



Análise comparativa da percepção de pessoas idosas e adultos hospitalizados sobre a qualidade da dieta hospitalar

Comparative analysis of older adults and hospitalized adults' perception of hospital diet quality

Letícia Aeko Barone Ozawa¹ 

Eduardo Federighi Baisi Chagas^{1,2} 

Joyce Fernanda Soares Albino Ghezzi^{1,3} 

Maria Angélica Spadella¹ 

Resumo

Objetivo: analisar e comparar a percepção da qualidade da dieta hospitalar entre pessoas idosas e adultos hospitalizados. **Método:** pesquisa quali-quantitativa, desenvolvida em um hospital público do interior paulista, com pessoas idosas (n=185) e adultos (n=185), hospitalizados há pelo menos três dias, recebendo dieta via oral geral/branda e distribuídos segundo o tipo de dieta prescrito: sem restrição de alimentos (GSR), para controle glicêmico (GDM) ou hipossódica (GHSS). Os dados foram coletados por entrevistas individuais, empregando-se questionário validado. A qualidade da dieta foi avaliada por meio da escala Likert, considerando-se as categorias sabor, temperatura, quantidade, aparência, horário das refeições, higiene e disponibilidade para substituição de alimentos. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo temática e, os quantitativos à análise descritiva e estatística pelos testes Kruskal-Wallis (variáveis quantitativas) e qui-quadrado (variáveis qualitativas). **Resultados:** independentemente da dieta prescrita ($p \geq 0,05$), pessoas idosas e adultos hospitalizados consideraram a qualidade da dieta hospitalar satisfatória (Bom/Ótimo) entre as categorias de satisfação avaliadas, exceto o sabor, que para as pessoas idosas, apresentou associação significativa com a dieta prescrita ($p = 0,05$). Três categorias temáticas emergiram dos relatos, mostrando que pessoas idosas e adultos compreendem a importância da dieta hospitalar para recuperação da saúde, mas ainda se vê a expectativa negativa quanto à refeição ofertada. **Conclusão:** a dieta hospitalar com restrição influencia a percepção de sabor em pessoas idosas. Conhecer essa particularidade pode auxiliar na criação de estratégias de adequação e melhor aceitação da dieta hospitalar para esse grupo etário.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Alimentos, Dieta e Nutrição. Papilas Gustativas. Serviço Hospitalar de Nutrição.

¹ Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Programa de Pós-graduação em Saúde e Envelhecimento (PPGSE). Marília, SP, Brasil.

² Universidade de Marília (UNIMAR), Programa de Pós-Graduação em Interações Estruturais e Funcionais em Reabilitação. Marília, SP, Brasil.

³ Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral (FAEF). Garça, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Código de financiamento: 001.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Joyce Fernanda Soares Albino Ghezzi
jo.albino1988@gmail.com

Recebido: 10/08/2023

Aprovado: 29/01/2024

Abstract

Objective: To analyze and compare the perception of hospital diet quality between older adults and hospitalized adults. **Method:** Quali-quantitative research conducted at a public hospital in the state of São Paulo, Brazil, involving older adults (n=185) and adults (n=185) who have been hospitalized for at least three days, receiving a general/soft oral diet, and classified according to the prescribed diet type: unrestricted diet (GSR), for glycemic control (GDM), or low-sodium (GHSS). The data were collected through individual interviews, utilizing a validated questionnaire. Diet quality was assessed using a Likert scale, considering the categories of taste, temperature, quantity, appearance, meal timing, hygiene, and availability for food substitution. The qualitative data were subjected to thematic content analysis, while the quantitative data underwent descriptive and statistical analysis using Kruskal-Wallis tests (for quantitative variables) and chi-square tests (for qualitative variables). **Results:** Regardless of the prescribed diet ($p \geq 0.05$), both older adults and hospitalized adults considered the quality of hospital food satisfactory (Good/Excellent) across the assessed satisfaction categories, except for taste, which showed a significant association with the prescribed diet for older adults ($p = 0.05$). Three thematic categories emerged from the reports, indicating that both older adults and adults understand the importance of hospital diet for health recovery, yet a negative expectation regarding the offered meal is still prevalent. Hospital diets with restrictions influence taste perception in older adults. Understanding this particularity can assist in the creation of strategies for adaptation and better acceptance of hospital diets for this age group.

Keywords: Aging. Diet, Food, and Nutrition. Taste Buds. Food Service. Hospital.

INTRODUÇÃO

No início do século XX, as religiosas tomavam a frente das cozinhas dos hospitais, preparavam as dietas dos pobres e enfermos, seguindo a prescrição médica¹. Na década de 70, teve início a implantação de Unidades de Alimentação e de Nutrição Hospitalar, com o objetivo de recuperar e/ou manter o estado nutricional e a condição de saúde do paciente².

A correlação do fenômeno alimentar com o processo de recuperação é apontada como fundamental para o tratamento clínico e/ou cirúrgico dos hospitalizados. Logo, a não aceitação da dieta hospitalar pelo paciente pode desfavorecer sua recuperação, levando a complicações oriundas de uma desnutrição hospitalar e, aumento da probabilidade de morte^{3,4}.

Apesar da importância da dieta hospitalar como adjuvante na terapêutica, essa alimentação ainda é mistificada pela população como sendo sem gosto, fria, insossa, servida cedo e com restrições, levando o paciente a ingestão alimentar insuficiente, comprometendo sua recuperação⁵. A dieta hospitalar, portanto, afeta atributos psicossensoriais e simbólicos do indivíduo, que podem influenciar negativamente sua experiência durante a hospitalização e sua saúde^{6,7}.

Emerge assim a preocupação, em especial, com as pessoas idosas, cujo número vem crescendo nos últimos anos, trazendo consigo maior demanda por serviços de saúde, incluindo hospitalizações⁸. Essas, correspondem a 23% do total das internações do país, com tempo médio de sete dias; 25% maior do que o período de internação das demais faixas etárias⁹. Além disso, observa-se declínio da percepção sensorial no envelhecimento, principalmente do olfato e paladar, o que pode afetar a ingestão dietética apropriada^{10,11} e, conseqüentemente, se refletir no número e tempo de internação das pessoas idosas, assim como na desnutrição hospitalar.

