nutricionais dos pacientes, com exceção de potássio e sódio (SILVA, 2012; SILVA, 2016).

#### 2.4.12 Dieta para diabetes

É uma dieta indicada como base para o tratamento do *diabetes mellitus* como medida exclusiva ou coadjuvante ao tratamento medicamentoso. É considerada uma dieta de consistência geral, normoprotéica, normocalórica, normolipídica e normoglicídica, isenta de qualquer tipo de açúcares, sendo rica em fibras e pobre em gordura saturada, com o principal objetivo de conseguir manter o nível glicêmico (SILVA, 2012; SILVA, 2016).

#### 2.4.13 Dieta hipocalórica

Esta dieta é indicada para pacientes que necessitem redução calórica para a obtenção de um peso saudável, seu cálculo é baseado nas necessidades nutricionais dos pacientes e devem ser individualizadas. Sua consistência é normal, com distribuição de macronutrientes e com restrição de alimentos ricos em gorduras e carboidratos simples. Já os micronutrientes apresentam-se abaixo das necessidades nutricionais, fazendo-se necessário a suplementação com nutrientes (SILVA, 2012; SILVA, 2016).

### **2.5 Aceitabilidade das dietas terapêuticas**

A desnutrição é um problema grave de saúde, que afeta todas as fases da vida, desde crianças até idosos. No entanto, sua prevalência se difere em alguns fatores como: idade, condição social, geografia, ou, até mesmo, situações específicas. De fato, o estado nutricional de pacientes que se encontram internados, depende do atendimento e da assistência prestada pela equipe multidisciplinar (ARIAS et al., 2012).

Durante o período de internação, é comum os pacientes perderem peso e ficarem desnutridos, por isso, faz-se necessário uma avaliação nutricional para que possa ser realizada uma intervenção alimentar e, a partir disso, reduzir os índices de morbimortalidade. Neste sentido, compreender o momento ideal de utilizar o suporte nutricional, é uma das tarefas complexas dentro do âmbito hospitalar, pois exige a via de entrega, quantidade e os tipos de nutrientes que podem afetar os resultados do estado do paciente (REBER et al., 2019; RIGO et al., 2020).

Dentro de um ambiente hospitalar, avaliar o consumo alimentar dos pacientes internados, é um importante recurso para se obter resultados sobre a qualidade das refeições servidas, além de contribuir para a definição e melhora dos cardápios oferecidos, influenciando na melhora da aceitabilidade das dietas hospitalares (RIGO et al., 2020).

De acordo com Ribas, Pinto e Rodrigues (2013) a dificuldade da aceitabilidade de dietas terapêuticas por parte dos pacientes, pode sofrer interferência dos diferentes padrões étnicos, podendo variar de um indivíduo para outro. Há também, questões de hábitos alimentares, padrões sociais e ambientais, fatores psicológicos e genéticos, além da gravidade da patologia e do padrão nutricional, que, na sua grande maioria, encontra-se alterado em pacientes que se encontram internados.

A aceitabilidade das dietas terapêuticas está intimamente relacionada com o Sistema Nervoso Central (SNC), que possui influência direta nas escolhas dos alimentos, respondendo à estímulos de aceitação ou não. Essa resposta está representada no córtex orbitofrontal, onde o prazer da comida, as propriedades olfativas e visuais dos alimentos, estão representadas. Já o córtex gustativo, representa a textura e o sabor dos alimentos. Essas respostas do SNC, são consideradas importantes no controle do apetite e conseqüentemente na aceitação dos alimentos (ROLLS, 2020; ROLLS, 2016).

As inúmeras razões que influenciam de maneira negativa a ingestão de alimentos em ambiente hospitalar, incluem, falta de apetite por condições relacionadas à medicamentos e/ou condições médicas que impossibilitam a ingestão alimentar, além da própria organização do hospital, que entrega refeições de baixa qualidade, com atraso e, em grandes quantidades (CHEUNG et al., 2013; KONTOGIANNI et al., 2020). Portanto, esses fatores foram considerados um dos problemas associados com o aumento significativo do desperdício de refeições servidas em ambiente hospitalar (OSMAN et al., 2021).

A respeito disso, os resultados encontrados no estudo de Kontagianni et al. (2020), demonstraram que 13,6% dos pacientes não gostaram do sabor das refeições servidas no ambiente hospitalar, 14,3% relataram que não consumiram nenhum alimento e 30,4% apresentou redução da ingestão alimentar, argumentando não estarem com fome. Em relação às propriedades das refeições, o cheiro foi responsável por 1/4 da probabilidade de se alimentar, ao invés da metade ou nada.

Em relação à aceitação alimentar, Pinto, Ribas e Rodrigo (2013), determinaram em seu estudo, os indicadores que poderiam afetar de forma negativa a aceitação das dietas em ambiente hospitalar. Entre os indicadores predeterminados, estavam a temperatura inadequada e a falta de tempero (sabor). A temperatura foi a que mais contribuiu para a rejeição das refeições servidas e a falta de tempero apareceu em uma proporção menor.

Paralelamente a esses achados, os mesmos motivos de não aceitação da dieta foram relatados em pacientes que estavam com câncer no estudo de Ferreira, Guimarães e Marcadenti (2013), onde constatou-se que 40% dos pacientes sentiram falta do sabor, 29% reclamaram da

quantidade exagerada de alimento servido, 33% relataram monotonia das preparações, 24% avaliaram a temperatura inadequada e 26% relatam a falta de apetite durante a internação. Os pacientes desnutridos, neste estudo, apresentaram maiores rejeição do arroz e da carne.

Reber et al. (2019), relatou em seu estudo que a função biológica e fisiológica dos pacientes com câncer apresenta-se diminuída, desencadeando, conseqüentemente, a perda de peso, desnutrição, fadiga e sofrimento psicológico. Além disso, o estágio avançado da doença, faz com que esses pacientes desenvolvam um processo inflamatório sistêmico, relacionado com resistência à insulina e às citocinas, além de apresentarem alterações metabólicas importantes. A redução da fome, nesses casos, está associada com o grande aumento do catabolismo proteico muscular; função corporal afetada e à redução do apetite. Esses fatores, podem, potencialmente, acelerar o processo de desnutrição relacionada com a doença.

