

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE CARDÁPIO E FATORES ENVOLVIDOS NA ACEITAÇÃO DE DIETAS HOSPITALARES NO TRATAMENTO DO CÂNCER INFANTIL: comparação entre o sistema de saúde público e privado com base no conceito de gastronomia hospitalar

Rita de Cassia de Souza Fernandes (IC) e Mônica Glória Neumann Spinelli (Orientador)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

Objetivos: Avaliar qualitativamente o cardápio e verificar os fatores envolvidos na aceitação de dietas hospitalares no tratamento do câncer infantil, comparando os sistemas de saúde público e privado com base no conceito de gastronomia hospitalar. Metodologia: Aplicação do método de Avaliação Qualitativa das Preparações do Cardápio (AQPC) em dois Serviços de Nutrição e Dietética (SND) e de três questionários para avaliar: presença de técnicas de gastronomia hospitalar nessas instituições; percepção do conceito por 38 nutricionistas clínicas e o cenário dos hospitais em que atuaram e o relato de 17 responsáveis quanto à alimentação da criança no ambiente hospitalar. Resultados: O AQPC identificou a necessidade de adequação do hospital público à oferta de frutas, cores diferenciadas, carnes gordurosas e frituras e do hospital privado quanto à periodicidade quinzenal e cardápio não específico para atender a oncologia pediátrica. Houve concordância das nutricionistas em nível nacional na capacitação dos funcionários e apresentação das refeições e maior presença da adesão do conceito nas instituições privadas. Os responsáveis relataram que o SND influenciou a exclusão (52,9%) e a adesão de alimentos não habituais (36,9%) e nunca provados (47,1%) na dieta dos pacientes após oferta no hospital. Conclusões: Foi observada diferença na experiência de alimentação entre os dois sistemas de saúde em todos os aspectos analisados. A gastronomia hospitalar não deve ser vista como requinte, pois estratégias baratas podem equilibrar a presença de técnicas de gastronomia e hospitalidade e despertar curiosidade no público infantil para alcançar o aumento da aceitação alimentar.

Palavras-chave: Avaliação Qualitativa de Cardápio. Gastronomia Hospitalar. Oncologia Pediátrica.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate qualitatively the menu and to verify the factors involved in the acceptance of hospital diets in the treatment of childhood cancer, comparing the public and private health systems based on the concept of hospital gastronomy. Methodology: Application

of the Qualitative Assessment of the Preparations of a Menu (QAPM) in two Nutrition and Dietetic Services (SND) and three questionnaires to evaluate: the presence of hospital gastronomy techniques in these institutions; perception of the concept by 38 clinical nutritionists and the setting of the hospitals in which they acted and the report of 17 responsible ones regarding the feeding of the child in the hospital environment. Results: The QAPM identified the need to fit the public hospital to the supply of fruits, differentiated colours, greasy meats and frying and the private hospital as to the biweekly periodicity and non-specific menu to attend oncology pediatric. There was agreement of nutritionists at the national level in the training of employees and presentation of meals and greater presence of adherence of the concept in private institutions. Respondents reported that SND influenced exclusion (52.9%) and adherence to non-habitual foods (36.9%) and never proved (47.1%) in the patient's diet after offering at the hospital. Conclusions: A difference was observed in the feeding experience between the two health systems in all aspects analyzed. Hospital gastronomy should not be seen as refinement, as cheap strategies can balance the presence of culinary and hospitality techniques and arouse curiosity in the children's audience to achieve increased food acceptance.

Keywords: Qualitative Evaluation of Menu. Hospital Gastronomy. Pediatric Oncology.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da alimentação e nutrição, o público infantil necessita de uma oferta adequada de energia e de micronutrientes para a promoção e manutenção da saúde, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2014; SILVA, 2012). Em caso de diagnóstico de doenças graves como o câncer, a alimentação possui extrema importância para auxiliar na recuperação do paciente e na amenização de efeitos colaterais deletérios do tratamento oncológico, como a desnutrição e a alteração do paladar (DUTRA; SAGRILLO, 2014; OLIVEIRA, 2009).

Observa-se que, muitas vezes, a dieta ofertada às crianças durante o período de internação pode não atender às expectativas sensoriais desse público tanto pela composição quanto pela apresentação das preparações e impactar no atendimento das necessidades nutricionais inerentes ao tratamento dietoterápico (GUIMARÃES, 2007).

Uma vez que a alimentação engloba aspectos simbólicos e subjetivos, atualmente alguns hospitais privados aderiram ao conceito da gastronomia hospitalar para despertar a criatividade e o interesse das crianças no momento de refeição e aumentar a aceitação alimentar, reduzindo desperdícios e amenizando sintomas (DIAS, 2005; GUERRA; BOTELHO, 2009). Em paralelo a esse cenário, são poucos os hospitais da rede pública que incorporaram em seu serviço este conceito (FERREIRA; FRANÇA, 2002). Para entender os fatores envolvidos na adesão alimentar decorrente de técnicas de hospitalidade e gastronomia, a comparação entre os sistemas de saúde reflete o papel adjuvante da alimentação e seus impactos positivos para o tratamento oncológico.

De tal forma, o presente estudo possui como principais objetivos avaliar qualitativamente o cardápio e verificar os fatores envolvidos na aceitação de dietas hospitalares no tratamento do câncer infantil, comparando os sistemas de saúde público e privado com base no conceito de gastronomia hospitalar.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Sabe-se que a alimentação permeia o ser humano nos seus aspectos biológicos, fisiológicos, sociais e emocionais. Possui características intrínsecas ao bom funcionamento e manutenção do organismo, promovendo ou recuperando a saúde ao suprir necessidades nutricionais e envolve aspectos que manifestam valores culturais, afetivos e sensoriais (BRASIL, 2014; DEMARIO; SOUSA; SALLES, 2010).

No que se refere aos ciclos da vida, o público infantil, se encontra em um processo dinâmico e contínuo de crescimento e desenvolvimento pessoal e social, condicionados em

grande parte pela alimentação e nutrição (SILVA, 2012). Estudos têm ressaltado que, atualmente, tanto inadequações de hábitos alimentares quanto o diagnóstico de determinadas doenças têm refletido em comprometimentos do estado nutricional e de ingestão de macro e micronutrientes (OLIVEIRA, 2009; PEREIRA et al., 2017).