Na pessoa idosa, outros fatores também podem influenciar a nutrição, como a mastigação, digestão, uso contínuo de medicamentos, dificuldades para se locomover, questões socioeconômicas e Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)^{8,11-13}. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que apresentam maior prevalência em pessoas idosas, estão relacionadas a maiores restrições na alimentação, aumento na taxa de hospitalizações e agravamento do estado nutricional, além de influenciarem na percepção alimentar^{8,12,14}.

Entretanto, na maioria das vezes, a percepção sensorial da pessoa idosa é um fator desconsiderado,

embora exerça impacto relevante no paladar e no prazer em se alimentar¹². Estudo comparando a sensibilidade gustativa de adultos e pessoas idosas não hospitalizados verificou que elas possuem alterações para os sabores doce e salgado, predispondo-os a adoçar e/ou salgar mais os alimentos, o que impacta negativamente no controle da HAS e DM¹⁵. Em relação a soluções azeda e doce, outro estudo evidenciou que as pessoas idosas apresentaram percepção do sabor reduzida quando comparados aos adultos¹⁶.

No contexto hospitalar, a alteração da percepção sensorial pode se agravar, uma vez que fatores ambientais, fisiológicos e alimentares podem dificultar a alimentação por via oral da pessoa idosa¹⁷. É comum para a maioria delas se alimentarem menos durante a hospitalização do que quando estão em casa. Esse cenário torna-se ainda mais agravante ao considerar que o paciente idoso tende a permanecer hospitalizado por maior tempo e frequência.

Embora se verifique que há forte correlação entre a qualidade da dieta hospitalar e sua aceitação pelos indivíduos hospitalizados, não se conhece se essa aceitação pode variar considerando-se a faixa etária, bem como se pode ser negativamente potencializada pelas restrições e características da dieta ofertada no hospital; duas condições diretamente relacionadas a pessoas idosas, tendo em vista o maior declínio sensorial e funcional e a necessidade de dietas restritivas devido à prevalência de DCNT nessa população.

Considerando, portanto, que a dieta hospitalar para as pessoas idosas com ou sem restrições alimentares não é individualizada segundo suas necessidades e particularidades; este estudo teve como objetivo analisar e comparar a percepção da qualidade da dieta hospitalar entre pessoas idosas e adultos hospitalizados para os diferentes tipos de dieta prescritas, bem como compreender o significado dessa alimentação para ambas as populações.

MÉTODO

Pesquisa quali-quantitativa, com delineamento transversal, desenvolvida em um hospital público assistencial e de ensino, localizado no interior paulista, Brasil e, que integra a rede de atenção à saúde

do Departamento Regional de Saúde (DRS) IX. É referência para atenção especializada nos diferentes níveis de complexidade, operacionalizando 199 leitos hospitalares, exclusivamente ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), certificada pela ISO 9001:2015, que atende refeições por via oral e sondas. Fornece ao dia, em média, 600 grandes refeições (almoço e jantar), 800 pequenas refeições (desjejum e lanches) entre pacientes, acompanhantes e colaboradores e, 300 dietas enterais. A coleta de dados ocorreu em quatro enfermarias das clínicas médica e cirúrgica, de junho/2018 a junho/2019, devido à presença de pacientes que atendiam aos critérios de inclusão nessas enfermarias.

Os participantes foram pessoas idosas (≥ 60 anos) e adultos (18 a 59 anos) de ambos os sexos, hospitalizados há pelo menos três dias, tempo suficiente para opinar sobre a alimentação ofertada¹⁸ e, recebendo dieta via oral geral ou branda, distribuídas em três tipos de prescrição: sem restrição de alimentos (GSR), para controle glicêmico (GDM) e hipossódica (GHSS). Foram excluídos os pacientes que não possuíam condições de se comunicar, com feridas na cavidade oral, os recebendo dieta enteral ou parenteral e os em jejum.

Para a abordagem quantitativa, o cálculo amostral considerou um tamanho de efeito médio de 0,3, uma margem de erro do tipo I (α) de 5% e um poder de estudo de 80%, indicando a necessidade de uma amostra mínima de 185 elementos/grupo etário. Para distribuição proporcional de pacientes nas dietas e faixa etária, os grupos de comparação foram: 185 pessoas idosas, sendo 126 com dieta GSR, 43 com GHSS e 16 com GDM; 185 adultos, sendo 153 com dieta GSR, 22 com GHSS e 10 com GDM, totalizando 370 participantes.

Para a abordagem qualitativa, o número de entrevistados levou em consideração o critério de exaustividade e saturação dos dados¹⁸. Deste modo, atingiu-se 70 participantes, sendo 37 adultos e 33 pessoas idosas.

O procedimento para coleta dos dados compreendeu a análise diária do censo hospitalar para identificação de potenciais candidatos, seguido pelo contato pessoal com o paciente para

esclarecimento da pesquisa. Após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o questionário em mãos, iniciava-se a entrevista (em média 20 min) por uma das pesquisadoras, que era nutricionista do cenário da pesquisa, treinada para técnica não diretiva.

A coleta de dados constituiu de quatro etapas. I: caracterização dos participantes quanto ao perfil socioeconômico, conforme questionário Critério Brasil¹⁹. II: levantamento de dados da hospitalização do participante pela ficha de internação, considerando-se o motivo e tempo da internação, dieta prescrita e doença crônica associada. III: aplicação de questionário para avaliação da percepção sobre a qualidade da dieta hospitalar, considerando: sabor, temperatura, quantidade, aparência, horário das refeições, higiene e disponibilidade para substituição dos alimentos, devendo o participante opinar segundo uma escala Likert de satisfação: ótimo, bom, regular ou ruim. Os participantes também foram questionados sobre como estava seu apetite (preservado, razoável ou ruim)? e como estava sua salivação (reduzida, aumentada ou igual)? Foi utilizado o mesmo questionário de satisfação já empregado pelas nutricionistas da UAN do hospital deste estudo, conforme referenciais de qualidade adotados em serviços hospitalares²⁰. IV: foram feitas duas perguntas abertas a respeito das concepções do participante sobre a “comida” do hospital, quais eram suas expectativas sobre essa alimentação e qual o conhecimento que tinham sobre suas restrições alimentares, quando aplicável. Esse questionário foi validado em estudo piloto com indivíduos de mesmas características que a população-alvo, totalizando 18 participantes (nove/grupo etário e dieta prescrita) e, passou por adequações para legibilidade e entendimento das perguntas. Para garantir fidedignidade e preservar a originalidade dos depoimentos, as entrevistas foram feitas com gravador de voz digital e após a transcrição foram apagadas. Foram realizadas nos leitos, contando com a presença do entrevistado e entrevistadora, preservando o anonimato e evitando possíveis vieses. Não houve desistência e nem necessidade de repetir entrevistas.

