

AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE RESTO INGESTÃO DOS PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DO NOROESTE MINEIRO

Ághata Costa Silva¹
Leandro Gosling Batista²

RESUMO

Em um mundo cada vez mais competitivo, onde o sistema cobra agilidade nos processos acontece que alguns assuntos são deixados de lado, como o descaso do desperdício de alimentos. Estando presente em vários países em grande escala, tornando-se um problema de cunho social. Implicando no desequilíbrio da administração dos recursos, pois a produção de alimento é grande, mas por outro lado existe uma parcela da população que não têm acesso a estes alimentos, não ingerindo o suficiente para suprir suas necessidades. Daí mostra-se a importância de uma intervenção efetiva deste caso. Sabendo que o alimento é o meio pelo qual o homem utiliza para viver, é fundamental o bom gerenciamento deste recurso. Com isso, é necessário avaliar o índice de desperdício em certos estabelecimentos, a fim de reduzi-lo, sendo os hospitais como um deles, visto que existem 6.500 hospitais no país integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). A problemática do trabalho é: o nível de resto ingestão dos pacientes internados está dentro do nível aceitável pela literatura? Com objetivo geral de avaliar o índice de resto ingestão no almoço dos pacientes internados, na clínica médica. É esperado uma resto ingestão acima do estabelecido pela literatura, que pode estar relacionada com a falta de conhecimento sobre o limite aceitável de desperdício ou pela ausência de um planejamento e controle de produção correto, geralmente o profissional responsável não gerencia a verba do governo da melhor forma, causando desperdício e por consequência prejuízo para a sociedade. As dietas modificadas para patologias específicas também podem

¹ Aluna do 8º período do curso de Nutrição da Faculdade Atenas.

² Coordenador e Professor do curso Nutrição da Faculdade Atenas.

influenciar diretamente sobre o nível de aceitação do cardápio, além das propriedades organolépticas da refeição. O resultado final foi 30,53% de resto ingestão, acima do indicado pela literatura. Como espero antes na hipótese. Quando comparado às médias de resto ingestão de acordo com o tipo de dieta, aquelas que se destacaram foram à hipossódica e branda, apresentado os maiores valores, com 33,58% e 33,19% respectivamente.

Palavras-chave: Hospital. Resto ingestão. Desperdício. Dieta.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A FOME E O DESPERDÍCIO ATUALMENTE

Hoje o Brasil é a sexta potência mundial, mas ainda convive com problemas de um país de terceiro mundo, como pobreza, fome, desnutrição e desigualdade. Uma parcela da população não possui condições de satisfazer suas necessidades humanas básicas, como: comida, abrigo, vestuário, educação e assistência à saúde (MONTEIRO, 2003).

A fome é um problema tão evidente no Brasil, que o governo criou o Programa Fome Zero, sua implantação se deu no início de 2003. Com objetivo de geração de renda, aumento do salário mínimo, incentivar o primeiro emprego para jovens, fornecer o ensino público fundamental em áreas rurais e urbanas. Incentivando a agricultura familiar com políticas de crédito agrícola, criação de restaurantes populares dentre outras ações (MENDES; HERMANN; SILVEIRA, 2004).

Com todas estas estratégias governamentais, como o Programa Fome Zero e PNaN, pode-se verificar que embora o número de pessoas com fome tenha aumentado em relação à fome mundial, a mesma caiu de 37% para 16% da população de 1969 a 2010, portanto visualiza-se que estes programas contribuem para diminuição da fome, mas não é o suficiente para saná-la (FAO, 2010). Estima-se que em 2009, somente 69,8% dos domicílios possui segurança alimentar, 18,7% insegurança alimentar leve, 6,5% com insegurança

alimentar moderada e 5% com insegurança alimentar grave. Esta última situação atinge cerca de 11,2 milhões de 15 pessoas (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2010).

Em um país com alto índice de fome também existe grande disparidade social. O Brasil é um dos maiores produtores agrícolas do mundo, produzindo cerca de 140 milhões de toneladas de alimento anualmente. Com isso, o problema pode estar no acesso e não na falta de comida. Enquanto há abundância de alimentos para uma parcela da população outra parte desta sofre com a falta de alimento (BASTOS; COSTA, 2007).

Para a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) o brasileiro joga mais comida fora do que come (GOULART, 2008). Logo o desperdício é uma questão a ser trabalhada em nosso país, visando reduzir a fome entre os cidadãos brasileiros, para transformar a realidade brasileira também neste aspecto. Já que a fome é considerada como um dos problemas mais solucionáveis no mundo (FAO, 2012b). Nos Estados Unidos é desperdiçado anualmente cerca de 45 bilhões de quilos de alimentos, entre frutas frescas, vegetais, leite e produtos elaborados com grãos. No mesmo país, estima-se que 30 milhões de pessoas passam fome. Seriam necessários cerca de 1,8 bilhões de quilos de alimento para satisfazer as necessidades anuais destas mesmas pessoas (GOULART, 2008).

O Brasil está dentre os 10 países que mais desperdiçam alimentos no mundo, aproximadamente 35% da produção agrícola é descartada, o que daria para alimentar 10 milhões de pessoas. Em média 30% a 40% dos produtos são jogados fora entre a área de produção até chegar à mesa, como verduras, folhas e frutas, fora aqueles que são jogados fora pelo controle de qualidade das indústrias, por não apresentarem a qualidade mínima. Vale lembrar que estes alimentos poderiam estar alimentando 54 milhões de pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza (LOURENÇO, 2004).

Este paradoxo deve ser analisado cautelosamente, sempre na procura da solução ou diminuição do desperdício até um percentual aceitável. O profissional de nutrição é essencial para diminuir o desperdício alimentar, pois este muitas vezes está inserido em de

Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN), que é composto de uma unidade de trabalho ou órgão de uma empresa que executa atividades relacionadas à alimentação e nutrição (TEXEIRA *et al.*, 2007).

