

Análise do índice de resto ingestão de pacientes em um hospital oncológico de Muriaé (MG)

Elaine ESTEVAM, elainne_estevam@hotmail.com¹; **Bethânia Estevam Moreira CABRAL**²

1. Nutricionista da Fundação Cristiano Varella/Hospital do Câncer de Muriaé.
2. Nutricionista RT da Fundação Cristiano Varella/Hospital do Câncer de Muriaé.

Artigo protocolado em 5 ago. 2014 e aprovado em 1º mar. 2015.

RESUMO: Analisou-se o índice de resto ingestão de refeições (almoço) oferecidas aos pacientes em um hospital oncológico de Muriaé (MG) e discutiu-se a importância do estabelecimento de um valor referencial específico para o resto ingestão de coletividade enferma oncológica. Os resultados mostraram que a meta que estabelece como 20% o percentual de resto ingestão máximo para população enferma foi atingida em 48% dos meses analisados, e a média encontrada para o resto ingestão no período avaliado foi de 21,7%. Com base na média entre os resultados encontrados no estudo (26%) e considerando que a partir de outubro de 2012, após a adaptação do cardápio, nenhum resultado ultrapassou essa margem, sugere-se a média encontrada como padrão referencial para esta população.

Palavras-chave: resto ingestão, paciente oncológico, alimentação.

ABSTRACT: Rest ingestion ratio analysis of patients in a cancer hospital in Muriaé (MG). We analyzed the rest ingestion of meals (lunch) offered to patients in a cancer hospital in Muriaé (MG) and discussed the importance of establishing a specific reference value for the rest ingestion of oncological sick community. The results showed that the goal which establishes as 20% the percentage of rest ingestion for sick population was achieved in 48% of the analyzed months, and the average found for the rest ingestion during the study period was of 21.7%. Based on the average between the results found in the study (26%) and considering that from October 2012, after the adaptation of the menu, no results surpassed this margin, it's suggested the average found as standard reference for this population.

Keywords: rest ingestion, cancer patients, food.

Introdução

Uma forma de monitorar a qualidade das refeições servidas e sua aceitação por parte do paciente é o acompanhamento do resto ingestão pelas unidades de alimentação e nutrição (UANs) (PROENÇA et al., 2005; MARTINS; EPSTEIN; OLIVEIRA, 2006). O resto ingestão é a relação entre a quantidade de alimentos fornecida e o resto devolvido nas bandejas pelo paciente, o valor é convertido e expresso em percentual (PARISENTI; COPETTI; ESPÍNDOLA, 2008).

A medida é eficiente para indicar a qualidade da refeição servida, além de controlar os desperdícios e custos, sendo importante fator quando se pensa em qualidade da terapia nutricional (RIBEIRO; JUSTO, 2003; PROENÇA et al., 2005; ROLIM et al., 2011). O fornecimento de uma alimentação de qualidade é parte integrante da assistência nutricional em um hospital, visto que a mesma irá contribuir para proporcionar o aporte nutricional adequado ao paciente (MARTINS; EPSTEIN; OLIVEIRA, 2006).

As refeições consumidas em hospitais muitas vezes são analisadas sensorialmente de maneira negativa pelos pacientes pelo simples fato de eles estarem internados, e no momento não visualizarem a comida como a que é preparada habitualmente em seus domicílios (MARTINS; EPSTEIN; OLIVEIRA, 2006; SILVA, 2007; GODOY; LOPES; GARCIA, 2007). A terapia

nutricional, nesses casos, deve ser intensificada, pois o prazer de comer não deve ser esquecido e sim incentivado pelo nutricionista, contando com toda a estrutura do Serviço de Nutrição e Dietética no sentido de produzir uma refeição que atenda às características alimentares específicas dos pacientes e com o apoio das copeiras, para que ofereçam ao paciente opções que possam estimulá-los a se alimentar (GINANE; ARAÚJO, 2002; ROLIM et al., 2011).

