

CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ

**CINTHIA ZARDO
FERNANDA RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE SOPA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ**

**CASCATEL
2019**

CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ

**CINTHIA ZARDO
FERNANDA RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE SOPA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ**

Trabalho apresentado à disciplina Estágio Supervisionado em Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) requisito parcial para obtenção da aprovação no Curso de Nutrição do Centro Universitário Assis Gurgacz.

Professora Orientadora: Adriana Hernandes Martins.

**CASCADEL
2019**

RESUMO

Introdução: As Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN), no setor hospitalar, fornece refeições cientificamente adequadas aos pacientes para a recuperação e manutenção da saúde, e em hospitais-escola, presta-se assistência e promove o ensino e a pesquisa. No Serviço de Nutrição e Dietética existem indicadores para reavaliar o per capita e o porcionamento de refeições. O resto ingesta (RI) é um marcador de desperdício de alimentos, avalia a quantidade de alimento devolvida no prato pelos pacientes. A per capita é a quantidade do alimento consumido por pessoa, geralmente calculado com base em resultados estatísticos de uma população. A porção é a quantidade do per capita de um alimento *in natura* ou preparado ou, ainda, a uma preparação. Portanto, é possível estimar antecipadamente as quantidades de itens do cardápio a serem preparados e os alimentos a serem comprados ou solicitados, assegurando o uso eficiente de tempo, dos equipamentos, do espaço e da matéria-prima, priorizando a qualidade alimentícia e a redução do desperdício. **Objetivo:** Abordar sobre o consumo alimentar de sopa de um hospital universitário do oeste do Paraná, avaliando o grau de aceitação e tamanho da porção que é distribuída, para verificar a necessidade de reavaliar o per capita estabelecido e identificar possíveis desperdícios de alimentos ou implementação de um cardápio mais diferenciado de sopas. **Materiais e métodos:** Foram entrevistados 57 pacientes (30 mulheres e 27 homens) internados com interesse e possibilidade voluntária de responder a porcentagem do consumo alimentar da sopa com uma escala em percentual de 0% (não comeu nada), 25% (comeu pouco menos da metade), 50% (comeu a metade), 75% (comeu mais que a metade), 90% (comeu quase tudo) e 100% (comeu tudo) e o motivo: Satisfeito; Salgada; Ruim; Fria; e a última opção aberta obtendo as opções extras: Sem sal, Sem apetite, Debilitado. Foram excluídos pacientes com menos de 18 anos de idade. **Resultados e discussões:** 46 pacientes, relataram “Satisfeitos” ao ingerir a porção relatada. Contra penas quatro que relataram estar “Ruim”, apenas uma pessoa alegou estar “Fria”, duas pessoas poderiam ter comido mais do que veio, duas pessoas relataram estar sem sal, uma pessoa sem apetite e uma pessoa estava debilitada. Um paciente do sexo masculino alegou estar satisfeito com apenas 25% da porção, 9 pacientes ingeriram 50% da porção, sendo seis mulheres e três homens, relataram satisfeitos. Três pacientes ingeriram 75% da porção, dois homens (“ruim” e “satisfeito”) e uma mulher (“sem sal”). Somente dois pacientes do sexo masculino comeram 90% da sopa, alegando estar satisfeito. Observou-se que 36 pacientes ingeriram 100% da porção, 19 mulheres e 14 homens declararam estar satisfeitos com a porção, dois homens e uma mulher desejariam comer mais. Um homem relatou que a sopa veio com a temperatura fria, mas mesmo assim comeu tudo. Dos 57 pacientes entrevistados, 63% ingeriram toda a porção oferecida, 4% ingeriram quase tudo, 5% relataram ter ingerido mais da metade da sopa, 16% ingeriram a metade da porção, 5% menos da metade e 7% não ingeriram nada. A sopa possui uma média Proteica = 19,05g, de Lipídios = 2,97g, de Carboidratos = 37,74g e de Fibras = 4,37g. Quanto aos micronutrientes a média de Cálcio = 37,74mg, Ferro = 1,24mg e de Sódio = 504,01mg. Do total distribuído de 29.400 kg, houve um desperdício de 4.914kg correspondente a 21% da quantidade total de sopa distribuída aos pacientes e uma ingestão de 19.026kg (79%). **Conclusão:** Há grande variação da composição dos macronutrientes e micronutrientes devido à falta de uma Ficha Técnica. Mesmo não havendo este controle do resto ingesta da sopa, de modo geral, o porcionamento atual está adequado.