O alto índice de desperdício justifica a importância do gerenciamento e controle do mesmo. Pois a produção de grandes quantidades de resto de alimentos está relacionada com a ética e a economia, apresentando reflexos negativos para a sociedade (MOURA, HONAISSER; BOLOGNINI, 2009).

É essencial oferecer uma dieta adequada e balanceada para a saúde do paciente, assegurando o suprimento das necessidades nutricionais, afinal não basta à refeição estar balanceada se a dieta não for consumida pelos comensais (TEIXEIRA *et al.*, 2007).

2 A HISTÓRIA DO HOSPITAL E DIETAS MODIFICADAS

No Brasil as primeiras UAN's surgiram em 1939, no Governo de Getúlio Vargas, através do decreto de lei de nº 1238 onde declarava que as empresas com mais de 500 funcionários é obrigada a instalar refeitórios para os mesmos (RIBEIRO, 2002).

As UAN's se baseiam em um local de trabalho ou órgão de uma empresa que executa atividades ligadas à alimentação e nutrição (TEIXEIRA *et al.*, 2007).

O alimento é um meio que o homem utiliza para viver, manifestando-se através da atividade contínua do organismo, em realizar funções como o metabolismo, reações a estímulos, crescimento, adaptação, reprodução e existência (WAITZBERG, 2009).

Segundo Sousa (2002), a alimentação juntamente com serviço médico e de enfermagem possui papel fundamental para o tratamento e recuperação dos indivíduos internados. O cuidado nutricional é definido pelo processo de ir ao encontro das diferentes necessidades das pessoas, para isto deve-se avaliar o estado nutricional do indivíduo, realizar o diagnóstico nutricional, planejar e priorizar a intervenção nutricional para atingir esta necessidade e avaliar os resultados dos cuidados nutricionais.

Portanto o atendimento nutricional acontece em duas etapas, à primeira delas com o atendimento clínico - nutricional, que consiste em avaliar qual dieta deve ser administrada para o paciente, de acordo com suas necessidades e a segunda etapa, se dá através da elaboração das refeições que serão posteriormente distribuídas para os mesmos.

A dieta destinada à pacientes hospitalizados é chamada dietas terapêuticas, que são modificadas a partir de uma dieta geral, na qual é adequada conforme as necessidades e individualidade de cada paciente. A princípio, a dieta deve diferir o mínimo possível em relação à dieta de um paciente sadio. Visto que as recomendações nutricionais (RDA) e a ingestão dietética de referência (DRI) são estabelecidas para pessoas saudáveis, estas também podem ser usadas como parâmetros para avaliar a adequação das dietas terapêuticas (WAITZBERG, 2009).

Para formular a dieta, é necessário levar em considerações as exigências específicas de nutrientes para determinada patologia, sua gravidade e estado particular do internado (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Dietas normais ou gerais são definidas como sendo elaborados a partir de um padrão de alimentação que assegura a manutenção da saúde da população, podendo ser consumidos todos os alimentos. Devido à presença de alguma patologia e do estado nutricional do paciente, existem várias formas de tratamento dietético, constituído por várias dietas. Para isso, utilizam-se as chamadas dietas modificadas, que são acrescidas de proteínas, calorias, ou sem adição de sal. (WAITZBERG, 2009).

Para isso é necessário dar uma atenção especial a sua cor, textura, composição e temperatura. Para que este tenha uma alta aceitabilidade pela população variada de pacientes. Ou seja, a dieta deve ser adequada, mas pode não ter o efeito desejado se não for consumida (MAHAN; ESCOTT-SUMP, 2010). Existem evidências que indicam uma ingestão inadequada de proteínas e calorias, bem como a produção superestimada de alimentos, resultando em desperdício (NONINO-BORGES, 2006).

4 CONTROLE DO ÍNDICE DE RESTO-INGESTÃO DOS PACIENTES INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL MUNICIPAL NO NOROESTE MINEIRO

Foi realizada uma coleta de dados, referente a resto-ingestão dos pacientes internados no hospital municipal do noroeste mineiro, com duração de 19 dias. Esta análise se deu através da pesagem das sobras alimentares deixadas nas marmitas dos pacientes internados no Setor da Clínica Médica durante o almoço. Diariamente realizava-se a pesagem das dietas orais em 10 leitos, excluindo os pacientes com alimentação administrada de forma enteral, parenteral e dieta zero por causa de um período de jejum necessário para exames ou outro procedimento. As médias do resto-ingestão diária pode ser analisada no Gráfico 1:

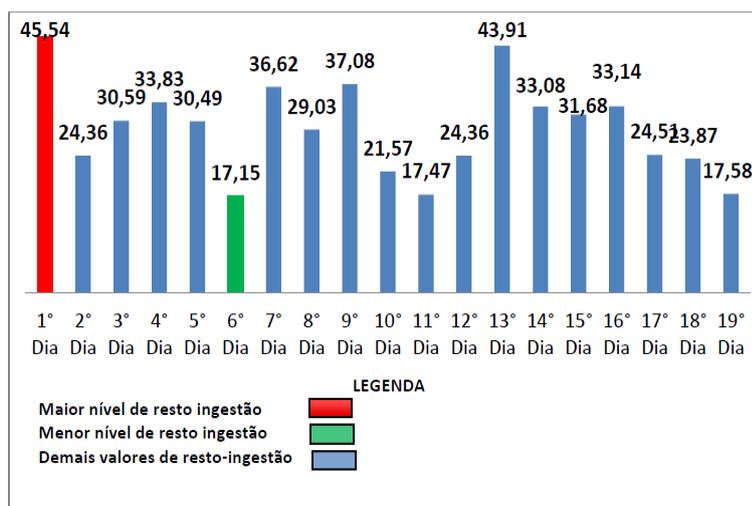


Gráfico 1 : Média de índice de resto-ingestão geral diário

Fonte: elaborado pela própria pesquisadora

A média de resto-ingestão diário pode ser influenciada pelo tipo de dieta oferecida nos dias, às dietas com maior frequência de administração foram à dieta livre estando presente em nos 18 dias de pesquisa e a dieta hipossódica estando presente em 17 dias de pesquisa. A dieta com menor frequência de administração foi a diabética (DM) com apenas 5 dias dos 19 pesquisados.

