

BEATRIZ DA SORTE BERNARDO ADRIANO MUIMELA MAURÍCIO
Licenciada em Nutrição

GASTRONOMIA HOSPITALAR

INTERVENÇÕES ALIMENTARES E HUMANIZADAS PARA MELHORIA DA
SATISFAÇÃO E ACEITABILIDADE DE DIETAS HOSPITALARES EM
NAMPULA, MOÇAMBIQUE.

MESTRADO EM CIÊNCIAS GASTRONÓMICAS
Universidade NOVA de Lisboa
Fevereiro, 2026

GASTRONOMIA HOSPITALAR

INTERVENÇÕES ALIMENTARES E HUMANIZADAS PARA MELHORIA DA
SATISFAÇÃO E ACEITABILIDADE DE DIETAS HOSPITALARES EM
NAMPULA, MOÇAMBIQUE

BEATRIZ DA SORTE BERNARDO ADRIANO MUIMELA MAURICIO

Licenciada em Nutrição

Orientador: Bruno Souza Moreira Leite
Professor Auxiliar Convocado, NOVA FCT

Coorientadora: Rámula Juma Issa
Docente, Universidade Lúrio

Júri:

Presidente: Mário Emanuel Campos de Sousa Diniz,
Professor Associado, FCT-NOVA

Arguente: Sonja Freire Moreira Salles,
MSc Nutrição

Vogal: Bruno Souza Moreira Leite,
Professor Auxiliar, FCT-NOVA

MESTRADO EM CIÊNCIAS GASTRONÓMICAS

Universidade NOVA de Lisboa
Fevereiro, 2026

GASTRONOMIA HOSPITALAR: Intervenções Alimentares e Humanizadas para Melhoria da Satisfação e Aceitabilidade de Dietas Hospitalares em Nampula, Moçambique.

Copyright © Beatriz da Sorte Bernardo Adriano Muimela Maurício, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade NOVA de Lisboa.

A Faculdade de Ciências e Tecnologia e a Universidade NOVA de Lisboa têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Dedico este trabalho ao meu marido Francisco Maurício e aos meus filhos Weza, Wesley e Weizer, que com muito sacrifício suportaram a minha ausência e mesmo assim deram-me força para continuar e quando pensei em desistir eles nunca permitiram que eu o fizesse.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela vida, por me ter concedido força, perseverança, sabedoria e por ter permitido a concretização de um dos maiores sonhos da minha vida: a realização do mestrado em Ciências Gastronómicas.

Aos meus orientadores Bruno Moreira Leite e Rámula Juma Issa, deixo o meu profundo agradecimento. Obrigada pela paciência, dedicação, entrega e orientação, sem o vosso apoio e força eu não conseguiria realizar este trabalho.

Ao “Camões – Instituto da Cooperação e da Língua” pela bolsa que tornou possível a realização do mestrado dos meus sonhos, serei eternamente grata por terem me dado esta oportunidade ímpar. À Universidade Lúrio por autorizar a minha saída para formação. À Universidade Nova de Lisboa- Faculdade de Ciências e Tecnologia- por ter aceite a minha candidatura e proporcionado uma formação de grande aprendizado.

Ao Hospital Geral de Nacala-Porto, à sua direção e todos profissionais que colaboraram neste estudo. À equipa do Serviço de Alimentação e Nutrição Dietética, à nutricionista, as técnicas de nutrição, chefe do armazém, cozinheiros e copeiras que participaram com dedicação e interesse durante todo o processo.

Ao Projeto *Tradinnovations: An advanced interdisciplinary educational approach to support innovation within food heritage adapted to specific populations needs*, por ter incubado este trabalho no âmbito do seu projeto proporcionando apoio científico, técnico e metodológico, em especial à Professora Paulina Mata, que tenho uma grande admiração.

À minha família, meu marido, filhos, mãe e irmãos, amigos e colegas que nunca deixaram de me apoiar e sempre demonstraram amor e me deram força para lutar e continuar. E de forma muito especial, agradeço a todos que contribuíram financeiramente, os doadores da campanha *GoFundMe*, meu marido e meus orientadores, o meu profundo reconhecimento, sem o vosso gesto solidário este trabalho não teria sido possível.

*“Portanto, quer comais, quer bebais, ou façais outra qualquer coisa,
fazei tudo para a glória de Deus.”*

(1 Coríntios 10:31).

RESUMO

A alimentação hospitalar é essencial para a recuperação, bem-estar e satisfação dos doentes internados. Contudo, em muitos hospitais, especialmente em países de baixos e médios rendimentos, as refeições apresentam baixa aceitação, elevado desperdício e fragilidades nas práticas de higiene e no atendimento. A gastronomia hospitalar surge como uma abordagem integradora ao associar nutrição, técnicas culinárias e cuidado humanizado. Esta estratégia visa melhorar a qualidade e a experiência alimentar em ambiente hospitalar.

A presente dissertação teve o objetivo de promover melhorias no Serviço de Alimentação e Nutrição Dietética e na atenção aos pacientes hospitalizados, mediante intervenções fundamentadas nas práticas e ferramentas da Gastronomia Hospitalar, no Hospital Geral de Nacala- Porto. Trata-se de um estudo quase-experimental, com abordagem quali-quantitativa. Foi aplicado um questionário de satisfação e aceitabilidade das refeições aos doentes internados antes e após as intervenções. Paralelamente, foi realizado um pré e pós-testes nos colaboradores do SAND para avaliar o conhecimento, atitudes e práticas sobre os temas das intervenções. As intervenções consistiram na realização de treinamentos teórico-práticos em higiene e segurança dos alimentos, demonstrações culinárias com recriação das receitas que compunham a ementa do hospital técnicas de empratamento e atendimento humanizado. Adicionalmente, foram elaborados materiais de apoio, incluindo um manual de receitas hospitalares, cartazes e portfólios de receitas.

Os resultados evidenciaram melhorias na satisfação e aceitabilidade das refeições pelos doentes, bem como um aumento do nível de conhecimento e da padronização das práticas dos colaboradores da UAN. Conclui-se que intervenções baseadas na gastronomia hospitalar e no atendimento humanizado são viáveis, eficazes e relevantes para a melhoria da qualidade da alimentação hospitalar, mesmo em contextos de recursos limitados, contribuindo para uma assistência mais digna, segura e centrada no doente.

Palavras-chave: Gastronomia hospitalar; satisfação e aceitabilidade; atendimento humanizado

ABSTRACT

Hospital food is essential for the recovery, well-being, and satisfaction of hospitalized patients. However, in many hospitals, especially in low- and middle-income countries, meals have low acceptance rates, high waste, and weaknesses in hygiene practices and service. Hospital gastronomy emerges as an integrative approach by combining nutrition, culinary techniques, and humanized care. This strategy aims to improve the quality and experience of food in a hospital setting.

This dissertation aimed to evaluate the effect of humanized food interventions at the Nacala-Porto General Hospital in Mozambique. It is a quasi-experimental study with a mixed-methods approach (qualitative and quantitative). A questionnaire on meal satisfaction and acceptability was applied to inpatients before and after the interventions. In parallel, a pre-test and post-test were conducted with the Food and Nutrition Service (SAND) staff to assess their knowledge of food hygiene and safety, culinary techniques, plating, and humanized service before and after the interventions. The interventions consisted of theoretical and practical training in food hygiene and safety, culinary demonstrations recreating recipes from the hospital menu, plating techniques, and humanized service. Additionally, support materials were developed, including a hospital recipe manual, pamphlets, and recipe portfolios.

The results showed improvements in patient satisfaction and acceptance of meals, as well as an increase in the level of knowledge and standardization of practices among the Food and Nutrition Unit staff. It is concluded that interventions based on hospital gastronomy and humanized care are viable, effective, and relevant for improving the quality of hospital food, even in resource-limited contexts, contributing to more dignified, safe, and patient-centered care.

Key words: Hospital gastronomy; satisfaction and acceptability; humanized care.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	5
2.1	Alimentação Hospitalar	5
2.2	Gastronomia Hospitalar	7
2.3	Aceitabilidade e Satisfação das Refeições Hospitalares	9
2.4	Atendimento Humanizado em Ambiente Hospitalar.....	11
2.5	Boas Práticas de Higiene e Segurança dos Alimentos em Hospitais	12
2.6	Intervenções em Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN)	14
2.7	Situação da Gastronomia Hospitalar em Moçambique	15
3	MATERIAIS E MÉTODOS	17
3.1	Tipo de Estudo	17
3.2	Local de Estudo	18
3.3	Participantes do Estudo	19
3.3.1	<i>Doentes internados</i>	<i>19</i>
3.3.2	<i>Colaboradores do SAND</i>	<i>19</i>
3.4	Instrumentos de Recolha de Dados	19
3.4.1	<i>Questionário de satisfação e aceitabilidade das refeições aplicado aos doentes.....</i>	<i>19</i>
3.4.2	<i>Questionário de pré-teste e pós-teste aplicado aos colaboradores do SAND</i>	<i>20</i>
3.4.3	<i>Registo fotográfico</i>	<i>20</i>

3.5	Intervenções Realizadas.....	21
3.5.1	<i>Treinamento dos colaboradores do SAND</i>	21
3.5.2	<i>Criação de receitas para o manual de receitas.....</i>	26
3.5.3	<i>Elaboração de materiais para o hospital.....</i>	28
3.5.4	<i>Recursos materiais e equipamentos disponibilizados ao hospital e utilizados nas intervenções</i>	29
3.6	Análise Estatística	29
3.7	Considerações Éticas	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1	Satisfação, Aceitabilidade das Refeições Servidas aos Doentes Internados e Atendimento Prestado pelos Colaboradores.	31
4.1.1	<i>Dados sociodemográficos e clínicos</i>	31
4.1.2	<i>Distribuição percentual da satisfação dos pacientes com as refeições.....</i>	33
4.1.3	<i>Satisfação com as refeições servidas expressa por média e desvio padrão.</i>	35
4.1.4	<i>Distribuição percentual da satisfação com o atendimento do SAND</i>	38
4.1.5	<i>Satisfação com o atendimento prestado pelos colaboradores expressa por média e desvio padrão..</i>	40
4.2	Avaliação do Impacto do Treinamento nos Colaboradores: Análise comparativa pré e pós-teste	42
4.2.1	<i>Dados sociodemográficos</i>	42
4.2.2	<i>Avaliação do conhecimento, atitudes e práticas dos colaboradores antes e após o treinamento</i>	42
4.2.3	<i>Recriação de receitas da ementa.....</i>	55
4.2.4	<i>Criação de receitas e fichas técnicas para o manual de receitas</i>	64
4.2.5	<i>Outros materiais.....</i>	74
5	CONCLUSÃO	77
5.1	Divulgação Científica	78
5.2	Limitações na Realização do Estudo.....	79
5.3	Perspetivas Futuras	79
A	ANEXO I: DOCUMENTOS ÉTICOS E INSTITUCIONAIS.....	85
A.1	Parecer da Comissão de Ética da Nova FCT.....	86
A.2	Parecer da Comissão Institucional de Bioética para Saúde da UniLúrio.....	87
A.3	Despacho de Autorização do Hospital.....	88
A.4	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89

B	ANEXO II: INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	91
B.1	Questionário de Satisfação, Aceitabilidade e Atendimento Prestado aos Doentes Internados pelos Colaboradores do SAND, nas Enfermarias de Medicina, Ortopedia e Cirurgia do HGN de Nacala- Porto.....	91
B.2	Questionário de Avaliação do Conhecimento dos Colaboradores do SAND, Antes e Após as Intervenções (Pré-teste e Pós-teste).....	94
C	ANEXO III: RECURSOS MATERIAIS E REGISTOS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ..	97
C.1	Links com Materiais do Treinamento (fotos e vídeos)	97
C.2	Materiais e Equipamentos Doados ao Hospital	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Principais estratégias de gastronomia utilizadas para melhorar a aceitação das dietas hospitalares.....	9
Figura 2 – Localização do Hospital Geral de Nacala-Porto.	18
Figura 3 – Atividade prática de identificação de riscos de higiene e segurança alimentar entre os colaboradores.....	22
Figura 4 – Demonstração dos passos corretos da lavagem das mãos.....	22
Figura 5 – Demonstração prática do atendimento.....	23
Figura 6 – Aplicação prática de técnicas gastronómicas no contexto da gastronomia hospitalar.....	25
Figura 7 – Aplicação prática de técnicas de empratamento pelos colaboradores.	26
Figura 8 – Desenvolvimento de receitas para o manual.	27
Figura 9 – Recursos materiais e equipamentos disponibilizados ao hospital.....	29
Figura 10 – Gráfico do grau de satisfação dos pacientes com as refeições (pré-intervenção).	34
Figura 11 – Gráfico do grau de satisfação dos pacientes com as refeições (pós-intervenção).	35
Figura 12 – Médias e desvio-padrão da satisfação dos doentes em relação às refeições do SAND.	36
Figura 13 – Gráfico do grau de satisfação dos pacientes com o atendimento do SAND (pré-intervenção).....	38
Figura 14 – Gráfico do grau de satisfação dos pacientes com o atendimento do SAND (pós-intervenção).....	39
Figura 15 – Médias e desvio-padrão da satisfação dos doentes em relação ao atendimento prestado pelos colaboradores do SAND.....	40
Figura 16 – Importância da separação dos alimentos crus e cozidos.	45
Figura 17 – Gráfico com os resultados, pré e pós-teste, das respostas à pergunta: “O que é uma ficha técnica de receita?”.....	47
Figura 18 – Associação do tipo de corte ao seu formato.	48
Figura 19 – Gráfico com os resultados, pré e pós-teste, das respostas à pergunta: “Porque é importante apresentar bem um prato em ambiente hospitalar?”.....	50

Figura 20 – Gráfico com os resultados, pré e pós-teste, das respostas à pergunta: “O que pode melhorar a aparência de um prato simples?”	53
Figura 21 – Gráfico com os resultados, pré e pós-teste, das respostas à pergunta: “O que significa atendimento humanizado?”	54
Figura 22 – Feijoada com arroz (antes)	56
Figura 23 – Feijoada com arroz (depois).....	56
Figura 24 – Guisado de peixe (antes)	56
Figura 25 – Caril de peixe (depois).....	56
Figura 26 – Cartaz sobre a higienização das mãos.....	75
Figura 27 – Enxerto do manual de receitas	76
Figura 28 – Enxerto do portfolio	76
Figura 29 – Parecer da CENOVAFCT	86
Figura 30 – Parecer do CIBSUL	87
Figura 31 – Autorização do Hospital Geral de Nacala – Porto	88

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Ementa do Hospital Geral de Nacala-Porto.....	24
Tabela 2 – Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes.....	32
Tabela 3 – Características sociodemográficas dos colaboradores que participaram dos treinamentos.....	42
Tabela 4 – Formas corretas de intensificar o sabor da comida sem usar muito sal.	46
Tabela 5 – Elementos que devem ser considerados no momento de emprar uma refeição hospitalar.....	52
Tabela 6 – Recriação de receitas da ementa do hospital: “Feijoada com arroz”.....	57
Tabela 7 – Ficha técnica da receita de: “Feijoada com arroz”.	59
Tabela 8 – Tabela nutricional de: “Feijoada com arroz”.	60
Tabela 9 – Recriação de receitas da ementa do hospital: “Guisado / Caril de peixe carapau com chima”.	61
Tabela 10 – Ficha técnica da receita de: “Caril de peixe carapau com chima”.	63
Tabela 11 – Tabela nutricional de: “Caril de peixe carapau com chima”.	64
Tabela 12 – Criação de pratos de dieta geral sólida para o manual de receitas.	65
Tabela 13 – Criação de pratos de dieta modificada na textura e creme e sopas para o manual de receitas.	66
Tabela 14 – Nova receita para o manual: “Caril de frango com amendoim e arroz”.....	68
Tabela 15 – Ficha técnica da receita de: “Caril de frango com amendoim e arroz”.	70
Tabela 16 – Tabela nutricional da receita de: “Caril de frango com amendoim e arroz”.	71
Tabela 17 – Nova receita para o manual: “Sopa de mandioca com ovo”.....	72
Tabela 18 – Ficha técnica da receita de: “Sopa de mandioca com ovo”.....	73
Tabela 19 – Tabela nutricional da receita de: “Sopa de mandioca com ovo”.	74
Tabela 20 – Materiais e equipamentos doados ao hospital.	98

SIGLAS

CENOVAFCT	Comité de Ética da Universidade Nova - Faculdade de Ciências e Tecnologia
CIBSUL	Comité Institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio
DP	Desvio Padrão
DTA	Doenças Transmitidas por Alimentos
EUA	Estados Unidos de América
ESPEN	<i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i>
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
HACCP	<i>Hazard Analysis and Critical Control Points</i>
HGD	Hospital Geral de Nacala- Porto
HSA	Higiene e Segurança dos Alimentos
IQR	<i>Inter-Quartile Range</i> (Intervalo Interquartil)
MADER	Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural
nDay	nutritionDay
OMS	Organização Mundial da Saúde
PESAN	Política e Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional
SAND	Serviço de Alimentação e Nutrição Dietética
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TCLI	Termo de Consentimento Livre e Informado
UAN	Unidade de Alimentação e Nutrição
IDDSI	<i>International Dysphagia Diet Standardisation Initiative</i>

SÍMBOLOS

%	Porcentagem
±	Mais ou menos (media ± desvio padrão)
°	Grau
<i>n</i>	Número de participantes / Amostra
g	Gramma
kg	Quilograma
ml	Mililitro

INTRODUÇÃO

A alimentação do paciente hospitalizado é parte integrante do tratamento durante o período de estadia no hospital, devendo ser balanceada, adequada na quantidade e qualidade dos alimentos que são servidos e ingeridos pelos doentes (Mendes et al., 2019)

Porém, durante a internação é comum a pouca aceitação da dieta oferecida e a comida do hospital é muitas vezes vista de forma negativa, associando-se a uma comida desagradável, mau aspeto, sem sabor podendo levar ao desperdício de alimentos pelo fato dos pacientes não conseguirem comer. (Silva & Tavares, 2019)

Existem vários fatores que influenciam na pouca aceitação ou rejeição das dietas hospitalares, desde o estado clínico do paciente, efeitos da medicação, fatores psicológicos e emocionais, hábitos alimentares, características sensoriais das refeições como sabor, cheiro, textura, temperatura, e apresentação do prato. (Silva & Tavares, 2019).

A Gastronomia Hospitalar surge como forma promissora na melhoria dos serviços de nutrição e dietética nos hospitais, para mudar os conceitos e atitudes sobre as refeições, aumentar a aceitação e satisfação dos pacientes (Boussada, 2022).

Ela não se limita a oferecer apenas quantidade e qualidade nutricionais adequados à dieta, mas também se preocupa com os métodos de confeção, cortes dos alimentos, uso de condimentos naturais, preservação dos nutrientes, melhoria dos aspetos sensoriais como a textura, sabor, cheiro, cores dos alimentos, uso de loiças adequadas, cuidado com a apresentação e distribuição dos alimentos no prato. (Lopes et al., 2021; Moleiro, 2021; Pereira & dos Santos, 2024).

Uma alimentação saudável, equilibrada, apelativa e saborosa, aliada a um atendimento humanizado aos doentes, minimizam o fardo da doença e podem acelerar na recuperação do paciente (Santos & Tomazzoni, 2014).

No âmbito hospitalar, o atendimento humanizado prestado pelos colaboradores da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) refere-se a um conjunto de práticas e atitudes que buscam tornar a experiência alimentar dos doentes mais acolhedora, respeitosa e digna. Vai além da simples entrega de refeições: trata-se de cuidar do paciente com atenção, empatia e

sensibilidade, reconhecendo que a alimentação também é parte essencial do processo de cura (Souza et al., 2021).

A capacitação do pessoal técnico de uma UAN em matéria de gastronomia hospitalar e atendimento humanizado, melhoram a qualidade sensorial das refeições, aceitabilidade e satisfação dos pacientes, contribuindo para a recuperação e bem-estar (Virgínia et al., 2017).

Para a implementação da gastronomia hospitalar é necessário que haja treinamento da equipe do Serviço de Alimentação e Nutrição Dietética (SAND), sendo importante que os nutricionistas busquem complementar e ampliar seus conhecimentos sobre gastronomia e nutrição para qualificar toda a equipe e convencer os gestores dos hospitais a investirem na sua implementação (Boussada, 2022).

A alimentação hospitalar em Moçambique, ainda enfrenta vários desafios devido à limitação de recursos que vão desde as infraestruturas, insuficiência ou défice de equipamentos e materiais, inclusive a falta de recursos humanos com formação específica de cozinha.

As cozinhas hospitalares apresentam realidades diferentes entre instituições, sendo que nem todas conseguem assegurar o fornecimento mínimo de três refeições diárias. Em alguns contextos, devido à limitação de recursos para a aquisição de alimentos, são disponibilizadas apenas duas, uma ou, em situações mais críticas, nenhuma refeição.

O SAND do Hospital Geral de Nacala-Porto (HGN) enfrenta desafios ligados à falta de padronização dos procedimentos, fracas práticas de segurança dos alimentos, atendimento pouco humanizado, técnicas culinárias limitadas e pouco diversificadas e apresentação pouco atrativa dos pratos. Essas lacunas, aliadas à escassa formação especializada dos colaboradores do setor, conduziram a promoção de melhorias através de treinamentos que reforçaram as competências técnicas, organizacionais e humanas da equipa do SAND do HGN.

Os treinamentos incluíram formações em higiene e segurança dos alimentos, demonstrações de técnicas culinárias (recriação de receitas que compunham a ementa do hospital e desenvolvimento de novas receitas), técnicas de empratamento, atendimento humanizado para fortalecer as competências técnicas, operacionais e comportamentais da equipa responsável pelo serviço de alimentação. Outras intervenções realizadas foram: a doação de utensílios e equipamentos, produção de impressos (panfletos, portfolios, fichas técnicas e um manual de receitas). Todas essas iniciativas buscaram oferecer um pequeno contributo para melhoria da qualidade, aceitabilidade, satisfação, e humanização das refeições servidas aos doentes.

Para avaliar o impacto das ações desenvolvidas, nos pacientes avaliou-se a satisfação e aceitabilidade das refeições servidas e o atendimento prestado pelos colaboradores do SAND, antes e após as intervenções. Nos colaboradores, avaliou-se o seu nível de conhecimento, atitudes e práticas, antes e depois das intervenções, com aplicação de questionários pré e pós-testes.

Assim, o presente trabalho propõe-se a contribuir para o aperfeiçoamento do SAND do Hospital Distrital de Nacala-Porto, valorizando a formação dos profissionais e a integração de práticas gastronómicas e humanizadas na nutrição clínica.

Com base no exposto definiram-se os seguintes objetivos que orientaram o desenvolvimento do presente estudo:

Objetivo geral:

- Promover melhorias no Serviço de Alimentação e Nutrição Dietética e na atenção aos pacientes hospitalizados, mediante intervenções fundamentadas nas práticas e ferramentas da Gastronomia Hospitalar.

Objetivos específicos:

- Avaliar a satisfação, aceitabilidade das refeições, bem como a perceção dos pacientes internados relativamente ao atendimento humanizado prestado pelos colaboradores do SAND nas enfermarias de Medicina, Ortopedia e Cirurgia, antes e após a implementação das intervenções.
- Capacitar os colaboradores do SAND em práticas sobre higiene e segurança dos alimentos, técnicas culinárias, empratamento e atendimento humanizado.
- Avaliar o impacto dos treinamentos sobre o conhecimentos, atitudes e práticas alimentares saudáveis e atendimento humanizado.
- Recriar e padronizar receitas que compõem a ementa do hospital.
- Desenvolver receitas nutricionalmente equilibradas e adaptadas à dieta hospitalar utilizando alimentos locais, acessíveis e culturalmente aceites.
- Elaborar um manual de receitas hospitalares como ferramenta prática para a padronização das refeições do SAND
- Elaborar portfolios e cartazes como materiais de apoio para os colaboradores do SAND

A presente dissertação está estruturada em cinco capítulos. O Capítulo 1 corresponde à introdução do trabalho e do respetivo do tema. O Capítulo 2 apresenta a revisão da literatura relativa aos principais conceitos e abordagens em estudo. No Capítulo 3, descrevem-se os materiais e as metodologias adotadas. O Capítulo 4 reúne e analisa os resultados obtidos, articulando-os com a bibliografia disponível. Por fim, o Capítulo 5 expõe as principais conclusões do trabalho.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os fundamentos teóricos que sustentam o desenvolvimento do presente trabalho centrado na melhoria do serviço de alimentação e nutrição dietética em contexto hospitalar.

2.1 Alimentação Hospitalar

A alimentação hospitalar é definida como um conjunto de refeições planeadas e fornecidas aos pacientes durante o internamento com o objetivo de assegurar as necessidades energéticas e nutricionais individuais, sendo adaptada às condições clínicas e baseada em recomendações científicas para apoiar o tratamento e prevenir a desnutrição (Tanaka et al., 2022)

A alimentação hospitalar constitui um elemento essencial do cuidado clínico e é reconhecida como parte integrante da terapêutica nutricional, contribuindo de forma significativa para a recuperação do doente internado (de Barros e Silva & Tavares, 2024; Silva & Tavares, 2019)

Uma ingestão inadequada, abaixo das necessidades nutricionais do paciente, leva a uma deterioração do estado nutricional durante o internamento. São vários os fatores que podem interferir na ingestão alimentar dos doentes internados, comprometendo a aceitabilidade das refeições, o que pode resultar num elevado desperdício alimentar e, consequentemente, na desnutrição e agravamento do quadro clínico (Costa, 2019).

A desnutrição hospitalar resulta de uma complexa relação entre a doença, a alimentação e a nutrição. Ela tem uma elevada prevalência, que varia entre 20 e 50% dos pacientes hospitalizados, constituindo um importante e grave problema de saúde pública, sendo que o seu agravamento é um dos fatores responsáveis por maiores índices de mortalidade e complicações em doentes (Fischer et al., 2021).

Em 2006, a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN ou *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*) lançou o projeto *nutritionDay* (nDay),

uma auditoria internacional de um dia sobre cuidados nutricionais em hospitais, unidades de terapia intensiva e lares de idosos, com avaliação de acompanhamento após 30, 60 e 180 dias, respectivamente. Estes dias correspondem aos períodos de seguimento dos desfechos dos pacientes depois a recolha inicial de dados, ou seja, após a auditoria (nutritionDay, 2025).

Este projeto visa oferecer parâmetros de referência, locais e internacionais, para os serviços de saúde, comparando seu desempenho e, conseqüentemente, aprimorando suas práticas. Além disso, o projeto nDay proporciona uma oportunidade única para compreender a prática atual de cuidados nutricionais e o seu impacto nos indicadores (nutritionDay, 2025).

O nDay é uma auditoria organizada pela ESPEN, pela Universidade Médica de Viena e pela Universidade Friedrich-Alexander de Erlangen-Nuremberga (FAU) para prevenir o início da desnutrição e aprimorar as políticas hospitalares para lidar com esse problema (Rudzińska et al., 2024).

Esta auditoria conduziu a um estudo com 41 pacientes internados no Departamento Clínico de Doenças Internas e Geriatria do Hospital Universitário de Cracóvia, cujo objetivo foi o de analisar os resultados da auditoria em relação aos fatores que podem contribuir para a deterioração do estado nutricional dos pacientes em ambiente hospitalar (Rudzińska et al., 2024).

Dados relativos a este estudo atestaram que 61% dos pacientes não consumiram uma porção completa de sua refeição principal no dia em que a auditoria foi realizada, dos quais 36% afirmaram que não comeram nada da comida fornecida pelo hospital. Os motivos mais comuns para a recusa das refeições foi que as porções no hospital eram maiores do que aquelas às quais os pacientes estavam acostumados e a baixa aceitação do tipo de comida servida no hospital estava relacionada sobretudo ao seu sabor (Rudzińska et al., 2024).

As diretrizes internacionais, nomeadamente as recomendações da ESPEN, defendem que as dietas hospitalares devem ser individualizadas e integradas no plano terapêutico, considerando as necessidades energéticas, nutricionais e clínicas de cada paciente. Estas orientações destacam a importância da existência de diferentes tipos de dietas, incluindo dietas padrão, terapêuticas e de textura modificada, como estratégias fundamentais para prevenir a desnutrição e melhorar os resultados clínicos (Thibault et al., 2021).

Paralelamente, sistemas internacionais como o *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI) desenvolveu um sistema internacional de classificação que organiza alimentos e bebidas em níveis padronizados de textura e viscosidade, permitindo uma comunicação mais segura entre profissionais de saúde, reforçando a necessidade de adequação das texturas alimentares, estabelecendo níveis padronizados que promovem maior segurança na alimentação de doentes com dificuldades de mastigação ou deglutição (Cichero et al., 2017).

As normas nacionais e internacionais desempenham um papel determinante na organização da alimentação hospitalar, promovendo a padronização dos cuidados

nutricionais e a segurança dos doentes. Em Moçambique, a alimentação hospitalar é reconhecida como parte integrante do cuidado terapêutico, sendo orientada por instrumentos normativos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MISAU), com destaque para o Manual de Dietas Hospitalares. Este documento constitui uma ferramenta de trabalho destinada ao Serviço Nacional de Saúde, visando padronizar as dietas hospitalares, melhorar a qualidade da assistência nutricional e racionalizar a gestão dos recursos alimentares nas unidades sanitárias (Titosse et al., 2021)

De acordo com as orientações nacionais, as dietas hospitalares em Moçambique são classificadas em dietas base, variantes e de especificidade podendo sofrer adaptações em função da patologia, da condição nutricional e da capacidade funcional do doente. Estas adaptações incluem ajustes na composição nutricional, métodos de confeção e apresentação dos alimentos, com o objetivo de garantir a ingestão adequada de nutrientes e apoiar a recuperação clínica (Titosse et al., 2021). As respetivas dietas que integram esta classificação são:

- Dietas base - dieta geral, mole, pastosa, líquida, pediátrica e algumas restrições;
- Variantes - dietas restritas em energia, restrita em hidratos de carbono, restrita em gordura, restrita em fibra dietética e resíduos e restrita em sal; e
- Especificidade - isenta de glúten e parturiente.