Palavras-chave: Percapita, porcionamento, serviço de nutrição e dietética, desperdício.

1. INTRODUÇÃO

A Nutrição é uma ciência da área da saúde e tem o dever de zelar pela preservação, promoção e recuperação da saúde, seja do indivíduo ou da coletividade. Muitos acadêmicos entram no curso sem saber, ou até mesmo, sem conhecer quão amplo é a área de atuação do nutricionista, da qual tem a capacidade de administrar e coordenar programas de alimentação em hospitais, escolas, restaurantes comerciais, empresas, instituições de longa permanência, creches, entre outros (BRASIL, 1991).

O objetivo das Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) é fornecer refeições nutricionalmente equilibradas e com qualidade higiênico-sanitárias, e satisfazer o cliente com o serviço oferecido, bem como o ambiente físico, a convivência e as condições de higiene das instalações e dos manipuladores (PROENÇA & MATOS, 1996).

O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) dispõe sobre as atividades dos nutricionistas nas seguintes áreas de atuação: Nutrição em Alimentação Coletiva; Nutrição Clínica; Nutrição em Esportes e Exercício Físico; Nutrição em Saúde Coletiva; Nutrição na Cadeia de Produção, na Indústria e no Comércio de Alimentos; Nutrição no Ensino, na Pesquisa e na Extensão (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018).

Na área de Nutrição em Alimentação Coletiva, na gestão de UAN, consiste em serviços de alimentação coletiva (autogestão e concessão) em: empresas e instituições, hotéis, hotelaria marítima, comissarias, unidades prisionais, hospitais, clínicas em geral, hospital-dia, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), spa clínicos, serviços de terapia renal substitutiva, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e similares (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018).

Na alimentação coletiva da UAN compete ao nutricionista organizar o setor, identificando as tarefas a serem realizadas no local, a distribuição dos cargos, funções e rotina de trabalho dos funcionários. Visa comandar a equipe através supervisão, motivação, treinamentos, imposição das responsabilidades e disciplina, além de identificar as tarefas e distribuí-las em cargos e funções na rotina de trabalho. Procura manter um planejamento e controle de normas de procedimentos para a unidade, englobando toda a equipe de funcionários do setor de nutrição, materiais, equipamentos, previsão orçamental de forma a assegurar a qualidade da alimentação e as boas condições de trabalho (AZEVEDO & ARAUJO, 2010).

No setor hospitalar o objetivo específico da UAN é fornecimento de refeições cientificamente adequadas aos pacientes com finalidade à recuperação e à manutenção da saúde, e em hospitais-escola, presta-se assistência e promove o ensino e a pesquisa.

Segundo Silva (2010, em um Serviço de Nutrição e Dietética, existem fatores que podem ser utilizados como indicadores para que possa ser reavaliado o per capita e também o porcionamento de refeições. O resto ingesta (RI) é utilizado como um marcador de desperdício de alimentos em UAN, que tem como objetivo avaliar a quantidade de alimento devolvida no prato pelos clientes e pacientes. É classificado como resto, o que é devolvido nas bandejas pelos comensais e pode ser avaliado através da pesagem dessa sobra o resto-ingesta. O RI pode também, ser utilizado como um indicador de qualidade e aceitação das refeições preparadas em uma unidade de alimentação de nutrição, avaliando o que é servido (RIBEIRO, 2002).

Existem dois tipos de sobras que podem ser utilizadas a fim de avaliar se determinado alimento está sendo desperdiçado ou se a produção precisa ser ajustada, são denominados sobra limpa e sobra suja. A sobra limpa são alimentos que não foram para o buffet de distribuição, ou seja, não foram utilizados, e sobra suja é o alimento que saiu da cozinha e passou pela linha de servir (CARMO & LIMA, 2011).

Com esses dados é possível reavaliar o per capita, diminuindo a quantidade de alimento a ser produzida. Para evitar o desperdício de alimentos é possível realizar o controle de sobras e avaliar o rendimento da matéria prima a ser utilizada (SILVA, 2010).

