

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

TESE

**O TRABALHO DO NUTRICIONISTA E A GESTÃO DOS
CUIDADOS NUTRICIONAIS: UM ESTUDO
ANTROPOTECNOLÓGICO EM UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO
E NUTRIÇÃO HOSPITALARES**

ANETE ARAÚJO DE SOUSA

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL

2001

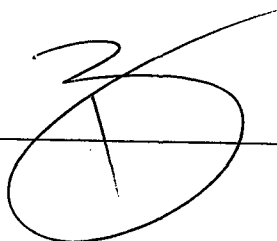
**O TRABALHO DO NUTRICIONISTA E A GESTÃO DOS
CUIDADOS NUTRICIONAIS: UM ESTUDO
ANTROPOTECNOLÓGICO EM UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO
E NUTRIÇÃO HOSPITALARES**

ANETE ARAÚJO DE SOUSA

Esta tese foi julgada adequada para a obtenção do título de DOUTOR EM ENGENHARIA e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.

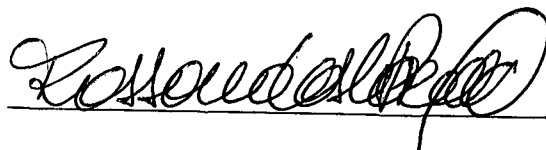
Coordenador do Programa



BANCA EXAMINADORA:

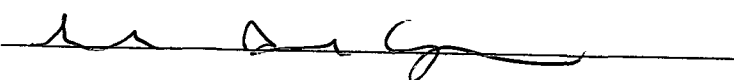
Rossana Pacheco da Costa Proença, Dr.

UFSC/CTC/EPS – Orientadora



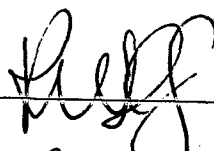
Leila Amaral Gontijo, Dr.

UFSC/CTC/EPS



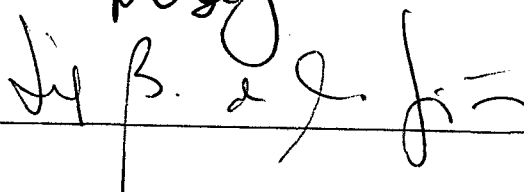
Rosa Wanda Diez Garcia, Dr.

PUCAMP/FCM/Nutrição



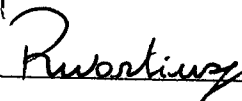
Lia Buarque de Macedo, Ph.D.

UFRGS/PPGEP/EPS



Regina Lúcia Martins Fagundes, Dr.

UFSC/CCS/NTR - Moderadora



Florianópolis, 07 de dezembro de 2001.

Dedico este Trabalho

*Aos meus amores, Ricardo, Maísa, Mariana e
Pedro, pelo exercício de felicidade e
companheirismo.*

*Aos meus pais, Nicodemus e Ana por me
ensinarem a riqueza das coisas simples da
vida.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Rossana Pacheco da Costa Proença, pela amizade, orientação e entusiasmo por descobrir coisas novas.

Ao Professor Neri dos Santos, pela orientação nos primeiros anos de estudo e por dividir comigo a sua paixão pela ergonomia.

Aos professores componentes da banca examinadora, Rosa Wanda Diez Garcia, Lia Buarque de Macedo, Leila Amaral Gontijo, Regina Lúcia Martins Fagundes pelas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

A CAPES, pelo auxílio financeiro no doutorado sanduíche.

Ao Professor Dr. Bernard Guy-Grand, pela disponibilidade como orientador francês do doutorado-sanduíche.

Às dietistas e nutricionistas e direção dos locais utilizados como referência para este estudo. Especialmente às dietistas Anne Zancha e Edith Thárcis, e às nutricionistas Márcia Basílio e Mara Zambone, por dividirem comigo as suas vivências. Às nutricionistas Janete Maculevicius e Andréa Jorge pela abertura e apoio demonstrados quando da realização do trabalho.

À Maria Joana Zucco, pela orientação e revisão de textos, críticas, discussões e estímulo.

Aos colegas e amigos do PPGEP, pelos momentos inter e transdisciplinares conquistados. Especialmente à Marisa, Ana Regina, Eliete, Andreza, José de Fátima e Walter.

Aos meus colegas do Departamento de Nutrição da UFSC, pelo incentivo e apoio. Em especial, à Maria Cristina Marcon, Suzeley Jorge e Sônia Laus Nunes, professoras da área e, à Maria Alice Altemburg de Assis, pelo estímulo quando da realização do estudo na França.

Às colegas do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Universitário, por participarem das trocas de aprendizagem durante os trabalhos práticos e, em especial, às nutricionistas Eliana Liberatore e Maria Luíza Aires de Alencar.

Às minhas irmãs de afeto, Neila e Cris, pelos momentos de felicidade, liberdade e prazer vividos e, pelo amor compartilhado com “nossos filhos” durante a minha permanência na França.

À Dinha, pelo cuidado com a casa e com meus filhos durante o meu envolvimento com a tese.

À minha família “ilhoa” e minha família “baiana-carioca-paulistana” pela torcida unida.

A todas as pessoas e amigos, que me auxiliaram e me estimularam para que este trabalho fosse realizado.

SUMÁRIO

	Pág.
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	
1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	001
1.2. APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	004
1.3. JUSTIFICATIVA	008
1.4. HIPÓTESES	013
1.4.1. Hipótese Geral	013
1.4.2. Hipóteses Secundárias	013
1.5. OBJETIVOS	014
1.5.1. Objetivo Geral	014
1.5.2. Objetivos Específicos	014
1.6. RESULTADOS ESPERADOS	015
1.6.1. Resultado Geral	015
1.6.2. Resultados Específicos	015
1.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	016
1.8. ESTRUTURA DO TRABALHO	016
2. REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1. INTRODUÇÃO	018
2.2. TECNOLOGIAS – MODELOS E CONCEPÇÕES DE SER HUMANO	019
2.2.1. Uma abordagem histórica	019
2.2.2. A multidimensionalidade humana	021
2.2.3. Os limites das teorias administrativas frente a racionalidade humana	022
2.3. TECNOLOGIAS E PRINCIPAIS CONCEITOS	027
2.4. ERGONOMIA	030
2.4.1. Conceitos e considerações gerais	030
2.4.2. Análise Ergonômica do Trabalho	032
2.4.2.1. Análise da Demanda	033
2.4.2.2. Análise da Tarefa	034
2.4.2.3. Análise da Atividade	035
2.4.3. As contribuições da ergonomia cognitiva para análise de situações de trabalho	040
2.4.4. Mapas cognitivos e construção da representação mental	042
2.5. A TEORIA DA CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO	045

2.5.1. Introdução	045
2.5.2. Dados, informação, conhecimento e competência: semelhanças e diferenças	046
2.5.3. O modos de conversão do conhecimento e as condições organizacionais para a criação do conhecimento	049
2.6. ANTROPOTECNOLOGIA	052
2.6.1. Conceitos e considerações gerais	052
2.6.2. A concepção e as transferências de tecnologias de gestão – alguns estudos importantes para o objeto de estudo	054
2.6.3. A metodologia antropotecnológica	059
2.6.3.1. Análise do local de transferência	060
2.6.3.2. Análise de situações de referência	062
2.6.3.3. Projeção do quadro de trabalho futuro e prognóstico da atividade futura	063
2.7. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DO NUTRICIONISTA NO SETOR HOSPITALAR	065
2.7.1. Considerações gerais	065
2.7.2. Saúde, qualidade de vida e necessidades humanas: uma aproximação da concepção holística	066
2.7.3. Características gerais da organização hospitalar	072
2.7.4. A Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) hospitalar e os cuidados nutricionais	076
2.7.5. O trabalho do nutricionista no setor hospitalar	079
2.7.6. A qualidade do cuidados nutricionais: contribuições para o estudo proposto	082
2.8. CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	085
CAPÍTULO 3. DESCRIÇÃO DA PESQUISA	
3.1. INTRODUÇÃO	088
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	088
3.3. CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE	089
3.3.1. Definição das Variáveis	090
A. Variáveis referentes ao ambiente externo	090
B. Variáveis referentes ao ambiente interno	091
3.3.2. População e Amostra	093
3.3.3. Procedimentos metodológicos	094

3.3.4. Tratamento e análise dos dados	099
3.4. ESTUDOS DE CASO	101
3.4.1. Análise da situação local e de referência francesa – O Serviço de Dietética e <i>Restoration</i> do Hospital <i>Hôtel Dieu</i>	101
3.4.1.1. Descrição das variáveis	102
A. Análise da situação local - variáveis referentes ao ambiente externo	102
A.1. Contexto Social e Demográfico	102
A.2. Contexto Industrial	111
B. Análise da situação de referência - variáveis referentes ao ambiente interno	114
B.1. Características da Organização Hospitalar	114
B.2. Características da Unidade de Alimentação e Nutrição	119
B.3. Características da situação de trabalho das dietistas	129
3.4.2. Análise da situação local e de referência brasileira – A Divisão de Nutrição e Dietética (DND) do Instituto Central do Hospital das Clínicas (IHC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)	149
3.4.2.1. Descrição das variáveis	150
A. Análise da situação local - variáveis referentes ao ambiente externo	150
A.1. Contexto Social e Demográfico	150
A.2. Contexto Industrial	158
B. Análise da situação de referência - variáveis referentes ao ambiente interno	160
B.1. Características da Organização Hospitalar	160
B.2. Características da Unidade de Alimentação e Nutrição	163
B.3. Características da situação de trabalho das nutricionistas	173
3.5. CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	193
CAPÍTULO 4: PROJEÇÃO DO QUADRO DE TRABALHO FUTURO E PROGNÓSTICO DA ATIVIDADE FUTURA	
4.1. IDENTIFICAÇÃO DOS ASPECTOS ANTROPOTECNOLÓGICOS RELEVANTES DAS SITUAÇÕES DE TRABALHO ANALISADAS	195
4.1.1. Análise comparativa das situações de referência francesa e brasileira	195
A. O Ambiente externo – a região da Grande Paris e da Grande São Paulo	195
A.1. Os contextos Social e Demográfico	195
A.2. O contexto industrial	199
B. O ambiente interno do Hôtel Dieu e do Instituto Central do Hospital das Clínicas	200

B.1. As características dos hospitais estudados	200
B.2. As características das Unidades de Alimentação e Nutrição	201
B.3. As características das situações de trabalho – dietistas na França e nutricionistas no Brasil	203
C. Condições organizacionais para a criação do conhecimento	209
4.1.2. Aspectos antropotecnológicos relevantes para adaptação tecnológica de gestão dos cuidados nutricionais	216
4.2. RECOMENDAÇÕES PARA QUALIFICAR A GESTÃO DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS E O TRABALHO DO NUTRICIONISTA NOS HOSPITAIS BRASILEIROS	217
4.2.1. A tecnologia de gestão dos cuidados nutricionais	218
4.2.2. As estratégias de interação e de organização entre o atendimento clínico nutricional e a produção de refeições	221
4.2.3. A organização do trabalho	223
4.2.4. A formação dos futuros nutricionistas	226
4.2.5. A formação contínua dos nutricionistas no trabalho	228
4.3. CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	231
CAPÍTULO 5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	232
5.1. OS CAMINHOS PARA RESPONDER A PERGUNTA DE PARTIDA – A DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E HIPÓTESES	232
5.2. AS PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES COM O DESENVOLVIMENTO DA TESE	235
5.3. AS PERSPECTIVAS DE CONTINUIDADE	237
5.4. RECOMENDAÇÕES FINAIS	239
5.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	240
CAPÍTULO 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	243
ANEXOS	
Anexo 1. Definição de termos utilizados na pesquisa	257
Anexo 2. Relação dos profissionais entrevistados e/ou acompanhados durante análise da situação local e de referência francesa	260
Anexo 3. Distribuição do número de leitos do <i>Hôtel-Dieu</i> pelos principais serviços de hospitalização e respectivas unidades	261
Anexo 4. Esquema de leiaute da cozinha central do <i>Hôtel-Dieu</i> de Paris, AP-HP, 2000	262

Anexo 5. Ações prioritárias, referências e número de critérios a serem avaliados no referencial “ <i>Évaluation de Qualité de l’Alimentation et de la Nutrition dans les Services de Soins</i> ” da AP-HP	263
Anexo 6.: Esquema de análise da atividade da dietista chefe superior do Serviço de Dietética e <i>Restauration</i> , Hôtel Dieu, Paris, jornada do dia 30 de junho de 2000	264
Anexo 7. Esquema de análise da atividade da dietista do atendimento clínico-nutricional (U.I. de medicina interna e gastroenterologia), Hôtel Dieu de Paris, jornada do dia 13 de setembro de 2000	265
Anexo 8. Relação dos profissionais entrevistados e/ou acompanhados durante análise da situação local e de referência brasileira	267
Anexo 9. Distribuição do número de leitos do Instituto Central Hospital das Clínicas (ICHC) por especialidades e respectivas unidades médicas	268
Anexo 10. Esquema de leiaute das áreas da produção central da Divisão de Nutrição e Dietética do ICHC, 2001	269
Anexo 11. Esquema de análise da atividade da nutricionista da seção de preparo e cocção da DND/ICHC, São Paulo, jornada de 22 de março de 2001	270
Anexo 12. Esquema de análise da atividade da nutricionista da seção de dietoterapia em clínica médica da DND/ICHC, São Paulo, jornada de 26 de março de 2001	274

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 2.1: Modelo holístico de controle organizacional	024
Figura 2.2: A organização e o conjunto independente de subsistemas	026
Figura 2.3: Modelo de uma situação de trabalho centrado sobre as causalidades	031
Figura 2.4: Esquema metodológico da análise ergonômica do trabalho	033
Figura 2.5: Espiral da criação do conhecimento organizacional	051
Figura 2.6: Etapas da metodologia antropotecnológica	060
Figura 2.7: Esquema representando os contextos sociais e ambientais sobre a saúde	067
Figura 2.8: Zonas de qualidade segundo critérios perceptivos e clínicos	076
Figura 2.9: Diferentes níveis de intervenção de acordo com a complexidade do atendimento nutricional	078
Figura 2.10: Principais ações e o fluxo de atendimento entre os setores de nutrição clínica e produção de refeições	081
Figura 2.11: Esquema das quatro funções na alimentação hospitalar	084
Figura 3.1: Definição das dimensões e respectivos indicadores para a variável contexto social e demográfico	091
Figura 3.2: Definição das dimensões e respectivos indicadores para a variável contexto industrial	091
Figura 3.3: Dimensão e indicadores da variável características da organização hospitalar	092
Figura 3.4: Dimensões e indicadores da variável características da Unidade de Alimentação e Nutrição	092
Figura 3.5: Dimensões e características da variável características da situação de trabalho dos nutricionistas	093
Figura 3.6: Etapas do processo de interação entrevistado - entrevistador	097
Figura 3.7: Etapas da metodologia antropotecnológica e tipos de coleta de dados no estudo proposto	099
Figura 3.8: Esquema de análise das situações de referência francesa e brasileira	101

Figura 3.9: Principais categorias profissionais envolvidas no fluxo de atendimento ao paciente no <i>Hôtel Dieu</i> de Paris	116
Figura 3.10: Número de refeições servidas no <i>Hôtel Dieu</i> , gerenciadas pelo Serviço de Dietética e <i>Restauration</i> durante os anos de 1997, 1998 e 1999	120
Figura 3.11: Decomposição das diferentes refeições de uma jornada de hospitalização no <i>Hôtel Dieu</i> de Paris	122
Figura 3.12: Fluxos e estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e da gestão da produção das refeições do Serviço de Dietética e <i>Restauration</i> do <i>Hôtel Dieu</i> de Paris, 2000	123
Figura 3.13: Distribuição do número de dietistas do Serviço de Dietética e <i>Restauration</i> do <i>Hôtel-Dieu</i> pelos principais serviços de hospitalização e respectivas unidades	132
Figura 3.14: Principais conteúdos das comunicações entre a dietista chefe superior e os diferentes profissionais. <i>Hôtel Dieu</i> de Paris, 2000	137
Figura 3.15: Principais informações e conteúdos das comunicações entre a dietista da unidade de medicina interna e gastroenterologia e os diferentes interlocutores. <i>Hôtel Dieu</i> de Paris, 2000	139
Figura 3.16: Mapa cognitivo da representação mental da qualidade dos cuidados nutricionais (QCN) da dietista chefe superior do Serviço de Dietética e <i>Restauration</i> do <i>Hôtel Dieu</i> de Paris, julho, 2000	144
Figura 3.17: Mapa cognitivo da representação mental da qualidade dos cuidados nutricionais (QCN) da dietista do atendimento clínico-nutricional do Serviço de Dietética e <i>Restauration</i> do <i>Hôtel Dieu</i> de Paris, setembro, 2000	145
Figura 3.18: Distribuição de nutricionistas pelas respectivas unidades administrativas da Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas (ICHC). São Paulo, março, 2001	164
Figura 3.19: Características da clientela atendida pelo ICHC com relação a sexo, idade, naturalidade e procedência. São Paulo, março, 2001	167
Figura 3.20: Fluxos e estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e a gestão da produção das refeições da Divisão de Nutrição e Dietética do ICHC, São Paulo, 2001	168
Figura 3.21: Pontos de inspeção fundamentais ao Sistema de Qualidade nas diferentes unidades administrativas da DND. São Paulo, março, 2001	171

Figura 3.22: Distribuição do número de nutricionistas da Divisão de Nutrição e Dietética do ICHC pelas unidades de hospitalização e seções ligadas à produção de refeições. São Paulo, março, 2001	176
Figura 3.23: Principais conteúdos das comunicações estabelecidas entre a nutricionista chefe da seção de preparo e cocção e diferentes profissionais das unidades administrativas da DND e do ICHC. São Paulo, março, 2001	182
Figura 3.24: Principais informações e conteúdos das comunicações entre a nutricionista seção de dietoterapia em clínica médica (NDCM) e diferentes interlocutores do ICHC. São Paulo, março, 2001	184
Figura 3.25: Mapa cognitivo da representação mental da qualidade dos cuidados nutricionais (QCN) da nutricionista chefe da seção de preparo e cocção da DND/ICHC. São Paulo, março, 2001	188
Figura 3.26: Mapa cognitivo da representação mental da qualidade dos cuidados nutricionais (QCN) da nutricionista da seção de dietoterapia em clínica médica da DND/ICHC. São Paulo, março, 2001	189
Figura 4.1: Comparação dos indicadores do ambiente externo da França e do Brasil, para o contexto social e demográfico, dimensão sócio-econômica	196
Figura 4.2: Comparação dos indicadores do ambiente externo da França e do Brasil, para o contexto social e demográfico, dimensão antropológica e cultural	196
Figura 4.3: Comparação dos indicadores do ambiente externo da França e do Brasil, para o contexto social e demográfico, dimensão demográfica	197
Figura 4.4: Comparação dos indicadores do ambiente externo da França e do Brasil, para o contexto industrial, dimensão tecnológica	199
Figura 4.5: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável características da organização hospitalar	201
Figura 4.6: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável características das Unidades de Alimentação e Nutrição	202
Figura 4.7: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável características da situação de trabalho	203
Figura 4.8: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável características da situação de trabalho, centrada na análise da atividade das dietistas e nutricionistas	204

Figura 4.9: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável características da situação de trabalho, centrada na representação mental das dietistas e nutricionistas	205
Figura 4.10: Esquema demonstrativo dos principais aspectos antropotecnológicos relevantes das situações de referência na França e no Brasil, para adaptação tecnológica de gestão dos cuidados nutricionais	216
Figura 5.1: Esquema demonstrativo relacionando os objetivos específicos com as seções e aspectos desenvolvidos na tese	233

RESUMO

O estudo teve como proposta analisar comparativamente, com o suporte da ergonomia e da antropotecnologia, o trabalho do dietista/nutricionista e a gestão dos cuidados nutricionais em unidades de alimentação e nutrição hospitalares, no Brasil e na França. Teve-se, como finalidade, a formulação de parâmetros para subsidiar a adaptação tecnológica relacionada à gestão dos cuidados nutricionais, para a realidade brasileira.

O referencial teórico compreende temas relacionados à tecnologia, à ergonomia e à antropotecnologia, com ênfase nos aspectos cognitivos. Abordam-se, as contribuições teóricas referentes à teoria da criação do conhecimento, considerando a interação entre o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições para qualificar os cuidados nutricionais. Analisam-se, teoricamente, as características gerais da organização hospitalar, das unidades de alimentação e nutrição, as principais áreas de atuação dos dietistas/nutricionistas e as contribuições teóricas sobre qualidade, para o setor.

A análise comparativa considera a influência do ambiente externo dos dois países sobre as características da organização hospitalar e da unidade de alimentação e nutrição e, especialmente, sobre as atividades dos dietistas/nutricionistas dos setores da produção de refeições e de atendimento clínico-nutricional.

Os resultados da França permitem evidenciar que as características observadas oferecem condições mais favoráveis para os dietistas criarem espaços facilitadores para produção do conhecimento em alimentação e nutrição, de forma a lidarem com os desafios apontados pelo ambiente externo. Os contextos social, demográfico e industrial apontam os seguintes desafios: envelhecimento da população, mudanças no comportamento alimentar, baixo nível de formação dos operadores do setor, doenças degenerativas, hospitalização a domicílio e nível de formação dos dietistas.

No Brasil, o contexto social e demográfico, caracterizado pelo baixo investimento em saúde, nível de escolaridade e de acesso aos bens de consumo, nível de formação dos operadores, mudanças no comportamento alimentar e envelhecimento da população, apresenta-se ainda mais desafiador para os nutricionistas. O contexto industrial em evolução, a formação qualificada e a experiência dos nutricionistas são aspectos positivos que favorecem a gestão do conhecimento em alimentação e nutrição.

As recomendações elaboradas para qualificar a gestão dos cuidados nutricionais e o trabalho do nutricionista nos hospitais brasileiros foram formuladas com relação aos seguintes aspectos: a tecnologia de gestão dos cuidados nutricionais, estratégias de interação e de organização entre o atendimento clínico-nutricional e a produção das refeições, organização do trabalho, formação dos futuros nutricionistas e formação contínua dos nutricionistas no trabalho.

PALAVRAS-CHAVES: ERGONOMIA, ANTROPOTECNOLOGIA, NUTRICIONISTA, CUIDADOS NUTRICIONAIS, UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALARES.

ABSTRACT

This study had as its proposal a comparative analysis, with the support of ergonomics and anthropotechnology, of the work of the dietician/nutritionist and the management of nutritional care in hospital food and nutrition services both in Brazil and France. The aim was to formulate parameters to give subsidy to the technological adaptation in that which concerns the management of nutritional care to the Brazilian reality.

The theoretical background comprises themes related to technology, to ergonomics and to anthropotechnology, with an emphasis on cognitive aspects. The theoretical contributions referring to the theory of the creation of knowledge are approached, taking into account the interaction between clinical-nutritional attendance and the production of meals to qualify nutritional care. The analysis focuses on the general characteristics of hospital organisation, of hospital food and nutrition services, as well as on the main areas of performance for dieticians/nutritionists and on the theoretical contributions concerning quality in this field.

The comparative analysis considers the influence of the external environment of the two countries on the characteristics of the organisation in the hospital and in the feeding and nutrition units and specially on the activities of dieticians/nutritionists in the areas of meal production and clinical-nutritional attendance.

The results with respect to France show that the characteristics observed offer conditions which are more favourable for dieticians to create spaces which facilitate the production of knowledge in feeding and nutrition, so that they are able to manage the challenges of the external environment. Social, demographic and industrial contexts point to the following challenges: the ageing of the population, changes in eating behaviour, low level of background of workers in the field, degenerating diseases, home hospitalisation and level of background of dieticians.

In Brazil, the social and demographic context, characterised by the low investment in health, school level and level of access to consumption, level of background of workers, changes in eating behaviour and ageing of the population is even more challenging to nutritionists. The industrial context in evolution, the qualified background and the experience of nutritionists are positive aspects which favour the management of knowledge in feeding and nutrition.

Recommendations to qualify the management of nutritional care and the work of nutritionists were formulated in relation to the following aspects: the technology of management of nutritional care, strategies of interaction and organisation between clinical-nutritional attendance and the production of meals, work organisation, background of future nutritionists and continuous background of nutritionists at work.

Key-words: ERGONOMICS, ANTHROPOTECHNOLOGY, DIETICIAN, NUTRITIONAL CARE, HOSPITAL FOOD AND NUTRITION SERVICES.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os eventos dos últimos anos têm provocado mudanças significativas nas organizações. Em nenhum outro momento da história o ser humano esteve diante de tantas incertezas com relação ao seu futuro. As preocupações em torno do que projetar para as próximas gerações têm sido a pauta de inúmeros estudiosos ligados a diferentes áreas do conhecimento. Elementos como a certeza, a previsibilidade, o controle, características da sociedade industrial, que davam estrutura às nossas vidas, estão desaparecendo. O futuro precisa ser repensado sob novas bases, conforme as análises elaboradas por Gibson (1998, p. XX - XXI) e Handy (1998, p.3).

Mas um olhar atento é necessário. A noção de modernização, concebida pelas organizações a partir dos avanços tecnológicos, pode ser baseada em novos valores sociais. Ao mesmo tempo, há necessidade de uma investida nos seres humanos, em suas organizações, para que se dê conta do desgaste que os sistemas naturais e sociais têm sofrido.

A esse respeito Tiezzi (1988, p.36-44) ressalta que a introdução da espécie humana, que tem múltiplas relações com outras espécies, em um sistema natural pode significar a simplificação desse sistema e não o aumento da sua complexidade. Essa simplificação resultaria em danos sobre o meio ambiente, o incremento descontrolado de algumas espécies e a destruição de ecossistemas inteiros, resultando em desflorestamento, desertificação, erosão do solo, degradação de terras irrigadas, poluição ambiental e agrícola, aquecimento global, destruição da camada de ozônio, extinção de espécies e, conseqüentemente para o ser humano, a emergência de novas doenças.

As análises tão enriquecedoras de Sahtouris (1998, p.26) ressaltam que o ser humano não foi biologicamente programado para saber como entrar em sincronia com a dança do planeta. No entanto, a “nossa maturidade como espécie depende de aceitarmos a responsabilidade por nossa herança natural de ter liberdade de comportamento, trabalhando consciente e cooperativamente para conservar nossa saúde, juntamente com a saúde de nosso planeta”.

Da mesma forma, a aceleração do crescimento industrial global tem gerado a destruição não só da biodiversidade como também da diversidade cultural. Um exemplo mais claro desse

fenômeno é o que está ocorrendo com a China. Senge (1998, p.97) nos oferece esta análise, destacando que o sistema cultural chinês, um dos mais antigos do mundo, está sendo erradicado e destruído em apenas uma ou duas gerações. O idioma, as instituições religiosas, os antigos sistemas filosóficos estão sendo devorados. “Os antigos sistemas filosóficos, como o sistema de energia *chi*, que explica grande parte dos problemas de saúde que escapam ao sistema médico ocidental, estão sendo eliminados. Não temos idéia do conhecimento acumulado, que poderia ser utilizado para o progresso do entendimento da condição humana, para melhorar a saúde, a condição de ser, que corre o risco de se perder.”

No campo específico da alimentação, a evolução da dietética e as alterações no consumo alimentar eliminaram numerosos riscos patológicos; criaram-se, no entanto, outros problemas de saúde, a exemplo das doenças cardiovasculares e neoplásicas. A modificação dos padrões de morbimortalidade, segundo os especialistas, deve-se em grande parte às mudanças nos costumes alimentares (Sorcinelli, 1998, p. 803-804).

Se, por um lado, defronta-se com análises que se aproximam de uma visão determinística para a humanidade, de outro, buscam-se novos caminhos que coloquem a possibilidade de os seres humanos poderem superar o estado de mudanças, rompendo com velhos valores sociais e dando maior sentido para as suas vidas. Para isso, “temos de desafiar e, em muitos casos, desaprender os antigos modelos, os antigos paradigmas, as antigas regras, as antigas estratégias, as antigas suposições, as velhas receitas de sucesso” (Gibson, 1998, p. XXIII; Salm, 1993).

No setor saúde há a discussão de estratégias alternativas para enfocar os fenômenos complexos que se avizinham para países desenvolvidos e em desenvolvimento. O aparecimento de doenças infecciosas emergentes e re-emergentes, como abordado por Marques (1995, p.365), tem gerado aproximações transdisciplinares, uma vez que tais doenças são resultantes de múltiplas condições, relacionadas a mudanças observadas não apenas no núcleo das células, mas verificadas ao redor de todo o globo terrestre.

Ao lado dessas possibilidades conjuntas de trabalho, dentro de uma perspectiva holística e ecológica de saúde, o hospital é por excelência, o local preferencial onde o avanço científico e tecnológico exige sofisticadas técnicas, equipamentos e insumos, como reflexo do desenvolvimento da sociedade. Mas, muito mais que esses avanços, o trabalho dos profissionais de saúde determina a qualidade e a eficácia da atenção e do tratamento (Pitta, 1994).

No entanto, ao mesmo tempo em que estes profissionais têm experimentado mudanças tecnológicas aceleradas na área hospitalar, pouco se conhece sobre os efeitos dessas mudanças para o próprio profissional de saúde.

Dentro desse contexto, os cuidados nutricionais não são exceção. Tal atividade, desenvolvida pelo nutricionista, compreende um conhecimento particularizado dentro da área de saúde. Os procedimentos técnicos utilizados caracterizam-se pela avaliação e acompanhamento alimentar e nutricional em estreita interação com a equipe de saúde, para o restabelecimento do equilíbrio dos clientes internados.

Dessa forma, o conjunto destas considerações levanta a necessidade de buscar-se a criação de espaços de trabalho que possibilitem o desenvolvimento humano de forma saudável. Dentro das proposições deste estudo, utilizam-se referenciais teóricos e metodológicos que permitam compreender o problema a ser explicitado e caracterizar o trabalho do nutricionista no setor hospitalar, frente às necessidades de adaptação tecnológica para qualificar os cuidados nutricionais. Os três grandes temas utilizados compreendem a ergonomia, a antropotecnologia e a teoria da criação do conhecimento.

A ergonomia é um dos campos do conhecimento humano cujo objetivo é analisar o trabalho de forma a poder contribuir com a concepção e/ou a transformação das situações e dos sistemas de trabalho (Rabardel et al., 1998). A partir da análise do trabalho real, a ergonomia pode determinar as informações que um operador dispõe para realizar seu trabalho, definindo as características essenciais de uma nova situação de trabalho (os dispositivos técnicos, os meios de trabalho, o ambiente e a organização de trabalho, além das competências e das representações dos operadores).

Uma outra abordagem utilizada, considerada uma extensão da ergonomia, é a antropotecnologia. Este novo campo de conhecimento nasceu como uma proposta que amplia o entendimento dos sistemas de trabalho e o meio ambiente, em seus diferentes contextos. E tem-se revelado uma ferramenta para a compreensão e alterações dos problemas referentes aos seres humanos, ao trabalho, às novas tecnologias, ao ambiente e aos rumos da sociedade (Assis et al., 1998; Santos et al., 1997; Wisner, 1994).

A teoria da criação do conhecimento vem ao encontro do pensamento holístico dentro das organizações. Nas discussões elaboradas por Gibson (1998, p.XXV), a visão de organização assemelha-se a um organismo biológico. "Ele será uma rede distribuída de

mentes, de pessoas trabalhando juntas e aprendendo juntas[...]. Ele será inteligente. Será impulsionado pelo motor da imaginação humana. Convidará clientes e parceiros a entrar a bordo e participar da jornada. E terá absoluta consciência da maneira como afeta o ambiente natural.”

As argumentações apresentadas nesta primeira seção representam uma tentativa de abranger diferentes elementos que, embora analisados de forma dissociada, serão, ao longo do referencial teórico, relacionados com o problema a ser apresentado.

A segunda seção tem como tema a apresentação geral do problema, finalizando com a questão central da pesquisa. Na terceira seção apresenta-se a justificativa da pesquisa, destacando-se as características de originalidade, não-trivialidade e a contribuição científica que deve apresentar todo trabalho de tese.

A definição dos objetivos, as hipóteses e seus desdobramentos são apresentados na quarta e quinta seções. Na sexta e sétima seções são destacados os resultados esperados e as limitações do estudo. E, por último, a estruturação do trabalho é apresentada na oitava seção.

1.2 APRESENTAÇÃO GERAL DO PROBLEMA

A atuação do nutricionista no setor hospitalar compreende diferentes atribuições, bem caracterizadas pela legislação que norteia o exercício da profissão e pelo levantamento realizado pelos órgãos de fiscalização da profissão (CFN, 1998). Tais atribuições estão situadas em duas grandes áreas de atuação: a *alimentação coletiva*, que consiste no gerenciamento do processo de produção de refeições, e a *nutrição clínica*, que abrange atividades relacionadas aos cuidados nutricionais dos clientes internados, com vistas à prevenção e à terapia nutricional.

Alguns estudos sobre a situação de trabalho do nutricionista revelaram um acúmulo de atividades ligadas ao gerenciamento da prestação de serviços, dificultando sua proximidade com os indivíduos enfermos e, conseqüentemente, com o aprofundamento das suas necessidades terapêuticas e alimentares (Boog et al., 1989; Carmo et al., 1994).

Boog et al. (1989, p.70-72) demonstraram que é muito reduzido o número de atividades exercidas rotineiramente pelos profissionais pesquisados (provavelmente pelo número insuficiente de profissionais), não permitindo uma abrangência das atividades direcionadas a

um atendimento nutricional de melhor qualidade, reduzindo-se as atividades a um “mero tocar a rotina”.

Nesse estudo, 70% dos profissionais mencionaram fazer atividades relacionadas tanto ao acompanhamento nutricional do paciente – dietoterapia –, quanto às atividades relacionadas à gestão da produção de refeições. Das doze atividades realizadas, onze foram consideradas pelos autores de caráter administrativo, e compreenderam ações relacionadas à motivação dos subordinados, manutenção corretiva dos equipamentos e utensílios, estabelecimento de rotinas de trabalho, estabelecimento de normas e procedimentos quanto ao preparo de alimentos, controle de qualidade das refeições, seleção de pessoal, acompanhamento de distribuição das refeições, controle de estoque, escala de serviços, administração de pessoal e estabelecimento de normas e procedimentos quanto à higiene; a supervisão do porcionamento aos pacientes foi considerada como única atividade ligada à dietoterapia.

Carmo et al. (1994), avaliando a prática do nutricionista de clínica nos hospitais da Grande Florianópolis, revelaram que os profissionais estudados apresentam dificuldades para o desenvolvimento da prática em clínica, decorrente da própria formação acadêmica. A prescrição dietética não é assumida em sua totalidade pelo profissional, que refere necessidade de atualização e aprofundamento de conhecimentos específicos. As atividades de avaliação e suporte nutricionais, acompanhamento da evolução clínica e nutricional e registro de informações sobre nutrição no prontuário não são realizadas para todos os pacientes, referindo-se, ainda, aos inúmeros serviços burocráticos e ao número de leitos por nutricionista. As atividades ambulatoriais não são realizadas por 55% dos profissionais, que referem não existir ambulatório de nutrição nas instituições em que atuam.

Por outro lado, a gestão das atividades relacionadas à produção das refeições é uma ferramenta essencial para a garantia de qualidade do atendimento ao cliente. Tais atividades, abordadas freqüentemente como atividades burocráticas, apresentam, da mesma forma, elementos que distanciam o profissional do principal objetivo de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar – a de prevenção e recuperação do estado nutricional dos pacientes.

Tal distanciamento deve-se, possivelmente, ao modelo de gestão empregada, às exigências de atribuições complexas e à multiplicidade de ações a serem desenvolvidas. Como resultado, esses profissionais vêm-se envolvidos no processo de produção das refeições, com toda a complexidade que o cerca (materiais, pessoal, custos, política de

produção...), o que impossibilita uma maior aproximação com a construção de instrumentos que avaliem a efetividade da alimentação no tratamento dos clientes.

No Brasil, o trabalho desenvolvido pelo nutricionista nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares carece de uma avaliação clara dos resultados referentes aos cuidados nutricionais. O processo de trabalho, reconhecido pela sua complexidade, dificulta a proximidade do nutricionista na gestão do processo de atendimento nutricional, para garantia da qualidade de vida dos pacientes (Sousa et al., 1999b). A interação entre o planejamento da dieta (a prescrição dietética) e a refeição oferecida aos pacientes (a execução da prescrição) apresenta problemas em sua operacionalização, dificultando a análise da efetividade do tratamento nutricional oferecido.

Os problemas colocados até aqui apontam a necessidade de aprofundar as abordagens dos estudos anteriores, de forma a compreender as condições reais do trabalho do nutricionista e a qualidade das intervenções realizadas no setor hospitalar.

Trata-se, portanto, da discussão de tecnologias relacionadas a um conhecimento particularizado dentro da área de saúde e a um procedimento específico do processo de assistência nutricional a clientes internados no sistema hospitalar.

Alguns estudos apontam preocupações relacionadas com tal problemática.

Os trabalhos desenvolvidos por Ouellet e Pigeon (1997), em hospitais no Canadá, objetivaram a definição de parâmetros numéricos, correlacionando horas despendidas com o tipo de atendimento nutricional. O estudo compreendeu a realização de um levantamento do número de horas necessárias para os dietistas realizarem um bom atendimento, em diferentes níveis de complexidade do paciente, em unidades de internação hospitalares.

Nos EUA., a *American Dietetic Association* (ADA) realizou um amplo estudo em hospitais, com 1.000 profissionais (gestores em nutrição clínica), tendo por objetivo o desenvolvimento e a análise de padronizações na prática desses profissionais. O instrumento utilizado revelou-se apropriado para avaliação da qualidade e da performance dos programas desenvolvidos por esses profissionais (Witte et al., 1997).

As discussões na França têm resultado em uma série de estratégias da equipe de saúde, visando à melhoria da qualidade do atendimento ao paciente, do ponto de vista alimentar e nutricional (L'alimentation..., 1995 ; La dénutrition, 1996 ; Nutrition et restauration..., 1995).

Um estudo realizado na região de Paris, englobando 10% dos hospitais públicos de toda a França (68 hospitais), revelou que a função terapêutica da alimentação, apesar de todo o progresso da área, tem se mostrado ineficaz para a melhoria das condições de saúde. O estudo demonstrou que a rotina da alimentação hospitalar, a organização e o planejamento físico e funcional na produção de refeições bem como a formação do pessoal estão mal adaptados aos diferentes tipos de patologias e às necessidades dos pacientes. A partir deste estudo, muitas iniciativas e estratégias nos hospitais franceses têm sido implementadas tendo como perspectiva a qualidade do atendimento ao paciente (Restauration..., 1999; Guy-Grand, 1998; L'alimentation..., 1998; Les comites..., 1998; Nutrition et restauration ..., 1998; Le point sur..., 1997).

Aliada a essas constatações, a metodologia antropotecnológica compreende a análise, dentre outros, de contextos demográfico, sociocultural e econômico do ambiente onde se desenvolve uma determinada tecnologia. A cultura alimentar francesa é mundialmente reconhecida pela qualidade de seus produtos, pela valorização simbólica dos pratos, pelo exercício da gastronomia. Em assim sendo, como se comportam os pacientes e os dietistas diante da rotina hospitalar que reduz o valor da alimentação a uma norma institucional?

Dentro desse contexto, este estudo tem como proposta analisar comparativamente, com o suporte da ergonomia e da antropotecnologia, o trabalho do nutricionista e as características da gestão dos cuidados nutricionais em unidades de alimentação e nutrição hospitalares no Brasil e na França. A partir desta análise, objetiva-se identificar aspectos para a qualificação do atendimento e do trabalho do nutricionista para esse setor, no Brasil.

Neste sentido, a pergunta de partida, que norteará o aprofundamento do problema, e subsidiará a análise da literatura pertinente aos diferentes temas que compõem o estudo pode ser assim delineada:

QUAIS OS ASPECTOS ANTROPOTECNOLÓGICOS RELEVANTES DA PRÁTICA DO DIETISTA/NUTRICIONISTA EM HOSPITAIS BRASILEIROS E FRANCESES, CONSIDERANDO A INTERAÇÃO ENTRE A TERAPIA NUTRICIONAL E A PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES, VISANDO À QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS AOS CLIENTES/PACIENTES?

1.3 JUSTIFICATIVA

O maior desafio para as organizações tem sido a tentativa de acompanhar a evolução de seus ambientes. As organizações ligadas ao setor de saúde, por exemplo, têm enfrentado constantes incertezas e riscos decorrentes da própria necessidade do setor fazer frente aos novos perfis de mortalidade e morbidade da população.

Nas observações feitas por Chaimowicz (1997) com relação à saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI, destaca-se que o aumento gradual da expectativa de vida das populações, ao longo das últimas décadas, tem trazido à tona o aumento da incidência de uma série de doenças degenerativas, objeto de novas pesquisas e estudos e de redirecionamento no planejamento em saúde.

Além desses aspectos, durante as duas últimas décadas houve um avanço considerável com relação aos conhecimentos relacionados à dietética e à nutrição. Ao mesmo tempo, as fronteiras dessas ciências têm se expandido rapidamente. O conhecimento gerado em diversas áreas, como a imunologia, a biologia molecular, a oncologia, a genética, a geriatria e a fitoquímica, forneceu e abriu novos pontos de vista acerca da dietética. A partir da convergência do conhecimento nessas áreas ficou claro que a dieta pode, de fato, apresentar um papel relevante na saúde e na doença, mais do que originalmente se conhecia. Um dos exemplos mais atuais refere-se às pesquisas da nutracêutica, ciência que tem descoberto que os alimentos, por conterem compostos bioativos, auxiliam na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, entre outros males. Por possuírem um forte poder antioxidante, evitam a oxidação das células, processo este reconhecido por contribuir para o desenvolvimento de doenças degenerativas (Golapan, 1997, p. 737).

Ao lado dessas novas aplicações da dietética para a terapia nutricional, o desenvolvimento tecnológico no setor de alimentação coletiva dos hospitais tem caracterizado-se pelas inovações em termos de equipamentos, produtos alimentícios e processos produtivos, além de novos métodos de gerenciamento que se distanciam cada vez mais do fluxo tradicional característico da maioria das unidades produtivas de refeições. (Proença, 1996; Hôpitaux..., 1999; Quelle cuisine..., 1999; Restauration..., 1999).

Na França, como exemplo, as discussões sobre a alimentação hospitalar nos encontros da área têm centrado seus esforços na melhoria da prestação dos serviços. O paciente é o centro das preocupações do setor e, dentre outros princípios, o objetivo é o restabelecimento

da convivibilidade e da revalorização da alimentação. Dentre as inovações destacam-se algumas iniciativas relevantes (Restauration..., 1999; Nutrition... 1998 ; Ricour, 2000):

- a implantação de métodos de qualidade, envolvendo aspectos nutricionais, higiênicos, psicossensoriais e simbólicos, observando-se por parte dos clientes hospitalizados uma taxa de satisfação de 87% nos serviços oferecidos, após três anos de implantação;

- a personalização das refeições do paciente, graças à utilização de sistemas informatizados entre as unidades de internação e de produção de refeições e a edição de uma “*Carte diététique*” permitindo definir o perfil alimentar do paciente: sua dieta, o uso de temperos, temperatura das refeições, textura, quantidade, aceitação de certos alimentos. O atendimento individualizado gera, ao mesmo tempo, uma produção de refeições caso a caso, exigindo o estabelecimento de diversas técnicas de produção (processo de produção tradicional, cadeia fria e cocção *sous vide*);

- a utilização de métodos para identificação prévia de pacientes com riscos de desnutrição e,

- a criação de estruturas compostas de equipes pluridisciplinares para coordenar os problemas da alimentação hospitalar.

Toda esta série de estratégias para a melhoria da qualidade da alimentação insere-se na preocupação, cada vez maior, com a desnutrição hospitalar. Um estudo, desenvolvido em 68 hospitais públicos franceses durante um período de três anos, revelou dados considerados alarmantes para uma população cuja cultura alimentar é reconhecida mundialmente (Guy-Grand, 1998).

As estatísticas encontradas revelaram que a dimensão nutricional, na alimentação hospitalar, ainda é pouco considerada, apesar de todo o avanço na área. Entre alguns dados destacam-se:

- 32% dos hospitais não apresentam um plano alimentar;

- 35% dos estabelecimentos não contam com comissão para o planejamento de cardápios. Destaca-se, no estudo, que sete hospitais não apresentam nem plano alimentar e nem comissão de cardápios;

- 25% propõem ao paciente opções de escolha de preparações, diariamente;

- cerca de 33% não respeitam a cadeia fria;

- a maior parte dos hospitais serve as refeições entre 11h30min e meio-dia no almoço e entre 18h e 19h para o jantar, podendo provocar jejuns de 12 a 14 horas em indivíduos com necessidades nutricionais aumentadas e frequentemente inapetentes;

- somente 5% dos hospitais apresentam refeitório para os pacientes;
- 22% desses hospitais não têm microondas e 5% não apresentam nenhum equipamento para manter a temperatura das refeições;
- 27% desses hospitais não contam com nenhum dietista e,
- cerca de 20 a 60% dos pacientes, no conjunto dos hospitais pesquisados, sofrem de desnutrição ou de alguma deficiência nutricional.

Assim, pode-se inferir que a associação de dados do contexto social e demográfico com a inovação e a generalização do uso de tecnologias no meio hospitalar caracteriza a *não-trivialidade* deste estudo. Destacam-se, além disso, as colocações sobre os avanços da nutrição, da dietética e da alimentação coletiva, e os problemas gerenciais da alimentação hospitalar, que podem propiciar várias perspectivas de análise.

Simultaneamente, grandes mudanças processam-se na prática dos profissionais ao terem que lidar com esses desafios, exigindo-lhes novas competências e estratégias de ação a cada dia.

Considerando especificamente a prática do nutricionista no setor hospitalar, os contextos apresentados refletem-se diretamente sobre suas atividades no que diz respeito às exigências mentais e, sobretudo, cognitivas.

Rogoff *apud* Wisner (1994, p.110-111) argumenta que “os fatos sugerem que nossa capacidade de controlar e de orquestrar as competências cognitivas [...] é constituída de uma atividade cognitiva ligada a um contexto específico [...]. Para poderem funcionar, as pessoas devem ser capazes de generalizar certos aspectos do saber e das competências em situações novas”.

Nos últimos anos, alguns estudos que envolveram a análise do trabalho do nutricionista (Boog et al, 1988, 1989; Lang et al., 1996a,1996b; Teles et al., 1996; Fontes, 1996) apresentam abordagens com pontos de vista diferentes sobre a prática desse profissional. As demandas que predominam nestas análises situam-se freqüentemente fora do contexto das situações de trabalho real. O objeto “condições de trabalho” é analisado a partir da soma dos fatores que possam estar presentes e dos seus efeitos. Assim, são identificados fatores como salário, carga horária semanal, regime de trabalho, adicional de insalubridade, e/ou fatores relacionados aos contextos mais amplos como o mercado de trabalho, formação, áreas de atuação, perfil profissional, exercício profissional, entre outros.

O estudo desenvolvido por Ansaloni (1999) apresenta dados significativos sobre as características e a atuação dos nutricionistas em empresas de refeições coletivas. O trabalho envolveu a observação direta do local de trabalho, além de questionários e entrevistas dirigidas aos profissionais estudados. Nos resultados relacionados às condições de trabalho são destacadas, predominantemente, as condições físicas e ambientais dos locais de trabalho.

Diferentemente dos estudos acima, nesta proposta discute-se uma possível abordagem metodológica para enfocar a avaliação da prática do nutricionista em duas realidades com contextos diferenciados. Na avaliação são enfocados os aspectos relacionados à interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições. A ergonomia, através da análise ergonômica do trabalho, e a metodologia antropotecnológica serão as ferramentas utilizadas para avaliar as situações de trabalho do nutricionista nas realidades francesa e brasileira.

Cabe destacar que a utilização dessas metodologias em uma atividade em que predomina a utilização de estratégias relacionadas às complexidades variáveis do sistema de conhecimentos usados no fluxo de trabalho, como uma tecnologia de conhecimento, referida por Hall (1984), revela-se, ainda, um campo de estudos pouco abordado.

Além disso, a abertura de um campo de conhecimentos voltado para a análise dos aspectos cognitivos é considerada uma abordagem importante em ergonomia e vem enriquecer as análises ergonômicas centradas nos aspectos físico-ambientais. Destacam-se particularmente, as pesquisas recentes desenvolvidas por Falzon et al. (1997) sobre a análise ergonômica do trabalho em uma unidade hospitalar de cancerologia. O objetivo centra-se na necessidade de responder às questões relacionadas à interação funcional da equipe médica pluridisciplinar, fornecendo instrumentos para gestão dos saberes.

De forma semelhante, a metodologia antropotecnológica constitui-se uma ferramenta de análise que amplia os conhecimentos dos aspectos do ambiente externo que influenciam a situação de trabalho. A maioria das pesquisas utilizadas com esta abordagem foi realizada a partir da década de 1980, tendo como centro de análise os processos de transferência de tecnologia de países desenvolvidos para países em vias de desenvolvimento, relacionados, principalmente, à produção de bens (Wisner, 1994, p.142-155). Dentre as pesquisas realizadas, destaca-se, como referência, a análise do trabalho de gerentes, realizada por Langa (1997). As outras pesquisas centraram suas análises nas situações de trabalho de operadores ligados diretamente ao processo produtivo.

A pesquisa desenvolvida por Proença (1996) constitui o primeiro trabalho, no Brasil, que analisa o processo de transferência de tecnologia para o setor de alimentação coletiva. O estudo de Dutra (1999) aplicou a metodologia antropotecnológica para analisar a transferência de tecnologia para o setor ligado à polícia técnico-científica, representado pelo Instituto de Análises Laboratoriais. Destacam-se ainda, os trabalhos de aplicação da metodologia antropotecnológica no setor hospitalar, cujo objetivo foi o de avaliar a aplicabilidade da metodologia, além de possibilitar a formação de pesquisadores neste campo de conhecimentos (Assis et al., 1997; Maia et al., 1997; Sousa et al., 1999 a).

O estudo proposto utiliza a abordagem antropotecnológica como suporte para análise comparativa de realidades envolvidas com a implantação de tecnologias de gestão. A análise tem, como perspectiva, a formulação de parâmetros para subsidiar a adaptação tecnológica relacionada à gestão dos cuidados nutricionais, para a realidade brasileira.

Além disso, considerando as características das situações de trabalho, que necessitam da interação contínua dos profissionais envolvidos, a utilização de alguns conceitos utilizados pela técnica do mapa cognitivo pode contribuir com a análise antropotecnológica, na identificação de elementos para subsidiar a produção de conhecimentos sobre o problema a ser analisado. Considera-se ainda que, a partir da análise do ambiente externo e interno nas situações referidas, pode-se vislumbrar os espaços possíveis de interação nos subsistemas analisados – clínica e produção de refeições – com base nos princípios da teoria da criação do conhecimento. Assim, considera-se que as referências sobre os mapas cognitivos e a utilização dos pressupostos da teoria da criação do conhecimento na metodologia antropotecnológica são elementos que caracterizam a *originalidade* da pesquisa.