No contexto hospitalar, a alimentação não tem apenas a função de suprir necessidades nutricionais, ela também proporciona o conforto emocional e a sensação de bem-estar. O ato de comer pode aliviar parte do sofrimento durante o internamento. (Silva et al., 2019).

Moçambique lançou a Política e Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional (PESAN) 2024-2030, cuja visão é garantir que todos os moçambicanos tenham acesso a uma alimentação adequada e um bom estado nutricional para uma vida saudável e produtiva. Os seus objetivos específicos incluem melhorar o acesso aos alimentos e serviços de saúde (MADER, 2024)

O terceiro pilar estratégico da PESAN é: “O uso e utilização de alimentos através da melhoria dos cuidados de saúde e nutrição” e uma das suas estratégias, é de fortalecer e melhorar a capacidade técnica dos provedores de saúde para fornecerem cuidados, tratamento e apoio nutricionais adequados (MADER, 2024). Deste modo, o presente estudo também se alinha com o terceiro pilar do PESAN ao fortalecer a capacidade técnica dos provedores de saúde por meio de treinamentos que promovem melhorias nos Serviços de Alimentação e Nutrição Dietética.

2.2 Gastronomia Hospitalar

A gastronomia hospitalar pode ser definida como uma área interdisciplinar que integra os princípios da nutrição clínica, dietética e das técnicas gastronómicas e científicas no

planejamento, produção e distribuição de refeições em ambiente hospitalar. O seu objetivo é garantir adequação nutricional, segurança alimentar e qualidade sensorial, contribuindo para a aceitação da dieta, manutenção ou recuperação do estado nutricional e humanização da assistência em saúde (Boussada, 2022; Nakasato et al., 2014)

A alimentação hospitalar, apesar da sua importância enquanto componente terapêutica do cuidado em saúde, é frequentemente percebida pelos doentes como pouco apelativa e com reduzida qualidade sensorial, constituindo uma das queixas mais recorrentes durante o internamento (Boussada, 2022).

Em diversos contextos hospitalares, as unidades de alimentação e dietética tendem a privilegiar sobretudo os objetivos clínicos e nutricionais das dietas prescritas, relegando para segundo plano fatores como o sabor, a apresentação e a experiência sensorial das refeições. Contudo, a evidência demonstra que o apelo organolético incluindo aroma, textura, cor e sabor, desempenham um papel determinante na aceitação alimentar e na ingestão adequada, sendo essencial para promover o estado nutricional, o conforto e o bem-estar do doente hospitalizado (da Silva & Mauricio, 2013)

A não aceitação das refeições por parte dos doentes constitui um fator relevante que para além de contribuir para a desnutrição conduz ao aumento do desperdício alimentar nas unidades hospitalares. Esse desperdício se reflete não somente em perdas económicas, mas também em falhas no planeamento alimentar, na adequação das dietas e na qualidade sensorial das refeições (Williams & Walton, 2011)

Neste contexto, a Gastronomia Hospitalar surge como uma abordagem orientada para a valorização da alimentação enquanto parte integrante do cuidado ao doente, procurando transformar a perceção da dieta hospitalar como pouco atrativa e meramente terapêutica. Esta abordagem promove a integração entre objetivos clínicos, qualidade nutricional e valorização sensorial das refeições, incentivando mudanças nas práticas profissionais e na forma como as refeições são concebidas e apresentadas (Moleiro, 2021)

Assim, para além de assegurar adequação nutricional, a Gastronomia Hospitalar procura melhorar a aceitação alimentar e aumentar a satisfação do doente durante o período de internamento (Moleiro, 2021)

Em ambiente hospitalar a aplicação das ciências gastronómicas engloba (Fischer et al., 2021; Lopes et al., 2021):

- Adequação dos métodos de confeção que preservem nutrientes e minimizem perdas térmicas ou oxidativas (cozedura a vapor, branqueamento rápido de hortícolas);
- Técnicas de corte (*julienne*, *brunoise*, *chiffonade*) para otimizar textura, tempo de cocção e apresentação visual;
- Uso de condimentos naturais para promover sabor (salsa, coentro, pimenta preta);

- Melhoria dos atributos sensoriais (otimização da textura, sabor, aroma e cor dos alimentos);
- Cuidados na apresentação e empratamento das refeições (organização dos componentes no prato, contraste de cores, adequação das quantidades servidas).

Na **Figura 1**, pode-se observar as principais estratégias de gastronomia que podem ser utilizadas para melhorar a aceitação de dietas hospitalares.



Figura 1 – Principais estratégias de gastronomia utilizadas para melhorar a aceitação das dietas hospitalares

Fonte: Fischer et al. (2021).

Esses ajustes elevam a qualidade sensorial dos pratos, favorecem a satisfação dos pacientes e aumentam a adesão às dietas prescritas. (Fischer et al., 2021).

2.3 Aceitabilidade e Satisfação das Refeições Hospitalares

A aceitabilidade e a satisfação das refeições hospitalares constituem indicadores relevantes para avaliar a qualidade do serviço alimentar e o impacto da alimentação no estado nutricional do doente internado. Apesar da preocupação sobre o estado nutricional de pacientes internados, pouca atenção ainda é dada para a aceitação de dietas hospitalares (Andrade et al., 2021; Fischer et al., 2021).

Diferentes métodos podem ser utilizados para esta avaliação, incluindo questionários de satisfação, escalas hedônicas, análise do índice de resto-ingestão e observação direta do consumo alimentar. Indicadores como aparência, sabor, textura, aroma, variedade e

temperatura das preparações são essenciais para avaliar a aceitação da dieta pelos pacientes (Fischer et al., 2021)

De acordo com Al-Torky et al. (2016), citado por Fischer et al. (2021), um estudo realizado no Hospital Universitário de Sohag, no Egito, avaliou a satisfação de 1015 pacientes internados relativamente ao serviço de alimentação hospitalar. Os resultados indicaram que 35,8% dos participantes classificaram a dieta hospitalar como insatisfatória, sendo que apenas 26,1% consumiram a totalidade das refeições servidas, enquanto 34,7% ingeriram apenas uma parte e 39,2% relataram não ter consumido qualquer quantidade da comida disponibilizada. Entre os principais fatores associados à insatisfação destacaram-se a sensação de fome entre as refeições e a procura por alimentos externos ao hospital (24,6%), a inadequação das porções (18,7%), métodos de confeção pouco apelativos (16,3%), rejeição do sabor das preparações (14,2%) e a perceção de que a dieta não estava ajustada à condição clínica (8,8%). Estes resultados reforçam a necessidade de implementar melhorias nos serviços de alimentação hospitalar, com especial atenção aos aspetos sensoriais e à adequação das refeições às necessidades dos doentes internados.

Paralelamente, um estudo transversal realizado na Etiópia, avaliou a satisfação de 423 pacientes adultos internados relativamente aos serviços alimentares hospitalares, analisando diferentes dimensões relacionadas com as características das refeições e a experiência do doente. Os resultados evidenciaram um nível global de satisfação relativamente baixo (33,6%), sendo identificados como principais fatores associados a aceitação das refeições o sabor dos alimentos, a facilidade de mastigação, a variedade do menu e aspetos relacionados com a organização do serviço alimentar (Teka et al., 2022)

Para além das características sensoriais das refeições, a literatura evidencia que a aceitabilidade alimentar em contexto hospitalar é influenciada por múltiplos fatores individuais e ambientais como o estado clínico e emocional do doente, os hábitos culturais, o horário e a organização do serviço alimentar, bem como a monotonia da ementa (Silva & Tavares, 2019).

A baixa aceitação das dietas pode resultar numa ingestão alimentar insuficiente, aumentando o risco de desnutrição hospitalar, prolongamento do tempo de internamento e diminuição da qualidade de vida das pacientes. Assim, a integração de princípios gastronómicos nos serviços de alimentação hospitalar contribui para aumentar a satisfação dos doentes, favorecer a ingestão nutricional e reduzir o desperdício alimentar, reforçando o papel da alimentação como parte integrante do cuidado em saúde (Fischer et al., 2021; Pereira J & Dos Santos H, 2024)

Apesar dos benefícios associados à aplicação da Gastronomia Hospitalar na melhoria da aceitabilidade das refeições e na promoção do estado nutricional dos doentes, a implementação destas estratégias nem sempre ocorre de forma plena no contexto dos serviços de saúde. Muitas unidades hospitalares enfrentam limitações económicas e constrangimentos financeiros que condicionam a aquisição de alimentos de maior qualidade, diversificação da

ementa e a adoção de técnicas gastronómicas mais elaboradas. Estas dificuldades podem comprometer a operacionalização de práticas inovadoras no serviço de alimentação, tornando necessário adaptar as estratégias gastronómicas à realidade dos recursos disponíveis, de modo a conciliar qualidade nutricional, aceitabilidade sensorial e sustentabilidade económica (Andrade et al., 2021; Carvalho et al., 2022).

2.4 Atendimento Humanizado em Ambiente Hospitalar

O atendimento humanizado em ambiente hospitalar refere-se a um conjunto de valores, atitudes e práticas que colocam o paciente no centro do cuidado, reconhecendo-o como um ser integral, dotado de emoções, crenças, vulnerabilidades e necessidades específicas (Sakayo & Garcia, 2021).

Humanizar significa criar relações de confiança e respeito entre profissionais e pacientes, oferecendo acolhimento, empatia e comunicação clara, interpretação adequada do que o paciente expressa e atenção plena durante o atendimento, garantindo uma resposta cuidadosa e personalizada de forma a reduzir o impacto emocional e social provocado pela internação (Sakayo & Garcia, 2021).

O cuidado humanizado parte do reconhecimento da individualidade e dignidade de cada pessoa. Para que este cuidado seja efetivo, o profissional de saúde precisa, antes de tudo, compreender-se a si próprio, refletir sobre as suas atitudes e desenvolver sensibilidade para adaptar a sua prática às necessidades específicas de cada paciente (Norberto et al., 2024).

No contexto da alimentação hospitalar, esse atendimento busca aproximar a experiência alimentar das vivências normais do paciente, minimizando as diferenças entre a vida cotidiana e o ambiente hospitalar, que impõe limitações e pode gerar ansiedade e insegurança. Assim, a humanização contribui para um ambiente mais confortável e digno, favorecendo o bem-estar, a aceitação das refeições e, conseqüentemente, a recuperação do estado de saúde (Sakayo & Garcia, 2021).

A humanização aplicada à gastronomia hospitalar manifesta-se no cuidado envolvido na preparação e na apresentação das refeições. Consiste em oferecer um prato equilibrado do ponto de vista nutricional, seguro, ajustado às necessidades clínicas de cada paciente e preparado com atenção e sensibilidade (Moleiro, 2021).

Esse cuidado reflete-se também na forma harmoniosa como os alimentos são distribuídos no prato, respeitando princípios estéticos e funcionais. Paralelamente, o uso adequado das técnicas de confeção permite realçar cor, sabor e textura, tornando a refeição mais agradável e contribuindo para uma experiência alimentar mais acolhedora durante a hospitalização (Moleiro, 2021).

A promoção de um atendimento acolhedor e centrado no doente em unidades de alimentação e nutrição (UAN) exige a implementação de estratégias que valorizem a dignidade, a autonomia e as necessidades individuais de cada paciente (de Sousa et al., 2013).

Uma das principais estratégias consiste na comunicação humanizada, que envolve explicar com clareza o que está a ser servido, ouvir ativamente as dúvidas ou preocupações do doente e utilizar um tom de voz respeitoso e empático. A presença atenta do colaborador, demonstrada através de contacto visual, postura acolhedora e disponibilidade para ajudar, contribui para que o paciente se sinta valorizado e respeitado no contexto hospitalar (Correia et al., 2020; de Sousa et al., 2013).

2.5 Boas Práticas de Higiene e Segurança dos Alimentos em Hospitais

Segundo a FAO & WHO (2023), a higiene dos alimentos é definida como todas as condições e medidas necessárias para garantir a segurança e a aptidão dos alimentos em todas as fases da cadeia alimentar; enquanto a segurança dos alimentos é a garantia de que o alimento não causará danos no consumidor quando preparado e/ou consumido de acordo com o uso a que se destina.

A higiene e a segurança dos alimentos assumem um papel central no contexto hospitalar, uma vez que os doentes internados apresentam, na maioria das vezes, maior vulnerabilidade imunológica e risco acrescido de complicações associadas a infeções de origem alimentar (Silva & Paganoto, 2023).

Os alimentos contaminados são uma potencial via de contaminação hospitalar, associada principalmente às condições higiénico-sanitárias inapropriadas e à falta de utilização de ferramentas de garantia e controlo da qualidade (da Silva et al., 2015)

Portanto, a adoção rigorosa de boas práticas de higiene ao longo de toda a cadeia alimentar, desde a receção, armazenamento, preparação e confeção, até à distribuição das refeições, é fundamental para prevenir contaminações que podem ser físicas, químicas e/ou biológicas culminando com a ocorrência de doenças transmitidas pela contaminação dos alimentos (DTA) (da Silva et al., 2015; Martins & Santos, 2022).

A maior incidência de DTA, é de contaminação biológica (por microrganismos patogénicos). As DTAs abrangem um largo espectro de doenças e são uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo (Freitas et al., 2010).

A nível mundial, 90% dos casos de DTA estão relacionadas com *Salmonella* spp. e *Campylobacter* spp., sendo na maioria dos casos associados à ingestão de carnes e derivados. Todos os anos nos EUA, 76 milhões de pessoas sofrem de DTA, das quais 325.000 são hospitalizadas e 5.000 acabam por falecer (Freitas et al., 2010).

A UAN hospitalar serve alimentos para os pacientes e funcionários da instituição. Nesse sentido, é preciso haver um protocolo sistematizado das ações de higienização e manipulação dos alimentos para reduzir o índice de contaminação cruzada (Martins & Santos, 2022). Internacionalmente, a segurança alimentar é regulada pelo *Códex Alimentarius*, que consiste num conjunto de normas, diretrizes e sistemas reconhecidos, cujo principal objetivo é proteger a saúde dos consumidores e garantir alimentos seguros em toda a cadeia alimentar. Foi criado em 1963 pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (FAO & WHO, 2023).

O *códex* estabelece princípios gerais que visam garantir a qualidade e inocuidade dos alimentos. Entre as ferramentas recomendadas pelo *códex*, destaca-se o sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controlo (HACCP), um método preventivo que permite identificar, avaliar e controlar os perigos e riscos do processo de transformação do alimento, ajudando a manter o alimento seguro e livre de qualquer contaminação. É um método que favorece a identificação de falhas durante o processamento e no produto final, tendo como finalidade impedir que o produto não conforme chegue ao consumidor final (Feitosa & Andrade, 2022).

Em Moçambique, não existe uma legislação específica voltada exclusivamente para a higiene e segurança dos alimentos em serviços de alimentação hospitalar. A regulamentação aplicável baseia-se, de forma geral, na legislação nacional de higiene e segurança alimentar em especial no Decreto n° 15/2006 de 22 de junho que estabelece os requisitos higiênico-sanitários para produção, transporte, comercialização, inspeção e fiscalização de géneros alimentícios (Moçambique Conselho de Ministros, 2006). Paralelamente, a vigilância sanitária do Sistema Nacional de Saúde (SNS) assegura a aplicação e fiscalização dessas normas nos hospitais (MISAU, 2022).

Para além de regulamentar a higiene e segurança dos alimentos (HSA), a legislação destaca a importância da capacitação dos colaboradores para que possam aplicar corretamente os procedimentos e evitar qualquer risco à saúde dos consumidores, neste caso, pacientes em ambiente hospitalar (Feitosa & Andrade, 2022).

Os manipuladores de alimentos constituem uma das principais fontes potenciais de contaminação das refeições produzidas em serviços de alimentação coletiva. Assim sendo, estes manipuladores desempenham um papel importante na segurança dos alimentos, na preservação da higiene durante toda a cadeia produtiva, desde o recebimento, armazenamento, preparação até à distribuição. Uma manipulação incorreta e o descuido em relação às normas higiénicas favorecem a contaminação por microrganismos patogénicos (FAO & WHO, 2023).

Portanto, todas as pessoas, empregadas nas operações relacionadas com alimentos e que venham a ter contacto direto com os mesmos, deverão receber formação e/ou treino a um nível apropriado às operações que tenham de realizar. Uma formação ou supervisão insuficientes sobre a higiene de qualquer pessoa, que intervenha em operações relacionadas

com alimentos representa, uma possível ameaça à segurança dos produtos e à sua aptidão para consumo (FAO & WHO, 2023b)

Assim, garantir alimentos seguros e higienicamente preparados é um requisito indispensável para a promoção da recuperação clínica, da qualidade assistencial e do bem-estar dos pacientes em ambiente hospitalar (Feitosa & Andrade, 2022).

2.6 Intervenções em Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN)

Vários estudos têm demonstrado que intervenções em Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) constituem estratégias eficazes para a melhoria da qualidade da alimentação hospitalar e da experiência alimentar dos pacientes (Boussada, 2022).

Dessas intervenções, destacam-se a capacitação dos colaboradores em boas práticas de higiene e segurança dos alimentos, bases de cozinha, técnicas culinárias, empratamento e atendimento humanizado, bem como a reformulação das ementas com foco na valorização dos aspectos sensoriais das refeições (Boussada, 2022; Silva & Tavares, 2019).

Estudo realizado por Williams & Walton (2011), concluiu que várias estratégias podem contribuir para a melhoria da aceitação e satisfação dos doentes internados e consequentemente para redução do desperdício alimentar, nomeadamente:

- Melhorar a qualidade e a apresentação dos alimentos para aumentar o seu apelo e aceitabilidade;
- Flexibilidade no tamanho das porções das refeições para que elas possam ir ao encontro do apetite dos doentes;
- Aumentar a variedade de opções alimentares oferecidas aos doentes;
- Introdução de horários de refeição protegidos para minimizar as interrupções durante as refeições;
- Introdução de auxiliares de nutrição para ajudarem e incentivarem os doentes a fazerem as escolhas alimentares adequadas;
- Oferecer maior assistência alimentar aos doentes durante as refeições, especialmente àqueles com maior risco nutricional;
- Disponibilização de salas de refeições comunitárias para que os doentes com mobilidade possam realizar as suas refeições.

A introdução de ervas aromáticas e especiarias naturais, a adaptação de métodos de confeção e a melhoria da apresentação dos pratos têm sido apontadas como medidas simples,

porém eficazes, para aumentar o sabor, a aceitabilidade e a satisfação das refeições hospitalares por parte dos pacientes (Lopes et al., 2021).

A formação da equipa da unidade de alimentação hospitalar constitui um elemento determinante para melhoria da satisfação dos doentes. A qualificação técnica e continua destes colaboradores permite a adequação das práticas alimentares às necessidades clínicas, sensoriais e humanas dos pacientes, sendo condição essencial para integração efetiva da gastronomia no contexto hospitalar (Martins & Baratto, 2018).

Porém, para que tais mudanças sejam efetivamente implementadas, é fundamental que a gestão hospitalar esteja consciente dos desafios existentes nos serviços de alimentação, assim como as suas implicações, tais como a desnutrição hospitalar, o desperdício alimentar e o impacto negativo na satisfação dos doentes (Martins & Baratto, 2018; Santos & Tomazzoni, 2014).

Ao planejar a ementa destinada aos pacientes, o nutricionista deve considerar não apenas as características dos alimentos e os aspetos relacionados à comensalidade, mas também o contexto particular da hospitalização. Os pacientes encontram-se fragilizados pela doença, debilitados, afastados das suas rotinas e da convivência familiar. Por isso, a refeição deve ir além do simples fornecimento de nutrientes: ela deve representar um momento de conforto e acolhimento, contribuindo simultaneamente para a boa aceitação das dietas e para a sua recuperação clínica (Andrade et al., 2021).

2.7 Situação da Gastronomia Hospitalar em Moçambique

A alimentação hospitalar em Moçambique é regulamentada pelo Manual de Dietas hospitalares, que define que as dietas devem considerar o estado nutricional e clínico dos doentes internados, assim como as particularidades socioculturais e económicas dos utentes, visando melhorar a qualidade de vida durante o internamento (Titosse et al., 2021).

Os serviços de alimentação e nutrição hospitalar são responsáveis pelo planeamento e adequação dos cardápios às necessidades específicas de cada paciente, respeitando a evolução do quadro clínico (Titosse et al., 2021).

Apesar da existência de instrumentos oficiais, sobre a alimentação hospitalar no país, relatórios jornalísticos e institucionalizados sobre a alimentação hospitalar revelam desafios significativos na prática quotidiana. No entanto, relatos indicam que, em alguns hospitais, os doentes recebem um número reduzido de refeições, sendo oferecida apenas uma refeição diária, devido a limitações orçamentais, evidenciando os desafios operacionais na oferta de uma alimentação adequada (Chichava, 2025).

No âmbito dos serviços de nutrição em Moçambique, estudos sobre a capacidade dos serviços de saúde mostram que a disponibilidade e prontidão dos serviços de nutrição são frequentemente insuficientes apresentando lacunas em recursos humanos, formação e

equipamento, o que repercute também no serviço de alimentação hospitalar (Sambo et al., 2022).

As pesquisas científicas no país centram-se, muitas vezes, em problemas relacionados com a insegurança alimentar, desnutrição e qualidade de serviços de gerais de nutrição, mas há escassez de estudos específicos sobre a gastronomia hospitalar, a avaliação da satisfação ou da aceitabilidade das refeições, intervenções formativas nos colaboradores do SAND e o impacto dessas formações. Todos esses factos somados evidenciam uma lacuna importante na literatura nacional sobre o tema.

Embora o Manual de Dietas Hospitalares de Moçambique forneça orientações gerais sobre tipos de dietas, horários e objetivos nutricionais, este documento não apresenta receitas padronizadas, representando uma limitação significativa para a prática diária nos hospitais. Sem instruções detalhadas de preparo, quantidade de ingredientes, técnicas culinárias e tempo de cozedura, a confeção das refeições fica dependente das práticas individuais de cada hospital, e mais ainda, de cada colaborador gerando heterogeneidade na qualidade nutricional, sabor, apresentação e a aceitabilidade das refeições. Esta lacuna evidencia que, apesar de existir uma regulamentação formal, não há uniformidade operacional capaz de assegurar que as refeições satisfaçam de forma consistente as necessidades dos pacientes.

A presente dissertação busca preencher essas lacunas ao promover melhorias no SAND do HGN, avaliar de forma sistemática a satisfação e a aceitabilidade das refeições servidas aos pacientes internados, bem como o impacto das intervenções formativas nos colaboradores do SAND. Ao desenvolver receitas padronizadas e materiais de apoio (manual de receitas, portfolios e cartazes), o estudo promove uniformização das práticas de confeção, distribuição e atendimento humanizado aos doentes, fortalecendo a consistência nutricional e a qualidade sensorial das refeições. Paralelamente, a capacitação técnica dos colaboradores permite a aplicação de procedimentos padronizados e seguros, alinhando-se às práticas de gastronomia hospitalar e garantindo que as intervenções sejam sustentáveis, replicáveis e ajustadas à realidade das diferentes unidades hospitalares em Moçambique.

MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo serão abordados os materiais e métodos utilizados para realizar as intervenções feitas com o objetivo de promover melhorias no Serviço de Alimentação e Nutrição Dietética do HGN.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quase-experimental, de natureza quantitativa e qualitativa.

O estudo é quase-experimental pois teve a finalidade de promover melhorias no Serviço de Alimentação e Nutrição Dietética e na atenção aos pacientes hospitalizados, mediante intervenções fundamentadas nas práticas e ferramentas da Gastronomia Hospitalar de avaliar a satisfação dos doentes em relação às refeições servidas pelo hospital, antes e após as intervenções, e também avaliar o impacto das intervenções realizadas no SAND, onde foram aplicados testes pré e pós-treinamento nos colaboradores, de forma a permitir a comparação dos resultados dos testes de conhecimento antes e após as intervenções.

A intervenção foi constituída por ações de formação e treinamento relacionados com temas para melhoria do SAND, nomeadamente: higiene e segurança dos alimentos; demonstrações culinárias onde foi feita a recriação das 5 receitas que compunham a ementa do hospital; técnicas de empratamento; e atendimento humanizado. Também fizeram parte das intervenções, o desenvolvimento de cartazes educativos, portfólio, desenvolvimento de um manual de receitas e doação de materiais e equipamentos.

O estudo é de natureza quantitativa pois permitiu analisar de forma objetiva a satisfação dos doentes em relação às refeições servidas pelo hospital e o atendimento prestado pelos colaboradores do SAND antes e após as intervenções. Permitiu também avaliar as alterações no conhecimento, atitudes e práticas dos colaboradores comparando o desempenho, entre os dois momentos de avaliação (antes e após as intervenções de treinamento), com base na aplicação de questionários estruturados cujas respostas foram tratadas estatisticamente.

O estudo apresenta igualmente uma abordagem qualitativa, uma vez que inclui a recolha e análise de dados de natureza descritiva, obtidos a partir de respostas abertas dos participantes, nomeadamente relativas às perceções, expetativas e experiências dos colaboradores. Esta abordagem permitiu uma compreensão mais aprofundada das perceções atribuídas às intervenções implementadas, complementando os resultados quantitativos.

3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Geral de Nacala-Porto, localizado na Província de Nampula, cidade de Nacala-Porto, bairro Mathapue entre as coordenadas de Latitude $14^{\circ} 32'39,621''S$ e Longitude $40^{\circ} 42'11,105''E$, conforme a **Figura 2**. Trata-se de um hospital de referência, de nível secundário que para além de servir os residentes do distrito de Nacala-Porto recebe também pacientes de vários distritos circunvizinhos. Possui vários serviços de internamento nomeadamente: Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Maternidade e Pediatria para além dos outros serviços. O hospital tem uma capacidade de 180 camas para internamento, apesar de responder mais do que a sua capacidade.

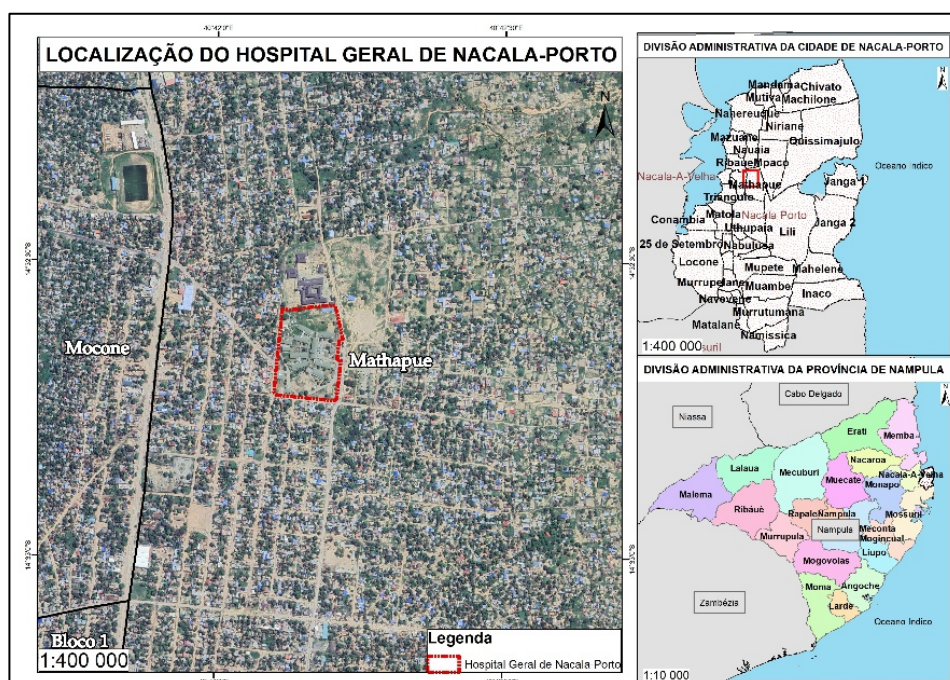


Figura 2 – Localização do Hospital Geral de Nacala-Porto.

Fonte: Google Earth (2025)

3.3 Participantes do Estudo

Fizeram parte do estudo dois grupos de participantes, compostos por um grupo de doentes internados e o outro por colaboradores do SAND.

3.3.1 Doentes internados

Os participantes do estudo, foram homens e mulheres internadas nas enfermarias de Cirurgia, Ortopedia e Medicina com idades compreendidas entre os 18 aos 75 anos de idade.

Foram elegíveis doentes com no mínimo dois dias de internamento, com previsão de estadia mínima de um mês, com alimentação oral, com prescrição para dieta geral, sem lesão na boca, sem dificuldade de mastigação e deglutição, com boa capacidade de comunicação, e que aceitaram participar no estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI). Foram excluídos todos doentes que não consumiam a refeição fornecida pelo hospital.