Na análise dos dados quantitativos, as comparações entre grupo por tipo de dieta para

variáveis quantitativas foram realizadas pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido das comparações par a par pelo teste de Mann-Whitney com correção Post-Hoc de Holm-Sidak. A associação entre as variáveis qualitativas foi analisada pelo teste do qui-quadrado. As variáveis quantitativas estão descritas pela mediana e intervalo interquartil (25th e 75th). As variáveis qualitativas estão descritas pela distribuição de frequência relativa (%) e absoluta (*f*). O nível de significância adotado foi de 5%.

Quanto à abordagem qualitativa, os discursos foram transcritos e submetidos ao referencial teórico-analítico da análise de conteúdo temática proposto por Minayo²¹. A análise contemplou o desmembramento do texto em unidades e, após, categorização em grupos. Para anonimato e sigilo dos depoimentos coletados, os participantes foram identificados como *Pessoa Idosa* ou *Adulto*, seguida da sigla da dieta prescrita.

A pesquisa seguiu as normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição envolvida, obtendo parecer favorável nº 2.596.014, CAAE: 85263318.0.0000.5413.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS

O conjunto de dados não está publicamente disponível devido a conter informação que compromete a privacidade dos participantes da pesquisa.

RESULTADOS

A população participante foi de 370 pessoas, sendo pessoas idosas (n=185) e adultos (n=185), na faixa etária entre 18 e 94 anos e idade média de 54,6 anos, 58,6% eram do sexo masculino, 51,9% eram casados/união estável, 43,8% completaram até nove anos de escola, 70,0% eram brancos, 58,1% eram católicos, 83,2% moravam com a família e 56,5% pertenciam a classe socioeconômica C. Não houve associação significativa entre as características dos participantes a dieta e a idade, exceto por serem ou não portadores de HAS e/ou DM (Tabela 1).

Tabela 1. Análise da distribuição de frequência absoluta (*f*) e relativa (%) das características da população participante em relação ao tipo de dieta prescrita e faixa etária. Marília, SP, 2019.

Características	Adulto			<i>p</i> -valor	Pessoa Idosa			<i>p</i> -valor
	GSR (n = 153) <i>f</i> (%)	GDM (n = 10) <i>f</i> (%)	GHSS (n = 22) <i>f</i> (%)		GSR (n = 126) <i>f</i> (%)	GDM (n = 16) <i>f</i> (%)	GHSS (n = 43) <i>f</i> (%)	
Sexo								
Masculino	92 (60,1)	7 (70,0)	9 (40,9)	0,14	79 (62,7)	9 (56,3)	21 (48,8)	0,10
Feminino	61 (39,9)	3 (30,0)	13 (59,1)		47 (37,3)	7 (43,8)	22 (51,2)	
Estado civil								
Solteiro	79 (51,6)	3 (30,0)	9 (40,9)	0,22	58 (46,0)	9 (56,3)	20 (46,5)	0,85
Casado/união	74 (48,4)	7 (70,0)	13 (59,1)		68 (54,0)	7 (43,8)	23 (53,5)	
Escolaridade								
0 - 3 anos	21 (13,7)	1 (10,0)	3 (13,6)	0,92	50 (39,7)	6 (37,5)	15 (34,9)	0,76
Até 9 anos	64 (41,8)	4 (40,0)	10 (45,5)		53 (42,1)	7 (43,8)	24 (55,8)	
> 9 anos	68 (44,4)	5 (50,0)	9 (40,9)		23 (18,3)	3 (18,8)	4 (9,3)	
Etnia								
Branco	100 (65,4)	7 (70,0)	11 (50,0)	0,38	98 (77,8)	13 (81,3)	30 (69,8)	0,19
Preto	11 (7,2)	0 (0,0)	4 (18,2)		4 (3,2)	0 (0,0)	3 (7,0)	
Pardo	41 (26,8)	2 (20,0)	7 (31,8)		23 (18,3)	2 (12,5)	7 (16,3)	
Amarelo	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)		1 (0,8)	0 (0,0)	2 (4,7)	
Vermelho	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (6,3)	1 (2,3)	
Religião								
Católico	81 (52,9)	3 (30,0)	12 (54,5)	0,51	83 (65,9)	9 (56,3)	27 (62,8)	0,86
Evangélico	56 (36,6)	4 (40,0)	10 (45,5)		32 (25,4)	4 (25,0)	10 (23,3)	
Espírita	2 (1,3)	1 (10,0)	0 (0,0)		2 (1,6)	2 (12,5)	3 (7,0)	
Outra	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (0,8)	1 (6,3)	3 (7,0)	
Não declarado	13 (8,5)	2 (20,0)	0 (0,0)		8 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Situação moradia								
Sozinho	13 (8,5)	1 (10,0)	2 (9,1)	0,89	34 (27,0)	4 (25,0)	8 (18,6)	0,28
Família	140 (91,5)	9 (90,0)	20 (90,9)		92 (73,0)	12 (75,0)	35 (81,4)	
Classe socioeconômica								
A-B	34 (22,2)	3 (30,0)	3 (13,6)	0,37	21 (16,7)	4 (25,0)	6 (14,0)	0,46
C	93 (60,8)	5 (50,0)	14 (63,6)		69 (54,8)	6 (37,5)	22 (51,2)	
D-E	26 (17,0)	2 (20,0)	5 (22,7)		36 (28,6)	6 (37,5)	15 (34,9)	
HAS								
Não	124 (81,0)	6 (60,0)	4 (18,2)	<0,001*	63 (50,0)	4 (25,0)	7 (16,3)	<0,001*
Sim	29 (19,0)	4 (40,0)	18 (81,8)		63 (50,0)	12 (75,0)	36 (83,7)	
DM								
Não	146 (95,4)	0 (0,0)	20 (90,9)	0,002*	100 (79,4)	0 (0,0)	35 (81,4)	0,38
Sim	7 (4,6)	10 (100,0)	2 (9,1)		26 (20,6)	16 (100,0)	8 (18,6)	

n = número de participantes; GSR = dieta geral sem restrição; GDM = dieta geral para controle glicêmico; GHSS = dieta geral hipossódica.
**p*-valor ≤ 0,05 indica associação significativa com o tipo de dieta prescrita pelo teste do qui-quadrado.