A realidade francesa foi escolhida, tendo como referência a preocupação atual com a implementação de estratégias de gestão para a melhoria do atendimento nutricional, centrada principalmente no paciente, cujas finalidades coincidem com as do presente estudo. Aliada a isso está a relevância da cultura alimentar da população francesa, considerada nos estudos apontados. Guy-Grand (1997, p.15) destaca que a alimentação é um dado cultural que permanece presente no espírito do paciente hospitalizado. As refeições, da mesma forma que outros cuidados médicos, dão ritmo à jornada hospitalar. No entanto, a organização das refeições é concebida sem pensar no paciente. Além disso, a arte culinária que é apreciada a título pessoal pelo conjunto dos profissionais do hospital encontra-se ausente dos objetivos hospitalares.

Considera-se também que na França encontram-se as principais instituições reconhecidas mundialmente pelo avanço dos estudos em ergonomia, como o *Conservatoire National des Arts et Métiers* (CNAM), o *Centre National de Recherche Scientifique* (CNRS), o *Institut Nationale de la Recherche et de Sécurité* (INRS) dentre outros. As primeiras pesquisas em antropotecnologia foram elaboradas no âmbito do CNAM, sob orientação do professor Alain Wisner, onde se pode dispor de material bibliográfico considerável sobre os estudos baseados na análise ergonômica do trabalho e na antropotecnologia, além da literatura básica em ergonomia.

Tendo em vista todos os aspectos referidos, procurando-se justificar a relevância do tema, a originalidade da aplicação metodológica e a inexistência de trabalhos desta natureza, destaca-se a *contribuição científica* desta proposta para os diferentes campos de conhecimento utilizados como referencial teórico – a ergonomia, a antropotecnologia, o setor de alimentação coletiva hospitalar e o trabalho do nutricionista.

1.4 HIPÓTESES

1.4.1 Hipótese geral

A análise comparativa do trabalho dos dietistas/nutricionistas nos hospitais franceses e brasileiros, com o suporte da abordagem antropotecnológica, pode contribuir para a qualificação da gestão dos cuidados nutricionais aos clientes/pacientes para a realidade brasileira.

1.4.2 Hipóteses secundárias

- A análise comparativa dos diferentes contextos da realidade francesa e brasileira, relacionados à gestão dos cuidados nutricionais hospitalares, pode colaborar no entendimento dos limites e das possibilidades da prática dos nutricionistas neste setor.
- A análise da atividade dos dietistas/nutricionistas responsáveis pela terapia nutricional e produção de refeições pode colaborar na identificação de espaços de interação entre estes setores.
- A identificação dos aspectos relevantes para a convergência das ações entre o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições pode contribuir com a discussão de estratégias

visando à evolução das competências e à criação de conhecimentos a partir da experiência de trabalho.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo geral

Identificar os aspectos antropotecnológicos relevantes da prática do dietista/nutricionista em hospitais brasileiros e franceses, considerando a interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições, visando à qualificação dos cuidados nutricionais aos clientes/pacientes para a realidade brasileira.

1.5.2 Objetivos específicos

- Desenvolver argumentos teóricos baseados na revisão da literatura sobre temas e métodos que subsidiem a análise do trabalho do nutricionista no setor hospitalar.
- Selecionar unidades de alimentação e nutrição hospitalares (UANh) no Brasil e na França, cujos processos produtivos e cuja gestão dos cuidados nutricionais são reconhecidos pela implementação de instrumentos para qualificar o atendimento aos clientes.
- Identificar aspectos relacionados aos contextos social, demográfico e industrial dos hospitais selecionados, caracterizando a estrutura organizacional do sistema hospitalar e do subsistema de nutrição, no Brasil e na França.
- Identificar as estratégias de interação utilizadas entre os setores responsáveis pela terapia nutricional e a produção de refeições, considerando aspectos funcionais e organizacionais, fluxo de atendimento e avaliação dos resultados para o atendimento nutricional aos clientes, nas situações de referência francesa e brasileira.
- Caracterizar o trabalho do nutricionista nas UANh, abrangendo os setores responsáveis pela produção de refeições e terapia nutricional.
- Identificar a percepção dos nutricionistas dos setores envolvidos sobre as estratégias necessárias para qualificar os cuidados nutricionais.

- Analisar comparativamente a situação francesa e a brasileira, delimitando-se os espaços possíveis para a ação dos profissionais dos setores da produção de refeições e da terapia nutricional, com base nos princípios da teoria da criação do conhecimento.
- Identificar aspectos relevantes para subsidiarem a convergência das ações entre a terapia nutricional e a produção das refeições nas realidades estudadas.
- Formular recomendações que subsidiem a elaboração de estratégias e instrumentos para qualificar a gestão dos cuidados nutricionais e o trabalho do nutricionista nos hospitais brasileiros.

1.6 RESULTADOS ESPERADOS

1.6.1 Resultado geral

Com o desenvolvimento da pesquisa espera-se formular recomendações que possam contribuir para a qualificação do trabalho do nutricionista e para a gestão dos cuidados nutricionais para as unidades de alimentação e nutrição hospitalares no Brasil.

1.6.2 Resultado específicos

- Contribuir para a produção do conhecimento científico em ergonomia, no que se refere à análise de uma situação de trabalho com ênfase nos aspectos cognitivos, considerando o processo interativo durante as atividades de trabalho.
- Contribuir para a produção do conhecimento científico em antropotecnologia, considerando as contribuições da teoria da criação do conhecimento para o desenvolvimento das competências.
- Contribuir para a produção do conhecimento científico relacionado à gestão dos cuidados nutricionais para as unidades de alimentação e nutrição hospitalares, considerando a análise do trabalho real de nutricionistas que atuam neste setor.
- Contribuir com as unidades de alimentação e nutrição hospitalares no estabelecimento de estratégias de interação entre a produção de refeições e a terapia nutricional visando à evolução das competências, às condições de trabalho dos nutricionistas e à qualificação do atendimento aos clientes.

- Divulgar os resultados da pesquisa para as instituições de formação do nutricionista e entidades representativas da categoria, além da sua publicação em revistas especializadas e da sua apresentação em eventos científicos.
- Contribuir para a ampliação dos conhecimentos do tema estudado, abrindo espaços para novas pesquisas na área de ergonomia e de nutrição.

1.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo oferece várias perspectivas de análise, tendo em vista o problema a ser analisado e a sua complexidade. No entanto, alguns aspectos podem-se constituir em limitações no que diz respeito à aplicação da metodologia proposta.

Inicialmente, pode-se considerar que, na abordagem ergonômica, embora as variáveis contemplem a análise das condicionantes físico-ambientais e organizacionais, a AET não foi aplicada em toda a sua dimensão, uma vez que a preocupação do estudo foi centrada na análise dos aspectos cognitivos nas atividades de trabalho.

Outro aspecto refere-se à avaliação da qualidade dos cuidados nutricionais. No estudo, foram avaliados os sistemas de qualidade adotados pelos locais, de forma integrada. Portanto, a análise não contempla, isoladamente, a observação das principais dimensões consideradas para a qualidade, quais sejam, os aspectos nutricionais, higiênico-sanitários, psicossensoriais, etc.

Uma outra consideração sobre as limitações do estudo diz respeito ao conceito de tecnologia utilizado. Neste estudo não são analisadas a implantação de tecnologias físicas (materiais, equipamentos e área física) e nem a implantação de tecnologias de processos, referentes, como exemplo, ao emprego de novos produtos. A análise das características das situações de referência tem como objetivo compreender o trabalho dos dietistas/ nutricionistas e a gestão dos cuidados nutricionais, utilizando-se dos conceitos de tecnologia de gestão e tecnologia de conhecimentos para amparar a análise de adaptação tecnológica.

1.8 ESTRUTURA DO TRABALHO

Neste primeiro capítulo do trabalho são abordados, de forma panorâmica, os principais temas a serem desenvolvidos ao longo do referencial teórico, seguido da apresentação geral

do problema, da justificativa, das hipóteses e objetivos, dos resultados esperados e das limitações do estudo.

No segundo capítulo é apresentado o referencial teórico que dará suporte ao problema a ser analisado. Inicia-se com os conceitos de tecnologia, na tentativa de caracterizar o trabalho do nutricionista, com base nos conceitos de tecnologia de gestão e tecnologia de conhecimento. Em seguida, desenvolve-se os temas relacionados à ergonomia, à antropotecnologia e à teoria da criação do conhecimento. O capítulo aborda, ainda, a caracterização do trabalho do nutricionista em organizações hospitalares. Inicialmente discorre-se sobre as características gerais da organização hospitalar, buscando situar este profissional na equipe de saúde. Posteriormente, caracteriza-se a unidade de alimentação e nutrição como um dos subsistemas hospitalares responsáveis pelos cuidados nutricionais e descrevem-se as principais atividades desenvolvidas pelos nutricionistas nos setores envolvidos com o problema. E, por último, são feitas considerações gerais sobre a qualidade do atendimento hospitalar e dos cuidados nutricionais, de forma particularizada.

No terceiro capítulo desenvolve-se a descrição da pesquisa, de acordo com o modelo de análise proposto, que compreende os estudos de casos referentes ao ambiente externo e interno das situações de trabalho francesa e brasileira.

No quarto capítulo foi elaborada a análise comparativa das situações locais e de referência dos dois países, culminando com a identificação dos aspectos antropotecnológicos relevantes das situações de trabalho analisadas, para viabilizar a adaptação tecnológica de gestão dos cuidados nutricionais para realidade brasileira. Em seguida, são apresentadas as principais recomendações para qualificar a gestão dos cuidados nutricionais e o trabalho do nutricionista nos hospitais brasileiros.

No quinto capítulo são elaboradas as análises conclusivas e as considerações finais da tese.

Finalizando o trabalho, são apresentadas as referências bibliográficas.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem como objetivo apresentar as principais abordagens a serem utilizadas para análise do problema – a ergonomia e a antropotecnologia. Foram elaborados, previamente, os conceitos de tecnologia, com o objetivo de aproximá-los das características do problema, fundamentando o estudo a ser realizado. O capítulo apresenta, ainda, a caracterização do trabalho do nutricionista no setor hospitalar.

Nesta primeira seção descreve-se a organização do capítulo, situando os temas propostos e as principais considerações elaboradas.

Nas segunda e terceira seções, procura-se situar a tecnologia como fruto da organização do homem e a relação com seu trabalho. A partir de uma abordagem histórica, apresenta-se uma breve revisão dos principais grupos de estratégias para o gerenciamento da produção e do trabalho – as *Teorias Administrativas* – representadas nos seus diversos aspectos: a administração científica e a teoria clássica, o movimento das relações humanas, o modelo burocrático, a teoria comportamental, a abordagem sistêmica e a abordagem contingencial.

Tem-se, com isso, o objetivo de elaborar as idéias centrais, os modelos e as concepções de ser humano em cada conjunto de teorias, numa tentativa de delinear os limites apresentados por tais tecnologias gerenciais para o desenvolvimento humano.

A partir dessa contextualização, o capítulo apresenta, em seguida, os principais conceitos contemporâneos sobre tecnologia, tomando-se como principal referência os conceitos relacionados a tecnologias de gestão, a relação da tecnologia com a estrutura organizacional e da tecnologia com o conhecimento.

Na quarta, quinta e sexta seções, são apresentadas as definições de ergonomia, da teoria da criação do conhecimento e da antropotecnologia. Nas argumentações apresentadas sobre ergonomia e antropotecnologia procura-se situá-las como campos de conhecimento que têm a preocupação de restaurar o trabalho como um fator de equilíbrio, com uma visão antropocêntrica de tecnologia. A teoria da criação do conhecimento de Nonaka et al. (1997), entendendo-a como uma tecnologia de gestão, tem sido apontada como uma das

possibilidades de transformar os espaços de trabalho, dando-lhes contornos diferenciados que agem sobre o ser humano e as organizações. Ao mesmo tempo, com a discussão dessa teoria pretende-se enriquecer as análises das situações de trabalho a serem estudadas sob o enfoque da ergonomia e da antropotecnologia.

E, finalmente, apresentam-se as conclusões do capítulo.

2.2 TECNOLOGIAS - MODELOS E CONCEPÇÕES DE SER HUMANO

2.2.1 UMA ABORDAGEM HISTÓRICA

O ser humano passa a maior parte de sua vida no trabalho. Na sociedade contemporânea, a maior parte desse trabalho é realizada dentro de organizações, com o objetivo de produzir bens e serviços. Diferentes áreas do conhecimento têm contribuído com reflexões sobre o ser humano e a sua forma de intervenção na natureza. Tais reflexões vêm acompanhadas de análises referentes às estratégias utilizadas no espaço da produção para a realização do trabalho desde o advento da Revolução Industrial. Atualmente, tais contribuições têm servido para discussões sobre o futuro das nações, na tentativa de se buscar uma solução conjunta para uma nova ordem mundial.

A evolução da organização dos seres humanos em torno do trabalho apresentou-se, em diferentes momentos históricos, com características diversas, norteadas por um conjunto de valores e crenças. Personagens típicas, como reis, soldados, escravos, servos, senhores feudais, representantes da Igreja, fizeram parte das sociedades por mais de dois milênios.

Conforme analisado por Wren (1979), a forma de intervenção do homem sobre a natureza coincide com a própria história de desenvolvimento da humanidade. O ser humano inicialmente lidava com atividades – produção de ferramentas, utilização do fogo, emprego de metais – diretamente relacionadas às suas necessidades de sobrevivência diante de um ambiente adverso. Isolado ou em grupo, tinha que lutar para estar vivo, para a preservação da própria espécie. A forma de organização do trabalho estava baseada na participação e na cooperação.

A divisão do trabalho entre as tribos comunitárias primitivas nasceu de uma contingência natural. O trabalho, caracterizado por técnicas rudimentares, era extremamente cansativo, o que impedia o desempenho de outras tarefas necessárias à organização da vida tribal. Conseqüentemente, a divisão das tarefas permitiu que alguns indivíduos se afastassem

das atividades manuais de produção e se voltassem para a pesquisar novas matérias-primas e aprimorar novas técnicas. O aparecimento de um grupo de indivíduos libertos do trabalho material foi uma consequência inevitável da produtividade inerente à força de trabalho humano (Ponce, 1983, p. 22

No entanto, a Revolução Industrial alterou profundamente essas relações. A relação do homem com a natureza passou a ser regida por padrões econômicos. O trabalho braçal foi substituído pelas máquinas, caracterizando o início do sistema fabril e do capitalismo mercantilista. As inovações tecnológicas caracterizaram-se pela utilização do vapor, da energia elétrica e do motor à explosão no processo produtivo das fábricas, representando o aproveitamento dos resultados das ciências naturais para a indústria (Tragtemberg, 1980, p.58-62).

Os séculos XVII e XVIII foram marcados por profundas transformações nos valores e nas crenças da época, transformando o arranjo social, com reflexos na sociedade até os dias de hoje. A virtude sendo substituída pelo interesse deu um novo rumo às ações humanas. A ambição econômica, relacionada à própria idéia de interesse em detrimento do bem comum e da virtude, é sustentada pela institucionalização de um novo paradigma – o paradigma de mercado. O acúmulo de riqueza e os interesses econômicos e políticos predominaram. Priorizaram-se o dinheiro e o poder. A transição ideológica que caracterizou a época coincidiu com o declínio de uma ética até então existente (Salm, 1996, 1993; Valenti et al., 1995; Hirschman, 1978).

O desenvolvimento do trabalho assalariado, a partir daí, teve como consequência a transformação do lugar, do conteúdo e do significado do trabalho. Os estudos de Adam Smith sobre a divisão técnica do trabalho repercutiram profundamente nos rumos da sociedade industrial.

Adam Smith, segundo Lux (1993), foi um “filósofo moral que inventou a economia e pôs fim à moralidade”, por sua tese de que o ser humano é guiado pelo interesse próprio em suas ações. Essa tese repercutiu na forma de organização do trabalho desde a Revolução Industrial, caracterizando o aparecimento da sociedade capitalista.

Em virtude do avanço tecnológico, da dinamização dos negócios e da dimensão da empresa, as tecnologias de gestão, reconhecidas por Tragtemberg (1980, p.70) como teorias microindustriais de alcance médio, desenvolveram-se no plano da estrutura da empresa,

caracterizando-se pela existência de “uma direção determinada, que harmonize as atividades individuais e realize as funções gerais que derivam da atividade do corpo produtivo no seu conjunto”.

Tais teorias apresentavam em seu conjunto uma concepção e um modelo de ser humano, assim como cada teoria é produto de seu ambiente – “das forças sociais, econômicas, políticas e tecnológicas presentes num dado tempo e lugar” (Stoner et al., 1999, p.22). Neste sentido, para uma breve revisão desse conjunto de teorias e para os propósitos deste estudo, considerou-se pertinente a utilização de um referencial que considere a natureza humana em sua integralidade.

Portanto, para a elaboração desta análise, buscou-se a contribuição de Ramos (1984, 1989, p.2) que associou os modelos de homem às dimensões da razão, defendendo “um conceito de racionalidade mais teoricamente sadio [...], que forneça a base para uma ciência social alternativa, em geral, e para uma nova ciência das organizações, em particular”. Recorreu-se também às análises elaboradas por Salm (1996), ao defender as bases para a restauração da razão plena com novos arranjos no espaço de produção.

2.2.2 A MULTIDIMENSIONALIDADE HUMANA

Ao avaliar-se a história da evolução humana, vislumbra-se a imensa capacidade do homem de intervir na natureza, de criar cultura e de fazer história. Embora sabendo-se que faz parte da condição humana colocar-se diante da natureza, pensar e agir sobre ela, a intervenção do homem sobre a natureza nunca foi tão mecanicista e redutora desde o advento da Revolução Industrial.

Ramos (1989) argumenta que o debate em torno da racionalidade deve fazer-se presente sempre que as estratégias do arranjo organizacional no espaço da produção são estudadas. Referindo-se aos pontos de vista de Max Weber sobre a racionalidade, distingue a racionalidade formal e instrumental da racionalidade substantiva. A primeira é determinada por uma expectativa de resultados, ou fins calculados, ou por uma racionalidade funcional. A segunda, a racionalidade substantiva ou de valor, é determinada independentemente de suas expectativas de sucesso e não caracteriza nenhuma ação humana interessada na consecução de resultados posteriores a ela.

As teorias administrativas convencionais concebem o ser humano no trabalho de forma reducionista, uma vez que ele não conta com espaços que permitam a expressão de sua

multidimensionalidade. As *dimensões política, social e física* conferem ao ser humano tal característica. Cada uma dessas dimensões necessita de espaços adequados para a sua manifestação.

A *auto-realização* é própria da dimensão política. Para isso, o ser humano necessita de espaços livres de condicionamento e imposições externas. A fenomenia, na análise de Ramos (1984, p. 152), “constitui-se como um ambiente necessário às pessoas para a liberação de sua criatividade, sob formas e segundo maneiras escolhidas com plena autonomia. É parte do esforço de expressão [...], que mobiliza a atividade criadora de um pequeno grupo, ou de um indivíduo isolado”. Agindo nessas condições o ser humano constitui-se em um *ser parentético* com valores para além do sentido material da vida.

A *convivialidade* é própria da dimensão social e do lado comportamental do ser humano. O espaço para a liberação dessa dimensão seria o tempo de convívio e a esfera social. Os conflitos fazem parte da natureza humana diante das tensões do grupo social. Portanto, o ser humano é um *ser reativo* aos valores e determinações do grupo social.

A *dimensão física* manifesta-se no próprio mundo físico, que constitui o espaço existencial do ser humano, diante do qual ele se caracteriza como um *ser operativo*, pois transforma fisicamente a realidade que o cerca de acordo com as suas necessidades e possibilidades.

2.2.3 OS LIMITES DAS TEORIAS ADMINISTRATIVAS DIANTE DA RACIONALIDADE PLENA DO SER HUMANO¹

O homem operacional, ou *homo economicus*, como idealizado pela administração científica e a teoria clássica, é entendido como um ser movido exclusivamente por interesses econômicos. Essa visão estreita da natureza humana tinha como centro de preocupação a adequação de dois elementos, considerados a essência do trabalho – as características do homem e as características da máquina. O desempenho humano passou a ser estudado dentro dos seus limites físicos, em termos de cargas, velocidade e fadiga. Esta última foi reduzida a um problema exclusivamente fisiológico, desconsiderando-se a dimensão psicofisiológica (Stoner et al., 1999; Chiavenato, 1983; Motta, 1984).

¹ Stoner et al. (1999, p.21-42); Morgan (1996); Salm (1996, p. 21-28); Ramos (1989, p. 2-5, 23, 26; 1984); Motta (1984); Chiavenato (1983); Tragtemberg (1980, p. 70-89); Kast et al. (1976).

O objetivo dessas teorias era a eficiência no sistema de produção, com ênfase na produtividade e na lucratividade. O modelo de homem operacional e econômico era inerente à abordagem da racionalidade instrumental. Tais teorias limitavam-se à utilização da dimensão física do ser humano, reduzindo o seu lado parentético e reativo e, portanto, unidimensional (Salm, 1996, p. 23).

O modelo burocrático decorre dos estudos de Max Weber. Como sociólogo, Weber interessava-se pelo papel das organizações burocráticas na criação e na manutenção de estruturas de dominação. Em seu trabalho, “descobriu que a primeira definição compreensiva de burocracia caracteriza-a como uma forma de organização que enfatiza a precisão, a rapidez, a clareza, a regularidade, a confiabilidade e a eficiência, atingidas através da criação de uma divisão de tarefas fixas, supervisão hierárquica, regras detalhadas e regulamentos” (Morgan, 1996, p. 26).

Nas análises elaboradas pelos estudiosos do tema, a burocracia serviu como um modelo para a condução das pessoas. É considerada uma estratégia de ação fundamentada na racionalidade de cálculo, objetivando a adequação dos meios aos propósitos da organização, para obtenção de máxima eficiência e previsibilidade do sistema. Para isso, o controle do comportamento humano é exercido pela instituição de normas e regulamentos (Chiavenato, 1983, p. 283).

Das análises da burocracia deduz-se que o ser humano torna-se totalmente submisso a um modelo estrutural de organização que o torna alienado em sua capacidade de reconhecer-se como ser pensante, desconhecido de si próprio. Portanto, a racionalidade substantiva, inerente à natureza humana, não apresenta espaços para a sua manifestação com os princípios burocráticos.

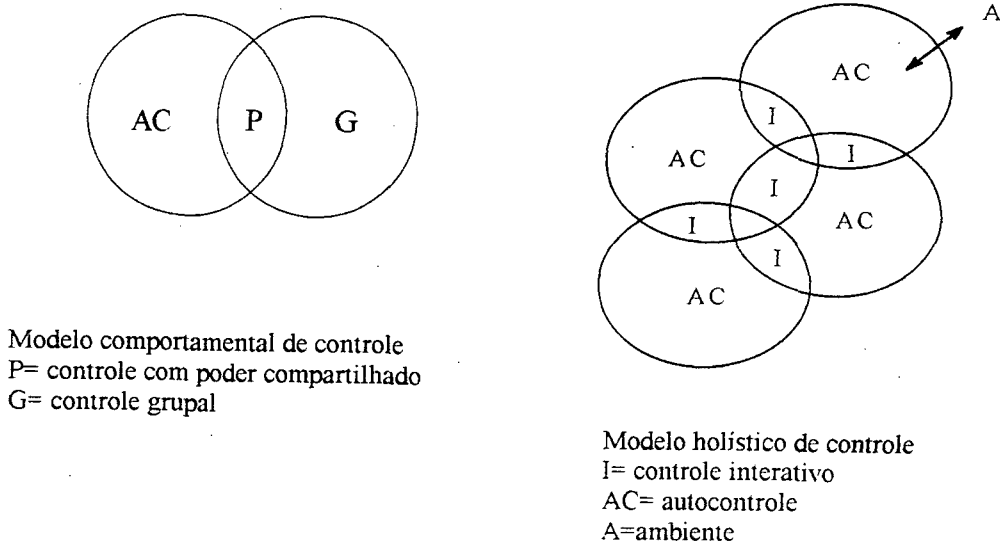
Paralelamente às abordagens gerenciais da época, cabe fazer-se referência aos estudos desenvolvidos por Mary Parker Follet, que são muito anteriores aos teóricos dos movimentos das relações humanas, descritos em seguida.

Na visão de alguns críticos, o modelo denominado *modelo holístico de controle organizacional* caracteriza-se por uma orientação mais voltada para as pessoas. Dentro desses princípios, ninguém poderia ser uma pessoa inteira se não fizesse parte de um grupo. A distinção artificial entre dar ordens e receber ordens obscurecia a parceria natural de compartilhamento de objetivos comuns. O modelo comportamental de controle

organizacional constituía-se de elementos como o autocontrole (AC), exercido por indivíduos e grupos, e o controle grupal (G). Como resultado do exercício de ambos, tem-se o controle com poder compartilhado (P). Na figura abaixo são representados os modelos holísticos de controle organizacional.

Além destes elementos, os fatores do ambiente (políticos, econômicos e biológicos) eram considerados por exercerem influência na natureza integrativa ou interativa dos grupos autocontrolados.

Fig. 2.1: Modelo holístico de controle organizacional



Fonte: Stoner et al.(1999, p.29)

O *movimento das relações humanas* surge como uma primeira tentativa de sistematizar fatores sociais e psicológicos capazes de criar recursos humanos eficazes. Com os estudos desenvolvidos por Elton Mayo concluiu-se que a melhoria das condições de trabalho não interferia na produtividade, mas sim a atenção dada aos trabalhadores no momento das pesquisas. Os grupos informais e o ambiente social dos empregados foram considerados elementos que influenciavam positivamente a produtividade. A pressão do grupo (associações e amizades com os companheiros) foi considerada um aspecto que exercia influência mais forte na produtividade do trabalhador do que as exigências da administração.

Com o movimento das relações humanas surge o conceito de homem social, motivado por necessidades sociais e relacionamentos recompensadores no local de trabalho, respondendo mais às pressões do grupo do que ao controle administrativo.

Mas ainda é negada ao homem a sua multidimensionalidade. Embora a teoria das relações humanas une o homem operacional ao homem reativo, essa tecnologia, considerada uma estratégia manipulativa, o reduz a um ser social. A conformidade ao grupo nega a capacidade humana de pensar por si próprio.

A partir dos estudos em Halthorne, as primeiras visões de motivação e preocupações com processos e recompensas grupais são desenvolvidas resultando na *teoria comportamental ou behaviorista*. Tal teoria surge com um novo padrão de pesquisa, desenvolvendo uma atitude analítica e experimental de problemas diretamente ligados à eficiência, explorando-se áreas como a motivação, a tensão e o conflito entre necessidades individuais e organizacionais. O indivíduo passa a ser analisado quanto aos seus padrões de comportamento, utilizando-os por extensão ao comportamento da organização. A organização é concebida como um complexo sistema de decisões.

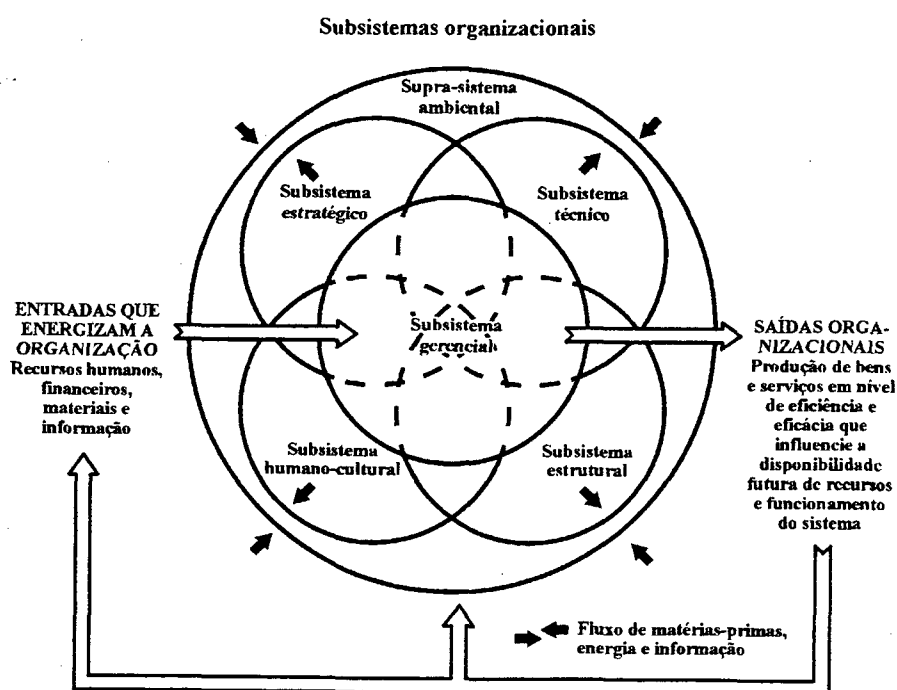
Destaca-se nesta corrente o modelo da hierarquia das necessidades de Maslow, o modelo de fatores de higiene-motivação de Herzberg e a Teoria Y de McGregor. A linha de pensamento desses teóricos, quase sempre administradores e psicólogos, entendia que o ser humano produzia melhor se condicionado através da tecnologia estímulo-reforço.

No entanto, na visão dos críticos à teoria comportamentalista, sujeitar o ser humano a tal condição é fazê-lo perder a identidade própria. Com o condicionamento ao grupo e aos objetivos organizacionais nega-se a capacidade humana de elaborar seus próprios julgamentos. Semelhante ao movimento das relações humanas, essa tecnologia condiciona o homem ao grupo, não lhe possibilitando exercer sua multidimensionalidade.

A abordagem sistêmica de organizações, ao contrário das teorias descritas até o momento, vem ao encontro a uma lacuna existente nessas teorias que concebiam as organizações como sistemas fechados. Os indivíduos, os grupos e as organizações apresentam necessidades que devem ser satisfeitas. Para a abordagem sistêmica, um ambiente mais amplo deve ser considerado a fim de garantir várias formas de sobrevivência. “O enfoque de sistemas fundamenta-se no princípio de que as organizações, como os organismos estão ‘abertos’ ao seu meio ambiente, caso queiram sobreviver” (Morgan, 1996, p.49; Katz et al. (1970, p. 34-41).

Na figura 2.2 estão exemplificados os diferentes subsistemas que podem compor uma organização, bem como as suas relações e interdependências.

Fig. 2.2: A organização e o conjunto independente de subsistemas



Fonte: Morgan (1996, p. 52)

A contribuição da teoria dos sistemas para o estudo das organizações é significativa, uma vez que a organização é vista como um todo e como parte de um sistema maior caracterizado pelo ambiente externo. O ponto fundamental da abordagem sistêmica é o rompimento com o funcionamento dentro dos limites do organograma tradicional. Os conceitos de subsistemas e de sinergia trazem à discussão de interação cooperativa, na qual o todo é maior que a soma de suas partes e a atividade de qualquer segmento de uma organização afeta em graus variados a atividade de todos os outros segmentos (Stoner et al., 1999, p. 34).

Ramos (1984, p.6), elaborando uma crítica à teoria de sistemas, destaca que ao considerar-se que os insumos consistem em pessoas, materiais e energia, perde-se de vista os fatores éticos e valorativos do ambiente. "O ambiente é aceito como é e sua estrutura episódica, constrangedora, torna-se um padrão normativo inquestionável, ao qual devem ajustar-se as chamadas mudanças organizacionais". Uma outra consideração diz respeito à concepção de ser humano, como indivíduo integrante da organização (o homem funcional). Destacam-se os papéis a serem desempenhados, omitindo-se a racionalidade substantiva do homem, que não está necessariamente relacionada com a coordenação de meios e fins.

A *abordagem contingencial* procura integrar várias teorias, concentrando-se na interdependência de muitos fatores envolvidos na situação administrativa. Tal abordagem apresenta uma “concepção de que a técnica de administração que melhor contribui para o alcance dos objetivos organizacionais pode variar em situações ou circunstâncias diferentes” (Stoner et al., 1999, p.34). A necessidade de coordenar uma situação específica, sob circunstâncias específicas e num momento específico, baseia-se na defesa de que princípios universais não podem ser aplicados a qualquer situação. Destaca-se nesta abordagem a importância dada aos estudos sobre o ambiente e a tecnologia como elementos que condicionam a estrutura e o comportamento organizacional.

No entanto, a abordagem contingencial oferece poucas contribuições no que diz respeito às considerações de um espaço organizacional mais apropriado à natureza humana e às manifestações de suas dimensões em caráter pleno (Salm, 1996, p. 25).

Mesmo assim, para os propósitos deste trabalho, considera-se pertinente a utilização de alguns conceitos oriundos dos estudos desenvolvidos a partir da abordagem contingencial, no sentido de caracterizar, conceituar e identificar o tipo de tecnologia que será objeto de estudo da presente proposta.

2.3 TECNOLOGIAS E PRINCIPAIS CONCEITOS

Um dos primeiros conceitos considerado significativo para a elaboração do tema refere-se às tipologias descritas por Faria (1992, p.29-32). O autor considera a tecnologia como “um conjunto de conhecimentos aplicados a um determinado tipo de atividade”. Descreve, entretanto, dois tipos de tecnologia: a *tecnologia de produto* e a *tecnologia de processo*. A primeira relaciona-se à mercadoria, apresentando diferentes funções (consumo, capital ou intermediária – insumo). A tecnologia de processo é referida como um conjunto de técnicas utilizado no processo de trabalho/produção, de forma a poder modificá-lo, organizá-lo e racionalizá-lo. Distinguem-se, dessa forma, duas categorias: *a tecnologia física e a tecnologia de gestão*.

A tecnologia física relaciona-se ao conjunto de máquinas, equipamentos, peças, instalações utilizadas direta ou indiretamente no processo produtivo, empregando-se técnicas das mais simples às mais complexas. A tecnologia de gestão refere-se ao conjunto das técnicas, instrumentos ou estratégias, usado por profissionais responsáveis pelo gerenciamento da produção e do trabalho, com o objetivo de otimizar os recursos utilizados.

As técnicas disponíveis para o alcance dos objetivos subdividem-se em *técnicas instrumentais* e *técnicas comportamentais*. Há uma gama de estratégias gerenciais reconhecidas, atualmente, dentro dessas categorias, dentre as quais estão as teorias administrativas convencionais como referidas no item 2.2.2, além das abordagens atualizadas da administração por objetivos (APO), os grupos semi-autônomos (GSA), as técnicas japonesas de gestão como os círculos de controle de qualidade (CCQs), o *Kanban*, o *Just-in-time*, as normas da série ISO (*International Organization for Standardization*), dentre outras estratégias que podem ser exemplificadas.

Figueiredo (1994) aponta um aspecto importante no desenvolvimento de processos tecnológicos. A tecnologia se origina em contextos sociais determinados e reflete fatores organizacionais, ou seja, no desenvolvimento de processos tecnológicos estão contidos os respectivos conhecimentos organizacionais que embasam a realização das tarefas.

Alguns estudos desenvolvidos com o suporte da abordagem contingencial apresentaram conceitos e tipologias de tecnologia a partir de uma análise organizacional. Autores como Thompson (1967), Perrow (1976) e Hall (1984) elaboraram tais conceitos relacionando-os à dinâmica organizacional, não se limitando, portanto, a uma conceituação física de tecnologia.

Thompson (1967) desenvolve uma tipologia, na tentativa de abranger todas as organizações, em função da complexidade das ações e relações envolvidas na transformação das matérias-primas. Refere-se à *tecnologia de longo-vínculo*, que envolve a interdependência em série de diversos atores. A ação de C depende da ação bem concluída de B, que, por sua vez, depende da ação de A e assim sucessivamente. Como exemplo, tem-se o trabalho na linha de montagem e muitos dos procedimentos em escritório. A *tecnologia de mediação*, para o referido autor, seria aquela que compreende atores, como os clientes ou fregueses, com relações de interdependência. As companhias telefônicas, os bancos, as agências de emprego, as agências dos correios inserem-se nessa tipologia. Por último, o autor refere-se à *tecnologia intensiva*, na qual está presente uma variedade de técnicas com o objetivo de provocar mudanças em algum objeto específico. A seleção, a combinação e a ordem de aplicação das técnicas são determinadas pelo *feedback* proveniente do próprio objeto. Nesse conjunto está o trabalho com os seres humanos, como nos hospitais, nas universidades; o trabalho de construção civil e o da pesquisa.

No mesmo sentido, Perrow (1976) aborda o conceito de tecnologia baseado na matéria-prima manuseada pela organização. Essa matéria-prima pode ser um ser vivo, humano ou não,

um símbolo ou um objeto inanimado. As máquinas e os equipamentos são apenas instrumentos e não a tecnologia em si.

Neste conceito, as pessoas são matérias-primas naquelas organizações que têm o objetivo de modificá-las. Os símbolos são matérias-primas nos bancos, nas agências de propaganda e em algumas organizações de pesquisa. As interações das pessoas são matérias-primas a serem manipuladas pelos administradores nas organizações.

Hall (1984), tendo com referência o estudo de diferentes autores, apresenta o conceito geral de tecnologia de acordo com três componentes. A *tecnologia de operações*, que seriam as técnicas utilizadas nas atividades no fluxo de trabalho da organização. A *tecnologia de materiais*, que diz respeito aos materiais usados no fluxo de trabalho. A *tecnologia de conhecimento*, relacionada às complexidades variáveis do sistema de conhecimentos usado no fluxo de trabalho.

Para Hall (1984, p.47) “as variações na tecnologia de conhecimento afetariam as unidades administrativas das organizações [...], assim como a tecnologia de operações afeta o fluxo de trabalho na fabricação. Para as organizações inteiramente dedicadas à administração, a tecnologia de conhecimento seria de importância preponderante”.

Nesse aspecto, a definição de Sabato (*apud* Rodrigues, 1984, p.65) contempla o aspecto cognitivo, tão importante nos estudos que utilizam as abordagens ergonômicas. A tecnologia é o conjunto ordenado de conhecimentos empregados, integrados não só por conhecimentos científicos mas também por conhecimentos empíricos, resultantes de observações, experiências, atitudes específicas, tradição oral e escrita.

De forma semelhante, Wisner (1994, p.129), ao abordar a importância dos estudos sobre a organização da empresa e do trabalho nas transferências de tecnologia, considera que a tecnologia refere-se não só às máquinas e aos produtos, mas também aos saberes, ao *know-how*, aos procedimentos científicos e técnicos, ao incluir em sua abordagem não só a indústria mas também a área da saúde, da educação ou da alimentação.

Tendo em vista os propósitos da presente proposta e os conceitos apresentados, considera-se pertinente a abordagem de autores que tratam a tecnologia como sendo um conjunto ordenado de conhecimentos científicos e empíricos, resultantes das próprias experiências e observações. Destacando-se tal conceito, coloca-se o interesse de aprofundá-lo

durante análise do trabalho do nutricionista na assistência nutricional hospitalar. Tal análise será realizada com a abordagem da ergonomia e por extensão da antropotecnologia.

2.4 ERGONOMIA

2.4.1 CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES GERAIS

A ergonomia abarca uma gama de conhecimentos a respeito do desempenho do homem em atividade, na tentativa de aplicá-los à concepção de tarefas, de instrumentos, de máquinas e de sistemas de produção, adaptando-os às características fisiológicas e psicológicas do ser humano. (Wisner, 1994, p.82-83). Mas, além desses aspectos, concebe “o trabalho como um processo onde interagem o operador e seu ambiente técnico. A análise do trabalho considera a singularidade do operador, como agente capaz de iniciativas e reações, em um ambiente evolutivo e influenciável” (Montmollin, 1990, p. 22).

Tais definições conferem a existência de duas concepções que guiam toda a produção do conhecimento nesta área. A primeira – a mais antiga – tem como alvo o desenvolvimento de bases científicas para a adequação das condições de trabalho às capacidades e necessidades do homem. De origem americana – e considerada a concepção clássica dos sistemas homem-máquina –, privilegia a interface entre os componentes materiais e os componentes humanos (Grandjean, 1998, p.7; Montmollin, 1990, p.17).

A segunda concepção considera a ergonomia como o estudo específico do trabalho humano com a finalidade de melhorá-lo. Caracteriza-se mais como uma tecnologia do que como uma ciência. De origem europeia – e considerada uma concepção mais recente da ergonomia –, tem como alvo a situação de trabalho em seu conjunto, centrando-se na análise de trabalhadores particulares, confrontados com tarefas particulares (Montmollin, 1997b, p.135-142; Montmollin, 1990, p. 12-13).

Ao contrário da primeira corrente que objetiva melhorar as condições de trabalho de operadores anônimos a partir de características físicas e fisiológicas, tal concepção privilegia a dinâmica da atividade humana no trabalho, orientando-se não só para conceber dispositivos técnicos como também processos de trabalho, atividades e competências dos trabalhadores.

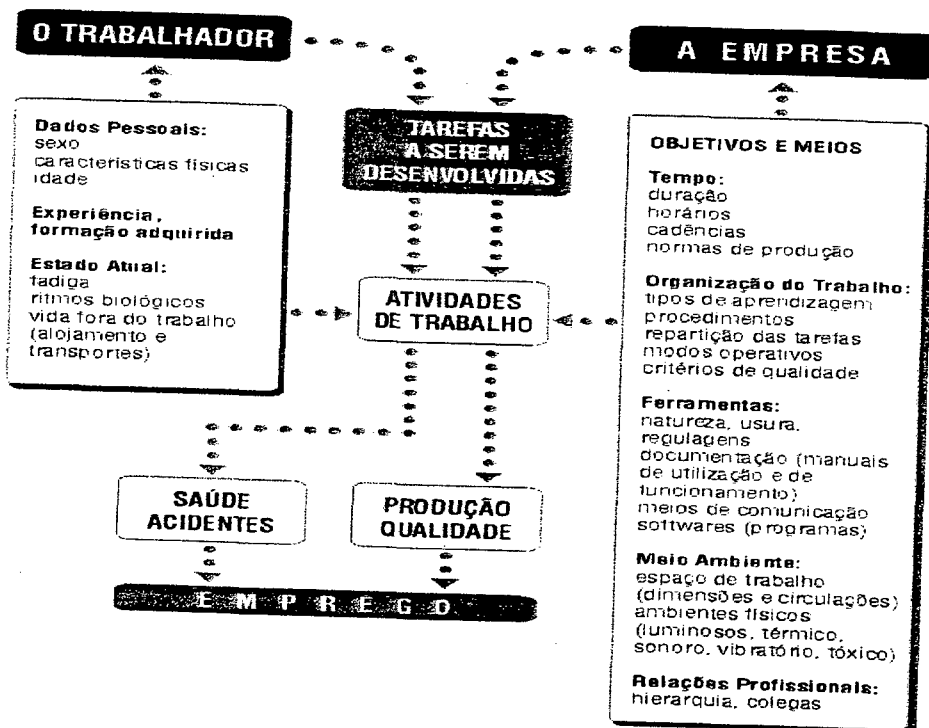
Destacam-se, a partir dessa abordagem, as observações apontadas por Wisner (1994., p. 19), nas quais considera que “uma das características mais notáveis dos seres vivos é a diversidade de suas reações numa dada situação”. Portanto, cada indivíduo reage de forma

diferente em uma mesma situação de trabalho, encontrando-se graus diferenciados de tolerância diante das dificuldades e as exigências que se apresentam.

O autor ressalta que as atividades de trabalho não são separadas do passado e do ambiente de um indivíduo. Em uma situação de trabalho, convergem problemas não só fisiológicos e psicológicos mas também sociais, econômicos e técnicos. “Todo indivíduo chega ao trabalho com seu capital genético, remontando o conjunto de sua história patológica a antes do nascimento, à sua existência *in utero*, e com as marcas acumuladas das agressões físicas e mentais sofridas na vida. Ele traz também seu modo de vida, seus costumes pessoais e étnicos, seus aprendizados. Tudo isso pesa no custo pessoal da situação de trabalho em que é colocado.” (Wisner, 1994, p.190)

Os elementos da situação do trabalho são considerados o campo de estudo da ergonomia, conforme representado na figura 2.3, e demandam, para sua análise, um caráter interdisciplinar.

Fig. 2.3: Modelo de uma situação de trabalho centrado sobre as causalidades



Fonte: Santos et al. (1997, p.26).

Além da complexidade desses elementos em uma situação de trabalho, a rápida evolução tecnológica tem modificado consideravelmente o nível de exigência das capacidades

humanas nessas situações. A informatização e a automatização das atividades têm norteado as discussões sobre a necessidade de conceber métodos de análise do trabalho que possam identificar as estratégias utilizadas pelos operadores para adaptarem-se ao ambiente técnico em constante evolução. Exigem-se, desses operadores, conhecimentos e prática para que possam adaptar-se a novas situações (Guérin et al., 1997, p.37-38; Montmollin, 1990, p.7-8; Laville, 1977, p. 99).

Compreende-se, portanto, que há necessidade de uma análise das atividades no trabalho, a partir do que realmente os trabalhadores fazem. Para atingir seus objetivos, a ergonomia dispõe de um instrumento – a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Tal metodologia compreende diferentes etapas de análise: análise da demanda, análise da tarefa, análise das atividades, culminando, posteriormente, segundo Wisner (1994), com as recomendações ergonômicas.

2.4.2 ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO

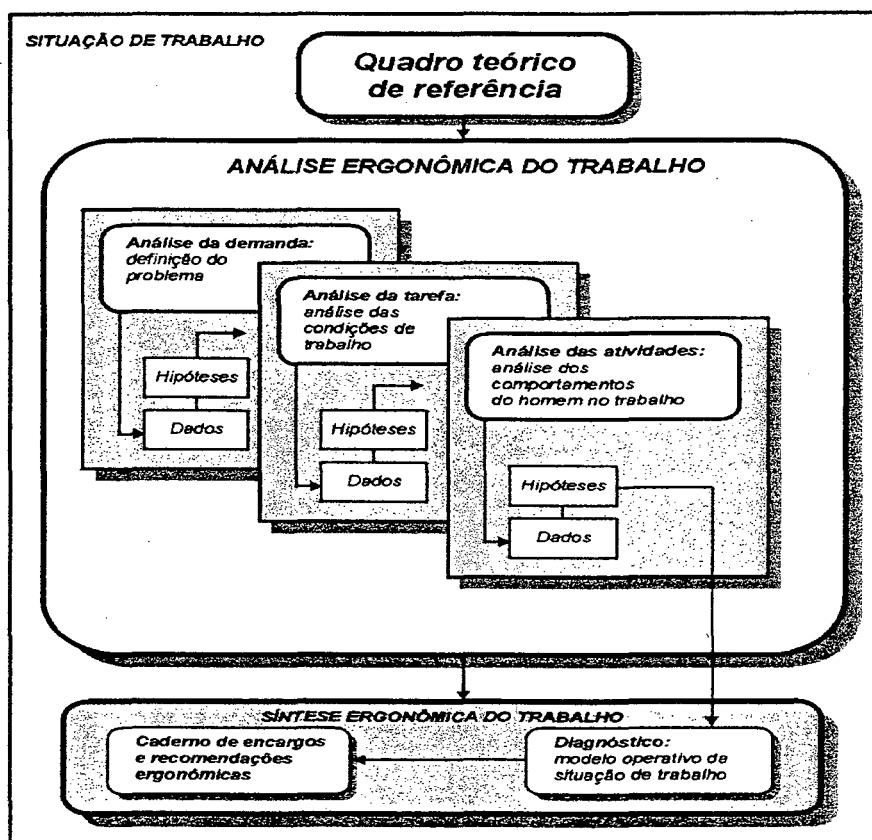
A análise ergonômica do trabalho é considerada por Wisner (1994, p.28) uma abordagem das condições de trabalho que se interessa pela inter-relação entre homem e dispositivo técnico ligados, de um modo determinante, a conjuntos mais vastos.

Na análise ergonômica do trabalho, cada uma das etapas é caracterizada pelo levantamento de dados em conjunto com diferentes atores sociais da situação de trabalho analisada. Ao final de cada etapa, tais dados permitem a formulação de hipóteses que subsidiam a etapa posterior e, ao mesmo tempo, possibilitam a obtenção de informações como parte do diagnóstico das situações de análise. A função do diagnóstico é a de sintetizar os resultados das observações, das análises e das explicações fornecidas pelos operadores. Os aspectos levados em conta devem permitir uma transformação da situação de trabalho (Guérin et al., 1997, 127-129 e 247).

A análise ergonômica do trabalho permite avaliar a distância ou o realismo entre aquilo que está previsto e o que realmente se faz, bem como os esforços envolvidos, tanto em relação ao homem (fadiga) quanto em relação à organização (econômicos).

Na figura abaixo encontram-se esquematizadas as etapas de uma intervenção baseada na análise ergonômica do trabalho.

Fig. 2.4: Esquema metodológico da análise ergonômica do trabalho



Fonte: Santos et al.(1997, p. 54).

Nos itens subseqüentes serão discutidos os principais conceitos relacionados a cada etapa da análise ergonômica do trabalho. Na análise da atividade serão elaborados, mais particularmente, as características e os componentes da atividade mental, bem como as contribuições da ergonomia cognitiva, na tentativa de melhor situar o problema a ser posteriormente estudado.

2.4.2.1 ANÁLISE DA DEMANDA

A análise da demanda constitui-se em uma fase de familiarização com a empresa, o sistema de produção e os critérios de bom funcionamento e, sobretudo, com critérios que não estão sendo alcançados e que se constituem na justificativa para uma intervenção ergonômica. Define-se o problema a ser estudado com os diversos atores sociais (individuais e coletivos) envolvidos, levantando-se os primeiros dados da situação de trabalho (Guérin et al., 1997, p. 122 e 127; Wisner, 1994, p.145).

Guérin et al. (1997, p.122) ao discutirem a diversidade das origens de uma demanda, destacam os seus aspectos múltiplos. Essas demandas podem originar-se:

- da Direção geral: ao esperar que a elaboração de uma intervenção integre dados relativos ao trabalho para as decisões de investimento, ou pela necessidade de implantar uma política de concepção que rompa com as práticas habituais da empresa;
- dos serviços técnicos: quando o nível de produção não atende os prazos previstos, ou quando a qualidade é considerada insuficiente;
- dos serviços de pessoal: indicadores relacionados à taxa de absentismo elevada, dificuldades relacionadas ao envelhecimento dos operadores, necessidade de dispor de um melhor conhecimento das habilidades e competências dos operadores, para fins de adequação das carreiras;
- dos operadores e de seus representantes: por ocasião da implantação de uma nova tecnologia na empresa, supondo o exercício de novas competências e uma negociação relacionada à elevação dos níveis de qualificação ou, ainda, pelo temor de que as evoluções da organização sejam prejudiciais à saúde dos operadores.

Os dados permitirão a formulação de hipóteses iniciais, que serão posteriormente testadas nas etapas subseqüentes. O tipo de tecnologia, a organização do trabalho implantada, as principais características da mão-de-obra, os aspectos socioeconômicos da empresa e as diferentes percepções dos atores envolvidos sobre os problemas levantados compreendem os principais conteúdos de uma análise da demanda.

2.4.2.2 ANÁLISE DA TAREFA

A análise da tarefa constitui uma etapa na qual são analisadas as condições em que o trabalhador desenvolve suas atividades de trabalho. Para Montmollin (1990, p.29) a tarefa é definida como sendo aquilo que se apresenta ao trabalhador como um dado: “a máquina e seu funcionamento, o meio físico que rodeia o posto de trabalho, as instruções às quais se espera que o operador obedeça (a organização formal do seu trabalho), [...], os objetivos (de quantidade e qualidade)”.

Para Guérin et al. (1997, p. 47) a tarefa corresponde a um conjunto de objetivos fixados aos operadores e um conjunto de prescrições para atingir estes objetivos. Segundo a situação, a tarefa integra a definição dos modos operatórios, das instruções e orientações de segurança, as características do dispositivo técnico, do produto a transformar, ou do serviço a desenvolver, isto é, um conjunto de elementos para dar conta dos objetivos fixados.