As dificuldades dos pacientes com câncer em aceitar alimentos, está associada também aos sintomas concernentes da radioterapia/quimioterapia, que predispõe o desenvolvimento da disgeusia, que é definida como uma percepção gustativa alterada ou danificada, com uma mudança desagradável na percepção ou uma distorção do sentido do paladar. Pacientes ao realizarem o tratamento com radioterapia, perdem a percepção do paladar e da temperatura, dando origem a uma saliva espessa como forma de barreira mecânica, que dificulta o contato físico entre os alimentos ingeridos. Este sintoma, altera a variedade dos alimentos e afeta negativamente a qualidade de vida e a ingestão alimentar (PAIVA et al., 2010; PALMIERI et al., 2013).

Não obstante, um estudo realizado Souza, Gloria e Cardoso (2011), constatou que 80% dos pacientes avaliaram as variedades dos alimentos servidos nas refeições de forma positiva e que, a apresentação e a quantidade dos alimentos, também obtiveram resultados positivos, apresentando 85,70% e 80%, respectivamente. No entanto, o uso de temperos e a temperatura das refeições servidas, foram consideradas um dos aspectos mais relevantes e preocupantes apresentados no estudo, onde foi possível observar que 34,30% dos pacientes acharam as refeições ruins e 43% relataram estar regular, indicando ser uma das conseqüências de interferência na aceitação das dietas terapêuticas.

Há também, o desempenho físico, que está relacionado com o fato de se alimentar na cama, ou comer sozinho, necessitando de assistência durante a alimentação. Além disso, é notório que o ambiente da enfermaria e a influência negativa da condição médica de outros pacientes que se encontram no mesmo ambiente, limite o desejo e a vontade de se alimentar. Esses achados, estão relacionados com a condição física em que se encontra o paciente e aos fatores psicossociais (CHEUNG et al., 2013; KONTOGIANNI et al., 2020).

Considerando os aspectos de limitação física entre os pacientes, alguns estudos demonstraram que os voluntários presentes na hora das refeições, podem melhorar a aceitabilidade das dietas. Neste sentido, faz-se necessário criar um ambiente de apoio e atenção pessoal durante o momento das refeições hospitalares. Essa técnica permitirá que o paciente se sinta especial e acolhido, aumentando a ingestão alimentar, mesmo passando por vários efeitos colaterais resultantes da sua patologia. Esses achados demonstram que os voluntários treinados e educados, desempenham um papel fundamental no manejo nutricional multiprofissional (LINDAMAN; RASMUSSEN; ANDERSEN, 2013; OSMAN et al., 2021).

Ainda nesta linha de considerações, a dificuldade que pacientes acima de 70 anos apresentam na hora de realizar suas refeições, foi abordado em um estudo de Kontogianni et al. (2020), realizado em 54 países através de dados coletados do “*nutritionDay*”, durante os anos de 2006 e 2013. O estudo associou a menor probabilidade de ingestão alimentar em decorrência da função física reduzida, tornando necessário a assistência durante as refeições. Constatou-se ainda que, a melhora na apresentação das refeições aumentou a ingestão alimentar, reduzindo substancialmente o desperdício alimentar e, conseqüentemente, reduzindo a taxa de readmissão hospitalar.

De acordo com Trang et al. (2015), desenvolver padrões de cardápios e implementar monitoramento frequente para garantir qualidade nas refeições servidas, são importantes modificações que podem otimizar os resultados dos pacientes. Além disso, os recursos financeiros fornecidos pelo hospital para a compra de alimentos de alta qualidade nutricional, aumentaria a qualidade das refeições servidas, reduzindo a quantidade de alimentos desperdiçados.

Alguns estudos sugerem que as refeições com apresentações atraentes, incentivam os pacientes a experimentarem os alimentos, mesmo com baixo apetite. Além disso, os estudos demonstraram que a aceitabilidade pelas refeições hospitalares, é influenciada pelas variedades de alimentos, temperatura, apresentação, preparação e, principalmente, pelo sabor (ABDELHAFEZ et al., 2012; MESSINA et al., 2013).

A redução de sal nas dietas terapêuticas é um dos fatores que mais contribuem para a não aceitação das dietas hospitalares. Essa redução de sal, afeta negativamente o sabor das refeições e colabora com a piora do estado nutricional do paciente, aumentando a taxa de prevalência de desnutrição e morbimortalidade (CASADO; BARBOSA, 2015; KYUNGJOO et al., 2010).

Algumas estratégias, segundo Verrengia e Sousa (2012), podem ser utilizadas para amenizar a falta de sabor das dietas terapêuticas, entre as quais, estão a personalização das

dietas com a utilização de ervas aromáticas para potencializar o sabor dos alimentos, e torná-las o mais parecido possível com a refeição domiciliar. Outra opção seria a seleção de diferentes alimentos com texturas, cores e formas diferenciadas para chamar atenção visual e influenciar no aumento do consumo alimentar hospitalar.

Desta maneira, uma refeição chamativa, com sabor, qualidade, com detalhes de ingredientes específicos e com uma melhor apresentação dos alimentos, garante maior satisfação dos pacientes com os serviços de alimentação entregues pelo hospital. Neste sentido, a comunicação com os pacientes e nutricionistas, aliada com técnicas gastronômicas, ajudam na aceitabilidade das dietas servidas em ambiente hospitalar (MESSINA et al., 2013; FISCHER et al., 2021).

## **2.6 Técnicas gastronômicas aplicadas em dietas terapêuticas**

Nos últimos anos, a gastronomia hospitalar vem ganhando espaço e se tornando um importante campo na alimentação hospitalar, principalmente por conseguir conciliar às prescrições de dietas terapêuticas com técnicas gastronômicas para elaborar refeições nutritivas, saborosas e atrativas para pacientes. No entanto, a alimentação, de todos os tipos, seja ela coletiva ou não, é um grande desafio para os chefes de cozinha e profissionais nutricionistas que atuam na área hospitalar (HORTA et al., 2013; FISCHER et al., 2021).

A responsabilidade não se restringe somente em elaborar, planejar e programar uma dieta, mas sim, requer uma experiência na atuação de dietas terapêuticas e, sobretudo, a alimentação precisa ser implementada de forma satisfatória com equilíbrio nutricional e com a correta manipulação das técnicas gastronômicas, com intuito de recuperar a saúde do paciente que se encontra debilitado (FISCHER et al., 2021; GARCÍA; HERA, 2018; SOUZA et al., 2017).