Nesse cenário, o câncer (CA) define-se como uma doença caracterizada por um crescimento descontrolado de células devido às alterações genéticas e epigenéticas (VARELLA-GARCIA, 2004). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2017), os tumores mais frequentes na infância são as leucemias (que afetam os glóbulos brancos), os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático) e estima-se a ocorrência de cerca de 12.600 casos novos de CA em crianças e adolescentes no Brasil no referido ano. Além de fatores hipermetabólicos envolvidos, os tratamentos antineoplásicos, dentre os quais quimioterapia, radioterapia, cirurgia e os transplantes de medula óssea (TMO), elevam o risco de comprometimento nutricional por interferirem no paladar e na aceitação alimentar das crianças (MELLO; BOTARO, 2010).

Uma vez que o estado nutricional e as perspectivas de tratamento nessas crianças se correlacionam com dieta oferecida no ambiente hospitalar, esta deverá suprir necessidades de energia, proteínas e micronutrientes, amenizar a sintomatologia e preservar e/ou recuperar o estado nutricional do paciente (GARÓFOLO; ALVES; REZENDE, 2010). A terapia nutricional oncológica deve prezar em priorizar a alimentação por via oral e individualizar a oferta dos nutrientes para diminuir os efeitos colaterais deletérios da doença e auxiliar em um melhor prognóstico e na recuperação (DUTRA; SAGRILLO, 2014). Ademais, também deve ser responsável por atender aos aspectos sensoriais, simbólicos e emocionais que a comida representa (GUIMARÃES, 2007).

Estudos já demonstraram o impacto negativo da internação e dos tratamentos de terapia oncológica sobre o estado psíquico e emocional infantil, sendo necessária maior atenção ao comportamento e aceitação alimentar desse indivíduo (DIAS, 2005; LEANDRO et al., 2018). Embora fatores intrínsecos subjetivos também possam influenciar no desejo de comer do paciente, é necessário se atentar a fatores que envolvem a percepção sobre a apresentação, a aparência, o aroma, a temperatura, o tipo de preparação e a variedade do cardápio, pois estes influenciam no desejo de comer e podem impactar na diminuição da ingestão alimentar (DEMÁRIO et al., 2010; SOUSA, GLÓRIA, CARDOSO, 2011; SOUSA; PROENÇA, 2003; WRIGHT; CONELLY; CAPRA, 2006).

Em relação ao público infantil, nota-se que há grande recusa alimentar, pois no ambiente familiar há a exposição a alimentos de baixo valor nutricional, como os processados e ultraprocessados. No hospital, por sua vez, são ofertados alimentos antes desconhecidos,

rejeitados ou não habitualmente consumidos, como as hortaliças e frutas, cuja falta ou inadequada ingestão pode potencializar os efeitos negativos da doença, considerando que as vitaminas e minerais auxiliam na recuperação. É notório que o paciente oncológico sofra efeitos colaterais advindos do tratamento que podem impactar em desnutrição intra-hospitalar e refletir em caquexia, mas também é importante se atentar quanto a não aceitação da ingestão dos alimentos e de seus nutrientes que podem agravar esse quadro (DIAS, 2005; LADAS et al., 2005; PONTES, 2009).

Hartman, Shamir e Hecht (2012) consideram a desnutrição em pacientes pediátricos uma condição patológica grave, pois impacta negativamente no sistema imune, deixando-o vulnerável; eleva o risco de infecções; complica a recuperação de pós-operatórios; prejudica a cicatrização de feridas e aumenta a morbimortalidade desses indivíduos, prolongando o tempo de internação e de custos médicos, além de refletir em retardo de desenvolvimento e redução da capacidade para realização de atividades (SIMÕES et al., 2010).

Torna-se necessário, de tal forma, não somente o diagnóstico precoce do risco nutricional, mas o acompanhamento da aceitação da dieta, conforme relatam Teixeira e Viana (2016) e Pedroso, Souza e Sales (2011), pois somente dessa forma será possível identificar alterações nutricionais, preferências ou aversões alimentares do paciente oncológico, visto que a alimentação é uma parte importante da terapêutica por seus aspectos nutricionais, simbólicos e subjetivos (WRIGHT; CONELLY; CAPRA, 2006)

Estudos realizados em hospitais relataram que o público infantil tende a aceitar mais a alimentação oferecida e reduzir o desperdício quando melhorada a apresentação das refeições, uma vez que cores e formatos diferenciados responsáveis por instigar a curiosidade, podem refletir positivamente no tratamento dietoterápico (DIAS, 2005; GUERRA; BOTELHO, 2009). Ocorre que nem todos os hospitais buscam fornecer alimentos de forma a despertar o interesse pelo ato de comer (FERREIRA; FRANÇA, 2002).

O conceito de gastronomia hospitalar aparece como um diferencial nesse atendimento e apresentação das preparações, unindo a qualidade do serviço com a dietoterapia e proporcionando aos pacientes um novo conceito de comida de hospital, se utilizando de características organolépticas atrativas e saborosas, além da percepção do prazer em comer (BOEGER, 2008; SOUSA; PROENÇA, 2005).

Santos, Gontijo e Almeida (2017) destacam que a gastronomia hospitalar trabalha os aspectos sensoriais do alimento às expectativas do indivíduo, aliando aroma, sabor, tempero, textura e temperatura na apresentação e composição do cardápio.

Poucos estudos vêm sendo realizados para correlacionar conceitos dietoterápicos e gastronômicos, bem como treinamento especializado de funcionários, cordialidade no

atendimento, a rapidez do serviço para garantir a satisfação e aceitação alimentar infantil, sendo que raras são as instituições que realizam esse intercâmbio culinário, em sua grande maioria, hospitais privados que já possuem serviços diferenciados. Em relação aos públicos, estratégias vêm sendo desenvolvidas para ofertar ao paciente um alimento sensorialmente agradável, mas muito ainda deve ser feito para atingir às expectativas esperadas (SANTOS; GONTIJO; ALMEIDA, 2017; VEIROS; PROENÇA, 2003).

Como os pacientes oncológicos sofrem alterações na percepção do sabor e déficits na gustação, é necessário que o nutricionista esteja atento e aja nos momentos oportunos para alterar e adequar a dieta em relação à palatabilidade, podendo se utilizar da gastronomia hospitalar para minimizar os sintomas do tratamento e impactar positivamente na aceitação da dieta e no estado nutricional, conforme já demonstram alguns estudos (SANTOS; GONTIJO; ALMEIDA, 2017; PAIVA et al., 2013). Diante do exposto, Silva e Maurício (2013) e Palmieri (2013) ressaltam a importância de uma investigação criteriosa sobre o aumento da aceitação da alimentação oferecida pelas crianças no conceito da gastronomia hospitalar.

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de delineamento transversal com abordagem qualitativa, sendo a amostragem por conveniência e a coleta realizada entre fevereiro e maio de 2018.