Particularmente, a análise ergonômica do trabalho distingue claramente o trabalho

prescrito do trabalho real.

O trabalho prescrito constitui a tarefa prevista pelas normas determinadas pela organização. Compreende os objetivos, os procedimentos, os métodos e os meios de trabalho formais e oficiais do trabalho. A análise da tarefa consiste em interrogações à hierarquia e à consulta de documentos, de forma a possibilitar a descrição dos objetivos de produção, ou de qualidade; os procedimentos (métodos de trabalho, normas...) delimitados pelas condicionantes, em particular, pelas condicionantes temporais; os meios de trabalho (matérias-primas, instrumentos de trabalho, documentação...); as características do ambiente físico; as condições sociais do trabalho (tipo de controle, remuneração...) (Montmollin; 1997b, p. 265).

A análise da tarefa possibilita, assim, evidenciar, de forma geral, como as condicionantes do trabalho podem ter reflexos nos trabalhadores (determinantes) em uma situação de trabalho. Os resultados servirão para a confirmação ou a recusa das hipóteses anteriormente formuladas durante a análise da demanda ou para a formulação de novas hipóteses com novas condicionantes apresentadas.

2.4.2.3 ANÁLISE DA ATIVIDADE

A atividade é considerada por Montmollin (1990, p.30) como sendo um processo complexo, original e em evolução, destinado a adaptar-se à tarefa, mas ao mesmo tempo transformá-la. A atividade corresponde ao trabalho real, o que o trabalhador pensa realizar, a partir da representação que ele elabora, baseado em seus conhecimentos sobre os componentes do sistema. Corresponde à *tarefa induzida* ou *redefinida*. Ainda, o trabalhador pode modificar a tarefa induzida, atualizando a sua representação mental do que deveria ser feito, diante de imprevistos e condicionantes do trabalho. Neste nível, tem-se a *tarefa atualizada*, ou ainda, a atividade situada, superando a concepção de atividade como realização da tarefa (Guérin et al., 1997, p. 34-35; Montmollin e al., 1997b, p. 27; Montmollin, 1990, p. 30).

Guérin et al. (1997, p.49) destacam que a atividade do trabalho é o elemento central organizador e estruturante dos componentes da situação de trabalho. A atividade é uma resposta aos constrangimentos determinados exteriormente ao trabalhador e simultaneamente ele é suscetível de transformá-la. Ela estabelece, então, para a sua realização, uma interdependência e uma interação estrita entre os seus componentes.

A análise da atividade constitui-se em uma etapa cuja finalidade é analisar o comportamento do homem em uma situação de trabalho. Para caminhar na direção desse objeto de estudo, analisa as ações, as observações, as comunicações, as tomadas de informações por parte dos trabalhadores através de observações diretas no campo, buscando resultados para descrever, da melhor forma possível, as atividades. “Interessa-se pouco pelas partes do discurso dos trabalhadores que não expliquem diretamente a ação, pois é o trabalho que lhe interessa” (Wisner, 1994, p.13, 83 e 94).

O mesmo autor observa que o comportamento, sendo o objeto central da análise nesta etapa, deve ser considerado sob todos os aspectos. Os comportamentos de ação podem ser analisados através do estudo de tempo e movimento. Nos comportamentos de observação são analisados a postura e os movimentos do corpo, da cabeça e dos olhos em relação, por exemplo, ao número, duração, orientações, seqüências de fixações e movimentos oculares. Nos comportamentos de comunicação são analisadas as expressões verbais sob diferentes aspectos: o volume, a duração dos períodos, a orientação das comunicações, seu conteúdo cognitivo ou afetivo, dentre outros.

Atualmente, a diferença entre o trabalho físico e o trabalho mental é pouco significativa para a ergonomia. O ser humano ao desempenhar uma atividade de trabalho exerce ao mesmo tempo tais funções, de forma indissociável.

No entanto, Wisner (1994, p.11), ao considerar a evolução da tecnologia, caracterizada pela crescente automatização e informatização de procedimentos, destaca que a atividade não está longe de ser caracterizada como puramente mental, mesmo em atividades de produção em massa ou pouco qualificada. Cita, como exemplos, a agricultura e o trabalho hospitalar que, atualmente, apresentam um componente cognitivo intenso e complexo.

Neste aspecto, refere à necessidade de uma análise das atividades mentais no trabalho, a partir da análise do trabalho real. A análise ergonômica do trabalho mostra o que realmente o homem leva em conta durante a execução de uma tarefa aparentemente simples. As críticas elaboradas por Wisner (1994, p.76) sobre o desenvolvimento da informática levantam que “na concepção de um sistema automatizado, certas atividades cognitivas e os fenômenos psíquicos habituais que eventualmente podem tornar-se patológicos são com bastante frequência negligenciados”. O cérebro humano é considerado um mau computador. Assim, os fracassos e as dificuldades de informatização de algumas tarefas têm como causa o desprezo do que o homem realmente faz fora da tarefa prescrita. O trabalho real não pode ser

informatizado.

O conceito de atividade mental é entendido como a elaboração de informações recebidas de um determinado sistema. Basicamente, o trabalho mental apresenta-se dividido em dois aspectos: a atividade mental propriamente dita e o processamento de informações.

Para Grandjean (1998, 124), de uma forma geral, na atividade mental propriamente dita, as informações recebidas do sistema são cruzadas com conhecimentos técnicos já elaborados para desenvolver estruturas mentais com novos valores. Neste aspecto, o conhecimento, a experiência, a agilidade mental, a habilidade para criar e formular novas idéias são fundamentais para o funcionamento do sistema.

Na mesma direção, Montmollin (1997b, p.160) considera que a atividade de identificação e tratamento de informações é concebida pelo operador em situação de trabalho, que lhes atribui uma significação, em função de conhecimentos próprios. As informações consideradas englobam todos os eventos que surgem durante a realização da atividade, sendo que tais informações são recriadas pelo operador à medida que são recebidas.

No que concerne aos aspectos cognitivos, o significado da palavra *cognição* refere-se ao conjunto de atividades pelas quais o sujeito emprega e adquire seu conhecimento. O conhecimento trata do saber ou do conjunto de saberes independentemente do sujeito. As grandes funções psicológicas envolvidas nas atividades cognitivas são a percepção, a aprendizagem, a memória, a inteligência, o raciocínio, a resolução de problemas, a função simbólica da linguagem (Piéroult-Le Bonniec, 1997, p. 63)

De um modo geral, os conhecimentos que os indivíduos utilizam, de acordo com a situação a ser tratada, são distinguidos a partir das seguintes categorias (Montmollin, 1997b, p. 79 e 245; Montmollin, 1990, p. 110; Falzon, 1989, p.14-15):

Os *conhecimentos declarativos* são os que permitem a descrição dos instrumentos, das máquinas e dos dispositivos diversos, precisando seus componentes e a natureza das relações existentes entre eles. Os *conhecimentos procedurais* são aqueles que permitem descrever a organização das ações, atingir um objetivo e agir sobre o sistema. As duas categorias são verbalizáveis.

O *savoir-faire* corresponde aos conhecimentos tais como eles se manifestam na atividade. Eles são adquiridos na prática mais do que na formação formalizada. Esses saberes

são raramente verbalizáveis e, conseqüentemente, dificilmente transmissíveis. Eles são reduzidos às vezes à categoria de rotinas.

Os *metaconhecimentos* são aqueles que permitem gerenciar os conhecimentos e são adquiridos, sobretudo, por experiência. Trata-se, em particular, das tarefas tecnologicamente muito complexas.

Os conhecimentos são construções permanentes, independem da tarefa a ser realizada e podem ser enriquecidos pela experiência. A *função construção do conhecimento* pode ser realizada de dois modos: a partir de informações simbólicas através de textos ou da construção da ação a partir da resolução de problemas.

As decisões de ação são produções do sistema cognitivo, que se diferem em sua elaboração de acordo com o tipo de tarefa: para a resolução de problemas, a elaboração de procedimentos depende da *representação da situação*; para a execução de tarefas não automatizadas, os procedimentos são resgatados da *memória* e adaptados à situação específica; para a execução de tarefas automatizadas, os procedimentos já estão internalizados no nível corporal.

Falzon (1989, p.20-21), referindo-se ao modelo de Rasmussen (1986), distingue diferentes fases do tratamento da informação e diferentes tipos de comportamentos. Esses últimos distinguem-se em comportamentos baseados em habilidades (*skills*), comportamentos baseados em regras (*rules*) e comportamentos baseados em conhecimentos (*knowledge*).

Os *comportamentos baseados em habilidades* que são “essencialmente sensório-motores, acionados por situações rotineiras, desenvolvem-se segundo um modelo interno, não consciente, adquirido anteriormente. As habilidades são pouco sensíveis às condicionantes ambientais e organizacionais, permitem reações rápidas e podem desenvolver-se em paralelo com outras atividades”. Os *comportamentos baseados em regras* “são seqüências de ações controladas por regras memorizadas por aprendizagem. Ao contrário das habilidades, estes comportamentos exigem o disparo de regras e uma coordenação entre elas, em função da variabilidade das situações encontradas”.

Os *comportamentos baseados em conhecimentos* “aparecem em situações novas, de resolução de problemas, para as quais não existem regras pré-construídas [...] estão mais ligados ao indivíduo do que à própria tarefa. Uma situação pode ser familiar para um indivíduo mas totalmente nova para um outro”.

Uma outra função é a *representação mental*, considerada sinônimo de compreensão. Constitui o conteúdo da memória operacional ou as informações gravadas na *memória de trabalho* (*memória de curto termo*) ou as informações que estão ativas na *memória de longo termo*.

Assim, a partir desses dois tipos de sistemas de estocagem e de tratamento de informações, a retenção da informação apresentará diferentes características (Guérin et al., 1997, p. 88-89).

Os registros de informação sensoriais: os registros sensoriais caracterizam-se pela conservação de informações por um dos órgãos dos sentidos durante alguns décimos de segundos. A informação percebida não é transformada e é totalmente volátil.

A *memória de trabalho* tem capacidade de estocagem limitada. O número de unidades retidas, assim como o seu tempo de conservação, depende, por um lado, do significado das unidades a memorizar e, por outro lado, de uma atividade de auto-repetição que permite conservar as informações.

A *memória de curto termo* (MCT) designa o conjunto dos processos que permitem conservar uma informação durante o tempo necessário para a execução de uma ação. Conserva a informação percebida durante alguns segundos, mantendo-a por auto-repetição, mas com grande sensibilidade às interferências e não conservando todos os caracteres da situação memorizada, requerendo um esforço mental durante todo o período de memorização.

Na *memória de longo termo* (MLT) é estocado o conjunto de acontecimentos e conhecimentos que um sujeito acumulou no decorrer do tempo. Conserva a informação percebida de forma permanente. A atividade crítica é a de pesquisa necessária para reencontrar a informação desejada. A diferença da natureza entre a MCT e a MLT é menos evidente, pois algumas informações da MCT se encontram também na MLT.

As representações mentais, diferentes do conhecimento, são construções feitas em um contexto particularizado, circunscritas à tarefa a ser realizada.

Santos et al. (1997, p.58) consideram que a representação mental da atividade do trabalho consiste nas imagens operativas que o trabalhador possui do sistema a ser operado. "Não existe resolução de problemas sem uma certa imagem, sem um determinado esquema que lhe permita situar espacial, temporal e logicamente as informações necessárias ao

desenvolvimento de sua atividade”. Assim, para a elaboração de um diagnóstico médico, por exemplo, a representação mental tem uma função essencial.

Para análise desses aspectos, Montmollin (1990, p.103) considera que a ergonomia cognitiva pode fornecer instrumentos de análise de como poderia ser a competência dos trabalhadores, permitindo uma melhor definição das tarefas, da organização e das formações. O conceito de *competência* compreende a articulação dos conhecimentos, saberes – *savoir-faire* – baseados na experiência, os tipos de raciocínio, as operações utilizadas para tratar as informações que surgem ao longo do trabalho e as estratégias cognitivas.

Assim, a ergonomia cognitiva pode auxiliar a compreender a utilização de modalidades de raciocínio para cada situação, considerando as exigências da tarefa, a urgência das decisões a serem tomadas, os riscos, os níveis de competência dos operadores, e avaliar as possibilidades de práticas de aperfeiçoamento.

2.4.3 AS CONTRIBUIÇÕES DA ERGONOMIA COGNITIVA PARA ANÁLISE DE SITUAÇÕES DE TRABALHO

A análise das atividades em termos dos processos cognitivos é o método mais contemporâneo da análise ergonômica do trabalho. Este tipo de análise é justificada pela complexidade atual das tarefas que se caracterizam pela multiplicidade de variáveis que o operador tem que tratar (as interações, as evoluções, a dinâmica do sistema), a simultaneidade dos eventos, a variabilidade e imprevisibilidade das informações, a sensibilidade do sistema às intervenções dos operadores, dentre outras (Montmollin, 1997b, p. 83).

Mas ao mesmo tempo, a ergonomia ainda não dispõe de métodos precisos para avaliar o funcionamento dos processos cognitivos no ser humano. A planificação pessoal do trabalho, as representações mentais e os raciocínios heurísticos, que compreendem a elaboração de procedimentos próprios para a resolução de problemas, são os aspectos mais considerados (Nguyen – Xuan, 1990, p. 209-216).

Uma outra abordagem refere-se aos estudos ergonômicos relacionados às estratégias dos operadores na organização das atividades, às comunicações e à repartição de tarefas em uma equipe, consideradas as questões que são postas frequentemente para os ergonomistas, centradas na análise cognitiva da interação durante as atividades de trabalho (Montmollin, 1990, p.123-129; Navarro, 1991, p.113-128).

Montmollin (1990, p.123-129) observa que os conhecimentos e os modos de raciocínio do operador não explicam totalmente o seu comportamento, mas a forma como se organiza, como planifica as suas ações, as suas atividades, se muda de objetivos, se interrompe ou segue, se apressa ou trabalha lentamente. Não se fala de resolução de problemas, mas de colocação e gestão de problemas, em que se exige a capacidade de articulação de tarefas, estabelecendo-se prioridades e interrupções em função de regras não escritas. Como exemplo, cita o atendimento em enfermarias de um hospital.

Nessas atividades, diferentemente do processamento de informações e das ações em um sistema de produção, a relação “com os seres humanos [...] é muito mais difícil de definir, de organizar, de racionalizar do que aquela que lida com a transformação da matéria” (Wisner, 1987, p. 120-123).

Tais atividades são reconhecidas por apresentarem exigências predominantemente cognitivas, caracterizando-se pela interação de inúmeras tarefas, de natureza bastante diferente, com incompatibilidade entre as exigências do trabalho e pessoal disponível. O trabalhador é levado a organizar seu tempo e a ordenar suas tarefas, em função dos fatos novos que surgem.

Tardif (1996, p.58-61), referindo-se a vários estudiosos sobre o tema, denomina este nível de processamento de informações como um metac conhecimento, um componente extremamente importante dentro da psicologia cognitiva, que se refere tanto ao conhecimento quanto ao controle que uma pessoa tem sobre ela mesma e sobre as estratégias cognitivas.

Nas atividades desenvolvidas em equipe, os estudos centram-se nas características do trabalho, nas formas de organização e de elaboração das estratégias coletivas. As comunicações verbais são “analisadas como instrumentos específicos de uma regulação interativa, e não apenas como o meio de cada um atuar sobre o meio ambiente que o rodeia”. Os conhecimentos utilizados dependem muito da experiência adquirida pelos operadores. Mas essa experiência é condicionada pelas características do processo, pelas características dos procedimentos prescritos e por situações que porventura possam ocorrer – incidentais ou acidentais (Montmollin, 1990, p.126-128).

Além dessas questões, outra fonte de interesse está na repartição das tarefas entre os operadores e, mais especificamente, nas novas competências adquiridas.

Falzon (1993, p. 50) levantando a discussão sobre a gestão dos saberes técnicos entre

vários operadores, aborda a dificuldade do estudo de saberes que não são construídos a partir de casos já conhecidos.

Nessas situações, os operadores tratam de um pequeno número de casos, que podem ser diferentes uns dos outros. Este saber existe sob a forma de uma memória de casos já tratados e não sob a forma de conhecimentos abstratos. Este trabalho de abstração pode ser de difícil realização, complicando-se, ainda mais, quando se trata da transferência de conhecimentos de um operador a outro. Os ensaios e erros, os problemas encontrados, as soluções que são dadas, as pistas abandonadas e as justificativas para a decisão tomada não são disponíveis.

Nesse aspecto, o autor levanta duas questões: “Quais os meios que devem ser considerados para assegurar que os operadores possam passar, de forma permanente, os conhecimentos uns aos outros?” e “Quais os meios que devem ser considerados para favorecer a evolução das competências, a construção dos conhecimentos a partir da experiência de trabalho?”

A análise de uma atividade dessa natureza, considerada com um alto grau de complexidade, demanda a utilização de técnicas com diferentes abordagens. O presente estudo, além dos métodos e técnicas de observação e avaliação reconhecidos dentro da análise ergonômica do trabalho, pretende utilizar, como referência, a metodologia dos mapas cognitivos, cujos conceitos serão explicitados no próximo item.

2.4.4 MAPAS COGNITIVOS E CONSTRUÇÃO DA REPRESENTAÇÃO MENTAL

Os mapas cognitivos apresentam várias classificações com relação ao tipo de mapa, tipo de uso, tipo de componentes, tipo de intervenção e tipo de análise realizada. Uma abordagem teórica detalhada dos mapas cognitivos pode ser encontrada em Éden (1992).

Neste estudo, tendo em vista as argumentações teóricas utilizadas nas seções referentes à ergonomia, adota-se a definição de mapa cognitivo como uma representação: “representação gráfica de um conjunto de representações discursivas feita por um sujeito (o ator) com vistas a um objeto (o problema) em um contexto de uma interação particular” (Cossete et al., 1992, p. 327)

Os mesmos autores, destacando a construção dos mapas cognitivos como frutos da ação de duas pessoas, o facilitador e o ator, abrangem a definição acima, considerando-a como

“*uma representação gráfica de uma representação mental que o pesquisador (facilitador) faz aparecer de uma representação discursiva formulada pelo(s) sujeito(s) (o ator) sobre um objeto (o problema) e obtido de sua reserva de representação mental*” (Cossete et al., 1992, p. 331).

A partir dessa definição, algumas características e considerações sobre a utilização dos mapas cognitivos são importantes para o presente estudo, quais sejam (Montibeller Neto, 1996, p. 9-14; Roy, 1993, p.194):

- os mapas cognitivos constituem-se em uma ferramenta de auxílio à reflexão, por permitir gerar conhecimentos sobre um determinado problema com os diferentes atores;
- os conhecimentos assim gerados sobre um problema, caracterizam-se pela sua dinamicidade; o problema é visto como um processo, no qual as informações podem ser incorporadas e, ao longo do tempo, podem ser superadas com novas questões;
- assim, considerando a geração ou produção de conhecimentos sobre o problema (o construtivismo), tal processo deve “considerar conceitos, modelos, procedimentos e resultados como sendo chaves capazes (ou não) de abrir fechaduras adequadas (ou não) e apropriadas para organizar a situação ou causar seu desenvolvimento” (Roy, 1993, p. 194);
- o autor ainda considera que “a meta não é descobrir uma verdade existente, externa aos atores envolvidos no processo, mas construir um conjunto de chaves que abrirão as portas para os atores e permitirão a eles atuar, progredindo de acordo com seus objetivos e sistemas de valores”.

Resgatando-se as considerações elaboradas por Wisner (1987, p.81), a obtenção da descrição da atividade pelo operador é considerada um trabalho difícil para o ergonomista, pois este último deve tentar apreender tudo sem sugerir modos de operação ou estratégias que não existem. Entre os meios de que dispõe, destaca-se a obtenção da imagem operatória. “É a partir dessa imagem operatória que o trabalhador colhe informações, decide, segue uma estratégia e age ou deixa o processo técnico prosseguir.”

Para o autor, o conhecimento da imagem operatória de uma pessoa permite conhecer o grau de sua formação, de forma a preparar uma nova fase de aprendizagem ou, ainda, o conhecimento da origem de um incidente (ou problema) pode promover a melhoria da prevenção; da mesma forma, a decisão para melhorar uma situação de trabalho, observando-a, pode conceber um outro dispositivo.

Além desse aspecto, e considerando os propósitos deste estudo, a transformação do ambiente afeta funcionalmente a situação de trabalho para uma pessoa, mesmo que as tarefas formais permaneçam as mesmas. Do ponto de vista cognitivo, as informações do ambiente são percebidas de forma diferente por cada um dos atores. As estratégias construídas pelo operador visam a uma redução do esforço, dependendo das condicionantes apresentadas na situação de trabalho em que se encontra. Assim, cada indivíduo apresenta esquemas antecipatórios de percepção que o faz explorar tais informações de forma diferente. Além disso, cada ator tem um quadro de referência mental próprio que o faz interpretar um ambiente de forma diferente.

Neste trabalho, a partir da seleção das definições teóricas dos mapas cognitivos, objetiva-se sistematizar elementos da representação mental dos profissionais envolvidos com o estudo. No modelo de construção do mapa, utilizou-se um programa para representar os conceitos verbalizados pelos atores, a partir do problema central, que foi a qualificação dos cuidados nutricionais. Sua análise, no contexto deste trabalho, leva em conta basicamente como o problema é percebido e interpretado por cada um dos profissionais envolvidos, considerando, ainda, a convergência desses conceitos.

Procura-se, também, compreender a influência dos contextos, revelados pela análise antropotecnológica, na elaboração de uma representação mental para facilitar ou não a qualificação dos cuidados nutricionais. Para Guérin (1997, p.90-91), a construção de uma representação pelo operador baseia-se na sua formação e na sua experiência, ele estabelece relações preferenciais entre certas configurações da realidade e as ações a serem efetuadas. Ele dispõe, potencialmente, dentro de um determinado domínio, um conjunto de saberes organizados.

Assim, colocados os principais conceitos e considerações sobre tecnologia – particularmente das tecnologias de gestão e de conhecimento – e sobre ergonomia – evidenciando-se a análise ergonômica das atividades mentais –, destacam-se nas próximas seções os conceitos sobre a teoria da criação do conhecimento e a antropotecnologia, como referência teórica fundamental para análise dos contextos nas situações analisadas.

2.5 A TEORIA DA CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO

2.5.1 INTRODUÇÃO

A teoria da criação do conhecimento abordada por Nonaka et al. (1997, p.XI-XV, p.7-18) apresenta elementos que resgatam o processo interativo entre um grupo de pessoas. Os autores, utilizando a metáfora do jogo de rúgbi, oferecem uma descrição de como o conhecimento organizacional é criado na empresa e, particularmente, utilizam a experiência japonesa como referência.

Para os objetivos do presente projeto serão utilizados os principais conceitos sobre o processo de criação do conhecimento, como apoio na definição das categorias de análise do problema em foco, em conjunto com a metodologia antropotecnológica. Não se pretende utilizar esta teoria como um modelo de tecnologia de gestão, mas, conforme referido pelos próprios autores, “para criar conhecimento, o aprendizado que vem dos outros e as habilidades compartilhadas com outros precisam ser internalizados – isto é, modificados, enriquecidos e traduzidos de modo a se ajustarem à identidade e auto-imagem da empresa” (Nonaka et al., 1997, p.10). Portanto, pode ser considerada uma visão antropotecnológica de uma tecnologia de conhecimento.

Para esses autores, o processo interativo existente no rúgbi é análogo à criação do conhecimento nas empresas. No rúgbi, a bola é passada de um jogador para outro à medida que o time avança no campo como uma unidade e representa a compreensão compartilhada da razão de ser da empresa. “O rumo que está tomando, em que tipo de mundo quer viver e como tornar esse mundo realidade. *Insights*, intuições e pressentimentos altamente subjetivos” são levados em consideração. “É isso que a bola contém – ou seja, idéias, valores e emoções”. Nas corridas de revezamento, o bastão é passado de um corredor para o outro de forma definida, movimentando-se seqüencialmente. No jogo de rúgbi, por sua vez, “o movimento da bola nasce da interação entre os membros da equipe no campo. É definido na hora (aqui e agora) com base na experiência direta e através de tentativa e erro. Exige intensa e trabalhosa interação entre os membros da equipe”.

De forma análoga, a criação do conhecimento organizacional relaciona-se tanto à experiência física e à tentativa e erro quanto à geração de modelos mentais e ao aprendizado com os outros. A criação do conhecimento organizacional é definida pelos autores “como a capacidade que uma empresa tem de criar conhecimento, disseminá-lo na organização e

incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas”. O conhecimento é a unidade básica de análise para explicar o comportamento da empresa. Nos itens seguintes serão apresentados os conceitos básicos sobre conhecimento, seus modos de conversão – de tácito para tácito, de tácito para explícito, de explícito para explícito, e de explícito para tácito – que constituem a base para a criação do conhecimento e as condições organizacionais que permitem a criação do conhecimento, segundo os autores.

2.5.2 DADOS, INFORMAÇÃO, CONHECIMENTO E COMPETÊNCIA: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS²

Para Davenport et al.(1998, p.1), “conhecimento não é dado nem informação, embora esteja relacionado com ambos, e as diferenças entre esses termos sejam normalmente uma questão de grau”.

Os autores, distinguindo a definição de *dados* e de *informação*, destacam que *dados* são um conjunto de fatos distintos e objetivos, relativos a eventos. Ao contrário da informação, os dados, por si só, têm pouca relevância ou propósito, mas se constituem na matéria-prima essencial para a criação da informação. Os dados tornam-se informação quando se acrescenta a eles um significado. Assim, a *informação* é um meio material necessário para extrair e construir conhecimento.

O *conhecimento* deriva da informação da mesma forma que a informação deriva dos dados. Ao contrário da informação, o conhecimento diz respeito a crenças e compromissos, profundamente enraizados nos sistemas de valor dos indivíduos, estando, portanto, relacionado à ação humana. Todavia, tanto a informação quanto o conhecimento são específicos ao contexto e relacionais, pois dependem da situação e são criados de forma dinâmica na interação social entre os indivíduos.

Nonaka et al.(1997, p.64) referindo-se a Berger e Luckman (1966) destacam que “as pessoas que interagem em um determinado contexto histórico e social compartilham informações a partir das quais constroem o conhecimento social como uma realidade, o que, por sua vez, influencia seu julgamento, seu comportamento e suas atitudes”.

² Davenport et al. (1998, 2-8) ; Sveiby (1998, 35-48); Nonaka et al.(1997, p. 63-65).

Para esses autores, o conhecimento humano apresenta duas dimensões: o *conhecimento explícito* e o *conhecimento tácito* (Nonaka et al., 1997, p. 7-9 e 65-67).

O *conhecimento explícito* pode ser articulado, na linguagem formal, em afirmações gramaticais, expressões matemáticas, especificações, manuais, etc. Pode ser transmitido formal e facilmente entre os indivíduos sob a forma de dados brutos, fórmulas científicas, procedimentos codificados ou princípios universais. Este tipo de conhecimento pode ser facilmente processado por um computador, transmitido eletronicamente ou armazenado em um banco de dados.

O *conhecimento tácito* é de difícil articulação na linguagem formal. É um conhecimento pessoal, incorporado à experiência individual e envolve fatores intangíveis, como crenças pessoais, perspectivas e sistemas de valores.

O conhecimento tácito apresenta, ainda, duas dimensões. A *dimensão técnica* constitui-se na capacidade informal ou nas habilidades denominadas de *know-how*. Como exemplo, têm-se as habilidades dos artesãos e dos atletas, depois de anos de experiência. No entanto, frequentemente esses profissionais são incapazes de articular os princípios técnicos ou científicos subjacentes ao que sabem. A *dimensão cognitiva* “consiste em esquemas, modelos mentais, crenças e percepções tão arraigadas que os tomamos como certos. [...] reflete nossa imagem da realidade (o que é) e nossa visão do futuro (o que deveria ser). [...] moldam a forma com que percebemos o mundo à nossa volta”, embora não possam ser articulados facilmente.

Os conceitos acima, embora com denominações diferenciadas, são semelhantes às categorias de conhecimento discutidas anteriormente no item 2.4 sobre ergonomia e coincidem com algumas denominações utilizadas por Tardif (1996, p.47-57). O autor, utilizando exemplos do ponto de vista pedagógico, observa que a psicologia cognitiva considera que há fundamentalmente três categorias de conhecimento, as quais se apresentam interligadas na memória de longo termo: os conhecimentos declarativos, procedurais e condicionais.

Os *conhecimentos declarativos* correspondem essencialmente aos conhecimentos teóricos. Trata-se dos conhecimentos dos fatos, das regras, das leis, dos princípios.

Os *conhecimentos procedurais* correspondem aos procedimentos para realização de uma ação. Distinguem-se dos conhecimentos declarativos, porque correspondem aos

conhecimentos dentro de um contexto de ação, de conhecimentos dinâmicos. Esses conhecimentos são essencialmente seqüência de ações. Todos os objetivos pedagógicos que correspondem ao “como fazer” constituem-se de conhecimentos procedurais.

Os *conhecimentos condicionais* referem-se às condições da ação. Tais conhecimentos estão relacionados a que momento e dentro de que contexto é apropriada a utilização de tal ou tal estratégia, tal ou tal conduta, ou o início de tal ou tal ação? Por que é adequado empregar esta estratégia, esta conduta e realizar esta ação? (Tardif, 1996, p.52). Trata-se, portanto, de conhecimentos que devem ser aplicados dentro de um determinado contexto.

A *competência* referida por Sveiby (1998, p.42-46) relaciona-se ao conjunto de cinco elementos mutuamente dependentes, abaixo descritos:

- conhecimento explícito, que envolve o conhecimento dos fatos, sendo adquirido principalmente pela informação através da educação formal;
- habilidade, que corresponde ao saber fazer e envolve a proficiência prática – física e mental – adquirida por treinamento e prática, incluindo tanto o conhecimento de regras de procedimento quanto as habilidades de comunicação;
- experiência, que é adquirida principalmente pela reflexão sobre erros e sucessos passados;
- julgamentos de valor, que são as percepções do que o indivíduo acredita estar certo e que agem como filtros auxiliando no processo de saber de cada indivíduo;
- rede social, que corresponde às relações do indivíduo com outros seres humanos em um ambiente e uma cultura, transmitidos pela tradição.

Navarro (1991, p.117-118), referindo-se aos estudos da psicologia do trabalho, destaca que esta área coloca a importância do nível de competência dos operadores na gestão de suas tarefas. A definição de competência corresponde à utilizada por Montmollin, que se relaciona à articulação estabilizada dos conhecimentos, do *savoir-faire*, das ações-tipo, dos procedimentos padronizados, dos modos de raciocínio utilizados sem necessitar de uma nova aprendizagem; sedimentam e estruturam as experiências adquiridas da história profissional; permitem a antecipação dos fenômenos e o tratamento do que se encontra implícito nas instruções e na variabilidade das tarefas. Uma representação coerente dos elementos de uma situação é uma forma de competência.

2.5.3 OS MODOS DE CONVERSÃO DO CONHECIMENTO E AS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS PARA A CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO

O reconhecimento da importância do conhecimento tácito possibilita uma outra visão da organização que a de uma máquina de processamento de informações, de fora para dentro, no sentido de resolver os problemas existentes para adaptar-se ao ambiente em transformação. Nessa concepção a organização é vista como um organismo vivo, que cria novos conhecimentos e informações a partir do ambiente externo, de dentro para fora, redefinindo os problemas e as soluções e, ao mesmo tempo, recriando esse mesmo ambiente.

Essa visão de organização que supera o contingencialismo foi defendida pela teoria da autopoiese, de Maturana et al. (*apud* Naveira, 1998, p.72), na qual observam que a vida é produtora de si própria e não produzida por condicionantes externas. Ao trocar energia com o ambiente externo, os sistemas vivos se auto-organizam.

Para isso, Nonaka et al. (1997, p.10-11 e 68-102) afirmam, que criar novos conhecimentos não é apenas uma questão de aprender com outros ou adquirir conhecimentos externos; mas que o conhecimento deve ser construído por si mesmo, exigindo para isso uma interação intensiva e laboriosa entre as pessoas da organização. A idéia de que o conhecimento pode ser adquirido, transmitido e treinado por meio de manuais, livros ou conferências deve ser deixada de lado. Deve-se dar mais atenção ao lado menos formal e sistemático do conhecimento, prestando-se atenção aos “*insights*, intuições e palpites altamente subjetivos obtidos através do uso de metáforas, imagens, ou experiências”. No entanto, defendem que o conhecimento explícito e o conhecimento tácito não são dimensões separadas, mas são dimensões mutuamente complementares que interagem e realizam trocas nas atividades criativas dos seres humanos.

Neste sentido, os autores destacam quatro modos diferentes de conversão do conhecimento:

- de conhecimento tácito em conhecimento tácito, chamada de *socialização*;
- de conhecimento tácito em conhecimento explícito, denominada de *externalização*;
- de conhecimento explícito em conhecimento explícito, ou *combinação*;
- de conhecimento explícito em conhecimento tácito, chamada de *internalização*.

A *socialização* (do conhecimento tácito para o conhecimento tácito) “é o processo de

compartilhamento de experiências”. O conhecimento tácito é criado como modelos mentais ou como habilidades técnicas compartilhadas. Somente a linguagem não é suficiente; requer, sobretudo, a observação, a imitação e a prática. “O segredo para a aquisição do conhecimento tácito é a experiência. Sem alguma forma de experiência compartilhada é extremamente difícil para uma pessoa projetar-se no processo de raciocínio de outro indivíduo”(p. 60). Para isso, as emoções e o contexto da situação a ser vivenciada são fundamentais para a troca de experiências.

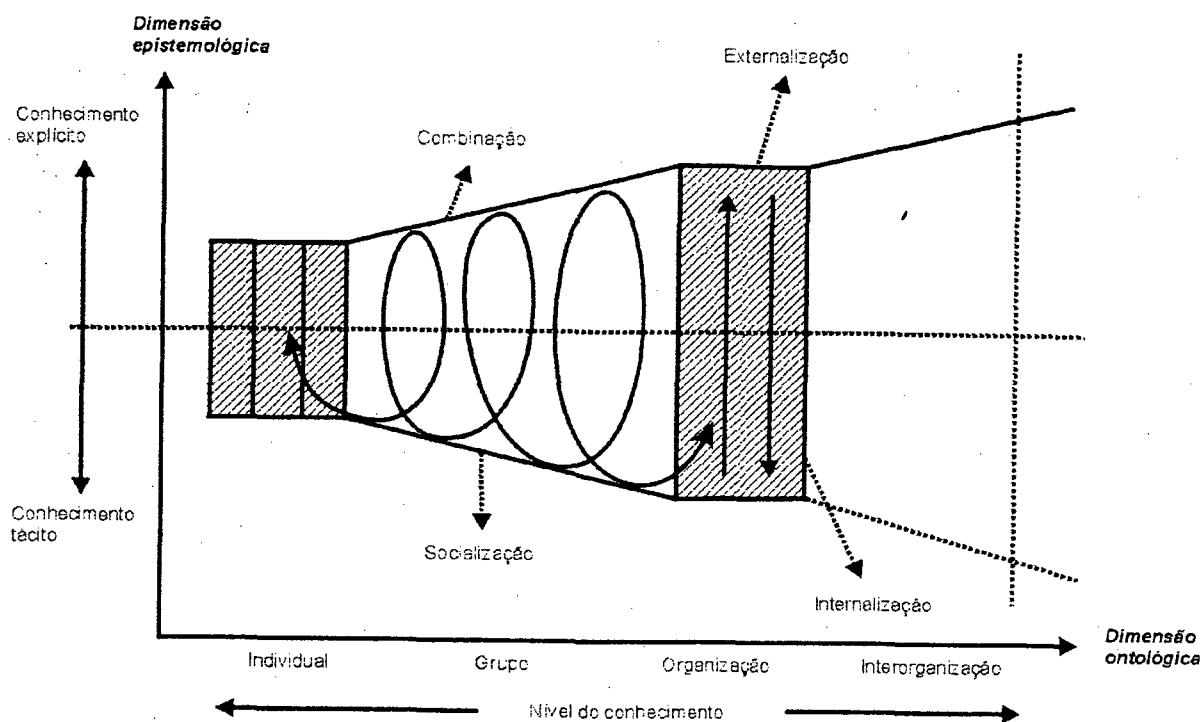
A *externalização* (do conhecimento tácito para o conhecimento explícito) é “o processo de articulação do conhecimento tácito em conceitos explícitos” e são expressos na forma de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses ou modelos, frutos do diálogo e da reflexão coletiva. As características básicas de um produto que se quer desenvolver ou de um serviço que se quer ver melhorado é uma forma de externalizar o conhecimento tácito.

A *combinação* (do conhecimento explícito para o conhecimento explícito) é “o processo de sistematização dos conceitos em um sistema de conhecimento”. A troca e a combinação dos conhecimentos é feita através de meios como documentos, reuniões, conversas ao telefone ou redes de comunicação computadorizadas. As informações existentes são reconfiguradas pela classificação, acréscimo, combinação e categorização do conhecimento explícito, podendo levar a novos conhecimentos.

A *internalização* (do conhecimento explícito para o conhecimento tácito) é “o processo de incorporação do conhecimento explícito no conhecimento tácito”. É intimamente relacionado ao aprender fazendo. A internalização das experiências – ou seja, para que o conhecimento explícito se torne em um conhecimento tácito – requer a verbalização do conhecimento através de documentos, manuais ou histórias orais.

Os quatro processos descritos acima correspondem à *dimensão epistemológica* da criação do conhecimento organizacional. Mas, para que essa dimensão ocorra, é essencial a interação contínua e dinâmica entre conhecimento tácito e explícito. Neste sentido, os autores argumentam que a transformação e os conteúdos do conhecimento são interativos e em forma de espiral e não linear como pode parecer. A *dimensão ontológica* confere a forma como os quatro processos interagem para a criação do conhecimento organizacional – iniciando no nível individual, ampliando-se para as comunidades de interação e cruzando fronteiras entre as diferentes estruturas da organização. A figura 2.5 representa a espiral da criação do conhecimento organizacional.

Fig. 2.5: Espiral da criação do conhecimento organizacional



Fonte: Nonaka et al. (1997, p. 82).

No entanto, para possibilitar o processo de criação do conhecimento, cabe à organização o fornecimento de um contexto apropriado para facilitar as atividades em grupo e para criar o acúmulo de conhecimento do indivíduo. Assim, as condições apresentadas pelos autores são: a *intenção*, a *autonomia*, a *flutuação e o caos criativo*, a *redundância* e a *variedade de requisitos* que são descritas em seguida.

A *intenção* é definida “como a aspiração de uma organização às suas metas”. Em um contexto organizacional, os esforços para atingir a intenção podem assumir a forma de estratégia. Além disso, a intenção carrega um valor, pois é frequentemente, expressa por padrões organizacionais ou visões que podem servir para avaliar e justificar o conhecimento criado.

A *autonomia* é uma condição para que “os indivíduos e os grupos em organizações criadoras do conhecimento estabeleçam as fronteiras de suas tarefas por conta própria, a fim de buscar a meta definitiva expressa na mais elevada intenção da organização”. Este tipo de organização tem mais possibilidades de manter uma maior flexibilidade ao adquirir, interpretar e relacionar as informações. Além disso, as idéias originais partem de indivíduos autônomos e difundem-se na equipe, transformando-se em idéias organizacionais.

A *flutuação e caos criativo* são as condições “que estimulam a interação entre a organização e o ambiente externo”. A flutuação, ao ser introduzida, cria um colapso nas rotinas, nos hábitos ou estruturas cognitivas, exigindo para isso, que se volte a atenção para o diálogo como forma de interação social e criação de novos conceitos. O caos surge naturalmente em momentos de crise, provocados externamente ou internamente, de forma intencional a partir de metas desafiadoras. O caos intencional, que é também denominado de caos criativo, focaliza a atenção dos indivíduos para a definição do problema e para a resolução da situação de crise e, ao mesmo tempo, induz e fortalece o compromisso subjetivo dos indivíduos. Os autores destacam que “os benefícios do caos criativo só podem ser percebidos quando os membros da organização têm a habilidade de refletir sobre as suas ações”. Do contrário, a flutuação tende a levar ao caos destrutivo.

A *redundância* é considerada pelos autores uma das condições organizacionais que facilita o processo de criação do conhecimento organizacional. A redundância refere-se à “existência de informações que transcendem as exigências operacionais imediatas dos membros da organização”; é importante, principalmente, nas etapas do desenvolvimento dos conceitos, quando os indivíduos estão expressando suas imagens a partir do conhecimento tácito. Além disso, com a circulação de informações redundantes desenvolvem-se canais de comunicação incomuns dentro e fora da hierarquia.

A *variedade de requisitos* é uma particularidade necessária às organizações para o enfrentamento de situações impostas por um ambiente variável e complexo. A variedade de requisitos pode ser aprimorada pela combinação de informações de forma diferente, flexível e rápida e pelo acesso às informações em todos os níveis da organização. Além disso, o acesso mais rápido às informações é uma das condições para possibilitar a maximização da variedade dentro da organização. Para isso, o desenvolvimento de estruturas organizacionais, de forma orgânica e flexível, é fundamental para lidar com a complexidade do ambiente.

2.6 ANTROPOTECNOLOGIA

2.6.1 CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES GERAIS

A antropotecnologia (por analogia à ergonomia, que compreende a adaptação do trabalho ao homem) é definida como a adaptação da tecnologia à realidade do país importador, sendo que as considerações dos contextos social, demográfico e industrial são relevantes para essa adaptação.

Assim como a ergonomia, a antropotecnologia orienta-se para o trabalho, para as atividades daqueles que produzem. No entanto, esse tipo de abordagem remonta às causas relacionadas ao posto de trabalho, orientando-se para a utilização de conhecimentos sobre o homem em atividade coletiva de trabalho. Disciplinas como a ergonomia, a sociologia do trabalho, a organização do trabalho, a antropologia cultural e cognitiva dão suporte à abordagem antropotecnológica (Wisner, 1994).

Os primeiros estudos antropotecnológicos foram desenvolvidos por estudantes de países em desenvolvimento. Orientados pelo professor Alain Wisner, tais pesquisadores desenvolveram estudos comparativos entre o país exportador (ou país de origem) e o país importador de sistemas técnicos de produção. Os estudos tinham como base a análise ergonômica da atividade dos operadores, tendo-se constatado diferenças significativas no sucesso de implantação de uma determinada tecnologia entre os diferentes países (Wisner, 1994, p.147-155).

Na maioria desses estudos, os erros de concepção estavam ligados à implantação de tecnologias, sem levar em conta os fatores climáticos, sociais, econômicos e de infraestrutura do país importador. Mais que isso, ainda, tais estudos revelaram como os operadores elaboravam estratégias de regulação diante do sistema de produção importado e de seu mau funcionamento. Os resultados obtidos revelaram que tais estratégias estavam relacionadas à própria história e à cultura desses operadores.

O centro da análise antropotecnológica compreende o estudo do *homem em atividade*, confrontando-se com a *tecnologia*. Ambos situados em sua história, seu ambiente geográfico, cultural, social e econômico. Para os propósitos deste estudo é importante assinalar que a extensão de uma adaptação tecnológica pode ser avaliada não só a partir de máquinas e produtos, mas também a partir de saberes, *know-how*, procedimentos científicos e técnicos, destacando-se, desta forma não só a área industrial, como também a saúde, a educação e a alimentação (Wisner, 1994, p. 129).

Tendo como referência tais considerações, o presente estudo compreende a utilização da abordagem antropotecnológica como uma ferramenta de apoio para análise dos aspectos relevantes na implantação de tecnologias de gestão que visam à melhoria dos cuidados nutricionais em duas realidades distintas – a realidade francesa e a realidade brasileira.

Trata-se, portanto, da discussão dessas tecnologias relacionadas a um conhecimento especializado dentro da área de saúde e, particularmente, a um fazer específico dentro do processo de assistência nutricional a indivíduos enfermos no sistema hospitalar.

Nesse sentido, considera-se pertinente a discussão de alguns temas relacionados aos aspectos antropotecnológicos que possam referenciar o problema a ser analisado, de forma a caracterizá-lo e justificar a utilização da metodologia antropotecnológica.

2.6.2 A CONCEPÇÃO E AS TRANSFERÊNCIAS DE TECNOLOGIAS DE GESTÃO – ALGUNS ESTUDOS IMPORTANTES PARA O OBJETO DE ESTUDO

O desenvolvimento deste item baseou-se primeiramente nas análises elaboradas por D'Iribane et al.(1987a e 1987b) e por Ruffier (1987). Esses artigos, embora não sejam considerados estudos antropotecnológicos, abordam elementos para a discussão da influência dos aspectos culturais nas transferências de tecnologia de gestão organizacionais. Sua contribuição para a ergonomia e, particularmente, para os estudos antropotecnológicos está na importância atribuída à análise do ambiente em seus aspectos antropológicos, em especial ao conhecimento do sistema de valores ou da cultura de uma determinada população de trabalhadores, para possibilitar a adaptação tecnológica nas transferências de tecnologia.

Em seguida são apresentadas as características do estudo desenvolvido por Langa (Langa, 1993; Langa e Rogalski, 1997; Wisner, 1994, p. 150-153), em uma usina de mistura de óleo, no Zaire, bem como seus principais resultados. O estudo de Langa é uma pesquisa antropotecnológica que utiliza a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) tendo como referência a atividade dos gerentes no processo de produção da usina no Zaire e na França. Nesse estudo evidenciou-se a importância da utilização de tecnologias de gestão mais flexíveis, considerando-se as condições de desenvolvimento do Zaire para uma adaptação tecnológica de origem francesa.

• O QUE É UNIVERSAL E O QUE NÃO É

No artigo de D'Iribane (1987a), as observações iniciais destacam que, atualmente, produzir, vender eficazmente e modernizar o sistema produtivo não é possível sem mobilizar os homens. E a experiência mostra que não se mobiliza um americano, como se mobiliza um francês ou um africano. É necessário encontrar, para cada um, os caminhos mais adequados.

A partir da questão – “As formas de gestão organizacional devem ser universais ou devem ser adaptadas às diferenças culturais?” –, o autor aborda a relação de aspectos culturais com as formas de gestão organizacional nas empresas em face da internacionalização da economia. As especificidades culturais, como a linguagem, o desenvolvimento de procedimentos técnicos *versus* os objetivos do empreendimento influenciam sobremaneira nos métodos de gerenciamento das empresas multinacionais.

As características peculiares nas formas de gestão de países exportadores de tecnologia como a França e o Estados Unidos revelam que tais características traduzem o modo como esses países consideram que o trabalho deva ser organizado. A forma de trabalho, as aspirações profissionais, os valores relacionados à fidelidade ao trabalho, o tipo de gerência, os significados por trás da linguagem, dentre outros aspectos, estão intimamente relacionados aos contextos sociais desses mesmos países.

Ao analisar a importação de métodos estrangeiros, o estudo aponta, como exemplo, a implantação das técnicas japonesas de gestão, afirmando que elas não são universais – a teoria Z nos EUA e os círculos de controle de qualidade na França tiveram que sofrer modificações que as adaptassem aos valores culturais desses países. Os países em desenvolvimento reinterpretam certos esquemas fundamentais de sua cultura adaptando-os aos aspectos do mundo moderno.

A necessidade de adaptar a tecnologia a uma dada cultura é enfatizada. O autor analisa que não se deve partir de uma concepção baseada em julgamentos do que é bom e do que é mau em relação à influência da cultura no funcionamento das empresas, mas deve-se buscar um novo caminho, uma nova forma de gerenciamento que integre e que adapte as práticas de gerenciamento ao contexto local, a partir do conhecimento dos limites existentes, dos países que empregam o método, das dificuldades apontadas no processo de implantação e nos problemas que poderão surgir.

Destaca-se que a tecnologia origina-se em contextos culturais próprios e que, portanto, em processos de transferência de tecnologia, as considerações sobre as especificidades culturais de uma determinada população devem necessariamente ser levadas em conta, conforme defende a abordagem antropotecnológica.

A metodologia antropotecnológica proposta por Wisner contempla a análise de situações de referência, cuja avaliação dos aspectos culturais no processo de transferência de

tecnologia é essencial para a concepção de sistemas de produção, de organização do trabalho e de formação, levando, assim, à adaptação da tecnologia às exigências da população trabalhadora local (Santos *et al.*, 1997).

•AS NOVAS TECNOLOGIAS E A CULTURA FRANCESA – O CASAMENTO DO NOBRE COM O VIL

No artigo de D'Iribane et al. (1987b) são descritas as particularidades da cultura francesa diante das novas tecnologias de implantação de instalações automatizadas.

Os autores relatam as dificuldades enfrentadas pela indústria de máquinas-ferramentas na França, na década de 1980, caracterizadas pela combinação da mecânica e da eletrônica.

Como se caracteriza a cultura francesa diante dessas inovações?

Para os franceses, há uma forte distinção entre as profissões, com relação ao que é mais ou menos nobre. Nesse sentido, a tecnologia é marcada pela oposição entre o nobre e o vil, gerando relações difíceis entre concepção e execução, entre o que é teórico e o que é prático e entre os diferentes níveis hierárquicos, em função da natureza da técnica empregada no trabalho de cada profissão.

Outro ponto peculiar é a forte identidade profissional existente na França. A profissão, para os franceses, não é um simples *job* ocupado *en passant*. Trocar uma atividade por outra é trair ou trocar de pele (virar a casaca).

Tomando, como exemplo, a indústria de máquinas-ferramentas, os autores relatam que a produção de máquinas tradicionais era o paraíso dos mecânicos. A engenharia e a concepção eram feitas somente por engenheiros mecânicos e a *performance* das máquinas dependia estritamente de suas capacidades de invenção. A fabricação era feita utilizando-se o conhecimento dos torneiros, fresadores e outros operadores.

Com a introdução da eletrônica e do controle numérico, essa relação modificou-se – estabeleceu-se o mais nobre (especialistas eletrônicos) no território dos menos nobres (os especialistas mecânicos). Os mecânicos tiveram que conviver com a experiência dolorosa ao verem os especialistas eletrônicos dispendo do refinamento de sua especialidade, de forma melhor e com o mesmo preço. Os trabalhadores, em suas relações com o ofício, viram o seu estatuto profissional e a sua força de trabalho sendo desvalorizados. Na França, houve uma

grande reação de rejeição, que influenciou as grandes dificuldades da área entre os que projetam, os que executam e os que fazem a manutenção dos produtos.

Diante dessa especificidade cultural considerada como uma lógica da honra, os autores enfatizam a necessidade de considerar uma gestão apropriada a partir do respeito às diferenças. A existência de grupos profissionais presentes na cultura francesa pode ser uma particularidade importante para a organização do trabalho, oferecendo recursos dignos de interesse aos que souberem tirar proveito dela.

• A GESTÃO DA AUTOMATIZAÇÃO: UM MODELO MEXICANO

O artigo de Ruffier (1987) relata um caso de transferência de tecnologia francesa para uma região rural mexicana. A experiência demonstra a reprodução de esquemas culturais tradicionais na forma de organizar o trabalho, diante da falta de formalização e qualificação dos trabalhadores da usina.

O estudo foi realizado em uma usina multinacional de fabricação de iogurtes, no México, situada nas proximidades de uma fazenda bovina. A origem da maior parte dos operários era agrícola, não apresentavam nenhuma experiência profissional, o nível escolar era baixo – os operários de produção contavam apenas com o nível primário. O produto iogurte era desconhecido. A usina era uma das primeiras a introduzir este tipo de produto no mercado mexicano.