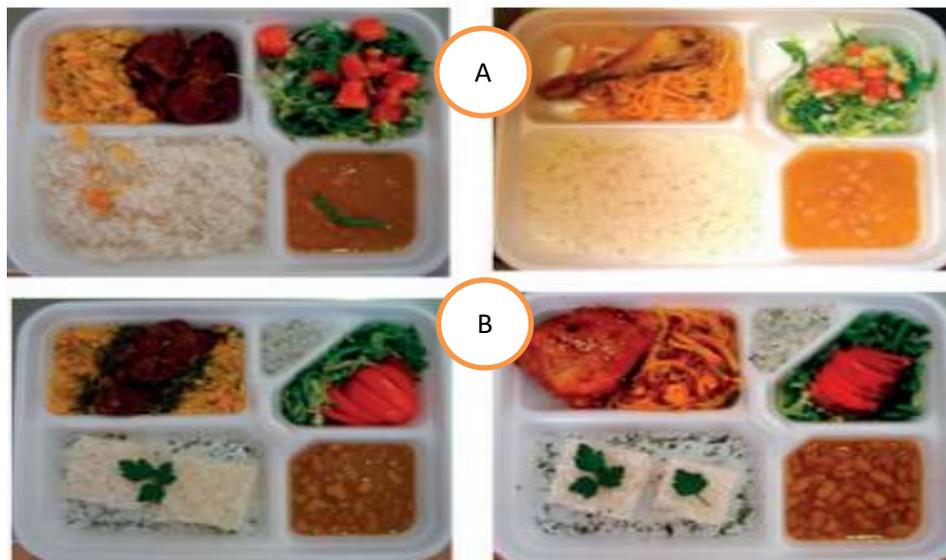
Neste sentido, a efetivação da gastronomia no âmbito hospitalar, é considerada uma forma de proporcionar o atendimento humanizado para pacientes que se encontram internados, prezando, sempre que possível, pelo cuidado dos alimentos, promovendo dimensões olfativas, visuais, gustativas, auditivas e táteis, promovendo a melhora na aceitação das dietas terapêuticas (OLIVEIRA; OLIVEIRA; SANTOS, 2020; PINTO; ALVES, 2017).

Considerando os aspectos já citados, Oliveira (2018) destaca que a implantação da gastronomia hospitalar tem se apresentado fundamental para reverter a realidade de pacientes internados, que sofrem com os aspectos psicossociais em consequência da diminuição do prazer em comer e do bem-estar em comer socialmente. Para tanto, as técnicas gastronômicas

utilizadas em ambiente hospitalar, são baseadas em preceitos simples, como, por exemplo, o tempo correto de cocção, adição de molhos, uso de aros de corte para apresentação diferenciada, ervas aromáticas e condimentos. Todas essas medidas, são consideradas medidas simples e de baixo custo e que remetem a alimentação diária dos pacientes antes da sua internação.

No tocante aos aspectos relacionados às técnicas gastronômicas, Silva e Maurício (2013), na maternidade de um hospital da cidade de Maringá/PR, realizaram cinco intervenções gastronômicas dentro de um período de 60 dias, utilizando-se do cardápio servido na unidade. Os resultados comprovaram que as técnicas gastronômicas (combinação de cores, disposição dos alimentos e formas), realizada nas apresentações das refeições, contribuíram positivamente para que os pacientes sentissem desejo de consumir as deitas terapêuticas, aumentando o apetite. Desta forma, foi comprovado que 100% dos pacientes do estudo, mostraram-se satisfeitos com a adequação do tempero com ervas aromáticas (salsinha, cebolinha verde, manjeriço, entre outras) reafirmando que esses temperos agregam sabores considerados especiais pelos pacientes. Um comparativo entre as refeições servidas antes e depois do estudo pode ser analisando na figura 9 abaixo.

**Figura 9:** Apresentação das refeições antes e depois das técnicas gastronômicas



A) Refeição oferecida aos pacientes; B) Refeição após às técnicas gastronômicas

**Fonte:** Silva e Maurício (2013).

Fischer et al. (2021), afirmam que a escolha de técnicas gastronômicas aliadas com as dietas terapêuticas, contribuíram para a qualidade sensorial das refeições, tornando-se uma ferramenta essencial para ajudar na adesão de dietas terapêuticas, possibilitando alimentos mais saborosos com texturas, aparência, sabor e aroma. Além disso, existe uma preocupação por

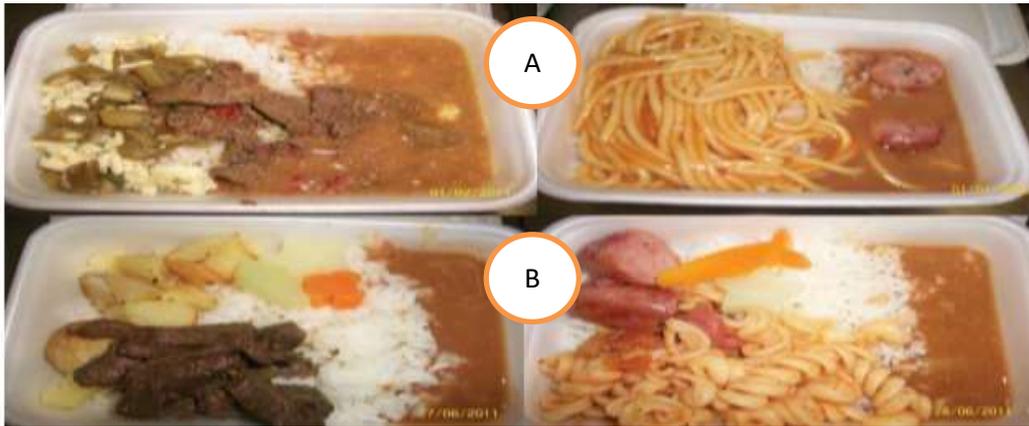
parte dos profissionais com o prazer em comer e não somente em oferecer um alimento rico em nutrientes.

Diante deste contexto, Pedroso, Sousa e Salles (2011), contribuíram com informações acerca dessa temática, relatando que o cuidado alimentar e nutricional é fundamental no processo de humanização no âmbito hospitalar. Tradicionalmente, o termo cuidado é adotado pela área de enfermagem e, ampliando-se para outras áreas, o cuidado é manifestando por ações de outros profissionais como, por exemplo, os nutricionistas. Para acontecer a efetivação destes cuidados, faz-se necessário que, o setor de produção de refeições esteja em harmonia com o atendimento clínico-nutricional, uma vez que, estas estratégias coletivas visam ações qualificadas em nutrição e saúde, contribuindo para a dimensão simbólica e prazerosa que o ato de comer representa para o paciente.