3.3.2 Colaboradores do SAND

O outro grupo de participantes foi composto pelos colaboradores do SAND, nomeadamente: nutricionista, técnicas de nutrição, fiel do armazém, cozinheiros e copeiras (uma de cada enfermaria, abrangendo todas enfermarias do hospital). Todos foram submetidos aos pré e pós-testes, respetivamente, antes e depois dos treinamentos.

3.4 Instrumentos de Recolha de Dados

3.4.1 Questionário de satisfação e aceitabilidade das refeições aplicado aos doentes

O questionário foi composto por dados sociodemográficos e clínicos, informação sobre a aceitabilidade e a satisfação das refeições, bem como sobre o atendimento humanizado. As informações foram colhidas através de entrevistas presenciais (no leito do paciente) utilizando *tablets* móveis de marca Samsung Tab A9, com questionário estruturado e carregado na aplicação do *KoboCollect*. O questionário (que pode ser observado no **Anexo B.1**) esteve agrupado em informações sociodemográficas e clínicas; dados referentes à aceitabilidade e à satisfação das refeições; e dados referentes ao atendimento humanizado.

Para avaliar a satisfação dos pacientes relativamente às refeições servidas utilizou-se uma escala hedônica de cinco pontos composta pelas categorias: muito insatisfeito, insatisfeito, indiferente, satisfeito e muito satisfeito), contendo perguntas sobre o horário das refeições, aspeto visual/aparência, odor/cheiro, sabor, temperatura, textura e quantidade servida.

E para avaliar o atendimento humanizado, utilizou-se a mesma escala hedónica, contendo perguntas sobre o ambiente onde passam as refeições, higiene dos colaboradores, comunicação, simpatia, respeito, forma de tratamento, disponibilidade para ouvir os pacientes, clareza nas informações, interesse demonstrado pelo bem-estar alimentar e sensação de acolhimento e cuidado durante o serviço alimentar.

Para facilitar a compreensão e garantir maior fiabilidade das respostas, principalmente em doentes com dificuldade de interpretação verbal, a escala foi acompanhada por representações visuais através de uma escala hedónica facial, contendo expressões ilustrativas correspondente a cada nível de satisfação.

A escala hedónica é um método utilizado quando se deseja verificar os graus de satisfação (Mendes et al., 2019)

3.4.2 Questionário de pré-teste e pós-teste aplicado aos colaboradores do SAND

Foi aplicado um questionário estruturado (**Anexo B.2**), composto por dados sociodemográficos, nomeadamente: idade, sexo, nível de escolaridade e função; 11 perguntas de escolha múltipla e perguntas abertas ligadas aos temas do treinamento para avaliar o conhecimento, práticas e atitudes dos colaboradores do SAND sobre a higiene e segurança dos alimentos, técnicas culinárias e preparo das refeições, técnicas de corte e apresentação, empratamento e atendimento humanizado. Todas perguntas do pré-teste foram as mesmas do pós-teste com exceção da primeira e a última, que era uma reflexão sobre o que esperavam aprender com o treinamento (pré-teste) e o que de facto aprenderam (pós-teste).

3.4.3 Registo fotográfico

Foi realizado um registo fotográfico antes e depois das intervenções de treinamento, de forma a documentar visualmente as preparações e o empratamento. Posteriormente, procedeu-se à comparação das imagens, permitindo avaliar as alterações introduzidas no aspeto visual, na apresentação e no porcionamento dos pratos.

As imagens referentes as recriações das receitas da ementa do hospital foram obtidas através de um smartphone Redmi Note 13 Pro Max de 200 megapixéis captadas pela investigadora.

As fotos destinadas ao manual de receitas foram captadas por um fotógrafo profissional, que utilizou um equipamento Canon 5D Mark3 (lente 50mm, luz *speedlite* 580EX) e um Mini Studio Box.

3.5 Intervenções Realizadas

As intervenções realizadas consistiram em treinamentos dos colaboradores. Para além dos treinamentos, foi desenvolvido um manual de receitas, cartazes, portfolios, além de ter sido efetuada uma doação de equipamentos e materiais para o SAND.

3.5.1 Treinamento dos colaboradores do SAND

O treinamento foi estruturado em quatro temas, nomeadamente: higiene e segurança dos alimentos, atendimento humanizado em ambiente hospitalar, demonstrações culinárias (realizou-se a recriação de receitas que compunham a ementa do hospital e foram desenvolvidas novas receitas) e técnicas de empratamento.

3.5.1.1 Higiene e segurança dos alimentos

O treinamento teve o objetivo de consciencializar e capacitar os colaboradores do SAND sobre as boas práticas de higiene pessoal, das instalações, equipamentos, materiais e dos alimentos. Este treinamento teve a duração de 5 horas.

Ele teve início com uma sessão teórica sobre os fundamentos de higiene e segurança alimentar, na qual foram abordados os seguintes temas:

1. Higiene pessoal;
2. Higiene das instalações, equipamentos e utensílios;
3. Contaminação alimentar (físicos, químicos e microbiológicos);
4. Principais doenças de origem alimentar;
5. Controlo de pragas e armazenamento adequado dos alimentos;
6. Identificação de perigos e noções básicas dos princípios do HACCP nas cozinhas hospitalares.

Na segunda sessão, foram feitas demonstrações práticas de simulações. Em pares cada colaborador devia indicar e justificar as condutas incorretas visíveis nos seus colegas que colocassem em risco a segurança dos alimentos ao longo de todo processo de produção até à distribuição, (o que pode ser observado na **Figura 3**). No final da sessão de simulação, foi realizada uma análise coletiva acerca do impacto das práticas incorretas na saúde do doente.

Outra prática realizada, foi a demonstração dos passos para uma lavagem correta das mãos, conforme pode ser observado na **Figura 4**.



Figura 3 – Atividade prática de identificação de riscos de higiene e segurança alimentar entre os colaboradores



Figura 4 – Demonstração dos passos corretos da lavagem das mãos

3.5.1.2 Atendimento humanizado em ambiente hospitalar

Este treinamento, com duração de 5 horas, teve o objetivo promover nos colaboradores do SAND, atitudes de empatia, escuta ativa, respeito e profissionalismo, valorizando o paciente como ser humano integral no processo de cura. O treinamento foi dividido por sessões teóricas e práticas, com as seguintes perguntas iniciais aos participantes:

— “Porque a forma de como é servida a comida no restaurante é diferente da comida servida no hospital?”

— “Como você gostaria de ser tratado se estivesse internado?”

Nesta sessão falou-se do conceito de atendimento humanizado, das características do atendimento humanizado com enfoque em:

- Comunicação que deve ser clara, gentil e respeitosa, provida de simpatia e disponibilidade para ouvir;
- Respeito às limitações do doente (por exemplo, relacionadas com a mobilidade, a dor, a vergonha e outras questões)
- Apresentação pessoal adequada com uniforme limpo, asseio pessoal e postura profissional;
- Respeito pela cultura e preferências alimentares do paciente;
- Empatia, destacando a importância de olhar nos olhos, do sorriso e do cuidado com o outro.

Também foram apresentadas as constatações negativas, apuradas no *baseline* em relação ao atendimento prestado pelos colaboradores aos doentes.

Na segunda parte, foi realizada uma dinâmica de grupo, onde foram feitas simulações práticas de atendimento humanizado com encenação de diferentes situações (positivas e negativas) em que um funcionário atuava como doente e o outro como colaborador, neste caso o copeiro, conforme mostra a **Figura 5**.



Figura 5 – Demonstração prática do atendimento humanizado na entrega das refeições aos doentes.

As encenações criadas foram:

- Um copeiro, na enfermaria, em processo organização da refeição para distribuição aos doentes;
- Um copeiro atendendo/servindo um doente calmo;
- Um copeiro atendendo/servindo um doente irritado;
- Um copeiro atendendo/servindo um idoso com dificuldade de locomoção, sem acompanhante e que não conseguia comer sozinho;
- Um copeiro que maltrata os doentes;
- Um copeiro que não serve comida aos doentes alegando que acabou porque recebeu pouco da cozinha e não chegou para todos, sendo que foi ele quem comeu quase tudo sem se importar com os doentes.

Alguns vídeos das encenações podem ser assistidos através dos links disponibilizados no **Anexo C.1**.

3.5.1.3 Demonstrações culinárias (recriação das receitas da ementa do hospital)

As demonstrações culinárias realizadas com os colaboradores do SAND, tiveram o objetivo de aprimorar as técnicas de preparação e apresentação das refeições. As mesmas foram baseadas na recriação das receitas que compunham a ementa do hospital e também em novas receitas desenvolvidas para o manual de receitas, tornando-as nutricionalmente equilibradas, mais saborosas, visualmente atrativas e alinhadas às práticas de gastronomia hospitalar.

A recriação foi feita com todas as 5 refeições do almoço que compunham a ementa do hospital, apresentadas na **Tabela 1**:

Tabela 1 – Ementa do Hospital Geral de Nacala-Porto.

Fonte: Adaptada da ementa do HGN (2025)

REFEIÇÃO	DIAS DA SEMANA						
	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Pequeno-almoço	Chá/Pão com margarina	Chá/Pão com geleia de fruta	Chá/Pão com margarina	Chá/Pão com geleia de fruta	Chá/Pão com margarina	Chá/Pão com margarina	Chá/Pão com geleia de fruta
Almoço	Feijoada com arroz	Guisado de peixe com chima	Massa esparguete com peixe	Caril de frango com chima	Caldeirada de carne com arroz de legumes	Feijoada com arroz	Guisado de peixe com chima

Numa primeira fase, fez-se a análise detalhada das receitas originais do SAND, contemplando os ingredientes, as técnicas culinárias, os tempos de confeção, o sabor e a textura final dos alimentos, assim como as condições operacionais. Esta análise permitiu identificar os pontos críticos que exigiam melhorias e, além disso, algumas limitações sensoriais e nutricionais das preparações.

Com base nesta análise prévia, foram desenvolvidas novas versões utilizando exatamente os mesmos ingredientes principais das receitas originais, garantindo fidelidade à identidade culinária local e compatibilidade com os recursos existentes no hospital. Para tal, recorreu-se a ferramentas da gastronomia hospitalar: aplicação adequada de técnica de corte, métodos de confeção ajustados, controlo do tempo e temperatura de cozedura, utilização de especiarias e ervas aromáticas, melhoria dos atributos sensoriais (cor, aroma, sabor, textura), adequação da apresentação das refeições (organização dos alimentos no prato, contraste de cores, padronização do empratamento), padronização das preparações, conforme pode ser observado na **Figura 6**.



Figura 6 – Aplicação prática de técnicas gastronômicas no contexto da gastronomia hospitalar

Fonte: A autora (2025)

3.5.1.4 Técnicas de empratamento

Este treinamento teve o objetivo de capacitar os colaboradores do SAND, com enfoque nas cozinheiras e copeiras, a melhorar a apresentação das refeições servidas aos doentes, proporcionando pratos mais harmônicos, apelativos e alinhados com os princípios da gastronomia hospitalar. O treinamento teve uma componente teórica onde foram apresentados os conceitos fundamentais de empratamento como: organização visual, equilíbrio de cores, contraste de texturas, proporção adequada dos alimentos, passo-a-passo para a montagem de pratos e importância da limpeza das bordas.

Na componente prática, os colaboradores fizeram vários empratamentos utilizando os utensílios disponíveis. As preparações utilizadas foram as preparações recriadas a partir da ementa do hospital, e as novas elaboradas para o manual de receitas, permitindo aos colaboradores a perceberem que pequenas mudanças no posicionamento dos alimentos, no uso de utensílios ou na combinação de cores poderiam melhorar significativamente o resultado final do prato, conforme podem ser observados em alguns empratamentos da recriação da ementa, apresentados na **Figura 7**.



Figura 7 – Aplicação prática de técnicas de empratamento pelos colaboradores.

Fonte: A autora (2025)

3.5.2 Criação de receitas para o manual de receitas

As receitas foram desenvolvidas utilizando produtos locais acessíveis, adquiridos no mercado local à grosso (mais conhecido por “Mercado do Juma”) que abastece de produtos alimentares os diversos mercados da cidade. Outros foram adquiridos no supermercado local e em outros pontos de venda. Os principais ingredientes adquiridos foram: frango, peixe, carne, ovos, feijão, arroz, batata, abóbora, mandioca, batata-doce, folhas de mandioca, ramas e folhas de batata-doce, especiarias como a pimenta preta, cominho, massala e ervas aromáticas como salsa e coentros.

A elaboração destas receitas (**Figura 8**), baseou-se nos princípios e ferramentas da gastronomia hospitalar descritos previamente (na recriação das receitas que compunham a ementa do hospital). Foram desenvolvidas as seguintes receitas:

Dieta geral

- Matapa de mandioca e peixe grelhado com arroz ou chima;
- Folhas de batata-doce e peixe grelhado com arroz ou chima;
- Caril de frango com amendoim com arroz ou chima;
- Mole-mole e peixe grelhado com arroz ou chima;
- Guisado de carne de vaca com arroz ou chima;
- Batata cozida com legumes salteados e ovo cozido;
- Puré de batata com guisado de carne de vaca.

Dieta modificada na textura

- Puré de mole-mole, peixe grelhado e arroz;
- Puré de matapa de mandioca, peixe e arroz.

Creme e sopas

- Creme de abóbora;
- Sopa de feijão;
- Sopa de batata-doce;
- Sopa de mandioca com ovo;
- Sopa de trigo.



Figura 8 – Desenvolvimento de receitas para o manual.

Fonte: A autora (2025)

3.5.2.1 Receitas padronizadas

A receita culinária é um documento técnico que exige estruturação rigorosa e adequação ao público que irá utilizar. Assim, a recriação e o desenvolvimento das preparações seguiram princípios de escrita que privilegiam clareza, precisão e reprodutibilidade. As receitas foram organizadas de forma sistemática, contemplando lista de ingredientes, modo de preparo detalhado e informações complementares, com definição de quantidades, tempos, intensidade do lume, linguagem acessível e sequência lógica das etapas (Moreira, 2016).

Este processo permitiu padronizar procedimentos culinários, reduzir ambiguidades e assegurar a consistência das preparações, contribuindo para a segurança alimentar, controle nutricional e eficiência operacional no contexto hospitalar.

3.5.2.2 Fichas técnicas

As fichas técnicas foram concebidas como documentos operacionais fundamentais ao serviço dos diferentes setores da produção alimentar, assumindo um papel central na organização, padronização e controlo das preparações culinárias (Moreira, 2016).

Para além de orientarem na execução das receitas, estas ferramentas permitiram uniformizar procedimentos, facilitar a comunicação entre equipas e assegurar a consistência dos resultados obtidos. Com base nas orientações técnicas analisadas, a elaboração das fichas técnicas contemplou a sistematização de dados relativos à identificação da preparação, quantidades de matéria-prima, rendimento, porções e modo de confeção, possibilitando simultaneamente o cálculo de custos, a estimativa do rendimento das preparações e o planeamento das necessidades produtivas. A sua utilização revela-se ainda relevante para o apoio aos setores financeiro e nutricional, contribuindo para o controlo económico, definição de porções, redução do desperdício alimentar e gestão eficiente dos recursos. Desta forma, as fichas técnicas constituem um instrumento metodológico essencial para a standardização dos processos, melhoria da eficiência operacional e garantia da reprodutibilidade das preparações em contexto hospitalar (Moreira, 2016).

3.5.2.3 Tabelas nutricionais

Os valores nutricionais das receitas foram estimados por cálculo indireto, com base na quantificação dos ingredientes (em gramas) e na correspondência de cada alimento às respetivas entradas nas bases de dados TACO – Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (versão 3) e CoFID 2021 (*Composition of Foods Integrated Dataset*, Reino Unido). Para cada ingrediente, os teores de energia e nutrientes (por 100 g de porção comestível) foram convertidos para a quantidade efetivamente utilizada, e posteriormente somados para obter o total da receita; em seguida, os valores foram normalizados por 100 g e por porção, considerando o peso final/porção definida na ficha técnica. A percentagem de Valores Diários de Referência (%VD) foi calculada com base nas “Ingestões de Referência (IR)”, previstos na legislação europeia, conforme o Regulamento (UE) n.º 1169/2011, Anexo XIII (Health England, 2021; NEPA, 2011; REGULATION (EU), 2021)

3.5.3 Elaboração de materiais para o hospital

No âmbito do estudo, foram desenvolvidos materiais de apoio ao contexto hospitalar, nomeadamente um manual de receitas adaptado às necessidades nutricionais dos doentes e à realidade do hospital. Também foram elaborados cartazes educativos, com destaque para o cartaz da lavagem correta das mãos e portfolios de receitas, concebidos para facilitar e padronizar o processo de preparação e confeção no quotidiano dos colaboradores.

3.5.4 Recursos materiais e equipamentos disponibilizados ao hospital e utilizados nas intervenções

Para implementação das intervenções alimentares e de treinamentos, procedeu-se com o reforço de recursos materiais, com a doação de equipamentos e materiais ao hospital, uma vez que este apresentava déficit de recursos para a realização das demonstrações culinárias (por exemplo, para realizar as técnicas de corte). Neste sentido, foram disponibilizados materiais e equipamentos específicos que foram utilizados durante os treinamentos práticos e na aplicação das ferramentas da gastronomia hospitalar.

A aquisição destes recursos foi viabilizada através de fundos financeiros da investigadora, do seu esposo, dos orientadores científicos, de uma campanha de angariação de fundos realizada na plataforma GoFundMe intitulada “Cozinhar com Dignidade”, e do contributo de uma empresa local. Os materiais disponibilizados abrangeram, microondas, liquidificador, varinha mágica, tábuas de corte, dentre outros que podem ser observados no **Anexo C.2**. Além disso, algumas imagens da entrega podem ser observadas na **Figura 9**.



Figura 9 – Recursos materiais e equipamentos disponibilizados ao hospital.

Fonte: A autora (2025)

3.6 Análise Estatística

As análises estatísticas dos dados relativos à satisfação dos doentes com as refeições servidas e atendimento prestado pelos colaboradores, bem como a avaliação do conhecimento dos colaboradores do SAND, foram analisados utilizando a linguagem de programação Python, versão 3.12.7. Foram aplicadas técnicas de estatística descritiva, incluindo o cálculo de frequências, médias e desvios-padrão.

Para a organização, tabulação e apresentação dos dados utilizou-se o Microsoft Office Excel 365, que permitiu a criação de tabelas e gráficos para visualização dos resultados obtidos.

3.7 Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comité de Ética da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa (CENOVAFCT) e pelo Comité Institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio (CIBSUL) e teve autorização do Hospital Distrital de Nacala-Porto para a sua realização, conforme pode ser consultado nos **Anexos A.1, A.2 e A.3**, respetivamente.

A participação dos doentes foi feita de forma voluntária, mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado (**Anexo A.4**). Os participantes estiveram livres de desistir do estudo a qualquer momento sem nenhum ônus. A pesquisa não possuiu riscos físicos ou biológicos. As identidades, estado clínico, e todas as informações partilhadas neste estudo foram tratados confidencialmente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo dedica-se à apresentação e discussão dos resultados obtidos no âmbito das intervenções alimentares e humanizadas. Primeiro são apresentados os resultados relativos à satisfação e aceitabilidade das refeições servidas aos doentes internados e o atendimento prestado pelos colaboradores nas enfermarias de Medicina, Cirurgia e Ortopedia, através de uma análise comparativa pré e pós- intervenção. De seguida, são discutidos os resultados da avaliação do impacto do treinamento dos colaboradores, através da análise comparativa dos resultados do pré-teste e pós-teste realizados antes e após os treinamentos. Por fim, são apresentados os resultados da recriação das receitas da ementa do hospital, elaboração de novas receitas e respetivas fichas técnicas, assim como dos materiais de apoio desenvolvidos que inclui cartaz de lavagem correta das mãos, portfólios e manual de receitas.

4.1 Satisfação, Aceitabilidade das Refeições Servidas aos Doentes Internados e Atendimento Prestado pelos Colaboradores.

4.1.1 Dados sociodemográficos e clínicos

Na **Tabela 2**, estão representados os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, antes e após as intervenções.

A amostra estudada incluiu 15 pacientes na pré-intervenção e 3 pacientes na pós-intervenção. Apesar do número reduzido de participantes na pós-intervenção optou-se por realizar a análise estatística descritiva destes dados considerando que mesmo este pequeno conjunto seria pertinente para avaliar o efeito das intervenções.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes.

Dados Sociodemográficos	Pré- intervenção (n = 15)	Pós- intervenção (n = 3)
Idade		
Media ± DP	39,8 ±17,18 (21 - 75)	37,7 ± 16,5 (21 - 54)
Gênero		
Feminino	4 (26,7%)	0 (0%)
Masculino	11 (73,3%)	3 (100%)
Nível de escolaridade		
Sem escolaridade	4 (26,7%)	1 (33,3%)
Primário	6 (40,0%)	1 (33,3%)
Secundário	5 (33,3%)	1 (33,3%)
Estado civil		
Solteiros	3 (20,0%)	1 (33,3%)
Casados/ União de fatos	12 (80%)	2 (66,7%)
Residência		
Nacala- velha	3 (20,0%)	2 (66,7%)
Mathapue	2 (13,3%)	0 (0%)
Mocone	2 (13,3%)	0 (0%)
Nablusa	1 (6,7%)	0 (0%)
Triangulo	1 (6,7%)	1 (33,3%)
Ontupaia	1 (6,7%)	0 (0%)
Juma	1 (6,7%)	0 (0%)
Bloco I	1 (6,7%)	0 (0%)
Ambalue	1 (6,7%)	0 (0%)
Amir Saíde	1 (6,7%)	0 (0%)
Mossuril	1 (6,7%)	0 (0%)
Ocupação		
Sem ocupação	3 (20,0%)	1 (33,3%)
Doméstico	5 (33,3%)	0 (0%)
Segurança	1 (6,7%)	0 (0%)
Negociante	1 (6,7%)	0 (0%)
Camponês	3 (20,0%)	2 (66,7%)
Pedreiro	1 (6,7%)	0 (0%)
Carpinteiro	1 (6,7%)	0 (0%)

Dados Clínicos	Pré- intervenção (n = 15)	Pós- intervenção (n = 3)
Enfermaria		
Ortopedia / Cirurgia	10 (66,7%)	2 (33,3%)
Medicina Geral	5 (33,3%)	1 (66,7%)
Motivo de internação		
Tuberculose	4 (26,6%)	1 (33,3%)
Traumatismo	7 (46,7%)	1 (33,3%)
Insuficiência renal	1 (6,7%)	1 (33,3%)
Doença inflamatória	3 (20,0%)	0 (0,0%)

Relativamente à idade dos participantes na pré-intervenção, a média foi de 39,8±17,18 anos enquanto na pós-intervenção foi de 37,67 ±16,50 anos, com uma pequena redução na idade média da amostra. Quanto ao género, na pré intervenção havia pacientes de ambos os sexos, com maior percentagem para o masculino (73,3%), enquanto na pós-intervenção, os 100% eram do sexo masculino. Quanto ao estado civil maior parte deles (80%) eram casados e o mesmo verificou-se na pós-intervenção (66,7%).

Relativamente à residência, maior parte dos pacientes eram residentes de Nacala-Velha tanto na pré (20%) assim como na pós-intervenção (66,7%), e os demais, eram provenientes de outros bairros conforme podem ser observados na tabela dos dados sociodemográficos.

Relativamente à ocupação, na pré-intervenção, maior parte (33,3%) eram trabalhadores domésticos, seguidos por aqueles sem ocupação e camponeses (20%), respetivamente, e na pós-intervenção predominou a ocupação de camponês (66,7%).

Quanto aos dados clínicos, na pré-intervenção, a maior parte dos pacientes (66,7%) estavam internados nas enfermarias de Ortopedia / Cirurgia, enquanto na pós-intervenção a maior parte dos pacientes (66,7%) estavam internados nas enfermarias de Medicina Geral. O motivo de internação mais frequente na pré-intervenção foi traumatismo (46,7%) que culminou com amputações dos membros superiores ou inferiores nalguns casos, e na pós-intervenção os motivos de internação foram os relacionados com traumatismo, tuberculose e insuficiência renal (33,3%), respetivamente.

4.1.2 Distribuição percentual da satisfação dos pacientes com as refeições

Na **Figura 10**, estão representados os resultados da distribuição da satisfação dos pacientes com as refeições do SAND, no período pré-intervenção (n = 15).

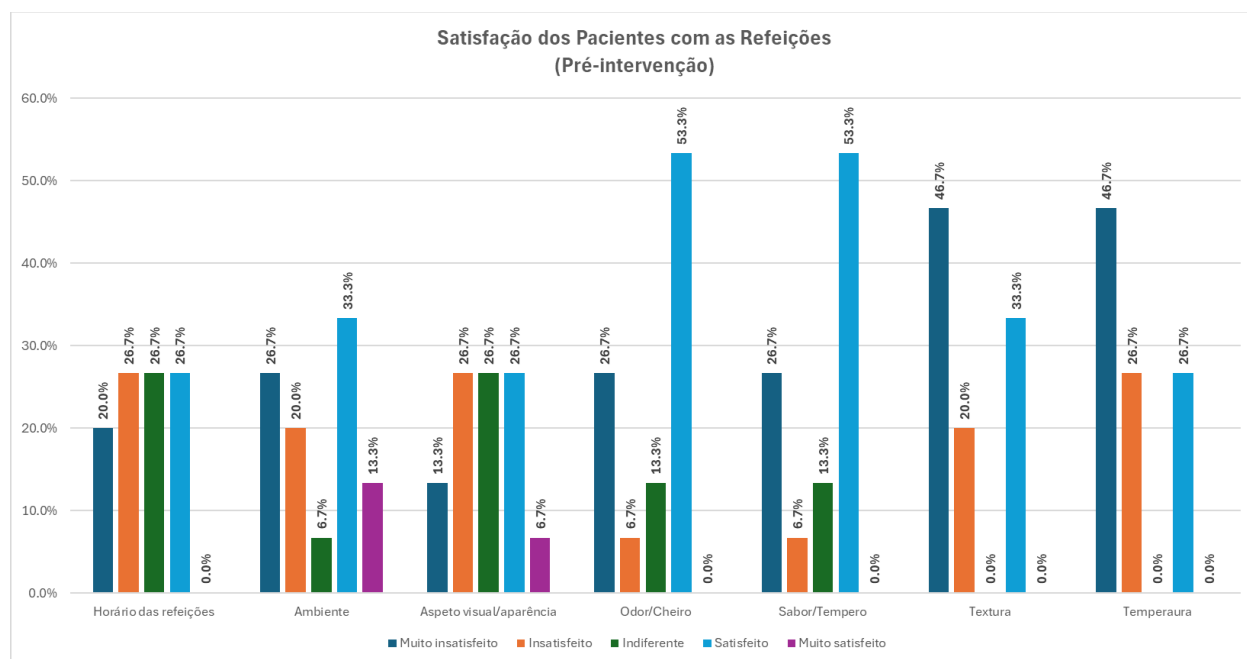


Figura 10 – Gráfico do grau de satisfação dos pacientes com as refeições (pré-intervenção).

De forma geral, observa-se uma distribuição heterogênea dos níveis de satisfação, com presença de insatisfação em todas as dimensões avaliadas. Destacam-se níveis elevados de muito insatisfeito nas variáveis de textura e temperatura, ambas com cerca de 46,7%, indicando fragilidades importantes na qualidade sensorial das refeições.

Variáveis como odor e sabor apresentam maior percentagem de satisfação de 53,3%, embora ainda coexistam níveis de insatisfação. Observa-se ainda uma baixa percentagem de muito satisfeito nas variáveis do ambiente onde passam as refeições e o aspeto visual/aparência da refeição, com uma percentagem de 13,3% e 6,7% respetivamente.

Estes resultados, indicam que, antes da intervenção, existiam limitações relevantes tanto a nível sensorial como operacional do SAND.

Na **Figura 11**, estão representados os resultados da distribuição da satisfação dos pacientes com as refeições do SAND, no período pós-intervenção ($n = 3$).

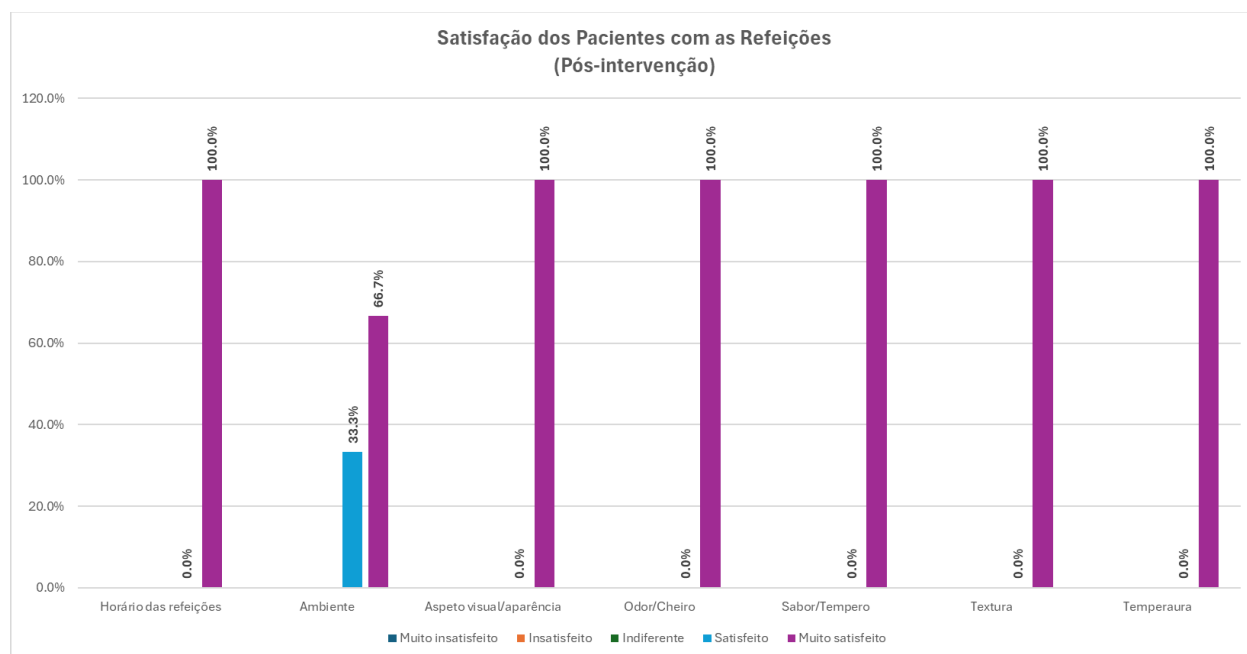


Figura 11 – Gráfico do grau de satisfação dos pacientes com as refeições (pós-intervenção).