A direção da usina, feita por um diretor francês, contava com a cooperação de um técnico, que tinha noção de comandos e programação de automação. A usina mexicana apresentava um alto nível de desempenho, apesar da falta de qualificação dos operários. Como explicar este paradoxo?

O normal é pensar que quanto mais automatizada uma linha de produção maior é a necessidade de qualificação de mão-de-obra para o funcionamento. Na visão dos diretores franceses, entretanto, uma empresa com operários que apresentassem tais características estaria fadada ao fracasso.

A aprendizagem dos operários mexicanos se estabelece mais pelo companheirismo do que por uma formação técnica estruturada. As relações de solidariedade e de colaboração no trabalho baseiam-se no sistema tradicional de “compadres” e “comadres”.

Os sindicatos mexicanos interferem na contratação, promoção e demissão dos operários. Além disso, ao contrário dos franceses, os contra-mestres mexicanos auxiliam sempre que necessário ao operário, tomando o seu lugar sem hesitar. Entre os diferentes níveis hierárquicos, a comunicação é estabelecida de maneira informal, não existindo barreiras de socialização entre a base e a cúpula.

Essas relações informais, segundo o autor, causariam choque na cultura francesa, caracterizada pelo respeito ao organograma e pelo orgulho dos operários de elite.

Nesse exemplo de transferência de tecnologia pôde-se perceber a influência da cultura na gestão das relações sociais da empresa, sobretudo relacionada à comunicação informal, ao poder dos sindicatos e à hierarquia.

Wisner (1994) refere-se aos aspectos cognitivos da cultura não escolar – as chamadas competências latentes, que são saberes importantes e complexos desenvolvidos fora de qualquer escolarização e são considerados essenciais para o êxito dentro da vida industrial moderna – que não são reconhecidos, nem valorizados formalmente.

• UMA USINA DE MISTURA DE ÓLEO NO ZAIRE: A ANÁLISE DO TRABALHO DOS GERENTES

O estudo de Langa consistiu em uma análise antropotecnológica que comparava a atividade de dois dirigentes em fábricas de mistura de óleos de petróleo, pertencentes ao mesmo grupo multinacional, localizadas no Zaire e na França. As características das situações de trabalho foram comparadas, com relação aos objetivos, aos recursos e às condicionantes da tarefa, assim como as condições gerais do contexto do trabalho.

Em função da característica do trabalho executado, de natureza essencialmente administrativa, que demandava atividades diversificadas, complexas e descontínuas, o autor utilizou três tipos de abordagens: a análise exaustiva da atividade, a autoconfrontação e a entrevista orientada pelos fatos. Além disso, devido à diversificação do conteúdo das atividades, houve necessidade de estender as observações por oito dias de trabalho.

O aspecto essencial constatado nesse estudo é a informalidade com que o dirigente no Zaire buscava lidar com as condicionantes ligadas à situação de trabalho. A atividade caracterizava-se pela importância dada à comunicação verbal, pela intensidade das relações com os subordinados *versus* a possibilidade de negociação e pela existência de interações

fora da hierarquia. No Zaire, o dirigente era mais envolvido diretamente no comando e no controle da situação de trabalho, e os autores relatam que o dirigente no Zaire apresentava um estilo pessoal de gerenciamento diante dos aspectos apresentados na situação de trabalho.

A aplicação de forma rígida dos princípios da organização burocrática nesse tipo de situação tornaria inviável a forma com que o dirigente no Zaire lida com os problemas observados, que são resultantes da própria cultura zairense.

2.6.3 A METODOLOGIA ANTROPOTECNOLÓGICA

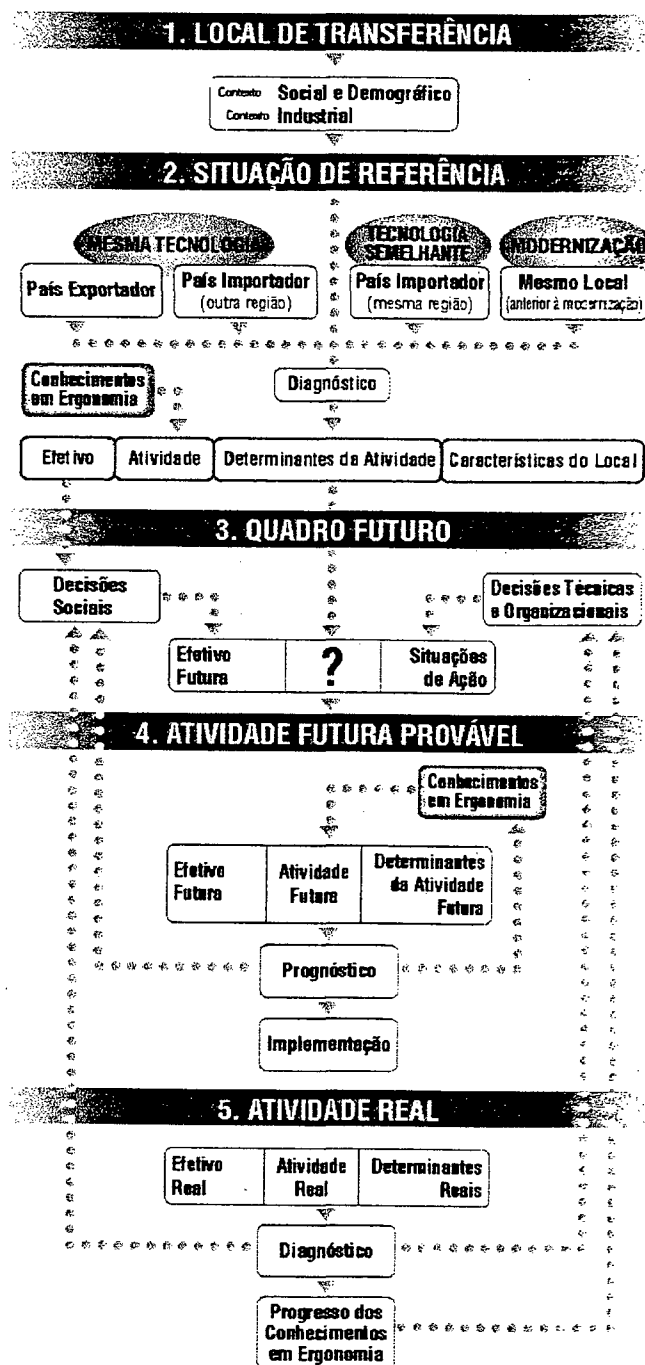
Entre a ergonomia e a antropotecnologia existem duas diferenças fundamentais que são colocadas pela metodologia (Wisner, 1997, p. 230).

A abordagem antropotecnológica considera que a origem das dificuldades na utilização de uma tecnologia não deve ser pesquisada somente nas características individuais dos operadores, mas deve-se considerar tais características em relação aos aspectos sociais, econômicos, geográficos, históricos e antropológicos da situação. Além disso, estes aspectos não são considerados somente na situação do país de importação, mas também no país de exportação do dispositivo técnico. A comparação entre essas duas situações é um aspecto essencial da metodologia antropotecnológica.

Outra consideração importante da abordagem antropotecnológica é o seu caráter prospectivo. Os meios de análise disponíveis têm como propósito prevenir os efeitos indesejáveis provocados pelas situações futuras na introdução de novas tecnologias (Daniellou, 1992, p.78-79; Wisner, 1992, p.16-26).

Nesse sentido, a metodologia antropotecnológica compreende cinco etapas de análise: análise do local, análise de situações de referência, projeção do quadro de trabalho futuro, prognóstico da atividade e, por último, a análise da atividade real. A figura 2.6 representa o esquema geral da metodologia antropotecnológica e a interdependência das etapas.

Fig. 2.6: Etapas da metodologia antropotecnológica



Fonte: Santos et al. (1997, p. 131) (adaptado).

2.6.3.1 ANÁLISE DO LOCAL DE TRANSFERÊNCIA

Nesta etapa são levantados dados dos contextos socioeconômicos, geográficos, demográficos, socioculturais e antropológicos, bem como dados sobre as condições de trabalho da situação a ser analisada. Tais dados possibilitam o reconhecimento do país importador da tecnologia e, sobretudo, do local onde a tecnologia vai ser implantada:

O conjunto dos dados sugeridos para utilização na análise antropotecnológica estão descritos abaixo, conforme Wisner (1981 *apud* Santos et al., 1997, p.133):

- *dados socioeconômicos: nível de renda média; tendência evolutiva de renda; repartição da renda nacional entre consumo, investimento local e remuneração do capital estrangeiro; distribuição entre as categorias da população da renda nacional consagrada ao consumo, políticas governamentais referentes aos setores produtivos e comércio exterior;*
- *dados socioculturais e antropológicos: grau de urbanização (cidades e aglomerações urbanas); nível de instrução (alfabetização, desenvolvimento do ensino técnico, secundário e superior); orientação de instrução para as formações técnicas e econômicas ou literárias e jurídicas; antigüidade das atividades artesanais e industriais; formação étnica da sociedade e seus costumes;*
- *dados geográficos e demográficos: geografia (abalos sísmicos, variações climáticas, regime de águas, topografia, condições do solo); geografia humana (dados antropométricos, índices de saúde e nutrição); infra-estrutura energética, dos transportes e das comunicações, condições sanitárias e de saúde em geral; contexto industrial;*
- *dados sobre as condições de trabalho: no sentido restrito - segurança do trabalho, doenças profissionais, carga de trabalho físico e mental, condições de ambiente físico; relações entre o dispositivo técnico, a gerência e a direção da empresa; duração e horários de trabalho; no sentido amplo - emprego e sua estabilidade; desemprego; salário bruto; salário social (seguridade social, aposentadoria, seguro desemprego, auxílios de moradia, transporte); vantagens sociais relativas à empresa (auxílio moradia, refeições e alimentação familiares, medicina do trabalho e familiar, transporte, escolarização); liberdades sindicais e políticas.*

Os dados a serem utilizados durante a análise dependerão de cada situação a ser analisada. Os estudos antropotecnológicos até então desenvolvidos compreenderam a análise de situações de trabalho relacionadas principalmente ao setor industrial. Recentemente, a abordagem antropotecnológica tem sido utilizada em alguns estudos que vêm demonstrando a aplicabilidade da metodologia na análise do setor de serviços em função da implantação de novas tecnologias e da modernização desses setores. Destaca-se o estudo de Assis et al. (1998), que enfoca a análise de processos de prestação de serviços em um ambulatório hospitalar de nutrição clínica. A situação de referência foi a atividade do nutricionista no atendimento a pacientes externos.

Considerando ainda a utilização da abordagem antropotecnológica no setor de serviços hospitalares, destaca-se o trabalho desenvolvido por Maia et al. (1997), na avaliação do trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva.

2.6.3.2 ANÁLISE DE SITUAÇÕES DE REFERÊNCIA

Esta etapa caracteriza-se pela análise de situações de trabalho semelhantes à situação a ser estudada, através da análise ergonômica do trabalho. O objetivo nesta etapa é construir um quadro, o mais completo possível, da variabilidade existente no sistema de produção, bem como identificar a complexidade das atividades a serem efetuadas pelos operadores nestas situações, de forma a poder transpô-las à situação futura.

Nas considerações abordadas por Daniellou (1992, p.78-79) destaca-se que a introdução de novas tecnologias implica uma readaptação dos operadores a um novo fazer, a uma nova representação mental do sistema de produção.

A análise de situações de referência visa prever o trabalho futuro. No entanto, neste aspecto, a ergonomia não apresenta um caráter prescritivo ou normativo quanto aos procedimentos utilizados pelos operadores. A ergonomia contribui para que os meios de trabalho permitam aos operadores elaborar modos operatórios que levem ao alcance dos objetivos, sem que haja condições desfavoráveis à saúde (Daniellou, 1991, p.4.4).

No que diz respeito à escolha das situações de referência, inúmeras situações podem ser encontradas (Santos et al., 1997).

- Modernização de uma instalação existente: os mesmos produtos serão fabricados com as mesmas matérias-primas, pelos mesmos trabalhadores, mas com um sistema de produção diferente. A análise vai corresponder à própria situação atual, tal como ela se encontra (antes da modernização). Por outro lado, recomenda-se analisar situações de referência em que se empregam equipamentos, máquinas e *softwares* semelhantes aos previstos no projeto de modernização.
- Transferência da tecnologia entre os países: o estudo das situações de referência corresponde à análise do sistema de produção do país vendedor; a uma análise de uma situação que foi exportada, funcionando em uma outra região do país exportador; ou em situações em que o sistema produtivo seja semelhante, localizado na mesma região do país comprador.

- Implantação de uma nova tecnologia de fabricação: recomenda-se a análise com os trabalhadores que conduzem os testes de laboratório que geraram a tecnologia ou mesmo que se analise a instalação de unidades-piloto utilizadas para testes e ensaios.

Daniellou (1991, p. 4.3) salienta que a análise da atividade nas situações de referência põe em evidência as determinantes da atividade, influenciada pela variabilidade das matérias-primas, e as estruturas significativas da ação dos operadores (ações-tipo). A análise da atividade colocará em evidência uma ação-tipo, como exemplo, “controlar as peças na entrada”, que será transponível, enquanto objetivo ao futuro sistema.

Assim, a análise das situações de referência revela as determinantes da atividade futura, ligadas aos seguintes aspectos (Daniellou, 1991, p. 4.7):

- às características do efetivo futuro (*competência dos trabalhadores*);
- às futuras matérias-primas;
- aos futuros produtos e subprodutos;
- às futuras máquinas, aos métodos e processos (*a organização do trabalho e as tecnologias a serem empregadas*);
- às relações com a entrada e a saída dos clientes;
- às futuras fontes de energia;
- ao ambiente geográfico e climático, ao tecido industrial, aos aspectos sociais e culturais.

2.6.3.3 PROJEÇÃO DO QUADRO DE TRABALHO FUTURO E O PROGNÓSTICO DA ATIVIDADE FUTURA

Para Daniellou (1991, p. 4.4), a projeção do quadro de trabalho futuro compreende a elaboração de uma análise detalhada dos seguintes elementos:

- da população futura de trabalhadores: a partir das condicionantes identificadas na análise das situações de referência e das escolhas efetuadas com relação à política de pessoal no futuro empreendimento, é possível traçar um quadro de análise sobre as características e as competências dos futuros trabalhadores;
- do quadro técnico e organizacional: de forma semelhante, a descrição das tarefas futuras resulta da análise do trabalho real durante o estudo das situações de referência que são confrontadas com os objetivos traçados pelos serviços de concepção do empreendimento, podendo-se, dessa forma, colocar em evidência aspectos não previstos durante o funcionamento e a manutenção do sistema;

- das determinantes da atividade futura, reveladas pela análise das situações de referência e/ou induzidas pelas normas ou procedimentos estabelecidos pelos serviços de concepção do empreendimento.

O prognóstico da atividade futura corresponde a uma etapa que busca estabelecer medidas ou recomendações ergonômicas a serem tomadas nas diferentes áreas de concepção. A etapa prognóstica não se trata da prescrição de como o trabalhador deve executar a sua tarefa; seu objetivo relaciona-se com a identificação e a concepção de espaços (com relação aos equipamentos e às instalações; às interfaces e aos *softwares*; à organização do trabalho e à formação) que possibilitem aos trabalhadores empregarem modos operatórios sem prejuízo à saúde (Daniellou, 1991, p. 4.4).

Nas análises elaboradas por Wisner (1994, p.103), mais do que descrever recomendações, os procedimentos metodológicos que possibilitam antecipar as atividades futuras propostas por Daniellou implicam uma participação mais intensa do ergonomista.

Assim, “é preciso organizar e alimentar uma reflexão entre planejadores e usuários, operários e diretores; trata-se de um processo iterativo de melhoramentos sucessivos das características do dispositivo; os aspectos que dizem respeito às atividades dos trabalhadores devem ser considerados muito mais precocemente e até provocar a realização de protótipos e de dispositivos parciais de teste”.

Após o desenvolvimento dessas três etapas, a metodologia propõe a análise da atividade real. O objetivo desta etapa é detectar as dificuldades encontradas por cada um dos operadores e permitir o tratamento de sugestões de forma rápida; ao mesmo tempo, estas sugestões são objeto de informações coletivas. Nessa fase pode-se reparar elementos inadaptados por não terem sido levados em conta na fase de estudos ou, ainda, para compensar os limites da projeção da atividade futura (Daniellou, 1991, p. 5b.5, p. 9.3).

No sentido de organizar os resultados da análise ergonômica nas etapas consideradas, Daniellou (1991) propõe modelos de documentos – sistematizados por Santos et al. (1997, p. 305-331) – para servirem de referência metodológica a cada situação a ser analisada em uma abordagem antropotecnológica. Tais elementos serviram de referência para a seleção das variáveis na construção do modelo de análise do presente estudo.

2.7 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DO NUTRICIONISTA NO SETOR HOSPITALAR

2.7.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os estudos que envolvem o tema nutricionista têm sido fonte de pesquisas há algumas décadas com diferentes enfoques. A construção de uma identidade a partir da definição de práticas e instrumentos para o estabelecimento do trabalho do nutricionista preocupa a categoria em suas entidades representativas e nas instituições que formam este profissional.

Como exemplo, nas décadas de 1970 e 1980, as pesquisas centraram-se principalmente na análise da formação, abordando-se temas como a evolução dos cursos de graduação, a definição do papel do nutricionista para a sociedade brasileira e as características do mercado de trabalho que absorve este profissional.

A preocupação com a busca de uma nova estratégia metodológica para a formação integral deste profissional tem sido um dos temas prioritários nos encontros da área de nutrição e tem servido de ponto de pauta para inúmeros debates em diferentes encontros da área de ensino nos países que compõem o Mercosul. Como exemplo, Falque-Madri (1998) discutiu a necessidade de um projeto e de uma instrumentação curricular com estratégias inovadoras para a recuperação do místico na formação e no exercício profissional, além de focar a necessidade de treinamento de alto nível, de acordo com as exigências de recursos humanos feitas pela sociedade e pelo grau de desenvolvimento do país.

Para os objetivos deste estudo, deteve-se na descrição das características do trabalho do nutricionista no setor hospitalar. Para isso, elaboraram-se inicialmente algumas reflexões sobre as concepções de saúde e o movimento da qualidade de vida, utilizando-se referenciais que possam contribuir para a qualificação das práticas em nutrição e para o trabalho do nutricionista, com elementos que concebam os seres humanos e o ato alimentar dentro de uma relação dinâmica e indissociável.

Em seguida, abordaram-se algumas considerações para caracterizar a organização hospitalar e a unidade de alimentação e nutrição desse setor, considerado como um dos subsistemas fundamentais para o restabelecimento do equilíbrio dos clientes internados. Para o entendimento da organização e da dinâmica de funcionamento de uma unidade de

alimentação e nutrição hospitalar, foram conceituados termos como “alimentação”, “nutrição”, “alimentos” além de outros relacionados a aspectos que envolvem os cuidados nutricionais. Procurou-se, ainda, descrever a especificidade desse setor e as características dos seus profissionais no que diz respeito às atividades desenvolvidas dentro do fluxo geral de atendimento ao paciente.

2.7.2 SAÚDE , QUALIDADE DE VIDA E NECESSIDADES HUMANAS: UMA APROXIMAÇÃO DA CONCEPÇÃO HOLÍSTICA

O movimento em torno da qualidade de vida e as reflexões sobre o que se deve construir para as próximas gerações têm sido a pauta de discussão de inúmeros profissionais ligados a diferentes áreas do conhecimento humano, e vem ocupando, ao mesmo tempo, os projetos de desenvolvimento de organizações, sejam elas governamentais ou não.

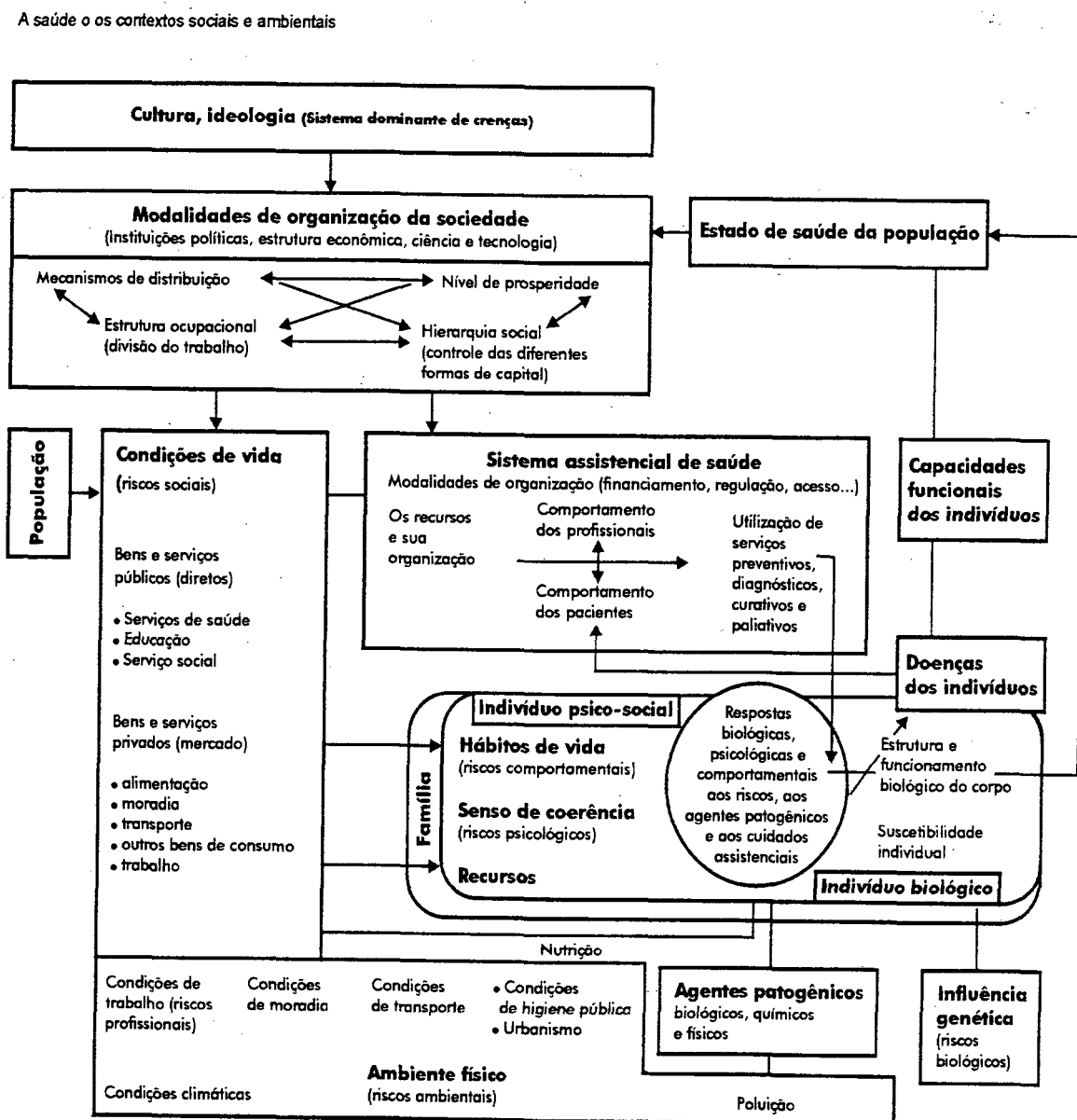
A área de saúde, por exemplo, tem tido a preocupação de minorar os agravos que o ambiente provoca aos seres humanos, no sentido de buscar alternativas tecnológicas e formas de tratamento que sejam capazes de prolongar a vida com qualidade – “os serviços de saúde devem ser vistos como aliados da vida e do bem-estar das populações, há que se esperar e prever um aumento dos custos, decorrente da maior complexidade que o aumento da sobrevida traz” (ABRASCO, 1997, p. 7).

No entanto, como analisado por Constandriopoulos (1998, p.200), o valor dos recursos destinados ao tratamento das doenças não está necessariamente relacionado a uma melhoria do estado de saúde das populações.

O mesmo autor ao levantar algumas reflexões sobre o conceito de saúde e de doença, refere que os modelos explicativos da saúde são diferentes dos da doença. As ciências sociais e comportamentais são disciplinas mobilizadas para analisar e compreender a saúde das populações. As ciências biológicas são as ciências que contribuem para diagnosticar, prevenir, tratar as doenças e se baseiam nas funções biológicas do ser humano. No entanto, ainda não se compreende como o contexto social, em sua complexidade, age sobre os indivíduos para melhorar sua saúde ou para permitir que a generosidade da vida possa se expressar o mais plenamente possível.

A figura 2.7 representa as relações entre os diferentes fatores que condicionam a saúde da população (ambiente físico e social), os níveis de ação e as categorias de riscos (Frenk et al. *apud* Constandriopoulos, 1998, p. 202).

Fig. 2.7: Esquema representando os contextos sociais e ambientais sobre a saúde



Fonte: Constandriopoulos (1998, p.202).

Ainda Fourez (1995, p.113-114), ao discutir o paradigma da medicina científica, levanta que, ao definir o conceito e as concepções dos cuidados com a saúde, a medicina científica privilegiou a extração do mal. A saúde é vista como o oposto da doença. Atualmente, este paradigma privilegia “os diagnósticos da doença, em detrimento do

tratamento, prioridade da cura sobre a higiene, prioridade do corpo sobre a psicologia, das especializações sobre a medicina geral, da cura sobre o bem-viver”.

Esta concepção, que teve suas raízes históricas no positivismo, tem sido a base de formação de todos os profissionais de saúde. Tal teoria, que confere uma visão isolada dos fenômenos sociais, considera a realidade como formada por partes isoladas. Assim, dentro dessa visão, o ser humano seria essencialmente um ser biológico, e ganham terreno as descobertas realizadas pela microbiologia, parasitologia, fisiologia, anatomia..., concedendo ao estudo das ciências da saúde a possibilidade de aprofundamento do comprometimento que as enfermidades causam ao organismo humano.

No entanto, apesar de sua importância histórica, ao positivismo não interessava a compreensão dos fenômenos da realidade que causavam as doenças. Isso, segundo os positivistas, não era tarefa da ciência (Triviños, 1987).

Por outro lado, ao se abordarem as formas de agressão do ambiente ao seres humanos e ao refletir-se sobre as causas reais desses aspectos, percebe-se que muitas das respostas têm raízes sociais. As causas estão freqüentemente associadas às exigências do trabalho e da pressão temporal no espaço da produção, ou são decorrentes de estilos de vida agressivos, ou mesmo da falta de perspectiva pela inexistência de condições mínimas de vida de grande parte da população, contribuindo de forma acelerada para a diminuição da qualidade de vida humana.

O movimento em torno da qualidade de vida, neste aspecto, é considerado como um movimento ecológico, capaz de resgatar a possibilidade dos seres humanos exercerem a sua humanidade em todos os espaços do seu cotidiano – no trabalho, na escola, no lazer, em casa; onde haja a possibilidade de cooperação e não de competição; onde o ato de consumo não seja alheio às nossas necessidades orgânicas, aos nossos sentidos e ao nosso gosto estético “sem nos tornarmos autômatos felizes num admirável mundo novo!” (Berndt e Coimbra, 1995; Côrrea, 1993; Dantas, 1988).

A vida humana sem tais ingredientes – ou mesmo quando moldada para agir somente a partir de determinadas regras ou sem o atendimento de suas necessidades – tende ao desequilíbrio e, conseqüentemente, o ser humano adocece se os mecanismos fisiológicos forem requisitados de forma inadequada (Capra, 1982).

Diferentemente do pensamento positivista, Capra (1982, p.317-320), ao abordar os conceitos de saúde e de doença dentro de uma concepção sistêmica, aponta que a doença é uma consequência do desequilíbrio e da desarmonia, e pode, com muita frequência, ser vista como decorrente de uma falta de integração. Ser saudável significa, portanto, estar em sincronia consigo mesmo – física e mentalmente – e também com o mundo circundante.

Oferecendo o exemplo do estresse como um desequilíbrio do organismo em resposta a influências ambientais, o autor aborda a idéia da doença como um meio de enfrentar situações estressantes na vida, levando à noção do significado da doença, ou da “mensagem” transmitida por essa determinada doença. A saúde precária deve ser considerada uma oportunidade para a introspecção, necessitando ser levada a um nível consciente para que o problema possa ser resolvido. Remete-nos a uma reflexão ao descrever que “integrar as terapias físicas e psicológicas significará uma importante revolução na assistência à saúde, uma vez que demandará o pleno reconhecimento da interdependência entre mente e corpo na saúde e na doença” (p. 320).

Melo-Filho (1995), ao discorrer sobre a saúde e a teoria das necessidades, retoma a etimologia do termo saúde que provém do latim *salute*, que significa “conservação da vida”, “salvação” e entre os vários significados do termo “salvação” encontramos “passar por cima de, saltando”. O termo saúde seria uma unidade entre “necessidades existenciais” e “necessidades propriamente humanas”.

As “necessidades existenciais” seriam aquelas motivadas pelo instinto de conservação, tais como a necessidade de alimentação, necessidade sexual, necessidade de contato social e de cooperação e necessidade de atividade. As “necessidades propriamente humanas” são aquelas determinadas historicamente e não são norteadas pelo instinto de conservação ou para a mera sobrevivência. Elas seriam: o descanso superior ao necessário para a força de trabalho, uma atividade cultural, a reflexão, a amizade, o amor, a realização de si na objetivação, atividade moral, etc. Ainda incluem-se entre as “necessidades humanas”, aquelas alienadas, como o dinheiro, o poder e a posse (Heller *apud* Melo-Filho, 1995, p.6).

O termo saúde como uma necessidade está dirigido para a mera sobrevivência – o “conservar a vida”. O desafio colocado pelo autor seria o desenvolvimento da individualidade dos seres humanos, ou das suas “necessidades propriamente humanas”,

pelo qual o indivíduo não apenas conservaria a sua vida, mas a recriaria, e, no caso específico da saúde, *passaria por cima de, saltando* (Melo-Filho, 1995).

Portanto, a noção de estar saudável é uma experiência de bem-estar, resultante do equilíbrio físico e mental dos seres humanos, em interação com o meio ambiente natural e social. “O que não é saudável para o indivíduo tampouco é saudável, geralmente, para a sociedade e para o ecossistema global” (Capra, 1982, p. 316).

Neste aspecto, o conceito de qualidade de vida necessita de uma abordagem que ultrapasse a esfera das necessidades existenciais, “rompendo com os limites da vida cotidiana”. Essa abordagem compreenderia, na visão de Heller (*apud* Melo-Filho, 1985, p.18), a exigência de um tempo livre maior do que o necessário para a reprodução, em que o trabalho possa ser repostado como componente da essência humana e não exclusivamente como um meio para garantir a existência; a possibilidade de superação do conflito entre os gêneros, favorecendo a saúde mental e sexual de ambos, promovendo a eliminação de formas de violência para se exercer o poder; a luta contra a catástrofe ecológica; o modo de viver em “comunidades” livremente escolhidas, onde as potencialidades humanas possam ser desenvolvidas; a eliminação da guerra e dos armamentos; a completa eliminação da fome e da miséria; a diminuição da defasagem entre cultura e cultura de massa.

Seria, portanto, o “passar por cima de, saltando”.

O que dizer, então, dos serviços de atendimento à saúde da população e dos profissionais de saúde, que não são formados dentro desta concepção e tampouco se encontram sempre suficientemente saudáveis (no sentido a que nos referimos anteriormente) para melhorar e garantir as condições mínimas e dignas de atendimento de uma população constantemente agredida?

Mais uma vez autores nos apontam para um processo de aprendizagem, em que “a qualidade de vida, de trabalho e do contato interpessoal [...] assim como a liberdade, o respeito ao trabalho e outros ideais sociais não acontecem sem mobilização social e individual e um abrangente processo de aprendizagem” (Côrrea, 1993, p.115).

Uma abordagem de assistência à saúde individual e coletiva, de forma intimamente interligada, foi contemplada por Capra (1982, p.326), quando assinala que a assistência à saúde individual baseia-se no reconhecimento de que a saúde dos seres humanos é

determinada por seu comportamento, sua alimentação e pela natureza de seu meio ambiente. A responsabilidade individual seria a de manter o organismo em equilíbrio a partir de regras simples de comportamento como sono, alimentos, exercícios e medicamentos.

Os profissionais de saúde os auxiliariam no cumprimento dessas regras; eles seriam, dessa forma, a base do sistema de prevenção à saúde. No entanto, o autor frisa que tal responsabilidade tem que ser acompanhada de uma responsabilidade social. A “assistência social à saúde”, termo utilizado por Capra, seria então composta de duas partes básicas – educação para a saúde e política de saúde, incluindo ainda programas nas escolas, campanhas de educação sobre saúde pública, programas para aprendizagem e para formulação de políticas nas empresas em função dos danos e das conseqüências dos métodos de produção e de seus produtos para a saúde pública; por último, incluiria uma política de governo, estabelecendo uma política social e oferecendo as condições para a prevenção das doenças.

No Brasil, a discussão sobre uma política de assistência à saúde tem sido crescente entre os profissionais de saúde – ressurgem os médicos da família, além de outras formas de cuidado como a assistência ao paciente em sua casa (hospitalização a domicílio). Essa modalidade tem se destacado como uma das tendências na área, e possivelmente determinará o grau de competitividade das instituições hospitalares.

Além disso, há um forte movimento para a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis – o cultivo de alimentos sem agrotóxicos, a prática de exercícios físicos, as técnicas de relaxamento, caminhadas por trilhas ecológicas, a reciclagem do lixo, a crescente procura à acupuntura e à homeopatia, dentre outras práticas da medicina que procuram restabelecer o equilíbrio do organismo com o meio ambiente.

Mas grande parte da população que adoece ainda procura o hospital. Vê na assistência hospitalar a única forma de recuperar-se, numa tentativa de restabelecer as agressões sofridas pela falta ou abundância de alimentos, pelo tipo de trabalho desenvolvido, pelas condições precárias de moradia e saneamento básico, pela violência diária, pela falta de afeto, dentre outras carências.

A população, apesar das dificuldades do sistema de saúde no Brasil, vêem os serviços como “o médico”, “o curandeiro”, “o mágico”, capazes de proporcionarem a cura. Os indivíduos agem como *pacientes* neste processo (Bosi, 1994).

A caracterização do setor hospitalar (e, particularmente, da unidade de alimentação e nutrição) e do trabalho do nutricionista serão contemplados nos próximos itens.

2.7.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Os hospitais constituem-se em uma das unidades responsáveis pela produção da saúde. Como referido por Zucchi et al. (1998, p.137), a produção é a forma de atividade econômica voltada para fornecer bens e serviços para satisfazer necessidades individuais e coletivas. A produção de saúde consiste, desta forma, “no conjunto de bens e serviços destinados ao diagnóstico e tratamento das afecções patológicas dos indivíduos”. Além disso, parte desses serviços e bens visa à prevenção das doenças.

No que se refere à estrutura organizacional, as instituições hospitalares são reconhecidas como a mais complexa organização de saúde. De um lado, existe um alto grau de especialização, com profissionais ligados a diferentes áreas do conhecimento e um certo grau de autonomia. Por outro lado, há necessidade de coordenação desse conjunto de ações. Toda esta complexidade se estrutura com um corpo técnico concentrado na base da organização *versus* o corpo administrativo no topo da estrutura organizacional. As relações entre áreas-fim e áreas-meio são bastante divergentes, relacionadas inclusive com a compreensão dos seus papéis na organização (Cecilio, 1997; Malik, 1992, p.36).

Para avaliarmos a concepção da doença e do doente e a evolução das práticas hospitalares, é pertinente retomar as considerações elaboradas por Foucault (1994, p.102), segundo as quais a função essencial do hospital, até o século XVIII, era a de receber o pobre que estava morrendo, alguém a quem se deveria dar “os últimos cuidados e o último sacramento”. O hospital era um lugar onde morrer. O pessoal do hospital era destinado não à cura da doença, mas à própria salvação do indivíduo. As práticas hospitalares, portanto, relacionavam-se a obras de caridade para a salvação eterna e o hospital era um local consagrado e cheio de fiéis, de pacientes, no sentido etimológico, cujas dores eram redensões.

Em fins do século XVIII e início do século XIX, o corpo do trabalhador passa a ser objeto das práticas em saúde. Os produtivos, e não os mendigos e vagabundos, são

preferencialmente os indivíduos que se constituem em fonte de preocupações sanitárias. Paralelamente, por força da industrialização, o trabalho hospitalar vai abandonando as suas características artesanais, absorvendo novas tecnologias a partir das descobertas provindas da química, da metalurgia e da física. Novas relações de trabalho vão sendo concebidas no espaço hospitalar, a partir do avanço das técnicas na medicina (Foucault, 1994, p. 105).

Para fazer frente às demandas relacionadas ao aumento do combate às doenças, o hospital reúne trabalhadores diversificados, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, compondo uma extensa lista de profissionais e ocupações. No espaço hospitalar encontram-se não só os conhecimentos profissionais dessas categorias que integram a equipe de saúde como também os recursos instrumentais da moderna tecnologia disponíveis atualmente para este setor (Pitta, 1994, p.17; Gonçalves, 1998, 81).

A transformação do ofício de cuidar em processo tecnológico de trabalho foi referenciada por Pitta (1994, p.39-51). A autora recorre à definição de “tecnologia de processo de trabalho” para caracterizar o saber e a técnica dos trabalhadores como instrumentos tecnológicos tão ou mais indispensáveis que os materiais e equipamentos que costumam se confundir com o próprio uso do vocábulo tecnologia.

Referenciando as observações feitas por Nogueira (1987), Pitta, (1994, p.48), assinala, ainda, que a decomposição do processo de trabalho hospitalar em tarefas isoladas é ao mesmo tempo acompanhada de uma integração estruturada por uma hierarquia de profissionais e de serviços, que se constitui no fundamento da produtividade do setor, dependendo, ainda, do conhecimento e da destreza desses profissionais. Considera que, apesar da incorporação de novas tecnologias na área de assistência à saúde, o setor caracteriza-se pelo trabalho intensivo.

Estryn-Behar et al. (1989, p.41-65), referindo-se a estudos ergonômicos no setor hospitalar, descrevem os principais aspectos relacionados às exigências das atividades físicas, mentais e psíquicas do trabalho no setor hospitalar.

Os autores observam que a atividade física difere de um serviço a outro e está ligada, sobretudo, às operações freqüentes e com exigências energéticas maiores, tais como as tarefas que envolvem os cuidados com o indivíduo enfermo e a arrumação dos leitos, que utilizam técnicas empíricas (não ergonômicas). As condicionantes relacionadas à postura e as

distâncias percorridas são freqüentemente referidas nos estudos ergonômicos. Trata-se, portanto, de atividades do pessoal operacional, principalmente do setor de enfermagem.

As características do meio socioprofissional hospitalar determinam, em grande parte, a atividade mental do trabalho. A organização do trabalho, a complexidade crescente das técnicas médicas e os problemas hierárquicos são os aspectos mais relacionados com a atividade mental do pessoal no setor hospitalar.

Além desses aspectos, os autores destacam as exigências psíquicas ou afetivas do ambiente hospitalar. A confrontação cotidiana com o sofrimento e a morte, com o sofrimento dos indivíduos enfermos e seus familiares representa um condicionante psíquico permanente.

No que se refere à qualidade do atendimento hospitalar, a população em geral relaciona-o ao atendimento médico propriamente dito. Diferentemente de outros setores prestadores de serviços, os clientes e familiares que utilizam os serviços hospitalares interagem com a maioria dos setores da instituição. Como bem abordado por Falk e Carvalho (1999, p.169), “no hospital não há rotina padronizada de eventos de que cada cliente deve participar. Tudo que acontece no hospital depende da doença do cliente, sua condição física existente, idade e sexo, etc. [...], o que é comum a todos é a variação do tratamento. Cada cliente é único, uma vez que cada pessoa é única em termos físicos, emocionais e culturais”.

Os mesmos autores, referindo-se à literatura sobre qualidade no setor hospitalar, contribuem com alguns conceitos sobre o tema. Uma das abordagens assinaladas considera que a tecnologia médica é uma ferramenta e não um elemento central da qualidade. O centro da qualidade estaria relacionado à capacidade mental do paciente e de toda a equipe de atendimento. A qualidade relacionada ao atendimento dos serviços hospitalares é referida como uma combinação de “orientação ao respeito do estilo de vida, com ênfase pronunciada sobre o uso do fumo e o abuso do álcool e drogas, psicoterapia, tratamento clínico e, quando necessário, tratamento cirúrgico” (Sloan et al. *apud* Falk et al., 1999, p.172).

Em uma linha mais direcionada para avaliação dos sistemas de garantia de qualidade (SGQ) dessas instituições, Mota et al. (1997, p.23-25) propõem um conjunto de cinco elementos de referência para o estabelecimento de critérios de avaliação a partir de parâmetros objetivos. Os elementos sugeridos e seus respectivos critérios são assim discriminados:

- *política de alta gerência* (planejamento estratégico; gerenciamento de custos; indicadores de desempenho e gerenciamento do meio ambiente);

- *qualidade dos procedimentos* (otimização do fluxo de procedimentos; controle dos procedimentos realizados; automação; manutenção);
- *qualidade dos serviços em si* (especialização de quem faz o serviço; atualização tecnológica; confiabilidade);
- *produtividade* (programação/seqüenciamento procedimentos; eliminação de perdas; padronização; seleção/capacitação de fornecedores);
- *aspectos humanos* (atividades de pequenos grupos; multifuncionalidade; respeito às condições humanas).

Ramirez et al. (1996) propõem o desenvolvimento de instrumentos metodológicos para avaliar e garantir a qualidade dos serviços médicos a partir das expectativas levantadas por três atores envolvidos no processo de atenção aos cuidados de saúde – o paciente, os dirigentes das instituições e os profissionais de saúde. Consideram os autores que a liberdade de expressão e também o questionamento de elementos como a satisfação individual, social, profissional e o clima de trabalho dos profissionais de saúde podem conduzir à humanização do trabalho, tendo como consequência a qualidade dos serviços prestados.

Dentro desse enfoque, Merry (1987 *apud* Falk e Carvalho, 1999) sugere tanto a utilização da percepção do consumidor da qualidade do seu atendimento médico-hospitalar quanto o uso de elementos da qualidade clínica mais objetivos. A percepção do consumidor focaliza elementos de qualidade subjetivos tais como: resposta rápida do pessoal do departamento de emergência; eficiência do departamento de admissão; atenção/interesse do corpo de enfermagem; atenção/interesse do corpo de técnicos; menu e qualidade da comida; conveniência do horário de visita. Os elementos objetivos de medida correspondem aos indicadores relacionados a óbitos; infecções; outras complicações; cirurgia não programada; reações medicamentosas; readmissões (em menos de uma semana após a alta).

Esses elementos de qualidade possibilitam ainda a utilização de uma matriz relacionando-se o grau de qualidade objetiva (clínica) com o grau de qualidade subjetiva (interação pessoal – atendimento) resultando em uma classificação das instituições em quatro categorias ou zonas de qualidade, conforme demonstrado na figura 2.8:

Fig. 2.8: Zonas de qualidade segundo critérios perceptivos e clínicos

		Critérios objetivos clínicos de qualidade	
Critérios subjetivos de qualidade: percepção	A L T O	A: Zona de excelência Alta sensibilidade com o paciente e atenção rigorosa aos princípios gerenciais e tecnológicos	B: Zona de embelezamento imaginário Resultados negativos são vistos como normais devido à fé na organização
	B A I X O	C: Alta tecnologia / Baixo toque Alta tecnologia, mas pouca importância dada aos pacientes e seus familiares como pessoas	D: Zona de perda total Nem apresenta o alto grau tecnológico, nem sensibilidade aos desejos pessoais do paciente

Fonte: Falk et al. (1999, p.182).

De um modo geral, como referido por Nicz et al.(1995, p. 225) em um hospital pode-se avaliar as características que definem a qualidade de produtos (exames de laboratório, refeições, etc.), de serviços (de psicologia, serviço social, financeiro, etc.) e de grupos de indivíduos (médicos, enfermeiros, nutricionistas, pessoal de apoio), configurando, assim, um nível de qualidade do hospital.

2.7.4 A UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (UAN) HOSPITALAR E OS CUIDADOS NUTRICIONAIS

Uma UAN hospitalar é considerada uma unidade de trabalho que desenvolve atividades relacionadas à alimentação e à nutrição. Como um subsistema hospitalar, a UAN desempenha um conjunto de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar e/ou recuperar a população a que se destina, seja através do atendimento externo (ambulatório), seja através da hospitalização (Teixeira et al., 1990, p.15-16). A alimentação, juntamente com os serviços médicos e de enfermagem, ocupa um lugar de destaque para a recuperação dos indivíduos internados.

O alimento é definido por Chaves (1978, p.4-6) como “o material que o organismo recebe para satisfazer suas necessidades de manutenção, crescimento, trabalho e restauração dos tecidos”. O autor distingue, ainda, as definições de nutrição e alimentação. A alimentação é “um processo voluntário e consciente pelo qual o ser humano obtém produtos para o seu consumo”. A nutrição, por sua vez, dentre outras definições, é considerada “a ciência que estuda as reações do organismo frente à ingestão de alimentos, às variações da dieta e outros fatores de caráter patológico ou geral”.

A concepção de alimentação aplicada à saúde ou dietética tem como base uma série de conhecimentos que fazem dela um dos ramos fundamentais da medicina e constituiu-se em um dos primeiros recursos terapêuticos com que contou a medicina em seus primórdios. Hipócrates, o pai da medicina, confiava mais na alimentação e nos exercícios físicos do que em drogas. Em seu tratamento, a dieta, os exercícios físicos e a exposição aos raios solares ocupavam lugar de destaque (Mazzini, 1998, p. 254-256).

A dietoterapia (ou terapia nutricional) consiste no tratamento caracterizado pela modificação na ingestão de alimentos.

Uma boa dieta assegura não só um crescimento e um desenvolvimento normais; também aumenta a resistência às doenças, possibilita a prevenção das doenças crônico-degenerativas e o câncer, retarda o envelhecimento, assegura o bem-estar mental e protege o homem contra as toxinas do ambiente (Golapan, 1997).

Para o restabelecimento do seu equilíbrio, os indivíduos internados recebem, no ambiente hospitalar, inúmeros cuidados, dentre os quais aqueles relacionados à alimentação e à nutrição em seus diferentes níveis de complexidade de intervenção, de acordo com as características individuais e o tipo de enfermidade.

O cuidado nutricional é o processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, o que inclui “a avaliação do estado nutricional do indivíduo, a identificação das necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação de atividades nutricionais [...] e a avaliação do cuidado nutricional” (Krause et al., 1991, p. 383).

Labonté et al. (1996, p. 25) apresentam uma classificação dos diferentes níveis de intervenção de acordo com a complexidade do acompanhamento nutricional ao paciente, conforme demonstrado na figura 2.9.

Fig. 2.9: Diferentes níveis de intervenção de acordo com a complexidade do atendimento nutricional ao paciente

Níveis de intervenção			
Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
<i>Perfil do paciente</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum problema nutricional identificado. • Aporte alimentar adequado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional não comprometido • Aporte alimentar adequado 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional comprometido. • Aporte nutricional variável ou alimentação enteral estável 	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição • Aporte alimentar insuficiente ou necessidades energéticas aumentadas
<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma patologia conhecida necessitando de uma intervenção dietética. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patologia necessitando de ligeiras modificações alimentares • Boa compreensão e aderência ao plano nutricional. • Breve revisão de um plano orientado anteriormente 	<ul style="list-style-type: none"> • Patologia necessitando de modificações alimentares moderadas • Revisão completa do aconselhamento nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patologia metabólica importante. • Paciente com suporte nutricional: enteral instável ou parenteral. • Necessidade de aconselhamento complexo.
<i>Definição</i>			
A intervenção se situa no nível da <u>prevenção</u> .	A intervenção mantém um estado nutricional não comprometido, mantém igualmente a condição e prevê os problemas.	A intervenção diminui a progressão da condição, melhora o estado nutricional, estabiliza a condição. Presença de problemas nutricionais identificados e/ou de baixo risco. Antecipação da possibilidade de problemas nutricionais desde a hospitalização.	A intervenção influencia a <u>sobrevida</u> do paciente. A nutrição é ponto central dentro de um ambiente onde a condição clínica muda rapidamente.

Fonte: Labonté et al. (1996, p. 25).

Para a implementação do cuidado nutricional, as unidades de alimentação e nutrição hospitalares encontram-se, na maioria das vezes, estruturalmente organizadas em duas subunidades: uma subunidade responsável pelo atendimento clínico-nutricional e outra subunidade responsável pelo planejamento, produção e distribuição das refeições. Estas subunidades contam com uma estrutura física e funcional para possibilitar o atendimento das necessidades alimentares e nutricionais dos pacientes.

Alguns hospitais contam com um manual de dietas como forma de descrever os planos dietéticos e terapêuticos de rotina. Este manual serve como guia para os demais profissionais da equipe de saúde, com relação aos tipos e quantidades de alimentos que a UAN fornece para atendimento da requisição da dieta dos clientes internados (Krause et al., 1991, p.383; Anderson et al., 1982).

De forma geral, um plano alimentar hospitalar contempla dietas que apresentam uma relação direta com a sobrevida do paciente, a exemplo das dietas terapêuticas para doenças como o diabetes, a obesidade, as nefropatias, as hepatopatias, as doenças cardiovasculares ou patologias relacionadas à carência de determinados nutrientes, a exemplo da desnutrição e da anemia. Há, ainda, algumas dietas em que o nível de intervenção pode ser menor, pois são mantidos os nutrientes que o paciente necessita, mas os alimentos podem sofrer modificações em suas características físicas, variando em sua consistência, a exemplo das dietas de progressão (dietas líquidas, dietas pastosas, dietas brandas e dietas normais).

O cuidado nutricional do indivíduo hospitalizado é considerado complexo e requer o trabalho integrado de muitos profissionais da equipe de saúde, envolvendo enfermeiros, nutricionistas, médicos e todo pessoal auxiliar. Portanto, a qualidade do atendimento aos clientes internados está diretamente relacionada ao grau de interação da equipe de saúde. Todos, em suas diferentes funções e unidades de trabalho, procuram contribuir com a qualidade dos serviços da assistência hospitalar.

2.7.5 O TRABALHO DO NUTRICIONISTA NO SETOR HOSPITALAR

No Brasil, os dois caracteres que assimilam a origem do nutricionista são: a elaboração de orientação dietética como elemento de saúde e a administração de serviços de alimentação. Em outros países da América Latina, Estados Unidos e Europa, este profissional recebe o nome de dietista apresentando responsabilidades restritas à alimentação e à dietética. O termo nutricionista, nesses países, é reservado ao especialista que se dedica à nutrição, como processo e “ciência que se preocupa com a relação entre o homem e o alimento”, podendo ter sua formação básica em nutrição e dietética, ou em qualquer outra área de aplicação do conhecimento como economia, bioquímica, agronomia, medicina, etc. (Ypiranga et al., 1987).

O termo dietista foi rejeitado no Brasil para o ensino superior e corresponde a um técnico de nível médio ou auxiliar de nutrição. Esta decisão ficou oficializada internacionalmente, em 1966, em Caracas, Venezuela, durante uma reunião de Diretores de Escolas, onde o Brasil esteve presente com representantes dos cinco cursos então existentes (Associação Brasileira de Nutricionistas, 1966).