Para análise do cardápio oferecido no ambiente hospitalar, foi realizada uma busca, no município de São Paulo, de hospitais públicos e privados que continham internação pediátrica oncológica e Serviço de Nutrição e Dietética (SND) para o fornecimento de alimentação aos pacientes. O contato foi feito pelas nutricionistas das instituições, sendo solicitado o cardápio de um mês oferecido às crianças (almoço e jantar) para aplicação do método de Avaliação Qualitativa das Preparações do Cardápio (AQPC). O AQPC foi adaptado para os seguintes itens: oferta, repetições e combinações de cores, folhosos, frutas, doces, frituras e tipos de carnes (VEIROS, 2002; VEIROS; PROENÇA, 2003). A presença de três ou mais alimentos com cores iguais em um único dia foi considerada monotonia (RAMOS et al., 2013).

No que se refere à presença da gastronomia hospitalar, a coleta foi realizada com os nutricionistas desses hospitais e ampliada em nível nacional, por meio de questionário desenvolvido na plataforma *Google Forms*. Ademais, foram questionadas suas percepções sobre quais os fatores poderiam aumentar ou favorecer a aceitação alimentar das crianças e quais são necessários para que sejam atingidos os objetivos propostos pela gastronomia hospitalar. Somente nutricionistas clínicas com experiência em oncologia pediátrica foram inseridas na amostra, cujos itens avaliados encontram-se dispostos no Quadro 1.

Quadro 1. Itens referentes à gastronomia hospitalar questionados à nutricionistas clínicos com experiência em oncologia pediátrica: hospitais de atuação e percepção quanto ao aumento de aceitação alimentar.

Informações gerais	Tipo de hospital (público/privado) e estado
Gastronomia	Uso do conceito de gastronomia hospitalar no serviço
	Apresentação e montagem das refeições de forma lúdica
	Oferta de alimentos com cores diferenciadas no prato
	Oferta de alimentos com formatos e cortes diferenciados
	Oferta de alimentos na temperatura sensorialmente esperada
	Utilização de ervas aromáticas ou temperos diferenciados
	Preocupação em não oferecer preparações com aromas fortes
	Desenvolvimento de receitas com adição de suplementos alimentares
	Desenvolvimento de receitas específicas para o público oncológico
	Oferta de alimentos regionais para pacientes de outros estados para favorecer aceitação
	Oferta de alimentos gelados ou sorvetes para amenizar sintomas do tratamento oncológico
	Capacitação de funcionários do serviço de alimentação quanto à gastronomia hospitalar
	Contratação de funcionários com especialização ou experiência em gastronomia hospitalar
	Oferta de alimentos diferenciados às crianças para aumentar a aceitação alimentar
Hospitalidade	Adapta a conduta dietética às preferências da criança
	Adapta a conduta dietética aos sintomas da criança
	Servir os alimentos em pratos descartáveis ou de porcelana
	Apresentação de bandeja específica para o público infantil
	Oferta talheres diferenciados para o público infantil

O segundo questionário, também divulgado em meios digitais, visou avaliar a alimentação de crianças diagnosticadas com câncer e que tiveram prescrição de dieta geral por meio do relato dos pais e/ou responsáveis, principalmente no que se refere às refeições servidas no ambiente hospitalar. Foi questionado o estado de moradia no diagnóstico da doença e estado em que foi realizado o tratamento, o grau de parentesco do responsável pelo preenchimento do questionário com a criança, o sexo, a idade da criança no período de tratamento e internação hospitalar, o tipo de câncer e duração de tratamento, assim como os principais sintomas gastrintestinais observados. Ademais, foi avaliado se a criança gostava do sabor, apresentação e aparência da refeição servida e se os responsáveis acreditavam que a quantidade e a temperatura dos alimentos eram adequadas. Por fim, se algum alimento rejeitado pela criança foi oferecido e causou recusa; se houve oferta ou atenção especial da equipe em satisfazer pedidos especiais e adaptações dietoterápicas para minimizar ou promover conforto.

O *link* para preenchimento foi disponibilizado em redes sociais por meio de grupos de discussão, perfis pessoais e páginas de instituições de apoio à causa. Para atender às questões éticas, foi desenvolvido e devidamente explicado para as instituições, para os nutricionistas clínicos e para os pais e/ou responsáveis os objetivos e os procedimentos do

estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo necessária prévia autorização para a coleta de dados. No banco de dados da pesquisa principal foram mantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Os dados e a tabulação das informações coletadas foram organizadas e analisadas no programa *Microsoft Excel* versão 2016. Os resultados foram analisados e comparados com base na literatura científica. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Plataforma Brasil sob o número CAAE: 74854117.3.0000.0084.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A inserção da gastronomia em instituições hospitalares teve como principal intuito revolucionar, para pacientes e profissionais de saúde, o habitual significado depreciativo do termo “comida de hospital”, comumente percebida, de acordo com Sousa e Proença (2005), como insossa, sem gosto, fria, servida cedo e com conotações de permissão e proibição.

A presente pesquisa iniciou suas análises na comparação do cardápio de dois hospitais do município de São Paulo (Tabela 1), ambos geridos por empresas terceirizadas.

Tabela 1. Composição do cardápio geral de dois hospitais com oncologia pediátrica. São Paulo, 2018.

Hospital público	Hospital privado
Prato-base (arroz e feijão)	Prato-base (somente arroz)
Prato principal e opção de prato principal	Sopa (entrada)
Guarnição	Prato principal e opção de prato principal
Salada	Guarnição e opção de guarnição
Opção salada dieta neutropênica	Salada
Sobremesa	Sobremesa e opção de sobremesa

O cardápio do hospital público possuía 30 dias para análise. Planejado mensalmente para se adequar à sazonalidade de alguns alimentos e datas comemorativas, como a festa junina, destacou-se na oferta de arroz e feijão como prato-base em cinco dias da semana.

O hospital privado, por sua vez, possuía cardápio com repetição quinzenal já previamente estabelecida para um determinado período, presença de sopas e quatro opções de sobremesas além da ofertada (salada de frutas, fruta cozida, gelatina normal e gelatina *diet*), sendo possível a análise de 28 dias.

Diferentemente do hospital público, o cardápio do hospital privado ofertava às crianças a dieta geral padrão do hospital, ou seja, a mesma dieta ofertada para todas as idades e diagnósticos, o que pode interferir na adesão alimentar dos pacientes e trazer dificuldades de alinhar as condutas nutricionais para a faixa etária e tratamento.