No período pós-intervenção, observou-se uma melhoria na satisfação dos pacientes.

Apesar da reduzida amostra, comparando os dois momentos de avaliação (pré-intervenção e pós-intervenção), verifica-se uma tendência clara de melhoria na pós-intervenção com a inexistência de respostas de insatisfação (muito insatisfeito e insatisfeito) e concentração das respostas nas categorias positivas, com destaque para “muito satisfeito”.

A melhoria observada, sugere que as intervenções implementadas tiveram um efeito positivo na percepção dos doentes. Apesar das limitações amostrais, os resultados indicam uma tendência favorável de melhoria da satisfação dos doentes após a intervenção.

4.1.3 Satisfação com as refeições servidas expressa por média e desvio padrão.

Na **Figura 12**, estão representados os resultados da avaliação da satisfação dos pacientes com as refeições do SAND, expressos em média $\pm$ desvio-padrão (DP), nos momentos pré-intervenção ($n = 15$) e pós-intervenção ($n = 3$).

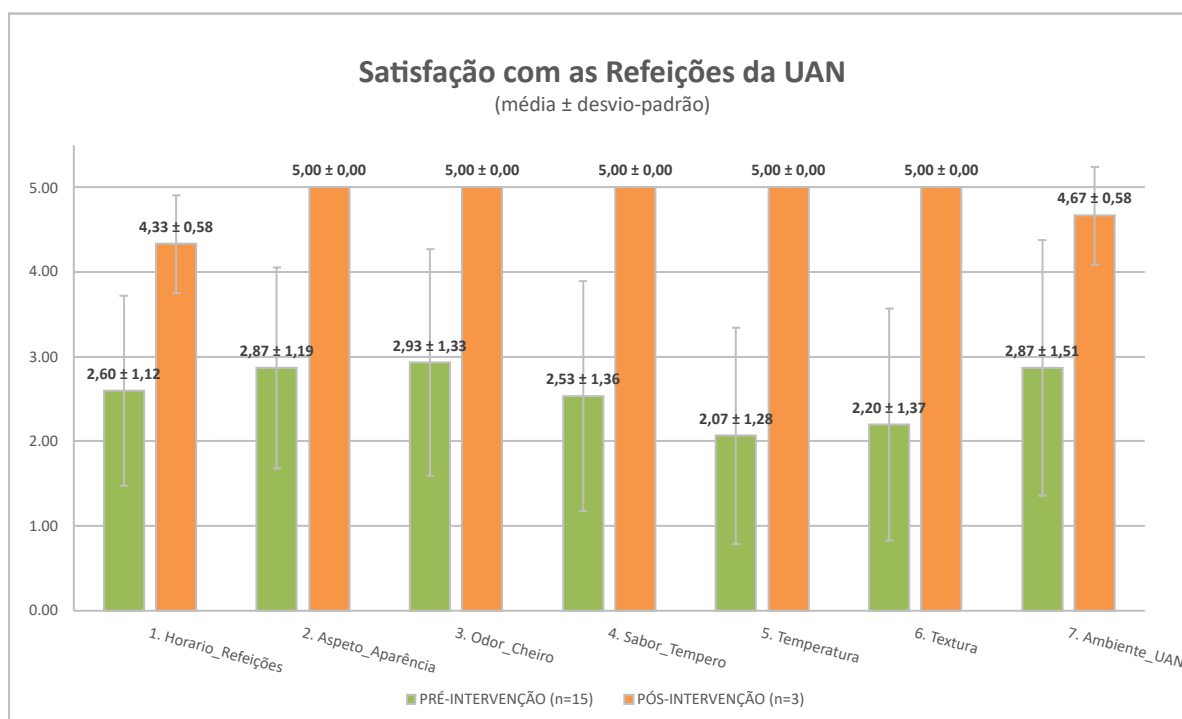


Figura 12 – Médias e desvio-padrão da satisfação dos doentes em relação às refeições do SAND.

Foram avaliadas sete dimensões da satisfação: o horário das refeições, aspeto/aparência, odor/cheiro, sabor/tempero, temperatura, textura e ambiente do SAND.

No período pré-intervenção as médias situaram-se maioritariamente entre valores considerados de satisfação moderada à baixa. Os menores níveis de satisfação foram observados nas dimensões temperatura dos alimentos ($2,07 \pm 1,28$), textura ($2,20 \pm 1,37$), sabor/tempero ($2,53 \pm 1,36$) e horário das refeições ($2,60 \pm 1,12$). As outras dimensões apresentaram níveis moderados – *i.e.*, valores próximos a 3.

No período pós-intervenção, observou-se um aumento expressivo das médias em todas as dimensões avaliadas, apresentaram medias próximas e iguais a ($5,0 \pm 0,00$) e redução acentuada do DP, sugerindo uma melhoria consistente da satisfação e maior concordância entre os doentes. Estes resultados indicam que as alterações introduzidas ao nível do preparo das refeições foram eficazes na melhoria da percepção dos pacientes.

Os resultados obtidos, demonstraram tendências que a intervenção implementada no SAND teve impacto positivo, apesar do número reduzido da amostra.

Os resultados deste estudo estão em consonância com os resultados do estudo de da Silva & Mauricio (2013) cujo objetivo era aplicar técnicas da gastronomia na dieta normal de uma unidade hospitalar privada de Maringá-PR (Brasil), para verificar a aceitação pelos pacientes, que evidenciaram um aumento da satisfação com as dietas após a aplicação das intervenções gastronómicas, confirmando o papel da gastronomia hospitalar na satisfação dos doentes.

No mesmo estudo, a apresentação do prato destacou-se como uma das variáveis com maior impacto positivo, influenciando diretamente no apetite dos pacientes (da Silva & Mauricio, 2013) e de forma semelhante no presente estudo observou-se um aumento expressivo da satisfação relativamente ao “aspeto/aparência” das refeições no período pós-intervenção. Esta convergência reforça a evidência de que a valorização visual do prato constitui um fator central na percepção da qualidade da refeição e este é frequentemente o primeiro estímulo sensorial associado à aceitação alimentar em contexto hospitalar

Relativamente ao sabor e tempero, da Silva & Mauricio (2013), verificaram uma melhoria após as intervenções, e o presente estudo também revelou um aumento claro da satisfação pós-intervenção. Esta melhoria pode estar relacionada com a adoção de estratégias culinárias que foram ajustadas, tendo em conta a realidade local, uso de condimentos naturais e de técnicas simples para intensificar o sabor.

Em relação à “temperatura” e à “textura” dos alimentos, o estudo de da Silva & Mauricio (2013), não encontrou diferença estatisticamente significativa após as intervenções, apesar de relatos positivos por parte dos pacientes, diferentemente do presente estudo que nestas duas dimensões apresentaram melhorias expressivas no pós-intervenção. Esta divergência pode estar associada às diferenças na organização do serviço de distribuição, no tempo de confeção e consumo, assim como nas condições estruturais da UAN, sugerindo que intervenções ao nível logístico e operacional podem potenciar os efeitos das técnicas gastronómicas na satisfação dos pacientes.

Ainda no estudo de da Silva & Mauricio (2013), o “odor/cheiro” apresentou resultado positivo após intervenções, igualmente ao presente estudo. No entanto, no estudo mencionado, o “aroma” foi considerado agradável tanto antes como depois das modificações, enquanto no presente estudo se observou um aumento da satisfação somente no pós-intervenção. Este achado sugere que em contextos onde o aroma inicial das refeições é menos valorizado, a introdução de ervas aromáticas e ajustes no método de confeção podem produzir ganhos sensoriais mais evidentes.

Apesar da melhoria observada na satisfação dos pacientes, importa salientar que este atributo sensorial deve ser interpretado de forma contextualizada e clinicamente ajustada. O aroma constitui um fator determinante na aceitabilidade alimentar, uma vez que pode estimular o apetite e melhorar a percepção global da refeição. No entanto, em determinadas condições clínicas como náuseas e vômitos, a presença de aromas intensos pode tornar-se um fator aversivo, comprometendo a ingestão alimentar. Nesses casos, é necessário optar por preparações com menor liberação de compostos voláteis, como refeições servidas a temperaturas mais baixas, ou com técnicas culinárias que reduzam a intensidade aromática, para favorecer a tolerância e aceitação por parte dos pacientes.

Assim, embora os resultados evidenciem uma evolução positiva neste parâmetro, é fundamental considerar que a otimização do aroma deve ser adaptada às necessidades clínicas

individuais, reforçando a importância de uma abordagem personalizada na alimentação hospitalar

Em consonância com a *ESPEN Guidelines*, os resultados deste estudo reforçam que a temperatura das refeições, apresentação, aroma, sabor, textura dos alimentos, horário das refeições, assim como o ambiente de consumo e as práticas associadas ao atendimento humanizado constituem fatores/estratégias relevantes e determinantes da aceitação, satisfação e ingestão alimentar em contexto hospitalar (Thibault et al., 2021).

4.1.4 Distribuição percentual da satisfação com o atendimento do SAND

Na **Figura 13**, estão representados os resultados da satisfação dos pacientes com o atendimento prestado pelos colaboradores do SAND, no período pré-intervenção ($n = 15$).

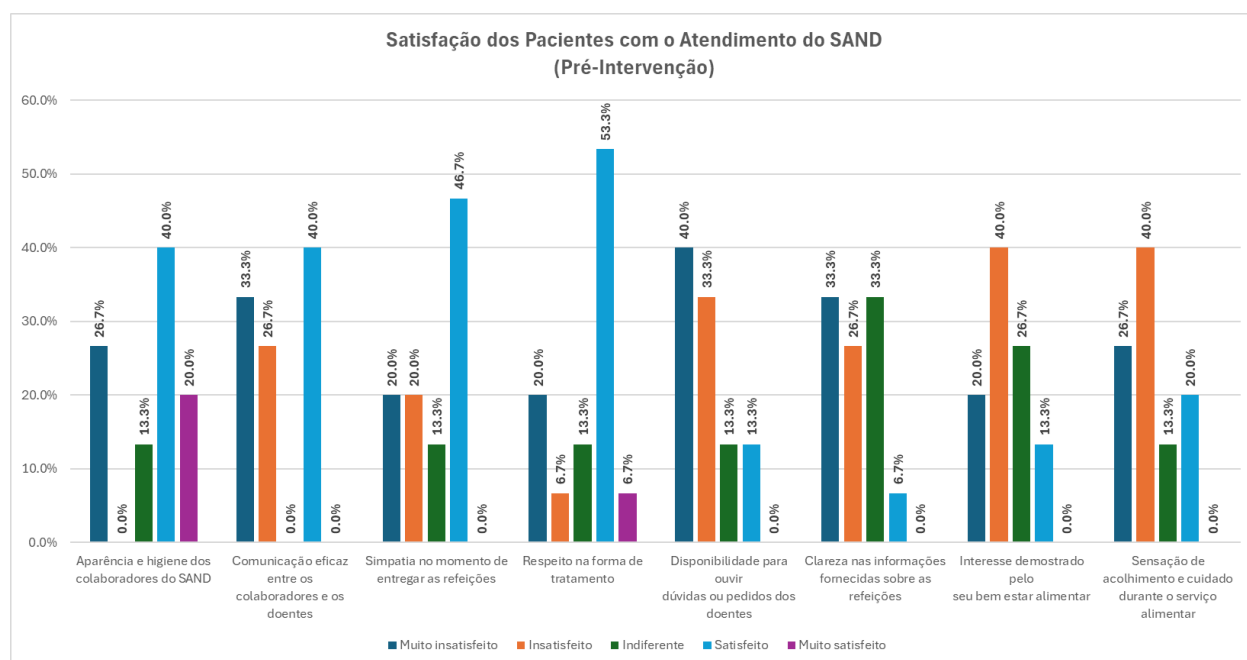


Figura 13 – Gráfico do grau de satisfação dos pacientes com o atendimento do SAND (pré-intervenção).

Igualmente à distribuição da satisfação dos pacientes com as refeições, neste gráfico observa-se uma heterogeneidade dos níveis de satisfação, com presença de insatisfação em todas as dimensões avaliadas. Destacam-se níveis de muito insatisfeito nas variáveis de disponibilidade para ouvir dúvidas ou pedidos dos doentes com 40,0%, comunicação eficaz entre os colaboradores e os doentes 33,3%, clareza nas informações fornecidas sobre as refeições 33,3% com níveis de muito insatisfeito.

Variáveis como respeito na forma de tratamento 53,3%, simpatia no momento de entrega das refeições 46,7% e aparência e higiene dos colaboradores do SAND 40,0%

apresentaram maiores percentagens de satisfação, embora ainda coexistam níveis de insatisfação.

Estes resultados sugerem que antes da intervenção, o atendimento não era percebido de forma uniforme pelos pacientes, podendo refletir falhas ao nível da comunicação, empatia e organização do SAND.

Na **Figura 14**, estão representados os resultados da satisfação dos pacientes com o atendimento prestado pelos colaboradores do SAND, no período pós-intervenção ($n = 3$).

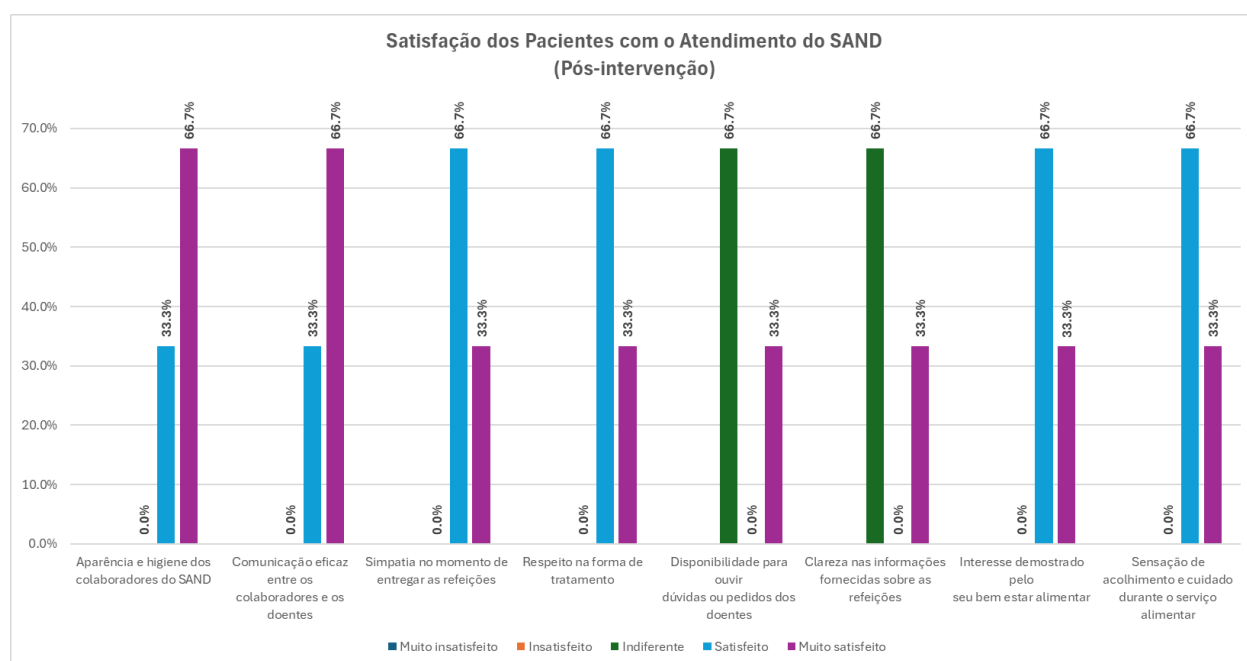


Figura 14 – Gráfico do grau de satisfação dos pacientes com o atendimento do SAND (pós-intervenção).

Verifica-se uma melhoria na avaliação do atendimento, com a inexistência de insatisfação e maior homogeneidade na percepção dos pacientes, com predomínio dos níveis de satisfeito e muito satisfeito em quase todas as variáveis.

Apesar da reduzida amostra, esta melhoria indica que as intervenções implementadas tenderam a contribuir para um atendimento mais humanizado e centrado no doente.

Comparando os dois momentos, observa-se uma tendência positiva na evolução da percepção do atendimento passando de um cenário com alguma insatisfação para uma avaliação satisfatória. Esta melhoria, pode estar associada à sensibilização dos colaboradores, reforçando a importância do fator humano na qualidade da alimentação hospitalar.

Assim, para além da melhoria das características das refeições, verifica-se também tendência positiva no atendimento ao paciente.

4.1.5 Satisfação com o atendimento prestado pelos colaboradores expressa por média e desvio padrão.

Na **Figura 15**, estão representados os resultados da satisfação dos doentes com o atendimento prestado pelos colaboradores do SAND, expressa por média e DP, entre os momentos pré-intervenção ($n = 15$) e pós-intervenção ($n = 3$).

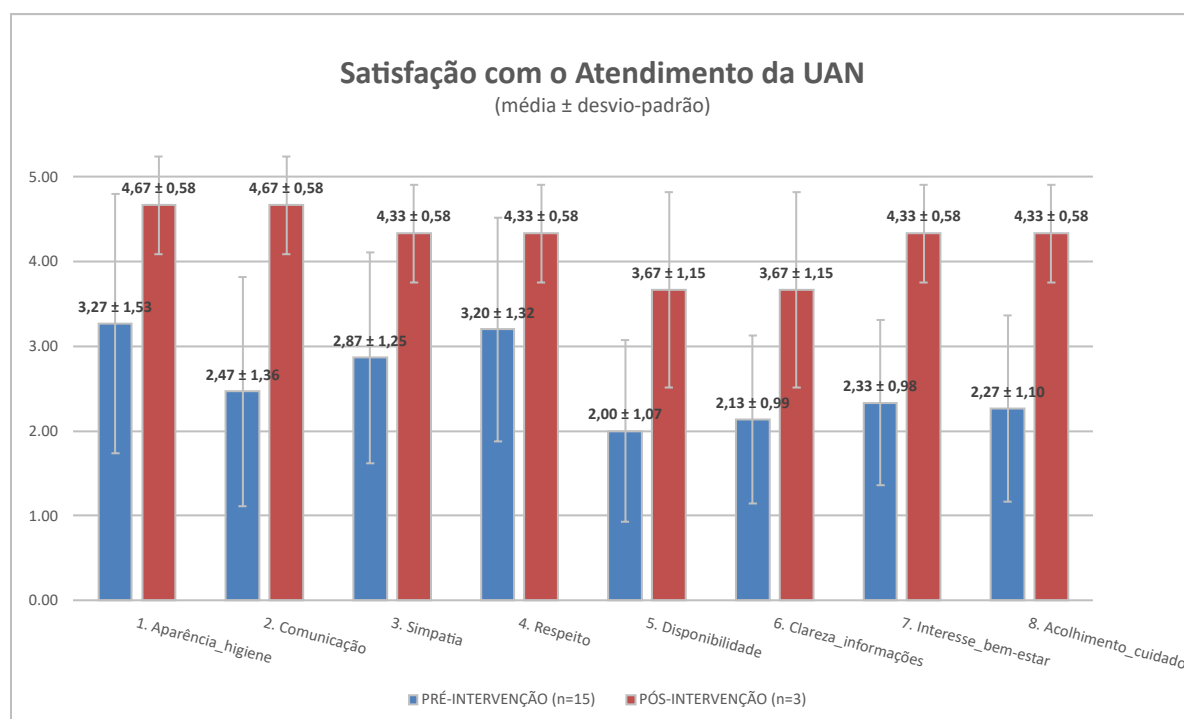


Figura 15 – Médias e desvio-padrão da satisfação dos doentes em relação ao atendimento prestado pelos colaboradores do SAND.

Foram avaliadas oito dimensões, nomeadamente: aparência e higiene dos colaboradores, comunicação eficaz entre os colaboradores e os doentes, simpatia no momento de entrega das refeições, respeito na forma de tratamento, disponibilidade para ouvir dúvidas ou pedidos dos doentes, clareza nas informações fornecidas sobre as refeições ou dietas, interesse demonstrado pelo bem-estar do paciente e acolhimento e cuidado durante o serviço alimentar. Observa-se, de forma geral um aumento da média nos níveis de satisfação em quase todas as dimensões avaliadas após a intervenção.

No período pré-intervenção observaram-se médias situadas maioritariamente entre valores baixos a moderados (entre 2,0 e 3,27), com destaque para as dimensões de comunicação, disponibilidade, clareza das informações, interesse pelo bem-estar e acolhimento e cuidado, o que sugere fragilidades em aspetos relacionados com a atenção, o cuidado e a comunicação do atendimento prestado – todas com valores inferiores a 3.

Após a intervenção, verificou-se um aumento expressivo das médias em todas as dimensões, com valores próximos ou superiores a 4,0, indicando elevado grau de satisfação dos

doentes. Observa-se igualmente uma redução do desvio-padrão no período pós-intervenção em quase todas as dimensões (excetuando-se a disponibilidade e a clareza das informações), o que sugere homogeneidade das respostas, consistência e padronização do atendimento após o processo de capacitação. Este resultado indica que os colaboradores passaram a adotar práticas mais uniformes, alinhadas aos princípios do atendimento humanizado.

Contudo, deve salientar-se que os tamanhos amostrais diferem entre a pré- intervenção ($n = 15$) e pós- intervenção ($n = 3$), o que pode influenciar na variabilidade observada. Mas, apesar desta limitação, a tendência de melhoria registada na maioria das dimensões avaliadas aponta para um impacto positivo e relevante da intervenção na percepção dos doentes relativamente às refeições servidas pelo SAND e à qualidade do atendimento prestado pelos colaboradores.

A melhoria observada nas dimensões relacionadas com a comunicação, clareza das informações, interesse pelo bem-estar, simpatia, respeito e acolhimento/cuidado corrobora com a pesquisa de Al-Abri & Al-Balushi (2014) sobre um inquérito de satisfação do doente, como ferramenta para melhoria da qualidade, que identificou a boa relação interpessoal entre profissionais de saúde e doentes como um dos principais determinantes da satisfação em ambiente hospitalar.

Os achados do presente estudo, encontram-se em consonância com os achados de Hartwell et al. (2016) que analisaram os fatores valorizados pelos doentes na experiência das refeições hospitalares. Os autores evidenciaram que a satisfação dos doentes não depende exclusivamente das características intrínsecas dos alimentos, como sabor ou valor nutricional, mas resulta de uma combinação de fatores que também incluem a qualidade do atendimento e interação com os colaboradores.

A humanização constitui uma estratégia fundamental para tornar efetiva a assistência prestada aos doentes internados devendo estender-se a todos os intervenientes no processo de saúde e doença nas unidades hospitalares (Norberto et al., 2024).

No contexto da gastronomia hospitalar, a humanização do SAND transcende a simples entrega de refeições, envolvendo a atenção ao cuidado com o paciente em todos os seus aspetos. Isso inclui, não apenas, a oferta de pratos nutricionalmente equilibrados e adequados à patologia do doente, mas também técnicas de produção corretas e uma apresentação harmoniosa do alimento, com porcionamento e empratamento adequados, cores, sabores e texturas combinadas com um atendimento atento e respeitoso, contribuem em conjunto para que a refeição seja percebida como um momento de cuidado e acolhimento, favorecendo a aceitabilidade e a satisfação dos pacientes (Moleiro, 2021).

4.2 Avaliação do Impacto do Treinamento nos Colaboradores: Análise comparativa pré e pós-teste

4.2.1 Dados sociodemográficos

Na **Tabela 3**, estão representados os dados sociodemográficos dos colaboradores do SAND. Participaram do treinamento 14 colaboradores, maioritariamente 85,7% ($n = 12$) do sexo feminino. A idade média foi de $41,1 \pm 8,8$ anos. A maioria 78,6 ($n = 11$) possuíam o nível médio de escolaridade. Os participantes foram constituídos por profissionais das seguintes categorias: nutricionista, técnicas de nutrição, chefe de armazém, cozinheiras e copeiras, verificando-se maior representatividade na categoria dos cozinheiros 42,9% ($n = 6$).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos colaboradores que participaram dos treinamentos.

Caraterísticas	n = 14	%
Idade (média $\pm$ DP)	41,1 $\pm$ 8,8 (28 - 56)	
Género		
Feminino	12	85,7
Masculino	2	14,3
Nível de escolaridade		
Médio	11	78,6
Básico	2	14,3
Superior	1	7,1
Função		
Cozinheiros	6	42,9
Copeira	4	28,6
Técnica de Nutrição	2	14,3
Nutricionista	1	7,1
Chefe do Armazém	1	7,1

4.2.2 Avaliação do conhecimento, atitudes e práticas dos colaboradores antes e após o treinamento

Antes do treinamento, os colaboradores foram submetidos a um pré-teste e, posteriormente, a um pós-teste, sendo ambos constituídos pelas mesmas perguntas com o objetivo de avaliar o seu conhecimento antes e depois das intervenções, nos seguintes temas: “higiene e segurança dos alimentos”, “técnicas culinárias e de preparo das refeições”, “técnicas de corte e de apresentação” e “atendimento humanizado”.

Com o objetivo de compreender as percepções dos colaboradores relativamente ao treinamento, procedeu-se à análise qualitativa das respostas abertas às questões “O que espera aprender com este treinamento?” e “O que aprendeu com este treinamento?”, permitindo explorar as expectativas individuais antes do treinamento e as aprendizagens percebidas após a sua realização.

No momento prévio à intervenção do treinamento, verificou-se que as expectativas se distribuíam essencialmente em duas dimensões principais: por um lado, o desenvolvimento de competências técnicas culinárias, incluindo novas receitas, técnicas de preparação e melhoria do desempenho profissional. Por outro, a valorização da componente humana do serviço, evidenciada pelas referências ao cuidado com o doente, ao atendimento humanizado e à melhoria dos serviços de alimentação hospitalar. Esta diversidade de respostas demonstra que os colaboradores reconheciam tanto a necessidade de aperfeiçoamento técnico como a importância da dimensão humanizada no contexto da gastronomia hospitalar.

Após o treinamento, a análise das respostas revelou uma evolução significativa no discurso dos participantes, observando-se uma maior concretização da aprendizagem e uma linguagem mais orientada para práticas específicas. As respostas passaram a evidenciar categorias claras de desenvolvimento, nomeadamente:

- Aquisição de competências técnicas culinárias e operacionais, como técnicas de corte, organização do trabalho e sequência de preparação dos ingredientes;
- Reforço das práticas de higiene e segurança alimentar, incluindo proteção individual e controlo de validade dos produtos;
- Melhoria da organização e gestão do serviço alimentar; e
- Valorização da humanização do atendimento e da satisfação do doente.

Esta transição de expectativas genéricas para aprendizagens concretas sugere que o treino contribuiu para uma maior consciência profissional e operacional dos colaboradores, evidenciando a eficácia do treinamento na integração entre competências técnicas e competências humanas no contexto hospitalar.

A formação é uma ferramenta eficaz para melhorar o conhecimento, atitudes e práticas adequadas. Para tal, é recomendável que estas formações e avaliações sejam contínuas para que o conhecimento seja traduzido na prática (Zanin et al., 2017).

Relativamente às boas práticas de higiene pessoal, os resultados do pré-teste assim como do pós-teste demonstraram consenso total entre os colaboradores. Em ambos momentos de avaliação, 100% dos colaboradores identificaram como corretas as práticas de lavagem das mãos antes de manipular os alimentos, uso de toca cobrindo todo cabelo, e uso da farda limpa e completa, descartando todas as práticas consideradas inadequadas como o uso de unhas compridas e pintadas e tossir sobre os alimentos.

Embora os resultados dos pré-teste assim como do pós-teste indiquem conhecimento adequado e consensual dos colaboradores relativamente às boas práticas de higiene pessoal, observou-se incongruências entre o conhecimento declarado e a prática efetiva. Antes do treinamento foram identificados colaboradores, que apesar de reconhecerem como inadequado, mantinham as unhas pintadas e usavam objetos de adorno como anéis, colares e brincos durante a manipulação dos alimentos.

Este achado, corrobora com os resultados de Zanin et al. (2017) que em uma revisão de literatura sobre o conhecimentos, atitudes e práticas dos manipuladores de alimentos em relação à segurança alimentar, relataram que em vários estudos analisados o conhecimento dos manipuladores não se traduziu em práticas adequadas.

O mesmo sugere que o conhecimento por si só não garante a adoção consistente de práticas seguras, reforçando a necessidade de estratégias contínuas de treinamentos, supervisão, sensibilização e reforço comportamental no contexto do SAND (Zanin et al., 2017).