Especificamente no setor hospitalar, o trabalho do nutricionista junto aos clientes internados envolve a realização de atividades relacionadas a duas grandes áreas de atuação: a

área de alimentação coletiva e a área de nutrição clínica. A definição das atribuições desses profissionais encontra-se atualmente estabelecida pelos órgãos fiscalizadores do exercício da profissão (Conselho Federal de Nutricionistas, 1998).

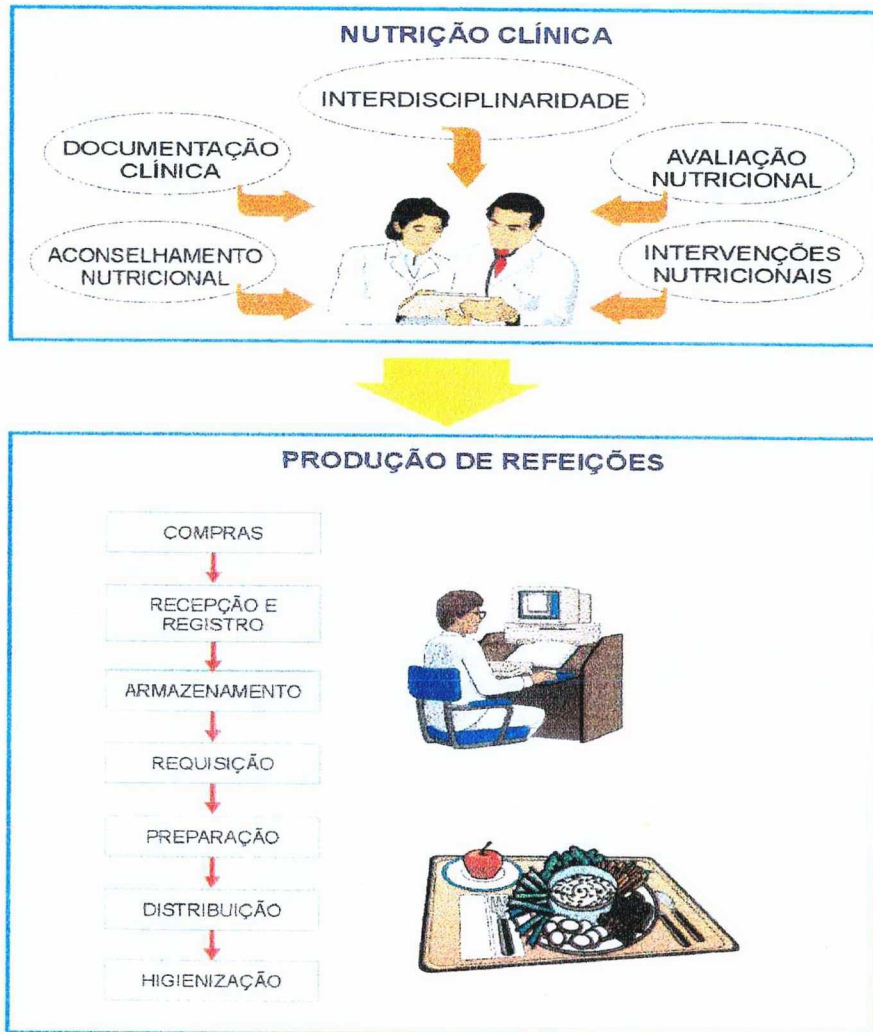
As atividades do nutricionista ligadas à alimentação coletiva caracterizam-se pelo gerenciamento de todas as atividades relacionadas ao fluxo operacional da produção das refeições. O profissional responsabiliza-se por ações que iniciam com o planejamento de cardápios, desdobrando-se com a compra, preparação, distribuição, controle e a garantia da qualidade de todos os procedimentos envolvidos no processo (Teixeira et al., 1990, p.31-37; Conselho Federal de Nutricionistas, 1998).

A atividade principal do nutricionista ligado à nutrição clínica consiste na assistência dietoterápica, cabendo-lhe prescrever, planejar, analisar, supervisionar e avaliar dietas para os enfermos (Conselho Federal de Nutricionistas, 1998).

Nos Estados Unidos, a *American Dietetic Association* utiliza a denominação de dietista administrativo e dietista clínico. O primeiro é um membro da equipe de administração (de um hospital ou outra instituição de saúde) atuando na assistência nutricional de grupos através do controle dos sistemas dos serviços alimentares, para proporcionar uma nutrição adequada e alimentos de boa qualidade. O dietista clínico é um membro da equipe de assistência de saúde e atua na assistência de indivíduos e grupos para a manutenção da saúde. Ele avalia os planos de assistência nutricional e analisa de maneira apropriada esses resultados. Cooperar com os membros da equipe de administração e coordena as atividades (Anderson et al., 1982).

O esquema abaixo representa, em linhas gerais, as principais ações desenvolvidas pelos nutricionistas e o fluxo de atendimento ligado aos setores envolvidos – o setor de nutrição clínica e o setor da produção de refeições.

Fig. 2.10: Principais ações e o fluxo de atendimento entre os setores de nutrição clínica e de produção de refeições



As discussões sobre a qualidade dos cuidados nutricionais referenciados por Schiller (1982, p.356-361) compreendem basicamente a avaliação dos resultados e a avaliação da prática profissional. Devido às dificuldades apresentadas no processo de avaliação, a autora refere que algumas instituições elaboram padrões para a qualidade da assistência, combinando-se prática profissional e os resultados para os clientes internados. A qualidade da assistência é então avaliada comparando-se o desempenho real com os padrões estabelecidos.

De forma geral, os padrões concernentes aos cuidados nutricionais dizem respeito:

- ao processo de prestação de serviços relacionados com o controle dos cuidados nutricionais;
- ao sistema relacionado ao setor de produção de refeições capaz de atender às necessidades individuais e variadas da população de clientes atendidos, e
- ao gerenciamento dos serviços que fornece alimentos de qualidade a um custo mínimo.

O conceito de prática padronizada foi implementado em 1987 nos Estados Unidos pela *American Dietetic Association* (ADA) e servem de base para a implementação, avaliação e adaptação do desempenho sistemático da prática dos dietistas.

2.7.6 A QUALIDADE DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA O ESTUDO PROPOSTO

Os procedimentos que envolvem os cuidados nutricionais têm-se traduzido por um avanço técnico considerável para a área de alimentação hospitalar, graças à informatização de procedimentos, aos instrumentos atualizados para avaliação e diagnóstico nutricional, às inovações tecnológicas na produção de refeições, dentre outros aspectos.

No entanto, a despeito de toda a inovação tecnológica nesta área, o alimento e a alimentação, diferentes do medicamento, apresentam uma significação para o indivíduo. As características dos alimentos, as preparações e as formas de preparo não são semelhantes e uniformes para as pessoas. Para cada indivíduo, o comer e a comida têm um significado especial, dependendo da sua história de alimentação desde a infância, dos sabores que tem vivenciado, das formas e dos locais de consumo. Cada ser humano constrói, ao longo da sua vida, uma identidade própria com relação ao ato de se alimentar.

Esta concepção de alimento e de ato alimentar relacionado à cultura foi bem destacada por Poulain et al. (1990, p. 13-21). Os autores consideram que um alimento, para ser capaz de manter a vida, não deve possuir somente qualidades nutricionais (quantidades de glicídios, lipídios, proteínas, vitaminas e minerais); é necessário que ele seja conhecido e/ou aceito pelo indivíduo e pelo grupo social.

Os autores, referindo-se às qualidades do alimento, destacam quatro categorias:

- qualidades nutricionais: o alimento deve ser capaz de oferecer ao organismo do indivíduo, dentro de condições de equilíbrio mais ou menos satisfatórias, os nutrientes energéticos (glicídios e lipídios), os nutrientes energéticos com função plástica (proteínas), os elementos minerais, as vitaminas e a água;
- qualidades higiênicas: o alimento deve estar isento de elementos tóxicos; seu consumo não deve provocar problemas digestivos secundários sob pena de ser rejeitado por condicionamento negativo; a toxicidade alimentar pode ter causa microbiológica e química;

- qualidades psicossensoriais: as características físicas dos produtos alimentares provocam sensações psicofisiológicas nos indivíduos, da ingestão até a eliminação. Estas sensações são definidas como exteroceptivas (visuais, olfativas, gustativas, táteis, térmicas e auditivas), propioceptivas (cinestésica, presença estomacal) e sensações gerais secundárias (efeito eufórico do álcool, sensação tranquilizante de estômago cheio, excitação produzida pelo café, efeito estimulante da carne, etc.);
- qualidades simbólicas: o alimento apresenta um significado para o indivíduo, “ele se inscreve em um quadro cultural, em uma rede de comunicações, em uma constelação imaginária, em uma visão de mundo...”. O alimento nutre o ser humano em sua totalidade e ignora o recorte acadêmico que existe entre o corpo e o espírito. O homem é consumidor de símbolos tanto quanto de nutrientes. Este simbolismo alimentar possui diferentes níveis: o alimento ligado aos pratos regionais; o alimento e as diferentes classes sociais e estilos de vida, o alimento como base da comunicação (rituais sociais) e como símbolo religioso (o pão, o vinho...).

➤ De forma semelhante, Puissant et al. (2000, p.65) argumentam que, para cada indivíduo, a alimentação não deve oferecer somente as respostas nutricionais adaptadas ao tratamento do cliente; a alimentação hospitalar deve assegurar, também, outras funções – a função hedônica e a função social.

➤ Apresentando as mesmas considerações, Poulin et al. (1990, p. 13-21) argumentam que a alimentação hospitalar deve apresentar quatro funções essenciais: a função nutricional, a função higiênica, a função hedônica e a função convivial, que são descritas abaixo.

➤ A *função nutricional* corresponde às características da alimentação com relação ao porte de nutrientes necessários ao indivíduo enfermo, de acordo com as suas necessidades.

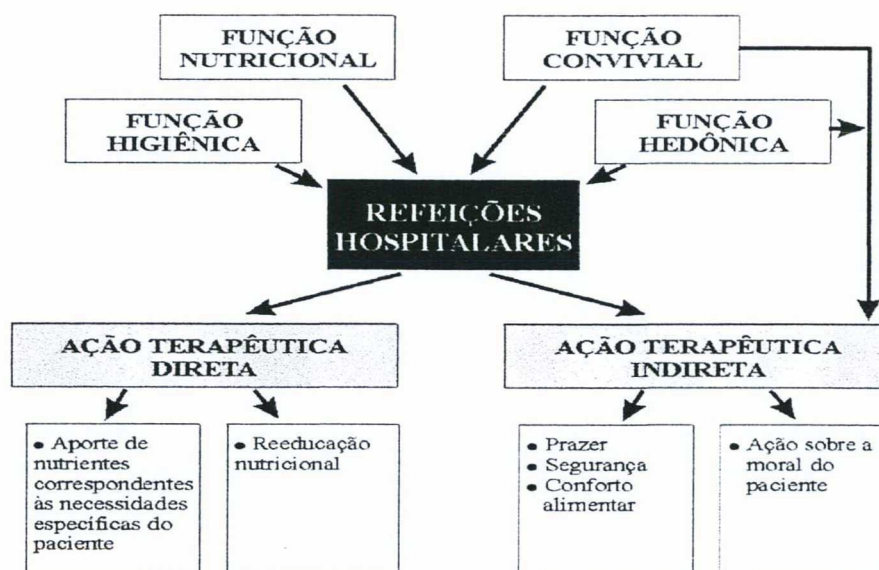
➤ A *função higiênica* relaciona-se à necessidade dos alimentos estarem isentos de elementos tóxicos, tanto de origem química quanto de origem microbiológica e, dessa forma, seu consumo não deve provocar problemas digestivos, nem possibilitar a propagação de infecções.

➤ A *função hedônica* relaciona-se ao prazer. Os alimentos, por suas qualidades organolépticas, pelas suas dimensões simbólicas e conviviais, fornecem ao ser humano um sentimento de bem-estar, de prazer, de harmonia com seu corpo, com a sociedade e com o mundo. Esta função assegura ao indivíduo hospitalizado a sua presença no mundo.

➤ A *função convivial* refere-se ao fato de que o alimento faz parte dos sistemas de comunicação. O alimento situa o ser humano em um espaço social, possibilitando a percepção do indivíduo de pertencer a um grupo e concorrendo para a construção da identidade social e

individual.

Fig. 2.11: Esquema das quatro funções na alimentação hospitalar



Fonte: Poulain et al. (1990, p.32)

Com base nessas considerações, a qualificação dos cuidados nutricionais não pressupõe a produção de refeições distanciada do acompanhamento nutricional e vice-versa, nem um distanciamento dos nutricionistas dos clientes internados, mas compreenderia uma relação de troca de experiências e de re-concepção do trabalho em equipe para qualificar os cuidados nutricionais. E, ao mesmo tempo, há necessidade de aproximar-se da prática desses profissionais, conhecer a complexidade de ações que envolve os conhecimentos relacionados aos cuidados nutricionais bem como a gestão dos serviços prestados.

Nesse sentido, consideram-se relevantes as ponderações feitas por Cecilio (1997, p. 38), ao destacar que, a definição e a escolha de indicadores para nortear a melhoria do atendimento hospitalar, por si só, não é suficiente para qualificar o conjunto das ações que as instituições de saúde e, especificamente, o hospital deve oferecer. O produto final não necessariamente será bom ao se garantir a qualificação de cada grupo profissional. Argumenta que “na prática, é difícil encontrar modelos dando bons resultados, mesmo porque a qualidade final do produto é mais que a soma das qualidades das partes. A qualidade final do produto depende de uma química mais complexa, cujo substrato é a equipe”.

A pertinência das propostas de gestão apresentadas por Cecilio (1997, 1994) deve-se ao fato de que elas oferecem inúmeras experiências que nasceram da própria necessidade de os

profissionais de saúde avaliarem a qualidade de suas ações, incluindo-se a construção de indicadores. A implantação dos indicadores é vista como um momento de exercício de criação de consensos.

➤ Tais propostas apresentam como base a construção de sistemas de gestão que asseguram não só a produção qualificada de saúde, mas também os sistemas de gestão e a realização de seus trabalhadores. O autor apresenta tais experiências, dentro do setor público, utilizando como fundamento teórico o planejamento estratégico situacional e a gerência comunicativa, com ênfase em equipes organizadas em unidades de trabalho.

➤ De forma semelhante, Campos (1998, p 864-865) refere-se a um modelo de gestão colegiada, centrada em equipes de saúde englobando métodos para a reconstrução da geometria e do funcionamento dos serviços de saúde do setor público (organogramas) em unidades de produção, que dentre outras características propicia “independência e autonomia para cada equipe, sem que se perca a noção de sistema, ou sem que seja comprometida a diretriz da integralidade da atenção” e, por outro lado, ao mesmo tempo, permite e estimula “os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de co-gestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal”.

➤ Esta forma de gerenciar organizações de saúde é considerada pelo autor como uma proposta que apresenta o desafio de construir uma alternativa operacional ao método taylorista de gestão. Por outro lado, não se propõe a resolver conflitos entre gestores e pessoal técnico das unidades, mas “ao admitir a inevitável existência dessas polaridades, se crie espaços onde possam ser explicitadas e trabalhadas, considerando-se sempre, os vários interesses e, portanto, as várias racionalidades envolvidas”. Ao mesmo tempo, constitui-se em uma proposta “co-produtora de sujeitos aptos para o exercício da liberdade, para assumir os riscos e o prazer da criação, mas também preparados para contratar compromissos, para respeitar a missão primária da instituição em que estiverem inseridos”(Campos, 1998, p. 869).

2.8 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

No presente capítulo, na apresentação dos temas sobre tecnologia, ergonomia e antropotecnologia, foram buscadas em cada referencial de análise as contribuições teóricas e metodológicas que possibilitassem a redefinição de um espaço (físico-ambiental e organizacional) como aquele possível de tornar os seres humanos mais organicamente em contato uns com os outros. Abordaram-se, ainda, os principais conceitos e características

relacionados à organização hospitalar e à unidade de alimentação e nutrição, procurando-se buscar elementos que possam contribuir com a qualificação do trabalho do nutricionista.

A situação de trabalho a ser analisada corresponde à especificidade da prática dos nutricionistas, cujas ações são permeadas por diferentes aspectos: a sua formação, as suas características individuais, as características da organização hospitalar e, de forma mais ampla, os contextos políticos, econômicos, demográficos, sociais e antropológicos das realidades onde se inserem essas práticas, conforme observado nos estudos antropotecnológicos.

Na discussão sobre qualidade, procurou-se, de um lado, a abordagem da concepção holística em saúde. Dentro dessa visão, os profissionais de saúde auxiliam os clientes a restabelecerem seu equilíbrio, considerando os diferentes aspectos do alimento e do ato alimentar dentro dos cuidados nutricionais.

A partir do conhecimento do trabalho real, do fluxo de informações e das estratégias utilizadas pelos nutricionistas envolvidos, pretende-se delinear os espaços possíveis para ação desses profissionais, com base nos pressupostos da teoria da criação do conhecimento, no sentido de contribuir com a qualidade dos cuidados nutricionais.

A evolução dos métodos de produção, da organização do trabalho e das formas de gerenciamento tem influenciado consideravelmente a realidade das organizações e, sobretudo, as relações de trabalho. A cada dia, novas informações devem ser processadas e novas estratégias de ação são requisitadas dos indivíduos, em suas organizações, para lidar com novas situações.

A ergonomia e a antropotecnologia, como abordado, oferecem instrumentos de análise que possibilitam identificar as condicionantes físicas e organizacionais de situações de trabalho, oferecendo contribuições que possam minorar os agravos à saúde dos operadores e aos objetivos das organizações.

A antropotecnologia, mais do que uma abordagem metodológica que tem como base a ergonomia, propõe um esforço humanizador para o desenvolvimento tecnológico, ressaltando que uma abordagem simplista de modelos tecnológicos importados sempre coloca em risco as características de um local que recebe a novidade que vem de fora.

Por outro lado, a complexidade do sistema de conhecimentos que os indivíduos utilizam

no fluxo de trabalho, bem como suas variações, é uma das grandes incógnitas e, ao mesmo tempo, um aspecto a ser aprofundado pela ergonomia e pela antropotecnologia. Para Wisner (1994, p.72-78), por exemplo, o papel da experiência anterior e dos saberes faz variar a agressão sofrida por diferentes indivíduos submetidos a uma mesma exigência. Estes saberes e a experiência anterior não são aprendidos na escola; desenvolvem-se em condições reais da atividade de produção, mas também em casa, nos lazeres, ao fazer compras.

No mesmo sentido, Laville (1997, p.350) destaca que a evolução tecnológica e a modificação do trabalho e da empresa põem em evidência alguns desafios para a ergonomia. A questão é saber como a análise da atividade permite compreender a construção das competências e, ao mesmo tempo pode auxiliar a transmiti-la. Discussões semelhantes foram abordadas por Montmollin (1990), Navarro (1991), Tardif (1996) e Falzon (1993), referenciadas anteriormente no desenvolvimento do item relacionado à contribuição da ergonomia cognitiva para análise das situações de trabalho.

As novas circunstâncias contextuais exigem, ao mesmo tempo, novas formas organizacionais de trabalho. No entanto, considerando as abordagens posteriores ao contingencialismo, nenhuma forma organizacional apresenta-se como a melhor forma, como o melhor modelo. As organizações precisam considerar as características de cada momento, em face às mudanças impostas pelo ambiente. Além disso, a emergência de estruturas mais flexíveis e adaptáveis às necessidades humanas é um imperativo para o desenvolvimento e a reestruturação das potencialidades, da autonomia e da convivialidade entre as pessoas.

Com base nessas considerações e visando contribuir com o referencial de análise da abordagem antropotecnológica, a avaliação das situações de trabalho foi enriquecida, tendo-se como referência os pressupostos da teoria da criação do conhecimento. Considera-se que a partir da análise das condicionantes nas situações de referência baseadas nesta teoria, pode-se vislumbrar os espaços possíveis de interação nos subsistemas analisados – clínica e produção de refeições para a melhoria do atendimento nutricional ao cliente.

No próximo capítulo será delineada a descrição da pesquisa, caracterizando-se o estudo, a construção do modelo de análise e a apresentação dos dados referentes aos estudos de caso nas situações locais e de referência francesa e brasileira.

CAPÍTULO 3

DESCRIÇÃO DA PESQUISA

3.1 INTRODUÇÃO

No presente capítulo encontra-se delineada a descrição da pesquisa com base nos referenciais teóricos utilizados nos capítulos precedentes. O capítulo está dividido em quatro seções. Nesta primeira seção, estão contemplados os itens que constituem este capítulo. Em seguida, na segunda seção, apresenta-se a caracterização do estudo. Posteriormente, na terceira seção, descreve-se a construção do modelo de análise consistindo na definição das variáveis e seus desdobramentos; a descrição das etapas da pesquisa, das técnicas e instrumentos para coleta de dados e, respectivamente, a correspondência dessas etapas com a metodologia antropotecnológica.

Na quarta seção são apresentados os estudos de caso. Preliminarmente, descrevem-se as variáveis contempladas no modelo de análise para o ambiente externo e interno da França, que corresponde à *Análise do local e de referência francesa*. Posteriormente, descrevem-se as mesmas variáveis para o ambiente externo e interno do Brasil, correspondendo à *Análise do local e de referência brasileira*.

Os dois estudos de caso culminam com um diagnóstico das situações de trabalho, procurando-se analisar, de forma integrada, as atividades das dietistas/nutricionistas em face às condicionantes apresentadas pelas situações locais e de referência e identificar elementos de convergência das ações entre a terapia nutricional e a produção de refeições, conforme os objetivos delineados na pesquisa.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa apresenta, como modelo teórico de abordagem, a *metodologia qualitativa*.

A definição desta base metodológica é explicada tendo em vista a natureza do estudo proposto (Godoy, 1995a, p.21; Minayo, 1997, p. 21, 24):

- a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado;
- o fenômeno a ser estudado pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada;

- as estruturas e instituições são vistas como resultado da ação humana objetivada.

Conforme abordado por Granger (*apud* Minayo, 1993, p.246), “um verdadeiro modelo qualitativo descreve, compreende e explica, trabalhando exatamente nesta ordem”.

Neste aspecto o estudo procurará compreender, de *forma descritiva*, “fatos e fenômenos de uma determinada realidade”, verificando-se como os mesmos se manifestam nas atividades, procedimentos e interações diárias (Triviños, 1987, p.110; Godoy, 1995b, p.63).

O campo de análise, como explicitado, compreende a prática de nutricionistas e a gestão dos cuidados nutricionais hospitalares, considerando duas realidades distintas – a França e o Brasil. Ressaltam-se as observações de Godoy (1995b, p.63), perfeitamente compreensíveis para os estudos ergonômicos e antropotecnológicos, ao afirmar que “não é possível compreender o comportamento humano sem a compreensão do quadro referencial (estrutura) dentro do qual os indivíduos interpretam seus pensamentos, sentimentos e ações”.

Além disso, dada a natureza do estudo, que tem como objetivo analisar de forma detalhada um ambiente e uma situação particular, a pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso. Para Yin (1984, p. 23) o estudo de caso “é uma forma de se fazer pesquisa empírica que investiga fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto de vida real, em situações em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas, e em que são utilizadas múltiplas fontes de evidência”.

Além dessa peculiaridade, que caracteriza o estudo de caso, há a possibilidade de descrever mais de uma situação, organização ou sujeito, estabelecendo-se comparações, caracterizando, desta forma, os estudos comparativos de casos ou estudos de caso múltiplos (Godoy, 1995a, p.26).

Assim, dentro dos objetivos desta proposta, considera-se que os argumentos utilizados sobre a natureza da pesquisa qualitativa, de forma descritiva, e a utilização do estudo comparativo de casos responde às necessidades do referencial teórico utilizado e à natureza do problema.

3.3 CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE

O modelo de análise é definido por Quivy et al. (1992, p.151) como o prolongamento natural da problemática, articulando-se de forma operacional os marcos e as pistas relevantes para orientar as observações e as análises posteriores. Assim, o modelo de análise constitui-se

de *conceitos e hipóteses* que devem ser articulados para auxiliar na coerência do quadro de análise.

As hipóteses, ou proposições para alguns autores, são declarações afirmativas sobre fenômenos ou processos, uma suposição que deve ser verificada. Orientam a obtenção e a análise dos dados e dos conceitos que veiculam seu sentido (Quivy et al., 1992, p.151; Minayo, 1997, p.19).

A construção dos conceitos, ou variáveis, compreende a identificação de aspectos considerados essenciais da realidade em questão. Esta construção-seleção dos conceitos consiste, posteriormente, na definição das dimensões e de seus indicadores (Quivy et al., 1992, p.151).

3.3.1 Definição das variáveis

A partir dos referenciais teóricos utilizados para caracterizar a metodologia antropotecnológica e estabelecer as hipóteses da pesquisa, foram selecionadas as variáveis (ou conceitos) consideradas relevantes para as etapas de coleta de dados. Destaca-se, ainda, que as variáveis puderam ser melhor selecionadas, graças aos estudos preliminares realizados em uma situação de trabalho do nutricionista, durante as disciplinas de engenharia ergonômica do trabalho e de antropotecnologia (Sousa et al., 1999a, 1999b).

Assim, de acordo com os referenciais teóricos utilizados para a metodologia antropotecnológica e com a sistematização proposta no estudo de Proença (1996), os dados do ambiente externo e interno foram adaptados para a situação analisada.

A. Variáveis referentes ao ambiente externo

As variáveis referentes ao ambiente externo correspondem aos contextos onde a situação de trabalho a ser analisada está inserida. Relacionada principalmente com a primeira hipótese secundária, integra o conjunto de aspectos sociais, demográficos e industriais (figuras 3.1 e 3.2) para *Análise das situações locais* (França e Brasil), conforme a primeira etapa da metodologia antropotecnológica explicitadas na seção 2.5.3.

Fig. 3.1: Definição das dimensões e respectivos indicadores para a variável *contexto social e demográfico*

VARIÁVEL : CONTEXTO SOCIAL E DEMOGRÁFICO		
DIMENSÃO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
Socioeconômica	Conjunto de fatores sistêmicos que caracterizam o quadro econômico sanitário da região e as repercussões sobre o sistema de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> •Nível de renda média •Sistema assistencial de saúde (nº de unidades de saúde hospitalares e percentual de ocupação dos hospitais públicos e privados; oferta de leitos hospitalares). •Investimento em saúde: % do orçamento destinado ao setor saúde; gastos hospitalares/habitante. •Alimentação: custo da cesta básica e percentual em relação ao salário-mínimo vigente.
Antropológica e sociocultural	Conjunto de aspectos que caracterizam o comportamento da população com relação à alimentação, bem como às oportunidades de instrução.	<ul style="list-style-type: none"> •Característica das refeições: tipos de refeições, preparações e horários; tendências do comportamento alimentar. •Nível de instrução formal da população •Características da formação específica do dietista/nutricionista.
Demográfica	Conjunto de características da região, relacionadas à dinâmica populacional, às condições sanitárias e aos índices de saúde e nutrição.	<ul style="list-style-type: none"> •Perfil demográfico (pirâmide etária) e epidemiológico (mortalidade infantil, expectativa de vida, causas de morbidade e mortalidade). •Processo de industrialização <i>versus</i> grau de urbanização (indicadores). • Condições sanitárias (saneamento básico).

Fig. 3.2: Definição das dimensões e respectivos indicadores para a variável *contexto industrial*

VARIÁVEL: CONTEXTO INDUSTRIAL		
DIMENSÃO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
Tecnológica	Conjunto de aspectos do contexto industrial que contribuem com o processo de produção e de serviços para unidades de alimentação e nutrição hospitalares (UANh).	<ul style="list-style-type: none"> •Fornecedores de matéria-prima para UANh: <ul style="list-style-type: none"> - prestação de serviços quanto à diversidade de produtos, condições de transporte, controle de qualidade. •Fornecedores de equipamento para UANh: <ul style="list-style-type: none"> - para serviços (de informática, de avaliação clínico-nutricional) e para produção e distribuição de refeições; -prestação de serviços quanto à manutenção preventiva e reparos.

B. Variável referente ao ambiente interno

As variáveis referentes ao ambiente interno correspondem à caracterização da organização hospitalar, da unidade de alimentação e nutrição e da situação de trabalho dos nutricionistas ligados à produção de refeições e ao atendimento clínico-nutricional. Corresponde à *Análise das situações de referência (França e Brasil)*, através da *análise*

ergonômica do trabalho (AET) conforme a metodologia antropotecnológica, com ênfase nas atividades cognitivas.

Relacionadas com as segunda e terceira hipóteses secundárias, estas variáveis integram as determinantes da atividade ligadas à variabilidade (de equipamentos, de matérias-primas, de meios de trabalho e de fluxos) na gestão dos cuidados nutricionais, às características dos nutricionistas e de suas ações do ponto de vista cognitivo.

As dimensões selecionadas com seus respectivos indicadores são apresentadas nas figuras 3.3, 3.4 e 3.5.

Fig. 3.3: Dimensão e indicadores da variável *Características da organização hospitalar*

VARIÁVEL: CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	
DIMENSÕES	INDICADORES
Características gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de hospital (descrição, filosofia e cobertura de atendimento). • Indicadores de atendimento (unidades de internação e número de leitos, média de internação). • Fluxo de atendimento ao paciente (da internação à alta) e principais categorias profissionais envolvidas. • Características organizacionais: <ul style="list-style-type: none"> - relações funcionais e hierárquicas; - número de profissionais.
Sistema de avaliação da qualidade da assistência hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> - para os serviços executados; - para os resultados; - para os profissionais.

Fig. 3.4: Dimensões e indicadores da variável *Características da Unidade de Alimentação e Nutrição*

VARIÁVEL: CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	
DIMENSÕES	INDICADORES
Características organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Relações funcionais e hierárquicas. • Número, distribuição e atribuições dos nutricionistas pelas diferentes subunidades.
Características físico-funcionais	<ul style="list-style-type: none"> • Número de refeições/dia. • Leiaute das subunidades (tipos de equipamentos, instalações) e áreas operacionais. • Refeições: tipos, características, composição dos cardápios, horários de distribuição. • Características da clientela: idade, sexo; origem e procedência. • Fluxos entre o atendimento clínico-nutricional e produção de refeições.
Sistema e estratégias para garantia de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios de qualidade (nutricional, psicossensorial, higiênico-sanitária, simbólica e convivial).

Fig. 3.5. Dimensões e características da variável *Características da situação de trabalho dos nutricionistas*

VARIÁVEL: CARACTERÍSTICAS DA SITUAÇÃO DE TRABALHO	
DIMENSÃO	INDICADORES
Características da situação existente	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos técnicos e científicos no fluxo de trabalho (atendimento clínico-nutricional e produção de refeições). • Meios de trabalho • Condições físico-ambientais (espaço de trabalho <i>versus</i> comunicações). • Condições organizacionais (horários, repartição das tarefas, condicionantes de tempo). • Indicadores de serviços: quantidade, qualidade, variedade. • Indicadores relacionados aos nutricionistas: acidentes, problemas de saúde, absenteísmo, rotatividade, dificuldades.
Característica dos dietistas/nutricionistas	<ul style="list-style-type: none"> • Idade, sexo. • Nível de formação e experiência • Acesso à formação contínua • Tempo de serviço
Características da atividade (produção de refeições e atendimento clínico-nutricional)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicações: conteúdo, duração, orientação e volume; relações com o ambiente externo (clientes internados, equipe de saúde, fornecedores, equipe de nutrição). • Natureza da atividade: variabilidade, complexidade, conhecimentos, memorização de informações (memória de trabalho e memória de longo termo), necessidade de diagnóstico, tomada de decisões. • Organização temporal das tarefas: interrupções e gestão dos problemas (prioridades e resolutividade). • Representação mental e estratégias cognitivas, de organização e de interação.

3.3.2 População e amostra

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela seleção de uma amostra que possibilite “abrange a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. Portanto, o estudo proposto apresentou um critério não numérico para garantir sua representatividade. A seleção dos hospitais e dos atores observados esteve relacionada com a “vinculação mais significativa com o problema a ser investigado” (Minayo, 1997, p.43).

Assim, para o presente estudo, alguns critérios qualitativos da amostra podem ser destacados, tendo em vista a pergunta central de pesquisa, os objetivos, as hipóteses, a metodologia antropológica, ressaltando-se a análise ergonômica da atividade (AET) com ênfase nos aspectos cognitivos:

- os *hospitais* selecionados caracterizam-se pela gestão dos cuidados nutricionais reconhecidos pela implementação de instrumentos para qualificar o atendimento aos clientes.

O *Hôtel Dieu* de Paris foi selecionado, como referência francesa, considerando-se o trabalho desenvolvido pelo professor Guy-Grand neste hospital, além do resultado dos

estudos desenvolvidos, sob sua coordenação, junto aos hospitais ligados à AP-HP. Outra consideração refere-se à inserção do *Hôtel Dieu* na política e filosofia de qualidade da AP-HP. De forma semelhante, a divisão de nutrição e dietética do ICHC foi selecionada como referência brasileira, considerando-se que esta unidade é pioneira, no setor de alimentação coletiva hospitalar pública, na implantação e certificação de um sistema de qualidade. Os aspectos socioeconômicos e demográficos das cidades também foram considerados para a seleção dos hospitais, principalmente aqueles relacionados com as condicionantes ligadas à prática dos dietistas/nutricionistas.

Tratando-se de um estudo comparativo, as etapas da pesquisa foram realizadas inicialmente em um hospital francês e, posteriormente, em um hospital brasileiro.

- os *responsáveis pela gerência geral das unidades de alimentação e nutrição* foram selecionados, considerando-se o fornecimento de dados relacionados ao reconhecimento das características do setor e os dados pertinentes ao tema analisado;

- o dietista/*nutricionista* selecionado foi o responsável pela gerência da produção de refeições;

- o dietista/*nutricionista* do atendimento clínico-nutricional da unidade de internação foi selecionado em função das características do atendimento da clínica (complexidade e diversidade de patologias, tempo de internação e características dos clientes).

A situação de trabalho selecionada na França foi a atividade das dietistas da unidade de medicina interna e gastroenterologia e a dietista chefe responsável pela gestão do serviço central do *Hôtel Dieu*. Na situação de trabalho brasileira foi selecionada para análise a atividade de uma nutricionista ligada à seção de dietoterapia em clínica médica (NDCM) e a nutricionista chefe da seção de preparo e cocção (NPC).

3.3.3 Procedimentos metodológicos

- **Técnicas de coleta de dados**

Para análise das situações locais e de referência nos dois países foram utilizadas diferentes técnicas da pesquisa qualitativa, de acordo com as etapas do estudo realizado. Destacam-se a análise documental, as entrevistas semi-estruturadas e a observação.

A *análise documental* constitui-se em uma valiosa técnica de abordagem de dados qualitativos e consiste no exame de documentos que visam fornecer ao pesquisador dados complementares para a melhor compreensão do problema investigado. As fontes de coleta de dados são provenientes de instituições oficiais ou não, bibliotecas e arquivos (Quivy et al.,

1992, p.201; Godoy, 1995a, p.26). No presente estudo, a análise documental foi importante para a análise comparativa dos contextos sociais e demográficos (variáveis do ambiente externo), bem como na análise das variáveis do ambiente interno, complementando as entrevistas e as observações.

Na análise do ambiente externo francês foram utilizadas fontes de coleta de dados estatísticos ou de dados na forma textual, provenientes de instituições oficiais francesas, as bibliotecas e arquivos. Durante esta análise, os dados do contexto social e demográfico não se restringiram a Paris. O hospital analisado estende o seu atendimento à população da região da *Ile-de-France*, representada por oito departamentos, dos quais Paris é o centro administrativo, econômico e cultural da região.

Além disso, o *Hôtel Dieu*, está inserido em uma filosofia de atendimento centralizada, representada pela Assistência Pública Hospitais de Paris – AP-HP, e pelo sistema de saúde francês de forma global. Assim, para descrição do quadro sanitário da região, recorreu-se às referências bibliográficas e aos documentos relacionados à filosofia, à organização, à cobertura de atendimento e ao sistema de avaliação de qualidade da assistência hospitalar adotados pela AP-HP e não especificamente ao *Hôtel Dieu*.

Para a análise do ambiente externo brasileiro, as fontes dos dados foram provenientes das bibliotecas da cidade de São Paulo. Dentre elas, a biblioteca da Fundacentro, da Faculdade de Saúde Pública e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Durante esta análise, os dados do ambiente externo referem-se à Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), ao estado de São Paulo e, por vezes, ao território brasileiro, tanto para efeitos de comparação dos indicadores como pela extensão do atendimento que o Instituto Central do Hospital das Clínicas (IHC) presta a todo estado de São Paulo e a outros estados brasileiros, em função dos recursos tecnológicos disponíveis.

A análise documental foi utilizada, ainda, como recurso para descrição do ambiente interno. Os dados das características da organização hospitalar, das unidades de alimentação e nutrição e da situação de trabalho das dietistas e nutricionistas foram obtidos a partir dos documentos existentes nos locais de pesquisa com as respectivas chefias das unidades.

As entrevistas constituem-se “como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos – objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (Minayo, 1997, p.57).


Através da entrevista podem ser coletados dados objetivos, a exemplo das características organizacionais dos setores, e dados subjetivos, que se relacionam aos valores, às opiniões dos sujeitos entrevistados, a exemplo da representação mental dos profissionais relativamente “às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações, de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiências, etc.” relacionadas à implementação das tecnologias de gestão (Quivy et al., 1992, p.195).

Neste estudo, foi utilizada principalmente a *entrevista semi-estruturada*, abordando-se os entrevistados com perguntas-guias, relativamente abertas, respeitando-se os seus próprios quadros de referência – a sua linguagem e as suas categorias mentais, mas, ao mesmo tempo, reencaminhando os entrevistados para os objetivos da pesquisa, de forma natural (Quivy et al. (1992, p.194-195).

As *entrevistas* foram realizadas através de encontros com profissionais em seus contextos de trabalho. Os dados foram registrados em um gravador e/ou caderno-diário, cujas anotações foram realizadas durante ou imediatamente após os encontros.

As entrevistas semi-estruturadas foram utilizadas, ainda, para a construção dos mapas cognitivos das duas dietistas/nutricionistas selecionadas para caracterização das situações de trabalho. Para a construção dos mapas cognitivos, adaptaram-se as definições e construções utilizadas por Eden (1992), para adequar-se aos propósitos da pesquisa. Os encontros foram realizados após o acompanhamento da última jornada de trabalho. O processo da entrevista/construção dos mapas procedeu-se da seguinte forma, conforme figura abaixo:

Fig. 3.6: Etapas do processo de interação entrevistado – entrevistador

<ul style="list-style-type: none"> • Inicialmente, elaborou-se uma pergunta de partida com auxílio de um desenho. Na margem esquerda da folha de papel A3 desenhou-se uma figura humana e, na outra margem, as palavras “qualidade dos cuidados nutricionais”. O desenho e as palavras foram ligados por uma flecha, e perguntou-se. “...<i>Você está neste ponto... Qual o caminho que você faz, para qualificar os cuidados nutricionais?</i>”.

<p>Como as entrevistadas apresentaram dificuldades em buscar as respostas, partiu-se para uma outra questão.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Questão alternativa: “<i>Para você, o que é necessário para qualificar os cuidados nutricionais aos pacientes internados?</i>”
<ul style="list-style-type: none"> • As respostas (conceitos) iam sendo produzidas pelas entrevistadas. A partir de cada conceito representado, novas perguntas foram elaboradas. Como exemplos: E para “avaliar o cardápio”, o que você acha necessário? Ou: Por que é necessário “o trabalho integrado da nutrição”? Ou: “Quem são as pessoas necessárias”? As novas respostas eram interligadas (ramificadas) graficamente a cada conceito.
<ul style="list-style-type: none"> • A partir dessas novas pistas de reflexão, surgiam ramificações de conceitos que foram associados ou eram análogos a outros conceitos. Essas associações foram consideradas pelas entrevistadas, ou ainda pelo entrevistador – “Esta necessidade tem relação com esta?”, indicando a representação.
<ul style="list-style-type: none"> • Cada entrevista durou cerca de uma hora. Todos os encontros foram realizados em locais onde não houvesse a possibilidade de interrupções. Os profissionais entrevistados interagiram a todo o momento durante a construção da representação gráfica.

Outro tipo de técnica de pesquisa utilizada foi a observação. As observações têm um papel essencial no estudo de caso. Destaca-se, neste estudo, a utilização da *observação direta*, que se caracteriza pela apreensão dos comportamentos no momento em que se produzem e em si mesmos, sem a mediação de documentos ou testemunhos posteriores (Quivy et al., 1992, p. 197).

A importância desta técnica é principalmente destacada pela Análise Ergonômica do Trabalho (AET), que apresenta como centro de análise o comportamento humano diante da variabilidade da situação de trabalho. Pode-se revelar a distância ou a proximidade dos acontecimentos em comparação com as palavras (entrevistas) e com os escritos (análise documental).

Nas realidades analisadas, realizou-se, preliminarmente, o reconhecimento da situação existente, através da *observação aberta* de todas as unidades do hospital de referência francês,

ligadas com as atividades de alimentação e nutrição, e das principais unidades funcionais da unidade de alimentação e nutrição do hospital de referência brasileiro.

Tal etapa serviu como referência para selecionar a situação considerada de maior complexidade, do ponto de vista ergonômico, para aprofundamento posterior das características da situação de trabalho a ser analisada. A análise documental, as observações das hipóteses, dos objetivos e do problema formulado foram também fundamentais para a seleção da atividade a ser acompanhada.

A *observação direta* na situação de referência francesa foi utilizada durante a análise da atividade das dietistas do serviço de dietética e *restauration* (SDR) e, ainda, durante a participação em sessões e reuniões de trabalho. Na situação francesa, as observações foram realizadas tanto em reuniões conjuntas da equipe de dietistas, quanto em reuniões do Comitê de Ligação e Nutrição (CLAN) do *Hôtel Dieu*. Tais observações foram utilizadas como forma de avaliar as condições organizacionais existentes para a criação do conhecimento e as possibilidades de socialização, externalização, combinação e internalização do conhecimento, tendo em vista as análises posteriores.

A observação consistiu no acompanhamento de duas a três jornadas diárias de trabalho de cada dietista/nutricionista em momentos diferenciados. Nos dados coletados procurou-se identificar em intervalos de tempo de 15 a 30 minutos, os eventos ocorridos, as operações desenvolvidas, os diferentes postos de trabalho percorridos, as interações pessoais, a natureza das informações (verbal, oral, telefônica, escrita, eletrônica) e os tipos de documentos utilizados. O registro das observações foi realizado por meio de anotações escritas.

• Etapas da pesquisa

A pesquisa foi realizada em quatro etapas, tanto no estudo de caso da situação de referência francesa quanto na situação de referência brasileira, considerando as características da metodologia antropotecnológica. Destaca-se a utilização de indicadores que integram a teoria da criação do conhecimento (seção 2.6.3. do capítulo 2), como forma de enriquecer a abordagem antropotecnológica nas etapas de projeção do quadro futuro e prognóstico da atividade futura.

A figura 3.7 representa, simultaneamente, as diferentes etapas da metodologia antropotecnológica e do estudo proposto, de acordo com os objetivos e variáveis selecionados e os diferentes tipos de técnicas a serem utilizadas.

Fig. 3.7: Etapas da metodologia antropotecnológica e tipos de coleta de dados no estudo proposto

ETAPAS DA METODOLOGIA ANTROPOTECNOLÓGICA	ETAPAS DO ESTUDO PROPOSTO	TIPO DE TÉCNICA DE PESQUISA E/OU ELEMENTOS DE ANÁLISE
Análise da situação local (França) Análise da situação local (Brasil)	Análise do ambiente externo (França). Análise do ambiente externo (Brasil).	Indicadores das figuras 3.1 e 3.2: -Análise documental; -Entrevistas estruturadas e semi-estruturadas.
Análise da situação de referência (AET- França) Análise da situação de referência (AET- Brasil)	Análise do ambiente interno (hospital de referência na França). Análise do ambiente interno (hospital de referência no Brasil).	Indicadores das figuras 3.3, 3.4 e 3.5: -Análise documental; -Entrevistas semi-estruturadas; -Observação direta.
Projeção do quadro de trabalho futuro	Identificação dos aspectos relevantes da prática dos dietistas/nutricionistas em hospitais brasileiros e franceses, considerando a interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições.	Condições organizacionais para a criação do conhecimento: •missão da organização com relação ao atendimento (intenção); •autonomia dos profissionais; •interação com o ambiente externo <i>versus</i> inovação de atividades (flutuação e caos criativo); •circulação de informações fora da hierarquia, atividades de pequenos grupos (redundância); •acesso às informações de forma variada (variedade de requisitos).
Prognóstico da atividade futura	Formulação de recomendações para qualificar a gestão dos cuidados nutricionais e o trabalho do nutricionista nos hospitais brasileiros, com base nos princípios da teoria da criação do conhecimento.	

3.3.4 Tratamento e análise dos dados

A finalidade do tratamento e análise dos dados é a de verificar “se os resultados observados correspondem aos resultados esperados pelas hipóteses”(Quivy et al., 1992, p. 211 e 216-220).

Assim, segundo orientação dos autores citados, o tratamento e a análise dos dados no presente estudo foram realizados em três etapas:

- descrição e agregação dos dados, apresentando-os de forma que as características das variáveis estivessem claramente descritas;
- análise das relações entre as variáveis, verificando-as conforme o estabelecido na construção das hipóteses e, por último,
- comparação dos resultados observados com os resultados esperados e interpretação das diferenças.

Na presente pesquisa, a partir da descrição de todas as variáveis, procedeu-se à análise integrada das atividades nas situações de trabalho acompanhadas. Com essa análise procurou-se identificar elementos das ações e da representação mental das dietistas/nutricionistas, utilizando-se de mapas cognitivos para subsidiarem a convergência das ações entre a terapia nutricional e a produção de refeições.

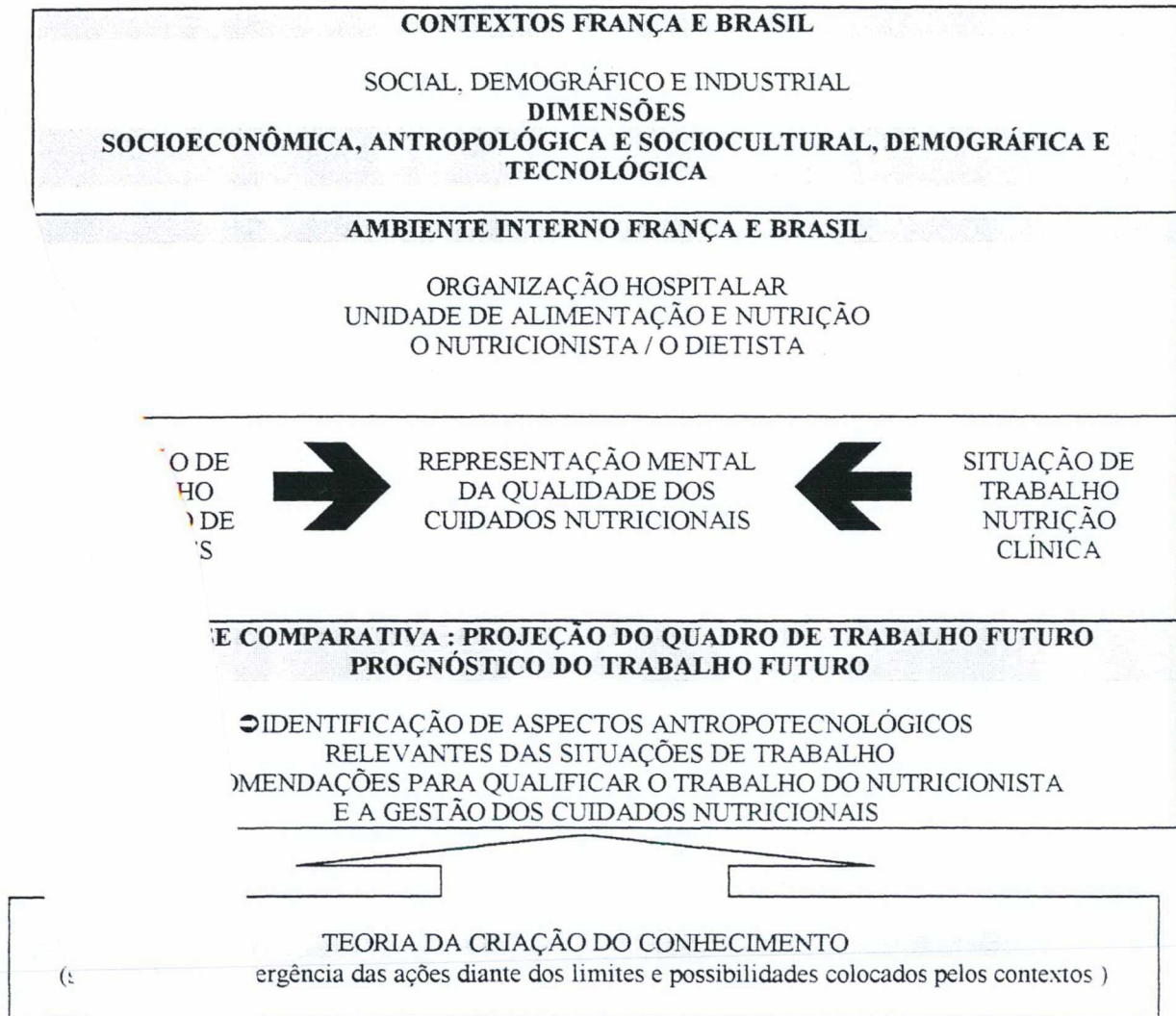
Para a descrição da análise da atividade, as ações acompanhadas foram representadas graficamente, utilizando-se de legendas e cores diferentes para blocos de ações com funções diferentes. Essa representação da atividade teve como objetivo colocar em evidência a estrutura temporal da atividade e facilitar a visualização das diferentes ações acompanhadas.

De forma semelhante, a formalização dos conceitos para obtenção dos mapas cognitivos foi configurada esquematicamente, com auxílio do programa *Mindmanager* versão 4.0. Neste tipo de configuração, o elemento central da figura (qualidade dos cuidados nutricionais) foi explorado com auxílio de conceitos que as profissionais entrevistadas consideraram relevantes para atingir a qualidade dos cuidados nutricionais.

Ressalta-se que a descrição dos dados foi realizada separadamente nas duas realidades propostas, conforme metodologia antropotecnológica. Posteriormente, considerando as etapas de projeção do quadro futuro e prognóstico da atividade futura, os dados foram analisados de forma comparativa, servindo para o levantamento das determinantes das situações de trabalho identificadas, tendo em vista a qualificação do trabalho do nutricionista e da gestão dos cuidados nutricionais.

A figura abaixo procura representar, de forma esquemática, a estrutura geral da análise dos dados nas diferentes etapas da pesquisa.

Fig.3.8: Esquema de análise das situações de referência francesa e brasileira



3.4 ESTUDOS DE CASO

3.4.1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO LOCAL E DE REFERÊNCIA FRANCESA – O Serviço de Dietética e *Restauration* do Hospital *Hôtel Dieu*

O estudo de caso, que compreendeu a análise da situação local e de referência francesa, foi realizado durante estágio de doutorado sanduíche na França nos meses de março a outubro de 2000. De acordo com a proposta de tese delineada durante o projeto, a realidade francesa foi escolhida, tendo como referência a preocupação dos hospitais ligados à AP-HP – Assistência Pública Hospitais de Paris, com a utilização de tecnologias de gestão caracterizadas pela implementação de estratégias para a melhoria dos cuidados nutricionais aos pacientes.