Antes de coletar os dados nos leitos, foram feitas pesagens das marmitas prontas, para obter os valores de referências para posterior comparação do resto-ingestão. Estes valores se deram através da pesagem de três amostras de cada tipo de dieta e depois se realizou a média das mesmas, para obter um valor mais fidedigno. Além disso, foi realizada a pesagem da marmita vazia com tampa e sem tampa para que este peso fosse descontado no final, não influenciando os valores.

No hospital são oferecidos diferentes tipos de dieta, conforme a necessidade de cada indivíduo, resultando em diferença no peso final da marmita. São servidas dietas livre, destinadas a pacientes que não possuem restrições alimentares, e dietas modificadas como: branda, constipante, hipossódica, diabetes *mellitus*, hiperproteica, pastosa, e dietas modificadas combinadas, como: hipossódica + constipante, hipossódica + hiperproteica, hipossódica + diabetes *mellitus*, hipossódica + diabetes *mellitus* + branda.

Como foram pesquisados 10 leitos por dia, durante 19 dias, as dietas servidas com maior frequência, permitindo assim sua comparação foram: livre, hipossódica, branda, hipossódica + diabetes *mellitus* e hipossódica + branda. A dieta livre é recomendada para aqueles indivíduos que não possuem nenhum tipo de restrição alimentar (WAITZBERG, 2009). A dieta hipossódica para pacientes renais, cardíacos, ou hipertensos. São preparadas sem adição de sal. A quantidade de cloreto de sódio (NaCl) geralmente é de um a dois gramas/ dia (WAITZBERG, 2009). Na unidade pesquisada, o arroz e o feijão não tinham sal em suas preparações, sendo a guarnição e prato protéico com adição de sal. A dieta diabética (DM) é caracterizada pela ausência de adição de açúcar livre ou de alimento que possua açúcar de adição, indicada para indivíduos que necessitem controlar o nível glicêmico no sangue. Na instituição pesquisada, existe a redução da quantidade de carboidrato na refeição, diminuindo a quantidade de arroz, massas, purês dentre outros (WAITZBERG, 2009). A dieta branda é indicada para pacientes com problemas mecânicos de ingestão e digestão ou ainda para pós-operatórios com objetivo de facilitar o trabalho digestivo, caracterizada pela consistência mais macia, abrandada pela cocção (SILVA; MARTINEZ, 2008).

A marmita vazia pesa 8g, sua tampa pesa 12g, com matéria prima de papel alumínio e papelão, a fim de diminuir a perda de calor do alimento.

	Peso (g)
Peso da marmita vazia	8g
Peso da marmita com tampa	20g

Quadro 2 : Valores de referência para marmita vazia.
Fonte: elaborado pela própria pesquisadora.

Para fazer o cálculo do resto-ingestão, foram pesadas os restos das marmitas, especificando o leito, tipo de dieta, posteriormente foi descontado o valor a marmita vazia. Por fim foi feita uma regra de três que relacionou o peso da marmita cheia com o resto, encontrando assim o percentual de resto-ingestão por tipo de dieta oferecida no dia. Com os dados coletados pode-se verificar no Gráfico 2 o dia que houve maior índice de resto-ingestão, que estará em vermelho, o que estará na cor verde é o menor índice de resto-ingestão e a média de desperdício que é representada na cor amarela. Os dias que não se encontram no Gráfico, significam que neste dia não foi servida este tipo de dieta nos quartos pesquisados.

Pode-se analisar no Gráfico 2, que no 13º dia de pesquisa, houve o maior índice de resto-ingestão alimentar, sendo 57,29% contra 8,36% no 6º dia, a média de desperdício para este tipo de dieta pode ser justificado por Maes, (2005) por que diz que ao longo dos dias ou meses, ocorre uma grande regularidade no cardápio, deixando o ato de se alimentar algo monótono e chato, provocando uma rápida saciedade resultando em tédio e posteriormente aversão.

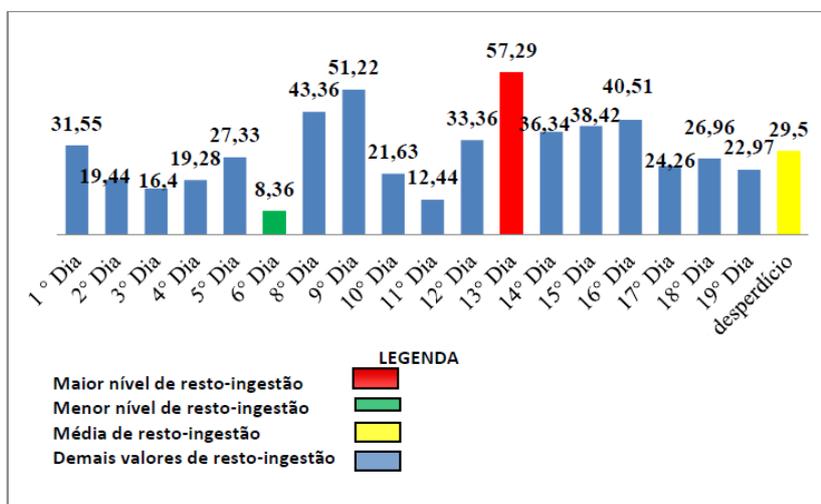


Gráfico 2 : Médias de resto-ingestão da dieta livre em gramas.