De acordo com Osman et al. (2021) as abordagens multidisciplinares que envolvem membros de várias equipes de saúde, seja eles, enfermeiros, médicos e nutricionistas, fazem parte das principais estratégias de intervenção para melhorar a ingestão alimentar e o bem-estar de pacientes internados, diminuindo as internações hospitalares e reduzindo custos. As abordagens multidisciplinares que envolvem, por exemplo, a supervisão nutricional, são indicadas para melhorar a ingestão alimentar dos pacientes, o estado nutricional, satisfação e qualidade de vida, além de combater a desnutrição e ser considerada uma abordagem de baixo custo-benefício. No entanto, exigem colaboração e diálogo entre os membros da equipe para que os cuidados nutricionais, sejam realizados para melhorar à aceitabilidade de dietas terapêuticas.

Para favorecer a adesão de dietas terapêuticas e torná-las mais prazerosa, Horta et al. (2013), realizou um estudo em um hospital na ala pediátrica na região Noroeste de Belo Horizonte/MG, onde promoveu o envolvimento e a conscientização de todos os profissionais durante o processo de alimentação, desde a sua assessoria até a distribuição das refeições. Para a elaboração das refeições, foi essencial o envolvimento em conjunto de todos os profissionais da área de Serviço de Nutrição e Dietética. Foram inseridos através de técnicas de gastronomia hospitalar, novos cortes e a utilização de cortadores no formato de estrelas, flores, peixes, folhas, lua e coração, como pode ser visualizado na figura 10, abaixo. Após às intervenções gastronômicas, foram observadas melhoras significativas quanto a preservação da montagem das refeições e suas porções nos recipientes descartáveis entregue aos pacientes (de 46,2% para 64,4%), contribuindo para a redução do índice de resto ingestão de 32,5% para 25,1%.

**Figura 10:** Apresentação das refeições antes e depois das técnicas gastronômicas



A) Refeição oferecida aos pacientes; B) Refeição após às técnicas gastronômicas

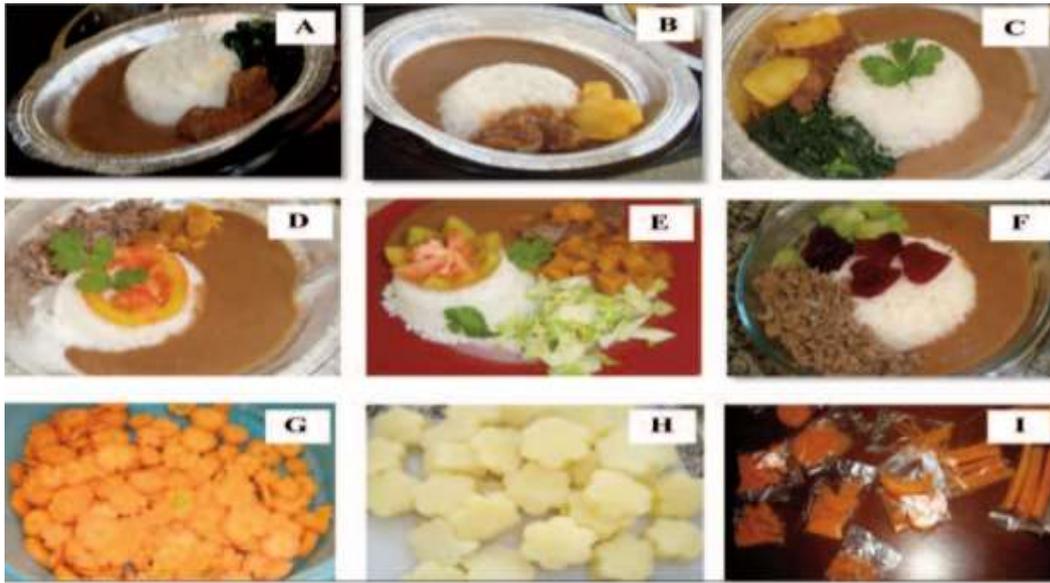
**Fonte:** Horta et al. (2013).

Além disso, foi possível observar no estudo de Horta et al. (2013), que a capacitação e conscientização da equipe nutricional, foi um fator contribuinte em relação ao papel que cada um representa na oferta de refeições mais atrativas, melhorando consideravelmente o aumento do consumo das refeições servidas e contribuindo para a humanização do atendimento. Ressalta-se ainda, que a redução do índice resto ingestão, está atribuída ao posicionamento dos cortes dos vegetais e o cuidado em relação à manipulação dos ingredientes, aumentando o interesse das crianças pelos alimentos.

Além dos aspectos já mencionados, Silva e Maurício (2013), afirmaram em seu estudo, que o formato dos legumes, quando alterado por meio de diferentes cortes, conferiu-lhes mudanças visíveis na aparência das dietas oferecidas, seja pela delicadeza ou sofisticação, promovendo apreciação das dietas terapêuticas em 88% dos pacientes e, isso só foi possível, correlacionando as técnicas gastronômicas com medidas nutricionais.

Confirmando os mesmos achados, Souza et al. (2017), afirmou em seu estudo que, após a capacitação dos colaboradores do Serviço de Nutrição e Dietética, houve melhoras significativas na qualidade sensorial das dietas terapêuticas, como pode ser observado na figura 11 abaixo, garantindo maior aceitabilidade pelos pacientes que participaram do estudo. O preparo dos alimentos aliados com as técnicas gastronômicas adequadas e com medidas nutricionais, possibilitou a oferta de alimentos visualmente mais saborosos, contribuindo para a redução do índice de resto ingestão, uma vez que, o hospital não tinha uma padronização em relação ao preparo e à distribuição dos alimentos servidos.

**Figura 11:** Apresentação das refeições depois das técnicas gastronômicas



A) arroz formatado com aro, feijão de caldo, carne bovina em pedaços e couve; B) arroz formatado com aro, feijão de caldo, carne bovina em pedaços e batata em formato de flor; C) arroz formatado com aro, feijão de caldo, carne bovina em pedaços com batata em formato de flor, couve chifonada e decoração com salsa; D) arroz formatado com aro, feijão de caldo, carne bovina moída, abóbora em cubos, tomate em rodellas e decoração com salsa; E) arroz formatado com aro, feijão de caldo, carne bovina com cenoura em cubos, abóbora em cubos, tomate em formato de flor, repolho picado e decoração com salsa; F) arroz formatado com aro, feijão de caldo, carne bovina moída, chuchu em cubos e beterraba em formato de coração; G) cenoura em formato de flor; H) batata em formato de flor; I) diversos cortes (Julienne, Allumete, Bastão, Vicky, Brunoise, Jardineira, Maced).