Com o desenvolvimento do trabalho, pôde-se constatar que a realidade francesa, especialmente a região parisiense, a situação de referência selecionada (hospital *Hôtel Dieu*) e a complexidade e diversidade das atividades realizadas pelas dietistas dos três serviços ligados à alimentação e nutrição revelaram inúmeras possibilidades de análise. Os profissionais dos serviços vivenciam, atualmente, a implantação de algumas inovações, dentre as quais se destacam:

- sistema informatizado do fluxo de requisição das refeições (da escolha de menus por parte dos pacientes nas unidades de hospitalização à produção de refeições na cozinha central);
- implantação do referencial “Avaliação da qualidade da alimentação e da nutrição dentro das unidades de hospitalização”, como ferramenta de avaliação da melhoria do atendimento nutricional aos pacientes dentro da perspectiva da acreditação;
- criação de estruturas pluridisciplinares por parte da AP-HP, para coordenar e avaliar as atividades envolvidas com alimentação e nutrição nos hospitais, denominadas de Comitês de Ligação Alimentação-Nutrição – os CLANs, além de outras microestruturas de trabalho em equipe.

3.4.1.1 Descrição das variáveis

A. Análise da situação local – variáveis referentes ao ambiente externo

A.1 Contexto social e demográfico

• Dimensão socioeconômica¹

✓ *Investimento em saúde*: o sistema de saúde na França caracteriza-se por uma oferta de plena assistência integral e uma cobertura financeira coletiva e generalizada a toda a população. Funciona sob a tutela do Estado, mas o setor público e o privado participam juntos na produção e no financiamento dos cuidados de saúde.

A política de saúde ocupa um lugar privilegiado dentro da política social na França. O conjunto dos serviços e das indústrias de saúde fornece emprego e renda a cerca de 1,7 milhão de pessoas, que representa 7,5% da população ativa francesa.

¹ INSEE (2000, 1998); Dupont et al. (1999); Tornellier (1999); Duriez et al (1996); Duriez et al. (1994); Bonnici (1993).

Segundo as estatísticas disponíveis, a França ocupava, em 1994, o quinto lugar dentre os países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em despesas de saúde por pessoa e o primeiro da União Européia pelo percentual do Produto Interno Bruto (PIB) destinado ao setor. Em 1999, as despesas em saúde representaram 9,5% do PIB. O consumo dos cuidados médicos elevou-se, sobretudo no setor hospitalar, em virtude do desenvolvimento dos cuidados médicos ligado ao tratamento das pessoas idosas.

✓ *O Sistema assistencial de saúde*: os estabelecimentos do setor público e privado reúnem hospitais gerais e especializados. Um outro critério de classificação largamente utilizado é a duração da internação do paciente ou o tipo de cuidados prestados. De acordo com estes critérios, os hospitais são distinguidos em hospitais de curto, médio ou longo período de internação.

Especificamente no setor público, o país reúne estabelecimentos de porte variável, representados por 29 Centros Hospitalares Regionais – CHR (dos quais 26 são Centros Hospitalares Universitários – CHU); 500 Centros Hospitalares – CH; 98 Centros Hospitalares Especializados - CHS e pequenos hospitais locais que representam 10% dos leitos do setor público.

De uma maneira geral, os CHR destinam-se, cada vez mais, aos cuidados que exigem equipamentos sofisticados, como a cirurgia digestiva, neurologia, urologia, cirurgia e cuidados clínicos relacionados às doenças cardíacas. Outra função dos CHR é a relação com a pesquisa, que assegura a formação de estudantes de medicina e de outras áreas da saúde. Os CH desenvolvem uma política de oferta complementar aos CHR, concentrando as suas atividades em medicina e cirurgia geral e pediatria. Os CHs asseguram os cuidados em áreas particulares, principalmente de psiquiatria. Os hospitais locais, que apresentam cerca de 160 leitos em média, destinam-se aos cuidados de pacientes idosos. Mais de oito leitos sobre dez são para pacientes que exigem cuidados com longo período de internação. Apresentam, também, atividades relacionadas aos cuidados psiquiátricos, diálise e serviços de enfermagem a domicílio para pessoas idosas.

Em janeiro de 1997, o número total de leitos dos estabelecimentos de saúde foi de 659.539 (70% dentro do setor público). O número de leitos em hospitalização completa foi de 508.075, representando 11% a menos que em 1987 (-12% no setor público e -10% no setor privado). O conjunto do parque hospitalar representa 9,2 leitos/1000 habitantes. Os serviços a domicílio representaram 56.650 atendimentos, uma progressão de 30% em cinco anos. Mais

de 1.050 pacientes são atendidos diariamente pelo serviço de hospitalização a domicílio (cuidados de pacientes com câncer, SIDA, cuidados pós-parto...). Assim, a França, nos últimos anos, diminuiu a ocupação de leitos hospitalares, mas aumentou o número de profissionais de saúde e o volume de cuidados hospitalares em 28% e 48% respectivamente.

A Assistência Pública dos Hospitais de Paris – AP-HP é considerada o maior Centro Hospitalar Regional francês. No plano jurídico, a AP-HP é o Centro hospitalar universitário (CHU) da região *Ile-de-France* e concentra 40% do número total dos leitos “universitários” do país. A AP-HP reúne 41 hospitais e grupos hospitalares implantados em Paris, em toda a *Ile-de-France* e na província. Em 2000, apresentou uma capacidade de 26.854 leitos (sendo 1.013 atendimentos com internações por um dia), além da hospitalização a domicílio, onde foram atendidos 1.109 pacientes por dia.

✓ *O nível de renda média e o poder de compra de alimentação da população:* na França, em janeiro de 1998, o montante mensal bruto do chamado salário mínimo interprofissional de crescimento (Smic) foi de 6.797 francos por 169 horas de trabalho por mês (cerca de 955,73 dólares). O valor mensal líquido foi de 5.345 francos (751,56 dólares). Em média, para cada 1.000 francos gastos por um francês, 766 são disponíveis para o consumo próprio. O restante, correspondente a 234 francos, é correspondente a uma consumação dita socializada, financiada para os impostos e as cotizações sociais. A saúde, a habitação e a educação são os três principais componentes dessa consumação. Os gastos com alimentação representaram 17% do orçamento. Outros gastos do consumo próprio são representados por vestuário 5,2%, outros itens ligados à habitação, cerca de 30%; consumo próprio referente à saúde (medicamentos...) cerca de 10,3%; transporte cerca de 16,3%; lazer e cultura, cerca de 7,4%; e outros bens e serviços (hotéis, cafés, restaurantes, viagens) cerca de 13,1%. De um modo geral, o acesso tanto aos bens coletivos, quanto aos bens individuais, indica o nível de participação desses itens para a qualidade de vida da população francesa.

• Dimensão antropológica e sociocultural²

✓ *Características das refeições:* a França é mundialmente reconhecida pelas suas iguarias e pela qualidade de seus produtos. A geografia gastronômica da França é representada por diferentes regiões que, graças às influências climáticas e aos aspectos geográficos,

² Poulain et al.(2000); Poulain (1999a, 1999b); Noël (1999); Dominé (1999); Poulain (1998); Neirinck et al. (1997).

caracterizam-se por uma abundância de produtos e uma gastronomia regional própria. Além disso, é na França que se perpetua a tradição da grande arte culinária. Os prazeres da mesa são cultivados por todos. Não somente os *chefs* e os viticultores são reconhecidos, mas todos os profissionais responsáveis pelo bom nome da cozinha francesa, como os padeiros, os confeitores, os açougueiros, os criadores de aves e cabras, os produtores de queijos e de legumes, dentre outros.

Em toda a França, a estrutura normal de uma grande refeição, representada pelo almoço e jantar, é constituída de quatro categorias: a entrada (saladas e sopas), o prato principal com guarnição (as carnes com seus diferentes tipos de cortes e molhos acompanhados de legumes, ou feculentos ou cereais), o queijo e a sobremesa (doces e frutas). O pão acompanha todas as refeições, e é considerado o símbolo da França. A baguete, pão com 70cm de comprimento, é considerado tipicamente parisiense.

O café da manhã ou desjejum, principalmente o parisiense, compreende um pedaço de baguete ou um pequeno pão de leite, um *croissant*, um brioche ou um pão com passas (*pain aux raisins*). A maior parte dos parisienses e dos franceses bebe uma xícara grande de café com leite no desjejum.

Dados de estudos recentes, coordenado por Poulain (1999, 1998), demonstraram que, atualmente, há um fenômeno de simplificação das refeições na França, principalmente nos centros urbanos, como Paris. A refeição completa tradicional não representa mais que 58,8% no almoço e menos de 40% no jantar. O autor distinguiu dois tipos de comportamentos. Os indivíduos que seguem uma norma tradicional (a refeição completa) e a respeitam em suas práticas cotidianas, tendo como variáveis correlacionadas o local de residência (meio rural e cidades médias), a categoria profissional (operários e profissões intermediárias) e o sexo (masculino). Um outro tipo de comportamento faz referência a uma norma simplificada (refeições sem entrada e sem sobremesa). Este comportamento é predominantemente relacionado ao sexo feminino, a uma população mais jovem, residentes em Paris e seus arredores, e é freqüente, também, entre os funcionários e gerentes. Com relação ao local das refeições, o almoço é realizado em sua maioria em casa, mesmo que os indivíduos tenham um restaurante da empresa à sua disposição. Os horários das refeições são relativamente precisos – em torno de 7:30h para o desjejum, de 12 às 13h para o almoço e de 20 às 21h para o jantar.

Um outro estudo de Poulain et al. (2000) procurou avaliar a evolução das representações nutricionais da população francesa com faixa etária de 50 a 60 anos. O estudo

realizado anteriormente em 1966, sob a direção de Jean Trémolieres no INSERM, compreendeu uma série de pesquisas sobre a escolha dos alimentos, o simbolismo e a significação da refeição familiar.

Poulain et al. (2000) adaptaram a metodologia em função das evoluções da estrutura familiar. A pesquisa, aplicada 30 anos após, abordou questões e variáveis relacionadas às necessidades nutricionais, à pesquisa sobre equilíbrio alimentar, às alterações das práticas alimentares e os fatores relacionados a estas alterações. A pesquisa procurou compreender como os imperativos nutricionais largamente difundidos pela mídia foram apropriados pela população estudada e têm participado da regulação alimentar. O bem-comer à francesa tradicionalmente e as suas alterações diante das evoluções dos modos de vida e à industrialização dos produtos alimentares foram também objeto da pesquisa.

Os resultados demonstraram que houve alterações na hierarquia dos grupos de alimentos as quais foram consideradas essenciais pela população, após 30 anos. De uma concepção energética representada em primeiro plano pelo consumo de feculentos (pães, massas, arroz e batata-inglesa), seguido das carnes e dos legumes, observa-se atualmente uma valorização das fontes de micro-nutrientes, de vitaminas, de sais minerais e de fibras. Os feculentos cederam lugar para os legumes, os produtos lácteos subiram da quarta para a terceira posição. A força simbólica da carne ainda é considerável para a população de 50-60 anos. Apesar da crise da vaca louca, da utilização de hormônios no frango e na vitela, as carnes ainda representam o bem-comer à francesa.

Mas apesar dessa tendência em toda a França, observam-se grandes diferenças regionais, tanto relacionadas com a hierarquização simbólica dos grupos de alimentos quanto à importância de sua valorização. Segundo Poulain et al. (2000), pode-se falar de verdadeiras culturas nutricionais regionais, demonstrando possibilidades de pesquisas entre as ciências sociais e ciências da nutrição, sobre estudos epidemiológicos, de informação nutricional e de saúde pública.

A importância da alimentação, dentro das representações populares francesas, é referida por Loux (1997, p.33-42). Analisando as práticas e as representações da sociedade rural, no final do século XIX, o autor destaca que apesar dessas práticas não serem observadas atualmente, elas subsistem nas representações dos franceses de forma inconsciente. O material consiste de provérbios e receitas dentro de todas as regiões francesas, compreendendo cerca de 6.000 provérbios relacionados à alimentação e ao corpo. Os

provérbios são considerados, pelo autor, como meios de transmissão de um saber, dos mais velhos aos mais jovens, de uma ética e de uma ordem do mundo em torno da alimentação. Uma autêntica dietética popular.

✓ *Nível de instrução formal da população:*³ os dados disponíveis sobre o sistema de ensino francês referem um aumento significativo da escolaridade depois da Segunda Guerra Mundial. Em 1946, menos da metade dos jovens de 14 anos eram escolarizados. O ensino obrigatório na França passou de 14 para 16 anos a partir de 1959. O prolongamento da escolaridade é caracterizado por um acesso crescente às formações superiores, graças às políticas de educação implantadas a partir de 1946. Tais políticas foram frutos do próprio crescimento econômico que exigia mão de obra qualificada. Como exemplo, o bacharelado, formação de um ano após o ensino secundário (correspondente ao ensino médio do Brasil), passou de 4% em 1946 para mais de 60% em 1996. A formação contínua de trabalhadores é também um dos investimentos a que a política educacional francesa dá prioridade. Em 1995, 8,5 milhões de pessoas desenvolveram uma formação contínua, dos quais 2,5 milhões exercem funções públicas, totalizando 800 milhões de horas de formação.

Os principais níveis de formação na França são apresentados abaixo:

- Nível VI e V: final do ensino secundário, primário ou especial.
- Nível V: CAP (*Certificat d'aptitude professionnelle*) ou BEP (*Brevets d'études professionnelles*). Diplomas emitidos aos alunos de uma escola profissional.
- Nível IV: Bacharelado (BAC). Formação de um ano após ensino secundário.
- Nível III: corresponde ao BAC + 2 anos (BTS, DUT, DEUG, escolas de formação sanitária ou social, etc.). Onde: o BTS é um diploma de técnico superior; o DUT (Diploma Universitário de Tecnologia) é emitido por um IUT (Instituto Universitário de Tecnologia) e o DEUG e DEUST são diplomas de estudos universitários gerais e diploma de estudos universitários científicos e técnicos.
- Nível II e I: diploma de final de graduação (*licence* ou *maîtrise*) ou pós-graduação (DEA - diploma de estudos aprofundados, ou DESS - diploma de estudos especializados).
- Ensino superior longo: relaciona-se ao segundo e terceiro ciclos das universidades, das escolas de comércio e de engenheiros.

³ Estrade et al. (1996).

Com relação à especificidade da formação dos trabalhadores ligados à alimentação hospitalar, observa-se pouca qualificação do pessoal. O recrutamento dos agentes de serviços internos (ASI) ou agentes de alimentação que trabalham em cozinhas efetua-se frequentemente sem exigência de uma formação inicial. Este diagnóstico foi observado principalmente nas cozinhas hospitalares. Os cozinheiros, que tradicionalmente são recrutados com uma formação do nível de um CAP, tendem a ser recrutados dentre os portadores de um diploma BEP, BAC profissional e, raramente, de um BTS. Mas essa tendência foi observada muito mais frequentemente na alimentação comercial do que na alimentação coletiva e menos ainda na cozinha hospitalar. Além disso, o pessoal de cozinha é pouco beneficiado com os programas de formação contínua.

✓ *Características da formação específica do nutricionista:*⁴ na França, assim como em toda a Europa e nos EUA, a denominação de dietista corresponde ao título de nutricionista no Brasil. O termo nutricionista é reservado ao médico especialista que se dedica à nutrição.

A profissão de dietista na França foi criada em 1949. Mas, já em 1945, há referências sobre a formação de especialistas em alimentação racional iniciada por Lucie Randoïn, uma bióloga pesquisadora. A primeira escola de dietética privada foi a de Marseille, criada em 1949. Em Paris, a primeira escola pública de dietética foi criada em 1951.

Atualmente, a formação do dietista na França é desenvolvida de duas formas. O aluno, ao final de sua formação, pode obter um certificado de técnico superior em dietética denominado *Brevet de Technicien Supérieur* (BTS) ou um diploma universitário de tecnologia (DUT). O BTS em dietética foi criado por um decreto em 30 de dezembro de 1952, que precisa as competências profissionais, tecnológicas e gerais necessárias para obtenção do diploma. O DTU biologia aplicada, opção dietética, foi criado pelo decreto de 7 de janeiro de 1966. Recentemente, a especialidade do DUT biologia aplicada foi alterada para engenharia biológica pelo decreto de 17 de dezembro de 1997.

A preparação de um dietista para um BTS ou DUT tem a duração de dois anos. O total de horas para obtenção de um BTS em dietética é de 1.624 horas para o BTS, além dos estágios complementares (seis semanas em alimentação coletiva no primeiro ano, dez semanas em dietoterapia e quatro semanas em um estágio escolhido pelo aluno, no segundo

⁴ Puissant et al.(2000); ADLF (1998); Guy-Grand (1997).

ano). O DTU engenharia biológica, opção dietética, perfaz um total de 1.568 horas. No primeiro ano, o aluno desenvolve um estágio no setor alimentar de duas a quatro semanas. No segundo ano, os estágios são de 15 semanas, sendo um mínimo de oito semanas para o setor de dietoterapia.

Atualmente, estima-se que na França a profissão conta com cerca de 4.000 dietistas em atividade, de um total de 7.000 diplomados. Cerca da metade são membros da Associação dos Dietistas de Língua Francesa (ADLF), sediada em Paris e criada em 1954.

Em 1996, o número de profissionais exercendo atividades no setor hospitalar foi de 2.963 em tempo integral (2.062 no setor público e 901 no setor privado), representando o setor de atividade dominante dos dietistas. Em 1998, uma *enquête* realizada pela ADLF constatou que cerca 73% dos profissionais trabalham no setor hospitalar, 13% são profissionais liberais, 9% trabalham com a área de saúde pública, 3% com formação e informação e 2% na indústria alimentar e farmacêutica.

•Dimensão demográfica⁵

✓ *Perfil demográfico e epidemiológico da população:* a França é um país de 58 milhões de habitantes distribuídos sobre 551.000km². De um ponto de vista administrativo, o país está subdividido em 22 regiões, que por sua vez são representadas por um total de 100 departamentos, sendo quatro departamentos além-mar.

Apesar da baixa da fecundidade e da contenção da imigração, observadas há cerca de 20 anos, o crescimento da população francesa está previsto para atingir um total de 61 a 66 milhões de habitantes em 2020, caso se confirme a hipótese de fecundidade de 1,8 criança/mulher. Paralelamente, observa-se um fenômeno de envelhecimento progressivo da população. A França é um dos países da comunidade europeia com maior proporção de pessoas com mais de 65 anos de idade. As pessoas com mais de 60 anos, que representavam 12,7% da população em 1901, em 1^o de janeiro de 1998 eram 20,4%. Esta proporção alcançar 26,8% em 2020. Estima-se, pois, que uma pessoa sobre quatro terá 60 anos ou mais em 2020.

A região da *Ile-de-France*, comumente denominada a região da Grande Paris, apresenta uma população de um pouco mais de 10 milhões de habitantes. O centro de Paris

⁵ Service-Public (2000); L'assurance... (1999); INSEE (1998); Monestier (1997); Bonnici (1993).

conta com cerca de dois milhões de habitantes. Pessoas com mais de 60 anos representam 15% da população, considerada a menor proporção de toda a França. Entretanto, a região não se situa fora do fenômeno de envelhecimento da população francesa. Estima-se que, em 2020, um habitante da *Ile-de-France* sobre 10 terá mais de 70 anos, sendo 2/3 representados por mulheres. Cerca de 60% dos habitantes não são nascidos em Paris.

Os indicadores de saúde disponíveis sobre a população francesa em geral destacam que o estado de saúde do francês melhorou em termos gerais. As análises destacam que essa melhoria é reflexo não só dos cuidados médicos mas também da evolução dos estilos de vida e do ambiente social e econômico do país. Em 1997, a *esperança de vida* ao nascer foi de 82,1 anos para as mulheres e de 74,2 anos para os homens. A França detém o recorde de longevidade para as mulheres, comparado aos outros países da união européia. A esperança de vida aos 60 anos é mais elevada na região da *Ile-de-France* que em outras regiões francesas. A idade das pessoas atendidas em estruturas coletivas de cuidados de saúde raramente é inferior a 75 anos. A maioria das pessoas com mais de 85 anos beneficia-se de serviços de saúde a domicílio. A *taxa de mortalidade infantil* da população francesa é de 5,1‰ e a taxa de mortalidade é de 9,1‰ (7‰ na *Ile-de-France*).

As principais causas de mortalidade da população são representadas pelas doenças do aparelho circulatório e pelos tumores, conforme dados de 1996 que registram um percentual de 32,3% e 27,6% dessas mortes, respectivamente. As outras patologias enquadradas dentro das causas de mortalidade são as doenças do aparelho respiratório e digestivo, os problemas mentais, as doenças infecciosas e parasitárias (dentre estas a AIDS), traumatismos e envenenamentos, (representadas em maior proporção por suicídios e quedas acidentais).

Com relação aos fatores e às práticas de risco, as análises disponíveis atribuem as numerosas formas de doenças do aparelho circulatório e de câncer (principalmente brônquico e digestivo), ao flagelo social. O alcoolismo e o tabagismo são referidos como os maiores fatores de risco.

✓ *Indicadores do processo de industrialização versus grau de urbanização*: a região *Ile-de-France* é a primeira das regiões francesas. Mais de 20% da população ativa trabalham na região em que se concentra uma grande parte da atividade econômica (50% do parque industrial e comercial). Com a revolução industrial no século XIX, o processo de urbanização foi significativo. Paralelamente, observou-se o crescimento dos meios de transporte (estradas de ferro, vias aéreas e rodovias) em decorrência do forte aumento demográfico da população.

A taxa de urbanização, que é definida pela relação do número de habitantes vivendo nas cidades por cada 100 habitantes, é de 72,4% para a *Ile-de-France*.

✓ *Condições sanitárias (saneamento básico)*: as condições de saneamento básico que são oferecidas para a população francesa, de um modo geral, apresentam-se em plena evolução. A imensa infra-estrutura subterrânea da rede de esgotos da região da Grande Paris é, atualmente, uma das mais bem desenvolvidas da Europa. Com a promulgação, em 1991, de uma diretiva da união européia que impõe a cada país membro lançar um programa de saneamento às comunidades de mais de 5.000 habitantes, a França investiu maciçamente na construção de estações de tratamento de esgotos. Pouco resta a fazer, principalmente nas grandes aglomerações como a região parisiense. Com relação à água potável, a qualidade bacteriológica é uma fonte de preocupações. A qualidade da água distribuída em Paris é considerada satisfatória e, ao mesmo tempo, um fator de orgulho e segurança para os parisienses. No entanto, esta análise não é a mesma para o interior do país. Desde janeiro de 1998, nas comunidades com mais de 30.000 habitantes, uma nota sobre a qualidade da água deve ser enviada juntamente com a fatura do pagamento. Esta obrigatoriedade se estendeu para toda a França a partir de 1º de julho de 2000. As informações devem fazer referência aos limites regulamentares da qualidade da água e dar indicações (no mínimo) sobre a dureza da água (calcário), teor de nitratos, flúor e pesticidas. Esses dados são acompanhados de um comentário, com recomendações às populações de risco, se os limites são ultrapassados.

A.2 Contexto industrial

• Dimensão tecnológica⁶

✓ *Fornecedores de matéria-prima (diversidade de produtos, condições de transporte, controle de qualidade) para as unidades de alimentação e nutrição hospitalares*: a região da *Ile-de-France* conta com um dos maiores mercados de alimentos do mundo localizado ao sul de Paris, em *Rungis*. O mercado ocupa uma área de 232 hectares, onde estão situadas 1.600 empresas, vinte bancos, trinta restaurantes e abastece 18 milhões de consumidores europeus, dos quais 12 milhões são franceses. A cada dia, das 23h às 6h, 28.000 veículos em média chegam a *Rungis* e 20.500 compradores vêm em busca de produtos alimentícios regularmente. O mercado fornece à capital e às localidades próximas, cerca de 60% de produtos do mar e peixes de água doce, 50% de frutas e legumes e 45% de carnes. O pavilhão de peixes escoa

⁶ Choain et al. (1999); Dominé (1999).

23% do total dos peixes de mar e de água doce, conchas e crustáceos consumidos na França. Dentre as carnes, inclui-se uma variedade de cortes de animais como a carne de boi, vitela, cordeiro, suíno, miúdos, aves, carne de caça e carne de cavalo e, também, os produtos lácteos, os queijos, a manteiga e os ovos. De frutas e legumes, a quantidade fornecida pelo mercado representa 26% do consumo nacional, 28,5% das frutas são de origem francesa e os legumes representam 67,6% da produção.

Em toda a França, até 1993, a produção e a distribuição de matérias-primas foram regulamentadas por um conjunto de regras que os profissionais deviam respeitar para a comercialização de alimentos isentos de riscos para o consumidor. Os textos regulamentares definem as condições mínimas de produção, de armazenamento e das condições dos equipamentos locais, além das regras de higiene de pessoal e material envolvidos e os controles obrigatórios. A partir de 1993, uma nova legislação de segurança alimentar europeia (93/43 de 14 de junho de 1993) tem servido como referência para o setor agroalimentar, baseada nos princípios do sistema *HACCP*.⁷ Tais exigências foram estendidas para o setor de alimentação coletiva comercial através do decreto de 9 de maio de 1995, e para a alimentação de caráter social pelo decreto de 29 de setembro de 1997.

✓ *Fornecimento de equipamento para serviços de informática, de avaliação clínico-nutricional e para a produção e distribuição das refeições:* ao lado da estrutura de abastecimento, assiste-se, atualmente, na França, a uma evolução crescente das técnicas na produção de refeições e de conceitos no setor de alimentação coletiva. As inovações são representadas principalmente pelo emprego de produtos pré-elaborados advindos das indústrias agroalimentares (IAA) e paralelamente da inovação tecnológica dos equipamentos.⁸ A característica principal dessa nova maneira de produzir é a eliminação, dentro do fluxo de produção, de várias das fases preliminares à cocção. Os produtos diferenciam-se, principalmente, pela técnica de transformação e o tipo de armazenamento a que são submetidos. A diversidade dos produtos é numerosa: em substituição aos produtos de *primeira geração*, representados pela matéria-prima bruta, as cozinhas recebem produtos de *segunda geração* (apertizados ou em conservas), os de *terceira geração* (os supergelados a 18°C), os de *quarta geração* (vegetais prontos para uso ou para consumo) e os de *quinta*

⁷ HACCP, do inglês *Hazard Analysis Critical Control Point* (Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle): um método sistemático de monitoramento de todas as operações durante o fluxograma de processamento dos alimentos e/ou refeições, e não apenas no produto acabado.

⁸ Para maior aprofundamento do tema, ver Proença (1997).

geração (as preparações prontas para consumo, incluindo-se o *sous-vide*⁹). Essas novas gerações de produtos vieram também acompanhadas da inovação em termos de equipamentos, principalmente para as operações de cocção, de resfriamento e de reaquecimento.

Em função da diversidade de produtos, as cozinhas requerem, ao mesmo tempo, equipamentos caracterizados pela polivalência e pela multifuncionalidade. As técnicas evolutivas e seus respectivos equipamentos são caracterizadas pela cocção por indução (placas de indução), cocção por infravermelho (placa infravermelha), cocção a vapor (fornos combinados e equipamentos a vapor com combinações diferenciadas para regular a pressão atmosférica), cocção por contato (grelhas cromadas), cocção por irradiação (salamandras que são equipamentos elétricos ou a gás com a função de gratinar, ou secar os alimentos ou, ainda, cozinhar alimentos delicados); resfriamento (células de resfriamento mecânico ou criogênico, resfriamento por imersão (célula de resfriamento rápido); reaquecimento (microondas e banho-maria).

Essas diferentes inovações foram acompanhadas ao mesmo tempo de fluxos de produção diferenciados, dentre elas a cadeia fria. Nas décadas de 1970 e 1980, a discussão sobre cadeia quente/cadeia fria¹⁰ já ocorria no setor de alimentação coletiva hospitalar. As vantagens de utilização da cadeia fria são destacadas neste setor, pelos aspectos organizacionais que podem ser mais bem ajustados para atender às necessidades dos clientes (produção cinco dias antes da distribuição). Embora a cadeia fria seja utilizada desde 1970, o controle de qualidade relacionado à manutenção das temperaturas dos equipamentos no transporte das refeições é um dos problemas relatados no diagnóstico realizado em 1997 (Guy-Grand, 1997). O fato de ser um alimento previamente manipulado impõe maiores cuidados higiênico-sanitários.

No entanto, as discussões sobre a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes dentro da AP-HP encontram-se em plena expansão. Os programas incluem, dentre outros, a reestruturação das cozinhas hospitalares que se encontra editada em *Guias de programação para reestruturação das cozinhas e para escolha dos equipamentos*. O Guia para escolha de

⁹ Técnica aplicada a produtos crus ou cozidos de boa qualidade microbiológica, acondicionados sob atmosfera controlada em envelopes plásticos transparentes em condições de higiene e temperatura rigorosas (Proença 1997, p.64).

¹⁰ Cadeia quente: conservação das preparações a + 65°C, com distribuição e consumo no mesmo dia. Cadeia fria: conservação das preparações a 3°C positivos durante 3 a 6 dias e reaquecidas a 65°C antes de serem consumidas (decreto de 26 de junho de 1974).

equipamentos está baseado nas normas francesas de equipamentos denominadas NF Higiene alimentar e nas normas veterinárias, que descrevem as operações e o funcionamento das instalações.

Um novo sistema de informatização nas unidades de alimentação e nutrição, referente ao fluxo das requisições das refeições dos pacientes nas unidades de internação até a produção de refeições na cozinha central, foi implantado recentemente nos hospitais ligados à AP-HP.¹¹ Os problemas que ocorrem nos equipamentos que fazem parte do sistema de informações são prontamente corrigidos e monitorados pela administração central da AP-HP. As equipes de dietistas do serviço de dietética e *restauration* e da unidade de diabetologia, bem como a equipe de auxiliares de enfermagem, foram treinadas antes da implantação do sistema e são continuamente assistidas pela chefe do serviço de alimentação e dietética, no caso de ocorrências imprevistas. As características do sistema serão melhores explicitadas na descrição da caracterização da unidade de alimentação e nutrição, item B.2.

Com relação aos materiais e equipamentos utilizados especificamente pelas dietistas do serviço de alimentação e dietética do *Hôtel Dieu*, verificou-se que não são empregados equipamentos (instrumentos) de medição para avaliação clínico-nutricional. Conforme será descrito nas características da situação de trabalho, para avaliação clínico-nutricional são utilizados o peso e a altura como indicadores de referência (coletado diariamente pela equipe de enfermagem), além dos exames clínicos requisitados pelo médico do paciente.

B. Análise da situação de referência - variáveis referentes ao ambiente interno: O Serviço de Dietética e *Restauration* do *Hôtel Dieu* •

B.1 Características da organização hospitalar¹²

• Características gerais

✓ *Indicadores de atendimento, unidades de internação e nº de leitos, média de internação:* o *Hôtel-Dieu* é o mais antigo hospital de Paris, fundado no ano de 651. Símbolo da caridade e da hospitalidade, os cuidados eram dispensados pelas irmãs augustinas até 1908. Atualmente, o Grupo hospitalar *Hôtel-Dieu* conta com 418 leitos de hospitalização tradicional com curto

¹¹ O programa implantado inclui uma interface da gestão da produção de refeições (o cardápio diário e as suas preparações) e a gestão do movimento dos pacientes. Graças aos aparelhos portáteis em cada unidade de internação é possível incluir o paciente no sistema em sua admissão, verificar as preparações do dia, registrá-las após a escolha por parte do paciente e requisitá-las diariamente.

¹² Baseado em Groupe Hospitalier *Hôtel Dieu* (1998).

período de internação (duração média de 5,01 dias em 1998), 32 leitos de hospitais-dia (diagnóstico, quimioterapia, cirurgia oftalmológica), além dos 120 leitos para pacientes idosos (longo período de internação) e 160 poltronas para serviços de odontologia situados em estruturas fora do *Hôtel-Dieu*.

O *Hôtel-Dieu*, em conjunto com outros hospitais ligados à AP-HP, presta atendimento à população da região da *Ile-de-France* e à da província e a inúmeros pacientes estrangeiros. Os serviços de hospitalização e de consultas são distribuídos de acordo com as especialidades médicas: urgências médico-cirúrgicas, pneumologia, endócrino-diabetologia, hematologia, medicina interna-nutrição, oftalmologia, cirurgia geral, ginecologia, psiquiatria, centro diagnóstico, cuidados paliativos, medicina interna, oncologia e hepato-gastro-enterologia.

O hospital destaca-se como pólo de referência nas especialidades de oftalmologia, de diabetologia e de cancerologia dentro dos serviços de hematologia-oncologia, pneumologia e ginecologia. Em cada serviço de hospitalização, encontram-se distribuídas as unidades de internação e seus respectivos leitos. No anexo 3 estão representados os serviços e as respectivas unidades de internação que contam com o acompanhamento das dietistas do hospital.

✓ *Fluxo de atendimento ao paciente (da internação à alta) e principais categorias profissionais envolvidas*: para atendimento completo do paciente, da sua internação à alta, o hospital conta com uma estrutura de funcionamento ligada à direção do hospital e/ou aos serviços médicos, além das diferentes instâncias representadas por comissões e comitês. *O fluxo de atendimento aos pacientes internados* nas diferentes unidades está diretamente relacionado às ações da equipe de saúde. Diferentes equipes compõem os serviços, dentre as quais a equipe médica e a equipe de atendimento, o pessoal administrativo e técnico. Na figura 3.9 encontram-se discriminadas *as categorias de profissionais* de cada equipe e as principais responsabilidades.

Fig. 3.9: Principais categorias profissionais envolvidas no fluxo de atendimento ao paciente no *Hôtel Dieu* de Paris

EQUIPE MÉDICA	
Chefe do serviço	Responsável pela organização geral do serviço e dos tratamentos médicos dispensados. É auxiliado por vários médicos: professores de universidades, chefes de conferência de universidades e médicos do quadro do hospital (praticiens).
Chefe da clínica	Exerce sua especialidade supervisionando internos e estudantes, responsabilizando-se pelo funcionamento cotidiano do serviço.
Interno	Médico formado e especializado. Responsável pelo acompanhamento diário do paciente durante a visita e cada vez que o estado de saúde do mesmo o exige.
Estudante de medicina (externo)	É um futuro médico em formação dentro do serviço. Examina o paciente todas as manhãs e pode participar de atos médicos sob a responsabilidade dos médicos.
Anestesiata	Acompanha o paciente antes, durante e após uma intervenção. Informa-se com o paciente sobre os antecedentes médicos e cirúrgicos.
Contratados	Médicos que trabalham em tempo parcial no hospital e que asseguram as consultas ou praticam certos exames.
EQUIPE DE ATENDIMENTO	
Diretor(a) de enfermagem e Chefes de enfermagem	Colaborador(a) do chefe de serviço, é responsável pelo funcionamento e organização dos serviços. É auxiliado por chefes de enfermagem das unidades.
Enfermeiros(as)	Dispensam não somente os cuidados e os tratamentos prescritos pelo médico, mas exercem uma supervisão constante ao paciente, fornecendo conselhos relativos à saúde do paciente.
Assistentes de atendimento	Acompanham as enfermeiras e responsabilizam-se pelos cuidados essenciais: refeições, higiene, conforto, além dos cuidados do ambiente dos quartos.
Agentes hospitalares	Contribuem para proporcionar conforto aos pacientes e os acompanham às consultas ou exames fora do serviço.
Secretária hospitalar	Auxilia os pacientes nas formalidades de entrada e saída e assegura a comunicação com os familiares.
Equipe hoteleira	Conserva o ambiente e participa da distribuição das refeições.
Psicólogos	Colabora com a equipe de cuidados exercendo sua função clínica e favorece a articulação das diferentes intervenções.
Dietistas e fisioterapeutas	Profissionais de reeducação que intervêm no tratamento do paciente sob prescrição médica.
Manipuladores em eletro-radiologia e técnicos de laboratório	Participam diretamente na elaboração do diagnóstico realizando os exames prescritos pela equipe médica.
Secretária médica	É a interlocutora que assegura a ligação entre a equipe médica do serviço e o médico do paciente.
Assistente social	Auxilia o paciente a resolver as dificuldades administrativas, profissionais ou familiares.
PESSOAL ADMINISTRATIVO	
Responsabiliza-se pelas formalidades de admissão e taxas de hospitalização.	
PESSOAL TÉCNICO	
Colabora ativamente nos cuidados e no conforto do paciente, assegurando o funcionamento e a manutenção dos locais, dos aparelhos médicos ou informáticos, e de numerosos serviços dentro do hospital.	

Fonte: AP-HP, 1999.

✓ *Características organizacionais:* as relações hierárquicas do *Hôtel Dieu* são representadas pelo organograma geral da direção. A estrutura organizacional é representada de forma tradicional, característica do modelo burocrático de organização, como descrita na seção 2.2.3. No entanto, o serviço central responsável pela gestão da alimentação hospitalar é ligado diretamente à diretoria da informação médica, da organização e da qualidade, nomeada em

1998. Esta característica implica uma concepção de alimentação ligada diretamente aos cuidados de saúde ou à atividade-fim da organização hospitalar. Os serviços relacionados ao atendimento direto ao paciente não são representados graficamente, mas são identificados em um livreto de recepção por ocasião da admissão dos pacientes, do qual constam o tipo de serviço, a denominação, o médico responsável e a localização das principais atividades em uma planta baixa. Em função da dinâmica da organização hospitalar, centrada nas necessidades do paciente, as relações funcionais superam as relações hierárquicas existentes. Os serviços e as suas inter-relações são sustentados por instâncias colegiadas. Atualmente, o *Hôtel Dieu* apresenta dez instâncias: comissão de supervisão, comitê consultivo médico, comitê técnico local do estabelecimento, comitê local de higiene, de segurança e de condições de trabalho, comissão local dos serviços de cuidados de enfermagem, comitê de luta contra as infecções nosocomiais, comissão de atividade liberal, comitê de medicamentos, comitê de ligação alimentação e nutrição e comitê de segurança e terapêutica de transfusões. As discussões, em cada uma das instâncias, estão centradas em torno de temas ou projetos anuais relacionados, principalmente, com a qualidade dos serviços prestados.

O número de profissionais por categoria que exerce as suas atividades nos diversos serviços do *Hôtel Dieu* é representado por cerca de 30 médicos – chefes de serviço e de clínica que dividem as suas atividades diárias entre as atividades administrativas, de consulta externa e de ensino e pesquisa em conjunto com estudantes de medicina; 52 internos e residentes; cerca de 1.200 profissionais da equipe de cuidados; cerca de 250 profissionais administrativos; 14 profissionais socioeducativos e 1.550 técnicos.

• Sistema de avaliação da qualidade da assistência hospitalar

✓ *Critérios de avaliação para os serviços executados, para os resultados, para os profissionais:* a avaliação da qualidade da assistência hospitalar dentro do *Hôtel Dieu* não é desenvolvida isoladamente da política de qualidade geral da AP-HP. A AP-HP tem norteado toda a discussão sobre o tema para fins de acreditação,¹³ uma obrigatoriedade que foi estabelecida pelo decreto de 24 de abril de 1996. Assim, desde janeiro de 1998, o *Hôtel Dieu* reforçou suas estruturas de avaliação, implantando as bases de uma política de qualidade. Foi criado um comitê de orientação de avaliação-qualidade-acreditação, composto de

¹³ Os procedimentos de acreditação são conduzidos pela Agência Nacional de Acreditação e de Avaliação em Saúde (ANAES). A ANAES é um estabelecimento público administrativo do Estado francês, criado em 1996, cujas missões compreendem: elaborar o balanço dos conhecimentos sobre as técnicas diagnósticas e terapêuticas e contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados aos pacientes, conduzindo os procedimentos de acreditação dos estabelecimentos de saúde.

representantes de algumas instâncias do hospital, dentre as quais o comitê consultivo médico e a comissão local dos serviços de cuidados de enfermagem, além de representantes do pessoal, quatro auditores hospitalares internos, o presidente da comissão de avaliação e a equipe da direção. Este comitê tem como principais missões definir a política de qualidade do estabelecimento, recensear, hierarquizar e selecionar os projetos em andamento, informar e comunicar sobre os projetos retidos e assegurar a continuidade dos projetos de qualidade escolhidos. Paralelamente à criação deste comitê, foi nomeado um diretor de organização e qualidade (DOQ) para reforçar esta estrutura.

Com relação aos critérios de avaliação, o procedimento de acreditação de um estabelecimento de saúde desenvolve-se em várias etapas. Inicialmente realiza-se uma avaliação pelos profissionais do estabelecimento (chamada de “auto-avaliação”) com o auxílio de um manual de acreditação desenvolvido pela ANAES.¹⁴ Este manual comporta 300 questões reagrupadas em dez capítulos denominados de referenciais, que permitem a apreciação da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde ao paciente.

Dentro dessa perspectiva, a AP-HP solicitou, a cada um dos estabelecimentos, a condução de uma auto-avaliação sobre o tema transversal da informação dada ao paciente (referencial 1). O *Hôtel Dieu* lançou esta experimentação realizando as seguintes etapas: uma fase de auto-avaliação relacionada ao referencial, o encaminhamento de ações corretivas, uma fase de auditoria ou de validação da auto-avaliação realizada pelos auditores internos da AP-HP e um balanço dos resultados. Para o acompanhamento desta experimentação foi criado um comitê pluridisciplinar de auto-avaliação representando 70% dos serviços do hospital. Os membros deste comitê são referências sobre qualidade no hospital, tendo como missões, analisar o referencial e seu guia metodológico, apresentar o sistema aos serviços e fornecer auxílio metodológico.

Outras ações do hospital dentro da política de qualidade consistiram na realização de uma *enquête* com os pacientes sobre o tema “Informação”, tendo sido enviados 220 questionários aos pacientes que foram hospitalizados no *Hôtel Dieu*; realização de sessões de formação sobre o programa de qualidade; difusão do manual de acreditação a todos os membros do comitê de orientação e ao conjunto dos chefes de serviço e níveis superiores (a organização interna do manual, os locais de experimentação e as diferentes ações para a melhoria foram apresentados e explicados); realização de ações de comunicação para

¹⁴ O manual de acreditação está disponível no *site* da ANAES – www.anaes.fr

informar ao pessoal sobre a política de qualidade (reunião de informação aberta ao conjunto do pessoal, edição de informativos inteiramente consagrado à acreditação e à auto-avaliação sobre o tema “Informação do paciente).

Assim, a política de qualidade do *Hôtel Dieu* faz parte da agenda das reuniões das diretorias, das diferentes instâncias e dos serviços e encontra-se em plena implantação.

A prestação dos resultados da acreditação é disponibilizada junto à direção de cada estabelecimento e no *site* da ANAES. Dentro do conjunto dos hospitais da AP-HP, somente um estabelecimento, o Centro Hospitalar do *Pays d’Aix*, localizado em *Aix-en-Provence*, foi avaliado pela ANAES durante o ano 2000. A auditoria com vistas à acreditação do *Hôtel Dieu* está prevista para final de 2001.

B.2 Características da Unidade de Alimentação e Nutrição

•Características organizacionais

✓Relações funcionais e hierárquicas. Número, distribuição e atividades dos dietistas pelas diferentes subunidades:

O *Hôtel Dieu* conta com três estruturas de funcionamento ligadas com atividades de alimentação e nutrição. As dietistas exercem as suas funções no serviço de medicina e nutrição, no serviço de diabetologia e no serviço de dietética e *restauration*, este último considerado o serviço central de dietética do *Hôtel Dieu*. Os três serviços apresentam características de funcionamento próprias, mas mantêm *relações hierárquicas e ou funcionais* dentro do hospital. Em função do reconhecimento prévio das características de cada uma das unidades e do trabalho desenvolvido pelos dietistas, e considerando-se os objetivos e hipóteses deste projeto de pesquisa, optou-se pela realização de uma análise ergonômica do trabalho das dietistas no serviço de alimentação e dietética, ao qual correspondem os indicadores relacionados às características físico-funcionais e aos fluxos.

O serviço de dietética e *restauration* (SDR) é o serviço de alimentação central do *Hôtel Dieu*. O serviço está ligado hierarquicamente à diretoria que coordena as atividades, as informações médicas, a organização e a qualidade. Responsabiliza-se pela supervisão e pelo gerenciamento dos serviços prestados na cozinha central pela concessionária *Societé de Restauration Avenance* e pelo acompanhamento clínico-nutricional da maioria dos serviços de hospitalização do hospital, com cerca de 300 pacientes. Considerando-se horários parciais e

integrals, estão disponíveis 3,9 postos de dietistas, para uma jornada de 8h diárias; desse total, uma dietista exerce atividades técnicas e gerenciais relacionadas ao atendimento clínico-nutricional e outra está na gerência geral do serviço, responsável pela gestão da produção de refeições.

Além da equipe de dietistas, o serviço conta, ainda, com um agente de cozinha dietética, responsável pelo atendimento de requisições e controle de estoque dos produtos destinados à suplementação dietética oral e três agentes de gestão, responsáveis pelo controle administrativo das refeições servidas pela concessionária.

•Características físico-funcionais

✓*Número de refeições*: o serviço de dietética e *restauration* conta com uma dietista responsável pelo gerenciamento dos serviços concedidos pela *Societé de Restauration Avenance Santé*. Os serviços prestados pela concessionária compreendem o gerenciamento das compras, do armazenamento e da qualidade das matérias-primas, a produção e a distribuição das refeições, além do gerenciamento do seu pessoal. As refeições dos pacientes são produzidas na cozinha central do *Hôtel Dieu* e servidas pelo sistema de cadeia fria, representando em média 300 refeições a cada horário de distribuição. Para os funcionários do hospital, as refeições são servidas pelo sistema tradicional de produção, correspondendo a uma produção média de 350 refeições diárias por horário de distribuição. As estatísticas disponíveis relativas à evolução do *número de refeições* para os anos de 1997, 1998 e 1999 podem ser observadas na figura 3.10. Destaca-se a tendência à diminuição do número de pacientes hospitalizados (ocupação de leitos) e o aumento de refeições do almoço para pacientes em consulta no hospital-dia.

Fig. 3.10: Número de refeições servidas no *Hôtel Dieu*, gerenciadas pelo serviço de dietética e *restauration* durante os anos de 1997, 1998 e 1999

Comensais	Refeições	1997	1998	1999
Pacientes hospitalizados	desjejum	101.552	95.526	95.874
	almoço	99.748	95.526	92.657
	jantar	94.855	91.191	88.080
Pacientes em consulta	desjejum	2.763	2.138	1.586
	almoço	2.939	3.793	4.733
Funcionários	almoço	133.439	129.730	121.511
	colações	90.042	90.750	91.753

Fonte: Hôtel Dieu - Serviço de Dietética e *Restauration*, Paris, 2000.

✓ *Leiaute das subunidades (tipos de equipamentos, instalações) e áreas operacionais:* a distribuição das áreas operacionais, os tipos de equipamentos e instalações podem ser observados no esquema de leiaute no Anexo 4. A cozinha central do *Hôtel Dieu* é considerada uma unidade com espaço físico reduzido. Este setor foi adaptado para acompanhar a evolução dos produtos advindos das indústrias agroalimentares (IAA), considerado um avanço tecnológico significativo para os hospitais, e os decretos de regulamentação de segurança alimentar, referentes aos princípios do sistema HACCP.

As principais características da cozinha central são a climatização de todas as áreas de produção e o armazenamento de matérias-primas de terceira, quarta e quinta geração. O sistema de cadeia fria para os pacientes possibilita a preparação de pratos até cinco dias antes da distribuição, cujo fluxo caracteriza-se pela cocção ou preparo (pratos quentes ou frios), resfriamento rápido, refrigeração das preparações, porcionamento e transporte às unidades de internação em carros isotérmicos. Os equipamentos que podem ser destacados são os fornos combinados e as células de resfriamento rápido.

Cada unidade de internação dispõe de copas de apoio. Estes setores contam com geladeiras e microondas para aquecimento das preparações que devem ser servidas quentes. Algumas unidades apresentam aquecedores elétricos para reaquecimento conjunto de todas as refeições.

✓ *Os tipos e as características das refeições* são fixados em um caderno de encargos para fins de contrato de prestação de serviços junto ao *Hôtel Dieu*; esses registros servem de elo entre a concessionária (para a realização das suas atividades de gerenciamento de matérias-primas) e as atividades de supervisão da chefe do serviço de alimentação e dietética (como forma de garantir a qualidade dos serviços prestados). Para um paciente adulto, o regime normal (com ou sem sal) apresenta de cinco a seis elementos com diferentes alimentos como opção. As diferentes categorias de regimes especiais são definidas a partir da dieta normal. Na figura 3.11 encontra-se descrita a composição das diferentes refeições de uma jornada de hospitalização.

Fig.3.11: Decomposição das diferentes refeições de uma jornada de hospitalização no *Hôtel Dieu* de Paris

Características		Componentes
Desjejum		
1	Bebidas açucaradas ou edulcoradas	Café, café descafeinado, chá, chocolate.
2	Produtos lácteos açucarados ou edulcorados	Leite desnatado, queijos, laticínios, flans, leite integral.
3	Cereais	Pão, pão de forma, torradas, pão integral, biscoitos secos, cereais; <i>croissants</i> , brioche (domingos e feriados).
4	Elementos lipídicos	Manteiga, manteiga "leve", margarina.
5	Elementos açucarados	Geléias, mel, aspartame, açúcar.
6	Frutas	Fruta, suco de frutas, compota, compota sem açúcar.
Almoço		
1	Entrada	Vegetais crus, legumes cozidos, frios e embutidos, ovos, peixes, feculentos
2	Carnes	Carnes, peixes, ovos
3	Legumes	Legumes verdes e feculentos
4	Produtos lácteos	Queijos, laticínios
5	Sobremesa	Frutas frescas, cozidas, em calda; sobremesas lácteas, sobremesas de confeitaria, doce de leite
6	Cereais	Pão, pão de forma, torradas, pão integral
Jantar		
1	Entrada	Vegetais crus, legumes cozidos, frios e embutidos, sopa
2	Carnes	Carnes, peixes, ovos
3	Legumes	Legumes verdes e feculentos
4	Produtos lácteos	Queijos, laticínios
5	Sobremesa	Frutas frescas, cozidas, em calda; sobremesas lácteas, sobremesas de confeitaria, doce de leite
6	Cereais	Pão, pão de forma, torradas, pão integral

Fonte: Serviço de Dietética e *Restauration* do *Hôtel Dieu*, Paris, 2000.

No caderno de encargos estão especificadas as exigências relacionadas ao peso, em gramas, de cada componente da dieta, à distribuição e à frequência semanal dos diferentes tipos de carnes (gado, cordeiro, vitela, aves, porco, peixe, ovos, pratos compostos, equivalentes protídicos e vísceras), dos componentes da entrada, de legumes, dos produtos lácteos e das sobremesas. Além disso, são especificadas todas as características das matérias-primas a serem adquiridas (tipo de embalagem, critérios físico-químicos e microbiológicos), com base nos decretos e textos regulamentares de instituições francesas ligadas a alimentos. As matérias-primas compradas são de *primeira geração*, representadas pela matéria-prima bruta, produtos de *segunda geração* (conservas), de *terceira geração* (os supergelados a 18°C), de *quarta geração* (vegetais prontos para uso ou para consumo) e de *quinta geração* (as preparações prontas para consumo, incluindo-se o *sous-vide*). Na *composição dos cardápios*, uma dieta normal corresponde a 1.900-2.300 calorias totais, com 80g a 90g de proteínas (16%), 70g a 80g de lipídios (32%) e 225g a 300g de glicídios (52%). O limite permitido de sódio na dieta normal sem sal é de 500mg. O *horário de distribuição das*

refeições aos pacientes é de 7:30h a 8:30h para o desjejum, 10:00h para a colação, de 12:00h a 13:00h para o almoço, 16:00h para o lanche da tarde, de 19:00h a 19:30h para o jantar e 22:00h para a ceia.