Quanto ao per capita é definido pela quantidade do alimento consumido por pessoa, geralmente calculado com base em resultados estatísticos de uma população, porém cada tipo de serviço pode determinar o seu per capita. Normalmente é atribuído ao alimento cru, desta forma deverá ser levado em consideração o peso bruto e o peso líquido do alimento, em resumo é a quantidade de alimento necessária para elaboração de uma determinada preparação para uma pessoa (WOSNIAKI & AMÁBILE, 2014).

O termo porção é atribuído à quantidade do per capita de um alimento *in natura* ou preparado ou, ainda, a uma preparação. Normalmente atribuído ao que será servido no prato, em resumo a porção é a quantidade de alimento pronto para servir para uma pessoa (WOSNIAKI & AMÁBILE, 2014).

Estes dois termos definidos acima possibilitam estimar antecipadamente as quantidades de itens do cardápio a serem preparados e os alimentos a serem comprados ou solicitados. Proporcionado uma eficiência no ajuste de receitas conforme a necessidade, basta aplicar cálculos, levando sempre em conta a programação de cocção e o rendimento da

preparação dos itens do cardápio. Isso tudo assegura o uso eficiente de tempo, dos equipamentos, do espaço e da matéria-prima, priorizando a qualidade alimentícia e a redução do desperdício (PAYNE-PALACIO & THEIS, 2015).

Portanto, esse trabalho vem como objetivo abordar sobre o consumo alimentar de sopa de um hospital universitário do oeste do Paraná, avaliando o grau de aceitação e tamanho da porção que é distribuída, para verificar a necessidade de reavaliar o per capita estabelecido e identificar possíveis desperdícios de alimentos ou implementação de um cardápio mais diferenciado de sopas.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para avaliar o consumo de sopas, foi realizado uma pesquisa de caráter quantitativo, que segundo Santos (2000) na pesquisa quantitativa se emprega números ou símbolos para representar fenômenos de interesse ou modelo da realidade, e também de caráter qualitativo que vem para explicar e complementar a pesquisa quantitativa.

Os dados foram coletados no Hospital Universitário São Lucas, localizada na Rua Engenheiro Rebouças, 2219, Centro, Cascavel-PR, 85812-130, foram entrevistados pacientes que estavam internados no momento com interesse e possibilidade voluntária de responder a porcentagem do consumo alimentar da sopa, para colaborar com um possível ajuste do tamanho da porção distribuída, evitando desperdícios. Foram excluídos pacientes com menos de 18 anos de idade.

Cada paciente foi interrogado sobre a quantidade ingerida da sopa no dia anterior da visita, pois a entrevista foi realizada no período da tarde, sendo que essa sopa da janta é servida as 18 horas.

O consumo alimentar foi coletado do paciente em percentual, com uma escala em percentual de 0% (não comeu nada), 25% (comeu pouco menos da metade), 50% (comeu a metade), 75% (comeu mais que a metade), 90% (comeu quase tudo) e 100% (comeu tudo). Além disso, foi coletado, a idade, o sexo e o motivo pelo qual fez ingerir a quantidade relatada com as seguintes opções: Satisfeito; Salgada; Ruim; Fria; e a última opção aberta obtendo as opções extras: Sem sal, Sem apetite, Debilitado

Após o encerramento da coleta de dados, a análise dos dados foi tabulada, calculada e gerada gráficos no editor de planilhas Microsoft Office Excel®.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

