

PADRONIZAÇÃO DE MEDIDAS CASEIRAS COMO FERRAMENTA À DIETOTERAPIA*

VAGNER DE SOUZA VARGAS**

RESUMO

Medidas caseiras são instrumentos destinados a medir as quantidades de alimentos que serão utilizadas para preparar e servir refeições. O objetivo deste estudo foi realizar uma padronização das medidas caseiras entre os funcionários responsáveis por servir as dietas do Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas, bem como executar um processo de educação nutricional acerca da importância dessa atividade. Diariamente, o nutricionista treinava, padronizava e explanava para os trabalhadores que serviam as dietas sobre os aspectos relacionados a este serviço. Ao término desse processo, observou-se que todos os funcionários adotaram essas medidas, significando a relevância da sua função no hospital.

PALAVRAS-CHAVE: Medidas caseiras, padronização, educação nutricional, Unidade de Alimentação e Nutrição.

ABSTRACT

Food measurement standardization as a tool to diethery

In home food measurement silverwares are instruments used to measure the amount of food that will be used to prepare and distribute meals. The aim of this study was to make a standardization of home measurement silverware techniques with diet workers in the Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas, as well as to develop a nutritional education process about the importance of this activity. Daily, a nutritionist made the measure standardization and talked about the aspects related to this service. At the end of this process, we observed that all workers adopted these measures, understanding the relevance of their function in the hospital.

KEY-WORDS: Measures, standardization, nutritional education, Nutrition Services.

* Trabalho realizado durante o estágio supervisionado em Administração de Unidade de Alimentação e Nutrição, para a conclusão do curso de graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas, 2001.

** Nutricionista; Mestre em Ciências da Saúde – FURG. E-mail: vagnervarg@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Medidas caseiras são instrumentos destinados a medir as quantidades de determinados alimentos que serão utilizados para preparar e servir refeições, aferidas por meio de utensílios existentes em qualquer residência, como copos, xícaras, colheres, conchas, etc. Devido a sua facilidade de uso e acesso, esses instrumentos culinários são amplamente utilizados tanto em cozinhas residenciais quanto em Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) para calcular as quantidades de alimentos que serão preparadas nas refeições. Cada um desses instrumentos pode medir quantidades distintas de um mesmo alimento, de acordo com a forma que o manipulador realizar essa operação.

Os alimentos possuem quantidades distintas de carboidratos, lipídios, proteínas, minerais, vitaminas, fibras e água¹. O cálculo de uma dieta visa, entre outros aspectos, a atingir as necessidades nutricionais dos indivíduos, possibilitando o funcionamento e manutenção adequados do organismo, bem como o restabelecimento de patologias relacionadas ao metabolismo¹. Essas necessidades dependem da ingestão e biodisponibilidade de macro e micronutrientes presentes em cada alimento¹.

De posse do conhecimento acerca das quantidades, biodisponibilidade, fatores de correção, inter-relações e interações entre os nutrientes contidos nos alimentos, o nutricionista pode calcular a quantidade de cada alimento a ser ingerido, para que as recomendações nutricionais possam ser atingidas. Porém, com vistas a facilitar e agilizar o preparo das refeições, o nutricionista converte esses valores de “peso bruto” em valores que possam ser mensurados por medidas caseiras, facilmente assimiladas e manipuladas pelos funcionários das Unidades de Alimentação e Nutrição, assim como pelos indivíduos em suas próprias residências, para que a ingestão nutricional possa atingir os objetivos propostos.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi realizar uma padronização de medidas caseiras entre os funcionários responsáveis por servir as dietas na UAN do Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas, mostrando as diferenças existentes entre cada medida caseira. Além disso, através de uma explanação sobre a importância do bom desempenho destas medidas, almejava-se mostrar como a inadequação dessa atividade pode prejudicar o tratamento dietoterápico e a saúde dos pacientes internados no hospital.

METODOLOGIA

O Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas (HSPBP) contava com duas nutricionistas chefiando a Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), com um serviço do tipo autogestão. A UAN deste hospital contava com 57 funcionários distribuídos entre os setores de cozinha (auxiliares de nutrição, cozinheiros e auxiliares de cozinheiros), refeitório (copeiros), copa (supervisores de turno, lactaristas, funcionários do sondário e copeiros). O HSPBP é um hospital geral que atende todas as faixas etárias, nas mais diversas especialidades oferecidas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares, com uma capacidade de 285 leitos, distribuídos em 13 setores. A UAN desse hospital produz cerca de 1400 refeições diárias, distribuídas entre os diversos tipos de dietas prescritas aos pacientes internados, assim como para o refeitório do hospital, que conta com um *buffet self service*, onde cerca de 40 funcionários realizam suas refeições em dias da semana e aproximadamente 100 funcionários nos fins de semana.