Fonte: elaborado pela própria pesquisadora.

Avaliando o percentual de resto-ingestão no final da pesquisa, foi observado que a média está acima do recomendado pela literatura, que segundo Castro *et al* (2003) o índice do resto-ingestão deve ser inferior a 20%. Sendo que cinco dias apresentaram valores dentro do

recomendado pela literatura, ou seja, a maioria dos dias apresentam resultados acima do recomendado. Onde por ser observado no gráfico 3:

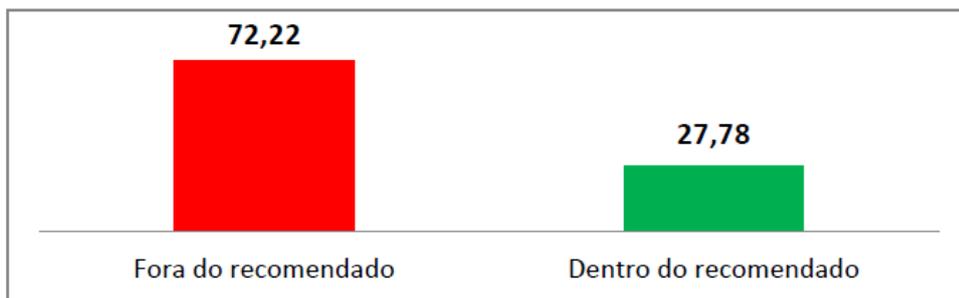


Gráfico 3 : Dias dentro e fora do recomendado pela literatura em percentual.
Fonte: elaborado pela própria pesquisadora

A grande diferença de resto-ingestão pode ser explicada também pela variação do cardápio, onde alguns podem apresentar maior aceitação que outros.

Em relação às dietas modificadas, o resto-ingestão da dieta oral hipossódica é apresentado no Gráfico 4, onde no 1º dia pesquisado houve o maior índice de resto-ingestão, 66,4% contrapondo com 6,19% de resto-ingestão no 13º dia. Apresentou média de resto- ingestão da dieta hipossódica de 32,20%, sendo maior que o recomendado.

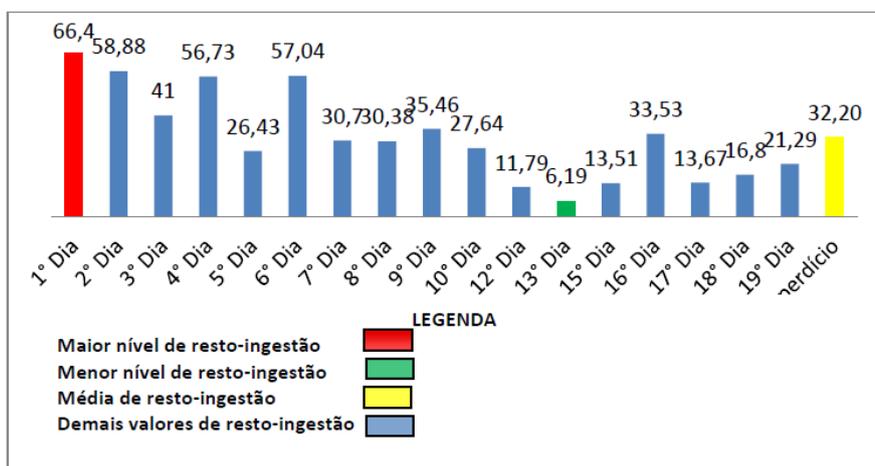


Gráfico 4 : Médias de resto-ingestão diária da dieta hipossódica em gramas.
Fonte: elaborado pela própria pesquisadora.

Sendo que somente 4 dias apresentaram valores dentro do recomendado pela literatura, como pode ser visto no Gráfico 5:

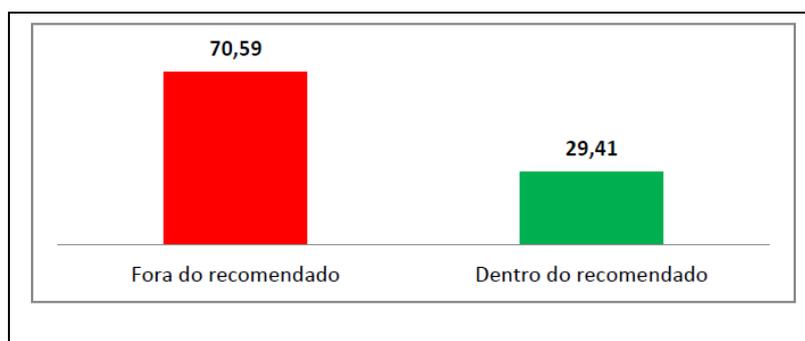


Gráfico 5 : Dias dentro e fora do recomendado pela literatura em percentual.

Fonte: elaborado pela própria pesquisadora

Pode-se perceber que o índice de rejeição é maior em relação à dieta oral livre. Sendo justificável pelo fato deste tipo de dieta não possuir sal nas preparações do arroz e feijão, que foi comprovado quando foi feita a verificação de forma clínica que são exatamente estas preparações que os pacientes não consomem ou consomem pouco, ou seja, o paciente come somente ou come mais do prato protéico guarnição e salada, que contém sal em sua preparação.

Conforme os valores obtidos da dieta oral hipossódica + DM, visualizadas no Gráfico 6, o 4º dia apresentou o maior índice de resto-ingestão, 54,61% contrapondo 1,58% de resto-ingestão no 6º dia. A média final de resto-ingestão da dieta hipossódica combinada com DM é de 22,57%, estando acima do recomendado. Sendo que 7 dias apresentaram valores dentro do recomendado pela literatura.