**Fonte:** Souza et al. (2017).

Apesar de a gastronomia hospitalar ser incentivada em hospitais públicos e privados, os investimentos para se instalar esse tipo de programa no âmbito hospitalar são limitados. Os elevados custos com profissionais qualificados, a compra de equipamentos e utensílios diferenciados, estão entre as grandes discussões entre o custo-benefício que as técnicas gastronômicas proporcionam aos hospitais (SILVA; MAURÍCIO, 2013).

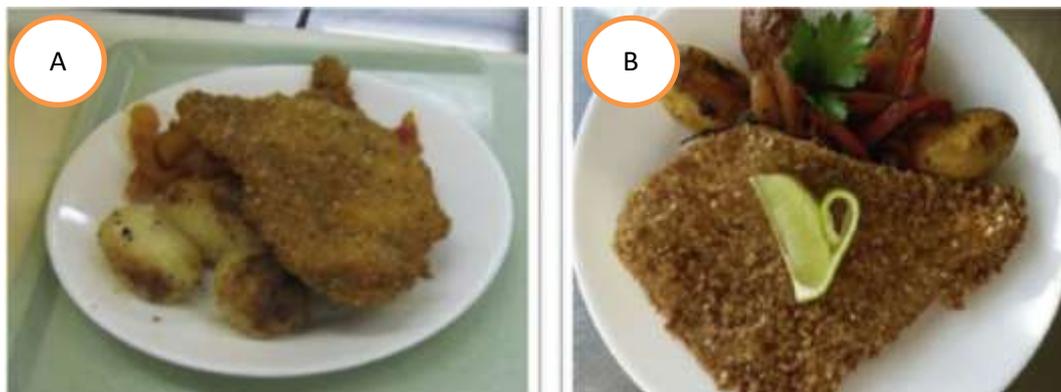
Para Oliveira (2018), existem outras mudanças de grande impacto e de baixo valor financeiro que podem fazer diferença na gastronomia hospitalar, entre elas, podemos citar o treinamento das equipes de nutrição em relação às padronizações das dietas, utilização de aros com formatos diferentes nas apresentações de legumes, frutas e verduras, o que garante impacto positivo no visual das refeições servidas. Além dessas estratégias citadas, outras táticas simples como: utilizar alimentos conforme a safra, variar o corte e a textura do mesmo alimento para não ficar na monotonia e aproveitar a cor dos alimentos, são estratégias válidas para tornar a refeição mais atrativa e garantir menos índice de resto ingestão.

Em relação ao índice resto ingestão, um estudo realizado por Ferreira, Guimarães e Marcadent (2013), apresentou percentual elevado de resto ingestão de aproximadamente 37%

no almoço, em pacientes desnutridos. O índice resto ingestão maior que 20% em pacientes internados, indica inadequação na execução e/ou no planejamento das dietas terapêuticas, associando-se com o aumento da morbidade e mortalidade hospitalar. Outra explicação plausível para essa problemática, é o fato de que, pacientes que se encontram em longos períodos de internação hospitalar, tendem a diminuir a ingestão alimentar em decorrência do ambiente hospitalar, fatores psicológicos, baixa variedade de alimentos nas refeições, apresentação e preparação inadequados, sendo frequentemente comum, em hospitais públicos.

Ainda nesta linha de considerações, um estudo prospectivo realizado por Navarro et al. (2015), com 206 adultos recém-hospitalizados, comprovou um aumento significativo de 19% a mais na ingestão das refeições, principalmente em termos de prato principal. Os resultados demonstraram que a apresentação das refeições utilizando técnicas gastronômicas, onde a comida era cuidadosamente colocada no prato de maneira apetitosa, como pode ser analisado na figura 12 abaixo, maximizou o prazer em comer, sem que houvesse qualquer investimento extra. A percepção visual das refeições foi influenciada de tal maneira que houve redução no índice de resto ingestão e a taxa de readmissão hospitalar caiu de 31,5% para 13,5% nos 30 dias seguintes após a alta. Além disso, os profissionais estavam empenhados em aprender e a melhorar a aparência das dietas servidas no hospital.

**Figura 12:** Apresentação das refeições servidas antes e depois da aplicação das técnicas gastronômicas



A) Refeição oferecida aos pacientes; B) Refeição após às técnicas gastronômicas

**Fonte:** Navarro et al. (2015).

Além dos aspectos já mencionados, as prescrições de dietas terapêuticas, aliadas com as técnicas gastronômicas em ambiente hospitalar, são definidas e elaboradas por um profissional nutricionista, visando minimizar erros de porcionamento, fracionamento e seleção de alimentos, promovendo desta maneira, a aceitabilidade de dietas terapêuticas (FISCHER et al., 2021; SANTOS et al., 2017).

Oliveira, Araújo e Mazer (2020) destaca outro ponto importante a ser relatado; o papel do profissional nutricionista na elaboração e na aplicabilidade das dietas terapêuticas, em ambiente hospitalar. Por sua vez, o nutricionista é responsável pela avaliação de sintomas dos pacientes internados, considerando o grau da doença, a ingestão habitual, o conteúdo nutricional aplicado e o padrão das dietas terapêuticas, com a finalidade de atender as deficiências nutricionais e individuais de cada paciente. Desta maneira, a experiência profissional do nutricionista, é imprescindível para aumentar a aceitabilidade de dietas terapêuticas e diminuir efetivamente os sintomas clínicos dos pacientes, como também, é responsável pelas operações pertencentes à assistência nutricional.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível constatar que os pacientes internados melhoraram a aceitabilidade da terapia nutricional ao serem aplicadas técnicas gastronômicas em diferentes tipos de dietas terapêuticas. Além disso, a implementação de tais técnicas, tem sido apontada como estratégia promissora na redução do índice resto ingestão e da taxa de readmissão hospitalar, enquanto, melhora as características sensoriais dos alimentos, promovendo maior aceitabilidade das dietas terapêuticas.

Observou-se ainda, a evolução da função terapêutica da alimentação hospitalar, graças ao avanço dos conhecimentos relacionados à nutrição e dietética, abrindo novos horizontes acerca das dietas terapêuticas, tornando-se relevante no processo saúde e doença. É fundamental, portanto, ressaltar que, além de tornar o hospital um ambiente mais acolhedor, as técnicas gastronômicas conseguem minimizar o impacto da internação causado nos pacientes, através de novos conceitos relacionados com alimentação, como forma de contribuir para redução das taxas de desnutrição hospitalar.