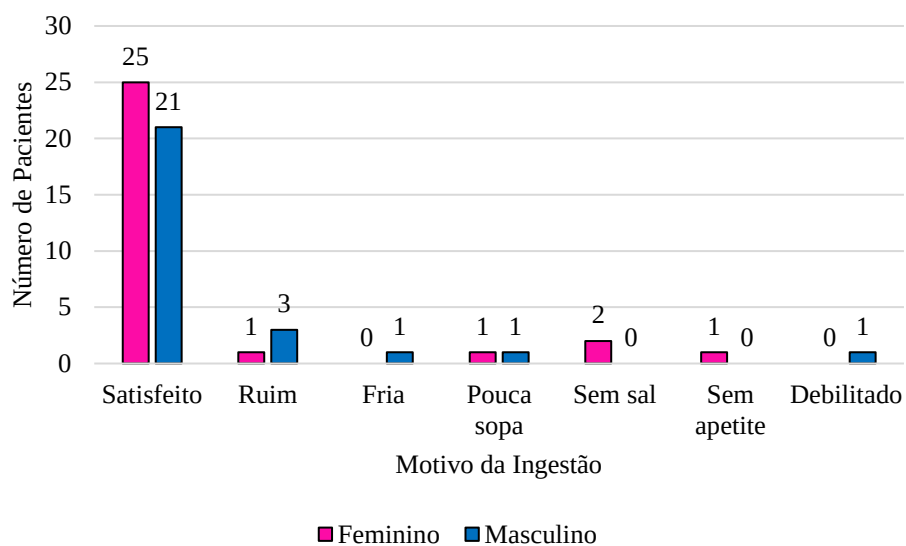
A tabela 1 representa o total da amostra de 57 pacientes (30 mulheres e 27 homens) de acordo com o gênero e a faixa etária. Observa-se uma predominância feminina na faixa etária dos 20 a 40 anos de idade e uma predominância masculina com mais de 60 anos. A idade média dos pacientes compreende 48,8 anos de idade, sendo o paciente mais jovem com 18 anos de idade e o mais velho com 91 anos de idade, ambos do gênero masculino.

Tabela 1 – Informações sobre o gênero e a faixa etária dos pacientes.

Sexo	Idade	Número	%
Feminino	< 20 anos	0	0,00
	20 a 40 anos	16	28,07
	40 a 60 anos	7	12,28
	> 60 anos	7	12,28
Masculino	< 20 anos	1	1,75
	20 a 40 anos	6	10,53
	40 a 60 anos	8	14,04
	> 60 anos	12	21,05
Média	48,8 anos		
Total		57	100

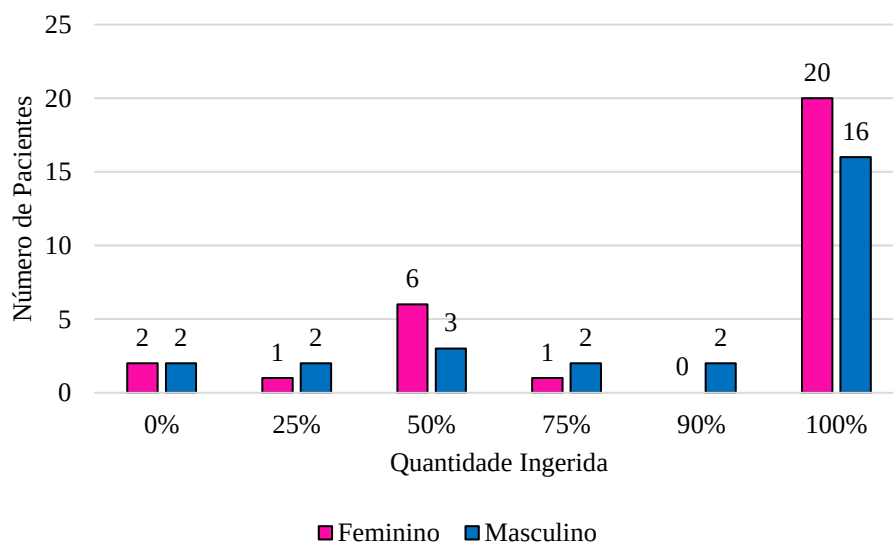
Fonte: dados coletados.

Como pode-se observar, o gráfico 1 mostra o número de pacientes e o motivo do consumo que afetou o consumo da sopa, diferenciando o sexo feminino e masculino. Identifica-se que há uma similaridade do percentual ingerido independente do sexo. Pode-se dizer que 46 pacientes, relataram “Satisfeitos” ao ingerir a porção relatada. Contra penas quatro que relataram estar “Ruim”, apenas uma pessoa alegou estar “Fria”, duas pessoas poderiam ter comido mais do que veio, duas pessoas relataram estar sem sal, uma pessoa sem apetite e uma pessoa estava debilitada.

Gráfico 1 – Motivo da ingestão da sopa.

Fonte: dados coletados.

No Gráfico 2, representa o número de pacientes com a quantidade ingerida da sopa de ambos os sexos. Nota-se, de modo geral, uma predominância que os pacientes ingeriam 100% da porção.

Gráfico 2 – Percentual de ingestão da sopa.

Fonte: dados coletados.