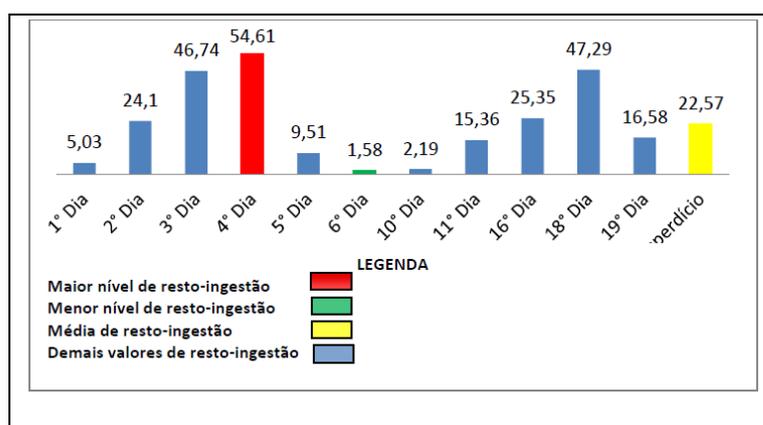


Gráfico 6 : Médias de resto-ingestão diário da dieta hipossódica + DM em hipocalórica.

Fonte: elaborado pela própria pesquisadora

Em comparação com as demais dietas, apesar se ser uma dieta sem sal, e com menor quantidade de carboidrato os paciente apresentaram maior aceitação, como pode ser observado no Gráfico 7 :

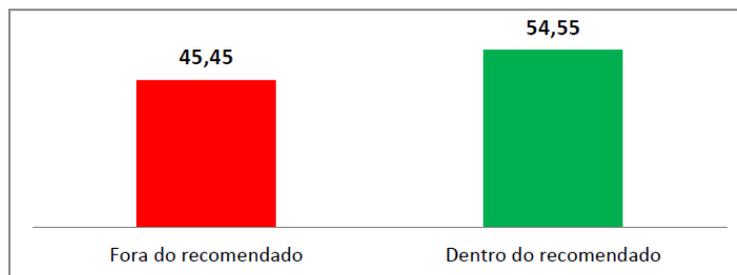


Gráfico 7 : Dias dentro e fora do recomendado pela literatura em percentual
Fonte: elaborado pela própria pesquisadora

Isso pode ser explicado pelo fato dos pacientes diabéticos ter seus níveis de insulina alterados, e como este hormônio é regulador dos níveis glicêmicos no sangue, funcionando da seguinte maneira, quando maior o nível de glicose no sangue, maior a secreção de insulina, maior a utilização e armazenamento da glicose a fim de normalizar os níveis glicêmicos. Segundo Halpern; Rogrigues; Costa, (2004) ainda não é possível identificar os locais hipotálamos envolvidos na regulação do apetite. Valores obtidos da dieta oral hipossódica + Branda foi identificado conforme consta no Gráfico 8 que o maior índice de resto-ingestão aconteceu no sétimo dia, 49,89% em contraposição com 18,03% no 16º dia, apresentando média final de resto-ingestão da dieta hipossódica combinada com branda de 32,11%.

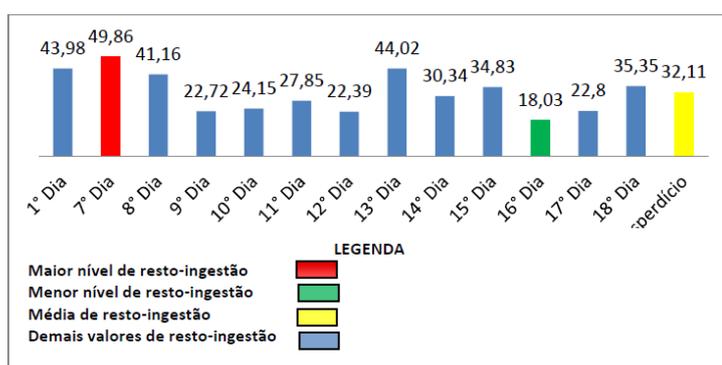


Gráfico 8 : Média de resto-ingestão diária da dieta branda+ hipossódica em gramas.
Fonte: elaborado pela própria pesquisadora.

Sendo que somente 1 dia obteve valores dentro do preconizado pela literatura.

Observe no Gráfico 9, o percentual dentro e fora do recomendado:

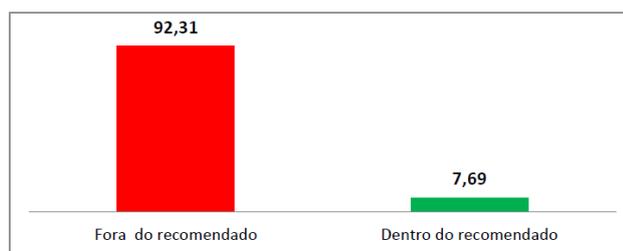


Gráfico 9 : Dias dentro e fora do recomendado pela literatura em percentual.

Fonte: elaborado pela própria pesquisadora

A pesquisa é confirmada pela teoria de Waitzberg, (2009) que a consistência da dieta modificada aumenta em até três vezes o risco do paciente não comer a refeição oferecida. Valores obtidos da dieta oral Branda podem ser identificados no Gráfico 10, que o 14º dia obteve maior índice de resto-ingestão, 55,35% contrapondo 7,25% no 12º dia, sendo o menor índice de resto-ingestão. A média da dieta branda foi de 33,42. A variação tão grande do valor de resto-ingestão pode ser explicada pelo cardápio servido nestes dias, podendo existir menor preferências em relação a estes do que a outros. Portanto, foi comprovado na pesquisa conforme a teoria do Waitzberg, (2009) é que, a consistência da dieta modificada aumenta em até três vezes o risco do paciente não comer a refeição oferecida.