Outro ponto negativo do cardápio do sistema de saúde privado, principalmente para os pacientes internados por um longo período, foi a repetição quinzenal das preparações, o que poderia ser evitado, de acordo com Abreu, Spinelli e Souza Pinto (2016), se a programação do cardápio fosse mensal, por exemplo, como é o caso do hospital público.

No que se refere à avaliação comparativa da composição do cardápio mensal das duas instituições, a Tabela 2 apresenta os resultados dos critérios avaliados pelo AQPC.

Tabela 2. Avaliação Qualitativa das Preparações do Cardápio (AQPC) mensal para pacientes oncológicos infantis de hospitais dos sistemas de saúde público e privado. São Paulo, 2018.

Critérios AQPC	Almoço				Jantar			
	Público		Privado		Público		Privado	
	Dias	%	Dias	%	Dias	%	Dias	%
Oferta de folhosos	30	100,0	28	100,0	30	100,0	28	100,0
Oferta de frutas	13	43,3	28	100,0	16	53,3	28	100,0
Cores iguais	11	36,7	8	28,6	11	36,7	8	28,6
Oferta de carnes gordurosas	3	10,0	0	0,0	7	23,3	0	0,0
Oferta de doces	17	56,7	28	100,0	14	46,7	28	100,0
Oferta de frituras	7	23,3	3	10,7	9	30,0	2	7,1
Oferta de doces e frituras	2	6,7	3	10,7	5	16,7	2	7,1

Positivamente, ambos os hospitais ofertaram folhosos a seus pacientes, resultado positivo como o encontrado por Pirotta e Marchiori (2017) em um hospital oncológico. Entretanto, um cuidado deve ser tomado pelo sistema de saúde privado quanto a medidas corretas de higienização das hortaliças cruas para pacientes neutropênicos, visto que não oferece a opção de hortaliças cozidas como no hospital público, denominadas como “salada imuno”. De acordo com Viani et al. (2017), a dieta neutropênica deve ser indicada como medida de controle de infecção por contaminação alimentar para pacientes cuja contagem total de neutrófilos estiver inferior a 500 mm³ ou com expectativa de diminuição abaixo desse valor nas 48 horas seguintes à quimioterapia.

As cinco opções de sobremesa do hospital privado fizeram com que se destacasse a oferta satisfatória de frutas nas duas refeições (100%). Por outro lado, a variedade foi maior no hospital público, que disponibilizava ao longo do mês nove tipos de frutas aos pacientes contra seis opções do hospital privado, principalmente quanto à goiaba e ao mamão, alimentos que devem ser priorizados respectivamente em quadros de diarreias e constipação que podem surgir do tratamento oncológico (DE SOUZA et al., 2015).

Tal diversificação, entretanto, não contribuiu para que o cardápio do hospital público também tivesse cores variadas, uma vez que os demais componentes do cardápio se assemelharam em 36,7% dos dias no almoço e no jantar. É extremamente necessária uma maior atenção nesse quesito devido à apresentação das preparações e à presença de vitaminas e minerais (OLIVEIRA; CARVALHO; MELO, 2014).

As carnes gordurosas, por sua vez, estiveram presentes apenas no cardápio do hospital público (10,0% dos almoços e 23,3% dos jantares), com significativa oferta de embutidos como linguiça, salsicha, hambúrguer e *nuggets*, o que pode prejudicar a formação de hábitos saudáveis no público infantil (TOLONI et al., 2011). As principais fontes proteicas no hospital privado foram carne de frango (50,0%) e bovina (44,6%) e, no hospital público, ovo (39,2%), carne bovina (21,7%) e preparações com soja (10,8%).

A oferta mensal de doces foi menor no sistema público (56,7% no almoço e 46,7% no jantar), pois a sobremesa era alternada entre fruta nas duas refeições. Por sua vez, o serviço privado dispunha de preparações doces elaboradas no almoço e a opção de gelatina no jantar, resultando em uma oferta diária de 100%.

É possível que o cardápio do hospital público se sobressaia por possuir a oferta mensal de 12 tipos de preparações doces a mais que o hospital privado e por incluir sobremesas geladas como picolé, pudim, creme de frutas, flan e manjar, que podem amenizar sintomas decorrentes do tratamento quimioterápico, como a mucosite, e favorecer a aceitação alimentar (VIANI et al., 2017). Cabe ao nutricionista, entretanto, se atentar a esse consumo e a alterações glicêmicas, principalmente em quadros avançados, cuja intolerância à glicose devido à resistência insulínica e diminuição da sensibilidade dos tecidos periféricos surge como uma anormalidade metabólica que ocorre antes mesmo da perda de peso e da caquexia (DUTRA; SAGRILLO, 2014).

Em relação às frituras, o hospital público apresentou maior oferta no almoço (23,3%) e no jantar (30,0%) em comparação ao hospital privado (10,7% e 7,1%, respectivamente). Veiros e Proença (2003) identificaram que a escolha dessa técnica de preparo pode ter relação com o uso do forno para outras preparações no mesmo dia, conforme observado.

A última avaliação proposta pelo AQPC refere-se à presença de doces associada a frituras na mesma refeição, que identificou maior oferta durante o almoço no hospital privado (10,7%) e durante o jantar no hospital público (16,7%). Porém, se tratam de baixos percentuais que, a depender da escolha alimentar e orientação nutricional, podem ser ainda mais diminuídos conforme a escolha alimentar do paciente. Os resultados se equiparam aos de Pirotta e Marchiori (2017), que encontraram ocorrência de 9% no hospital estudado.

Diferentemente de Frenkel et al. (2013), que não encontraram molhos no cardápio estudado, tal presença pôde ser observada em ambos os serviços de alimentação junto aos pratos proteicos, conferindo sabor, umidade e melhoria da textura das carnes e aparência final das preparações (VIANI et al., 2017). Os molhos do cardápio do hospital público foram o roty; maracujá; branco com hortelã; cogumelo; mostarda e escuro, e do hospital privado o de laranja; maracujá; limão; ervas; palmito e escuro.

Uma variedade de combinações do cardápio permitiu aos hospitais darem ao paciente o poder de escolher opções de preparações que atendessem às suas exigências sensoriais e afetivas. Esse conceito de humanização e hospitalidade valoriza e envolve o paciente em seu plano terapêutico favorecendo a aceitação alimentar, de inegável importância no tratamento oncológico (PINTO; ALVES, 2017).

A segunda análise envolveu a necessidade de presença concomitante e equilibrada dos seguintes fatores: técnicas gastronômicas e hotelaria hospitalar. Esse conjunto de ações envolve a cordialidade do serviço; priorização da aparência, aroma e temperatura das preparações; decoração e apresentação do prato e da bandeja e treinamento de funcionários (GUIMARÃES, 2007; MARTINS; BARATTO, 2018).