Em suma, foi possível evidenciar através dos estudos científicos, compilados nesta revisão, que às técnicas gastronômicas foram essenciais para o sucesso da aceitabilidade das dietas terapêuticas fornecidas para pacientes internados. É válido destacar que, uma assistência qualificada e treinamento eficiente da equipe de nutrição, é fundamental para conseguir ações resolutivas e benéficas para a aceitação das dietas terapêuticas.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Y. G., et al. Can hospitalized patients adequately estimate their own food intake? A cross-sectional pilot study. **Revista de Nutrição**, v.35, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/gKjpgYKt3P4msxLdkKQjQjp/>. Acesso em: 19 ago 2022.

ARIAS, R., et al. Dietas en las instituciones hospitalarias. **MEDISAN**, v. 16, n. 10, 2012. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012001000015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000015). Acesso em: 21 set 2022.

ABDELHAFEZ, A. M., et al. Analysis of Factors Affecting the Satisfaction Levels of Patients Toward Food Services at General Hospitals in Makkah, Saudi Arabia. **American Journal of Medicine and Medical Sciences**, v. 2, p: 123–130, 2012. Disponível em: <http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20120206.03.html>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 60 p.: il.

BARCUS, G. C., et al. Nutrition Screening, Reported Dietary Intake, Hospital Foods, and Malnutrition in Critical Care Patients in Malawi. **Nutrients**, v.13, n.4, p:1170, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8066941/>. Acesso em: 21 out. 2022.

BARBOSA, A. A. de O.; VICENTINI, A. P. V.; LANGA, F. R. Comparison of NRS-2002 criteria with nutritional risk in hospitalized patients. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.25042017>. Acesso em: 12 out. 2022.

BELLANTI, F., et al. Malnutrition in Hospitalized Old Patients: Screening and Diagnosis, Clinical Outcomes, and Management. **Nutrients**, v.14, n.4, p:910, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8880030/>. Acesso em: 21 set 2022.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo Científico como forma de comunicação. **Revista Odontologia caUniv**. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

CASADO, A. V. D. M.; BARBOSA, L. S. Acceptance of low-sodium diet and nutritional status by hospitalized patients in the Public Hospital of Goiania. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – v. 39, n. 2, p:188-194, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/283197152\\_Aceitacao\\_de\\_dieta\\_hipossodica\\_e\\_estado\\_nutricional\\_de\\_pacientes\\_internados\\_em\\_hospital\\_publico\\_de\\_Goiania](https://www.researchgate.net/publication/283197152_Aceitacao_de_dieta_hipossodica_e_estado_nutricional_de_pacientes_internados_em_hospital_publico_de_Goiania). Acesso em: 21 set 2022.

CABRAL, J. V. B.; OLIVEIRA, F. H. P.C. de; SHINOHARA, N. K. S. A gastronomia hospitalar como ferramenta de bem-estar ao paciente. **Higiene alimentar**, v.29, n.250/251, p:

167-171, nov.-dez. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/vti-18488>. Acesso em: 19 ago 2022.

CEDERHOLM, T., et al. Diagnostic criteria for malnutrition e An ESPEN Consensus Statement. **Clinical Nutrition**, v. 34, p: 335-340, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0261561415000758>. Acesso em: 19 ago 2022.

CORREIA, M., I. T., D.; PERMAN, M. I.; WAITZBERG, D. L. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. **Clinical Nutrition**, v.36, n.4, p: 958-967, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561416301601#bib115>. Acesso em: 30 ago 2022.

CORREIA, M. I. T., D., et al. Prevalence of malnutrition risk and its association with mortality: nutritionDay Latin America survey results. **Clinical Nutrition**, v. 40, p: 5114-5121, 2021. Disponível em: <https://www.clinicalnutritionjournal.com/action/showPdf?pii=S0261-5614%2821%2900357-5>. Acesso em: 23 set 2022.

CUPPARI, L. Guia de nutrição: clinica no adulto. 3. ed. Barueri: Manole, 2014. 572.p

CHEUNG, G., et al. Dietary, food service, and mealtime interventions to promote food intake in acute care adult patients. **Journal Nutrition Gerontology Geriatrics**, v.32, n. 3, p:175-221, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23924254/>. Acesso em: 12 out. 2022.

CHEN, Y.; MICHALAK, M.; AGELLON, L. B. Importance of Nutrients and Nutrient Metabolism on Human Health. **O Yale Journal of Biology and Medicine**, v.91, n.2, p: 95–103, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6020734/>. Acesso em: 12 out. 2022.

ELIA, M. Defining, Recognizing, and Reporting Malnutrition. **International Journal of Lower Extremity Wounds**, v.16, p:230–237, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29145755/>. Acesso em: 12 set. 2022.

EBSERH-Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Manual de Dietas Hospitalares – Vitória: HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hucam-ufes/comunicacao/noticias/hospital-lanca-manual-de-dietas-orais/manual-de-dietas-orais-hucam-versao-final-19-08-20.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

FERREIRA, D.; GUIMARÃES, T. G.; MARCADENTI, A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. **Einstein**, v.11, n.1, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/sc58CfXBvzfBP93Lgxrr5yy/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago 2022.

FERREIRA, V. A. Evolução e desfecho nutricional em pacientes com período de internação prolongada/Vanessa Aparecida Ferreira. Ponta Grossa, 2018. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Área de concentração – Atenção Interdisciplinar à Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

FISCHER, C. da C., et al. Estratégias gastronômicas para melhorar a aceitabilidade de dietas hospitalares: Uma breve revisão. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e42510515138, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/15138-Article-196513-1-10-20210512%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/15138-Article-196513-1-10-20210512%20(5).pdf). Acesso em: 29 out. 2022.

FELDER, S., et al. Unraveling the Link between Malnutrition and Adverse Clinical Outcomes: Association of Acute and Chronic Malnutrition Measures with Blood Biomarkers from Different Pathophysiological States. **Annals of Nutrition and Metabolism Guidelines**, v.68, p:164–172, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472678/>. Acesso em: 29 set. 2022.

GIL, A., C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GARCÍA, M. G.; HERA, A. D. L. H. D. L. Dietética. hospitalaria y gastronomía saludable. **Nutrición Hospitalaria**, v.35, p: 140-145, 2018. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112018000700024](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700024). Acesso em: 23 set 2022.

GOMES, F., et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. **Clinical Nutrition**, v.37, n.1, p:336-353, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561417302364>. Acesso em: 29 ago 2022.