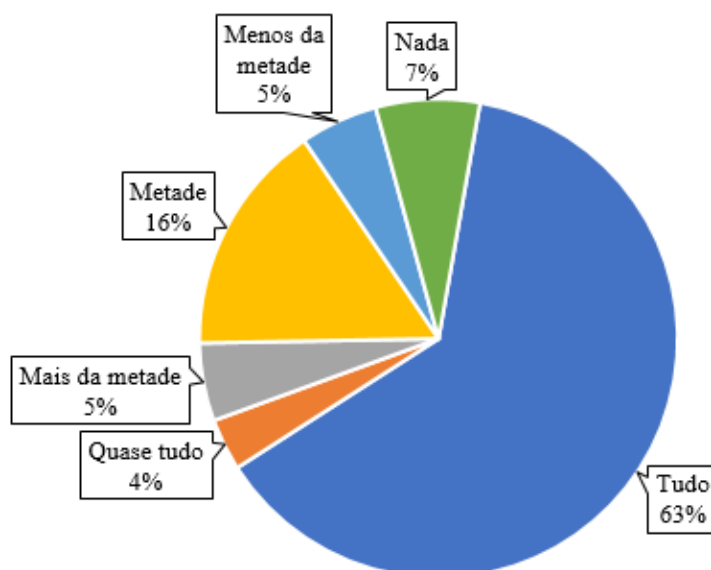
Ainda analisando o Gráfico 2, nota-se que quatro pacientes não comeram nada, duas do sexo feminino e dois do sexo masculino. Uma mulher alegou estar sem apetite e a outra que a sopa estava ruim. Quanto aos homens, ambos alegaram que a sopa estava ruim.

Quanto a porcentagem de ingestão correspondente a 25%, um paciente do sexo masculino alegou estar satisfeito, considerando que este tem 60 anos de idade e o outro paciente com 91 anos de idade relatou essa baixa ingestão pois está debilitado. Já a mulher de 28 anos, ingeriu apenas essa quantidade, pois relatou que a sopa estava sem sal. Em Malafaia (2008) ressalta que no indivíduo idoso ocorre de forma natural uma redução de apetite, devido a uma diminuição das sensações do paladar, olfato, audição, visão e tato podem reduzir o apetite e também o prazer pela comida, resultando em uma baixa ingestão de alimentos e um estado maior de saciedade. Para o percentual de ingestão de 50%, 9 pacientes, sendo seis mulheres e três homens, ingeriram apenas essa quantidade pois relataram estarem satisfeitos.

O consumo equivalente a 75%, foi constatado em apenas três pacientes, sendo dois homens e uma mulher. A mulher relatou que a sopa estava sem sal, um homem descreveu que estava ruim, e o outro relatou satisfeito com essa quantidade. Do consumo de 90% da sopa, somente dois pacientes do sexo masculino comeram essa quantidade, alegando estar satisfeito. Analisando a ingestão de total da porção, 36 pacientes relataram que comeram tudo, sendo 19 mulheres e 16 homens. Desses 36 que classificaram a ingestão total da sopa, 19 mulheres e 14 homens declararam estar satisfeitos, e dois pacientes, sendo um homem e uma mulher desejariam comer mais. Um homem relatou que a sopa veio com a temperatura fria, mas mesmo assim comeu tudo.

O porcionamento padronizado vem como finalidade de evitar o excesso de alimentos preparados e no prato, e consequentemente reduz o desperdício de alimentos (Barthichoto *et al.*; 2015). Um porcionamento inadequado das refeições pode levar a alguns prejuízos para uma UAN hospitalar, podendo causar um impacto negativo na recuperação de pacientes internados no Hospital (AMARAL, 2018).

No gráfico 3 representa os 57 pacientes entrevistados de acordo com a quantidade ingerida da sopa da janta, observa-se que 63% dos pacientes ingeriram toda a porção oferecida, 4% ingeriram quase tudo, 5% relataram ter ingerido mais da metade da sopa, 16% ingeriram a metade da porção, 5% menos da metade e 7% não ingeriram nada.

Gráfico 3 – Quantidade ingerida dos pacientes de ambos os sexos.

Fonte: dados coletados.