É fundamental para a recuperação do paciente oncológico satisfazer suas exigências nutricionais para que, recuperando ou mantendo seu estado nutricional adequado, ele obtenha melhores respostas ao tratamento (SILVA, 2007; ROLIM et al., 2011). A doença, associada à internação, deixa o paciente debilitado, por isso, a nutrição hospitalar deve participar ativamente do processo de recuperação da saúde, atuando de forma conjunta com os demais profissionais. A alimentação abrange, além do sentido de satisfazer aspectos emocionais, psicológicos e motivacionais dos indivíduos, também a manutenção da saúde, auxiliando nos processos de recuperação (SILVA, 2007; LAGES; RIBEIRO; SOARES, 2013).

Buscar estratégias para otimizar o planejamento de cardápios, adaptando as preparações ao perfil dos comensais e melhorando a forma de ofertar ou apresentar as refeições são atitudes essenciais para uma boa aceitação da alimentação hospitalar. Tais cuidados podem ter influência positiva em vários aspectos da saúde do paciente auxiliando, por exemplo, na redução ou combate da desnutrição hospitalar. Além disso, alcança importância também sob o ponto de vista econômico, pois quanto melhor a aceitação da alimentação, menor o desperdício de alimentos (SILVA, 2006; ROLIM et al., 2011). A intervenção nutroterápica adequadamente conduzida pode promover menores taxas de morbimortalidade e tempo de permanência hospitalar e representa o ponto inicial de atenção junto ao tratamento, tornando-se coadjuvante de todo e qualquer tratamento clínico, passando a ter um significado muito mais importante do que a simples oferta de alimentos (GODOY; LOPES; GARCIA, 2007).

O planejamento da alimentação hospitalar para pacientes com câncer e o propósito de aumento da aceitação da mesma são exercícios diários, devido às implicações da própria doença sobre o paciente, que afeta seu apetite e o estímulo à alimentação (SILVA, 2007; LAGES; RIBEIRO; SOARES, 2013). A redução no consumo alimentar do paciente oncológico é multifatorial, podendo estar relacionada a fatores específicos do tumor e do tratamento, além da anorexia propriamente dita. Estes pacientes frequentemente possuem problemas que dificultam a alimentação como mucosite, náuseas, vômitos, alteração do paladar, disfagia, obstrução do trato gastrointestinal e dificuldades para deglutição (SILVA, 2006; ROLIM et al., 2011).

A diminuição da ingestão alimentar acarreta ao paciente perda de peso ponderal associada à desnutrição. Estudos relatam que pacientes oncológicos estão mais susceptíveis à desnutrição do que os demais pacientes hospitalizados cujas alterações no organismo têm relação com a diminuição do consumo alimentar (SILVA, 2006; ROLIM et al., 2011). Todas essas alterações são intensificadas com a utilização das terapias de combate ao câncer como radioterapia, quimioterapia e cirurgia, visto que elas também afetam a deglutição e o paladar, além de provocar diversos efeitos colaterais e, até mesmo, a anorexia (ARAÚJO, SILVA; FORTES, 2008; LAGES; RIBEIRO; SOARES, 2013). Acrescenta-se também a dor, um outro fator que tem influência na diminuição do prazer em se alimentar (WAITZBERG, 2004).

Diante do exposto, o trabalho analisou o índice de resto ingestão das refeições (almoço) oferecidas aos pacientes em um hospital oncológico de Muriaé (MG) e discutiu a importância do estabelecimento de um valor referencial específico para o resto ingestão de coletividade enferma oncológica.

I – Material e métodos

Foi realizado um estudo transversal com caráter retrospectivo para avaliação do percentual de resto ingestão mensal do paciente oncológico, no período de fevereiro de 2012 a fevereiro de 2014. Os dados colhidos durante o período foram arquivados em software específico da instituição, visto que configuram um indicador de qualidade do Serviço de Nutrição e Dietética (SND). Para coleta dos resultados, procedeu-se uma consulta ao banco de dados.