De acordo com o questionário preenchido pelas nutricionistas das duas instituições, nenhum serviço de alimentação capacitou ou contratou profissionais com conhecimentos em gastronomia hospitalar, prejudicando a incorporação desse conceito e impactando na qualidade do serviço (BOEGER, 2008).

Ambos possuíam ações para oferecer os alimentos nas temperaturas sensorialmente esperadas, sendo este um principal preditor de satisfação na aceitação alimentar, principalmente na garantia da comida chegar quente no quarto (SANTOS; GONTIJO; ALMEIDA, 2017).

As nutricionistas referiram que há, em ambos os serviços, a opção de consumo de preparações tradicionalmente quentes em temperaturas mais frias ou amenas para minimizar possíveis odores que possam causar náuseas em alguns pacientes, uma vez que apenas o privado evita alimentos com aromas fortes quando prontos.

Não foram citados pelos dois hospitais estratégias para aumentar a aceitação alimentar por meio da apresentação das refeições ou disponibilização de talheres infantis. Horta et al. (2013), em seu estudo, observou maior adesão pelas crianças após inserir no serviço cortes gastronômicos (*julienne*, *brunoise*, bastonetes e *chiffonade*) e montagem lúdica das preparações por meio de formatos diferenciados (flores, estrelas, coração, lua e peixes) em um serviço de alimentação hospitalar. Também é interessante dispor de bandejas com desenhos e pinturas no fundo, tal como ocorre no hospital privado.

Apesar de ser protocolo em alguns hospitais a utilização de materiais descartáveis quando diagnosticadas doenças infecto-contagiosas que necessitem de isolamento de contato, o que se preza na gastronomia hospitalar é, preferencialmente, o uso de louças de porcelana. Apenas o hospital privado se encontrou adequado a tal item, que tende a tornar a refeição ainda mais agradável visualmente ao paciente. Viani et al. (2017) também indicam o uso de uma *cloch* com furo central, que também permite a dissipação de aromas fortes.

O uso de ervas e especiarias esteve presente apenas no hospital privado. Nesse cenário, Reque, Nascimento e Fatel (2013) indicam, para valorizar o potencial aromático e realçar os sabores das preparações, o uso de *bouquet garni*, *sachês d'épices*, cebola *bruleé* e cebola *piqueé*, que não geram grandes custos ao serviço por se utilizarem de ingredientes como salsão, cenoura, salsinha, folhas de louro, tomilho, cebola e cravo-da-índia.

As nutricionistas de ambos os serviços de saúde destacaram que os hospitais buscavam ofertar, quando e caso solicitados, alimentos que não estavam no cardápio ou alimentos regionais a pedido das crianças para aumentar a adesão alimentar, o que aparece como um ponto positivo. Entretanto, não foi afirmado que os hospitais possuíam receitas ou um cardápio específico para controle de sintomas do tratamento oncológico, apesar de ser observada a oferta de sobremesas geladas no hospital público.

O uso de suplementação para aumentar a oferta de nutrientes, indicado quando mesmo com todos os manejos dietéticos a criança não consegue atingir 75% ou mais das suas necessidades por via oral, surge como uma possibilidade para os hospitais buscarem receitas com a adição desses suplementos, tendo sido destacado por Maia et al. (2010) e Viani et al. (2017) um aumento da aceitação alimentar quando oferecidos junto a sorvetes, leites, achocolatados, frutas e iogurtes. Tal prática ocorre apenas no serviço privado.

Ampliando a discussão da temática em nível nacional, responderam ao questionário proposto pelo presente estudo 38 nutricionistas clínicas com experiência em oncologia pediátrica, 89,5% delas com conhecimento do conceito de gastronomia hospitalar e 55,3% moradoras da Região Sudeste.

A Tabela 3 apresenta o cenário dos hospitais de atuação dessas profissionais de saúde frente à presença de fatores relacionados à gastronomia, sendo nítida a maior presença desses itens no sistema privado, principalmente quanto à capacitação e contratação de mão-de-obra especializada para o serviço e ludicidade, cortes diferenciados, oferta de talheres e bandejas infantis e pratos de porcelana.

Tabela 3. Fatores relacionados à gastronomia hospitalar presentes em hospitais públicos e privados brasileiros de acordo com nutricionistas clínicas dessas instituições.

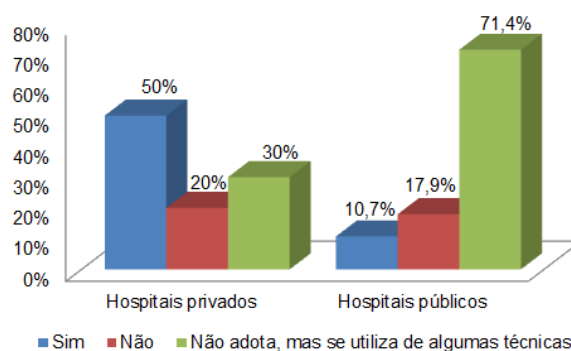
Fatores relacionados à gastronomia hospitalar	Hospitais públicos (N=28)		Hospitais privados (N=10)	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Capacitação de técnicas gastronômicas para os funcionários	25	75	70	30

Contratação de funcionários com especialização em gastronomia	18	82	60	40
Serve alimentos nas temperaturas sensorialmente esperadas	89	11	90	10
Oferta de alimentos gelados ou sorvetes devido a alguns sintomas decorrentes do tratamento oncológico	82	18	100	0
Apresentação das refeições de forma lúdica	25	75	60	40
Alimentos com cores diferenciadas no prato	61	39	80	20
Cortes diferenciados ou em formato de desenhos	29	71	60	40
Oferta de talheres infantis	4	96	80	20
Bandeja específica para o público infantil	36	64	60	40
Serve os alimentos em pratos de porcelana	25	75	70	30
Uso de ervas aromáticas ou temperos	36	64	50	50
Evita preparações com aromas fortes	71	29	60	40
Oferta de alimentos diferenciados a pedido das crianças	79	21	90	10
Oferta de alimentos regionais para pacientes de outros estados	64	36	70	30
Desenvolve receitas específicas para o público oncológico	61	39	80	20
Desenvolve receitas com suplementos alimentares	68	32	80	20
Adapta a conduta dietética às preferências da criança	89	11	100	0
Adapta a conduta dietética aos sintomas da criança	89	11	100	0

Os únicos itens que se assemelharam, positivamente, foram: oferta de alimentos na temperatura sensorialmente esperada e a adequação da conduta dietética às preferências da criança e aos sintomas decorrentes do tratamento oncológico. O uso de ervas aromáticas e temperos, por sua vez, ainda não se tornou uma prática recorrente do preparo de nenhum dos dois sistemas de saúde, fator esse que, se aplicado, poderia favorecer a ingestão alimentar de pacientes com alteração de paladar ou inapetência (VIANI et al., 2017).