Complementarmente a estes resultados, durante o treinamento observou-se maior envolvimento e participação ativa dos colaboradores que demonstraram capacidade de identificar erros relacionados com a higiene pessoal, assim como das instalações, dos materiais e equipamentos, a manipulação inadequada dos alimentos, evidenciando compreensão dos riscos da contaminação associados à segurança alimentar em ambiente hospitalar.

Relativamente à importância de separar os alimentos crus dos cozidos, os resultados do pré-teste demonstraram que 35,7% dos colaboradores referiram que é importante fazer a separação dos alimentos crus e cozidos por se tratar de alimentos diferentes, enquanto 35,7% associaram essa prática à prevenção da contaminação, porém 28,6% afirmaram não saber a razão para a necessidade de separação.

No pós-teste, verificou-se que 100% dos colaboradores afirmaram corretamente que a separação dos alimentos crus e cozidos é essencial para evitar a contaminação cruzada, conforme podem ser observados na **Figura 16**:

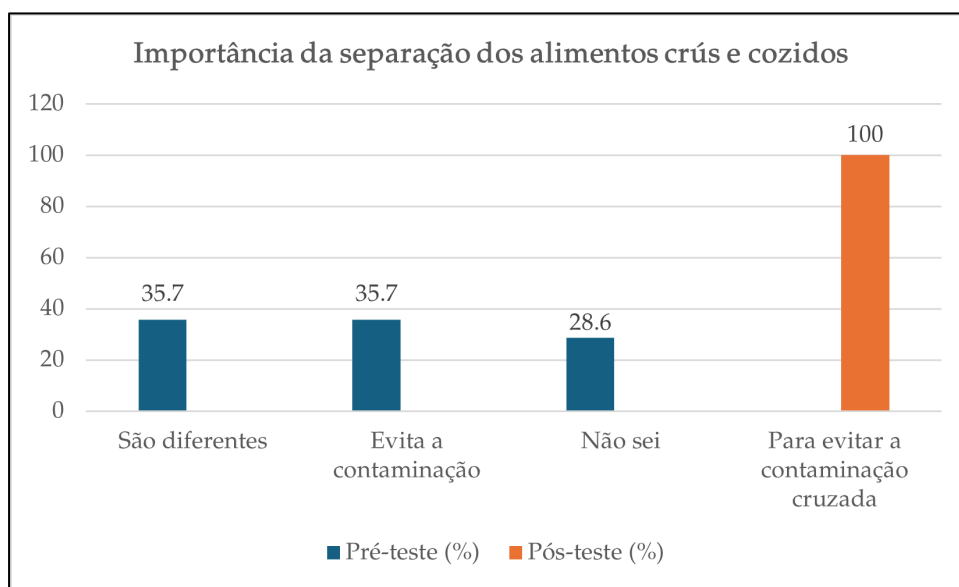


Figura 16 – Importância da separação dos alimentos crus e cozidos.

Os resultados do pré-teste evidenciaram lacunas no conhecimento dos colaboradores em relação à importância da separação entre alimentos crus e cozidos, o que sugere uma compreensão inicial incompleta de riscos associados à contaminação cruzada. Porém, após a realização dos treinamentos, observou-se uma melhoria expressiva do conhecimento com a totalidade dos colaboradores a reconhecer a separação como uma medida de prevenção da contaminação cruzada e consequentemente coinfeções alimentares.

Estes resultados do pós-teste estão em concordância com o estudo realizado por Siddiky et al. (2024) que avaliou os determinantes do conhecimento e das práticas de segurança alimentar entre manipuladores de alimentos em diferentes instituições no Bangladesh, incluindo hospitais públicos, estudo que contou com uma amostra de 408 participantes dos quais 97,3% dos manipuladores, afirmaram que o armazenamento conjunto de alimentos crus e cozidos pode provocar intoxicação alimentar, demonstrando elevado reconhecimento do risco associado à contaminação cruzada, enquanto apenas 2,7% referiram não saber.

Assim sendo, a convergência entre os resultados do pós-teste e o estudo de Siddiky et al. (2024) reforça a eficácia das intervenções de treinamento realizadas, evidenciando que a capacitação é fundamental para alinhar o conhecimento dos colaboradores com as recomendações de segurança alimentar.

Relativamente às diferentes formas de intensificar o sabor da comida sem usar muito sal, constatou-se que a utilização de especiarias e condimentos naturais como alho e cebola, uso de ervas aromáticas como salsa e louro foram consideradas corretas por todos colaboradores (100%), tanto no pré-teste assim como no pós-teste. De igual modo, a prática de adicionar mais sal fino foi de forma unânime identificada como inadequada para intensificar o sabor da comida em ambos momentos de avaliação.

Em contrapartida, observou-se uma diferença relevante na percepção dos participantes relativamente ao uso de corantes e caldos industriais, sendo que no pré-teste, a maioria dos colaboradores (78,6%) considerou essa prática como uma forma correta de intensificar o sabor na comida, enquanto 21,4% discordou. Porém, no pós-teste verificou-se uma mudança expressiva desse padrão, com apenas 7,1% que consideraram essa prática como sendo correta e 92,9% identificaram como inadequada, conforme podem ser observados na **Tabela 4**.

Tabela 4 – Formas corretas de intensificar o sabor da comida sem usar muito sal.

Quais destas são formas corretas de intensificar o sabor da comida sem usar muito sal?	Pré- teste (%)		Pós - teste (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Usar especiarias e condimentos naturais como alho e cebola	100,0	0,0	100,0	0,0
Adicionar mais sal fino	0,0	100,0	0,0	100,0
Utilizar ervas aromáticas como salsa e louro	100,0	0,0	100,0	0,0
Utilizar corantes e caldos industriais	78,6	21,4	7,1	92,9

Os resultados demonstram que os participantes no pré-teste já apresentavam conhecimento sobre o uso de ingredientes naturais como condimentos, especiarias e ervas aromáticas enquanto estratégias adequadas para intensificar o sabor sem aumentar o teor de sal.

Da mesma forma, a rejeição unânime de adição de mais sal fino indica uma consciência clara de limitar o sal. Por outro lado, a elevada percentagem de participantes que no pré-teste considerava correta a utilização de corantes e caldos industriais evidenciou uma lacuna específica no conhecimento técnico, que revela a existência de práticas adequadas com conceções incorretas relacionadas ao uso de produtos industrializados para intensificação do sabor. A redução expressiva da aceitação desses produtos no pós-teste indica que houve melhoria do conhecimento dos participantes, sugerindo que a intervenção realizada contribuiu para a correção dessa percepção inadequada.

O principal efeito adverso à saúde associado a uma dieta rica em sódio é o aumento da pressão arterial, que contribui diretamente para a elevação do risco de doenças cardiovasculares (Dougkas et al., 2019). Além disso, o consumo excessivo do sódio tem sido associado ao desenvolvimento de outras patologias como o cancro gástrico, obesidade, osteoporose, e doenças renais (Fang et al., 2015). Estima-se que, aproximadamente, 1,89 milhão de mortes por ano estejam relacionadas ao consumo excessivo do sódio a nível mundial (WHO, 2025).

A ingestão média global de sódio por adultos é de 4.310 mg/dia (equivalente a 10,78 g/dia de sal), representando mais que o dobro da recomendação da Organização Mundial da Saúde para adultos, que é de menos de 2.000 mg/dia de sódio – equivalente a < 5 g/dia de sal, ou aproximadamente uma colher de chá (WHO, 2025)

Reduzir a ingestão de sódio é uma das medidas para melhorar a saúde e reduzir a carga de doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2025). O uso de especiarias, condimentos naturais e ervas aromáticas como gengibre, alho, cebola, salsa, louro, manjerição, tomilho e manga seca tem sido consistentemente recomendado em diretrizes de culinária saudável e estudos científicos para melhorar o sabor dos pratos reduzindo o teor de sódio (Dougkas et al., 2019). Por outro lado, o uso de aditivos industrializados como corantes ou caldos prontos são geralmente desencorajados por conterem um teor de sódio oculto (ASAE, 2025)

Relativamente ao conceito da ficha técnica, no pré-teste, verificou-se um baixo nível de conhecimento dos colaboradores, sendo que maior parte deles (85,8%) referiu não saber o que é uma ficha técnica, 7,1% referiram que são receitas e os restantes 7,1% referiram se tratar de um documento onde constam os ingredientes e o modo de preparo dos alimentos.

No pós-teste, observou-se uma melhoria na compreensão do conceito, visto que mais da metade dos colaboradores, passaram a identificar a ficha técnica como um documento onde estão descritos os ingredientes e o modo de preparo dos alimentos, 7,1% referiram que se trata de um documento sistematizado que inclui ingredientes, modo de preparo e apresentação do prato, 21,4% referiram que se trata do passo a passo do uso dos ingredientes, porém 14,3% não responderam, conforme podem ser observados na **Figura 17**.

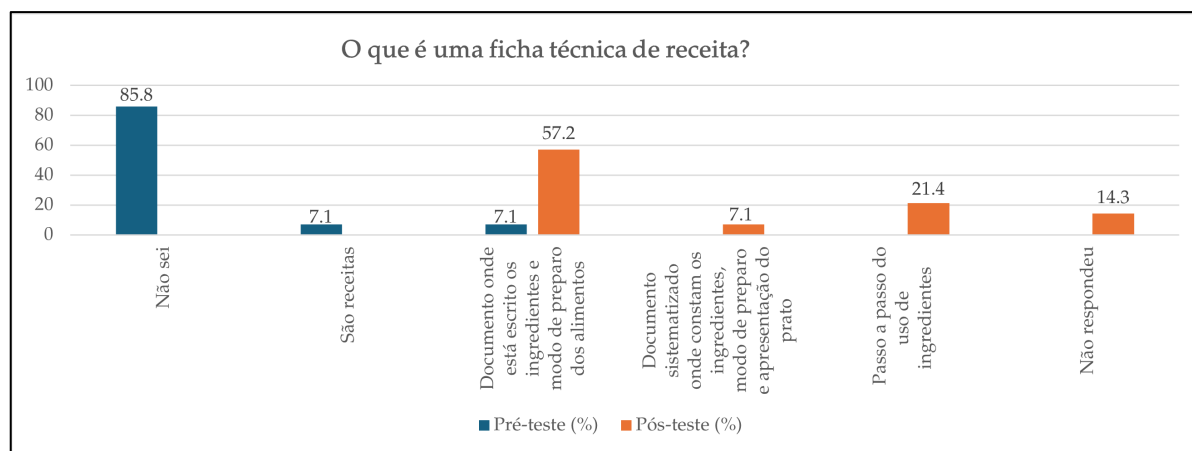


Figura 17 – Gráfico com os resultados, pré e pós-teste, das respostas à pergunta: *"O que é uma ficha técnica de receita?"*

A comparação entre o pré-teste e pós-teste, evidencia uma evolução positiva no conhecimento dos colaboradores em relação ao conceito de ficha técnica. No pré-teste, quase todos desconheciam do que se tratava, indicando uma fragilidade na formação técnica relacionada com a organização e padronização das preparações culinárias. No entanto, após a intervenção, verificou-se um aumento expressivo das respostas na qual associaram a ficha técnica a um documento estruturado que contém informações sobre os ingredientes e o modo de preparo, embora não tivessem dado uma descrição completa.

O desconhecimento sobre o conceito de ficha técnica pode ser explicado pela falta de familiaridade dos colaboradores com este instrumento, pela inexistência de fichas técnicas e receitas padronizadas na unidade hospitalar, bem como pelo facto de nenhum dos cozinheiros possuir alguma formação de base em cozinha. Esses fatores influenciam o preparo das refeições, que se fundamenta predominantemente em conhecimentos empíricos e nas experiências domésticas acumuladas no cotidiano.

Os resultados sobre a associação do tipo de corte ao seu formato estão apresentados na **Figura 18**.

No pré teste verificou-se um conhecimento muito limitado por parte dos colaboradores relativamente às técnicas de corte. Apenas 14,3% conseguiram associar corretamente o corte *Juliana* ao seu formato (tiras finas), enquanto relativamente aos restantes cortes (*Brunoise*, *Paisana* e *Mirepoix*), nenhum colaborador conseguiu fazer a associação correta ao seu formato.

Após a intervenção dos treinamentos, os resultados do pós-teste, evidenciaram uma melhoria substancial: Todos os colaboradores foram capazes de associar corretamente o corte *Julienne* (ou *Juliana*) ao seu formato de tiras finas, 85,7% associaram corretamente o corte *Brunoise* (ou *Brunesa*) à cubos pequenos, para o corte *Paisana*, 21,4% conseguiram relacioná-lo corretamente às fatias irregulares e 28,6% conseguiram associar corretamente o corte *Mirepoix* aos cubos médios para caldos.

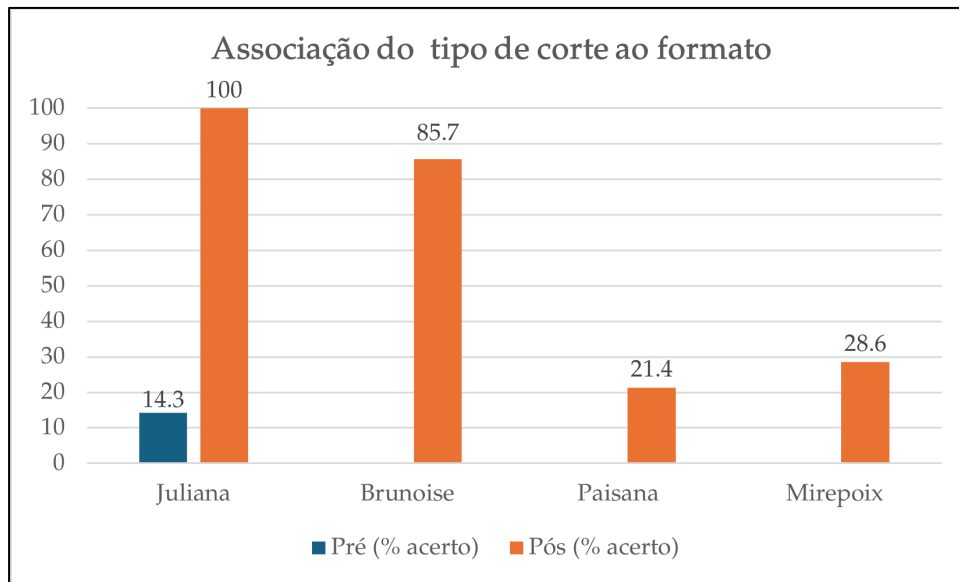


Figura 18 – Associação do tipo de corte ao seu formato.

A comparação entre o pré e o pós-teste, evidencia um impacto positivo do treinamento, sobretudo no reconhecimento do corte *Juliana*, que passou de um nível reduzido de conhecimento para um domínio total por parte dos colaboradores. Este resultado sugere que o corte *Juliana*, por ser mais comum na prática diária e visivelmente mais distinto, foi o mais facilmente assimilado durante o treinamento.

O corte *Brunoise* apresentou igualmente uma melhoria expressiva, com uma taxa elevada de respostas corretas no pós- teste, indicando uma boa compreensão em relação ao corte e o seu respetivo formato.

Em contraste, os cortes *Paisana* e *Mirepoix*, revelaram percentagens mais baixas de associação correta no pós-teste. Estes resultados podem estar relacionados com a maior complexidade conceptual destes cortes ou à semelhança visual com outros tipos de cortes, o que pode gerar confusão, principalmente por nunca terem ouvido falar e por ter sido a primeira formação ou treinamento de cozinha que os colaboradores receberam. Esta menor assimilação sugere a necessidade de reforço contínuo dos treinamentos e aplicação direta desses cortes na rotina diária.

Embora não tenham conseguido associar corretamente o nome do corte ao seu formato, o aspeto mais relevante observado foi a capacidade de adequar o corte à preparação desejada, demonstrando compreensão funcional da aplicação prática dos cortes na produção alimentar.

Em ambiente hospitalar, o domínio dos cortes é relevante porque influencia na melhoria da qualidade sensorial, na padronização das preparações, na uniformização dos tempos de cozedura, na diferenciação dos pratos com os mesmos ingredientes, na decoração do empratamento e, conseqüentemente, na aceitabilidade das refeições que é fundamental para a satisfação do doente hospitalizado (Madem & Barrera, 2016).

Os resultados obtidos comprovaram que a intervenção de treinamento contribuiu para o aumento do conhecimento dos colaboradores sobre as técnicas de corte, confirmando a relevância da formação contínua no contexto da alimentação hospitalar. A evolução observada no pós- teste reforça a eficácia das ações formativas na capacitação dos profissionais e na melhoria das práticas culinárias (Williams & Walton, 2011).

Relativamente à importância da apresentação dos pratos em ambiente hospitalar, os resultados podem ser observados na **Figura 19**.

Os resultados do pré-teste evidenciaram um elevado desconhecimento por parte dos manipuladores, visto que 78,6% não sabia da importância da apresentação dos pratos em ambiente hospitalar, 14,3% referiu que a boa apresentação do prato serve para melhorar a aceitação dos doentes e apenas 7,1% referiu que contribui para estimular o apetite do doente.

No pós-teste, observou-se uma alteração no padrão das respostas, apenas 7,1% não sabiam dizer a importância da apresentação dos pratos em ambiente hospitalar, o que reflete uma redução expressiva do desconhecimento. Maior parte dos colaboradores (50%) passou a associar ao estímulo do apetite do doente, enquanto 21,4% referiram que contribui para melhoria da aceitação das refeições, 14,3% referiu que contribui para melhoria do estado do paciente e os restantes 7,1% destacaram a importância da apresentação como forma de demonstrar respeito ao paciente como ser humano integral no processo de cura.

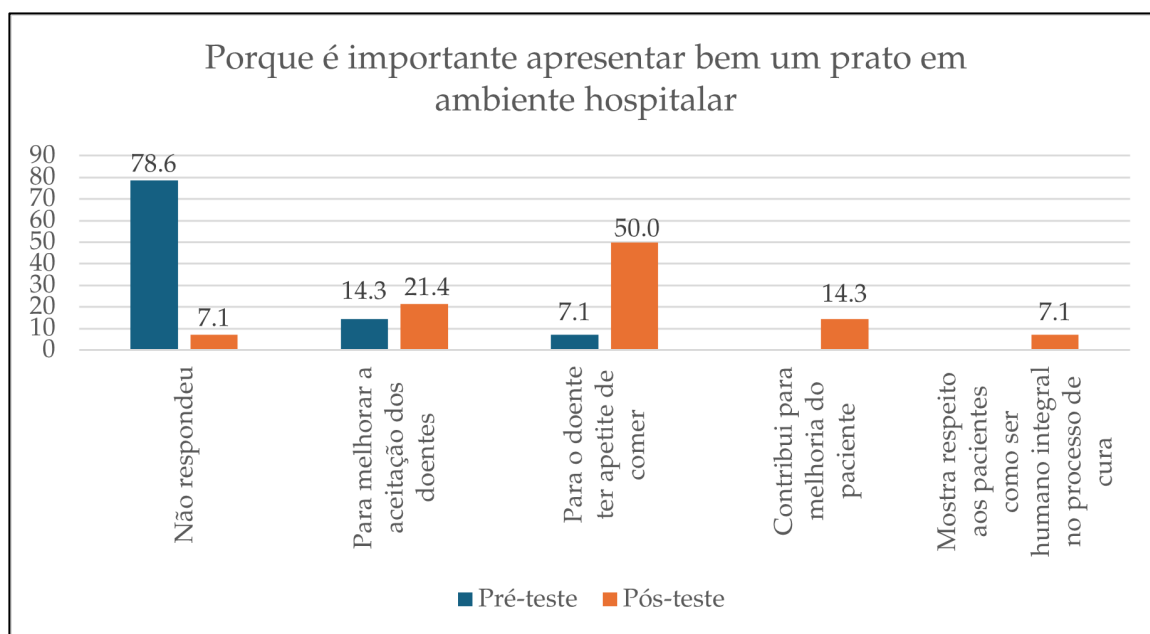


Figura 19 – Gráfico com os resultados, pré e pós-teste, das respostas à pergunta:
“Porque é importante apresentar bem um prato em ambiente hospitalar?”

A elevada percentagem de desconhecimento no pré-teste sugere que os colaboradores não reconheciam a apresentação dos pratos como um elemento integrante do cuidado alimentar e nutricional, limitando a sua perceção ao simples fornecimento do alimento. Este cenário é comum em unidades hospitalares onde a alimentação é vista apenas como uma necessidade básica e não como parte do tratamento.

No pós-teste, a redução acentuada das não respostas e diversificação das justificações apresentadas, indicam que o treinamento contribuiu para ampliar a compreensão dos colaboradores sobre a importância da apresentação dos pratos. A maior proporção foi relacionada com o estímulo do apetite e a aceitação das refeições, o que mostra uma melhoria do conhecimento técnico e de práticas humanizadas, alinhada com os princípios da gastronomia hospitalar.

Complementarmente a estes resultados, durante o treinamento uma das primeiras questões colocadas aos colaboradores foi: *“Porque a comida servida ou a forma de apresentação do prato de um restaurante é diferente da apresentação do prato servido em um hospital?”*. A resposta predominante foi que essa diferença se justifica pelo facto de os restaurantes servirem pessoas saudáveis, enquanto os hospitais servem pessoas doentes. Esta perceção revela uma compreensão bastante limitada da alimentação hospitalar, associando a doença à inevitável perda de qualidade sensorial das refeições. Este entendimento ajuda a explicar o elevado desconhecimento observado no pré-teste, no entanto, os resultados do pós-teste e as observações práticas indicam que o treinamento contribuiu para a desconstrução dessa ideia, promovendo uma visão mais integrada da alimentação hospitalar.

Outro facto curioso ocorreu após a realização dos treinamentos, no qual nos dias em que as refeições foram confeccionadas e distribuídas a todos os doentes, com aplicação dos princípios da gastronomia hospitalar, foi perceptível uma maior satisfação dos doentes que se manifestou por meio de expressões faciais positivas e comentários espontâneos como a comparação da refeição a um ambiente de restaurante: *“Ei, parece que estamos num restaurante”* – disseram alguns pacientes. Estas observações reforçam os resultados do pós-teste, confirmando que a apresentação dos pratos contribui para a aceitação das refeições, o estímulo do apetite e satisfação dos pacientes hospitalizados.

Os resultados do estudo de da Silva & Mauricio (2013), cujo objetivo era de aplicar técnicas da gastronomia na dieta normal de uma unidade hospitalar privada de Maringá-PR (Brasil), evidenciaram que antes das intervenções de gastronomia hospitalar, os pacientes estavam insatisfeitos com as refeições, mas após a aplicação de técnicas que valorizavam a apresentação visual, cores, formas e disposição dos alimentos, observou-se uma mudança significativa na percepção dos pacientes, refletida em respostas mais positivas. Estes achados confirmam que a apresentação dos pratos influencia diretamente no apetite e aceitação das refeições, mostrando que melhorias simples na aparência das refeições podem contribuir para a humanização do cuidado nutricional e para a motivação dos pacientes em consumir as refeições.

Relativamente aos elementos que devem ser considerados no momento de emprar uma refeição hospitalar, os resultados podem ser observados na **Tabela 5**.

No pré-teste, 78,9% dos colaboradores consideraram a quantidade exagerada de comida como um elemento a ser considerado no momento de emprar uma refeição. No que diz respeito às cores e contraste dos alimentos e limpeza da borda do prato, todos os colaboradores também identificaram como elementos a serem considerados. Relativamente à mistura de tudo sem organização e posição dos alimentos de forma equilibrada todos os colaboradores referiram não serem elementos a ser considerados.

No pós-teste, observou-se uma melhoria na compreensão dos elementos que devem ser considerados no momento de emprar uma refeição hospitalar, 100% passou a reconhecer a quantidade exagerada de comida como um elemento que não deve ser considerado, 92,9% passaram a indicar a posição equilibrada dos alimentos como um elemento que deve ser considerado. Mantiveram-se os 100% de concordância quanto às cores e contraste dos alimentos e limpeza da borda do prato, como elementos a serem considerados. A mistura de tudo sem organização também se manteve 100%, porém, enquanto um elemento que não deve ser considerado.

Tabela 5 – Elementos que devem ser considerados no momento de emprar uma refeição hospitalar.

Elementos que devem ser considerados no momento de emprar uma refeição hospitalar?	Pré-teste (%)		Pós-teste (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Quantidade exagerada de comida	78,9	7,1	0,0	100,0
Cores e contrastes dos alimentos	100,0	0,0	100,0	0,0
Limpeza da borda do prato	100,0	0,0	100,0	0,0
Mistura de tudo sem organização	0,0	100,0	0,0	100,0
Posição dos alimentos de forma equilibrada	0,0	100,0	92,9	7,1

Estes resultados indicam que os treinamentos foram eficazes em consolidar conceitos fundamentais do empratamento de refeições em contexto hospitalar. A análise evidencia que, antes das intervenções, havia lacunas no conhecimento sobre a quantidade adequada e disposição equilibrada dos alimentos, enquanto aspetos como cores, contraste e higiene visual do prato já eram conhecidos pelos colaboradores. Após o treinamento houve uma melhoria perceptível, demonstrando que a capacitação contribuiu para uniformizar a compreensão sobre os princípios de apresentação, promovendo boas práticas que favorecem a aceitação das refeições pelos pacientes.

Os resultados deste estudo corroboram com o trabalho de Silva et al. (2022), que destacam o empratamento como uma técnica essencial para tornar a refeição mais atrativa e estimular o consumo alimentar. Segundo os autores, a harmonia entre cores, formas, organização, quantidade e limpeza visual do prato é determinante para a percepção positiva da refeição.

A evolução observada no pós-teste, especialmente no reconhecimento da importância da quantidade adequada e da disposição equilibrada dos alimentos, aproxima-se dos princípios da *Nouvelle Cuisine*, que valorizam a simplicidade, o equilíbrio e a rejeição do excesso, reforçando a relevância do empratamento no contexto hospitalar (Silva et al., 2022)

A incorporação destes princípios técnicos no empratamento não se limita apenas a uma melhoria estética das refeições, refletindo-se também na experiência alimentar e na percepção dos doentes em relação à comida hospitalar.

Quando questionados sobre “O que pode melhorar a aparência de um prato simples?”, por meio de uma questão aberta, cujo resultados podem ser observados na **Figura 20**, as respostas obtidas revelaram mudanças relevantes na percepção dos colaboradores após a intervenção. No pré-teste, 35,7% dos colaboradores referiram que a aparência de um prato simples pode ser melhorada ao não misturar os alimentos, 28,6% referiram o uso de alimentos com cores diferentes, 7,1% referiram servir bem, enquanto 28,6% referiram não saber.

No pós-teste, observou-se uma maior diversidade e profundidade nas respostas evidenciando ampliação do conhecimento. As respostas incluíram harmonia entre as cores (28,6%), uso de alimentos com cores diferentes (14,3%), uso de cores e posicionamento

adequado dos alimentos (7,1%), tipos de cortes, confeção correta e empratamento (7,1%), quantidade adequada e combinação de cores (7,1%) respeito aos utensílios e a realidade local (7,1%), limpeza do prato (7,1%), combinação dos alimentos (7,1%) e boa apresentação visual.

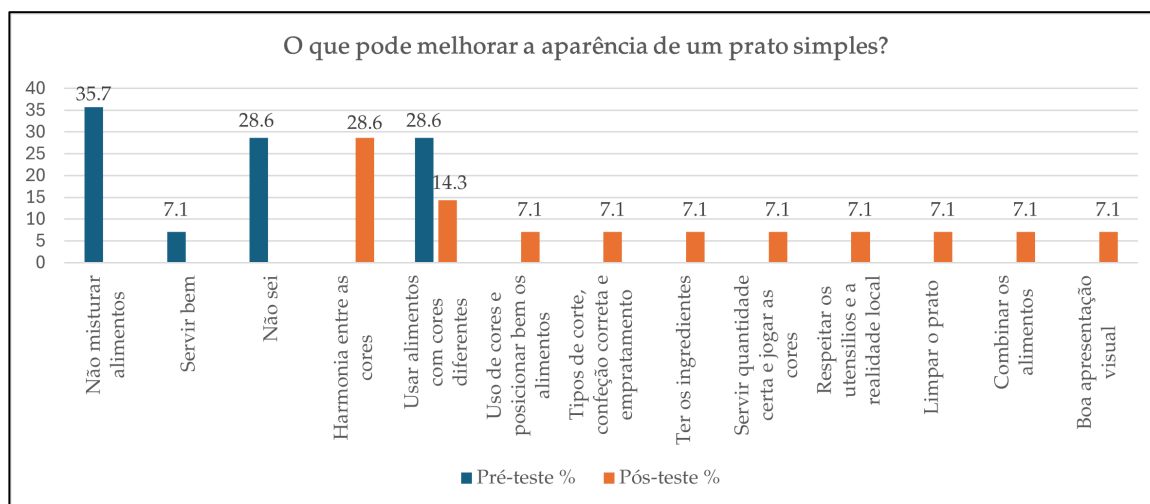


Figura 20 – Gráfico com os resultados, pré e pós-teste, das respostas à pergunta: *“O que pode melhorar a aparência de um prato simples?”*

A comparação entre o pré e o pós-teste, evidencia uma melhoria na compreensão dos fatores que melhoram a aparência de um prato simples. Após a intervenção, os colaboradores reconheceram múltiplos elementos capazes de melhorar a aparência de um prato simples, tais como a harmonia entre cores, equilíbrio visual, tipos de cortes, confeção adequada, limpeza do prato, quantidade correta e respeito pela realidade local. Esta mudança indica que os treinamentos contribuíram para transformar uma percepção intuitiva da apresentação em uma compreensão mais estruturada do empratamento como técnica gastronómica, aplicável mesmo em pratos simples e em contexto hospitalar.