Os funcionários responsáveis por servir as dietas eram trocados semanalmente, num sistema de rodízio, para que todos passassem pelo setor. Todas as dietas específicas ficavam afixadas em um quadro na parede do setor destinado à distribuição das dietas nos termos individualizados de cada paciente. Para cada pessoa internada no hospital, havia um formulário padrão, no qual constava o nome do paciente, número do quarto, leito e a dieta prescrita pelos nutricionistas, com todas as refeições especificadas ao longo do dia. Os funcionários destinados a essa atividade deviam ler cuidadosamente o formulário de cada paciente, para servir as quantidades de alimentos previamente determinadas pelos nutricionistas.

No período de junho a agosto de 2001, diariamente, antes de serem servidas as dietas produzidas na UAN do HSPBP, o nutricionista realizava uma explanação teórico-prática a todos os funcionários da UAN responsáveis por servir as dietas, a respeito da importância do uso correto das medidas caseiras. Logo em seguida, iniciava-se uma atividade prática para padronizar a técnica de aferição das medidas caseiras para cada tipo de alimento, mostrando as diferenças entre os diversos instrumentos utilizados para medir as quantidades de alimentos que seriam servidas no termo de cada paciente. Feito isso, dava-se início a um processo educativo no qual o nutricionista explicava aos funcionários a importância da execução correta dessa atividade para que os objetivos do tratamento dietoterápico fossem alcançados. Além disso, o nutricionista mostrava quais as implicações que a inadequação

das quantidades de alimentos servidos nos termos dos pacientes poderiam trazer para as mais diversas patologias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por se tratar de um processo de educação nutricional, treinamento e qualificação dos funcionários do Setor de Alimentação, a análise e discussão dos resultados aqui proposta será feita simultaneamente, uma vez que estes não atendem a um caráter meramente quantitativo de análise de variáveis. Neste caso, salienta-se a importância das mudanças ocorridas na execução das tarefas pelos funcionários desse setor²⁻⁴.

Após esse período, foi possível observar que todos os funcionários treinados compreenderam a importância da execução correta das medidas caseiras, bem como serem estas padronizadas. Além disso, os funcionários passaram a compreender a relevância do seu trabalho para o perfeito restabelecimento da saúde dos pacientes internados no hospital, assim como os malefícios que a inadequação dessas atividades traria à saúde dos pacientes. A partir desse momento, constatou-se que esses trabalhadores começaram a realizar as medidas caseiras de forma padronizada, verificando sempre a adequação e as quantidades determinadas pelos nutricionistas. Além do aprendizado técnico, os funcionários também iniciaram um processo motivacional entre si, a fim de que todos executassem essas atividades de maneira adequada, pois dessa forma estariam colaborando para o processo de melhora do quadro patológico dos pacientes internados no hospital⁴.

Infelizmente, existem poucos estudos relatando os resultados obtidos através de processos de educação nutricional, treinamento e padronização de medidas caseiras com funcionários de Unidades de Alimentação e Nutrição²⁻⁴. Cardoso et al. (2005) observaram que 60% dos funcionários das UANs da Universidade Federal da Bahia haviam realizado curso para manipulação de alimentos. No entanto, cerca de 90% dos manipuladores utilizavam adornos proibidos pelas regras de segurança alimentar⁵. Esse fato talvez esteja relacionado com a ausência de nutricionistas chefiando esses setores, uma vez que esses profissionais seriam os responsáveis por qualificar a mão-de-obra local, visando a uma prestação de serviço ideal⁵⁻⁹.

A produção de refeições envolve fatores como o número de operadores, o tipo de alimento, as técnicas de preparo e infra-estrutura, exigindo equipamentos e utensílios que visem a otimizar as operações, tornando-as mais rápidas e confiáveis do ponto de vista da conformidade do produto final¹⁰. Entretanto, embora o arsenal

tecnológico disponível para o setor seja significativo, a qualidade das refeições ainda está diretamente relacionada ao desempenho da mão-de-obra^{10,11}.