A Figura 1 apresenta a adesão do conceito de gastronomia hospitalar nas instituições, cujos resultados reafirmam que as instituições privadas têm destacado amplamente a presença da gastronomia hospitalar em seu serviço após se tornar essa uma exigência de mercado e elemento necessário de competitividade para promover satisfação e fidelização dos clientes de saúde, notoriamente e principalmente os indivíduos de altas classes sociais conforme relatam Pinto e Alves (2017) e Taraboulsi (2006).

Figura 1. Adesão do conceito de gastronomia hospitalar em sistemas de saúde público e privado brasileiros de acordo com nutricionistas clínicas dessas instituições.



Os hospitais públicos, por sua vez, apesar de não adotarem predominantemente o conceito, têm o conhecimento da relação custo-benefício da inserção de técnicas gastronômicas em seu serviço para repercutir em aumento da aceitação alimentar e diminuição da perda de peso e tempo de internação e recuperação (BARBOSA et al., 2006). Haja vista que as carências financeiras são comumente encontradas nesse sistema de saúde, Paiva et al. (2013) e Silva e Maurício (2013) citam estratégias de baixo custo para aplicação no serviço de alimentação, como melhorias na apresentação das preparações, uso de ervas aromáticas e adequação da temperatura, por exemplo.

Mas, no que se refere a atender às expectativas da gastronomia hospitalar e promover sua ampla difusão e implantação nos sistemas de saúde, Boeger (2008) e Pinto e Alves (2017) citam a necessidade de investir em recursos físicos; tecnológicos (utilização de *palms* para a solicitação de dieta e controle de produção); equipamentos (preparo, distribuição e conservação dos alimentos); composição do cardápio (desenvolvimento de receitas inovadoras e específicas para amenizar os sintomas); serviço de alimentação (*à la carte*, *empratado*, *bufê* e *room service*); segurança alimentar e hotelaria hospitalar.

Outro fator de extrema importância se refere ao conhecimento e prática da equipe em técnicas gastronômicas. De acordo com a percepção nacional das nutricionistas, 68,4% acreditam que devem ser contratados funcionários com especialização ou atuação focada em gastronomia hospitalar e 100,0% reconhecem a necessidade de investir em capacitação da equipe atual. O presente estudo surpreende se comparado ao de Castro e Zanella (2017), em que somente 23% das profissionais de saúde citaram o treinamento de funcionários como necessário e imprescindível em uma unidade de alimentação hospitalar.

A Tabela 4 apresenta os itens que, segundo a percepção das nutricionistas, podem aumentar ou favorecer a aceitação alimentar. Novamente há destaque para a apresentação das refeições, percentual superior ao de 67% encontrado por Borges (2009).

Tabela 4. Percepção de nutricionistas com experiência em oncologia quanto a fatores da gastronomia hospitalar que podem aumentar ou favorecer a alimentação em pacientes pediátricos em tratamento oncológico. Brasil, 2018.

Fatores	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Apresentação/montagem das refeições de forma lúdica	38	100,0	0	0,0
Alimentos com cores diferenciadas no prato	35	92,1	3	7,9
Refeição com formatos e cortes diferenciados	38	100,0	0	0,0
Bandeja específica para o público infantil	35	92,1	3	7,9
Uso de talheres diferenciados	28	73,7	10	26,3
Servir alimentos na temperatura sensorialmente esperada	37	97,4	1	2,6
Utilizar ervas aromáticas ou temperos diferenciados	25	65,8	13	34,2
Evitar fortes aromas nas preparações	34	89,5	4	10,5
Receitas com adição de suplementos alimentares	34	89,5	4	10,5

A análise da influência dos itens relacionados à gastronomia hospitalar também deve considerar o relato e a percepção dos pais e responsáveis pelos pacientes. De tal forma, responderam ao questionário proposto 17 familiares (89,5% pais), cujas crianças possuíam idade média de $5,3 \pm 2,7$ anos, 57,9% pertencentes ao gênero feminino. Da amostra analisada, 52,6% estão realizando atualmente o tratamento oncológico e 47,4% das crianças já haviam realizado há $5,1 \pm 4,2$ anos, tendo como desfecho a cura ou o óbito. Em relação ao tipo de câncer, a leucemia foi a que mais acometeu os pacientes (57,9%), seguida por câncer cerebral (21,1%), neuroblastoma (10,5%), câncer de fígado (5,3%) e rabdomiossarcoma (5,3%).

Viani et al. (2017) citam que os efeitos adversos potenciais decorrentes da terapia oncológica podem variar a depender do tratamento empregado e da combinação de intervenções terapêuticas, podendo agir em qualquer tecido de divisão rápida, dentre os quais epitélios do trato gastrointestinal e a mucosa oral, impactando em sintomas como vômitos (73%), náuseas (73%), anorexia (73%), alteração do paladar (63,2%), xerostomia (52,6%), diarreias (42,1%), constipação (31,6%), esofagite (21,2%) e disfagia (5,3%).

Foi referido pelos pais que 52,6% das crianças rejeitavam algum alimento em casa que foi oferecido no ambiente hospitalar, cuja aceitação foi somente de 30%, mesmo com modo de preparo diferente do habitual em 50% das ocasiões. Uma vez que as dificuldades alimentares envolvem excluir cores, texturas e grupos alimentares específicos, nem sempre diferir a preparação impacta em incentivo do consumo, principalmente devido aos sintomas decorrentes da terapia oncológica (JUNQUEIRA et al., 2015; OLIVEIRA et al. 2015).

A gastronomia hospitalar, nesse cenário, deve aliar os conceito de *comfort food* e reaproveitamento integral de alimentos para manter a qualidade nutricional e promover o apetite por meio de preparações que estão comumente presentes no hábito alimentar das crianças, como panquecas, bolos, biscoitos e sucos, visto que o objetivo nutricional na terapia oncológica não é incluir novos alimentos, mas favorecer a aceitação alimentar (GIMENES-MINASSE, 2016; SILVA; BRITO, 2015).