Ao comparar a idade entre os tipos de dieta observou-se que os participantes com dieta GHSS tem idade superior aos pacientes com dieta GSR, porém entre esses com dieta GSR e GDM não houve diferença significativa. Constata-se, ainda, que a faixa etária de 60 anos ou mais concentrou-se nas dietas GHSS ou GDM, havendo mais pessoas idosas em dieta hipossódica (Tabela 2).

O diagnóstico prevalente na internação, conforme a Classificação Estatística Internacional

de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10)²², foi de doenças circulatórias entre 22,7% dos adultos e 26,5% das pessoas idosas sendo as mais recorrentes: HAS, infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico, aterosclerose, trombose arterial e venosa. Ambos os grupos etários apresentaram distribuição de morbidades semelhante, o que reduz o viés do estudo quanto à morbidade.

Tabela 2. Comparação da faixa etária entre os grupos participantes (N = 370) por dieta prescrita. Marília, SP, 2019.

	Dieta prescrita									<i>p</i> -valor
	GSR (n = 279)			GDM (n = 26)			GHSS (n = 65)			
	25 th	Med.	75 th	25 th	Med.	75 th	25 th	Med.	75 th	
Idade (anos)	38,0	54,0	66,0	49,8	60,0	65,5	56,0	63,0*	73,5	<0,001**

Valores expressos em mediana e intervalo interquartil (1º quartil 25th e 3º quartil 75th).

n = número de participantes; GSR = dieta geral sem restrição; GDM = dieta geral para controle glicêmico; GHSS = dieta geral hipossódica; * *p*-valor ≤ 0,05 indica diferença significativa entre os grupos pelo teste de Kruskal-Wallis; ** *p*-valor ≤ 0,05 indica diferença significativa em relação ao grupo GSR pelo teste de Mann-Whitney com correção Post-Hoc de Holm-Sidak.

Tabela 3. Relação dos principais diagnósticos dos entrevistados, adultos e pessoas idosas, categorizados de acordo com o CID-10. Marília, SP, 2019.

Capítulos	Doenças	Adulto <i>f</i> (%)	Pessoa Idosa <i>f</i> (%)
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3 (1,6)	1 (0,5)
II	Neoplasias [tumores]	12 (6,5)	19 (10,3)
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	3 (1,6)	3 (1,6)
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4 (2,2)	10 (5,4)
V	Transtornos mentais e comportamentais	1 (0,5)	1 (0,5)
VI	Doenças do sistema nervoso	1 (0,5)	2 (1,1)
VII	Doenças do olho e anexos	3 (1,6)	1 (0,5)
IX	Doenças do aparelho circulatório	42 (22,7)	49 (26,5)
X	Doenças do aparelho respiratório	15 (8,1)	16 (8,6)
XI	Doenças do aparelho digestivo	13 (7,0)	15 (8,1)
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12 (6,4)	7 (3,8)
XII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8 (4,3)	9 (4,9)
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	11 (5,9)	14 (7,6)
XVIII	Síntomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	6 (3,2)	0 (0,0)
XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	52 (28,1)	35 (18,9)
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	0 (0,0)	3 (1,6)

Valores expressos em frequência absoluta (N) e relativa (%).

De modo geral, a percepção sobre a qualidade da dieta hospitalar foi positiva entre os participantes, independentemente do tipo de dieta prescrita, sendo qualificadas em sua maioria como Bom/Ótimo (Tabela 4). Entre os adultos, 82,7% receberam dieta GSR, 5,4% dieta GDM e 11,8% dieta GHSS, enquanto que entre pessoas idosas, 68,1% receberam dieta GSR, 8,6% dieta GDM e 23,2% dieta GHSS.

A quantidade da refeição ofertada foi avaliada como Ruim/Regular por 13,7% dos adultos com dieta GSR e 27,3% dos com dieta GHSS, pois a consideraram pequena. Entre as pessoas idosas, 18,3% dos participantes com dieta GSR e 25,0% dos com dieta GDM também se mostraram insatisfeitos com a quantidade, porém a consideraram excessiva. Por outro lado, a aparência e temperatura das preparações foi avaliada como Boa/Ótima pela

maioria dos participantes, independentemente da idade. Essas categorias não apresentaram associação significativa com a dieta prescrita (Tabela 4).

A percepção dos participantes quanto ao horário das refeições, higiene e possibilidade de substituições, também não apresentou associação significativa com a dieta. Entretanto, para as pessoas idosas, a categoria sabor da dieta hospitalar apresentou associação significativa com a dieta prescrita. Deste modo, a percepção das pessoas idosas sobre o sabor das dietas GHSS e GDM foi negativa para 30,2% e 25,0% dos participantes, respectivamente. Para os adultos, 27,3% dos entrevistados recebendo dieta GHSS e 20,0% daqueles com a dieta GDM também declararam insatisfação com o sabor das refeições. Contudo, nesse grupo não houve associação significativa com a dieta (Tabela 4).

Tabela 4. Análise da distribuição de frequência absoluta (*f*) e relativa (%) das categorias de percepção da alimentação hospitalar em relação ao tipo de dieta prescrito entre os adultos e pessoas idosas participantes. Marília, SP, 2019.