✓ *Características da clientela:* o serviço de dietética e *restauration* atende a uma clientela diversificada. Nas estatísticas disponíveis sobre as características dos pacientes acompanhados pelo conjunto dos serviços de hospitalização em 1998, encontram-se informações tais como: 42,7% são parisienses; 25,1% e 18,2% são dos departamentos em torno de Paris, pertencentes à *Ile-de-France* (*Petite Couroume* e *Grande Couroume* respectivamente); 8,9% são pacientes da Província; 1,7% são estrangeiros; 2,7% são pacientes sem domicílio fixo e 0,7% são pacientes provindos de territórios sobre domínio francês. Com relação ao sexo, encontra-se uma distribuição de 48% e 52% de pacientes do sexo masculino e feminino respectivamente. A média de idade é de 54,37 anos.

✓ *Fluxos:* os diferentes fluxos que caracterizam o SDR são demonstrados na figura 3.12.

Fig. 3.12: Fluxos e estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e da gestão da produção das refeições do serviço de dietética e *restauration* do *Hôtel Dieu* de Paris, 2000

ATENDIMENTO CLÍNICO-NUTRICIONAL	ESTRATÉGIAS DE INTERAÇÃO	GESTÃO DA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES (SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E DIETÉTICA)	ESTRATÉGIAS DE INTERAÇÃO	GESTÃO DA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES (CONCESSIONÁRIA)
CONHECIMENTO DO PACIENTE ↓	COMISSÃO DE MENUS ↓	ELABORAÇÃO DE CARDÁPIOS ↓	CADERNO DE ENCARGOS	COMPRAS E ARMAZENAMENTO ↓
ESTABELECIMENTO DA DIETA ALIMENTAR ⇒ ↓	INFORMAÇÕES DO PACIENTE REPASSADAS PARA SISTEMA ⇒ INFORMATIZADO	NÚMERO DE REFEIÇÕES E TÍQUETES INDIVIDUAIS/ REQUISIÇÕES DE SUPLEMENTAÇÃO ORAL ↓	RECEPÇÃO DE INFORMAÇÕES NO ESCRITÓRIO DOS AGENTES DE GESTÃO DA COZINHA CENTRAL	PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES (FICHAS TÉCNICAS) ↓
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO-NUTRICIONAL ↓	COMISSÕES DE DIETISTAS ⇔	ROTINAS DE QUALIDADE NUTRICIONAL, HIGIÊNICA E GUSTATIVA	CADERNO DE ENCARGOS E COMISSÕES	RESFRIAMENTO RÁPIDO E ARMAZENAMENTO ↓
ORIENTAÇÃO NA ALTA				PORCIONAMENTO ↓ REAQUECIMENTO E DISTRIBUIÇÃO

As relações entre o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições são sustentadas por uma série de estratégias de comunicação e interação entre profissionais das unidades de internação e profissionais ligados à produção de refeições, como forma de

garantir a prestação dos serviços ao paciente. As inter-relações entre os profissionais compreendem os seguintes aspectos:

- O paciente ao ser admitido no hospital através de uma emergência ou por ocasião de uma consulta é encaminhado para as unidades de internação. A dietista da unidade, em casos de solicitação médica para acompanhamento nutricional ao paciente (em função do seu risco nutricional), estabelece uma dieta alimentar, avaliando o seu estado nutricional e as suas necessidades com base nas informações do dossiê do paciente e na *enquête* alimentar.
- Com a dieta estabelecida, a dietista recorre ao sistema informatizado, através de um terminal portátil para verificar as preparações do dia, registrar os dados do paciente e o tipo de dieta, e requisitar diariamente as preparações escolhidas. A partir das visitas diárias, das discussões com a equipe médica e do controle da ingestão diária dos pacientes, a dietista modifica o plano alimentar diariamente. Após a orientação dietética por ocasião da alta do paciente, os dados são retirados do sistema informatizado e todos os formulários utilizados são arquivados na sala das dietistas e no dossiê dos pacientes. O horário de solicitação de refeições para o paciente é até às 10:30h para o almoço e lanche da tarde e às 15:30h para o jantar, desjejum e colação do dia seguinte. As auxiliares de atendimento requisitam as refeições dos pacientes que não são acompanhados diretamente pelas dietistas. Os terminais portáteis são localizados nos postos de enfermagem das unidades de internação.
- Os agentes de gestão do SDR no escritório de gestão da cozinha central recebem todas as informações registradas e imprimem os tiquetes individuais de cada refeição do paciente e os respectivos formulários discriminando o tipo de refeição, a unidade de internação, a data, os nomes dos pacientes, o tipo de dieta e as preparações escolhidas para as auxiliares de atendimento utilizarem durante a distribuição nas unidades.
- O fluxo da gestão da produção de refeições, por parte do serviço de dietética e *restauration*, é variável. No entanto, em função das inter-relações entre os setores para prestação dos serviços de alimentação ao paciente, destacam-se as principais atividades permanentes: a chefe do serviço de alimentação e dietética elabora o cardápio mensal com o auxílio do sistema informatizado. As dietistas de todos os serviços participam da comissão de menus, em sistema de rodízios mensais, para discutir e apreciar as preparações propostas. Os cardápios mensais e suas modificações são encaminhados para a concessionária com quatro semanas de antecipação. As dietistas das unidades de internação, em sistema de rodízios semanais, incluem as modificações das preparações no sistema informatizado. A partir da elaboração do

cardápio e de suas alterações, a chefe do serviço responsabiliza-se pelas rotinas e pelo gerenciamento da garantia da qualidade nutricional, higiênica e gustativa em todo o fluxo das refeições.

- O fluxo da gestão da produção de refeições, por parte da concessionária, envolve a compra das matérias-primas com base no planejamento dos cardápios. A produção das preparações quentes das refeições principais (almoço e jantar) é prevista até cinco dias antes da distribuição aos pacientes. Após a cocção, as preparações quentes são resfriadas em células de resfriamento rápido e refrigeradas em temperatura máxima de 5°C devidamente identificadas. O porcionamento das preparações é centralizado, apoiando-se as bandejas individuais em uma esteira rolante. Conta-se com seis operadores para esta atividade. Posteriormente, as bandejas porcionadas são transportadas em carros térmicos para as unidades de internação e a refeição é reaquecida em microondas ou aquecedores elétricos nas copas das unidades.

•O sistema e as estratégias para a garantia da qualidade das refeições e dos serviços prestados ao paciente

✓Critérios de qualidade (nutricional, psicossensorial, higiênico-sanitária e convivial)

O sistema e as estratégias para a garantia da qualidade das refeições e dos serviços prestados ao paciente não se traduz em um conjunto de iniciativas isoladas por parte do *Hôtel Dieu*, nem do serviço de dietética e *restauration*. Dentro do projeto de qualidade dos cuidados dispensados aos pacientes dos hospitais ligados à AP-HP, a alimentação é assumida como um aspecto muito importante e ocupa um espaço central dentro dos serviços prestados aos pacientes.

Considera-se que a alimentação deva cumprir uma dupla missão: a primeira é a de participar do ato de cuidar, oferecendo ao conjunto dos pacientes um atendimento de acordo com suas necessidades nutricionais; a segunda é a de participar do conforto do paciente, oferecendo um serviço de qualidade em função das suas expectativas. As duas missões são consideradas interdependentes, e a qualidade do serviço prestado, traduzida na refeição oferecida, contribui para a auto-estima do paciente e para a melhoria da aceitação da refeição em termos psicológicos e simbólicos.

As principais estruturas presentes nos hospitais com objetivo de desenvolver estratégias para melhoria da qualidade da alimentação são: o projeto *restauration –service*,

os Comitês de Ligação Alimentação e Nutrição (CLANs) e a implantação do referencial de alimentação e nutrição com a avaliação dos serviços prestados ao paciente (Tronchon, 1997).

O projeto *Restauration-service*, lançado em 1993, fez parte do plano estratégico da AP-HP, de 1990-1995. Um dos objetivos com este projeto é tornar a instituição mais acolhedora e mais eficaz. Para isso, o projeto incluiu a iniciativa de desenvolver, em todos os hospitais da rede, uma perspectiva contínua de melhoria da qualidade da alimentação sob os aspectos nutricional, higiênico e os relacionados ao contexto da alimentação do paciente. A noção de contexto da alimentação diz respeito ao fornecimento da refeição com um serviço que contribua para o conforto do paciente, concretizando o conceito de hotelaria hospitalar. Para a construção e a implantação do projeto, a AP-HP coloca à disposição dos hospitais uma das suas estruturas de apoio, a Direção do Equipamento e do Sistema de Informação (DESI). O tema genérico que orienta as ações entre os diversos profissionais envolvidos com a alimentação e nutrição nos hospitais é **a alimentação é um cuidado**.

Em conjunto com tais iniciativas, os comitês de alimentação e nutrição, os *CLANs*, são considerados uma das mais novas estratégias hospitalares da AP-HP para combater a desnutrição hospitalar. A partir dos resultados descritos no relatório ministerial sobre alimentação no meio hospitalar (Guy-Grand, 1997), constatou-se que o problema da desnutrição era resultante, principalmente, da ausência de comunicação entre os diferentes profissionais responsáveis pelo atendimento nutricional dos pacientes. Os *CLANs* apresentam uma composição pluridisciplinar, envolvendo profissionais do atendimento nas unidades de internação (médicos, enfermeiros, dietistas), da produção (cozinha, serviço de hotelaria, farmácia) e da direção do hospital. A dupla missão desses comitês é avaliar o estado nutricional dos pacientes e coordenar as diferentes ações dos profissionais ligados à alimentação-nutrição. Ao final de 2000, 28 hospitais já possuíam *CLANs*.

Desde 1998, um grupo de coordenação central (GCCLAN) responsabiliza-se pela organização de comissões e de jornadas de reflexão. As comissões implantadas e respectivos temas/ações são: segurança sanitária, gestão do sistema de informação, formação e comunicação, e avaliação. O *Hôtel Dieu* conta com um *CLAN* central que se reúne uma vez a cada quatro meses (20 profissionais), um *CLAN* executivo que se reúne uma vez a cada dois ou três meses (10 profissionais) e grupos de trabalho sobre nutrição Enteral e Avaliação (qualidade do atendimento em alimentação e nutrição). O serviço de dietética e *restauration* é representado no *CLAN* central, no *CLAN* executivo e nos grupos de trabalho.

Dentro dessa perspectiva, a avaliação da qualidade dos serviços de alimentação compreende uma organização em todos os níveis do fluxo da alimentação hospitalar. A noção de qualidade na alimentação coletiva hospitalar está relacionada a três parâmetros: a qualidade nutricional, a qualidade higiênica e a qualidade hedônica (prazer de comer), que exige a consideração dos aspectos psicossensoriais e simbólicos da alimentação. Assim, as *enquêtes* de satisfação junto aos pacientes exercem um papel significativo, possibilitando, sobretudo, a implementação das medidas corretivas.

No *Hôtel Dieu*, um conjunto de estratégias é desenvolvido levando-se em conta estes parâmetros; tais estratégias fazem parte do rol das atividades dos dietistas do serviço de dietética e *restauration*, assim como dos outros serviços ligados à alimentação e nutrição.

- Rotina da qualidade alimentar e nutricional: a partir desta atividade, as refeições são avaliadas tendo como instrumento os cadernos de encargos, que são documentos que servem de referência para supervisionar o serviço oferecido pela concessionária. A dietista responsável pelo gerenciamento da produção de refeições avalia os componentes do cardápio (conformidade ou não-conformidade), considerando, para cada preparação, os seguintes aspectos: apresentação, temperatura, respeito ao cardápio, peso da preparação, conformidade com a ficha técnica (componentes, tipo de cocção e acondicionamento) e observações pertinentes. Os instrumentos de monitoramento utilizados são o termômetro de inserção e balança digital, sendo os dados anotados em uma grade de avaliação de refeições dos pacientes. Esta avaliação é realizada uma vez por semana.
- Comissão de menus mensais: refere-se à discussão conjunta das dietistas dos serviços ligados à alimentação e nutrição com relação aos componentes dos cardápios e formas de preparação. As discussões possibilitam a troca de sugestões para substituições, principalmente de frutas e de vegetais, em função da sazonalidade desses produtos.
- Testes de degustação: as características organolépticas das refeições são avaliadas duas vezes por semana. As preparações são degustadas, avaliando-se o aspecto (peso 2), a textura (peso 2) e o sabor (peso 2). Avaliam-se as preparações das dietas normal, hipossódica e hipolipídica. Os dados são anotados em uma tabela denominada “Teste gustativo da prestação alimentar”. As dietistas do serviço de dietética e *restauration* realizam esta atividade semanalmente (às terças e às quintas-feiras) sob a forma de rodízio com a participação de um representante da concessionária (dietista ou gerente). O conjunto dos dados serve como indicador para avaliações anuais dos serviços prestados.

- *Enquêtes* de opinião (internas): trata-se de uma das atividades da dietista responsável pelo gerenciamento da produção das refeições em conjunto com a dietista da concessionária. Os pacientes são convidados a opinarem (sim ou não) sobre os seguintes aspectos: variedade dos cardápios, boa apresentação dos pratos, respeito à escolha feita pelo pacientes, temperatura, qualidade (uso de temperos, textura) e a quantidade, com espaço para sugestões e comentários. As *enquêtes* são realizadas dez vezes por mês, utilizando-se um formulário próprio e são utilizadas como forma de avaliar a prestação dos serviços e como uma das estratégias de garantia de qualidade das refeições servidas pela concessionária.

- *Enquêtes* anuais de opinião: os *indicadores de aceitação da refeição* não são avaliados isoladamente dentro das atividades do serviço de dietética e *restauration*. Como parte dos projetos ligados à qualidade, a AP-HP elabora, anualmente, desde 1994, as chamadas *enquêtes* de satisfação sobre a alimentação servida aos pacientes internados. Tais *enquêtes* medem o nível de satisfação de uma população de pacientes hospitalizados, de acordo com regras estatísticas, em todos os hospitais com período de internação curta. Os critérios avaliados são o horário das refeições, a temperatura dos pratos servidos, a possibilidade de escolher os componentes do cardápio e o seu atendimento e a qualidade dos diferentes componentes da refeição. O interesse é analisar a evolução da opinião dos pacientes, avaliando os efeitos das melhorias realizadas nos serviços ligados à alimentação e à distribuição das refeições e, ao mesmo tempo, servir de objeto para planos de ações particulares. Além disso, uma das atividades das dietistas do atendimento clínico-nutricional, com o auxílio das assistentes de enfermagem, é avaliar o consumo real dos pacientes através das *enquêtes* de ingestão. Tal atividade será mais bem descrita nas características da situação de trabalho dos dietistas.

- Rotina de análise microbiológica dos alimentos: a coleta das preparações é realizada diariamente por um operador treinado da concessionária. As análises microbiológicas são realizadas em caso de suspeita de toxinfecções alimentares e, uma vez por mês, como forma de controlar as boas práticas de prestação dos serviços baseadas no sistema HACCP. As análises são realizadas no laboratório de microbiologia do hospital. Os resultados são discutidos na comissão de dietética e *restauration*, providenciando-se as medidas higiênico-sanitárias preventivas.

- Comissão de dietética e *restauration* (avaliação dos serviços prestados pela concessionária): trata-se de um grupo de discussão que envolve as dietistas representantes de todos os

serviços ligados à alimentação e à nutrição do *Hôtel Dieu* e o gerente da concessionária. Os assuntos tratados dizem respeito à qualidade dos serviços prestados, às falhas ocorridas e às sugestões para mudanças. Busca a resolução e a gestão de problemas cotidianos dentro do serviço.

Além dessas estratégias, o SDR vivencia, atualmente, a discussão da implantação do referencial de alimentação e nutrição, como uma das propostas transversais do projeto de qualidade da AP-HP, integrando-se à perspectiva de acreditação. Este referencial, construído pelo Grupo pluridisciplinar de Coordenação dos Comitês de Ligação Alimentação Nutrição (GCCLAN), tem como finalidade servir de guia de boas práticas organizacionais permitindo a auto-avaliação, ao longo do fluxo da produção de refeições e do acompanhamento clínico-nutricional dos pacientes, dentro das unidades de internação. O referencial intitulado "*Évaluation de Qualité de l'Alimentation et de la Nutrition dans les Services de Soins*" está centrado sobre as necessidades dos pacientes. Sua utilidade é a de propiciar a elaboração de reflexões profissionais dentro da equipe de saúde. O referencial, fruto do trabalho de grupos de profissionais por um período de dois anos, define duas ações principais, onze referenciais e setenta e quatro critérios, conforme demonstrado no anexo 5, e contempla um guia de utilização para avaliação de cada referencial.

B.3 Características da situação de trabalho das dietistas

A análise ergonômica do trabalho, conforme explicitado anteriormente, foi realizada tendo como referência a atividade da dietista que gerencia o serviço de alimentação e dietética e a da dietista da unidade de medicina interna e gastroenterologia. Para os indicadores relacionados às características da situação existente e às características dos dietistas, a descrição correspondeu a toda a equipe do serviço.

• Característica da situação existente

✓ *Procedimentos técnicos e científicos no fluxo de trabalho*, tanto com relação ao atendimento clínico-nutricional quanto à gestão da produção de refeições, são previstos em fichas de posto para cada função exercida (dietista em tempo integral; dietista em tempo parcial – 80% e 50% –; e dietistas com cargos de gerência). Nas fichas de posto estão discriminados os seguintes aspectos: *a identificação do posto* (a função exercida e o grau exigido, as ligações hierárquicas e funcionais; a apresentação do serviço e da equipe e os

horários de trabalho); *as missões do posto* (a missão geral e as missões permanentes); *as particularidades do posto* e *as competências requeridas* para o preenchimento do posto.

✓ *Meios de trabalho e as condições físico-ambientais*: a dietista responsável pelo gerenciamento do serviço, em função das características técnicas e administrativas da sua tarefa e as constantes trocas de informações com diferentes profissionais, desenvolve suas atividades em diferentes postos de trabalho:

- sala própria, onde dispõe de um computador: local onde realiza grande parte das atividades administrativas e contatos telefônicos;
- sala da equipe de dietistas do serviço: troca de informações escritas e comunicações verbais com a equipe; realiza as reuniões em grupo; recebe visitantes para fornecimento de produtos; realiza reuniões informais; utiliza os computadores com acesso aos programas de planejamento de cardápios, dentre outros;
- no escritório de gestão da cozinha central da AP-HP: troca informações com agentes de gestão e com a dietista da concessionária;
- na cozinha dietética: troca de informações e comunicações com a auxiliar de dietética e realiza a rotina da qualidade nutricional e dos testes de degustação.

A sala da dietista responsável pela gerência do serviço é reconhecida pela mesma como distante da sua equipe de trabalho, o que exige muita organização do tempo. A sala ocupa um espaço de aproximadamente 10m², na ala A1 do terceiro andar do hospital. A sala conta com um computador, telefone e todo o material documentado para o seu trabalho – os manuais, os contratos, livros, relatórios, projetos em andamento e arquivados. Os contatos urgentes são muitas vezes feitos através de um BIP. A dietista não conta com secretária para auxiliar em suas atividades, o que aumenta ainda mais o deslocamento quando do envio de documentos para alguns serviços técnicos e administrativos do hospital; além disso, gasta parte de seu tempo com a digitação de ofícios, relatórios e outros documentos.

Da mesma forma, a dietista responsável pelo atendimento clínico-nutricional apresenta uma tarefa com características que necessitam de postos diferenciados. A tarefa exige, essencialmente, a coleta e a decodificação de informações em documentos escritos em todo o processo do cuidado nutricional e, ao mesmo tempo, a comunicação verbal com os enfermos e os diferentes profissionais no fluxo de seu trabalho. Os principais postos de trabalho são:

- sala da equipe de dietistas do serviço: realiza grande parte das atividades, utilizando os programas disponíveis nos computadores para cálculo de dietas, cálculo da ingestão diárias dos pacientes, movimentação diária dos pacientes *versus* tipos de preparações e

refeições solicitadas, correção de cardápios, dentre outros; troca de informações escritas e comunicações verbais com a equipe; reuniões em grupo; recebimento de visitantes para fornecimento de produtos dietéticos; reuniões informais;

- no escritório de gestão da cozinha central da AP-HP: troca informações com agentes de gestão, quando necessário;
- na cozinha dietética: troca de informações e comunicações com a auxiliar de dietética e realiza a rotina da qualidade nutricional e dos testes de degustação.
- as unidades de internação: realiza a maior parte dos cuidados nutricionais aos pacientes. Desloca-se em diferentes unidades de internação em alas diferenciadas no hospital, trocando informações de forma escrita ou verbalizada (prontuários do paciente e do setor de enfermagem, equipe de saúde e pacientes), nos postos de enfermagem, nas copas das unidades e nos quartos dos pacientes.

Além da disponibilidade de um sistema informatizado para auxiliar em inúmeras atividades, as dietistas contam com formulários padrões (anamnese alimentar, *enquête* dietética, nutrição enteral e ingestão alimentar) e com pessoal de apoio, principalmente as auxiliares de atendimento, que se responsabilizam pela distribuição das refeições, vigilância da ingestão das refeições e solicitação de refeições aos pacientes fora de risco nutricional. As dietistas deslocam-se para as unidades de internação com uma pasta-fichário com todas as condutas e informações sobre os pacientes das clínicas pelas quais são responsáveis, além de formulários extras e de guias de suplementação oral com a lista de produtos e suas recomendações.

O espaço físico de trabalho é reduzido. Na sala das dietistas estão dispostos seis mesas de trabalho e quatro computadores, armários para guarda de roupas, guarda-pós e calçados cedidos pela AP-HP, geladeira, armários para guarda de livros, revistas e arquivo das fichas de evolução dos pacientes que receberam alta. A sala ocupa um espaço de aproximadamente 20m².

✓ *Condições organizacionais (horário de trabalho, a repartição das tarefas e as condicionantes de tempo)*: os horários de trabalho para a dietista em tempo integral é de segunda a sexta feira, das 8:30h às 17h, perfazendo 39h semanais; para a dietista em tempo parcial (80%), o horário é de 9h15 às 16h; para a dietista em tempo parcial (50%), são exigidas 19h30 semanais, divididas em quatro dias de trabalho, com folgas nas quartas-feiras; para as dietistas gerentes dos serviços, o horário é de 8:30h às 17h e das 9:30h às 18h, perfazendo um total de 39h semanais. O tempo para almoço é de 30min. Todas as dietistas folgam nos finais de semana e em dias feriados. As alterações para os finais de semana, com

relação à evolução da dieta e tipo de preparações, são providenciadas até sexta-feira no sistema informatizado. O paciente escolhe as preparações e a dietista repassa as informações mais importantes para as auxiliares de atendimento e enfermeiras sobre o tipo de acompanhamento necessário, como os horários de sondas, por exemplo.

O número de dietistas e sua distribuição pelas diferentes unidades encontram-se demonstrados na figura abaixo.

Fig. 3.13: Distribuição do número de dietistas do serviço de dietética e *restauration* do *Hôtel Dieu* pelos principais serviços de hospitalização e respectivas unidades

Serviços de hospitalização	Número de leitos	Número de dietistas
Cirurgia	67	1(tempo integral)
Ginecologia Oncologia	22 23	1 (tempo parcial – 80%). mais atividades da creche
Hepato-gastro-enterologia Medicina interna	8 + 2 (hospital-dia) 50	1 (tempo parcial – 80%). mais consultas externas
Hematologia	30	1 (tempo parcial – 80%). mais consultas externas
Pneumologia	47	1 (tempo parcial 50%) 1(tempo parcial – 50%. mais função de gerência)
GERÊNCIA SUPERIOR DO SERVIÇO DE DIETÉTICA E RESTAURATION	1 (tempo integral)	

A participação nas diferentes comissões (comissão de cardápios, coleta de dados sobre a satisfação dos pacientes, participação da organização do fluxo alimentar, testes gustativos) é realizada sob a forma de rodízios entre todas as dietistas e formalizada em escalas. O projeto de informatização ocupa grande parte das horas de trabalho das dietistas. Além das atividades ligadas ao atendimento clínico-nutricional do paciente, as dietistas realizam a gestão das informações no sistema, alimentando-o com dados das preparações escolhidas pelos pacientes e realizando substituições das preparações após reuniões da comissão de cardápios. Além disso, orientam diariamente as auxiliares de atendimento na utilização correta dos aparelhos portáteis nas unidades de internação.

Para as dietistas do atendimento clínico-nutricional, a pressão temporal é percebida, principalmente, no horário da manhã, quando todas as ações ficam centralizadas para solicitação das refeições à cozinha central, incluindo-se a orientação às auxiliares de

atendimento, e para a realização do fluxo do atendimento clínico-nutricional. Para a dietista responsável pelo gerenciamento do serviço, a pressão temporal é percebida de forma generalizada. A percepção de não dar conta das tarefas diversificadas – embora característica de um setor com atividades logísticas – é colocada como um dos problemas. Atualmente, a gestão do projeto de informatização é uma das prioridades do seu trabalho.

✓ *Indicadores relacionados à quantidade, à qualidade e à variedade:* para os serviços executados pelas dietistas do atendimento clínico-nutricional e do gerenciamento, não está prevista uma quantidade de serviços a serem controlados. No entanto, as dietistas do atendimento clínico-nutricional atendem todos os enfermos em risco nutricional, representando, em média, um dietista para 30 enfermos/dia. Este profissional, em relação ao restante da equipe de saúde, apresenta-se em desvantagem na relação dietistas – número de leitos. Neste sentido, as dietistas gerenciam o seu tempo em função das exigências temporais e das necessidades de cada enfermo com relação aos cuidados nutricionais e, ao mesmo tempo, selecionam as suas ações a cada nova situação. Para a dietista responsável pelo gerenciamento do serviço, o volume de ações desenvolvidas é variável dia a dia; os serviços a serem executados são agendados semanalmente e muitas das atividades fazem parte de projetos centrais da AP-HP ou da direção do hospital.

A qualidade dos serviços prestados está diretamente relacionada ao grau de interação mantido com os profissionais de outros serviços. Todos, em suas diferentes funções, procuram contribuir com a qualidade dos serviços de assistência ao paciente. Os indicadores utilizados pela profissional para avaliar a qualidade do tratamento são obtidos, principalmente, por meio da evolução do seu peso e da sua aceitação, que são avaliados e registrados diariamente. Outros indicadores, que são objeto de planejamentos para ações futuras, são os resultados obtidos das *enquêtes* de satisfação, os testes de degustação e a rotina de avaliação da qualidade.

✓ *Indicadores relativos aos acidentes, problemas de saúde, absenteísmo e rotatividade:* os dados registrados no serviço são pouco significativos. Não há evidência direta de relação entre as ausências por problemas de saúde e as tarefas exercidas. Nos últimos três anos, referentes a 1998, 1999 e 2000, foram justificadas e registradas no serviço, um total de 18 ausências por motivo de doença pessoal ou por doença dos filhos e nove ausências por outros motivos justificados.

Com relação às *dificuldades* que interferem diretamente nas tarefas desenvolvidas pelas dietistas, observou-se que elas podem ser categorizadas em diferentes níveis:

- problemas relacionados ao reconhecimento da profissão de dietista junto à equipe de saúde e da alimentação como um dos principais cuidados de saúde dentro do hospital, apesar da filosofia da AP-HP de incluir a alimentação como um dos mais importantes componentes do tratamento da saúde dos enfermos;
- limitações impostas pelo orçamento destinado à alimentação: o critério para a seleção da concessionária responsável pela prestação dos serviços é o menor preço e, assim sendo, as conseqüências são percebidas, principalmente, na qualidade da matéria-prima, o que exige uma maior supervisão dos serviços;
- insuficiente formação da mão-de-obra ligada à produção de refeições;
- diminuição das horas de trabalho dos operadores ligados à produção de refeições com a permanência do mesmo número de pessoal, gerando piores condições de trabalho para estes operadores e prejuízo de alguns serviços não realizados com a mesma qualidade, como a lavagem terminal das áreas;
- mudança de concessionária, mas permanência do pessoal ligado à produção de refeições: acarretando resistência às modificações eventuais na organização do trabalho;
- dificuldades com a manutenção dos equipamentos por parte do serviço técnico do *Hôtel Dieu*: resposta lenta na solicitação dos serviços, prejudicando a avaliação da cozinha central dentro de uma melhor conformidade;
- dificuldades ligadas às relações e aos conflitos próprios do trabalho em equipe;
- política de implantação da informatização, que se reflete diretamente nas condições de trabalho das dietistas: exige uma maior organização do tempo, pois, além do acompanhamento dos cuidados nutricionais aos enfermos, há necessidade de gerenciar as informações sobre a alimentação no programa implantado. Além disso, é necessário orientar corretamente as auxiliares de atendimento na inclusão correta dos dados. Algumas dietistas relatam que, atualmente, passam mais tempo no computador do que com os enfermos.

• Característica das dietistas

✓ *Idade, sexo, nível de formação, acesso à formação contínua, tempo de serviço*: todas as profissionais são do *sexo* feminino; das sete profissionais existentes, três encontram-se com *idades* entre 30 e 40 anos e quatro entre 40 e 50 anos. Com relação à *formação*, a maioria das dietistas obteve a qualificação pelo BTS (diploma de técnico superior em dietética) e somente uma dietista obteve o título pelo DUT (diploma universitário de tecnologia, opção dietética).

O tempo de serviço é variável: três dietistas trabalham há cerca de vinte anos no SDR, uma há cerca de dez anos e três dietistas há menos de três anos. Todas as dietistas participam, em igualdade de condições e de acordo com interesses individuais, dos planos de *formação contínua*. Os planos são estabelecidos anualmente.

Com relação às características das dietistas selecionadas como referências do SDR para análise da situação de trabalho, foram observadas as seguintes especificidades:

- a dietista responsável pelo gerenciamento do serviço obteve sua *formação* de dietista através de um BTS no ano de 1972, em Paris. Na *história profissional* constam *experiências* no setor hospitalar, incluindo o setor do atendimento clínico-nutricional e gerenciamento da cozinha dietética, em dois hospitais e uma pequena experiência com análises laboratoriais. A partir de 1981, inicia suas funções de chefia, além das atividades de clínica. O título de gerente, que compreende aproximadamente 24 semanas de estudo, foi obtido em 1990. Em 1994, realizou o concurso para o mestrado na Escola de Gestão, realizando, em 1996, o concurso para ocupação de cargo superior na AP-HP. Em 1998, é admitida no *Hôtel Dieu* como chefe geral do serviço.
- a dietista responsável pelo atendimento clínico-nutricional obteve seu BTS em dietética no ano de 1979, em Vichy. Na sua *história profissional* constam *experiências* em dois hospitais. No *Hôtel Dieu* a sua admissão foi em 1981, sempre executando as suas atividades junto ao atendimento clínico-nutricional. Realizou uma especialização em nutrição artificial. O maior tempo de experiência até o momento no *Hôtel Dieu* foi no serviço de hematologia. Há dois anos, realiza as suas atividades no serviço de medicina interna e gastroenterologia.

• Características da atividade

As características das atividades foram descritas a partir do acompanhamento do trabalho real das dietistas selecionadas como referência, em três jornadas de trabalho. Nos dados coletados pela observação direta, procurou-se identificar, em intervalos de tempo de 15 a 30min, os eventos ocorridos, as operações desenvolvidas, os diferentes postos de trabalho percorridos, as interações pessoais, a natureza das informações (verbal, oral, telefônica, escrita, eletrônica) e os tipos de documentos utilizados.

Conforme objetivos do estudo, com a análise da atividade de cada uma das dietistas, pretendeu-se identificar suas estratégias cognitivas, de organização e de interação e a

convergência das ações entre o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições com vistas à qualificação dos cuidados nutricionais.

As estratégias e os pontos de convergência entre as ações serviram de base para uma avaliação diagnóstica. Os elementos de convergência foram identificados, ainda, a partir da representação mental dessas profissionais sobre a qualidade dos cuidados nutricionais, com o auxílio dos mapas cognitivos.

• A análise da atividade da dietista chefe superior do serviço

As jornadas de trabalho da dietista chefe superior do serviço são caracterizadas pelo gerenciamento das ações da sua equipe de trabalho. Responsabiliza-se, ainda, pela supervisão dos serviços de produção de refeições na cozinha central prestados pela concessionária e pela implantação dos projetos e programas em alimentação e nutrição, de interesse da AP-HP. No anexo 6 encontram-se representadas as principais ações que foram identificadas no acompanhamento de sua jornada de trabalho. As ações que são agendadas foram denominadas de rotina programada. A gestão da logística refere-se às ações administrativas, de coordenação e controle para o bom andamento dos serviços prestados pela concessionária. E a gestão de imprevistos compreende ações essencialmente de resolução de problemas.

Em função das características gerenciais da sua atividade, as *comunicações*, utilizadas em sua maioria de forma verbal e estabelecidas entre diferentes profissionais, constituem uma das formas mais importantes de ação. O número de interlocutores é diversificado e abrange diferentes profissionais do hospital em diferentes postos de trabalho, o que provoca constantes deslocamentos de forma fragmentada. As comunicações são curtas e objetivas, mesmo em reuniões formais. A fig. 3.14 representa, de forma simplificada, o principal *conteúdo* das comunicações estabelecidas entre os diferentes interlocutores e a dietista chefe superior, observado nas jornadas de trabalho e reuniões.

Fig.: 3.14: Principais conteúdos das comunicações entre a dietista chefe superior e os diferentes profissionais. *Hôtel Dieu* de Paris, 2000

ATORES E RESPECTIVOS SERVIÇOS	COMUNICAÇÕES
Gerente da Sociedade «Avenance» Santé	<ul style="list-style-type: none"> ☛Parcerias nas rotinas de qualidade alimentar, na comissão de prestação de serviços e na avaliação das Boas Práticas de Prestação de Serviços (BPPS).
Agentes de gestão (escritório de gestão da cozinha central)	<ul style="list-style-type: none"> ☛Gestão das requisições de refeições dos pacientes no terminal central. ☛Gestão do projeto de informatização.
Dietista da Sociedade «Avenance» Santé	<ul style="list-style-type: none"> ☛Gestão das requisições de refeições dos pacientes e funcionários, gestão da produção de refeições, comissão de cardápios e <i>enquêtes</i> de satisfação. Gestão do projeto de informatização.
Diretora das atividades e de informação médicas e de organização da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ☛Projetos e prestações de contas do SDR. ☛Reuniões do CLAN.
Economato	<ul style="list-style-type: none"> ☛Requisição de produtos dietéticos.
Equipe de dietistas	<ul style="list-style-type: none"> ☛Discussão e gestão dos cuidados nutricionais. ☛Comissões de rotina da qualidade nutricional, higiénica e gustativa. ☛Gestão do projeto de informatização.
Higienista	<ul style="list-style-type: none"> ☛Rotina de gestão da qualidade e HACCP com auxiliares de atendimento
Serviço de diabetologia (dietistas)	<ul style="list-style-type: none"> ☛Reuniões do CLAN e da comissão de prestação de serviços (dietética e <i>restauration</i>), comissão de cardápios
Serviço de informática	<ul style="list-style-type: none"> ☛Apoio ao projeto de informatização
Serviço de medicina e nutrição	<ul style="list-style-type: none"> ☛Reuniões do CLAN e da comissão de prestação de serviços (dietética e <i>restauration</i>)

Outro aspecto analisado relaciona-se à *natureza da atividade*. No desenvolvimento das suas ações, a dietista lida com algumas situações que exigem soluções e procedimentos não programados. A variabilidade é caracterizada, principalmente, pela não-uniformização das suas ações e pelas situações a serem resolvidas. Essas situações estão ligadas, principalmente, à gestão de imprevistos referentes à implantação do sistema informatizado e à gestão da logística, relacionada ao controle para o andamento dos serviços prestados pela concessionária. Dada a natureza gerencial desta atividade, os comportamentos são essencialmente de *natureza heurística*. No entanto, em grande parte das ações que exigem tais comportamentos, os problemas que exigem diagnósticos e tomadas de decisão a curto prazo são discutidos, planejados e resolvidos coletivamente. As ações coletivas que envolveram as discussões sobre a contaminação na cozinha central, os problemas no sistema informatizado para requisição de refeições nas três jornadas de trabalho, além das reuniões da comissão de dietética e *restauration*, são exemplos observados.

Mesmo nas ações previstas em suas jornadas de trabalho, que exigem conhecimentos de natureza rotineira, como a requisição de produtos dietéticos, a dietista solicita, constantemente, informações à equipe de dietistas das clínicas, sobre a utilização dos produtos. Outras ações que apresentam as mesmas estratégias são: avaliação da qualidade das refeições, avaliação higiênico-sanitária das áreas operacionais da cozinha central (BPPS), solicitação de manutenção de equipamentos ao serviço técnico que são realizadas em parceria com o gerente da concessionária, e realização de *enquêtes* de satisfação interna com pacientes das unidades de internação que são desenvolvidas em conjunto com a dietista da concessionária.

Em função da atividade como chefe superior do serviço, as ações da dietista estão vinculadas, em grande parte, às ações de outros profissionais para *prioridade e resolutividade* de problemas. A organização temporal das suas atividades depende da disponibilidade de tempo dos outros profissionais e da urgência das decisões a serem tomadas para o bom andamento do serviço, mas a dietista enumera semanalmente as ações que devem ser realizadas.

Outras ações que ocupam parte das suas atividades são aquelas típicas de secretariado. Por não contar com secretária, a dietista organiza a sua agenda, digita e imprime documentos, verifica mensagens na secretária eletrônica, encaminha requisições ao setor de economato e fornecedores, encaminha escala de trabalho ao setor de pessoal, realiza fotocópias de documentos, dentre outras.

Além disso, há as reuniões informais, organizadas dentro de sua rotina e da equipe do serviço, que ocupam cerca de trinta minutos e podem ser consideradas verdadeiras regulações coletivas de trabalho e fonte de fortalecimento das relações da equipe.

• A análise da atividade da dietista da Unidade de Medicina Interna e Gastroenterologia

As jornadas de trabalho da dietista da unidade de medicina interna e gastroenterologia (Anexo 7) caracterizam-se por um conjunto de ações voltadas para a garantia da qualidade do atendimento clínico-nutricional ao paciente internado.

As *comunicações*, na forma verbalizada, são uma das mais importantes ações para troca e obtenção de informações. No acompanhamento da sua jornada, a dietista, além da estreita interação que estabeleceu com os pacientes, discutiu com diversos profissionais da equipe de saúde: com a fisioterapeuta sobre a possibilidade de introdução de sonda

nasogástrica para prevenir a desnutrição; com a equipe médica e de enfermagem sobre a evolução clínico-nutricional dos pacientes, a prescrição médica e a conduta dietoterápica e dietética; com auxiliares de atendimento sobre informações relacionadas à aceitação da alimentação, às características dos alimentos para algumas dietas e recomendações para a administração das preparações, e com dietistas sobre as condutas dietéticas e dietoterápicas e as características dos alimentos. A fig. 3.15 representa, de forma simplificada, os principais conteúdos das comunicações estabelecidas entre os diferentes profissionais e a dietista da unidade de medicina interna e gastroenterologia, observado em três jornadas de trabalho e reuniões.

Fig. 3.15: Principais informações e conteúdos das comunicações entre a dietista da unidade de medicina interna e gastroenterologia e os diferentes interlocutores. *Hôtel Dieu de Paris, 2000.*

DIETISTA ATENDIMENTO CLÍNICO- NUTRICIONAL	INFORMAÇÕES E COMUNICAÇÕES
Assistentes de atendimento	Parceria e apoio com relação à utilização do sistema informatizado, à aceitação da alimentação e ao controle da ingestão.
Auxiliar de dietética (cozinha dietética)	Requisição e providências quanto ao fornecimento de produtos dietéticos.
Chefe do serviço e da clínica	Informações relacionadas à evolução do tratamento durante visita semanal aos enfermos.
Diretora de enfermagem e chefes de enfermagem	Parceria e apoio quanto à movimentação dos enfermos e quanto à evolução do tratamento.
Equipe de dietistas	Discussão e gestão dos cuidados nutricionais. Comissões de rotina da qualidade nutricional, higiênica e gustativa. Discussão de condutas dietéticas e dietoterápicas. Discussão em reuniões de serviço.
Fisioterapeuta e psicólogo	Parceria com relação ao apoio no tratamento e na evolução dos cuidados nutricionais aos enfermos.
Interno	Informações relacionadas à prescrição dietética e à evolução do tratamento diariamente.
Paciente	Parceria com relação ao tratamento nutricional: discussão das condutas a serem encaminhadas do ponto de vista nutricional.
Secretária hospitalar	Apoio com relação à movimentação dos enfermos na clínica.
Serviço de diabetologia (dietistas)	Reuniões da comissão de prestação de serviços (dietética e <i>restauration</i>) e comissão de cardápios

Além disso, grande parte das informações é obtida também dos documentos que fazem parte da rotina da equipe de saúde. O dossiê geral e o dossiê da enfermagem, localizados no posto de enfermagem, são os principais documentos que servem de fonte de informações sobre a história de saúde e doença dos pacientes. O dossiê dietético, que faz parte do dossiê geral, é utilizado especificamente pela equipe de nutrição e serve como orientação para avaliar a evolução do paciente do ponto de vista alimentar e nutricional. Outros formulários,

que são de fácil acesso a toda a equipe de saúde, inclusive aos pacientes, são os formulários de evolução do peso (quadro de evolução gráfica de peso), da dosagem de glicose sanguínea (formulário de glicemia) e das recomendações de hidratação (formulário de hidratação). Estes últimos são afixados nos quartos dos pacientes.

A partir das informações obtidas, a dietista desencadeia uma série de outras ações, que foram identificadas em momentos diferenciados nas três jornadas de trabalho e sistematizadas no anexo 7.

O *conteúdo*, objeto das comunicações de cada uma das ações, o *volume* das informações a serem trabalhadas e as diferentes *orientações* (diferentes interlocutores e registros em documentos) em curtos intervalos de tempo revelaram exigências cognitivas significativas.

A multiplicidade de ações desenvolvidas pela dietista desencadeia ora comportamentos baseados em regras, ora comportamentos baseados em conhecimentos, por vezes combinados, exigindo o tratamento e o resgate de informações na *memória de trabalho e de longo termo* e *raciocínios de natureza heurística*. Conforme destacado no referencial sobre a ergonomia, os comportamentos baseados em regras caracterizam-se pela utilização de regras ou de procedimentos memorizados, ou mesmo produzidos empiricamente a partir da experiência, ou no curso de sua formação. Os sujeitos são capazes de verbalizar o que fazem. Os comportamentos baseados em conhecimentos são acionados quando as situações não são novas para o indivíduo, e dependem essencialmente da aceitação e evolução do quadro clínico do paciente. Há necessidade de diagnosticar e estabelecer estratégias para selecionar a melhor conduta a ser seguida para o tratamento nutricional (Falzon, 1989, p.20). Esses comportamentos puderam ser percebidos durante as principais ações que fazem parte da seqüência do tratamento nutricional aos pacientes. Alguns exemplos foram destacados abaixo:

Ao iniciar um acompanhamento nutricional (coleta de dados pré-anamnese alimentar), a dietista lê o dossiê geral (médico) do paciente para verificar se tem prescrição médica relacionada à dieta. Lê o diagnóstico, a idade, os exames, as causas de internação e faz anotações no dossiê dietético e no formulário de anamnese alimentar.

Ao realizar uma anamnese alimentar de uma paciente no segundo dia de hospitalização, a dietista se apresenta, pergunta sobre o apetite do paciente, os alimentos que não consegue comer, em que a alimentação não está adaptada. A paciente responde: "A alimentação não é boa!". Pergunta a ela sobre as refeições. Anota os alimentos que ela não gosta e continua conversando com a paciente. Continua com a enquête alimentar. Pergunta sobre alimentos que gosta mais, se gosta de queijo.

Pergunta sobre o peso e a altura, sobre o ganho ou não de peso. Paciente sabe e responde. Propõe suplementação oral à paciente. A expressão é muito afetiva com a paciente. Paciente idosa (92 anos), mas muito lúcida. Explica sobre a importância da paciente comer, do papel da suplementação oral, do equilíbrio alimentar e do prazer na hora da refeição.

As ações para a coleta de dados prévia à anamnese alimentar e para a anamnese alimentar compreendem uma seqüência de ações conhecidas e necessárias para a elaboração de um plano de intervenção alimentar e nutricional. No entanto, para desenvolver um plano de intervenção alimentar e nutricional, a dietista necessita elaborar um diagnóstico nutricional, relacionando quadro clínico, necessidades nutricionais, hábitos alimentares do paciente, elaborar hipóteses e decidir o que é melhor para o tratamento.

A dietista, além de prestar atendimento a pacientes com patologias categorizadas dentro de várias especialidades médicas, lida com uma *variabilidade* de indicadores provenientes do próprio quadro clínico e das características físicas de cada paciente, além das intolerâncias e preferências alimentares e da sensibilidade a certos alimentos. Lida, ainda, com pacientes essencialmente idosos, apresentando quadros de depressão, de inapetência provocada muitas vezes pelo tratamento medicamentoso. Pode-se referir, conforme analisado por Kostulski (2000, p.422), que o objeto de trabalho da dietista, assim como de todos os cuidadores hospitalares, pode ser definido como a gestão da autonomia dos pacientes. A autonomia vista como a capacidade de se permitir satisfazer as necessidades essenciais. As ações de acompanhamento alimentar e nutricional de diferentes pacientes apresentam estas características:

Durante acompanhamento alimentar e nutricional de um paciente, a dietista interroga sobre o seu apetite, sobre o que conseguiu comer pela manhã, anota o que a paciente pode tentar comer, o que ele conseguiu comer e o tempo que deve beber a suplementação oral. Recomenda comer e beber devagar. Verifica a evolução do seu peso. Anota o que ele comeu.

Com outro paciente, discute o planejamento e as condutas para a alimentação por sonda nasogástrica. Paciente participa com informações sobre o volume e o tipo de sonda e a forma como está sendo administrada. Pega uma cadeira-balança para pesar o paciente. Troca informações sobre a conduta, a necessidade de mais calorias e o número de frascos de produtos que vão ser entregues. Anota o peso no formulário afixado na enfermaria do paciente. Faz as últimas recomendações.

Ao fazer avaliação da ingestão de outro paciente, elabora perguntas sobre a aceitação dos componentes da refeição e das substituições. Anota as quantidades que o paciente ingeriu. Retorna ao paciente perguntando se aceita a mesma orientação para a dieta.

Com outro paciente, pergunta o que comeu na noite anterior. Anota. Pergunta o que comeu pela manhã. Faz recomendações ao paciente sobre a necessidade de alimentar-se, de fazer um esforço para ganhar peso.

Com outro paciente faz recomendações e orientações. E vibra: “Você viu? Quando você come, você ganha peso!!! “

Este conjunto de condicionantes ligados ao paciente e que caracteriza a atividade da dietista do atendimento clínico-nutricional mobiliza não só aspectos cognitivos, mas ao mesmo tempo aspectos psíquicos. Embora tratando-se de um aspecto mal explorado pela ergonomia, como referido por Montmollin (1997a, p.81), a carga psíquica corresponde a uma classe de fenômenos bem conhecida no mundo do trabalho: os sentimentos subjetivos de estar sobrecarregado e de ser incapaz de dar conta correspondem a sentimentos muito mais relacionados às emoções do que à fadiga mental. A vivência com pacientes que negam o tratamento, cujo desejo é esperar a morte, ou com pacientes que convivem diariamente com a dor, são algumas das situações que colocam limites e a sensação de impotência para a profissional. Algumas situações de observação da atividade revelaram esse aspecto.

Durante o acompanhamento nutricional de uma paciente, a dietista tenta seduzi-la para se alimentar. Dedicase um tempo considerável a esta ação, em torno de 30min. A paciente nega qualquer acompanhamento e verbaliza o desejo de morrer. A dietista reforça: “Se a senhora comer um pouco pode retornar a andar bem. É necessário ainda um pequeno esforço”. Oferece preparações para a paciente. Anota o que escolheu. Diz o número de calorias que ela vai ingerir com esta opção (300 calorias) e informa que ainda é muito pouco, precisa de 1.800 calorias. Esclarece que há outros métodos para se alimentar (SNG). Indaga se esta seria ou não uma solução para ela. Esclarece como é a técnica. E diz: “A Sra. é que toma a decisão!”.

Em função da *complexidade* do processo de seu trabalho, caracterizada pela diversidade dos postos de trabalho, a *variabilidade* das situações apresentadas e o número de profissionais com os quais interage no seu dia-a-dia, a dietista planifica as suas ações de acordo com as situações novas que surgem a cada momento, em função da *especificidade* dos casos apresentados pelos pacientes, de suas patologias e da evolução do seu tratamento. Nesse sentido, as ações descritas acima não são desenvolvidas sequencialmente; elas sofrem grandes alterações (diariamente ou semanalmente), em função da dinâmica de atendimento da clínica, dando-se *prioridade* aos pacientes avaliados em risco nutricional.

Além desses aspectos, as condicionantes temporais ligadas ao fornecimento da refeição e a gestão de imprevistos relacionados à implantação do sistema informatizado, os deslocamentos em três unidades de hospitalização e os condicionantes ligados ao estado do

paciente contribuem com uma maior exigência cognitiva, principalmente relacionada à *organização temporal das atividades*.

Como exemplo, em um espaço de tempo de apenas 15 minutos dentro de uma jornada de trabalho, a dietista realizou uma seqüência de ações simultâneas, de natureza diversificada: anamnese alimentar, elaboração da prescrição dietética, orientação da solicitação de dados da dieta no sistema informatizado e resolução coletiva de problemas no sistema informatizado:

A dietista perguntou à paciente o que gostaria de comer, indaga sobre a perda de peso (16 kg) e se tem diarreia. A paciente fala das dores que sente. A dietista desloca-se para posto de enfermagem e pede dossiê da paciente. Troca informações com auxiliar de atendimento e orienta a entrada de dados no terminal portátil. Pega o dossiê da paciente para verificar peso e altura. Faz cálculos para prescrever a dieta. Orienta o auxiliar de atendimento sobre a entrada de dados no terminal portátil. Faz anotações sobre a evolução da paciente – a ingestão atual (calorias e proteínas) e a presença da anorexia. Desloca-se para escritório dos agentes de gestão. Troca informações com agente de gestão sobre problema de não-aceitação dos dados no sistema. Liga o computador e discutem o problema.

Outras ações que caracterizam a atividade da dietista são aquelas relacionadas às estratégias utilizadas pela equipe de nutrição de todo o hospital para a garantia da qualidade das refeições e dos serviços prestados ao paciente. Essas estratégias compreendem a participação nas comissões de menus, nas comissões da rotina da qualidade nutricional, higiênica e gustativa e na comissão de prestação de serviços (dietética e *restauration*).