Partindo-se da premissa de que a vida é nutrida por alimentos e as substâncias das quais ela depende são os nutrientes, observa-se que a maneira pela qual os nutrientes tornam-se partes integrantes do organismo, contribuindo para o seu funcionamento, é dependente dos processos bioquímicos e fisiológicos que determinam suas ações¹. Dessa forma, proteínas, lipídios e carboidratos irão contribuir em quantidades variadas para o *pool* de energia total ingerida¹, e a utilização e a conservação dessa energia para a manutenção das necessidades do organismo requerem o envolvimento de vitaminas e minerais para desempenhar funções de coenzimas, catalisadores e tampões na arena aquosa do metabolismo^{1,12}. Assim, para que uma dieta esteja adequada e equilibrada, é necessário atingir todas as necessidades nutricionais do indivíduo para a manutenção, recuperação e restabelecimento do seu metabolismo diário normal¹. Para que esses objetivos sejam alcançados, é necessário que o nutricionista seja o responsável pela prescrição e cálculo dietético das refeições que serão ofertadas aos comensais, assim como a perfeita execução de todas as atividades relacionadas ao preparo e distribuição dessas dietas¹³.

Portanto, conclui-se com este trabalho que, a partir do momento em que os trabalhadores da UAN desse hospital compreenderam e assimilaram a importância da execução adequada de suas tarefas, bem como as implicações que estas têm sobre a saúde dos indivíduos internados no hospital, esses funcionários passaram a executar suas atividades de maneira padronizada, agindo também como difusores dos conhecimentos adquiridos para com os outros funcionários do setor. Além disso, após o período de treinamento esses trabalhadores compreenderam que a padronização das medidas caseiras também evitaria o desperdício de alimentos, reduzindo os custos do serviço. Por ser o treinamento um processo educacional aplicado de maneira sistemática e organizada, através do qual as pessoas aprendem conhecimentos, atitudes e habilidades em função dos objetivos definidos, percebe-se que o processo de mudança deve ser lento e gradual, pressupondo-se a necessidade de um programa de educação continuada nas Unidades de Alimentação e Nutrição^{10,13}.

REFERÊNCIAS

1. KATHLEEN ML; MARIAN TA. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 11. ed. São Paulo: Ed. Rocca, 2005.

2. SANTOS LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Revista de Nutrição*, 18(5):681-92; 2005.
3. RAMALHO RA; SAUDERS C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. *Revista de Nutrição*, 13(1):11-16; 2000.
4. ASSIS MAA; NAHAS MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, 12(1):33-41; 1999.
5. CARDOSO RCV; SOUZA EVA; SANTOS PQ. Unidades de Alimentação e Nutrição dos campi da Universidade Federal da Bahia: um estudo sob a perspectiva do alimento seguro. *Revista de Nutrição*, 18(5):669-80; 2005.
6. DAMASCENO KSFSC; ALVES MA; FREIRE IMG; TÔRRES GF; AMBRÓSIO CLB; GUERRA NB. Condições higiênico-sanitárias de "self-services" do entorno da UFPE e das saladas cruas por elas servidas. *Hig. Alim.*; 16(102/103):74-8; 2002.
7. PALÚ AP; TIBANA A; TEIXEIRA LM; MIGUEL MAL; PYRRHO AS; LOPES HR. Avaliação microbiológica de frutas e hortaliças frescas servidas em restaurantes *self-service* privados da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Hig. Alim.*; 16(100): 67-74; 2002.
8. YOUN S; SNEED J. Implementation of HACCP and prerequisite programs in school food service. *Journal of American Diet Association*; 103(1):55-60; 2003.
9. ALI AA; SPENCER NJ. Hazard analysis and critical control point evaluation of school food program in Bahrain. *Journal of Food Protection*; 59(3):282-6; 1996.
10. MATOS CH; PROENÇA RPC. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. *Revista de Nutrição*; 16(4):493-512; 2003.
11. PROENÇA RPC; MATOS CH. Condições de trabalho e saúde na produção de refeições em creches municipais de Florianópolis. *Revista de Ciências da Saúde*; 15(1-2):73-84; 1996.
12. FENECH M. Nutritional treatment of genome instability: a paradigm shift in disease prevention and in the setting of recommended dietary allowances. *Nutrition Research Reviews*; 16:109-22, 2003.
13. CAMARGO FLF. *Serviços de alimentação, administração e qualidade*. Pelotas: UPEL, 2001.

Recebido: 4/4/07

Aceito: 17/5/07