Para 36,9% das crianças, foi possível observar que o ambiente hospitalar trouxe a inclusão de alimentos não habituais e menos preferidos na dieta após a internação, dentre os quais as hortaliças (57,1%) e os ovos (28,6%). Também foi positivo que 47,1% incluíram alimentos que nunca haviam sido provados, como hortaliças (55,6%), achocolatados (22,2%) e torradas, biscoitos, requeijão, chá, iogurte leite fermentado, ovo e peixes (11,1%). Em contraponto, 52,9% dos responsáveis referiram que também houve rejeição de determinados alimentos após a internação, como os iogurtes (20,0%); arroz, feijão, carnes, embutidos, hortaliças, gelatina, leite de vaca e suco natural (10,0%).

Durante o tratamento, 78,9% das crianças tiveram algum alimento restringido da dieta, como as hortaliças e frutas (40%), refrigerantes, doces, extrusados e embutidos (33,3%), alimentos crus (20%), carnes bovina e suína (13,4%) e queijos, amendoim e mariscos (6,7%). É possível que, por precaução, a conduta nutricional tenha priorizado evitar contaminação por higienização inadequada ao excluir os alimentos *in natura*. Quanto aos industrializados, 65,8% das nutricionistas questionadas possuíam alguma ressalva em liberar esses alimentos quando solicitados, sendo citado ser de extrema importância avaliar o estágio da doença, a fase do tratamento oncológico e evitar uma oferta frequente.

Dos hospitais que receberam crianças que vieram de outros estados para o tratamento (26,3%), principalmente da Região Sudeste (73,7%), 40% não ofereceram alimentos regionais, 20% os incluíram em algumas preparações e 40% liberaram o consumo de alimentos trazidos de casa ou comprados por não ofertarem no hospital.

Em todos os aspectos avaliados foi possível observar o desafio e a tentativa de nutricionistas clínicas e dos serviços de alimentação em aliar conceitos dietoterápicos e gastronomia hospitalar na promoção de uma alimentação atrativa ao paciente envolvido em uma gama de fatores que podem impactar em desnutrição (DUTRA; SAGRILLO, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve diferença na experiência de alimentação oferecida aos pacientes pelos dois hospitais avaliados, com destaque para ações propostas pelo serviço de alimentação do hospital privado quanto à hotelaria e pelo cardápio ofertado no hospital público, devendo ser feitas apenas adequações em alguns itens avaliados pelo AQPC. Em nível nacional, por sua vez, notou-se que os hospitais privados têm aplicado de maneira mais abrangente o conceito de gastronomia hospitalar em seu serviço. Como sugestão, o presente estudo ressalta a necessidade da avaliação mais aprofundada deste cenário no Brasil para a verificação se há diferença estatística entre hospitais de ambos os serviços de saúde.

Indiscutivelmente, é de extrema importância alinhar as expectativas e buscar entender todos os envolvidos na terapêutica alimentar da criança em tratamento. Para os nutricionistas, trata-se de um desafio desenvolver um cardápio dietoterápico que agrade sensorialmente o público infantil e promover estratégias viáveis da gastronomia hospitalar para sua realidade financeira, assim como os responsáveis necessitam que a alimentação oferecida traga conforto e seja específica para a faixa etária e sintomas apresentados.

Visto que ainda não houve a difusão da prática da gastronomia hospitalar nos hospitais brasileiros, mas que tanto estudos recentes quanto as nutricionistas avaliadas demonstram que esse conceito impacta diretamente no aumento da aceitação alimentar, pode-se concluir

ser positivo a inserção dessas técnicas nos serviços de alimentação, que devem contar com o envolvimento de toda a equipe. Estratégias baratas podem ser aplicadas em ambos os sistemas de saúde para atender aos objetivos citados, principalmente a inclusão de temperos durante o preparo, oferta de alimentos em temperatura adequada e a melhoria da apresentação das refeições.

Promover a gastronomia hospitalar não deve ser vista como requinte, mas como uma maneira de valorizar e despertar a atração e curiosidade da criança em tratamento oncológico pelo momento de refeição, favorecer sua adesão ao tratamento nutricional, promover o conforto dos sintomas e evitar os impactos decorrentes da desnutrição.

6. REFERÊNCIAS

ABREU, E. S.; SPINELLI, M. G. N.; SOUZA PINTO, A. M. *Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer*. 6 ed. São Paulo: Editora Metha, 2016. 392 p.

BARBOSA, M. F. P. et al. Do cuidado nutricional ao cuidado alimentar: percepção de pacientes sobre a refeição hospitalar. *Revista Nutrição em Pauta*, v.14, n.79, p. 48-54, 2006.

BOEGER, M. *Gestão em hotelaria hospitalar*. São Paulo: Atlas, 2008. 104 p.

BORGES, C. M. F. *A percepção do profissional nutricionista sobre a gastronomia hospitalar: um estudo de caso sobre um hospital particular do Distrito Federal*. 2009. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Hotelaria Hospitalar). Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

BRASIL. Diário Oficial da União (BR). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2 ed. Brasília: 2014.

CASTRO, A. C. L.; ZANELLA, C. P. Conhecimentos e práticas de nutricionistas em gastronomia hospitalar. *Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde*, v.4, n.1, p. 32-38, 2017.

DE SOUZA, J. L. et al. Dietas em oncologia. In: PINTO-E-SILVA, M. E. M.; YONAMINE, G. H.; VON ATZINGEN, M. C. B. C. *Técnica dietética aplicada à dietoterapia*. Barueri: Manole, 2005.

DEMARIO, R. L.; SOUSA, A. A.; SALLES, R. K. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.1275-1282, 2010.

DIAS, M. A. A. Marketing e hospitalidade no hospital. *Revista Tratados de Enfermagem*, São Paulo, v.2, n.2, p. 53-61, jul. 2005.

DUTRA, I. K. A.; SAGRILLO, M. R. Terapia nutricional para pacientes oncológicos com caquexia. *Disciplinarum Scientia*, Santa Maria, v.15, n.1, p. 155-69, 2014.

FERREIRA, H. S; FRANÇA, A. O. S. Evolução do estado nutricional de crianças submetidas à internação hospitalar. *Jornal de Pediatria*, Rio Janeiro, v.78, n.6, p. 491-96, 2002.

FRENKEL, M. et al. Integrating dietary supplements into cancer care. *Integrative Cancer Therapies*, v.12, n.5, p. 369-84, 2013.

GARCIA ,R. W. D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. *Revista de Nutrição*, v.19, n.2, p. 129-44, mar./abr. 2006.

GARÓFOLO, A.; ALVES, F.R.; REZENDE, M.A.C. Suplementos orais artesanais desenvolvidos para pacientes com câncer: análise descritiva. *Revista Nutrição*, v.23, n.4, p.523-533, 2010.