A metodologia utilizada para coleta de dados do resto ingestão era aplicada semanalmente da seguinte forma: realizava-se a pesagem das bandejas com as refeições na UAN, antes de serem servidas aos pacientes, e nas unidades de internação, após o consumo. Para pesagem, utilizou-se balança digital marca Plena, com capacidade máxima para 1 kg e precisão de 1 g. Eram escolhidas aleatoriamente 15 bandejas, representando 10% dos leitos ativos da instituição, sendo a disposição: Unidade de Internação Cirúrgica, 5 bandejas; Unidade de Internação de Quimioterapia, 5 bandejas; Unidade de Internação Clínica, 2 bandejas. Nos setores de Pronto Atendimento, Hospital Dia e UTI computou-se apenas uma bandeja por setor, devido ao menor número de leitos. Para o cálculo, após a pesagem, descontou-se o peso do refil no peso inicial da refeição e também no peso final. Na pesagem final, eram descartados todos os materiais não comestíveis, como guardanapos, colheres descartáveis, ossos, etc. (MEZOMO, 2002).

Posteriormente, somou-se o total ofertado e o total não consumido pelo paciente e calculou-se o percentual através de regra de três simples.

Os dados eram anotados em uma planilha para controle específica do SND. Considerou-se adequado o percentual de resto ingestão inferior a 20%, referência para população enferma (MEZOMO, 2002; CASTRO; OLIVEIRA; SILVA, 2003).

II – Resultados e discussão

Os resultados obtidos (Gráfico 1) mostram que a meta que estabelece como 20% o percentual de resto ingestão máximo foi atingida em 48% dos meses analisados. A meta foi alcançada em 12 do total de 25 meses, sendo que os melhores resultados foram obtidos a partir do ano de 2013.

A média encontrada para o resto ingestão no período avaliado foi de 21,7%, apesar de estar acima do valor recomendado, tal resultado encontra-se mais próximo do estipulado em relação aos outros estudos, como o realizado por Rolim et al. (2011), que analisou aceitação alimentar de pacientes oncológicos em um hospital filantrópico em Natal (RN), encontrando média de sobras de 27%. Em outro estudo, realizado por Mattiello (2008), a média de resto ingestão na unidade estudada foi de 31,5%. Em relação à dieta livre e para diabéticos, a média obtida foi de 26,02%, cuja preparação mais rejeitada foi o arroz (33,81%), seguida da guarnição (27,7%) e feijão (26,2%). Em relação à dieta branda, o índice de resto ingestão foi de 33,29%.

No presente estudo, verifica-se ainda que apenas em 2 meses no ano de 2012 alcançou-se o resultado esperado. A baixa aceitação alimentar pode acarretar no paciente com câncer a desnutrição, que é uma complicação frequente e muito preocupante, visto que está associada à diminuição da resposta a tratamentos antineoplásicos específicos, redução da qualidade de vida do paciente, maiores riscos de infecções, aumento do tempo de hospitalização e morbimortalidade (SILVA, 2006; FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013).

Diversos fatores estão envolvidos na origem da desnutrição entre pacientes oncológicos, com destaque para os efeitos colaterais produzidos pela terapêutica escolhida para o tratamento da doença, que podem diminuir a aceitação da dieta e, conseqüentemente, levar ao comprometimento do estado nutricional. Dessa forma, investigar os impactos desses sintomas sobre a ingestão alimentar torna-se indispensável para planejar uma intervenção nutricional precoce e mais efetiva entre os pacientes (FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013).