Categorias	Adulto			<i>p</i> -valor	Pessoa Idosa			<i>p</i> -valor
	GSR (n = 153)	GDM (n = 10)	GHSS (n = 22)		GSR (n = 126)	GDM (n = 16)	GHSS (n = 43)	
Aparência	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)		<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	
Ruim/Regular	8 (5,2)	1 (10,0)	2 (9,1)	0,405	6 (4,8)	1 (6,3)	2 (4,7)	0,998
Bom/Ótimo	145 (94,8)	9 (90,0)	20 (90,9)		120 (95,2)	15 (93,8)	41 (95,3)	
Quantidade								
Ruim/Regular	21 (13,7)	1 (10,0)	6 (27,3)	0,139	23 (18,3)	4 (25,0)	5 (11,6)	0,403
Bom/Ótimo	132 (86,3)	9 (90,0)	16 (72,7)		103 (81,7)	12 (75,0)	38 (88,4)	
Temperatura								
Ruim/Regular	17 (11,1)	0 (0,0)	1 (4,5)	0,227	13 (10,3)	1 (6,3)	5 (11,6)	0,881
Bom/Ótimo	136 (88,9)	10 (100,0)	21 (95,5)		113 (89,7)	15 (93,8)	38 (88,4)	
Sabor								
Ruim/Regular	24 (15,7)	2 (20,0)	6 (27,3)	0,175	21 (16,7)	4 (25,0)	13 (30,2)	0,050*
Bom/Ótimo	129 (84,3)	8 (80,0)	16 (72,7)		105 (83,3)	12 (75,0)	30 (69,8)	
Horário								
Ruim/Regular	21 (13,7)	4 (40,0)	3 (13,6)	0,575	6 (4,8)	2 (12,5)	2 (4,7)	0,872
Bom/Ótimo	132 (86,3)	6 (60,0)	19 (86,4)		120 (95,2)	14 (87,5)	41 (95,3)	
Higiene								
Ruim/Regular	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,662	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Bom/Ótimo	152 (99,3)	10 (100,0)	22 (100,0)		126 (100,0)	16 (100,0)	43 (100,0)	
Substituição								
Ruim/Regular	67 (43,8)	6 (60,0)	9 (40,9)	0,998	36 (28,6)	5 (31,3)	9 (20,9)	0,372
Bom/Ótimo	86 (56,2)	4 (40,0)	13 (59,1)		90 (71,4)	11 (68,8)	34 (79,1)	

n = número de participantes; GSR = dieta geral sem restrição; GDM = dieta geral para controle glicêmico; GHSS = dieta geral hipossódica. **p*-valor ≤ 0,05 indica associação significativa com o tipo de dieta prescrito pelo teste do qui-quadrado.

Os dados também mostraram que o tipo de dieta não afetou significativamente o apetite e a salivação dos participantes. Entretanto, a avaliação quanto ao desejo de alimentar-se durante a internação mostrou

que 37,9% dos adultos sem restrição alguma na dieta, perceberam seu apetite razoável. Entre as pessoas idosas, 35,7% dos que estavam recebendo dieta GSR também consideraram seu apetite razoável (Tabela 5).

Tabela 5. Análise da distribuição de frequência absoluta (*f*) e relativa (%) das categorias apetite e salivação por tipo de dieta prescrito entre adultos e pessoas idosas participantes. Marília, SP, 2019.

Categorias	Adulto			<i>p</i> -valor	Pessoa Idosa			<i>p</i> -valor
	GSR (n = 153)	GDM (n = 10)	GHS (n = 22)		GSR (n = 126)	GDM (n = 16)	GHSS (n = 43)	
Apetite								
Ruim	8 (5,2)	0 (0,0)	1 (4,5)	0,277	9 (7,1)	1 (6,3)	2 (4,7)	0,261
Razoável	58 (37,9)	3 (30,0)	6 (27,3)		45 (35,7)	6 (37,5)	12(27,9)	
Preservado	87 (56,9)	7 (70,0)	15 (68,2)		72 (57,1)	9 (56,3)	29(67,4)	
Salivação								
Categorias	Adulto			<i>p</i> -valor	Pessoa Idosa			<i>p</i> -valor
	GSR (n = 107)	GDM (n = 8)	GHSS (n = 17)		GSR (n = 91)	GDM (n = 9)	GHSS (n = 26)	
Reduzido	35 (32,7)	1 (12,5)	7 (41,2)	0,750	37 (40,7)	3 (33,3)	12 (46,2)	0,686
Aumentado	3 (2,8)	1 (12,5)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Mantido	69 (64,5)	6 (75,0)	10 (58,8)		54 (59,3)	6 (66,7)	14 (53,8)	

n = número de participantes; GSR = dieta geral sem restrição; GDM = dieta geral para controle glicêmico; GHSS = dieta geral hipossódica.

A partir da análise qualitativa dos depoimentos dos participantes, segundo o tipo de dieta prescrita, três categorias temáticas foram definidas:

A dieta hospitalar para melhoria da saúde

Independentemente da dieta prescrita e da idade, os participantes associaram a dieta hospitalar como necessária ao reestabelecimento da saúde, caracterizando-a como uma refeição supervisionada e diferente daquela consumida em suas casas:

“É um alimento para nós ficarmos fortes, fortalecidos [...]” (Pessoa Idosa, GHSS).

“Uma comida que sustente o doente [...]” (Adulto, GHSS).

Os entrevistados também mencionaram que os horários das refeições são sempre respeitados no hospital, sendo importante para a adequada recuperação:

“Para a gente se alimentar melhor, porque em casa a gente não faz isso, almoço, café, não eu não faço, os horários certinho” (Adulto, GSR).

Nos indivíduos com prescrição de dietas restritivas foi evidente que a principal dificuldade é a falta do sal na refeição. Fato evidenciado entre as pessoas idosas com dieta GHSS e, até mesmo, com a GSR quando comparado aos adultos com as mesmas dietas:

“... só que para mim não desce, a falta de sal, eu não consigo comer” (Pessoa Idosa, GHSS).

“Achava que era mais temperada [...] não é ruim, o negócio é o sal” (Adulto, GHSS).