Na Tabela 2, consta o acompanhamento de dez dias do pré-preparo, preparo e distribuição da sopa, bem como o controle do número exato de pacientes que estavam recendo a sopa de janta. Como o Hospital trabalha com equipes 12h/36h, houve o acompanhamento da cozinheira A e a cozinheira B, por não conter Ficha Técnica de preparo da sopa, percebeu-se que há uma variação significativa em relação aos macronutrientes e micronutrientes.

Tabela 2 – Média do acompanhamento do pré-preparo e preparo de 10 dias da sopa.

Cozinheira	Per Capta	Qtde produção kg	KCAL	PTN g	LIP g	CHO g	Fibra g	Ca mg	Fe mg	Na mg
A	0,447	130,05	378,11	25,95	3,582	61,349	6,705	52,49	1,758	191,73
B	0,411	108,49	206,73	15,087	2,403	30,968	3,475	27,382	0,8	776,38
A	0,515	133,24	264,51	22,424	3,236	36,773	4,575	44,67	1,176	269,07
A	0,551	149,11	281,27	20,499	2,985	43,929	4,69	43,372	1,311	239,72
B	0,496	117,58	394,37	25,592	5,286	60,598	5,597	36,211	2,474	904,89
A	0,456	115,2	222,65	15,607	2,205	35,241	3,246	31,762	0,939	450,14
B	0,423	101,09	281,1	20,809	3,108	42,169	3,351	34,83	1,086	863,05
A	0,451	119	218,36	19,446	2,903	28,799	3,483	32,605	0,877	292,94
B	0,407	111,53	227,04	6,743	1,377	47,932	4,239	33,74	0,889	708,4
A	0,462	118,65	281,99	18,407	2,688	46,406	4,394	40,417	1,181	343,85
MÉDIA	0,4619	120,39	275,61	19,056	2,9773	43,416	4,3755	37,747	1,2491	504,01

Fonte: dados coletados.

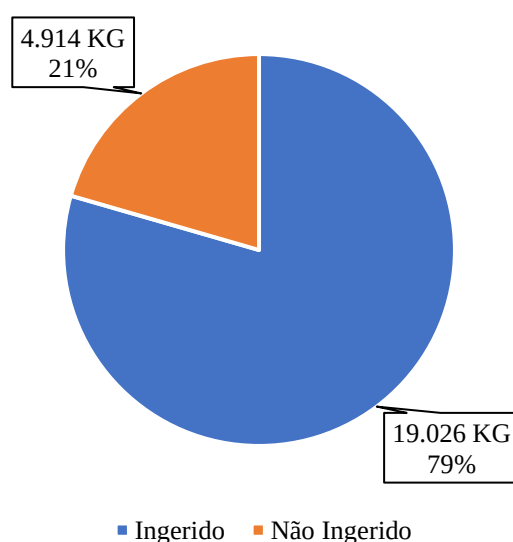
Através da análise dos macronutrientes representados na Tabela 2, observa-se a média Proteica de 19,05g, com a maior e menor concentração de 25,95g e 6,74g respectivamente. Quanto ao teor médio de Lipídios = 2,97g, com o maior teor de 5,28g e o menor de 1,37g. Já para as concentrações médias de Carboidratos = 37,74g, com a maior e menor concentração de 61,34g e 27,38g respectivamente. O teor de fibras médio, foi de 4,37g com o maior teor de 6,7g e o menor de 3,24g.

Analisando os micronutrientes representados na Tabela 2, observa-se que uma média de Cálcio igual a 37,74mg, com a maior e menor concentração de 52,49mg e 27,38mg respectivamente. Quanto ao teor médio de Ferro está em 1,24mg, com o maior teor de 2,47mg e o menor de 0,8mg. Já para as concentrações médias de Sódio, obteve-se 504,01mg, com a maior e menor concentração de 904,89mg e 191,73mg respectivamente.

Segundo *Dietary Reference Intakes* (DRIs), a concentração de sódio total de um adulto saudável é de 1500mg por dia. Considerando que a quantidade média da distribuição da sopa é de 504,01, correspondendo a mais de 1/3 da quantidade diária necessária adequada.

O Gráfico 4 ilustra a quantidade aproximada total ingerida e não ingerida pelos pacientes. Considerando uma porção média da embalagem da sopa de 420g per capita, foi distribuído 29.400 kg de sopa aos 57 pacientes entrevistados neste estudo.