Segundo Spence et al. (2016), a percepção visual constitui o primeiro contato do indivíduo com o alimento, influenciando diretamente no apetite, expectativa de sabor e motivação para comer. Segundo os autores, o fenómeno do *“visual hunger”* explica como estímulos visuais como cores, formas, organização e equilíbrio do prato são capazes de ativar respostas sensoriais e emocionais antes mesmo de se consumir o alimento.

Neste sentido, a diversidade e o aprofundamento das respostas observadas, no pós-teste, evidenciam que os colaboradores passaram a compreender que a melhoria da aparência de um prato simples não depende de ingredientes sofisticados, mas da aplicação consciente de princípios visuais básicos, alinhando-se com a ideia de que *“comemos primeiro com os olhos”*.

Em ambiente hospitalar, onde o apetite pode estar comprometido pela enfermidade, estes elementos assumem uma especial relevância, uma vez que a apresentação visual adequada pode favorecer a aceitação das refeições, estimular a ingestão alimentar, contribuir

para a melhora do quadro clínico e para uma experiência mais humanizada (Spence et al., 2016).

Relativamente ao conhecimento sobre o que os colaboradores entendem como atendimento humanizado, através duma questão aberta no pré-teste, os resultados podem ser observados na **Figura 21**. No pré-teste, 42,9% dos colaboradores associaram o atendimento humanizado a atender com paciência e carinho, 42,9% referiram amor e empatia com o doente, e os restantes 14,3% referiram respeitar o doente.

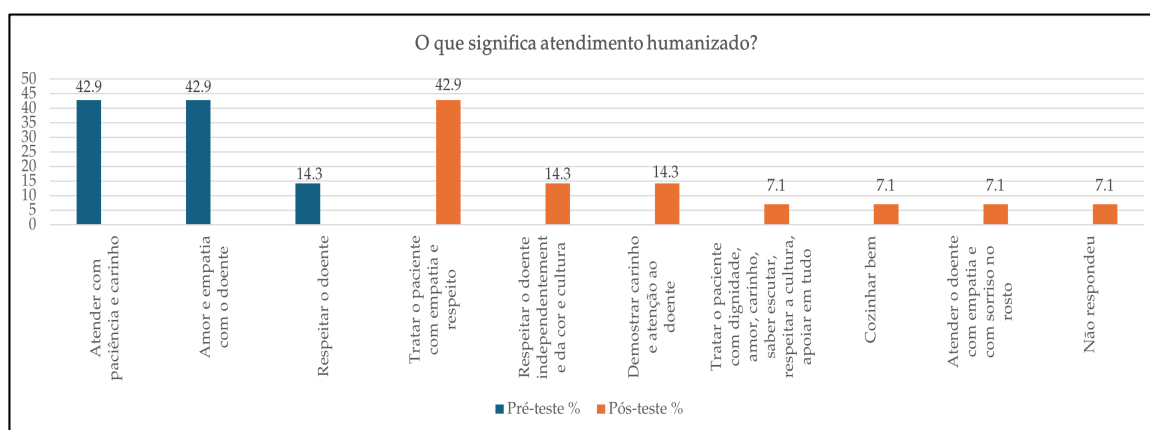


Figura 21 – Gráfico com os resultados, pré e pós-teste, das respostas à pergunta: *“O que significa atendimento humanizado?”*

No pós-teste, verificou-se uma ampliação e maior aprofundamento das respostas, onde 42,9% passaram a definir o atendimento humanizado como tratar o paciente com empatia e respeito, enquanto 14,3% referiram o respeito ao doente independentemente da cor e cultura, outros 14,3% mantiveram o carinho e atenção, 7,1% apresentaram uma definição mais abrangente, incluindo dignidade, escuta, respeito cultural e apoio ao doente, 7,1% referiram atender o doente com empatia e sorriso no rosto, os outros 7,1% associaram o atendimento humanizado a cozinhar bem e os restantes 7,1% não responderam.

Os resultados deste estudo, evidenciam que no pré-teste os colaboradores associavam o atendimento humanizado sobretudo a atitudes afetivas como carinho, amor, paciência e empatia. Porém, essa compreensão inicial mostrava-se limitada. Após a intervenção, observou-se uma evolução qualitativa com a incorporação de elementos como respeito, dignidade, escuta, valorização da cultura, igualdade no atendimento e comunicação positiva, aproximando-se de uma aceção mais ampla do conceito.

Esta evolução encontra consonância com o manual de integração de novos formadores nas instituições de formação em saúde de Moçambique, que define humanização como “tornar humano”, atribuindo condições humanas às ações e atitudes, e reconhecendo o ser humano como único e complexo, devendo ser tratado com respeito, compaixão e consideração pelas suas dimensões biopsicossociais (Ministério da Saúde et al., 2023).

Embora os colaboradores tenham associado o atendimento humanizado às atitudes afetivas e relacionais, em nenhum momento a maioria mencionou aspetos relacionados à gastronomia hospitalar. No entanto, um dado chama atenção, 7,1% associaram o atendimento humanizado a “cozinhar bem”, sugerindo ainda que de forma incipiente, uma compreensão da alimentação como parte do cuidado humanizado. Este resultado, embora pouco elaborado, reforça a compreensão de que a gastronomia atua como instrumento de humanização.

A humanização dentro da gastronomia hospitalar está em uma refeição servida com carinho, em um prato nutricionalmente balanceado, saudável, aliado com a forma harmoniosa com que o alimento é empratado e, em paralelo, às técnicas corretas de cocção que propiciarão cor, sabor e textura adequados ao alimento (Moleiro, 2021; Nakasato et al., 2014).

Relativamente ao que é desejável no atendimento humanizado, todos colaboradores apontaram como sendo ideal falar com respeito e empatia, explicar o que está sendo servido e tratar todos doentes com igualdade. Em contrapartida, os colaboradores identificaram não ser desejável apressar-se para terminar logo com a interação ou evitar o contato visual.

4.2.3 Recriação de receitas da ementa

No diagnóstico inicial, verificou-se a ausência de receitas formalmente escritas e de fichas técnicas associadas às preparações da ementa. A confeção das refeições era realizada sobretudo com base no conhecimento empírico dos cozinheiros, refletindo práticas culinárias habituais no contexto doméstico, considerando que nenhum dos cozinheiros possuía alguma formação técnica em cozinha, fazendo com que os métodos de preparo variassem de acordo com a prática individual de cada colaborador. Esta realidade dificultava a padronização dos procedimentos, a uniformidade das preparações e o controlo rigoroso das quantidades utilizadas.

Apenas alguns alimentos apresentavam quantidades fixas diárias em cru que eram retirados do armazém para cozinha, nomeadamente: a farinha de milho (25 kg), duas caixas de massas correspondente a 40 pacotes de 400 g cada (totalizando 16 kg), feijão manteiga (10 kg), carne e peixe, 15 kg respetivamente.

Elementos como tomate, cebola, e outras hortícolas são retirados de forma aleatória, sem pesagem ou medida definida, o que compromete a padronização das receitas.

Foram recriadas todas as 5 receitas que compunham a ementa do hospital, nomeadamente: feijoada com arroz, guisado de peixe com chima, peixe frito com esparguete, caril de frango com chima e caldeirada de carne com arroz.

As principais alterações incidiram sobre as técnicas de corte, métodos e técnicas de confeção, sequência de uso dos ingredientes, tempo de confeção, uso de ervas aromáticas como louro, salsa e coentros e especiarias locais como manga verde e seca, cominho, *garam*

massala, pimenta preta e paprica doce com o objetivo de intensificar o sabor, sem aumentar o teor de sal ou recorrer a aditivos artificiais.

As receitas recriadas foram elaboradas com medidas exatas para garantir maior consistência, controlo e reprodutibilidade das preparações, independentemente de quem a possa executar.

Os resultados obtidos evidenciam um contributo relevante da intervenção, ao demonstrar que a melhoria da qualidade das refeições hospitalares pode ser alcançada sem necessidade de aumento de custos.

A partir dos mesmos ingredientes já disponíveis no hospital com a aplicação de técnicas culinárias específicas e adequadas foi possível otimizar os atributos sensoriais das refeições como o sabor, aroma, textura e apresentação, sendo ainda sustentadas pelos registos fotográficos que evidenciam diferenças claras na apresentação dos pratos.

Estes resultados, reforçam a importância da capacitação técnica das equipas do SAND, demonstrando que intervenções focadas em formação e reorganização dos processos podem gerar impactos positivos na qualidade das refeições servidas, contribuindo para uma experiência alimentar mais digna, apelativa e potencialmente mais aceitável pelos doentes, sem implicar encargos adicionais para a instituição.

As **Figuras 22 e 23** ilustram o antes e depois do prato de “feijoada com arroz”, e as **Figuras 24 e 25** do “guisado caril de peixe com chima”, respetivamente.



Figura 22 – Feijoada com arroz (antes)



Figura 23 – Feijoada com arroz (depois)



Figura 24 – Guisado de peixe (antes)

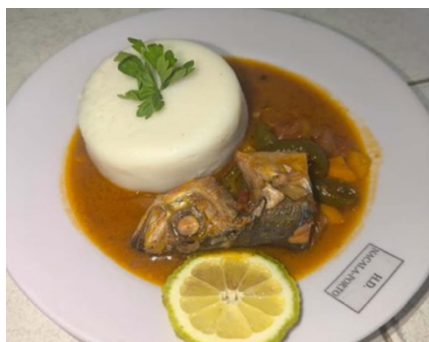


Figura 25 – Caril de peixe (depois)

Na

Tabela 6, observa-se a preparação das receitas de feijoada com arroz, antes e depois do treinamento, e as **Tabelas 7 e 8** representam, respectivamente, a ficha técnica e a tabela nutricional da receita depois do treinamento.

Tabela 6 – Recriação de receitas da ementa do hospital: “Feijoada com arroz”.

Antes (receita original)	Depois (receita recriada)
Feijoada com arroz	Feijoada com arroz
Ingredientes: <u>Para a Feijoada</u> ▪ Feijão ▪ Óleo ▪ Cebola ▪ Repolho ▪ Cenoura ▪ Alho ▪ Tomate ▪ Massa tomate ▪ Mão de vaca (se disponível) ▪ Sal <u>Para o Arroz</u> ▪ Arroz ▪ Óleo ▪ Sal Modo de preparo: Feijoada 1. Lave o feijão, coloque numa panela com água e leve ao lume. Deixe cozinhar, acrescentando água e lume se necessário até que ele esteja cozido. 2. Aqueça o óleo numa panela, coloque a cebola até que esteja bem refogada, adicione o repolho, e misture muito bem. 3. Coloque a cenoura, continue mexendo, depois adicione o alho.	Ingredientes: <u>Para a Feijoada</u> ▪ 1,15 kg de feijão manteiga demolhado por 10 à 12 horas ▪ 2,8 L de água ▪ 1 kg de mão de vaca cortada ▪ 27 g de sal. ▪ 60 ml de óleo vegetal ▪ 200 g de cebola, cortado em meia-lua ▪ 50 g de alho esmagado ▪ 200 g de tomate, cortado em brunoise (cubos pequenos) ▪ 125 g de massa tomate ▪ 1 g de folhas de louro ▪ 200 g de cenoura, cortada em rodela ▪ 100 g folhas de couve rasgada ▪ 150 g de pimento verde, cortado em tiras médias <u>Para o Arroz</u> ▪ 1,1 kg de arroz ▪ 2,2 L de água filtrada ▪ 40 ml de óleo ▪ 10 g de sal Modo de preparo: Feijoada 1. Lave o feijão, coloque numa panela com água suficiente para cobrir os grãos. Leve ao lume, deixe cozinhar, acrescentando água se necessário, até que o feijão esteja macio e completamente cozido.

- Quando estiverem prontos, coloque o tomate e a massa tomate e continue mexendo até que o tomate esteja cozido e esmagado. - Se tiver mão de vaca, adicione na panela depois de ter sido cozida antes porque demora cozer. - De seguida coloque o feijão sem a água e o sal, mexa muito bem e deixe cozer um pouco com os temperos. - Adicione a água e deixe cozer por mais um tempo. - Quando estiver quase a tirar, coloque o pimento. - Assim que estiver tudo pronto retire do lume. Arroz - Para o arroz, numa panela, coloque a água e leve ao lume até ferver. - Lave o arroz e coloque na panela, adicione o sal e vai mexendo para até acabar toda água. - Empurre a panela para a outra chapa quente do fogão, mas sem fogo. - Coloque o óleo por cima e deixe, tape a panela e deixe abafar.	- Numa outra panela, coloque a mão de vaca com água até cobrir e sal. Leve ao lume alto. Cozinhe, acrescentando água conforme necessário, até que a carne fique macia e completamente cozida. - Numa outra panela, aqueça o óleo em lume médio, refogue a cebola e o alho, até alourarem ligeiramente. Acrescente o tomate, a massa tomate e folha de louro, misturando bem. Cozinhe até que o tomate se desfça e o molho comece a apurar por mais ou menos 2 a 3 minutos, mexendo ocasionalmente. - Adicione a mão de vaca, sem a água de cozedura e deixe apurar por mais ou menos 2 a 3 minutos, mexendo ocasionalmente. - Adicione a cenoura, o feijão escorrido, a água de cozedura da mão de vaca e água quente suficiente para o molho. Quando levantar a fervura, prove o sal, e se necessário retifique, deixe cozinhar por mais ou menos 15 minutos em fogo médio. - Coloque a couve e o pimento, envolva muito bem, tape a panela e deixe apurar por mais 5 minutos. Retire do lume e reserve. Arroz - Para cozinhar o arroz, coloque no fogo uma panela com 4 litros de água, até que esta ferva. - Lave o arroz com água corrente, coloque-o na panela com água a ferver e reduza o lume para médio. Adicione o sal e mexa com uma colher de pau, para evitar que cole no fundo da panela. Deixe cozer com a panela tapada, mexendo de vez em quando. - Assim que a água da cozedura, tiver sido quase completamente absorvida, adicione o óleo e envolva bem. Tape a panela e deixe a abafar em lume muito brando, até o arroz terminar de cozinhar. - Retire a panela do lume e reserve o preparo. Empratamento: Molde a chima com um copo ou tigelinha, desenforme no prato, na posição 10 – 12 horas do relógio. Distribua a feijoada lateralmente no sentido 2 – 3 horas com uma concha e coloque a mão de vaca no sentido 6 horas do relógio. Finalize com uma folha de salsa ou coentro no centro do arroz ou chima.
---	---

Tabela 7 – Ficha técnica da receita de: “Feijoada com arroz”.

Ficha Técnica								
	Nome da Receita	Feijoada com arroz branco						
	Referência / Tipo	Principais (feijão)		Setor	Cozinha Quente		Data:	18.07.2025
INGREDIENTES		Peso Bruto [PB]	Unidade de Medida	Fator de Correção [FC]	Peso Líquido [PL]	Participação na Receita (%)	Custo Unitário (MZN)	Custo Total (MZN)
Feijão manteiga demolhalho por 10 à 12 horas		1.150	kg	2.87	3.300	32.34%	MZN 110.00	MZN 126.50
Água		5.000	L	1.00	5.000	49.00%	MZN -	MZN -
Mão de vaca, cortada		1.000	kg	1.33	0.750	7.35%	MZN 129.00	MZN 129.00
Sal, marinho		0.037	kg	1.00	0.037	0.36%	MZN 40.00	MZN 1.48
Óleo vegetal		0.100	L	1.00	0.100	0.98%	MZN 175.00	MZN 17.50
Cebola, cortada em meia-lua		0.224	kg	1.12	0.200	1.96%	MZN 40.00	MZN 8.96
Alho, esmagado		0.050	kg	1.20	0.042	0.41%	MZN 250.00	MZN 12.50
Tomate, cortado em brunoise (cubos pequenos)		0.220	kg	1.10	0.200	1.96%	MZN 50.00	MZN 11.00
Massa tomate		0.125	kg	1.00	0.125	1.22%	MZN 50.00	MZN 6.25
Louro, em folhas		0.001	kg	1.00	0.001	0.01%	MZN 50.00	MZN 0.05
Cenoura, cotada em rodelas		0.240	kg	1.20	0.200	1.96%	MZN 60.00	MZN 14.40
Couve, folhas rasgadas		0.105	kg	1.05	0.100	0.98%	MZN 20.00	MZN 2.10
Pimento verde, cortado em tiras médias		0.173	kg	1.15	0.150	1.47%	MZN 50.00	MZN 8.65
Arroz agulha		1.10	kg	1.00	2.200	21.56%	MZN 85.00	MZN 93.50
Rendimento	7.48	9.525	Índice de Conversão	0.60	12.405	100.00%	Custo da Receita	MZN 431.89
Pré-Preparo:								
1.	Organize e garanta que o espaço onde vai trabalhar esteja limpo.							
2.	Leia a receita para saber quais ingredientes usar, quantidades, utensílios e as etapas do processo de confeção.							
3.	Faça o <i>mise en place</i> de todos os utensílios e ingredientes que irá usar.							
Modo de Preparo:								
1.	Lave o feijão, coloque numa panela com água suficiente para cobrir os grãos. Leve ao lume, deixe cozinhar, acrescentando água se necessário, até que o feijão fique macio e completamente cozido							
2.	Numa outra panela, coloque a mão de vaca com água até cobrir e sal e leve ao lume alto. Cozinhe, acrescentando água conforme necessário, até que a carne fique macia e completamente cozida.							
3.	Numa outra panela, aqueça o óleo em lume médio, refogue a cebola e o alho, até alourarem ligeiramente. Acrescente o tomate, a massa tomate e a folha de louro, misturando bem. Cozinhe até que o tomate se desfaça e o molho comece a apurar.							
4.	Adicione a mão de vaca, sem a água de cozedura, e deixe apurar por mais ou menos 2 a 3 minutos, mexendo ocasionalmente.							
5.	Adicione a cenoura, o feijão escorrido, a água de cozedura da mão de vaca e água quente suficiente para o molho. Quando levantar fervura, prove o sal, e se necessário retifique, deixe cozinhar por mais ou menos 15 minutos em fogo médio.							
6.	Coloque a couve e o pimento, envolva muito bem, tape a panela e deixe apurar por mais 5 minutos. Retire do lume e reserve.							
7.	Para cozinhar o arroz, leve ao lume alto uma panela com 2,2 litros de água, até que esta ferva							
8.	Lave o arroz com água corrente, coloque-o na panela com água a ferver e reduza o lume para médio. Adicione o sal e mexa com uma colher de pau, para evitar que cole no fundo da panela. Deixe cozer com a panela tapada, mexendo de vez em quando.							
9.	Assim que a água da cozedura tiver sido quase completamente absorvida, adicione o óleo e envolva bem. Tape a panela e deixe a abafar em lume muito brando, até o arroz terminar de cozinhar.							
10.	Retire a panela do lume e reserve o preparo.							
Finalização:								
1.	Molde o arroz ou chima com um copo ou tigelinha, desenforme no prato, na posição 10 – 12 horas do relógio.							
2.	Distribua a feijoada lateralmente no sentido 2 – 3 horas com uma concha e coloque a mão de vaca no sentido 6 horas do relógio.							
3.	Finalize com uma folha de salsa ou coentro no centro do arroz ou chima.							
FORMAÇÃO DE PREÇOS	Número de Porções	22	Custo da Mercadoria Vendida [CMV] (MZN)	MZN 19.63	Mark-up multiplicador	1.00		
	Peso das Porções (kg)	0.340	Preço de Venda (MZN)	MZN 19.63				

A “feijoada com arroz” (**Tabela 8**) apresenta, por porção (340 g), um valor energético de 342,2 kcal (17% VD), enquadrando-se como uma preparação de densidade energética moderada.

Em termos de macronutrientes, observa-se um perfil glicídico expressivo (52,8 g de hidratos de carbono; 20% VD), associado principalmente à presença do arroz e do feijão, que funcionam como principais fontes energéticas do prato.

O teor proteico é significativo (14,2 g; 28% VD), proveniente sobretudo do feijão e da mão de vaca, contribuindo para a saciedade e para o equilíbrio nutricional da refeição.

Destaca-se ainda o elevado teor de fibra (16,0 g), indicador de boa qualidade nutricional, com potencial benefício para a regulação gastrointestinal e metabólica, bem como para o aumento da sensação de saciedade.

O teor de lípidos totais apresenta-se relativamente moderado (8,5 g; 12% VD), enquanto o colesterol é baixo (11,3 mg; 4% VD), sugerindo uma preparação menos rica em gordura de origem animal quando comparada com versões tradicionais de feijoada.

De forma global, o perfil nutricional evidencia uma refeição equilibrada, com destaque para o aporte de fibra e hidratos de carbono complexos, adequada como fonte energética sustentada no contexto alimentar hospitalar.

Tabela 8 – Tabela nutricional de: “Feijoada com arroz”.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL			
Nutrientes	por 100 g	por porção (340 g)	% VD (*)
Energia (Kcal)	101,6	342,2	17%
Lípidos totais (g)	2,5	8,5	12%
Colesterol (mg)	3,3	11,3	4%
Hidratos de carbono (g)	15,7	52,8	20%
Fibra (g)	4,7	16,0	*****
Proteínas (g)	4,2	14,2	28%
Sal (g)	0,58	1,96	33%

(*) Valores Diários de referência com base em uma dieta de 2.000 kcal ou 8400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas

Na **Tabela 9**, observa-se a descrição das receitas de “caril de peixe com chima”, antes e depois do treinamento, e as **Tabelas 10 e 11** representam, respetivamente, a ficha técnica e a tabela nutricional da receita depois do treinamento.

Tabela 9 – Recriação de receitas da ementa do hospital: “Guisado / Caril de peixe carapau com chima”.

Antes (receita original)	Depois (receita recriada)
Guisado de peixe com chima	Caril de peixe com chima
Ingredientes: <u>Para o Guisado de Peixe</u> ▪ Peixe carapau ▪ Alho ▪ Sal ▪ Vinagre ▪ Óleo ▪ Farinha de trigo ▪ Cebola ▪ Cenoura ▪ Tomate ▪ Massa tomate <u>Para a Chima</u> ▪ Farinha de milho Modo de preparo Caril de peixe 1. Descongele o peixe, escame e reserve. 2. Descasque o alho, pile com sal e tempere o peixe, adicione também o vinagre. Misture muito bem e deixe descansar. 3. Leve uma frigideira ao lume, coloque o óleo até aquecer. 4. Empane o peixe no trigo e coloque na frigideira para fritar. Assim que estiver frito nos dois lados, retire do óleo, escorra e reserve. 5. Leve uma panela ao lume, coloque óleo suficiente para o molho.	Ingredientes <u>Para o Caril de Peixe</u> ▪ 1,5 kg de peixe carapau limpo e cortado em postas maiores ▪ 50 g de alho esmagado ▪ 50 ml de vinagre ▪ 20 g de sal ▪ 5 g de paprica doce ▪ 5 g de pimenta preta em pó ▪ 5 g de cominho em pó ▪ 5 g de garam massala em pó ▪ 50 ml de óleo vegetal ▪ 200 g de cebola, cortada em meia-lua ▪ 200 g de tomate, cortado em juliana (tiras finas) ▪ 125 g de massa tomate ▪ 1 g de folhas de louro ▪ 1.5 L de água ▪ 150 g de cenoura em paisana <u>Para a Chima</u> ▪ 750 g de farinha de milho ▪ 1.5 L de água. Modo de preparo Caril de peixe 1. Numa bacia, tempere o peixe com o alho (mais que a metade), vinagre, sal, especiarias (exceto a folha de louro) e reserve. 2. Aqueça o óleo numa panela em lume médio, adicione a cebola, o alho restante e refogue, de seguida adicione o tomate, massa tomate e a folha de louro, deixe cozinhar até que o tomate esteja desfeito. 3. Adicione mais ou menos 1 a 1,5 litros de água para o molho e deixe ferver por mais ou menos 10 minutos.

6. Assim que o óleo estiver quente, coloque a cebola, refogue até que esteja cozida.
7. Adicione a cenoura, o tomate e a massa de tomate, continue mexendo até que o tomate esteja cozido e esmagado.
8. Assim que estiver pronto retire do lume.

Chima

1. Numa outra panela, coloque água e leve ao lume.
2. Assim que levantar fervura, coloque uma parte da farinha suficiente para fazer a papa no balde, dissolva com água fria e despeje na panela, mexendo para não formar grumos.
3. Mexa sempre até formar uma papa e deixe cozer.
4. Coloque o restante da farinha e masse a chima.
5. Quando estiver cozida, molhe a concha numa bacia com água e tire a chima em bolas.

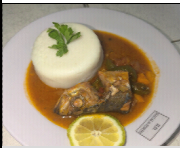
4. Reduza o fogo para médio, adicione a cenoura, depois o peixe, pedaço por pedaço, tape a panela e deixe cozinhar por mais ou menos 20 minutos.
5. Faça movimentos delicados com uma colher de pau para não esmagar o peixe. Prove o sal, se necessário retifique.
6. Acrescente o pimento 5 minutos antes de retirar do lume.
7. Assim que o molho estiver com uma consistência mais ou menos densa, retire do lume e reserve.

Chima

1. Leve ao lume alto uma panela com 1,5 litros de água até ferver.
2. Numa tigela, disperse 200 g de farinha com água suficiente, juntando-a aos poucos até obter uma mistura lisa e sem grumos. Deite essa mistura em fio na água a ferver, mexendo de forma contínua, para evitar a formação de grumos. Assim que voltar a ferver, reduza o lume para médio.
3. Continue a mexer até voltar a levantar fervura. Deixe cozinhar e mexa de vez em quando, até formar uma papa consistente e bem cozida.
4. Adicione pouco a pouco a restante farinha, enquanto mexe com a colher de pau até que se forme uma massa. Continue mexendo fazendo movimentos de remo, durante mais ou menos 7 a 10 minutos.
5. Coloque em lume brando, tape a panela e deixe abafar por 3 minutos, depois volte a mexer por mais ou menos 2 minutos. Repita este processo e a 3 vezes.
6. Sirva moldando com uma tigelinha redonda, passada em uma bacia com água e óleo e desenforme num recipiente, de preferência no prato onde será servido.

Empratamento: Molde a chima com um copo ou tigelinha, desenforme no prato, na posição 10 – 12 horas do relógio. Coloque o peixe na zona inferior com o respetivo molho, no sentido 6 horas. Finalize com uma folha de salsa ou coentro no centro do arroz ou chima.

Tabela 10 – Ficha técnica da receita de: “Caril de peixe carapau com chima”.