A mistificação da dieta hospitalar

Entre os adultos e pessoas idosas, independentemente da dieta recebida, foram recorrentes depoimentos trazendo preconceitos arraigados sobre a dieta do hospital, qualificando-a como ruim, sem tempero/sal e insossa. Entretanto, com a experiência da refeição, houve a desconstrução desse estigma:

“Já ouvi falar que é ruim, que é comida de hospital, eu sempre comi aqui nas clínicas, sempre foi gostosa” (Pessoa Idosa, GHSS).

Outros relatos trouxeram a percepção de que antigamente nos hospitais ofertava-se alimentos que não agregavam valor nutritivo ao paciente, mas que atualmente há supervisão de nutricionistas, o que garante maior qualidade às refeições:

“A nutricionista vai ver o que as pessoas precisam [...] verduras, porque vem bastante chuchu, para quem precisa estar internado é bom” (Adulto, GSR).

A condição econômica e a religiosidade também emergiram nos depoimentos, sobretudo das pessoas idosas, as quais valorizam o alimento recebido:

“A comida as vezes a gente fala, mas a comida para mim é sagrada” (Pessoa Idosa, GDM).

(Des)conhecimento quanto ao tipo de dieta prescrito

Parte dos adultos e pessoas idosas tinha consciência da dieta que estavam recebendo, principalmente os grupos com dieta GHSS e GDM:

“Porque não pode comer sal, porque senão sobe a pressão” (Pessoa Idosa, GHSS).

“Porque eu tenho diabetes alta, precisa controlar, uma hora está alta outra hora mais ou menos, baixar mesmo não vai não” (Adulto, GDM).

Outros não tinham discernimento sobre a dieta prescrita e nem sobre sua condição de saúde:

“Não sei, para mim está vindo normal, também não gosto de comer comida salgada” (Pessoa Idosa, GHSS).

O desconhecimento e a carência de acesso à informação em saúde se agravam nos participantes com visão equivocada de sua doença e a falta de compreensão sobre como controlar suas consequências no dia-a-dia:

“O médico não falou nada, pouco sal por causa do diabetes assim, o que que é? Eu não sei. O Dr. falou que eu não posso ficar comendo muito sal, falou que eu não posso comer ajinomoto. Ajinomoto não tem nada de sal, não é? Shoyu uso mais na salada, alguns só” (Pessoa Idosa, GHSS).

DISCUSSÃO

Os dados mostraram que independentemente da idade e dieta prescrita, os participantes qualificaram de forma positiva as refeições recebidas na hospitalização. Entretanto, a percepção negativa sobre o sabor da dieta associou-se significativamente com dietas restritivas entre as pessoas idosas. Pôde-se depreender que os participantes compreendem a importância da dieta hospitalar como meio de recuperação da saúde, mas ainda se nota a visão preconceituosa sobre a refeição.

Categorias como aparência, quantidade e temperatura da refeição, higiene do serviço de nutrição, possibilidade de substituições e os horários das refeições foram bem aceitos. Além disso, os pacientes reconheceram que o hospital segue rigorosamente as prescrições dietoterápicas e horários. Apesar de não haver associação significativa entre o grupo etário e dieta prescrita para essas categorias, a proporção do grau de satisfação Ruim/Regular para algumas delas, merece atenção. A categoria substituição apresentou proporções de 40 a 60% de Ruim/Regular entre os adultos e de 20 a 31% nas pessoas idosas, principalmente para os pacientes com dieta GDM. As categorias quantidade, sabor e horário também apresentaram percentuais de Ruim/Regular entre os adultos que merecem destaque, principalmente a quantidade e sabor da dieta GHSS e o horário da dieta GDM. Para as pessoas idosas, os

percentuais de Ruim/Regular com maior impacto foram o sabor na dieta GHSS e a quantidade e horário na dieta GDM.

Os dados da quantidade das refeições corroboram com a análise qualitativa, em que se verificou insatisfação dos pacientes com a porção servida. Os pacientes idosos consideraram essa quantidade demasiada, manifestando indignação em desperdiçar o alimento. Contrariamente para vários adultos, a quantidade era insuficiente para ficar saciado.

Considerando que o sabor foi a única categoria que apresentou associação significativa com a dieta prescrita, porém, somente para as pessoas idosas; constatou-se de fato, que as dietas restritivas interferem na percepção geral da pessoa idosa sobre a dieta ofertada no hospital e no prazer de se alimentar.

As pessoas idosas apresentaram maior proporção de prescrição de dieta GDM e GHSS. Tal evento está relacionado à prevalência de DM e HAS entre pessoas idosas. Essas doenças crônicas têm a necessidade de intervenção dietética específica, principalmente no ambiente hospitalar, pois estão fortemente relacionadas a comportamentos dietéticos inadequados ao longo da vida²³⁻²⁵.

Na população idosa, hábitos de vida, envolvendo sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e rotinas alimentares inapropriadas, como também o fato de pessoas idosas, por vezes, morarem sozinhas e apresentarem dificuldades para cozinhar, refletem em maior dificuldade para modificação do comportamento alimentar. Assim, ao se depararem com a hospitalização e, uma terapia nutricional rígida para controle da doença, sentem a diferença da alimentação servida^{23,24}. Somado a isso, o próprio envelhecimento impõe limitações a pessoa idosa que comprometem sua nutrição^{10,13}, sobretudo quando associado à DCNT. Quanto ao paladar, estudos associam o avanço da idade com o declínio na capacidade de detectar sabores básicos quando comparados com adultos²⁵⁻²⁷. Dessa forma, infere-se que se a pessoa idosa possui hábito alimentar para controle de sódio e/ou glicêmico no ambiente residencial, sua percepção sobre o sabor da dieta hospitalar poderia ser mais satisfatória.

Os achados reforçam a pertinência de pesquisas em saúde pública que busquem diferentes abordagens para a dieta hospitalar da pessoa idosa, incluindo medidas de promoção à saúde e prevenção de agravos e, conseqüentemente, das hospitalizações. Contudo, ressalta-se que a maior efetividade de ações de saúde para uma população que vem envelhecendo, depende da educação nutricional já no início da vida, devendo essa manter-se ao longo dos anos como uma educação permanente, visto que parte das DCNT decorrem ou apresentam complicações devido a alimentação inadequada, por desconhecimento ou pelo estilo/hábito de vida do indivíduo.