Os sintomas do tratamento oncológico também foram um dos motivos encontrados na análise dos resultados deste trabalho, além do próprio cardápio composto de molhos, saladas cruas e acrescidas de muitos ingredientes, tortas, preparações elaboradas que, apesar de saborosas, não

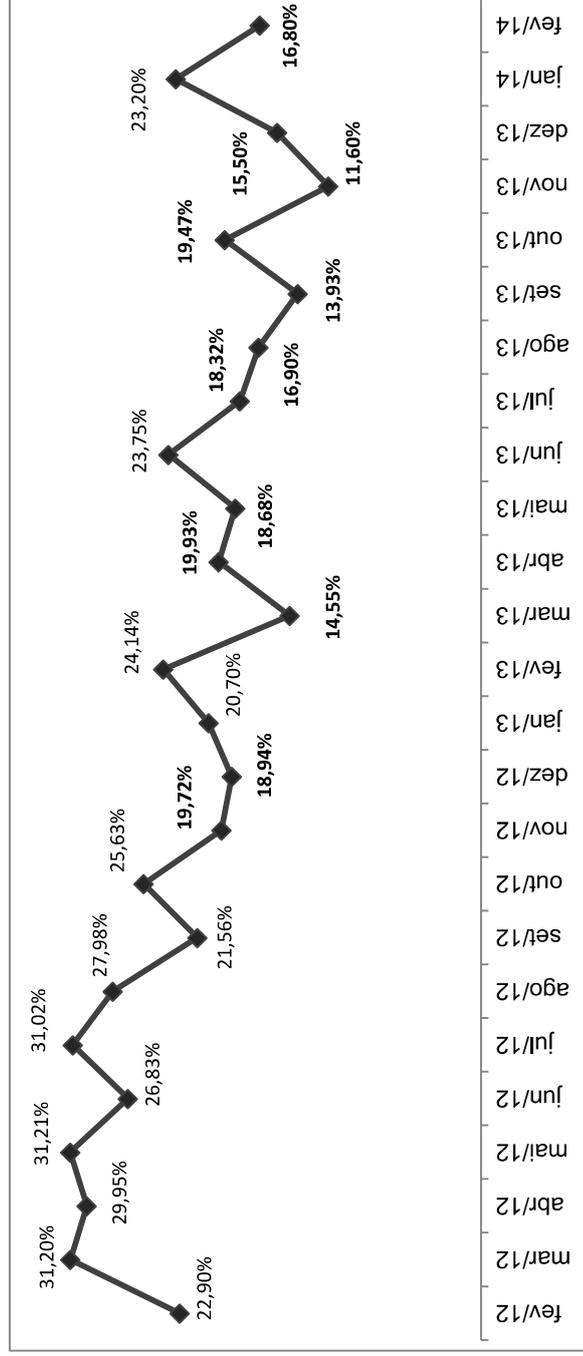


GRÁFICO 1 Resultados do resto ingestão de pacientes oncológicos de fevereiro de 2012 a fevereiro de 2014

compunham o hábito alimentar cotidiano dos pacientes, sendo possivelmente menos atraentes a eles.

Alguns estudos realizados recentemente também abordaram as justificativas dos pacientes acerca da ingestão incompleta dos alimentos, como o de Fonseca (2006), que entrevistou pacientes com câncer submetidos à laparotomia. Os motivos apontados para as sobras foram fatores como: falta de apetite, vômitos, sabor ruim do alimento, náusea, aversão ao alimento oferecido e gases. Tais respostas também foram encontradas por Morimoto (2002), além de alterações no paladar devido ao uso de medicamentos, fatores emocionais como distância da família e horários das refeições não correspondentes à rotina.

A fim de estimular o paciente a se alimentar, o planejamento de cardápios mais adaptados ao cotidiano e preferências alimentares dos pacientes foi necessário, traçando um perfil geral da população atendida, aplicando um novo conceito na elaboração das refeições.

A partir de outubro de 2012, com essa mudança, percebeu-se uma modificação importante no perfil de ingestão, sendo que apenas 4 resultados estiveram acima de 20% (Gráfico 1), o que demonstra eficácia no desenvolvimento da ação, significando que os cardápios mais adaptados à alimentação mais simples são mais atrativos aos pacientes pelo vínculo emocional e cultural estabelecido, tornando maior a aceitação da dieta por via oral.

A avaliação do consumo alimentar entre pacientes com câncer deve ser uma rotina, pois a alimentação é estratégia complementar ao tratamento, não apenas por seus aspectos nutricionais, mas também por sua dimensão simbólica e subjetiva para o paciente (FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013).