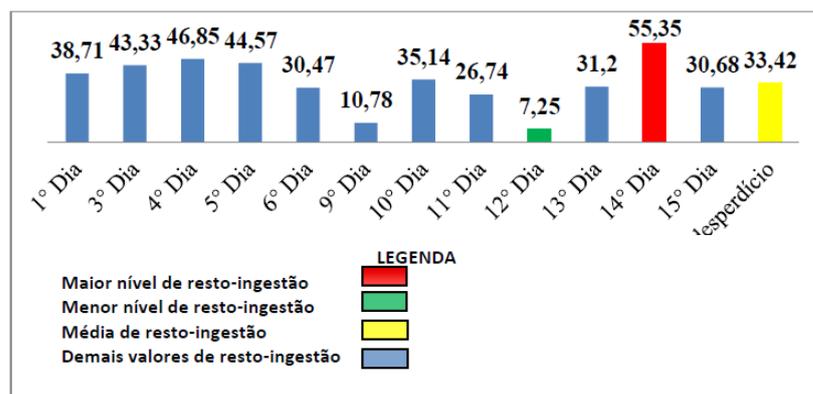
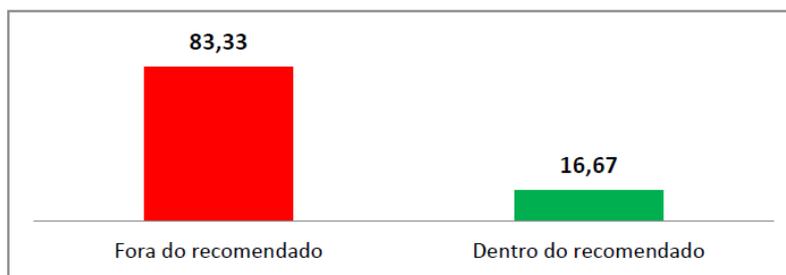


Gráfico 10: Resto-ingestão da dieta oral branda em gramas

Fonte: elaborado pela própria pesquisadora

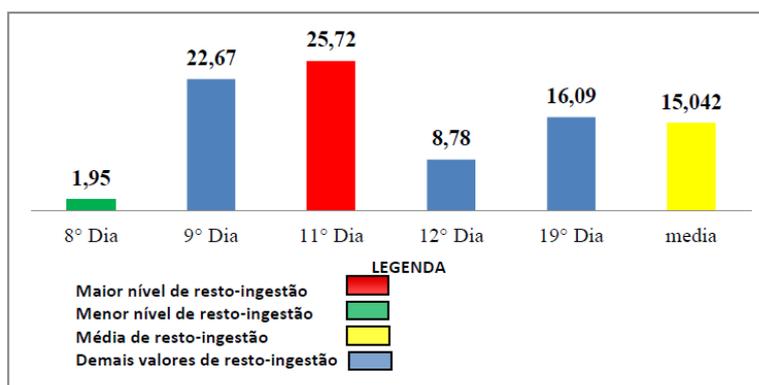
Sendo que somente 2 dias obtiveram valores dentro do recomendado pela literatura, observe o percentual dentro e fora do recomendado, no Gráfico 11: Um valor expressivamente alto, deve ter um atenção especial do nutricionista para criar estratégias visando a diminuição deste.



Quadro 11: Dias dentro e fora do recomendado pela literatura em percentual.

Fonte: elaborado pela própria pesquisadora.

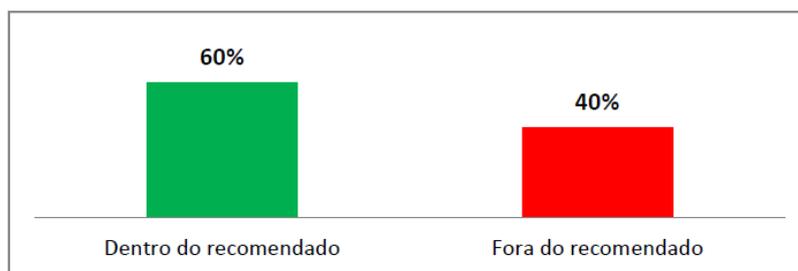
Os valores obtidos da dieta DM podem ser observados no Gráfico 12, onde o 11º apresentou maior índice de resto-ingestão, 25,72% contrapondo 1,95% no 8º dia. Apresentou média final de resto-ingestão de 15,04%, estando abaixo do nível recomendado, este fato pode ser explicado pela teoria de Halpern; Rodrigues; Costa, (2004) a insulina interfere na secreção de um entero-hormônios glucagon- *like* – peptide (GLP 1), que atua na inibição do esvaziamento gástrico, causando assim a sensação de saciedade por um tempo prolongado, como o indivíduo com diabetes possuem uma alteração na ação da insulina no seu corpo este não terá os benefícios causados pela insulina na regulação da saciedade tanto na região do hipotálamo quanto na inibição do esvaziamento gástrico.



Quadro 12 : Resto-ingestão da dieta oral Dm em gramas

Fonte: elaborado pela própria pesquisadora

Sendo que 4 dias obtiveram valores dentro do recomendado pela literatura, o percentual das médias dentro e fora do recomendado pode ser observado no Gráfico 13, a seguir:



Quadro 13 : Dias dentro e fora do recomendado pela literatura em percentual.

Fonte: elaborado pela própria pesquisadora.