GIMENES-MINASSE, M. H. S. G. Comfort food: sobre conceitos e principais características. *Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade*, v.4, n.2, p. 92-102, mar. 2016.

GUERRA, P. M. S.; BOTELHO, R. *Avaliação da aceitação de dietas infantis modificadas em hospital público - estudo de caso*. 2009. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gastronomia e Segurança Alimentar) – Centro de Excelência em Turismo da Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

GUIMARÃES, N. D. V. *Hotelaria hospitalar: uma visão interdisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2007. 148 p.

HARTMAN, C.; SHAMIR, R.; HECHT, C. Malnutrition screening tools for hospitalized children. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, v.15, n.3, p. 303-09, 2012.

HORTA, M.G. et al. Application of gastronomic techniques for the improvement of the sensory quality in children's hospital diet. *Alim. Nutr. Braz. J. Food Nutr.*, Araraquara, v.24, n.2, p. 165-173, abr./jun. 2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. *Câncer: tipo infantil*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

JUNQUEIRA, P. et al. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. *Revista CEFAC*. v.17, n.3, p.1004-1011, maio/jun. 2015.

LADAS, E. et al. A multidisciplinary review of nutrition considerations in the pediatric oncology population: a perspective from children's oncology group. *Nutrition in Clinical Practice*, v.20, n.4, p. 377-93, ago. 2005.

LEANDRO, T.A. et al. Impaired comfort in children and adolescents with cancer. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.71, n.3, p.934-41, 2018.

MAIA, O. S. et al. Suplementação oral em pacientes pediátricos com câncer. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment Nutr.*, v.35, n.1, p.85-96, 2010.

MARTINS, P.; BARATTO, I. Gastronomia hospitalar: treinamento em bases de cozinha. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v.12. n.69. p. 110-117, 2018.

MELLO, M.P.B.; BOTTARO, S.M. Assistência nutricional na terapia da criança com câncer. *Revista Conceito & Saúde*. v.10, n.19, p.9-16, 2010.

OLIVEIRA, L. L.; CARVALHO, M. V.; MELO, L. Health promoting and sensory properties of phenolic compounds in food. *Revista Ceres*, v.61, p. 764-79, 2014.

OLIVEIRA, M. R. et al. Câncer infantil: percepções de cuidadoras sobre alimentação, dinâmica familiar e emocional. *Rev Bras Promoç Saúde*, v.28, n.4, p.560-567, 2015.

PAIVA, D. C. S. et al. A gastronomia como alívio dos sintomas do tratamento do câncer. *Revista Científica da Faminas*, Muriaé, v.9, n.2, p.11-26, maio-ago. 2013.

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. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 2-9, 2013.

PEREIRA, I.F.S. et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.22,, n.10, p.3341-3352, 2017.

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, p. 1-13, 2017.

PIROTTA, A. V.; MARCHIORI, J. M. G. Avaliação qualitativa do cardápio de um hospital oncológico no interior de São Paulo. *Rev Cienc Nutricionais Online*, v.1, n.1, p. 21-30, 2017.

PONTES, T. E. et al. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v.27, n.1, p. 99-105, mar. 2009.

RAMOS, S. A. et al. Avaliação de cardápio e pesquisa de satisfação. *Alimentos e Nutrição - Brazilian. Journal of Food and Nutrition*, Araraquara, v.24, n.1, p. 29-35, jan./mar. 2013.

REQUE, A. R. K.; NASCIMENTO, D. A.; FATEL, E. C. S. Avaliação do serviço de alta gastronomia de uma unidade de nutrição e dietética de um hospital do norte do Paraná. *Revista Eletrônica de Nutrição, Alimentos e Gastronomia*, n.1, p. 55-68, 2013.

SANTOS, V.S.; GONTIJO, M.C.F.; ALMEIDA, M.E.F. Efeito da gastronomia na aceitabilidade de dietas hospitalares. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. v.37, n.3, p.17-22, 2017.

SILVA, C. C. S. P. *Força da preensão da mão como método de rastreio de desnutrição em crianças e adolescentes internadas*. 2012. 31 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Clínica) – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto, 2012.

SILVA, M. P. L.; BRITO, T. N. *Aproveitamento integral dos alimentos e educação nutricional em uma creche do Rio de Janeiro: estudo de caso*. 2015. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição). Faculdade de Nutrição Emília de Jesus Ferreiro, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, S. M.; MAURICIO, A. A. Gastronomia hospitalar: um novo recurso para melhorar a aceitação de dietas. *ConScientiae Saúde*, v.12, n.1, p. 17-27, 2013.

SIMÕES, A. P. B. et al. Estado nutricional de crianças e adolescentes hospitalizados em enfermaria de cirurgia pediátrica. *Revista Paulista de Pediatria*, v.28, n.1, p. 41-7, 2010.

SOUSA, A. A.; GLORIA, M. S.; CARDOSO, T. S. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.24, n.2, p. 287-94, mar./abr. 2011.

SOUSA, A. A.; PROENÇA, R. P. C. La gestion des soins nutritionnels dans le secteur hospitalier: une etude comparative Bresil-France. *Rech Soins Infirm.*, v.83, p. 28-33, 2005.

_____. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.17, n.4, p. 425-36, 2004.

TARABOULSI, F. A. *Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia de informação*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TEIXEIRA, A. F.; VIANA, K. D. Nutritional screening in hospitalized pediatric patients: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.92, p. 343-52, 2016.

TOLONI, M. H. A. et al. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.24, n.1, p. 61-70, 2011.

VARELLA-GARCIA, M. Análise Genômica: do laboratório à prática oncológica. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, v.11, n.1, p. 40-3, 2004.

VEIROS, M. B. *Análise das condições de trabalho do nutricionista na atuação como promotor de saúde em uma unidade de alimentação e nutrição: um estudo de caso*. 2002. 225 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VEIROS, M. B.; PROENÇA, R. P. C. Avaliação qualitativa das preparações do cardápio em uma unidade de alimentação e nutrição – método AQPC. *Revista Nutrição em Pauta*, v.11, n.62, p. 36-42, set./out. 2003.

VIANI, K. et al. *Nutrição e câncer infantojuvenil*. São Paulo: Manole; 2017. p. 173-178.

WRIGHT, O. R. L.; CONELLY, L. B.; CAPRA, S. Consumer evaluation of hospital foodservice quality: an empirical investigation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v.19, n.2, p. 181-94, 2006.

Contatos: ritadecsfernandes@gmail.com e monica.spinelli@mackenzie.br