O ato alimentar é parte da identidade pessoal, cultural e social dos indivíduos e é construído nas relações sociais entre amigos, familiares e da sociedade como um todo. O alimento traz uma gama de significados simbólicos que expressam e criam as relações entre os seres humanos e o ambiente natural em que vivem (GODOY; LOPES; GARCIA, 2007). Assim, aspectos como o gosto, a cor, a forma, o aroma e a textura, além da temperatura das refeições, o horário de distribuição, o ambiente onde se dá a refeição, dentre outros elementos, são componentes que precisam ser considerados na abordagem nutricional (SOUSA et al., 2011; FERREIRA; GUIMARÃES; MARCADENTI, 2013).

Quando os aspectos simbólicos da alimentação se perdem para o paciente e não são resgatados, ocorre diminuição da aceitação da alimentação, o que, em longo prazo poderá acarretar em alterações no estado nutricional do paciente, abrindo precedentes para instalação da desnutrição (GODOY;

LOPES; GARCIA, 2007). Entre os fatores causais atribuídos à desnutrição hospitalar, a alimentação é considerada um fator circunstancial em razão das mudanças alimentares, troca de hábitos e horários alimentares. Por isso, é de extrema importância o trabalho do nutricionista ao compatibilizar a oferta de refeições com as necessidades nutricionais e terapêuticas dos pacientes, os seus aspectos culturais e psicológicos e, ao mesmo tempo, administrando as responsabilidades econômico-administrativas que demandam a programação e execução das refeições (NONINO-BORGES et al., 2006; SOUSA et al., 2011).

Analisando a referência encontrada na literatura (20%), é possível observar que não existe um padrão estabelecido para coletividade enferma oncológica. O número de publicações na área ainda é pouco expressivo, porém, devido às particularidades do paciente oncológico, é necessária a definição de um referencial próprio.

Diante disso, considerando os dados obtidos neste trabalho, sugere-se um valor referencial para o resto ingestão de pacientes oncológicos. Com base nos resultados acima do valor referencial para população enferma encontrados no estudo (Tabela 1), calculou-se a média entre esses percentuais, que corresponde a aproximadamente 26%. Considerando que a partir de outubro de 2012, após a adaptação do cardápio nenhum resultado ultrapassou essa margem, o valor encontrado pode ser utilizado como padrão para coletividade enferma oncológica.

III – Considerações finais

A aceitação da alimentação por parte do paciente, medida pelo índice de resto ingestão, é um forte instrumento para a tomada de decisões em relação à terapia nutricional e uma base sólida para o delineamento de ações que vão ao encontro da diminuição da desnutrição hospitalar ou da detecção de pacientes em risco nutricional.

O nutricionista deve, além de executar um trabalho técnico, manter seu olhar sensível à subjetividade humana em seu ambiente de trabalho, estando atento aos aspectos relativos ao significado do alimento para cada indivíduo que assiste diariamente, demonstrando-lhes a importância da alimentação como fonte de nutrição, vitalidade e saúde e deixando claro o seu papel como parte integrante do tratamento oncológico.

Percebe-se ainda que, apesar da preocupação com os aspectos nutricionais do paciente com câncer, dada pouca atenção tem sido dada para a aceitação da dieta hospitalar, sendo escassos os estudos que avaliam a ingestão alimentar. A quantidade de publicações a respeito do assunto ainda é muito pequena, sobretudo em relação à proposição de um referencial

TABELA 1 Resultados acima do referencial para população enferma

Mês	Resultado
fev/12	22,90%
mar/12	31,20%
abr/12	29,95%
mai/12	31,21%
jun/12	26,83%
jul/12	31,02%
ago/12	27,98%
set/12	21,56%
out/12	25,63%
jan/13	20,70%
fev/13	24,14%
jun/13	23,75%
jan/14	23,20%
Média	26,16%

para o resto ingestão de pacientes oncológicos. Por isso, este estudo torna-se relevante, apresentando subsídios para o entendimento da prática da aceitação da alimentação no contexto hospitalar e indícios que possibilitam a sugestão do valor referencial de 26% de resto ingestão como padrão referencial para a coletividade enferma oncológica.