HINOJOSAL, L. A. C.; PACCHA, K. G. V.; PINOARGOTE, F. R.M. Administración en dietoterapia hospitalaria. **Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las ciencias.**, v. 1, n. 5, p: 310-319, 2021. Disponível em: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/620>. Acesso em: 23 set 2022.

HORTA, M. G., et al. Aplicação de técnicas gastronômicas para a melhoria da qualidade sensorial de dietas hospitalares infantis. **Alimentos e Nutrição = Brazilian Journal of Food and Nutrition.**, Araraquara, v.24, n.2, p. 165-173, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://silo.tips/download/aplicacao-de-tecnicas-gastronomicas-para-a-melhoria-da-qualidade-sensorial-de-die>. Acesso em: 23 set 2022.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer I. Serviço de Nutrição e Dietética. Consenso nacional de nutrição oncológica / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Gestão Assistencial, Hospital do Câncer I, Serviço de Nutrição e Dietética; organização Nivaldo Barroso de Pinho. – 2. ed. rev. ampl. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 182p.

JEEJEEBHOY, K., N., et al. Nutritional assessment: comparison of clinical assessment and objective variables for the prediction of length of hospital stay and readmission. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v.101, n.5, p:956–65, 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/101/5/956/4577560>. Acesso em: 23 ago 2022.

JESUS FERNANDO, B., et al. Hospital malnutrition in northeast and southeast Asia: A systematic literature review. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 30, p: 30-45, 2020. Disponível em: <https://clinicalnutritionespen.com/action/showPdf?pii=S2405-4577%2820%2930116-9>. Acesso em: 23 ago 2022.

KIRKLAND, L. L.; SHAUGHNESSY, E. Recognition and Prevention of Nosocomial Malnutrition: A Review and A Call to Action! **The American Journal of Medicine**, v.130, p:1345–1350, 2017. Disponível em:[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(17\)30827-6/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(17)30827-6/fulltext). Acesso em: 12 set. 2022.

KYUNGJOO, K., et al. Assessment of foodservice quality and identification of improvement strategies using hospital foodservice quality model. **Nutrition Research and Practice**, v. 4, n. 2, p:163-172, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2867228/>. Acesso em: 12 out. 2022.

KONDRUP, J., et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. **Clinical Nutrition**, v. 22, n. 3, p:321-336, 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0261561402002145>. Acesso em: 12 out. 2022.

KELLER, H., et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. **Journal Human Nutrition Dietetics**, v.28, p:546–57, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jhn.12314>. Acesso em: 22 ago 2022.

KONTOGIANNI, M. D., et al. Exploring factors influencing dietary intake during hospitalization: Results from analyzing nutritionDay's database (2006-2013). **Clinical Nutrition ESPEN**, v.38, p:263-270, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32690167/>. Acesso em: 19 ago 2022.

LIM, S. L., et al. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. **Clinical Nutrition**, v.31, n.3, p: 345-350, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22122869/>. Acesso em: 20 set 2022.

LINDMAN, A.; RASMUSSEN, H. B.; ANDERSEN, N. F. Food caregivers influence on nutritional intake among admitted haematological cancer patients - a prospective study. **European of Journal Oncology Nursing**, v. 6, p:827-834, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24012191/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

LOPES, E., et al. Os benefícios da implantação da gastronomia hospitalar para o público adulto: Uma verisão de bibliográfica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.7.n.10. out. 2021. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/2651/1042>. Acesso em: 22 ago 2022.

MAHAKALKAR, C. C., et al. Malnutrition in hospitalised patients; a real concern in surgical outcomes. **International Journal of Research in Medical Sciences**, v.2, p: 250-257, 2014. Disponível em: <https://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/2116>. Acesso em: 29 set 2022.

MESSINA, G., et al. Patients' evaluation of hospital foodservice quality in Italy: what do patients really value? **Public Health Nutrition**, v. 16, n.4, p:730-7, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22874795/>. Acesso em: 20 out. 2022.

NAVARRO, D. A., et al. Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients. **Clinical Nutrition**, v.35, p: 1153-1158, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26627844/>. Acesso em: 20 out. 2022.

OCÓN, B., et al. Comparación de dos herramientas de cribado nutricional para predecir la aparición de complicaciones en pacientes hospitalizados. **Nutricion Hospitalaria**, v.27, n. 3, p:701-706, 2012. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000300004). Acesso em: 13 out. 2022.

OLIVEIRA, C. M. V. de. Cozinha nutricional / Claudia Modesto Veludo de Oliveira. – Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2018. 200 p.

OLIVEIRA, E. J. C.; OLIVEIRA, T. C.; SANTOS, V. S. “Dentro das condições que a gente tem”: Percepções de nutricionistas sobre gastronomia em hospital universitário. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 9, n.02, 28-38, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1145731/dentro-das-condicoes-que-a-gente-tem.pdf>. Acesso em: 29 out. 2022.

OLIVEIRA, M. J. F. de.; ARAÚJO, A. J. S. de.; MAZER, V. de B. S. Papel do nutricionista em uma equipe de saúde hospitalar multiprofissional: percepção e expectativas de seus integrantes. **BRASPEN Journal**, v.35, n. 3, p: 270-8, 2020. Disponível em: <https://wdcom.s3.sa-east1.amazonaws.com/hosting/braspen/journal/2020/journal/jul-set-2020/12-Papel-do-nutricionista.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

OSMAN, N., S., et al. Hospital Food Service Strategies to Improve Food Intakes among Inpatients: A Systematic Review. **Nutrients**, v.13, n.10, p:3649, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8537902/>. Acesso em: 20 out. 2022.

PALMIERI, B. N., et al. Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p: 2-9, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/vhSYwPr5ytbN3rFCPRvTbkm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

PAIVA, M. D. E. B., et al. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 1, p:48-55, 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n1/a08v46n1.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

PEDROSO, C. G. T.; SOUSA, A. A.; SALLES, R. K. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionista para atendimento humanizado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1155-1162, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HvzWRH653djgL3JFQVCb35m/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2022.