Ficha Técnica									
	Nome da Receita		Caril de peixe carapau com chima						
	Referência / Tipo		Principais (Peixe)		Setor	Cozinha Quente		Data:	18.07.2025
INGREDIENTES			Peso Bruto [PB]	Unidade de Medida	Fator de Correção [FC]	Peso Líquido [PL]	Participação na Receita (%)	Custo Unitário (MZN)	Custo Total (MZN)
Carapau limpo, cortado ao meio na horizontal			2.000	kg	0.75	1.500	24.71%	MZN 225.00	MZN 450.00
Alho, esmagado			0.060	kg	1.20	0.050	0.82%	MZN 250.00	MZN 15.00
Vinagre, de vinho branco			0.050	L	1.00	0.050	0.82%	MZN 140.00	MZN 7.00
Sal, marinho			0.020	kg	1.00	0.020	0.33%	MZN 40.00	MZN 0.80
Paprica, doce			0.005	kg	1.00	0.005	0.08%	MZN 50.00	MZN 0.25
Pimenta preta, em pó			0.005	kg	1.00	0.005	0.08%	MZN 50.00	MZN 0.25
Cominho, em pó			0.005	kg	1.00	0.005	0.08%	MZN 50.00	MZN 0.25
Garam massala, em pó			0.005	kg	1.00	0.005	0.08%	MZN 50.00	MZN 0.25
Óleo vegetal			0.050	L	1.00	0.050	0.82%	MZN 175.00	MZN 8.75
Cebola, cortada em meia lua			0.224	kg	1.12	0.200	3.29%	MZN 40.00	MZN 8.96
Tomate, cortado em juliana (tiras finas)			0.220	kg	1.10	0.200	3.29%	MZN 50.00	MZN 11.00
Massa de tomate			0.125	kg	1.00	0.125	2.06%	MZN 50.00	MZN 6.25
Louro, em folhas			0.001	kg	1.00	0.001	0.02%	MZN 50.00	MZN 0.05
Cenoura, cortada em paisana (fatias irregulares)			0.150	kg	0.70	0.105	1.73%	MZN 60.00	MZN 9.00
Água			3.000	L	1.00	3.000	49.42%	MZN -	MZN -
Farinha de milho			0.750	kg	1.00	0.750	12.35%	MZN 75.00	MZN 56.25
Rendimento		4.05	6.670	Índice de Conversão	0.67	6.071	100.00%	Custo da Receita	MZN 574.06
Pré-Preparo:									
1.		Organize e garanta que o espaço onde irá trabalhar esteja limpo.							
2.		Leia a receita para saber quais ingredientes usar, quantidades, utensílios e as etapas de confeção							
3.		Faça o <i>mise en place</i> de todos os utensílios e ingredientes que irá usar							
Modo de Preparo:									
1.		Numa bacia, tempere o peixe com ¼ do alho (mais que a metade), vinagre, sal, especiarias (exceto a folha de louro) e reserve.							
2.		Aqueça o óleo numa panela em lume médio, adicione a cebola, o alho restante e refogue, de seguida adicione o tomate, massa de tomate e a folha de louro, deixe cozinhar até que o tomate esteja desfeito.							
3.		Adicione mais ou menos 1 a 1,5 litros de água para o molho e deixe ferver em fogo alto por mais ou menos 10 minutos.							
4.		Reduza o fogo para médio, adicione a cenoura, depois o peixe, pedaço por pedaço, tape a panela e deixe cozinhar por mais ou menos 20 minutos.							
5.		Faça movimentos delicados com uma colher de pau para não esmagar o peixe. Prove o sal, se necessário retifique.							
6.		Acrescente o pimento 5 minutos antes de retirar a panela do lume.							
7.		Assim que o molho estiver com uma consistência mais ou menos densa, retire do lume e reserve.							
8.		Para chima, leve ao lume alto uma panela com mais ou menos 1,5 litros de água até ferver.							
9.		Numa tigela, disperse 200 g da farinha em água suficiente, juntando-a aos poucos, até obter uma mistura lisa e sem grumos. Deite essa mistura em fio na água a ferver, mexendo energeticamente e de forma contínua, para evitar a formação de grumos. Assim que voltar a ferver, reduza o lume para médio.							
10.		Continue a mexer até voltar a levantar fervura. Deixe cozinhar e mexa de vez em quando, até formar uma papa consistente e bem cozida.							
11.		Adicione pouco a pouco a restante farinha, enquanto mexe com a colher de pau até que se forme uma massa. Continue mexendo fazendo movimentos de remo, durante mais ou menos 7 a 10 minutos.							
12.		Coloque em lume brando, tape a panela e deixe abafar por 3 minutos, depois volte a mexer por mais ou menos 2 minutos. Repita este processo.							
Finalização:									
1.		Molde o arroz ou chima com um copo ou tigelinha, desenforme no prato, na posição 10 – 12 horas do relógio.							
2.		Coloque o peixe na zona inferior com o respetivo molho, no sentido 6 horas.							
3.		No cantinho do prato coloque uma rodela de limão (opcional)							
FORMAÇÃO DE PREÇOS	Número de Porções	15	Custo da Mercadoria Vendida [CMV] (Mt)	MZN 38.27	Mark-up multiplicador		1.00		
	Peso das Porções (kg)	0.270	Preço de Venda (Mt)	MZN 38.27					

O “caril de peixe carapau com chima” (**Tabela 11**) apresenta por porção (270 g), um valor energético de 307,1 kcal (15% VD), caracterizando-se como uma refeição de densidade energética moderada.

Do ponto de vista dos macronutrientes, destaca-se o elevado teor proteico (25,9 g; 52% VD), atribuível sobretudo ao carapau, sugerindo bom potencial de saciedade e adequação como prato principal

O teor de lípidos totais é relativamente baixo (6,4 g; 9% VD), refletindo uma preparação pouco gordurosa. Adicionalmente, a gordura naturalmente presente no carapau é predominantemente insaturada, incluindo ácidos gordos ómega-3, associados a benefícios cardiometabólicos e a um perfil lipídico mais favorável.

Os hidratos de carbono apresentam valores moderados (37,1 g; 14% VD), resultantes sobretudo da chima (farinha de milho), desempenhando um papel relevante como fonte energética complementar à componente proteica do prato.

O teor de fibra alimentar é modesto (3,7 g), proveniente sobretudo das hortícolas utilizadas (cenoura, tomate e cebola), sugerindo potencial melhoria através do aumento da variedade ou quantidade de vegetais.

Relativamente ao colesterol, observa-se um valor de 54,0 mg (18% VD), associado ao peixe sendo este de boa qualidade (HDL).

Tabela 11 – Tabela nutricional de: “Caril de peixe carapau com chima”.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL			
Nutrientes	por 100 g	por porção (270 g)	% VD (*)
Energia (Kcal)	113,8	307,1	15%
Lípidos totais (g)	2,4	6,4	9%
Colesterol (mg)	20,0	54,0	18%
Hidratos de carbono (g)	13,7	37,1	14%
Fibra (g)	1,4	3,7	*****
Proteínas (g)	9,6	25,9	52%
Sal (g)	0,62	1,69	28%

(*) Valores Diários de referência com base em uma dieta de 2.000 kcal ou 8400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas

4.2.4 Criação de receitas e fichas técnicas para o manual de receitas

Foram criadas 14 receitas, sendo 7 refeições de dieta geral sólida (**Tabela 12**), 3 modificadas na textura, 1 creme e 3 sopas (**Tabela 13**), que podem ser observadas a seguir:

Tabela 12 – Criação de pratos de dieta geral sólida para o manual de receitas.

Dieta Geral Sólida		
Nome do prato	Caraterísticas	Imagem
1. Matapa de mandioca e peixe grelhado com arroz ou chima	Prato tradicional e completo, fornece fibras, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas e minerais com destaque para o ferro.	
2. Folhas de batata-doce e peixe grelhado com chima	Prato tradicional e completo, fornece fibras, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas e minerais com destaque para o ferro.	
3. Caril de frango com amendoim com arroz ou chima	Fornecer proteínas mais saudáveis, hidratos de carbono e lípidos. Valoriza o uso de especiarias locais e da manga seca que confere um sabor diferenciado.	
4. Mole-mole e peixe grelhado com chima ou arroz	Prato tradicional e completo, fornece proteínas de origem vegetal e animal, hidratos de carbono, lípidos, fibras, vitaminas e minerais com destaque para o ferro.	

Nome do prato	Caraterísticas	Imagem
5. Guisado de carne com Puré de batata	Prato completo, fornece proteínas de alto valor biológico, hidratos de carbono, lípidos, assim como vitaminas e minerais.	
6. Guisado de carne com arroz ou chima	Prato completo, fornece proteínas de alto valor biológico, hidratos de carbono, lípidos, assim como vitaminas e minerais.	
7. Batata cozida com legumes salteados e ovo cozido	Prato completo e equilibrado, fornece proteína de alto valor biológico, hidratos de carbono, lípidos, fibra, vitaminas e minerais.	

Tabela 13 – Criação de pratos de dieta modificada na textura e creme e sopas para o manual de receitas.

Dieta Modificada na Textura		
Nome da receita	Caraterísticas	Imagem
8. Puré de mole, peixe e arroz	Textura modificada, resultante da trituração de mole-mole, peixe e arroz, nutricionalmente equilibrada, ideal para disfagia ligeira à moderada.	

9. Puré de matapa de mandioca, peixe e arroz	Textura modificada, resultante da trituração de matapa, peixe e arroz, nutricionalmente equilibrada, ideal para disfagia ligeira a moderada.	
Creme e Sopas		
10. Creme de abobora	Textura cremosa, lisa e homogênea, fornece hidratos de carbono, lípidos, vitaminas e minerais, ideal para disfagia ligeira a moderada.	
11. Sopa de feijão	Preparação de consistência semilíquida, fornece proteínas, hidratos de carbono, fibras, vitaminas e minerais, ideal para disfagia ligeira a moderada.	
12. Sopa de batata-doce	Preparação de consistência semilíquida, fornece hidratos de carbono, fibras, vitaminas e minerais, ideal para disfagia ligeira a moderada.	
13. Sopa de mandioca com ovo	Preparação de consistência semilíquida, fornece proteína de alto valor biológico, hidratos de carbono, fibras, vitaminas e minerais.	

Na **Tabela 14** observa-se a descrição da nova receita de “caril de frango com amendoim e arroz” e as **Tabelas 15 e 16** representam, respetivamente, a ficha técnica e a tabela nutricional da receita elaborada.

Tabela 14 – Nova receita para o manual: “Caril de frango com amendoim e arroz”.

Nova receita para o manual	
Caril de frango com amendoim e arroz	
Ingredientes: <u>Para Caril de Frango com amendoim</u> ▪ 2 kg de frango cortado em pedaços ▪ 50 g de alho pilado ▪ 3 g de pimenta preta, em pó. ▪ 15 g de sal. ▪ 2 L de leite de coco caseiro ▪ 60 g de amendoim pilado ▪ 100 g de cebola, cortada em meia-lua ▪ 150 g de tomate, cortado em cubos médios ▪ 30 de manga seca <u>Para o Arroz</u> ▪ 800 g de Arroz ▪ 40 ml de óleo ▪ 6 g de sal Modo de preparo: Caril de frango com amendoim 1. Numa panela, coloque o frango e tempere com o alho, pimenta preta e sal. 2. Leve o frango ao lume médio com a panela tapada sem adicionar água ou gordura, deixando cozinhar no próprio suco para absorver bem os temperos. Em seguida, retire do lume e reserve. 3. Triture o amendoim com um liquidificador, adicione água suficiente para fazer um creme homogéneo. Deite numa panela, acrescente o leite de coco e deixe cozinhar por mais ou menos 20 minutos em lume médio, mexendo sempre. 4. Adicione a cebola, o tomate e a manga seca, misture e deixe cozer por mais ou menos 20 a 30 minutos. 5. Adicione o frango, deixe cozer por mais 20 a 30 minutos. Prove o sal, e se necessário retifique.	

6. Retire do lume e reserve.

Arroz

1. Para cozinhar o arroz, coloque no fogo uma panela com 4 litros de água, até que esta ferva.
2. Lave o arroz com água corrente, coloque-o na panela com água a ferver e reduza o lume para médio. Adicione o sal e mexa com uma colher de pau, para evitar que cole no fundo da panela. Deixe cozer com a panela tapada, mexendo de vez em quando.
3. Assim que a água da cozedura, tiver sido quase completamente absorvida, adicione o óleo e envolva bem. Tape a panela e deixe a abafar em lume muito brando, até o arroz terminar de cozinhar.
4. Retire a panela do lume e reserve o preparo.

Empratamento: Molde o arroz com um copo ou tigelinha, desenforme no prato, na posição 10 – 12 horas do relógio. Distribua o frango no sentido 6 horas com o respetivo molho e um pedaço da manga seca (opcional). Finalize com uma folha de salsa ou coentro no centro do arroz ou chima.

Tabela 15 – Ficha técnica da receita de: “Caril de frango com amendoim e arroz”.

Ficha Técnica								
	Nome da Receita	Caril de frango de amendoim com arroz						
	Referência / Tipo	Principais (Frango)	Setor	SAND	Data:	13.08.2025		
INGREDIENTES		Peso Bruto [PB]	Unidade de Medida	Fator de Correção [FC]	Peso Líquido [PL]	Participação na Receita (%)	Custo Unitário (MZN)	Custo Total (MZN)
Frango, cortado em pedaços		3.400	kg	1.70	2.000	37.92%	MZN 300.00	MZN 1,020.00
Alho, esmagado		0.050	kg	1.00	0.050	0.95%	MZN 250.00	MZN 12.50
Pimenta preta, em pó		0.003	kg	1.00	0.003	0.06%	MZN 50.00	MZN 0.15
Sal		0.021	kg	1.00	0.021	0.40%	MZN 40.00	MZN 0.84
Leite de coco, caseiro		2.000	L	1.00	2.000	37.92%	MZN 40.00	MZN 80.00
Amendoim, pilado		0.060	kg	1.00	0.060	1.14%	MZN 125.00	MZN 7.50
Cebola, cortada em meia-lua		0.150	kg	1.50	0.100	1.90%	MZN 40.00	MZN 6.00
Tomate, cortado em cubos médios		0.165	kg	1.10	0.150	2.84%	MZN 50.00	MZN 8.25
Manga seca		0.030	kg	1.00	0.030	0.57%	MZN 10.00	MZN 0.30
Arroz agulha		0.800	kg	1.00	0.800	15.17%	MZN 85.00	MZN 68.00
Óleo vegetal		0.040	L	1.00	0.040	0.76%	MZN 175.00	MZN 7.00
Coentro ou salsa, finamente fatiados		0.020	kg	1.00	0.020	0.38%	MZN 10.00	MZN 0.20
Rendimento	4.48	6.739	Índice de Conversão	0.85	5.274	100.00%	Custo da Receita	MZN 1,210.74
Pré-Preparo:								
1. Organize e garanta que o espaço onde vai trabalhar esteja limpo.								
2. Leia a receita para saber quais ingredientes usar, quantidades, utensílios e as etapas do processo de confecção.								
3. Faça o <i>mise en place</i> de todos os utensílios e ingredientes que irá usar.								
Modo de Preparo:								
1. Numa panela, coloque o frango e tempere com alho, pimenta preta e sal.								
2. Leve o frango ao lume médio com a panela tapada, sem adicionar água ou gordura, deixando cozinhar no próprio suco para absorver bem os temperos. Em seguida, retire do lume e reserve.								
3. Triture o amendoim com um liquidificador ou varinha mágica, adicione água suficiente para fazer um creme homogêneo. Deite numa panela, acrescente o leite de coco e deixe cozinhar por mais ou menos 30 minutos em lume médio-baixo, mexendo sempre.								
4. Adicione a cebola, o tomate e a manga seca, misture muito bem e deixe cozer por mais 30 minutos.								
5. Adicione o frango, deixe cozer por mais 20 a 30 minutos. Prove o sal, e se necessário retifique.								
6. Retire do lume e reserve.								
7. Para cozinhar o arroz, leve ao lume alto uma panela com 4 litros de água, até que esta ferva.								
8. Lave o arroz com água corrente, coloque-o na panela com água a ferver e reduza o lume para médio. Adicione o sal e mexa com uma colher de pau, para evitar que cole no fundo da panela. Deixe cozer com a panela tapada, mexendo de vez em quando.								
9. Assim que a água da cozedura tiver sido quase completamente absorvida, adicione o óleo e envolva bem. Tape a panela e deixe a abafar em lume médio.								
10. Retire a panela do lume e reserve o preparo.								
Finalização:								
1. Molde o arroz ou chima com um copo ou tigelinha, desenforme no prato, na posição 10 – 12 horas do relógio.								
2. Distribua o frango no sentido 6 horas com o respetivo molho e um pedaço da manga seca (opcional).								
3. Finalize com uma folha de salsa ou coentro no centro do arroz ou chima.								
FORMAÇÃO DE PREÇOS	Número de Porções	16	Custo do prato[CP] (MZN)		MZN 75.67	Mark-up multiplicador	1.00	
	Peso das Porções (kg)	0.280	Preço de Venda (MZN)		MZN 75.67			

O “caril de frango com amendoim e arroz” (**Tabela 16**) apresenta, por porção (280 g), um valor energético de 487,9 kcal (24% VD), enquadrando-se como uma preparação de densidade energética moderada a elevada.

Do ponto de vista dos macronutrientes, destaca-se o elevado teor proteico (24,7 g; 49% VD), maioritariamente proveniente do frango e, em menor proporção, do amendoim, contribuindo para a saciedade e para um aporte proteico significativo na refeição.

O teor de lípidos totais é elevado (28,3 g; 40% VD), refletindo a utilização de leite de coco e amendoim, ingredientes que conferem maior densidade energética e influenciam o perfil lipídico do prato.

Os hidratos de carbono apresentam valores moderados (32,3 g; 12% VD), associados sobretudo ao arroz, funcionando como fonte energética complementar à componente proteica e lipídica.

O teor de fibra alimentar é relativamente baixo (2,4 g), sugerindo potencial melhoria nutricional através do aumento da quantidade ou diversidade de hortícolas e leguminosas na preparação ou no acompanhamento.

Relativamente ao colesterol, observa-se um valor de 106,0 mg (35% VD), compatível com a fração animal da receita.

De forma global, o perfil nutricional evidencia uma preparação mais energética e rica em lípidos, com bom aporte proteico, podendo beneficiar de estratégias de equilíbrio nutricional que promovam maior teor de fibra alimentar, bem como da eventual utilização isolada de apenas um dos ingredientes lipídicos (amendoim ou leite de coco) de modo a reduzir o teor total de gordura da preparação sem comprometer significativamente as suas características sensoriais.

Tabela 16 – Tabela nutricional da receita de: “Caril de frango com amendoim e arroz”.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL			
Nutrientes	por 100 g	por porção (280 g)	% VD (*)
Energia (Kcal)	182,6	467,1	24%
Lípidos totais (g)	10,6	28,3	40%
Colesterol (mg)	39,7	106,0	35%
Hidratos de carbono (g)	12,1	32,3	12%
Fibra (g)	0,9	2,4	*****
Proteínas (g)	9,2	24,7	49%
Sal (g)	0,58	1,54	26%

(*) Valores Diários de referência com base em uma dieta de 2.000 kcal ou 8400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas

Na **Tabela 17** observa-se a descrição da nova receita de caril de amendoim com arroz e as **Tabelas 18 e 19** representam, respetivamente, a ficha técnica e a tabela nutricional da receita elaborada.

Tabela 17 – Nova receita para o manual: “Sopa de mandioca com ovo”.

Nova receita para o manual	
Sopa de mandioca com ovo	
Ingredientes ▪ 2 L de água ▪ 700 g de mandioca sem casca ▪ 100 g de cebola, cortada em meia-lua ▪ 100 g de tomate, cortado em paisana ▪ 25 ml de óleo vegetal ▪ 4 ovos médios ▪ 16 g de sal Modo de preparo: 1. Numa panela, coloque a mandioca, água e sal e leve ao lume até que ela esteja completamente cozida, macia e a desfazer-se. 2. Retire do lume, e triture com uma varinha mágica ou no liquidificador com a água da cozedura, inclusive a de cozedura também para formar um líquido mais ou menos espesso. 3. Leve ao lume, assim que levantar fervura, coloque a cebola, o tomate e o óleo e deixe cozinhar por mais ou menos 20 minutos. 4. Prove o sal, se necessário retifique. 5. Numa tigela à parte misture os ovos com auxílio de um garfo e coloque em fio na panela contendo a sopa, mexendo continuamente. 6. Deixe cozinhar por mais ou menos 5 minutos e retire do lume. Empratamento: Sirva a sopa em uma taça ou prato fundo e finalize com uma folha de salsa ou coentro ao centro.	

Tabela 18 – Ficha técnica da receita de: “Sopa de mandioca com ovo”.

FichaTécnica									
	Nome da Receita	Sopa de mandioca com ovo							
	Referência / Tipo	Principais (Mandioca)		Setor	Cozinha Quente		Data:	13. 08.2025	
INGREDIENTES		Peso Bruto [PB]	Unidade de Medida	Fator de Correção [FC]	Peso Líquido [PL]	Participação na Receita (%)	Custo Unitário (MZN)	Custo Total (MZN)	
Água		3.000	kg	1.00	3.000	72.51%	MZN -	MZN -	
Mandioca, limpa e sem casca		0.945	kg	1.35	0.700	16.92%	MZN 100.00	MZN 94.50	
Cebola, cortada em meia lua		0.112	kg	1.12	0.100	2.42%	MZN 40.00	MZN 4.48	
Tomate, cortado em paisana		0.110	kg	1.10	0.100	2.42%	MZN 50.00	MZN 5.50	
Óleo vegetal		0.025	L	1.00	0.025	0.60%	MZN 175.00	MZN 4.38	
Ovo, de galinha		0.220	kg	1.12	0.196	4.75%	MZN 250.00	MZN 55.00	
Sal, marinho		0.016	kg	1.00	0.016	0.39%	MZN 40.00	MZN 0.64	
Rendimento		3.00	4.428	Índice de Conversão	0.73	4.137	100.00%	Custo da Receita	MZN 164.50
Pré-Preparo:									
1. Organize e garanta que o espaço onde vai trabalhar esteja limpo.									
2. Leia a receita para saber quais ingredientes usar, quantidades, utensílios e as etapas de confecção.									
3. Faça o mise en place de todos os utensílios e ingredientes que irá usar.									
Modo de Preparo:									
1. Descasque a mandioca, lave e corte em pedaços médios.									
2. Numa panela, coloque a mandioca, água e sal e leve ao lume até que ela esteja completamente cozida, macia e a desfazer-se.									
3. Retire do lume, e triture com uma varinha mágica ou no liquidificador com a água da cozedura para formar um creme mais ou menos espesso.									
4. Leve ao lume e, assim que levantar fervura, coloque a cebola, o tomate e o óleo e deixe cozinhar por mais ou menos 20 minutos.									
5. Prove o sal, se necessário retifique.									
6. Numa tigela à parte misture os ovos com auxílio de um garfo e coloque em fio na panela com o creme da mandioca mexendo com uma colher de pau.									
7. Deixe cozinhar por mais ou menos 5 minutos e retire do lume.									
Finalização:									
1. Sirva a sopa em uma taça ou prato fundo e finalize com uma folha de salsa ou coentro ao centro.									
FORMAÇÃO DE PREÇOS		Número de Porções	12	Custo da Mercadoria Vendida [CMV] (MZN)		MZN 13.71		Mark-up multiplicador	1.00
		Peso das Porções (kg)	0.250	Preço de Venda (MZN)		MZN 13.71			

A “sopa de mandioca com ovo” (Tabela 19) apresenta, por porção (250 g), um valor energético de 135,2 kcal (7% VD), 135,2 kcal (7% VD), caracterizando-se como uma preparação hipocalórica e de baixa densidade energética, composta maioritariamente por água e mandioca.

Do ponto de vista dos macronutrientes, observa-se um teor reduzido de lípidos totais (3,8 g; 5% VD), contudo observa-se um valor moderado de colesterol (59,3 mg; 20% VD) associado à incorporação do ovo.

Os hidratos de carbono apresentam valores moderados (22,4 g; 9% VD), refletindo a mandioca como principal fonte energética da preparação.

O teor proteico é relativamente baixo (3,1 g; 6% VD), sugerindo que, apesar da presença do ovo, o prato não constitui uma fonte proteica significativa quando consumido isoladamente.

A fibra alimentar apresenta-se reduzida (1,4 g), o que pode limitar o efeito de saciedade e o contributo para a saúde gastrointestinal.

Neste sentido, a preparação poderá beneficiar do reforço de hortícolas ou leguminosas por exemplo, através da adição de folhas de couve rasgadas ou grão-de-bico, de modo a melhorar o perfil nutricional global. Adicionalmente, como estratégia de otimização nutricional, propõe-se a inclusão de pelo menos um ovo por cada dose/porção de sopa, ajustando a quantidade total ao número de porções a preparar.

De forma geral, trata-se de uma preparação leve e de fácil digestibilidade, podendo funcionar como entrada ou complemento alimentar no contexto hospitalar.

Tabela 19 – Tabela nutricional da receita de: “Sopa de mandioca com ovo”.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL			
Nutrientes	por 100 g	por porção (250 g)	% VD (*)
Energia (Kcal)	51,6	135,2	7%
Lípidos totais (g)	1,4	3,8	5%
Colesterol (mg)	22,7	59,3	20%
Hidratos de carbono (g)	8,5	22,4	9%
Fibra (g)	0,5	1,4	*****
Proteínas (g)	1,2	3,1	6%
Sal (g)	0,52	1,37	23%

(*) Valores Diários de referência com base em uma dieta de 2.000 kcal ou 8400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas

4.2.5 Outros materiais

No âmbito das intervenções implementadas, foram também produzidos materiais educativos e de apoio ao SAND, visando a melhoria da higiene, da padronização das receitas e da prática profissional dos colaboradores. Entre estes materiais, destaca-se o cartaz de lavagem correta das mãos, elaborado para reforçar a aplicação das normas de higiene e segurança alimentar, ilustrando passo a passo da sequência adequada de lavagem das mãos dos colaboradores (**Figura 26**).

HIGIENIZAÇÃO CORRETA DAS MÃOS



ELABORADO POR:
Beatriz de Sorte Maurício
INCUBADOR DA INOVAÇÃO COOPERATIVA

APOIO
INSTITUCIONAL

NOVA
INICIAÇÃO DE
COPERAÇÃO E INOVAÇÃO

H&N
Hospital Geral de Nacala

COMISSÃO
NACIONAL DE
COORDENAÇÃO
E APOIO
PORTUGAL

TRADINNOVATIONS

Figura 26 – Cartaz sobre a higienização das mãos

Foi igualmente desenvolvido o manual de receitas hospitalares, contendo fichas técnicas detalhadas, padronização das preparações e do empratamento, destinado a uniformizar os procedimentos do serviço e servir como guia de referência para os colaboradores. Os enxertos do manual elaborado podem ser observados na Figura 27.



Figura 27 – Enxerto do manual de receitas

Por fim, foram elaborados portfólios de receitas que compilam as novas receitas e as recriações realizadas durante o estudo, permitindo fácil e rápida consulta pelos colaboradores durante a preparação das refeições. Os enxertos podem ser observados na Figura 28.



Figura 28 – Enxerto do portfólio

Estes materiais refletem a sistematização das intervenções e constituem instrumentos de apoio prático e educativo, complementando as ações de formação e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade do serviço de alimentação hospitalar.

CONCLUSÃO

A presente dissertação teve o propósito de promover melhorias no Serviço de Alimentação e Nutrição Dietética e na atenção aos pacientes hospitalizados, mediante intervenções fundamentadas nas práticas e ferramentas da Gastronomia Hospitalar no Hospital Geral de Nacala-Porto, bem como melhorar a satisfação dos doentes internados e o conhecimento dos colaboradores do SAND.

A aplicação dos questionários de satisfação e aceitabilidade evidenciou melhorias na percepção dos doentes em relação às refeições servidas após as intervenções e ao atendimento prestado. Estes resultados reforçam a importância de considerar a alimentação hospitalar não apenas como um suporte terapêutico, mas também como um elemento de conforto, dignidade e bem-estar durante o período de internamento. Apesar da reduzida amostra na pós-intervenção, os resultados obtidos revelaram tendências positivas consistentes, sugerindo que as intervenções implementadas tiveram um impacto favorável na experiência alimentar dos doentes.

Relativamente aos colaboradores do SAND, a comparação entre os resultados do pré-teste e do pós-teste demonstrou um aumento do conhecimento sobre a higiene e segurança dos alimentos, técnicas culinárias, empratamento e atendimento humanizado.

A recriação das receitas hospitalares, utilizando os mesmos ingredientes disponíveis na unidade, aliada à aplicação de técnicas culinárias simples, uso de ervas e especiarias e melhoria do empratamento, mostrou-se uma estratégia viável e sustentável, especialmente em contextos com recursos limitados. A elaboração de materiais de apoio, como o manual de receitas hospitalares e os cartazes educativos, constitui um contributo prático e duradouro para a instituição, podendo apoiar a continuidade das boas práticas implementadas.

Conclui-se, portanto, que a integração de intervenções alimentares assentes em princípios da gastronomia hospitalar e atendimento humanizado, associada a capacitação dos colaboradores, contribuiu de forma positiva para melhoria da satisfação e aceitabilidade das refeições pelos doentes internados e qualidade dos serviços de alimentação e nutrição dietética.

O trabalho é uma prova real que a Gastronomia Hospitalar pode ser implantada em qualquer serviço de alimentação de um hospital, investindo em capacitação profissional e reorganização dos serviços, sem necessariamente aumentar de maneira relevante o custo associado às matérias-primas.

5.1 Divulgação Científica

Os resultados do presente estudo foram objeto de divulgação científica em diferentes contextos, académicos e de comunicação social ou pública, com objetivo de promover a partilha de conhecimento e contribuir para a valorização da investigação na área da alimentação e nutrição hospitalar. Abaixo constam os meios onde foram divulgados o presente trabalho:

- **Noite Europeia dos Investigadores (NEI-2025)**, realizada em Lisboa à 26.09.2025, um evento de âmbito internacional que visa aproximar a ciência da sociedade, permitindo a disseminação dos resultados junto da comunidade académica e do público em geral.
- **Webinar do Projeto TradInnovations**, um evento online que uniu estudantes de vários países, Eslovénia, Irlanda, Portugal, Tunísia e França, que desenvolveram seus projetos no âmbito do Projeto Tradinnovations. A apresentação deste trabalho representou a equipa de Portugal.
- **LUSA PT**, que é a principal agência de notícia portuguesa e maior agência de notícias de língua portuguesa no mundo, ampliando o alcance dos resultados além do meio académico e reforçando a relevância social do estudo. Veja em: <https://www.lusa.pt/article/2025-12-07/46110429/aluna-de-mestrado-da-nova-fct-recria-ementa-do-hospital-mo%C3%A7ambique-de-nacala-c-%C3%A1udio>
- **Saúdemaís.tv**, contribuindo para sensibilização da sociedade quanto à importância da qualidade da alimentação hospitalar, da formação dos colaboradores e do impacto destas intervenções na satisfação e bem-estar dos doentes. Veja em: <https://www.saudemais.tv/noticia/61807-aluna-de-mestrado-da-nova-fct-recria-ementa-do-hospital-mocambique-de-nacala>
- **Página oficial do Facebook da NOVA FCT**. Veja em: <https://www.facebook.com/share/p/1Df2J9GoN5/>
- **Página oficial do Facebook da Universidade Lúrio**. Veja em: <https://www.facebook.com/share/p/15Ytw54KbYu/>
- **Página oficial do Instagram da UniLúrio – Faculdade de Ciências de Saúde**. Veja em: https://www.instagram.com/p/DUQSZ_ajOjm/?igsh=MXRvemM0NHA2YXAzMw==

5.2 Limitações na Realização do Estudo

- Uma das principais limitações do presente estudo prende-se com a reduzida dimensão amostral no período pós-intervenção ($n = 3$), comparativamente ao período pré-intervenção ($n = 15$). Esta situação deveu-se a vários fatores verificados durante o período de recolha de dados nomeadamente: número reduzido de doentes internados, uma proporção dos pacientes encontrava-se em estado clínico crítico impossibilitando a sua participação na avaliação. Acresce ainda, o reduzido número de admissões durante este período, bem como a curta duração do internamento de alguns doentes o que não permitiu sequer a realização de uma refeição no hospital. Estes constrangimentos impediram a inclusão dos doentes na avaliação, condicionando a reduzida amostra na pós-intervenção, pelo que os resultados devem ser interpretados com cautela.
- O estudo foi realizado num único contexto hospitalar, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras unidades hospitalares com características organizacionais e recursos distintos.
- O uso de instrumentos de recolha baseados na perceção dos pacientes pode estar sujeito ao viés de resposta, influenciado não só pelo estado clínico do paciente como também pelo contexto de internamento. Alguns pacientes poderão ter condicionado as suas respostas por medo de represálias ou de algum impacto negativo na relação com os profissionais de saúde responsáveis pelos seus cuidados, apesar das garantias de confidencialidade e anonimato asseguradas no estudo.