Gráfico 4 – Quantidade ingerida e não ingerida pelos pacientes.



Fonte: dados coletados.

O Gráfico 3, de um total distribuído de 29.400 kg, houve um desperdício de 4.914kg correspondente a 21% da quantidade total de sopa distribuída aos pacientes e uma ingestão de 19.026kg (79%).

Segundo Veiros & Proença (2003), o Índice de Resto é calculado pela divisão do peso da refeição rejeitada sob o peso da refeição distribuída, multiplicando-se por 100%. Quando resultado for maior que 20%, para a coletividade enferma, deve-se suspeitar que os cardápios estejam mal planejados e/ou mal executados. Portanto, ao realizarmos esse cálculo, obtém-se $IR = 4.914 / 29400 \times 100 = 16,71\%$, indicando um IR e porcionamento adequado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resto ingesta da sopa da janta do hospital não é realizado, pois é servida em prato descartável, e conseqüentemente não há um controle do consumo desta refeição, isso dificulta a avaliação da satisfação dos pacientes. Além desses fatores, sabe-se que no hospital há uma variabilidade grande de estados nutricionais dos pacientes, portanto, necessita de um cardápio adequado, com mais variações e nutritivo para atender à necessidade da grande maioria, e que seja palatável e bem aceito.

Percebeu-se que há uma grande variação da composição dos macronutrientes e micronutrientes da sopa da janta devido à falta de uma Ficha Técnica, sendo assim é notável a importância dessa ferramenta no âmbito da UAN, principalmente por se tratar de pessoas enfermas.

Por fim, mesmo não havendo este controle do resto ingesta da sopa, de modo geral, o porcionamento atual está adequado, pois não há um desperdício significativo, notando que os pacientes participantes da pesquisa tiveram um consumo adequado, não contribuindo para o desperdício e não sendo necessário o reajuste do percapta.

REFERÊNCIAS

AMARAL LB. Redução do desperdício de alimentos na produção de refeições hospitalares - **Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação**. Porto Alegre: Faculdade IBGEN, 2008.

AZEVEDO, T. F. C.; ARAUJO, M. B. V. Atuação do nutricionista como gestor de restaurantes industriais de Uberaba-MG, baseado no perfil de liderança visionária. **Caderno de Pós-Graduação da FAZU**. Uberaba-MG, v. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.fazu.br/ojs/index.php/posfazu/article/viewFile/340/246>>.

BRASIL. Lei n. 8.234, de 17 de set. de 1991. **Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências**. Brasília, DF, set 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8234.htm>.

CARMO, S.; LIMA, T. Avaliação do índice de sobras limpas em uma unidade de alimentação e nutrição institucional na cidade de Campo Grande- MS. *Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde*. Vol. 15. Núm. 6. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições**. Resolução CFN n. 600, de 25 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm>.

MALAFIA, G. **As consequências das deficiências nutricionais, associadas à imunossenescência, na saúde do idoso**. Arquivos Brasileiros de Ciência da Saúde, Ouro Preto (MG), v.33, n.3, p.168-76, 2008.

PAYNE-PALACIO, J.; THEIS, M. *Gestão de Negócios em Alimentação: princípios e práticas*. 12ª edição, Ed. Manole, 2015.

PROENÇA, R. P. C.; MATOS, C. H. Condições de trabalho e saúde na produção de refeições em creches municipais de Florianópolis. **Revista Ciências da Saúde**, v.15, n.1-2, p.73-84, 1996.

SILVA, A.; SILVA, C.; PESSINA, E. Avaliação do índice de resto ingesta após campanha de conscientização de dos clientes contra o desperdício de alimentos em um serviço de alimentação hospitalar. *Rev. Simbio-Logias*. Vol. 3. Núm. 4. 2010.

VEIROS, M. B.; PROENÇA, R. P .C. Avaliação qualitativa das preparações do cardápio em uma Unidade de Alimentação e Nutrição – Método AQPC. *Nutrição em Pauta*. Ano. XI, nº 62, 2003.

WOSNIAKI, A. AMÁBILE, M. **Ficha técnica de preparação**. Brasil, 2014. Disponível em: <https://www.crn8.org.br/uploads/content_file/entre-a-casa-e-sua-elaboracao-de-ficha-tecnica-de-preparacao.pdf>.