- PINEDA, J. C. C., et al. Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: association with prognostic variables. The ENHOLA study. **Nutricion Hospitalaria**, v.33, n.3, p:275, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27513502/>. Acesso em: 13 out. 2022.
- PINTO, C. C.; ALVES, E. A. A Gastronomia no Contexto da Hotelaria Hospitalar: um estudo de caso na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 2, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145731>. Acesso em: 29 out. 2022.
- PRODANOV, C. C. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RATTRAY, M.; DESBROW, B.; ROBERTS, S. Comparing nutritional requirements, provision and intakes among patients prescribed therapeutic diets in hospital: an observational study. **Nutrition**, v. 3, p :50-56, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2017.03.006>. Acesso em: 22 set 2022.
- REBER, E., et al. Nutritional Management of Medical Inpatients. **Journal of Clinical Medicine**, v.8, n. 8, p: 1130, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6722626/>. Acesso em: 29 set 2022.
- RIGO, A. E. M., et al. Aceitabilidade e fatores associados ao consumo dietético em pacientes diabéticos de um hospital público universitário. **Demetra**, v.15, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/51595/3526>. Acesso em: 12 out. 2022.
- RIBAS, S. A.; PINTO, E. de O.; RODRIGUES C. B. Determinantes do grau de aceitabilidade da dieta hospitalar: ferramentas para a prática clínica. **Demetra**, v. 8, n .2, p: 137-148, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/3788>. Acesso em: 23 ago 2022.
- ROLLS, E.T. The texture and taste of food in the brain. **Journal Texture Stud**, v.51, p:23–44, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31598975/>. Acesso em: 14 out. 2022.
- ROLLS, E. T. Reward Systems in the Brain and Nutrition. **Annual Review of Nutrition**, v.36, n. 1, p:435–470, 2016. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-nutr-071715-050725>. Acesso em: 14 out. 2022.
- SANTOS, S. V., et al. Efeito da gastronomia na aceitabilidade de dietas hospitalares. **Nutrición clínica dietética hospitalaria**, v.37, n.3, p:17-22, 2017. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/FerreiraAlmeida.pdf>. Acesso em: 19 ago 2022

SANZ-PARIS, A., et al. Role of Oral Nutritional Supplements Enriched with B-hydroxy-B-Methylbutyrate in Maintaining Muscle Function and Improving Clinical Outcomes in Various Clinical Settings. **The Journal Nutrition Health Aging**, v. 22, n.6, p: 664–675, 2018.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984960/>. Acesso em: 20 set 2022.

SILVA, M. de M. A. Manual de dietas hospitalares. São Paulo, 4º edição, 2012. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2012/sms-7239/sms-7239-3450.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SILVA, M. de M. A. Manual de dietas hospitalares. São Paulo, 6º edição, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2016/sms-12558/sms-12558-9436.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SILVA, S. M. da S.; MAURÍCIO, A. A. Gastronomia hospitalar: um novo recurso para melhorar a aceitação de dietas. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n.1, p: 17-27, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/3497>. Acesso em: 19 ago 2022.

SILVA, F. R. de M., et al. Factors associated with malnutrition in hospitalized cancer patients: a cross-sectional study. **Nutrition Journal**, v.14, n. 123, 2015. Disponível em: <https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12937-015-0113-1>. Acesso em: 20 set 2022.

SOUZA, S. V., et al. Efeito da gastronomia na aceitabilidade de dietas hospitalares. **Nutrición clínica dietética hospitalaria**, v.37, n.3, p:17-22, 2017. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/FerreiraAlmeida.pdf>. Acesso em: 19 ago 2022.

SOUZA, A. A. de; GLORIA, M.de S.; CARDOSO, T. S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. **Revista de Nutrição**, v. 24, n.2, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/hNxmKnkqQsbvYmntn6YvB6WJ/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

SHPATA, V., et al. Malnutrition at the time of surgery affects negatively the clinical outcome of critically ill patients with gastrointestinal cancer. **Medical Archives**, v.68, n.4, p: 263-267, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4240570/>. Acesso em: 30 ago 2022.

SKIPPER, A., et al. Nutrition screening tools: An analysis of the evidence. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 36, p:292–298, 2012. Disponível em: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607111414023>. Acesso em: 12 set. 2022.

SCHINDLER, K., et al. To eat or not to eat? Indicators for reduced food intake in 91,245 patients hospitalized on nutritionDays 2006–2014 in 56 countries worldwide: a descriptive analysis. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v.104, n. 5, p: 1393–1402, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/104/5/1393/4668564>. Acesso em: 19 ago 2022.

SUN, H., et al. A comprehensive nutritional survey of hospitalized patients: Results from nutritionDay 2016 in China. *PLoS ONE*, v.13, p:1–16, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5863998/>. Acesso em: 20 set 2022.

SCHUETZ, P., et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. **The Lancet**, v. 393, p: 2312-2321, JUNE 08, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)32776-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)32776-4.pdf). Acesso em: 22 set. 2022.

SCHUTZ, P., et al. Loss of appetite in acutely ill medical inpatients: Physiological response or therapeutic target? **Swiss Medical Weekly**, v. 144., 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/261998146\\_Loss\\_of\\_appetite\\_in\\_acutely\\_ill\\_medical\\_inpatients\\_Physiological\\_response\\_or\\_therapeutic\\_target](https://www.researchgate.net/publication/261998146_Loss_of_appetite_in_acutely_ill_medical_inpatients_Physiological_response_or_therapeutic_target). Acesso em: 30 set. 2022.

THIBAUT, R., et al. Healthcare-Associated infections are associated with insufficient dietary intake: an observational cross-sectional study. **Plos One**, v.10, n.4, p:1-13, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123695>. Acesso em: 22 ago 2022.

THIBAUT, R., et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. **Clinical Nutrition**, v. 40, n. 12, p: 5684-5709,2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0261561421004568>. Acesso em: 20 set 2022.

TRANG, S., et al. A multi-center assessment of nutrient levels and foods provided by hospital patient menus. **Nutrients**, v.11, n.7, p:9256-9264, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26569294/>. Acesso em: 20 out.2022.

VALE, F. C. R.; LOGRADO, M. H. G. Estudos de validação de ferramentas de triagem e avaliação nutricional: uma revisão acerca da sensibilidade e especificidade. **Ciências Saúde**, v. 22, n. 4, p: 31-46, 2013. Disponível em: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_ESCS\\_v23\\_n1\\_a03\\_estudos\\_validacao\\_ferramentas.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a03_estudos_validacao_ferramentas.pdf). Acesso em: 12 out. 2022.

VERGARA, S. C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

VERRENGIA, E. C.; SOUSA, A. A., de. A dieta hipossódica na percepção de indivíduos hipertensos hospitalizados. **Demetra**, v.7, n. 3, p: 181-190, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br>. Acesso em: 12 out. 2022.

YOUNG, L. S., et al. Nutritional status and feeding practices in gastrointestinal surgery patients at Bach Mai Hospital, Hanoi, Vietnam. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, v. 25, p:513-520, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5318161/>. Acesso em: 30 set 2022.