5.3 Perspetivas Futuras

- Acompanhamento regular do SAND do HGN com vista à melhoria contínua da qualidade das refeições e do atendimento prestado. Este acompanhamento poderá incluir a monitorização periódica da satisfação e aceitabilidade das refeições, monitorização sistemática dos processos de produção e distribuição das refeições, aproveitamento dos recursos, formação continua dos colaboradores não apenas nas temáticas abordadas no presente estudo, mas também noutras áreas fundamentais para o SAND tais como a prevenção do desperdício de alimentos, conservação dos alimentos, e outros.
- Estabelecimento de parcerias institucionais com entidades públicas, privadas e organizações não governamentais com objetivo de reforçar o funcionamento do SAND. Estas parcerias poderão contribuir para melhoria das condições materiais e logísticas através da disponibilização de equipamentos, utensílios e materiais adequados para a preparação e distribuição das refeições.

- Ver todos doentes internados receberem as suas refeições servidas em bandejas adequadas contendo prato, copo, talheres apropriados. A melhoria da apresentação e da distribuição constitui um aspeto fundamental para a promoção da dignidade, conforto, e da satisfação dos doentes, contribuindo igualmente para um serviço de alimentação hospitalar mais humanizado.
- Expandir os treinamentos de gastronomia hospitalar e atendimento humanizado para outras unidades hospitalares do país

BIBLIOGRAFIA

- Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. In *Oman Medical Specialty Board Review Article Oman Medical Journal* (Vol. 29, Issue 1).
- Andrade, M. C. M., Araujo de Oliveira, O. M., & Vilar, J. dos S. (2021). Proposta de Apresentação de Dietas Oferecidas dos Pacientes Internados em Um Hospital Público de Niterói-RJ / Proposal for the Presentation of Diets Offered to Patients Hospitalized in a Public Hospital In Niterói-RJ. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 32218–32234. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-780>
- ASAE. (2025). *Redução do Consumo de Sal*. <https://www.asae.gov.pt/seguranca-alimentar/conselhos-praticos-para-os-consumidores/reducao-do-consumo-de-sal.aspx>
- Boussada. (2022). *Nutrição e Gastronomia na Humanização Hospitalar*.
- Carvalho, G. H. A. de, Ricino, I. da S., & Wanzeler, J. N. (2022). A gastronomia como ferramenta de qualidade e aceitabilidade, refeições de pacientes hospitalizados. In *Dieta, alimentação, nutrição e saúde* 3 (pp. 10–17). AYA Editora. <https://doi.org/10.47573/aya.5379.2.97.1>
- Chichava. (2025). *Moçambique: Pacientes no Niassa subsistem com uma única refeição hospitalar*. <https://healthnews.pt/2025/12/13/mocambique-pacientes-no-niassa-subsistem-com-uma-unica-refeicao-hospitalar/>
- Correia, L. F. S., Pereira, R. C., Avelar, B. A., & De Angelis-pereira, M. C. (2020). Alimentação Hospitalar Sob o Enfoque do Cuidado Humanizado: Relato de Experiência do Projeto “Trivial Gastronômico” No Município de Lagoa da Prata - Mg. In *Tecnologia de Alimentos: Tópicos Físicos, Químicos e Biológicos - Volume 1* (pp. 59–72). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/200800907>
- Costa, A. S. R. B. (2019). *Estratégias para a promoção da ingestão alimentar nos hospitais / Strategies for promoting food intake in hospitals*.
- da Silva, Bassani, L., Riella, C. de O., & Antunes, M. T. (2015). *Manipulação de Alimentos em Uma Cozinha Hospitalar: Ênfase na Segurança dos Alimentos*. 12(1), 111–123.
- da Silva, & Mauricio. (2013). Gastronomia hospitalar: um novo recurso para melhorar a aceitação de dietas. *ConScientiae Saúde*, 12(1), 17–27. <https://doi.org/10.5585/cons-saude.v12n1.3497>

- de Barros e Silva, J., & Tavares, J. F. (2024). Gastronomia Como Ferramenta na Dieta Hospitalar: Uma Revisão de Literatura. *REVISTA FOCO*, 17(6), e5293. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n6-007>
- de Sousa, A. A., de Salles, R. K., Ziliotto, L. F., Prudencio, A. P. A., Martins, C. A., & Pedroso, C. G. T. (2013). *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*.
- Douglas, A., Vannereux, M., & Giboreau, A. (2019). The impact of herbs and spices on increasing the appreciation and intake of low-salt legume-based meals. *Nutrients*, 11(12). <https://doi.org/10.3390/nu11122901>
- Earth, G. (2025). *Nacala-Porto*. V.7.3.6.10201. <https://www.google.com/earth>
- Fang, X., Wei, J., He, X., An, P., Wang, H., Jiang, L., Shao, D., Liang, H., Li, Y., Wang, F., & Min, J. (2015). Landscape of dietary factors associated with risk of gastric cancer: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. In *European Journal of Cancer* (Vol. 51, Issue 18, pp. 2820–2832). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.09.010>
- FAO, & WHO. (2023a). *General principles of food hygiene*. <https://doi.org/10.4060/cc6125en>
- FAO, & WHO. (2023b). *General principles of food hygiene*. <https://doi.org/10.4060/cc6125en>
- Faria, A. M. F. (2008). *Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril. Mestrado em Segurança e Qualidade Alimentar na Restauração*.
- Feitosa, J., & Andrade, P. (2022). Segurança dos Alimentos e Ferramentas da Qualidade. *ENCICLOPÉDIA BIOSFERA*, 19(39). https://doi.org/10.18677/encibio_2022a21
- Fischer, Flor, Zago, & Miyahira. (2021). Estratégias gastronômicas para melhorar a aceitabilidade de dietas hospitalares: Uma breve revisão. *Research, Society and Development*, 10(5), e42510515138. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15138>
- Freitas, P. M., Orientado, S., & Sousa, D. B. (2010). *Higio-sanidade alimentar em meio hospitalar (Food hygiene and safety in a health care service)*.
- Hartwell, H. J., Shepherd, P. A., Edwards, J. S. A., & Johns, N. (2016). What do patients value in the hospital meal experience? *Appetite*, 96, 293–298. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.023>
- Lopes, Santos M, Barbosa N, Almeida A, & Coutinho G. (2021). Os Benefícios da Implantação da Gastronomia Hospitalar para o Público Adulto: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(10), 1121–1133. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i10.2651>
- Madem, S. G., & Barrera, L. V. (2016). *cortes-basicos-cocina-hoteleria-turismo-1*.
- MADER. (2024). *Política de Segurança Alimentar e Nutricional e Estratégia de Sua Implementação (2024 – 2030)*.
- Martins, & Baratto. (2018). *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. Gastronomia Hospitalar: Treinamento em Bases de Cozinha*. 110–117.
- Martins, K. de S., & Santos, L. da S. (2022). A higiene e manipulação de alimentos como garantia da segurança alimentar: uma prevenção para redução dos riscos ambientais em uni-

- dades hospitalares. *Research, Society and Development*, 11(2), e17411225701. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25701>
- Mendes, M. de S. A., Machado, C. C. B., & Abreu, V. D. S. (2019). Pesquisa de Satisfação com Dietas Hospitalares Servidas no Almoço da Clínica Médica de Um Hospital Público de Goiânia, GO. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 14, e38989. <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.38989>
- Ministério da Saúde, P., Paulino Rodrigues (Director), A., Notiço Juvenália Sengulane Lopes Ouane, E., & José Atália da Cruz Celeste Mavie Clara Mauaie Carlos Bambo Francisco Langa Helena Ouana José Manuel Juvenália Sengulane Lopes Uane Lúcia Macome Miquelina Sigauque Marisa Chissico Maria de Fátima, A. (2023). *FICHA TÉCNICA Nome do Documento Manual de integração de novos formadores nas instituições de formação em saúde*.
- MISAU. (2022). *República de Moçambique. Plano Estratégico do Sector da Saúde, PESS 2014-2019 (Extensão 2020-2024)*.
- Moçambique Conselho de Ministros. (2006). *Boletim da República. Suplemento Imprensa Nacional de Moçambique. I Serie, Número 25*.
- Moleiro. (2021). *Gastronomia Hospitalar: Instrumento de Humanização do Serviço de Nutrição e Dietética*.
- Nakasato, Casseb O, Costa M da, & Cardoso E. (2014). A Gastronomia Hospitalar como Instrumento de Humanização. *Anais Do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização Em Saúde*, 72–72. <https://doi.org/10.5151/medpro-cihhs-10326>
- Norberto, I. V. B., De Oliveira, F. B. G., & Paula, L. M. (2024). *Humanização e Cuidado Nutricional em Âmbito Hospitalar*.
- nutritionDay. (2025). *nutritionDay worldwide benchmark & monitor your nutrition care*. <https://www.nutritionday.org/en/about-nday/what-is-nutritionday/index.html>
- Rudzińska, A., Wójcik, P., Gryglewska, B., Gąsowski, J., & Piotrowicz, K. (2024). Why do patients refuse hospital meals? Reflections on the nutritionDay Audit at the University Hospital in Krakow. *Folia Medica Cracoviensia*, 64(1), 5–11. <https://doi.org/10.24425/fmc.2024.150137>
- Sakayo, L. M. V., & Garcia, N. C. R. P. P. C. (2021). *Centro Universitário de Brasília-UNICEUB Faculdade de Ciências da Educação e Saúde Curso de Nutrição. A Gastronomia Humanizada no Contexto Hospitalar para Melhor Aceitação das Dietas*.
- Sambo, J., Bauhofer, A. F. L., Boene, S. S., Djedje, M., Júnior, A., Pilale, A., Gonçalves, L., Deus, N. de, & Chicumbe, S. (2022). Readiness of Mozambique Health Facilities to Address Undernutrition and Diarrhea in Children under Five: Indicators from 2018 and 2021 Survey Data. *Healthcare*, 10(7), 1200. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071200>
- Santos, & Tomazzoni. (2014). *Formação e atuação profissional em hotelaria hospitalar na cidade de São Paulo*.
- Siddiky, A., Mollick, K., Aktarujjaman, M., Islam, F., Mamun, M. A., & Roy, N. (2024). Determinants of food safety knowledge and practices among food handlers in Bangladesh: An

- institution-based cross-sectional study. *Heliyon*, 10(4). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25970>
- Silva, Alves M, & Da Silva W. (2022). *Empratamento: Surgimento e Contemporaneidade*.
- Silva, F. P. da., & Tavares, J. P. (2019). *Nutrição e Gastronomia: Aliados no Bem Estar e na Recuperação de Pacientes Hospitalizados*.
- Silva, Knoner, Junior, & Silva. (2019). *Aceitabilidade da Dieta Hospitalar de Um Hospital Municipal da Cidade de Cuiabá, Mato Grosso*.
- Silva, & Paganoto. (2023). A Importância da Higiene e Segurança Alimentar Dentro das Cozinhas Hospitalares no Brasil. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(10), 4757–4768. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i10.11930>
- Souza B, Molero M, & Molina V. (2021). *Gastronomia e humanização hospitalar*.
- Spence, C., Okajima, K., Cheok, A. D., Petit, O., & Michel, C. (2016). Eating with our eyes: From visual hunger to digital satiation. *Brain and Cognition*, 110, 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2015.08.006>
- Thibault, R., Abbasoglu, O., Ioannou, E., Meija, L., Ottens-Oussoren, K., Pichard, C., Rothenberg, E., Rubin, D., Siljamäki-Ojansuu, U., Vaillant, M. F., & Bischoff, S. C. (2021). ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clinical Nutrition*, 40(12), 5684–5709. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.09.039>
- Titosse, A. C., Pedro, A., Cesar, R. A. M., Pedrosa, S., & Muchecha, S. G. (2021). *República de Moçambique Ministério da Saúde. Direção Nacional de Assistência Médica*.
- Virgínia, S. S., Cristina, F. G. M., & Elisa, F. D. A. M. (2017). Efeito da gastronomia na aceitabilidade de dietas hospitalares. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 37(3), 17–22. <https://doi.org/10.12873/373souza>
- WHO. (2025, February). *Sodium reduction*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sodium-reduction>
- Williams, P., & Walton, K. (2011). Plate waste in hospitals and strategies for change. In *e-SPEN* (Vol. 6, Issue 6). <https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2011.09.006>
- Zanin, L. M., da Cunha, D. T., de Rosso, V. V., Capriles, V. D., & Stedefeldt, E. (2017). Knowledge, attitudes and practices of food handlers in food safety: An integrative review. In *Food Research International* (Vol. 100, pp. 53–62). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2017.07.042>

ANEXO I: DOCUMENTOS ÉTICOS E INSTITUCIONAIS

O presente apêndice reúne os documentos éticos e institucionais que fundamentam e legitimam a realização do estudo, assegurando o cumprimento dos princípios éticos aplicáveis à investigação com seres humanos. Estão inclusos pareceres favoráveis emitidos por dois Comitês de Ética/Bioética competentes, a autorização formal da Direção do hospital onde o estudo foi desenvolvido e o Termo de Consentimento Livre, Esclarecido e Informado aplicado aos participantes. Estes documentos comprovam que a investigação foi conduzida em conformidade com as normas éticas vigentes, respeitando a dignidade, direitos e a confidencialidade dos participantes envolvidos.

A.1 Parecer da Comissão de Ética da Nova FCT

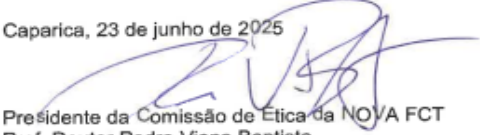
 FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA	COMISSÃO ÉTICA ETHICS COMMITTEE
REQUERENTE: Prof. Doutor Bruno Souza Moreira Leite	
ASSUNTO: Projeto – “Gastronomia Hospitalar: Efeito de Intervenções Alimentares Humanizadas na Satisfação e Aceitabilidade de Dietas em Ambiente Hospitalar, Nampula, Moçambique”	
REFERÊNCIA CENOVAFCT: CE_FCT_011-2025	
PARECER: Parecer positivo condicionado ao envio da autorização por parte do Hospital. O parecer emitido presume a aderência aos compromissos assumidos sobre todos os aspetos legais e éticos do estudo, bem como ao procedimento experimental descrito e planeado. A solicitação à CENOVAFCT diz apenas respeito ao estudo submetido e não a futuros estudos. Qualquer estudo adicional sobre estes mesmos dados deverá ser considerado, para os devidos efeitos, como um novo projeto ou um projeto subordinado - ambos carecendo de análise pela Comissão de Ética. Face à documentação apresentada, e considerando a implementação efetiva da proteção de quaisquer dados recolhidos, a Comissão de Ética da NOVA FCT não vê impedimento ético na realização do estudo proposto, dando, contudo, um parecer positivo condicionado ao envio da autorização por parte do Hospital.	
Caparica, 23 de junho de 2025  Presidente da Comissão de Ética da NOVA FCT Prof. Doutor Pedro Viana Baptista  Membro (vogal) da Comissão de Ética da NOVA FCT Prof.ª Doutora Maria Júlia Seixas	
1	

Figura 29 – Parecer da CENOVAFCT

A.2 Parecer da Comissão Institucional de Bioética para Saúde da UniLúrio

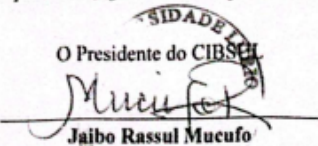
 UNIVERSIDADE LÚRIO Comité Institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio – CIBSUL	
A: INVESTIGADORA PRINCIPAL <u>Beatriz da Sorte B. A. Muimela Mauricio</u>	
Ref: 60.1/Junho/CIBSUL/25	Data: 26 de Junho 2025
Assunto: Parecer sobre o protocolo intitulado “ Gastronomia hospitalar: Efeito de intervenções alimentares humanizadas na satisfação e aceitabilidade de dietas em ambiente hospitalar, Nampula, Moçambique ”.	
Reunidos no dia 26 de Junho de 2025, no seu encontro ordinário, o Comité institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio (CIBSUL), analisou o projecto intitulado: “Gastronomia hospitalar: Efeito de intervenções alimentares humanizadas na satisfação e aceitabilidade de dietas em ambiente hospitalar, Nampula, Moçambique”, --verificada a descrição das normas Éticas e Científicas da revisão efectuada e não havendo nenhum inconveniente para a realização do estudo, o CIBSUL informa ao investigador que o protocolo foi eticamente Aprovado. A presente aprovação tem uma duração de um ano a partir da data da assinatura e o pedido da sua renovação, faz-se três meses antes do término da validade. A aprovação ética não substitui aprovação administrativa. Todavia, o CIBSUL exige a investigadora que o mantenha informado sobre o decorrer da pesquisa, de qualquer alteração que se observe nos instrumentos de recolha de dados e mediante entrega do relatório final da investigação. Sem mais do momento, queiram aceitar as nossas mais cordiais saudações. <i>Por uma investigação de qualidade, eficiência e responsabilidade,</i>  Jaibo Rassul Mucufu (Assistente Universitário)	
Endereço: Universidade Lúrio; Telefone: +258 26 21 8365; Cell: + 258 845770070. C.P: 364 Fax: +258 26 21 82 83. Bairro Marrere, Rua 4.250, Km 2.3, Cidade de Nampula, Moçambique	

Figura 30 – Parecer do CIBSUL

A.3 Despacho de Autorização do Hospital


REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVÍNCIA DE NAMPULA
GOVERNO DO DISTRITO DE NACALA
SERVIÇOS DISTRITAIS DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL
HOSPITAL GERAL DE NACALA



A:

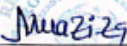
Beatriz da Sorte Maurício

N/Ref.N.º 190 / 003 HGN/2025 Data: 02/07/2025

Assunto: TRANSCRICÃO DE DESPACHO

Para os devidos procedimentos, junto temos a honra de transcrever a V. Excia o despacho do Exmo Senhor Director, recaído na vossa nota S/N, tendo recebido a carta de pedido de autorização para realização de pesquisa de dissertação no âmbito de trabalho de conclusão de curso de Mestrado em Ciências Gastronómicas com o tema **Gastronomia Hospitalar: Efeito de Intervenções Alimentares Remanizadas na Satisfação e Aceitabilidade de Dietas em Ambiente Hospitalar**, a favor da estudante Beatriz da Sorte Maurício, cujo teor se segue:

"AUTORIZO, DEVE RESPEITAR AS NORMAS DO HOSPITAL ".


A Chefe da Secretaria

Muaziza Manuel Fernandes
(Téc. Prof. Em Adm. Pública)

Endereço: Hospital Geral de Nacala
B. Mathapue – Telefax: 26570553 NUI: 500036389

Figura 31 – Autorização do Hospital Geral de Nacala – Porto

A.4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Tema da Pesquisa: *Gastronomia Hospitalar: Efeito de Intervenções Alimentares Humanizadas na Satisfação e Aceitabilidade de Dietas em Ambiente Hospitalar – Nampula, Moçambique.*

Pesquisadora Responsável: Beatriz da Sorte Bernardo Adriano Muimela Maurício

b.mauricio@campus.fct.unl.pt; beatrizdsorte@gmail.com

Contactos: +351932750236; +258 878614934; +258 828641934

Faculdade de Ciências e Tecnologia- Universidade Nova de Lisboa

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o efeito de intervenções alimentares humanizadas na satisfação e aceitabilidade das refeições servidas aos doentes internados no Hospital Geral de Nacala- Porto. As intervenções incluirão treinamentos para os colaboradores da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) sobre boas práticas de higiene e segurança dos alimentos, demonstrações culinárias, técnicas de emplatamento e atendimento humanizado.

A participação neste estudo consistirá em responder a um questionário antes e depois das intervenções, o qual abordará questões sobre a aceitação e satisfação das refeições recebidas, bem como a qualidade do atendimento prestado pela equipe da UAN. Além disso, poderão ser registadas fotografias dos pratos servidos, com foco exclusivo na apresentação dos alimentos.

Não existem riscos significativos associados à sua participação neste estudo. As entrevistas serão realizadas de forma respeitosa, no seu leito hospitalar, e não interferirão no tratamento médico.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade das refeições servidas no hospital, bem como para a humanização do atendimento por parte dos colaboradores da alimentação, promovendo maior conforto e bem-estar durante o período de internamento. Todas as informações recolhidas neste estudo serão mantidas em sigilo absoluto. Os dados serão usados exclusivamente para fins científicos e divulgados de forma anônima, sem qualquer identificação dos participantes.

A participação neste estudo é totalmente voluntária. O(a) senhor(a) poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso afete o seu atendimento ou tratamento no hospital.

Declaração de Consentimento:

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Esclareci todas as minhas dúvidas e concordo voluntariamente em participar do estudo.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura do(a) participante: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO II: INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

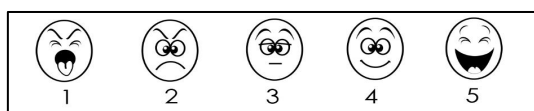
O presente apêndice apresenta os instrumentos utilizados para a recolha de dados. Estão inclusos: o questionário de avaliação da satisfação, aceitabilidade das refeições e do atendimento prestado aos doentes internados pelos colaboradores do SAND, nas enfermarias de Medicina, Ortopedia e Cirurgia do Hospital Geral de Nacala- Porto, bem como o instrumento de avaliação do conhecimento dos colaboradores do SAND, aplicado antes e após as intervenções de treinamento.

B.1 Questionário de Satisfação, Aceitabilidade e Atendimento Prestado aos Doentes Internados pelos Colaboradores do SAND, nas Enfermarias de Medicina, Ortopedia e Cirurgia do HGN de Nacala- Porto

1.1. Dados sociodemográficos e clínicos

Data: ____/____/____
Enfermaria: _____
Código do paciente: _____ Idade: _____ Sexo: F ____ M ____
Nome do paciente: _____
Nível de escolaridade: _____
Local de residência: _____
Estado civil: _____
Ocupação: _____
Motivo de internação: _____
Tipo de dieta: _____

1.2. Dados referentes à satisfação em relação às refeições servidas em unidades hospitalares em Nampula. Marque com (X) onde se enquadra a sua posição.



1= Muito insatisfeito; 2= Insatisfeito; 3= Indiferente; 4= Satisfeito; 5=Muito satisfeito

Horário das refeições				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Aspetto visual/Aparência				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Odor/Cheiro				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Sabor/Temperero				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Textura				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Temperatura				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()

1.3. Dados referentes ao atendimento humanizado

Ambiente onde passa as refeições				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Aparência e higiene dos colaboradores da UAN				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Comunicação eficaz entre os colaboradores e os doentes				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Simpatia no momento de entrega das refeições				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Respeito na forma de tratamento				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Disponibilidade para ouvir duvidas ou pedidos dos doentes				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Clareza nas informações fornecidas sobre as refeições ou dietas				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Interesse demonstrado pelo seu bem-estar alimentar				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Sensação de acolhimento e cuidado durante o serviço alimentar				
Muito insatisfeito ()	Insatisfeito ()	Indiferente ()	Satisfeito ()	Muito satisfeito ()
Deseja partilhar alguma sugestão, reclamação ou elogio sobre o atendimento recebido?				

B.2 Questionário de Avaliação do Conhecimento dos Colaboradores do SAND, Antes e Após as Intervenções (Pré-teste e Pós-teste)

Nome: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade _____

Nível de escolaridade: ☐ Sem instrução ☐ Ensino Primário ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Técnico básico ☐ Ensino Técnico medio ☐ Ensino Superior

Função: _____

Data: ____/____/2025

1. Higiene e Segurança dos Alimentos

1.1. Quais das opções abaixo representam boas práticas de higiene pessoal? (assinale as corretas)

- ☐ Lavar as mãos antes de manipular alimentos
- ☐ Usar unhas compridas e pintadas
- ☐ Usar touca cobrindo todo o cabelo
- ☐ Tossir sobre os alimentos
- ☐ Usar farda limpa e completa

1.2. Na sua opinião, por que é importante separar alimentos crus e cozidos?

2. Técnicas Culinárias e Preparo de Refeições

2.1. Quais destas são formas corretas de intensificar o sabor da comida sem usar muito sal?

- ☐ Usar especiarias naturais (como alho e cebola)
- ☐ Adicionar mais sal fino
- ☐ Utilizar ervas aromáticas (ex.: salsa, louro)
- ☐ Utilizar corantes e caldos industriais

2.2. O que é uma ficha técnica de receita?

3. Técnicas de Corte e Apresentação

3.1. Associe o nome do corte ao seu formato:

- 1- () *Juliana*
- 2- () *Brunoise*
- 3- () *Paisana*
- 4- () *Mirepoix*

- a) Cubos pequenos
- b) Tiras finas
- c) Fatias irregulares
- d) Cubos médios para caldos

3.2. Por que é importante apresentar bem um prato mesmo em ambiente hospitalar?

4. Empratamento

4.1. Marque os elementos que devem ser considerados no momento de emprar uma refeição hospitalar:

- ☐ Quantidade exagerada de comida
- ☐ Cores e contraste dos alimentos
- ☐ Limpeza da borda do prato
- ☐ Mistura de tudo sem organização
- ☐ Posição dos alimentos de forma equilibrada

4.2. O que pode melhorar a aparência de um prato simples?

5. Atendimento Humanizado

5.1. O que significa “atendimento humanizado” para si?

5.2. Marque o que é desejável no atendimento a um doente:

- ☐ Ser apressado para terminar logo
- ☐ Falar com respeito e empatia
- ☐ Explicar o que está sendo servido
- ☐ Evitar contato visual
- ☐ Tratar todos com igualdade

6. Reflexão Final (Aplicável para o pré-teste)

6.1. O que você espera aprender com este treinamento?

6. Reflexão Final (Aplicável para o pós-teste)

6.1. O que você aprendeu com este treinamento?

ANEXO III: RECURSOS MATERIAIS E REGISTOS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

C.1 Links com Materiais do Treinamento (fotos e vídeos)

- Fotos da entrega de materiais e equipamentos. Ver em: https://drive.google.com/drive/folders/1GethiCSLFg1Vbp4gfga_n4Jr0ys0xRqf?usp=sharing
- Fotos da preparação e confeção das novas receitas. Ver em: <https://drive.google.com/drive/folders/1xyqIk1kxrQ6yyBsbJMVYFKte5wCiBt6M?usp=sharing>
- Fotos do empratamento de novas receitas. Ver em: <https://drive.google.com/drive/folders/1UkDJ8tm0fDr7v5sAACEUInJ2MudYq9oe?usp=sharing>
- Fotos das refeições do hospital antes da recriação. Fotos das refeições após a recriação. Fotos e vídeos das simulações do treinamento sobre atendimento humanizado. Ver em: <https://drive.google.com/drive/folders/1FHEmXoLftRH-Ql4QaOYfPcXQ0iM-prMQT?usp=sharing>

C.2 Materiais e Equipamentos Doados ao Hospital

Tabela 20 – Materiais e equipamentos doados ao hospital.

Equipamentos e Materiais	Quantidade	Especificação
Microondas	2	20 L, marca DePoint
Liquidificador	1	1,5 L marca DePoint
Varinha mágica	1	Marca DePoint
Balanças	2	Capacidade de 1 kg
Fogão à carvão	1	2 Entradas
Panelas grandes	2	42 L Cada
1 Jogo de panelas	5	Diferentes tamanhos
Frigideira média	1	3 L
Bacias grandes	5	Plásticas
Bacias medias	10	Plásticas
Bacias pequenas	5	Plásticas
Conchas de servir	18	10 de alumínio (inox) e 8 de plástico
Pinças	5	4 pequenas de alumínio e 1 grande de silicone
Escamador de peixe	1	Material inoxidável
Raspadeira	1	6 lados
Facas	6	Diferentes tamanhos
Jarras medidoras	3	1 L; 1,5 L e 2 L
Jarras para cartar água	4	Plásticas
Copos medidores	5 jogos	6 medidores em cada jogo de 7,5 a 250 ml
Pegas de panela	2	Silicone
Pegas de fogo	2	Alumínio
Toalhinhas de algodão	18	Branças de riscas
Cadeiras	6	Plásticas
Tábuas de corte	10	5 medias e 5 grandes
Peneiras	2	Material local de bambu
Jogo de coadores	4 jogos	Metálicos
Colheres de pau	13	Diferentes tamanhos: grandes, medias
Ralador	1	Banco



2026

BEATRIZ DA SORTE MAURICIO

GASTRONOMIA HOSPITALAR