No estado atual já são feitas melhorias em tecnologias como elaboração de instrumentos para identificar a mais adequada terapia nutricional à pessoa idosa, considerando que esse público necessita de comunicação acessível e apropriada e, que muitas vezes se passa negligenciada²⁸. Há também estudos que trazem a importância de um cardápio especializado para as pessoas idosas, considerando suas perdas sensoriais que interferem nas escolhas alimentares, para que não haja interferência no convívio social²⁹ e em sua saúde; melhorando, assim, a aceitação em especial de dietas restritivas. Entretanto, a garantia de uma alimentação de qualidade, segura nutricionalmente, tem relação direta com a capacitação dos colaboradores envolvidos, além da supervisão do nutricionista nas etapas da produção das refeições²⁶. Essa forma especializada de supervisão trouxe melhores padrões aos serviços de alimentação e nutrição hospitalares, fazendo com que o indivíduo repense sua opinião sobre as refeições, qualificadas, muitas vezes, como fracas.

Também avaliou-se o apetite e a salivação dos participantes na hospitalização, não sendo encontrada associação significativa quanto à idade e dieta. Apesar da maioria dos participantes considerar que o apetite e a salivação estavam preservados, outros consideraram o apetite razoável e a salivação reduzida. Especialmente para a população idosa, não está muito clara a relação do declínio da sensibilidade do paladar e a ingestão de alimentos³⁰, já para a salivação sabe-se que há redução do fluxo salivar^{31,32}. Deste modo, o preparo da dieta, sua apresentação e orientações mais claras, ilustrativas, com vocabulários acessíveis a esse

público sobre a importância de alimentar-se com o que foi prescrito são potenciais otimizadores para a aceitação alimentar. Toda a equipe multiprofissional envolvida no cuidado hospitalar à pessoa idosa deve fazer parte desse processo, sendo o nutricionista um agente facilitador desse diálogo.

Nos depoimentos observou-se que ambos os grupos etários possuem a mesma percepção da dieta hospitalar quanto à sua importância, significado para a saúde e, que os horários das refeições servem de padrão a ser seguido em casa. Reconheceram que essa alimentação é essencial para o reestabelecimento da saúde e que faz parte do tratamento. Mais do que os adultos, as pessoas idosas valorizam a alimentação ofertada e, inclusive, dão a ela valor sagrado. Os relatos também mostraram, corroborando com os dados quantitativos, que o fator interferente mais marcante para as pessoas idosas é o sabor das refeições, sobretudo com dieta hipossódica. Tais dados reforçam a dificuldade da pessoa idosa para aceitação da dieta hospitalar, o que pode influenciar negativamente na recuperação da sua saúde e bem-estar, uma vez que o estado nutricional do indivíduo tem associação direta com o processo de recuperação e, uma baixa ingestão alimentar na hospitalização pode levar a desnutrição, que por fatores associados à própria senescência, podem apresentar um quadro mais abrupto⁴.

Ficou evidente que a dieta do hospital, ainda nos dias atuais, é mistificada pela população como sendo sem sal, insossa, fria e com a oferta apenas de sopas. Contudo, percebeu-se que é após prová-la que se muda a percepção enraizada na sociedade. É relevante, portanto, o planejamento de ações para melhor aceitação das dietas hospitalares para agregar às refeições maior satisfação e prazer de se alimentar, configurando-se em uma ferramenta importante na recuperação dos pacientes.

Evidenciou-se também que a maioria dos participantes possui conhecimento sobre a dieta recebida e sua condição de saúde. Por outro lado, outros não entendiam sua doença atual e tratamento, o que reforça a importância de intervenções educativas em saúde durante as hospitalizações²⁵.

Embora este estudo traga a representatividade de significativo contingente de indivíduos hospitalizados

em um hospital do interior paulista, sua limitação relaciona-se à diversidade de culturas alimentares e de serviços hospitalares encontrada no Brasil, que podem determinar diferentes experiências de alimentação. Em outras regiões do país, novos desfechos podem ser encontrados quanto à percepção da qualidade da dieta dos hospitais, principalmente da pessoa idosa.

CONCLUSÃO

Independentemente da dieta, pessoas idosas e adultos hospitalizados consideraram satisfatória a qualidade da dieta hospitalar, exceto o sabor, que para as pessoas idosas apresentou associação significativa com a dieta recebida. A quantidade, horário e substituição da dieta, embora não significativos, apresentaram percentuais de percepção Ruim/Regular que indicam a necessidade de intervenção para contribuir com uma maior aderência a terapia dietética.

Os relatos dos participantes hospitalizados reforçam seus costumes alimentares, os quais representam barreiras para a terapia nutricional e são agravantes de doenças cardiovasculares. Destacase o uso exagerado de sal nas refeições preparadas em casa, fato que pode estar associado ao perfil da população estudada, carente de escolaridade e renda, mostrando-se ainda mais necessária a educação nutricional.

Este estudo avança ao trazer evidências quanto às singularidades da dieta hospitalar para a população idosa, com ou sem restrição alimentar, de modo a subsidiar estratégias que visem à melhoria da qualidade, adequação e aceitação da alimentação ofertada, contribuindo com a nutrição da pessoa idosa hospitalizada e, conseqüentemente, com o processo de recuperação e redução do tempo de internação.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem os profissionais da Unidade de Alimentação e Nutrição do hospital cenário da pesquisa e os pacientes participantes.