Assim pode-se perceber conforme no gráfico 14, que a maioria das dietas oferecidas no hospital, teve um índice de rejeição muito acima do indicado. As dietas que mais apresentaram rejeição foram à hipossódica, com 32,2% de resto-ingestão e branda, com 33,42% de resto-ingestão. O menor índice de rejeição foi da dieta hipossódica + DM e DM, sendo justificável pelo não funcionamento correto da insulina que resulta em uma falha do controle de saciedade. Em geral, pode-se perceber que as características organolépticas dos alimentos não estão de forma adequada, pois o índice de resto-ingestão está acima do recomendado até mesmo na dieta livre, que se esperava um nível inferior de resto-ingestão.

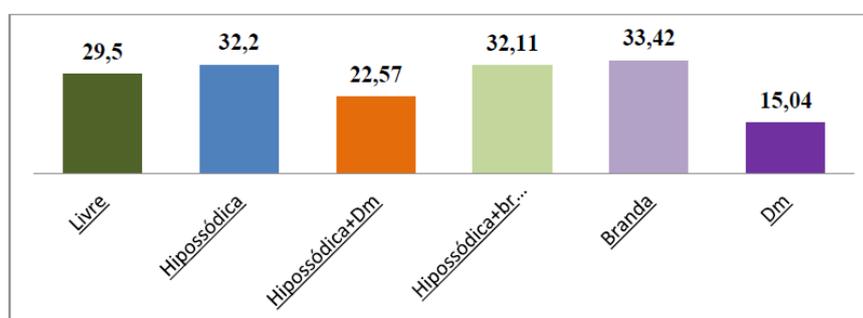


Gráfico 14 : Médias totais de resto-ingestão comparativa

Fonte: autor da pesquisa.

O índice de resto-ingestão final, calculando-se a média de todos os dias foi de 32,09%, o que caracteriza que está acima do recomendado pela literatura, que é conforme Castro *et al* (2003), o percentual aceitável para coletividades enfermas é até 20%.

Segundo Silva; Martinez, (2008) a ingestão alimentar é um fenômeno voluntário, consciente que está relacionado com o estado afetivo resultando à ingestão ou recusa da refeição, denominado de fome e saciedade. O apetite é o desejo físico ou emocional de comer para

satisfazer um estado afetivo não estando relacionado com as necessidades orgânicas, ou seja, percebemos que a ingestão alimentar pode ser influenciada pelo estado emocional do indivíduo. Isso pode acontecer com os pacientes internados no hospital, onde seu estado emocional pode ser afetado tanto pelo ambiente, quanto pela patologia, ou ainda ansiedade por resultado de algum exame levando a diminuição do apetite resultando em maior resto-ingestão.

Segundo Mahan e Escott-Stump, (2010) os medicamentos administrados podem ter efeitos colaterais indesejáveis, como alterar a capacidade do organismo sentir o gosto ou odor dos alimentos, este efeito é chamado disgeusia, ou menor acuidade da sensação do paladar (hipogeusia), além de poder causar gosto desagradável na boca. Isso leva a redução da ingestão alimentar, levando a maior nível de resto-ingestão. Os mecanismos que levam a droga alterar as sensações químicas ainda não são bem compreendidos. Mas é possível que os certos medicamentos alterem os neurotransmissores do sistema nervoso central que são responsáveis pelas informações quimiossensoriais. É importante ressaltar que o captopril um medicamento anti-hipertensivo é um dos principais medicamentos que causam disgeusia e gosto metálico na boca, isso explica o alto índice de resto-ingestão da dieta hipossódica, conforme demonstrado no gráfico 4, 6 e 8, onde as dietas são hipossódicas. A ingestão alimentar também pode ser influenciada pelas preferências de cada indivíduo, já que o comportamento alimentar está relacionado com a personalidade da pessoa, aos seus conceitos de vida, sentimentos e expectativas. Por exemplo, o indivíduo aprendeu na infância que frutas não se misturam com a refeição, então ele leva este comportamento até a idade adulta não aceitando misturar fruta com as refeições principais. Isso demonstra a influência da família, comunidade, cultura, tradição crenças e tabus sobre o comportamento alimentar de cada indivíduo. Portanto os hábitos possuem influência direta na aceitação do comensal à refeição oferecida (SILVA; MARTINEZ, 2008).

Através de uma regra de três simples, multiplicando o total da marmita pelo desperdício proporcionado no leito por dia, e dividindo por 100, encontra-se a quantidade em gramas de alimento desperdiçado. Assim somando-se todas as gramas de alimento desperdiçado durante todo o período da pesquisa encontrou-se um desperdício de 30.659,81 quilos de alimento em 19 dias. Essa quantidade de comida daria pra alimentar em média cerca 68 leitos. Para

encontrar este valor dividiu-se o total desperdiçado pelo peso médio de peso das marmitas oferecida no hospital pesquisa, que é 447,22g.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a problema do trabalho, o nível de resto-ingestão está dentro do nível recomendado? A pesquisa de campo mostrou que o nível do resto-ingestão não está dentro o recomendado. O objetivo geral do trabalho é avaliar o índice de resto-ingestão no almoço dos pacientes internados, na Clínica Médica de um Hospital Municipal do Noroeste Mineiro, onde foi encontrado uma média final de resto-ingestão de 32,09%. A hipótese do trabalho foi confirmada pois era esperado que valor do resto-ingestão acima do recomendado, e realmente está acima dos 20%, sendo influenciado pelo tipo de dieta oferecida. Existe uma variação entre os valores encontrados para cada tipo de dieta, mas a maioria encontra-se acima do recomendado, demonstrando uma falta na qualidade do produto final, com características organolépticas abaixo do esperado pela clientela, ou seja, é necessário aplicar o controle das do resto-ingestão visando maior integração com os pacientes. Foi encontrado um valor do resto-ingestão dentro do recomendado para dieta DM, sendo explicado pela patologia deste tipo paciente demonstrando uma grande influencia da patologia na aceitação alimentar, onde a deficiência da ação do hormônio insulina acarreta à não exercer uma de suas função de maneira adequada, não trazendo os benefícios causados pela insulina na regulação da saciedade tanto na região do hipotálamo quanto na inibição do esvaziamento gástrico Já a dieta hipossódica e branda apresentou maior índice do resto-ingestão sendo 32,2 e 33,42% demonstrando que as modificações das dietas levam alteração na aceitação alimentar. Os pacientes que recebem a dieta hipossódica, podem ter uma resto-ingestão grande pelo uso de medicamento, como o captopril que é um anti-hipertensivo que pode causar disgeugia e deixar gosto desagradável na boca, levando a diminuição do apetite. Além disto, foi encontrada que com o desperdício proporcionado pelos 189° leitos estudados, alimentaria cerca de 68 leitos demonstrando assim uma importância grande no controle da resto-ingestão.