Referências

ARAÚJO, F. F.; SILVA, C. C.; FORTES, R. C. Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos: uma revisão da literatura. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-70, 2008.

CASTRO, M. D. A. S.; OLIVEIRA, L. F.; SILVA, L. P. R. B. Resto-Ingesta e aceitação de refeições em uma Unidade de Alimentação e Nutrição. **Higiene Alimentar**, São Paulo, n. 17, v. 114/115, p. 24-8, 2003.

FERREIRA, D.; GUIMARÃES, T. G.; MARCADENTI, A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 41- 46, 2013.

FONSECA, P. C. **Estado nutricional e adequação da ingestão alimentar em pacientes submetidos à laparotomia**. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Ciência de Alimentos da Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, 2006.

GINANE, V.; ARAÚJO, W. Gastronomia e dietas hospitalares. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, n. 56, p. 49-52, 2002.

GODOY, A. M.; LOPES, D. A.; GARCIA, R. W. D. Transformações socioculturais da alimentação hospitalar. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 197-215, 2007.

LAGES, P. C.; RIBEIRO, R. C.; SOARES, L. S. A gastronomia como proposta de qualificação dietética das refeições hospitalares pastosas: análise, intervenção e avaliação. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 24, n. 1, p. 91-99, jan./mar. 2013.

MARTINS, M. T. S.; EPSTEIN, M.; OLIVEIRA, D. R. M. Parâmetros de controle e/ou monitoramento da qualidade do serviço empregado em uma unidade de alimentação e nutrição. **Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 20, n. 142, p. 52-57, 2006.

MATTIELO, G. F. **Análise do índice de resto-ingestão em uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar**. 2008. 15 f. Trabalho de Conclusão de

Curso (Bacharelado em Nutrição) – Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel (PR), 2008.

MEZOMO, I. B. **Os serviços de alimentação: planejamento e administração**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2002.

NONINO-BORGES C. B.; BARBOSA, C; RABITO, E. I.; SILVA, K.; FERRAZ, C. A.; CHIARELLO, P. G.; SANTOS, J. S.; MARCHINI, J. S. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 350-356, maio/jun. 2006.

PARISENTI, J.; COPETTI, C. F.; ESPÍNDOLA, C. G. Avaliação de sobras de alimentos em unidade produtora de refeições hospitalares e efeitos da implantação do sistema de hotelaria. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 19, n. 2, p. 191-194, abr./jun. 2008.

PROENÇA, R. P. C et al. **Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições**. Florianópolis: UFSC, 2005.

RIBEIRO, C. B.; JUSTO, M. C. P. **Controle do resto-ingesta em unidade de alimentação e nutrição hospitalar**. São José do Rio Preto (SP): Centro Universitário de São José do Rio Preto (UNIRP), 2003. Disponível em: <http://www.nutrinews.com.br/TrabAcad/Grad/Grad_UNIRP_005_Cacilda.html>. Acesso em: 05 mar. 2014.

ROLIM, P. M.; SOUZA, K. M.; FILGUEIRA, L. P.; SILVA, L. C. Apresentação da refeição versus desperdício de alimentos na alimentação de pacientes oncológicos. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 22, n. 1, p. 137-142, 2011.

SILVA, A. R. F. **Desenvolvimento de critério objetivo para a sinalização da ingestão alimentar deficiente de paciente hospitalizado**. 2007. 78 f. Dissertação (Mestrado em Alimentos e Nutrição) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara (SP), 2007.

SILVA, M. P. N. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 59-77, jan./mar. 2006.

SOUSA, A. A.; GLORIA, M. S.; CARDOSO, T. S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 287-294, mar./abr. 2011.

WAITZBERG, D. L. **Dieta, nutrição e câncer**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.