AUTORIA

- Letícia Aeko Barone Ozawa – concepção e delineamento; análise e interpretação dos dados qualitativos; aprovação da versão a ser publicada.
- Eduardo Federighi Baisi Chagas – delineamento, análise e interpretação dos dados quantitativos.
- Joyce Fernanda Soares Albino Ghezzi – redação e revisão do artigo; aprovação da versão a ser publicada.
- Maria Angélica Spadella - responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo a precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

12 de 13

REFERÊNCIAS

1. Godoy AM, Lopes DA, Garcia RWD. Transformações socioculturais da alimentação hospitalar. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2007;14(4):1197-1215. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000400006>
2. Abreu ES, Spinelli MGN, Pinto AMS. *Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição: um modo de fazer*. Edição 7, 2019.
3. Cattani A, Eckert IC, Brito JE, Tartari RF, Silva FM. Nutritional risk in critically ill patients: how it is assessed, its prevalence and prognostic value: a systematic review. *Nutr Rev*. 2020;78(12):1052-1068. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/nutrit/naaa031>
4. Lopes JKSC, Santos TOCG, Mendonça XMFD, Campos JSP, Caldas SP, Moura FML, et al. Análise dos indicadores de qualidade das dietas ofertadas a pacientes oncológicos. *Mundo da Saúde*. 2020;44:397-411, e0222020. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/analise_qualidade_dietas_oncologicos.pdf
5. Souza MCGC, Mendes ALRF, Santos GCM, Brito FCR, Moraes VD, Silva FR. Estado nutricional e aceitação da dieta por pacientes cardiopatas. *Motricidade*. 2018;14(1):217-225. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/mot/v14n1/v14n1a31.pdf>
6. Menezes ROS, Nascimento LJ, Câmara PPC, Sousa UH. Estudo da adequação de refeições servidas a pacientes em hospital de referência na cidade de Salvador, BA. *Higiene Alimentar*. 2018;32:276-277. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882940/276-277-site-37-42.pdf>
7. Demario RL, Sousa AA, Salles RK. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(supl 1):1275-1282. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700036>
8. Lima DF, Barlem ELD, Santos SSC, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos AM, Mattos KM. Avaliação dos fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. *Rev Rene*. 2014;15(4):578-584. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324032212004.pdf>
9. Reis CCA, Sena ELS, Menezes TMO. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3): e20160070. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160070>
10. Giro AJNS, Paúl C. Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. *Actas Gerontol*. 2013;1(1):1-10. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Envelhecimento_Sensorial_Declinio_Cognit.pdf
11. Kreuz G, Franco MHP. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento – Revisão Sistemática de Literatura. *Arq Bras Psicol*. 2017;69(2):168-186. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200012&lng=pt.
12. Cardoso MCAF, Bujes RV. A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2010;15(1):51-65. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9580/10909>
13. Sera EAR, Osório NB, Ribeiro EM, Neto LSS. Avaliação de saúde bucal em idosos da Universidade da Maturidade: estudo transversal. *Arch Health Invest*. 2021;10(3):436-441. Disponível em: <https://doi.org/10.21270/archi.v10i3.5138>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília: Ministério da Saúde [online]*. 2006. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf

15. Pires CB, Costa GS, Borges IS, Castro SZ, de Oliveira E, Nobre MCO, et al. Xerostomia, Alteração do Paladar, da Saliva e da Sede: Percepção dos Idosos. *RUC* 2020;22(1):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.46551/ruc.v22n1a02>
16. Neumann L, Schaub BC, Adami FS. Taste sensitivity of adults and elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016; 19(5):797-808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150218>
17. Lima DF, Pelzer MT, Barros EJJL, Semedo DSRC, Rosales RA. Factores que dificultan la alimentación por vía oral del anciano hospitalizado. *Enferm Glob.* 2017;16:429-64. Disponível em:
18. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
19. Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil [online]. 2015. Disponível em: <https://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=09>
20. Lorencet JS, Selbmann K, Morimoto IMI, Marina Lopes M, Polakowski CB. O conceito de qualidade do cliente aplicado ao serviço de alimentação e nutrição de hospital oncológico. *Rev. Elet. Gestão e Serviços.* 2021;12(1): 3303-3318. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/REGS/article/view/10522/8005>
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Edição 13, 2013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Morbidade hospitalar do SUS - CID-10 [online]. Acesso em 2 Jan 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxqid10lm.htm>.
23. Alves KJQ, Lemos JOM. Avaliação do consumo alimentar e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis do grupo de idosos de um CRAS do sertão de Pernambuco. *Rev Bras Cienc Saúde.* 2019;23(2):163-172. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1010302/30506-113566-1-pb.pdf>
24. Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Prefeito VFS, Boas PJFV. Impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos: um estudo de coorte. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(2):134-142. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170143>
25. Tonini IGO, Luz FR, Menon PD, Zanelatto C, Mazur CE. Percepção da saúde e estado nutricional de pacientes hospitalizados com doenças crônicas. *ABCS Health Sci.* 2019; 44(1):3-8. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995002/44abcs3.pdf>
26. Lobato TAA, Silva TO, Correa LSG, Ainett WSO, Roza AK. Improving risk management in the distribution of hospital diets by oral. *Nutr Clín Diet Hosp.* 2019;39(1):141-145. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/LOBATO.pdf>
27. Barragán R, Coltell O, Portolés O, Asensio EM, Sorlí JV, Ortega-Azorín C, et al. Bitter, sweet, salty, sour and umami taste perception decreases with age: sex-specific analysis, modulation by genetic variants and taste-preference associations in 18 to 80 year-old subjects. *Nutrients.* 2018;10(10):1539. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/n10101539>
28. Nascimento Neto FC, Gonçalves KG, Boto EG, Matos TA. Guia prático de terapia nutricional para nutricionistas que atuam com idosos hospitalizados: validação de um instrumento de saúde. *Nursing (São Paulo).* 2019;22(254):3043-3046. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i254p3043-3046>
29. Gaspar TV, Ávila JMT, Varela-Moreiras G. Educación para una gastronomía saludable: retos y oportunidades en la alimentación institucional. *Nutr Hosp.* 2018;35 (spe4):56-60. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700011&lng=es
30. Gomes DRP, Schirmer CL, Nolte AOA, Bós AJG, Venzke JG. Avaliação do paladar de idosos e sua relação com estado nutricional e hábitos alimentares. *PAJAR.* 2020;8(1):e37707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2020.1.37707>
31. Muñoz-González C, Vandenberghe-Descamps M, Feron G, Canon F, Labouré H, Sulmont-Rossé C. Association between Salivary Hypofunction and Food Consumption in the Elderlies. A Systematic Literature Review. *J Nutr Health Aging.* 2018;22(3):407-419. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0960-x>
32. Silva HPR, Koppe B, Brew MC, Sória GS, Bavaresco CS. Abordagem das afecções bucais mais prevalentes em idosos: uma revisão integrativa com foco na atenção primária. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017; 20(3):430-440. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160199>