ABSTRACT

In an increasingly competitive world, where the system collects process agility happens that some issues are left aside, as the neglect of food waste. Present in various countries on a large scale, becoming a problem of social. Implying the imbalance of resource management because food production is great, but then there is a segment of the population who do not have access to these foods, not eating enough to meet their needs. It shows the importance of an effective intervention in this case. Knowing that food is the means by which man uses to live, is essential to good management of this resource. With this, it is necessary to evaluate the rate of wasting in certain establishments in order to reduce it, and hospitals as one of them, since there are 6500 hospitals in the country integrated into the Unified Health System (SUS) The work is problematic: the level of intake of inpatients rest is within the acceptable range for literature? In order to assess the general level of intake at lunch rest of the patients hospitalized in the medical clinic. It is expected a rest above the intake established by the literature, which can be related to lack of knowledge about the limit of acceptable waste or lack of planning and production control correct, usually the responsible professional does not manage the government funding the best form, and consequently causing wasteful loss to society. The modified diets for specific diseases can also directly influence on the acceptance level of the menu, in addition to the organoleptic properties of the meal. The end result was 30.53% for the rest intake, indicated by the above literature. As hopefully before the hypothesis. When compared to the average intake of rest according to the type of diet, the ones that stood out were the low sodium and bland, presented the highest values, with 33.58% and 33 19% respectively.

Keywords: Hospital. Rest intake. Waste. Diet.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. A. R; COSTA, L. A. **Avaliação do programa banco de alimentos: identificando indicadores.** Rev. 4º Seminário de extensão da faculdade Fumec, p. 29 – 34, 2007.

CASTRO, M. D. A. S. de et al. **Resto-ingestão e aceitação de refeições em uma unidade de alimentação e nutrição. Higiene alimentar**, São Paulo, v.17, n. 114/115, p. 24-28, Nov, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CONSEA. **A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação no Brasil Realização:** indicadores e monitoramento da constituição de 1988 aos dias atuais, 2010.

FAO, 2012 Disponível em: <<https://www.fao.org.br/oqvpssf2012.asp>> Acesso em: 05 jul 2012b.

FAO, 2010. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/o-que-voce-precisa-saber-sobre-a-fome-em-2012/>> Acesso em: 3 jul 2012.

GOULART, R. M. M. **Desperdício de alimentos:** um problema de saúde pública. São Paulo, v. 14, n. 54, p. 285 – 288, 2008.

HALPEN, Z. C. S; RODRIGUES, M. D. B; COSTA, R. F. **Determinantes fisiológicos no controle do peso e apetite.** Rev Psiq. Clin. v. 31, n. 4, p 150 – 153, 2004. IBGE,2004.Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticias_visualiza.php?d_noticia=600> Acesso em: 04 jul 2012.

LOURENÇO, M. **“A solução para o desperdício”**, 2004 Disponível <http://jbonline.terra.com.br>>. Acesso em 10 ago 2012.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-SUMTP, S;[tradução Andréa Favano]. **Alimentos, Nutrição e dietoterápica.** Tradução de: Krause’s food, nutrition & diet therapy, 12º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2010.

MENDES, D.; HERMANN, H. W.; SILVEIRA, R. R. M. **Fome Zero, triste realidade.**2004 Disponível em : < uaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2004/resumos/administracao/salao/219.PDF>. Acesso em: 14 jun de 2012.

MONTEIRO, C. A. **A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil**. São Paulo, v. 17, n. 48, p. 7-20, 2003.

MOURA; HONAISSER; BOLOGNINI. **Avaliação do índice de resto ingestão e sobras em unidade de alimentação e nutrição (U.A.N.) do colégio agrícola de Guarapuava (PR)**. Rev. Salus-Guarapuava (PR). v. 3, n. 1, p 73-77, 2009.

NONINO-BORGES, C. B et al. **Desperdício de alimentos intra-hospitalar**. Revista de Nutrição, Campinas, v. 19, n. 3, p. 349-356, Maio/Julho, 2006.

RIBEIRO, C. S. G. **Análise de perdas em Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) Industriais**: Estudo de caso Restaurantes Industriais, 2002. 125 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, S. M. C.; MARTINEZ, S. **Cardápio**. 2 Ed. São Paulo: Roca, 2008.

SOUSA, A. A. **A interação entre a Terapia nutricional e a produção de refeições**: repensando a função da alimentação hospitalar. Revista Nutrição em Pauta. Março/Abril 2002. Disponível em: <www.nuppre.ufsc.br/wp-content/uploads/2012/03/3430...pdf> Acesso em: 4 jul 2012 SUS, 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/hospitais-conveniados>>. Acesso em: 1 jun 2012.

TEIXEIRA, S. M. F. G; OLIVEIRA, Z. M. C; REGO, J. C; BISCONTINI, T. M. B. **Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição**. São Paulo: Atheneu, 2007.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 4ed. São Paulo: Atheneu, 2009.