• A representação mental das dietistas e os elementos de convergência entre a produção de refeições e a terapia nutricional

Conforme objetivos traçados no presente estudo, na análise da atividade buscou-se identificar a percepção dos profissionais sobre as estratégias necessárias para qualificar os cuidados nutricionais. A análise buscou compreender a representação mental da atividade diante das condicionantes apresentadas pela organização hospitalar, pelas características da unidade de alimentação e nutrição e, de forma particularizada, pela característica da situação de trabalho.

Para melhor compreensão desses aspectos, os dados foram apresentados graficamente, utilizando-se de mapas cognitivos representados nas figuras 3.16 e 3.17.

Fig. 3.16: Mapa cognitivo da representação mental da qualidade dos cuidados nutricionais (QCN) da dietista chefe superior do serviço de dietética e *restauration* do *Hôtel Dieu*, Paris, julho, 2000

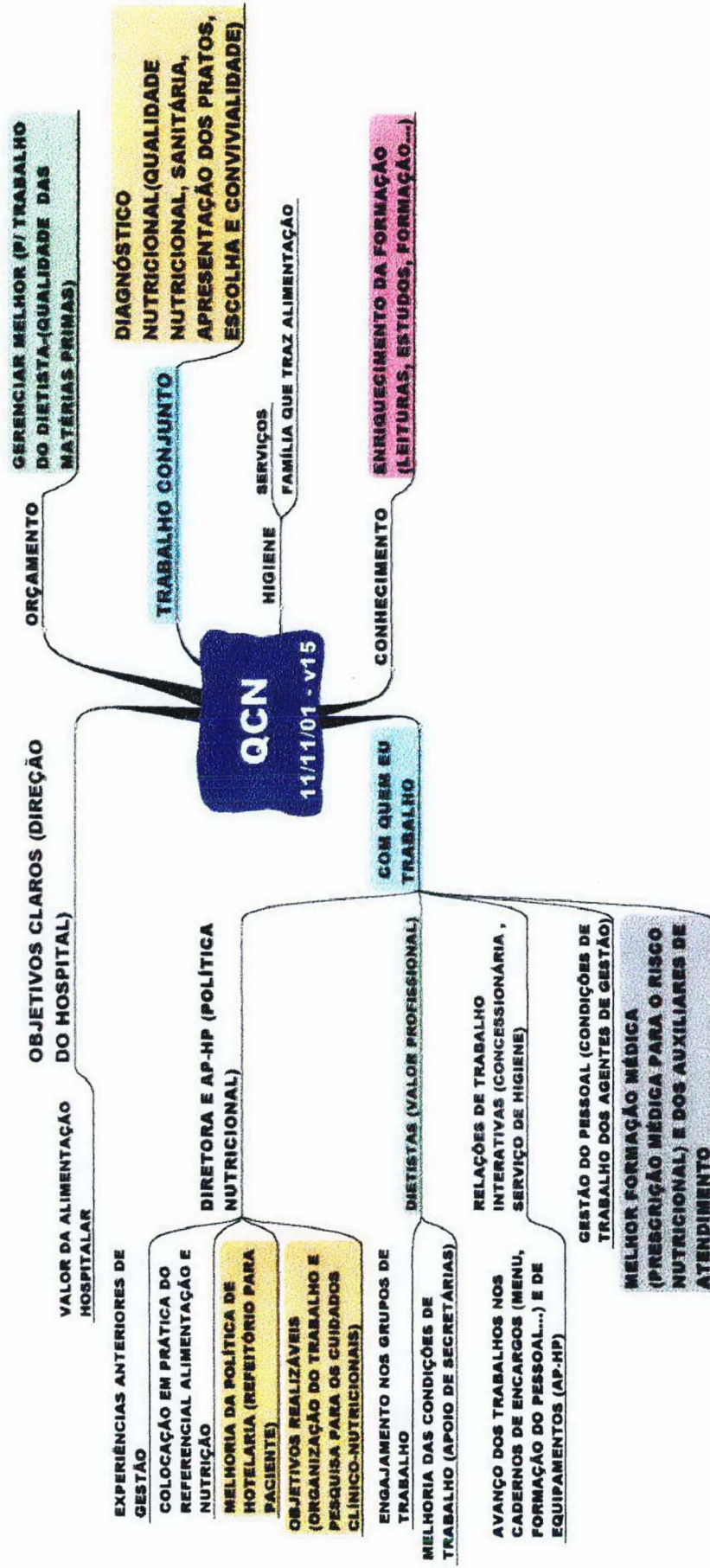
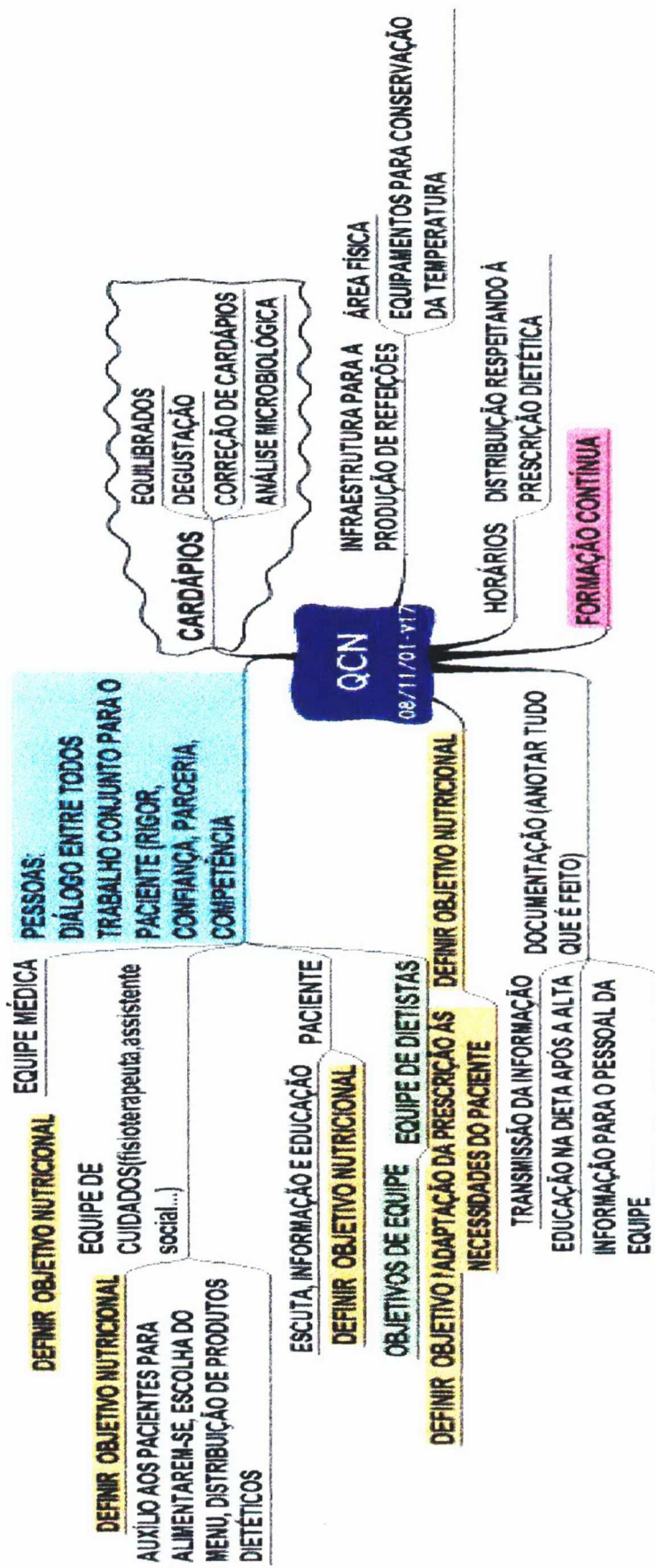


Fig. 3.17: Mapa cognitivo da representação mental da qualidade dos cuidados nutricionais (QCN) da dietista do atendimento clínico-nutricional do serviço de dietética e *restauration* do *Hôtel Dieu*. Paris, setembro, 2000



Para a dietista chefe superior do serviço, responsável pelo gerenciamento dos serviços ligados à produção de refeições, a atividade como coordenadora dos trabalhos e projetos da sua equipe põe em evidência a valorização do conceito “*com quem eu trabalho*” e seus desdobramentos. A atividade, como descrita no item anterior, está diretamente relacionada com a qualidade das interações existentes entre a dietista e os diferentes atores no curso das suas ações em diferentes postos de trabalho. No conceito de *com quem eu trabalho*, são hierarquizados os principais profissionais e os elementos necessários a cada um desses para qualificar os cuidados nutricionais:

① *Diretora e AP-HP*: a *política nutricional* adotada deve considerar as *experiências anteriores de gestão*, a *colocação em prática do referencial de alimentação e nutrição*, a *melhoria da política de hotelaria* (implantação de refeitórios para pacientes). Além disso, os *objetivos* traçados devem ser *realizáveis*, no que diz respeito à *organização do trabalho e às pesquisas para os cuidados clínico-nutricionais*.

② *Dietistas*: considera que as *dietistas devem ser valorizadas*, melhorando-se as *condições de trabalho*, a exemplo do apoio de secretária. Refere, ainda, a necessidade de as dietistas *engajarem-se nos grupos de trabalho para aprimoramento do caderno de encargos, das propostas de acompanhamento nutricional do CLAN do Hôtel Dieu* (validação dos instrumentos de trabalho com a ficha dietética e avaliação) e da gestão da logística.

③ *Concessionária e serviço de higiene*: necessidade de *relações interativas* para que os *trabalhos nos cadernos de encargos (condições para qualidade do cardápio e formação de pessoal da produção) e de manutenção dos equipamentos* possam avançar.

④ *Agentes de gestão*: melhoria das *condições de trabalho*.

⑤ *Médicos e auxiliares de atendimento*: este é considerado um dos pontos mais críticos pela dietista, que refere a necessidade de *formação médica* para diagnosticar o *risco nutricional* do paciente, além da *formação das auxiliares de atendimento* que solicitam as refeições de pacientes fora de risco nutricional e os auxiliam a fazerem a refeição.

Além disso, dois conceitos destacados preliminarmente foram a necessidade de *definir objetivos claros e o orçamento*, ambos relacionados com a *valorização da alimentação hospitalar e a necessidade de um melhor gerenciamento* para garantir a qualidade do

atendimento nutricional (*matérias-primas*) oferecido pela equipe das dietistas. O conceito de *trabalho conjunto* reflete os objetivos das políticas adotadas pela AP-HP relacionado ao *diagnóstico nutricional* e às definições sobre a qualidade da alimentação hospitalar. A *higiene* e o *conhecimento* (enriquecimento da formação) foram os outros conceitos assinalados e correspondem, da mesma forma, às exigências do contexto externo (legislação sobre HACCP) e às políticas da instituição, cujos encaminhamentos são de responsabilidade da chefia.

Todos esses aspectos apontados revelam que a dietista, considerando as exigências mentais da sua tarefa e com apenas dois anos na chefia superior do serviço, vale-se da sua experiência de gestão e de estratégias de organização para coordenar as diferentes competências profissionais para a elaboração de *diagnósticos* e *tomada de decisões* a curto prazo. As ações coletivas são valorizadas em sua forma de gerenciamento e, ao mesmo tempo, como uma das representantes do CLAN e do serviço em várias reuniões e comissões do hospital, a maioria das ações está ligada às políticas de implantação do projeto de qualidade do *Hôtel Dieu* e da AP-HP. As estratégias de interação e de organização são espaços que a dietista utiliza para garantir o reconhecimento do seu trabalho junto à sua equipe, considerando-se o pouco tempo como chefe do serviço e a localização da sua sala (distante da sua equipe de trabalho).

Da mesma forma, apesar das condicionantes temporais, dos deslocamentos excessivos, dos imprevistos ligados ao sistema informatizado e da variabilidade ligada principalmente ao paciente, a dietista do atendimento clínico-nutricional, com 20 anos de atuação dentro da área, apresenta uma vasta experiência não só relacionada às estratégias cognitivas que utiliza para um bom acompanhamento do paciente, mas sobretudo na capacidade de dispor os elementos do seu conhecimento e da representação da sua atividade aos outros profissionais de saúde, de forma a garantir a qualidade das ações que caracterizam o tratamento clínico-nutricional. A visita médica é uma das ações que mais caracteriza essa estratégia de interação. Embora esta ação envolva a discussão e a resolução coletiva dos problemas referentes à evolução clínica do paciente, a dietista prioriza o acompanhamento dos casos. Todavia, as saídas da visita médica para dar conta das outras ações são frequentes, o que envolve paralelamente uma estratégia de organização desta profissional para coordenar as diferentes ações, eleger prioridades, alocar os meios de realização necessários à sua tarefa, cuidando do seu bom desenvolvimento.

Os conceitos considerados importantes para a dietista do atendimento clínico-nutricional revelam que suas ações têm uma dimensão coletiva importante: “*pessoas, onde haja diálogo entre todos, a necessidade de trabalho conjunto para o bem-estar do paciente, com rigor, confiança mútua, parceria e competência*” foram os elementos considerados.

Outros

conceitos estão relacionados às suas ações diárias ou às necessidades que considera importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados nutricionais, assim destacados:

❶ Todos das equipes (médicos, atendentes e dietistas), além do paciente, devem participar na *definição do objetivo nutricional*. A definição do objetivo nutricional refere-se à *adaptação da prescrição às necessidades do paciente*. Além deste elemento, para a equipe de atendimento, a definição desse objetivo diz respeito à necessidade de *auxílio aos pacientes na alimentação*, na *escolha do cardápio*, além da *distribuição de produtos dietéticos*. Para o paciente, a *escuta, a informação e a educação* foram os conceitos considerados importantes. Para a equipe de dietistas, a *definição dos objetivos da equipe* foi o elemento destacado.

❷ A *documentação*, onde se deve registrar “*tudo o que é feito*” com o objetivo de transmitir as informações (sobre a orientação dada ao paciente) para o pessoal da equipe.

❸ Os *cardápios* que devem ser equilibrados e exigem a *degustação, as correções e atualizações no sistema informatizado e análises microbiológicas*. Refere que os cardápios relacionam-se com a *definição do objetivo nutricional*. Outro conceito que se relaciona com o cardápio é a *infraestrutura para a produção de refeições*, destacando os problemas com a *área física* (problemas de deslocamentos para as auxiliares de atendimento) e com os *equipamentos* para conservação da temperatura para os pacientes que se alimentam mais tarde. O *horário* na distribuição das refeições é destacado como um conceito importante para respeitar a prescrição dietética e guarda relação com os objetivos da equipe de dietistas.

❹ A formação contínua é referida, não só a formação interna, programada pela AP-HP, mas também a participação em eventos, como congressos.

3.4.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO LOCAL E DE REFERÊNCIA BRASILEIRA – A Divisão de Nutrição e Dietética (DND) do Instituto Central do Hospital das Clínicas (ICHC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

O estudo de caso para análise da situação de referência brasileira foi realizado em uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar situada na cidade de São Paulo. De forma semelhante à realidade francesa, a unidade no Brasil foi selecionada tendo como referência a utilização de tecnologias de gestão caracterizadas pela implementação de estratégias para a melhoria dos cuidados nutricionais aos pacientes.

Os contatos iniciais e o reconhecimento da estrutura organizacional da divisão de nutrição e dietética (DND) do Instituto Central do Hospital das Clínicas (ICHC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) revelaram um terreno propício para análise da situação de trabalho das profissionais, tendo em vista a implantação de uma política de qualidade que culminou com a obtenção da certificação NBR ISO 9001 em abril de 1998 e sua renovação em abril de 2001.

Em função da implantação do sistema de qualidade, os profissionais de todas as unidades administrativas da DND vivenciam o desenvolvimento de rotinas, normas e projetos de forma a garantir a continuidade das políticas adotadas e concomitantemente do selo de certificação. Um dos principais projetos em andamento é a experimentação de produtos semiprocessados na produção de refeições.

Além desses aspectos, a unidade escolhida é reconhecida por ser a única do setor público hospitalar brasileiro que apresenta a certificação ISO 9001.

Com este quadro de análise, a aplicação da metodologia antropotecnológica pôde identificar aspectos relacionados à variabilidade e às condicionantes existentes para realização da atividade desses profissionais, dentro de um contexto de inovações. Ao mesmo tempo, permitiu a realização de uma análise comparativa com as atividades das dietistas na França, tendo em vista a formulação de recomendações para qualificar a gestão dos cuidados nutricionais e o trabalho do nutricionista no Brasil.

3.4.2.1 Descrição das variáveis

A. Análise da situação local – variáveis referentes ao ambiente externo

A.1 Contexto social e demográfico

• Dimensão socioeconômica^{15,16}

✓ *Investimento em saúde*: a Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu em seu artigo 2º, parágrafo 1º, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, e um dever do Estado a sua garantia. Para isso, vem-se implantando no país o Sistema Único de Saúde, que se constitui em um conjunto de ações e serviços de saúde, cujas características básicas são a universalização do atendimento, a equidade no acesso e a integralidade dos serviços e das ações de saúde. As ações e serviços são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, bem como por serviços privados contratados ou conveniados.

A maior parte do financiamento é pública. Nos dados disponíveis da RIPSA¹⁷ relativos ao ano de 1996 pode-se avaliar os indicadores relacionados ao *investimento em saúde* no país. O *percentual de gastos* foi equivalente a 4,60% em relação ao gasto federal total. Em relação ao PIB, os gastos com a saúde corresponderam a 1,71%.

Nos dados relacionados aos *gastos hospitalares por habitante*, pode-se mencionar o gasto médio para internação e para atendimento hospitalar referentes ao SUS. Em 1996, o gasto médio correspondeu a R\$ 266,69 para todas as especialidades. No estado e na região metropolitana de São Paulo, os gastos situaram-se acima da média brasileira, correspondendo a R\$ 342, 75 e R\$ 415,45 respectivamente. Com relação ao atendimento ambulatorial, o valor médio dos gastos para todo o Brasil foi de R\$ 2,72. Para o estado e a região metropolitana de São Paulo, estes valores corresponderam a R\$ 3,33 e R\$4,06 respectivamente. O gasto em

¹⁵ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

¹⁶ ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL.(2000); DIEESE (2001); BRASIL (2001)

¹⁷ A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) foi criada por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), para produção, sistematização e divulgação de dados e informações em saúde. Os dados demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade, de fatores de risco, de recursos físicos e financeiros e de cobertura são sistematizados por estado e região.

assistência *per capita* para o mesmo ano, correspondeu a R\$ 41, 79 para todo o Brasil, e R\$ 47,03 para a região sudeste.

✓ *Sistema assistencial de saúde*: com relação à estrutura do *sistema assistencial de saúde*, nos dados referentes ao ano de 1997, o número total de estabelecimentos hospitalares no Brasil era 6.410, correspondendo a 496.740 leitos. Deste total, 23,25% são leitos de hospitais públicos; 67,48 % de hospitais privados e 9,25% de hospitais universitários.

No Estado de São Paulo encontram-se 106.684 leitos distribuídos em 724 hospitais, o equivalente a 21% dos leitos hospitalares do país. Dentre eles, 20,22% nos hospitais públicos; 67,27% nos hospitais privados e 12,49% nos hospitais universitários. No conjunto do Estado, o prestador público responde por 85% dos serviços médico-odontológicos e o prestador privado por 54% dos serviços de apoio a diagnose e terapia – SADT.

Na capital, encontram-se 7% das unidades de serviços médico-odontológicos e 12% dos SADT. O prestador público também responde por 85% dos serviços médico-odontológicos e o privado por 83% dos SADT, correspondendo a uma participação bem superior à média do estado. Quanto aos leitos hospitalares, o setor privado responde por 61% dos leitos da rede hospitalar do SUS no estado, sendo 42% por instituições filantrópicas e 19% por instituições contratadas. O setor público responde por 23% dos leitos, entre serviços próprios do município (6%) e os da Secretaria de Estado da Saúde (17%). Os hospitais universitários respondem por 16% dos leitos hospitalares. Dos leitos oferecidos pelos prestadores estadual e universitário, só na região metropolitana de São Paulo, encontra-se respectivamente, 70% e 64% dos leitos.

Na distribuição dos leitos do SUS, a rede metropolitana de São Paulo, com 49% da população do estado, conta com apenas 39% dos leitos, o que corresponde a 1,93 leitos/1.000 habitantes. O interior do estado, por sua vez, embora represente 51% da população, apresenta 61% dos leitos hospitalares, correspondendo a uma proporção de 2,92 leitos/1.000 habitantes. O estado apresenta uma relação de 2,44 leitos/1.000 habitantes.

Na capital, a distribuição é considerada mais equilibrada: 28% dos leitos do SUS para uma população de 26%, em relação ao total do estado. No entanto, São Paulo recebe pacientes de muitos outros municípios e regiões, em função do alto grau de especialização dos hospitais e da concentração de recursos tecnológicos – 62% dos leitos dos hospitais universitários encontram-se neste município.

✓ *O nível de renda média e o poder de compra da população com alimentação:* a renda média *per capita* do Brasil foi estimada em US\$3.229,7, mas apresenta uma distribuição altamente heterogênea, pois os 10% mais ricos apresentam 45,7 % da renda e os 10% mais pobres possuem apenas 1% da renda.¹⁸ Além disso, os dados indicam que 17% da população brasileira encontram-se abaixo da linha de privação de rendimento. Os dados recentes da pesquisa “Mapa da Fome no Brasil”, da FGV, revelam que 30% da população brasileira, cerca de 50 milhões de pessoas, vivem com uma renda mensal de apenas R\$ 80,00 (menos de US\$ 30).¹⁹

Tendo como referência o salário mínimo, o DIEESE, com base no custo mais elevado da cesta básica, estimou que em abril/2001 o valor do salário mínimo deveria ser de R\$ 1.092,97, praticamente seis vezes o mínimo vigente, de R\$ 180,00 (66,33 dólares).²⁰ As estimativas levam em consideração o preceito constitucional que estabelece que o salário mínimo deve suprir as necessidades de uma família, cobrindo as despesas com alimentação, educação, saúde, moradia, higiene, vestuário, transporte, lazer e previdência social.

As despesas com alimentação, no Brasil, representam 23% do total das despesas efetuadas. No município de São Paulo, a despesa média com alimentação corresponde a 18%.²¹ Os principais estudos que fornecem dados sobre a despesa média mensal com alimentação foram realizados pelo IBGE. Dentre esses estudos, destaca-se a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 1987/88 e a POF de 1995/96. Os dados comparativos sobre o consumo alimentar *per capita* anual por grupos de produtos dos dois períodos demonstram que as condições socioeconômicas da população estudada têm uma correlação direta com o consumo alimentar. Além dessas constatações, pode-se avaliar, com base nesses dados, as principais modificações do consumo de alimentos no Brasil, nos últimos dez anos, conforme descrito posteriormente na dimensão antropológica e sociocultural.

¹⁸ PNUD (1999).

¹⁹ Dados obtidos do Jornal do Brasil de 10 de julho de 2001.

O valor de US\$1.00 calculado a R\$ 2, 7135 reais (26/09/01)

²⁰ O Salário Mínimo no Brasil foi instituído pelo decreto-lei 399 de 30 de abril de 1938. Nele definia-se uma ração essencial para suprir as necessidades de um trabalhador adulto. Essa ração essencial é utilizada até hoje pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos (DIEESE) como referência para estimar o valor do salário mínimo necessário. Salário mínimo necessário. Disponível em: < <http://www.dieese.org.br> > . O valor de US\$1.00 calculado a R\$ 2, 7135 reais (26/09/01).

²¹ A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 1995-1996 realizada pelo IBGE (1997) demonstra os principais grupos de despesa nas principais capitais do Brasil, em termos percentuais. Os dados apresentados correspondem a POF, da Fipe e IBGE no período 1998/99. Disponível em: < <http://www.seade.gov.br> > .

• Dimensão antropológica e sociocultural

✓ *Características das refeições*: o município de São Paulo, considerada a terceira megalópole do mundo, reúne cerca de 75 mil restaurantes e bares, emprega 120 mil garçons, 80 mil *barmen* e 3 mil *maîtres*. Considerada, como Paris, a capital internacional da gastronomia, São Paulo reúne restaurantes dedicados a 131 tipos de culinária – da nordestina à indiana. Da italiana à vietnamita. Dos churrascos gaúchos ao tucupi paraense. Dos hambúrgueres americanos às pitas armênias assadas em fornos à lenha, às saladas macrobióticas e aos requintados pratos franceses. Em São Paulo, o McDonald's, símbolo mundial do sanduíche, bate recordes e representa o maior movimento da rede do Brasil.²²

No que se refere à refeição, sua estrutura normal é composta da entrada (saladas ou sopas), do prato principal com a guarnição (as carnes acompanhadas de legumes, feculentos ou massas, arroz, feijão) e a sobremesa (doces e frutas). A refeição pode vir ou não acompanhada de pão. O café da manhã ou desjejum é representado pelo pão com manteiga e o café com leite. Os horários são semelhantes aos franceses – em torno de 7:30h para o desjejum, das 12h às 13h para o almoço e das 20h às 21h para o jantar.

No que se refere às principais tendências relacionadas à modificação do *comportamento alimentar* no Brasil, as análises elaboradas por Garcia (1999, p.209-244) fornecem um conjunto de avaliações significativas a respeito das modificações dos padrões alimentares brasileiros. A autora avaliou a tendência de consumo associado à renda, comparando a hierarquia dos gastos dos períodos referentes às pesquisas realizadas pelo IBGE, quais sejam, o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), de 1978 e as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF de 1987/1988 e POF de 1995/1996).

Em seu conjunto, as análises comparativas dos três períodos destacaram os seguintes resultados: à medida que aumenta o poder de compra da população, há um decréscimo no consumo de carboidratos complexos representados pelo grupo dos “cereais, leguminosas e oleaginosas”, “farinhas, féculas e massas” e “tubérculos e raízes”; aumento do consumo dos “alimentos fontes de proteínas”, com uma valorização crescente para os laticínios; aumento no consumo de “legumes e verduras” e “frutas”. O aumento do consumo de “óleos e

²²Dados obtidos da revista *Época*, n. 129, Editora Globo, de 6 de nov. 2000.

gorduras” verificou-se em faixas de renda maiores. Comportamento semelhante foi observado no aumento do consumo de “alimentos preparados”, de “refrigerantes e cerveja”.

Outras conclusões do estudo evidenciaram que melhores condições de renda resultam em aumento no consumo de “alimentos fontes de proteínas” e na redução de “alimentos fontes de carboidratos” complexos e de leguminosas. Estes últimos estão representados principalmente pelo “arroz e feijão”, considerados os alimentos básicos da dieta diária do brasileiro. A cidade de São Paulo destacou-se como a cidade com maior redução de consumo para estes produtos, de 40,59% e 38,84% respectivamente.

Além disso, para avaliar o que o brasileiro tem consumido em substituição aos grupos de produtos avaliados nos estudos realizados pelo IBGE, a autora recorreu a dados de pesquisa de mercado *Datamark Ltda – Market Intelligence*, no sentido de obter novos indicadores de tendência de consumo alimentar. Dentre os dados obtidos, destacam-se os alimentos com facilidade de preparo e que dispensam praticamente o trabalho doméstico. Os produtos com maior crescimento de produção foram iogurtes e bebidas lácteas, biscoitos, salgadinhos industrializados, embutidos (salsicha, lingüiça e mortadela), congelados (hambúrguer, peixe congelado, quibe e almôndega), refrigerantes, sucos e leites processados.

✓ *Nível de instrução formal da população*: os dados de 1997 do PNUD (1999) revelam uma taxa de analfabetismo para o Brasil de 17%. No entanto, os indicadores demonstram grandes disparidades regionais. A região Sudeste detém o maior grau de escolarização. No estado de São Paulo, os dados do SEADE (ANUÁRIO..., 1998) destacam a crescente redução da taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais e o aumento de anos de estudo da população de 10 anos e mais. No estado de São Paulo, a taxa de analfabetismo passou de 7,4% em 1996, para 6,8%, em 1997. Na região metropolitana de São Paulo, de 6% para 5,4%. No mesmo período, a porcentagem da população que alcançou oito anos de estudo passou de 10,8% para 11,2% no estado, e de 11,9% para 12,4% na RMSP.

Nos dados de 1998 sobre o ensino médio, destaca-se o aumento da demanda para este nível. Nas análises elaboradas, considera-se que este aumento é devido à incorporação de novas tecnologias ao processo de trabalho e à seletividade do mercado de trabalho, que passou a exigir o ensino médio como requisito mínimo para contratação, independentemente da função a ser exercida.

Com relação à formação específica do pessoal ligado às unidades de alimentação hospitalar, o setor ainda convive com pessoal de baixa escolaridade. O nível exigido para o pessoal operacional é o ensino fundamental (até a 8ª série), embora as unidades ainda convivam com pessoal formado pelo antigo ensino primário. Para o pessoal de nível médio é exigido normalmente o 2º grau. As oportunidades de formação são oferecidas principalmente pelo SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial) com cursos na área de higiene alimentar, manipulação de alimentos, nutrição, dentre outros. Mas, a maior parte da formação é dependente das próprias unidades que os contrata.

✓ *Características da formação específica do nutricionista:*²³ com relação às características da formação específica do nutricionista, alguns dados da história da profissão retratam os principais indicadores da formação deste profissional. No Brasil, a nutrição como ciência foi assumida a partir de 1939 com a criação do curso de educador sanitário e dietista da Universidade de São Paulo. Na criação desse curso, foi privilegiada a idéia de que o alimento é um agente de tratamento, exigindo, dessa forma, alguém que cuidasse especificamente da elaboração de dietas. De 1939 até 1975, sete cursos de nutrição foram reconhecidos pelo Conselho Federal de Educação.

As transformações no plano político-econômico e social refletiram-se de forma marcante na expansão dos cursos de graduação em nutrição no país. O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e o Plano Nacional de Saúde (PNS) do Ministério da Saúde ampliaram as possibilidades deste profissional no mercado de trabalho. Como consequência, de 1975 a 1981, o número de cursos de graduação em nutrição chegou a 32.

Os últimos 20 anos foram marcados por inúmeras discussões e reflexões acerca da formação e da atuação do nutricionista, que viu seus espaços ampliados. Os conselhos de fiscalização do exercício da profissão (federal e regionais) foram criados e fortalecidos. Os fóruns de debate representados pelos Congressos Brasileiros de Nutrição, acerca das práticas e do ensino da nutrição foram contínuos neste período.

Atualmente, o país conta com 127 cursos, totalizando 10.150 vagas anuais. Somente no estado de São Paulo estão situados 49 cursos, representando 48,5% das vagas do total do Brasil (4.929).

²³ BRASIL/MEC/ SESU (1983); YPIRANGA (1981).

A formação do nutricionista no Brasil é realizada na maioria das escolas, em um período de quatro anos, tendo como referência o currículo mínimo de 2.880h. Nos últimos três anos, as discussões sobre reformulação curricular culminaram com a elaboração de uma “Proposta Preliminar sobre Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Nutrição” elaborada pela Câmara Técnica Transitória de Ensino do Conselho Federal de Nutricionistas”.²⁴ No documento, encontram-se delineados o perfil do formando/egresso/profissional, as competências e habilidade necessárias para atuação, os conteúdos curriculares e as características dos estágios. Incluem-se, também, as recomendações para as atividades que possibilitem a articulação teoria-prática, para organização do curso e para o acompanhamento e a avaliação da implementação e desenvolvimento das diretrizes. Destaca-se, além disso, a autonomia das escolas para flexibilização do currículo, com o objetivo de possibilitar a formação de novas competências específicas e permitir uma organização diferenciada na formação do graduado.

A atuação do nutricionista no Brasil é diversificada. Tendo-se como referência a resolução CFN nº 200/98, que estabelece atribuições dos nutricionistas, encontra-se um leque de possibilidades para a atuação deste profissional, dentre as quais destacam-se: alimentação coletiva (unidades de alimentação e nutrição, creches e escolas, restaurantes comerciais, refeições-convênio, empresas de comércio de cesta-básica); nutrição clínica (hospitais e clínicas, ambulatórios, consultórios, bancos de leite humano, lactários, *spas*); saúde coletiva (programas institucionais, unidades primárias em saúde, vigilância sanitária); ensino (docência, extensão, pesquisa e supervisão de estágio, coordenação); outras (indústria de alimentos, esportes).

Com relação ao número de profissionais atuando especificamente em São Paulo, encontra-se um total de 8.228 para todo o estado, 4.619 atuam na RMSP e 4.100 nutricionistas atuam no município de São Paulo.²⁵

²⁴ Conselho Federal de Nutricionistas (2001)

²⁵ Dados obtidos do Conselho Regional de Nutricionistas – 3ª região.

•Dimensão demográfica²⁶

✓ *Perfil demográfico*: o Brasil é um país de 169.590.693 habitantes distribuídos sobre 8.514.215,3km². O país está subdividido em cinco regiões com distinções marcantes em relação à extensão, densidade demográfica e estrutura etária da população. A região Sudeste, onde se situa o estado e o município de São Paulo, é a quarta em extensão territorial, apresenta a maior densidade demográfica e a estrutura populacional é a mais envelhecida. Os indicadores de saúde obedecem a padrões de desigualdade extremos entre regiões e diferentes camadas sociais da população, e dependem dos investimentos realizados em saneamento e oferta de água, do grau de envelhecimento da população e da oferta de serviços de saúde.

As análises disponíveis com relação à pirâmide etária da população ressaltam um crescente estreitamento da base da estrutura, que pode ser avaliado no acompanhamento da participação dos grupos mais jovens. Em meados da década de 1980, o grupo de 0 a 4 anos deixou de ser o maior e, em 1995, o grupo de 10 a 14 anos de idade já superava os dois anteriores. Com a continuidade deste processo, o grupo de 15 a 19 anos de idade, em 1998 e 1999, já estava no mesmo patamar do anterior e superava os dois primeiros. O percentual de pessoas com 60 anos ou mais de idade passou de 7,4% em 1989 para 8,3% em 1995 e alcançou 9,1% em 1999.

A taxa de fecundidade para todo o Brasil, que em 1984 estava em 3,5, reduziu-se para 2,6 em 1992, e para 2,3 em 1999. A *esperança de vida ao nascer*, em 1998, foi de 63,88 para os homens e 71,42 para as mulheres. A taxa bruta de *mortalidade* foi estimada em 6,7% e de *mortalidade infantil* de 39,1‰. As análises disponíveis consideram que a associação da redução da fecundidade com a queda da mortalidade refletiu-se na evolução da composição etária da população brasileira, que segue um processo lento e contínuo de envelhecimento.

A RMSP conta com 39 municípios, 20 comarcas e uma população de cerca de 17.051.559 habitantes. Só o município de São Paulo apresenta uma população de 10.406.166 habitantes distribuídos em 1.525km². É uma megalópole que reúne imigrantes vindos da Europa e migrantes da região Nordeste do país. A *taxa de mortalidade* para todo o estado de São Paulo foi estimada em 6,6‰, em 1998. Com relação à *taxa de mortalidade infantil*,

²⁶ IBGE (1997); IBGE / PNAD (2001); ANUÁRIO.ESTATÍSTICO DO BRASIL (1999); ANUÁRIO.ESTATÍSTICO DO ESTADO DE SÃO PAULO.(2000).

houve uma redução significativa na década de 1990: de 31,4, em 1990 chegou-se a 18,7‰, em 1998.

As principais causas de mortalidade da população paulista são as doenças do aparelho circulatório, que corresponderam a 30,8% dos óbitos em 1998. Seguem-se as mortes relacionadas a neoplasias (14,3%), causas externas (13,7%) e doenças do aparelho respiratório (10,7%). Os homicídios (agressões), em 1998, corresponderam a 47,5% dos óbitos masculinos por causas externas. Dentre os óbitos femininos são destacadas às doenças do aparelho circulatório (36,1%), seguidos pelas neoplasias (15,9%) e doenças do aparelho respiratório (11,6%), entre outros.

✓ *Indicadores do processo de industrialização versus grau de urbanização*: nos anos 60, o Brasil ainda era um país agrícola, com uma taxa de urbanização de apenas 44,7%. Em 1980, 67,6% do total da população já vivia em cidades. Entre 1991 e 1996, houve um acréscimo de 12,1 milhões de habitantes urbanos, refletindo-se em uma elevada taxa de urbanização (78,4%). Este crescente aumento da taxa de urbanização foi fruto das profundas transformações ocorridas no Brasil nos últimos 30 anos, caracterizando-se por um acelerado processo de industrialização em nível urbano.

✓ *Condições sanitárias (saneamento básico)*: com relação às condições de saneamento básico para a população brasileira, em 1999, 20,2% das moradias não eram atendidas por rede geral de abastecimento de água e 35,4% não dispunham de esgotamento sanitário adequado. Em 1995, estes percentuais correspondiam a 23,7% e a 40% respectivamente. Os dados sobre a pobreza humana nos países em desenvolvimento do PNUD (1999) destacam que a população brasileira sem acesso à água potável e saneamento básico, no período de 1997, corresponde a 24% e 30% respectivamente. Além disso, o abastecimento de água e o acesso ao esgotamento sanitário são também exemplos de desigualdades regionais. Em 1999, a região Sudeste contava com a maior porcentagem de abastecimento de água (87,5%) e de acesso ao esgotamento sanitário (79,6%). No outro extremo, encontra-se o Nordeste com 58,7% da população com abastecimento de água e a região Norte com apenas 14,8% da população com acesso à rede de esgotamento sanitário.

A.2 Contexto industrial

•Dimensão tecnológica

✓ *Fornecedores de matéria-prima (diversidade de produtos, condições de transporte, controle de qualidade)*: São Paulo conta com uma central de abastecimento, a CEAGESP (Companhia de Entrepósitos e Armazéns Gerais de São Paulo), considerada o terceiro centro de comercialização de perecíveis do mundo, depois de Paris e Nova York. A CEAGESP está ligada ao Ministério da Agricultura, desde 1997, possui uma sede de 700.000m² na Vila Leopoldina, concentra atualmente a comercialização de mais de 10 mil toneladas de alimentos/dia, que abastece 60% da Grande São Paulo e parte do país. Mantém, ainda, uma rede de nove Ceasas (Entrepósitos) no interior, que descentralizam o abastecimento. Para estocar a produção paulista de alimentos possui quarenta unidades de armazenagem com capacidade para 1,3 milhão de toneladas de produtos. No que diz respeito às condições de transporte e ao controle de qualidade, a CEAGESP vem investindo com programas de classificação e controle de qualidade dos produtos, padronização, rotulagem, desenvolvimento de embalagens, combate ao desperdício e capacitação do produtor. Apesar de todo esse complexo de produção e abastecimento, e considerando que a divisão de nutrição e dietética vem implantando o processo de utilização de produtos semiprocessados na produção de refeições (baseando-se na Portaria estadual do CVS-6/99, do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, e na Portaria 1428 de 26/11/93, da SVS/MS), verifica-se que ainda existe, na região, uma baixa qualificação dos fornecedores com relação a esse tipo de fornecimento.

✓ *Fornecedores de equipamentos*: com relação à prestação de serviços referentes à *manutenção preventiva e reparos de equipamentos*, avalia-se em primeiro plano que os aspectos relacionados ao fornecimento de equipamentos em São Paulo apresentam algumas vantagens de acesso em relação ao restante do país, por concentrar a maior parte dos representantes de equipamentos para os serviços e para a produção e distribuição de refeições. No entanto, considerando os aspectos relacionados à especificidade do setor hospitalar público, há pouco investimento na compra de equipamentos novos para o setor de alimentação. Apesar das dificuldades de investimento, o DND mantém um controle periódico de seus equipamentos em parceria com a engenharia de manutenção, através de um plano de manutenção e calibração. O controle envolve a execução, de forma preventiva e corretiva, a manutenção dos equipamentos disponíveis em todas as unidades administrativas, incluindo-se um plano para a aferição e calibração de alguns deles, como as balanças e os termômetros.

Todos esses procedimentos são elaborados de acordo com rotinas e procedimentos constantes do manual de manutenção da DND.

B. Análise da situação de referência – variáveis referentes ao ambiente interno

B.1 Características da organização hospitalar²⁷

•Características gerais

✓*Tipo de Hospital:* o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) é considerado o maior complexo hospitalar da América Latina, apresentando mais de 2.000 leitos e cerca de 12.000 funcionários, 4.000 consultas por dia e cerca de 900.000 exames complementares por mês. Foi criado pelo Decreto-lei nº 13.192, de 19 de janeiro de 1943. A partir de 18 de março de 1987, o HC passou a vincular-se à Secretaria de Estado da Saúde. O HC conta, ainda, com o apoio de duas entidades fundacionais, oficializadas mediante convênios autorizados pelo Governo do Estado: a Fundação Euryclides de Jesus Zerbini e a Fundação Faculdade de Medicina.

O HC compõe um conjunto de unidades hospitalares representado pelo Instituto Central (ICHC), Instituto do Coração (INCOR), Instituto da Criança (Icr), Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT), Instituto de Psiquiatria (IPq) e o Instituto de Radiologia (InRad). Possui, ainda, unidades externas como o Departamento de Hospitais Auxiliares (Hospital Auxiliar de Suzano, Hospital Auxiliar de Cotoxó e a Divisão de Reabilitação Profissional de Vergueiro) e unidades de pesquisa denominados Laboratórios de Investigação Médica localizados nas unidades hospitalares e, principalmente, na Faculdade de Medicina.

✓*Indicadores de Atendimento:* o Instituto Central é o hospital base do complexo HC. Em conjunto com outras unidades, o IC presta atendimento aos pacientes predominantemente do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo atender até 10% dos pacientes pelo sistema de convênios. Atualmente, 3% dos pacientes são atendidos por este sistema. O ICHC conta com pouco menos de 1.000 leitos distribuídos por diferentes especialidades médicas (Anexo9) e apresenta uma média de internação de 7,6 dias.

²⁷ HOSPITAL DAS CLÍNICAS...(2001); Almeida et al. (2000).

✓ *Fluxo de atendimento*: no que se refere ao fluxo de atendimento ao paciente, o IC conta com uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das mais diferentes áreas de atuação em saúde. A internação, efetuada através da emergência ou atendimento ambulatorial, é de responsabilidade do médico. Além do médico responsável, o paciente conta com a assistência permanente de médicos plantonistas, compostos por médicos residentes e internos, nas mais diferentes especialidades. A equipe de enfermagem mantém, em cada unidade de internação, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que prestam os cuidados de enfermagem e responsabilizam-se pela prescrição médica. Outros profissionais que fazem parte do atendimento ao paciente são: a assistente social, que se responsabiliza pelas implicações sociais relacionadas ao tratamento; o fisioterapeuta e o fonoaudiólogo, que atuam sob indicação médica; o psicólogo, que atua junto ao paciente nas questões e implicações psicológicas associadas à doença e à internação; o nutricionista, que se responsabiliza pela observação da prescrição médica e das necessidades nutricionais de cada paciente, elaborando a prescrição dietética e o acompanhamento nutricional de forma individualizada, e o farmacêutico que encaminha a medicação necessária ao paciente sob prescrição médica.

✓ *Características organizacionais*: o Hospital das Clínicas é representado pelos órgãos da administração superior, compostos do conselho deliberativo, da superintendência e da diretoria clínica. No Instituto Central, os órgãos da direção superior são representados pelo conselho diretor e pela diretoria executiva. Ligadas à diretoria executiva, o IC conta com 39 unidades administrativas responsáveis pela execução de serviços relacionados direta ou indiretamente ao paciente. O HC e o IC não possuem organogramas graficamente representados. Além das unidades administrativas e funcionais, o complexo do HC conta com instâncias ligadas à diretoria clínica, que visam à promoção de estudos e pesquisas para disponibilizar informações estratégicas para a melhoria do desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde. Essas instâncias compreendem o grupo de controle de infecção hospitalar e as comissões técnico científicas permanentes que englobam a comissão bioética (CoBI), a comissão de análise de projetos de pesquisa (CAPPesq), a comissão de controle de infecção hospitalar (CCHI), a comissão de análise de informações sobre o paciente (CAIP), a comissão de difusão técnico científica de corpo clínico (CoDI), a comissão de transplante de órgãos e tecidos (CTOT), a comissão de farmacologia (CF) e a comissão interna de biossegurança (CIBio).

O número de profissionais que exercem as suas atividades nos mais diferentes setores compreende um total de 5.203 de diferentes categorias. Desse total, 4.617 são “complementaristas”, denominação que caracteriza os profissionais vinculados ao Instituto Central em termos trabalhistas e salariais, mas também recebem uma complementação salarial via fundação. Os outros 586 profissionais são “fundacionais”, executam as suas atividades no IC, mas são vinculados às fundações.

• **Sistema de avaliação da qualidade da assistência hospitalar**

✓ *Critérios de avaliação para os serviços executados, para os resultados e para os profissionais envolvidos:* o IC, atualmente, não apresenta um sistema de avaliação da qualidade da assistência hospitalar. As discussões até o momento estão centradas na implantação de um sistema de qualidade direcionado aos processos administrativos. A proposta inicial tem como referência o projeto de qualidade do governo federal. Um comitê denominado Comitê de Gerenciamento da Qualidade foi formado no primeiro semestre de 2001 com o objetivo de iniciar as discussões e compõe-se de representantes de todas as áreas do hospital.

Apesar de o Instituto Central ainda não apresentar um programa de qualidade sistematizado, a diretoria executiva e a superintendência conceberam as linhas gerais de uma política de qualidade para a instituição em outubro de 1996, como se segue:

- a. Incluir o usuário/cliente no processo de produção do serviço, reconhecendo a significativa importância, na ótica da Qualidade Total, com a satisfação de suas necessidades;*
- b. Reduzir o tempo de permanência do paciente/usuário na instituição, proporcionando o atendimento possível;*
- c. Incrementar a produtividade, ou seja, a quantidade de serviço obtido por unidade de recurso empregado na produção, reduzindo substancialmente os custos;*
- d. Melhorar a participação institucional no ambiente externo;*
- e. Melhorar continuamente a interface do serviço médico para o paciente;*
- f. Adotar indicadores de qualidade, definindo conceitos que permitam mensuração com vistas à avaliação dos resultados alcançados;*
- g. Melhorar a qualidade da gestão, entendida como a articulação entre áreas afins, considerando-se a meta traçada e a motivação do pessoal na busca permanente da qualidade;*
- h. Ampliar o entendimento da Qualidade Total como um processo voltado à atenção ao paciente devendo existir um comprometimento integral de todos os agentes internos envolvidos”.*

O IC apresenta dois setores com sistemas de qualidade certificados, a Divisão de laboratório central e a divisão de nutrição e dietética.

A divisão de nutrição e dietética (DND), desde a sua implantação em 1943, demonstrou a preocupação em integrar seus projetos na missão de assistência nutricional, ensino e pesquisa. Em 1976, a DND iniciou a sistematização dos processos de trabalho voltados para a qualidade. O sistema de qualidade propriamente dito iniciou em 15 de maio de 1996, tendo como referência a missão e a política de qualidade da instituição. A implantação do sistema culminou com a certificação NBR ISO 9001, em 30 de abril de 1998, através do cumprimento dos vinte requisitos de qualidade comprovados através de auditoria pela Fundação Carlos Vanzolin e pelo reconhecimento da IQNet (*International Network for Quality System Assessment and Certification*).

A divisão de nutrição e dietética apresenta seus critérios de avaliação tendo como referência os requisitos da ISO 9001, conforme explicitado posteriormente nas características da unidade de alimentação e nutrição.

Além disso, pode-se avaliar como referência para o Instituto Central, a escolha do Hospital das Clínicas pelo Ministério da Saúde como Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar nas áreas de Informática e Informação, Nutrição, Patologia Clínica e Engenharia Hospitalar. A acreditação do HC no grau máximo de excelência, do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde) foi obtida nos termos da portaria do Ministério da Saúde, nº 1480, de 28 de dezembro de 1999.

B.2 Características da Unidade de Alimentação e Nutrição²⁸

• **Características organizacionais** (Número, distribuição e atribuições dos nutricionistas pelas diferentes subunidades)

✓ *Relações funcionais e hierárquicas. Número, distribuição e atribuições dos nutricionistas pelas diferentes subunidades:* a divisão de nutrição e dietética é uma das unidades mais complexas do Instituto Central. Está ligada diretamente à diretoria executiva e a sua estrutura administrativa comporta três serviços com suas respectivas seções. As *relações hierárquicas* de cada uma das unidades pode ser visualizada no organograma no Anexo 6. A DND dispõe de 35 nutricionistas em diferentes níveis funcionais, um chefe de seção de expediente, 24

²⁸DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA. 2000.

INSTITUTO CENTRAL DO HCFMUSP- DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA. 1999.

INSTITUTO CENTRAL (2001, 2000).

oficiais administrativos, 29 oficiais de serviços de manutenção (cozinheiros), 227 atendentes de nutrição e 16 auxiliares de serviço. Na figura 3.18, encontram-se discriminadas as diferentes unidades administrativas e funcionais da DND e o número e distribuição de nutricionistas. Em seguida são apresentadas as atribuições dos nutricionistas das diferentes subunidades ligadas ao atendimento nutricional dos pacientes.

Fig. 3.18: Distribuição de nutricionistas pelas respectivas unidades administrativas da divisão de nutrição e dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas (IHC), março de 2001.

UNIDADES ADMINISTRATIVAS E DISTRIBUIÇÃO DE NUTRICIONISTAS	
DND	DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA : 1 diretora e 1 assistente de direção
EMQ	EQUIPE DE MELHORIA DA QUALIDADE Auditora interna: 1 nutricionista diretora (Diretora da NDIE) Controle de documentos: 1 nutricionista chefe Ações preventivas e corretivas: 1 nutricionista chefe (chefe da NEX)
DNDE	SEÇÃO DE EXPEDIENTE
NEX	SEÇÃO DE COZINHA EXPERIMENTAL: 1 nutricionista chefe e 1 nutricionista
NRPD	SERVIÇO DE RECEBIMENTO, PREPARO E DISTRIBUIÇÃO: 1 nutricionista diretora
NRA	SEÇÃO DE RECEBIMENTO E ARMAZENAMENTO: 1 nutricionista chefe e 1 nutricionista
NPC	SEÇÃO DE PREPARO E COCÇÃO: 1 nutricionista chefe e 1 nutricionista mais 1 nutricionista (NPC e NRA)
NDT	SEÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO: 1 nutricionista chefe e 1 nutricionista encarregado
NLAC	SEÇÃO DE LACTÁRIO: 1 nutricionista chefe
NDIE	SERVIÇO DE DIETÉTICA: 1 nutricionista diretora
NDCM	SEÇÃO DE DIETOTERAPIA EM CLÍNICA MÉDICA: 1 nutricionista chefe
NDCC	SEÇÃO DE DIETOTERAPIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA: 1 nutricionista chefe. 01 nutricionista encarregada e 8 nutricionistas em dietoterapia
NDEX	SEÇÃO DE DIETÉTICA EXPERIMENTAL: 1 nutricionista chefe
NAA	SERVIÇO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL: 1 nutricionista diretora, 1 nutricionista encarregada e 5 nutricionistas em atendimento

As nutricionistas de todas as seções ligadas ao serviço de recebimento, preparo e distribuição responsabilizam-se por todo o controle dos processos produtivos, sejam estes

envolvidos com a produção da alimentação normal ou modificada, ou com os processos produtivos especializados (lactário, produção de dietas enterais e cozinha metabólica). Destaca-se que a cozinha metabólica, como um dos processos produtivos, é controlada por nutricionistas da seção de cozinha experimental, ligada ao serviço de dietética.

No serviço de dietética, as nutricionistas responsabilizam-se por todo o gerenciamento da qualidade dos cuidados nutricionais e dietéticos oferecidos ao paciente internado, além de executar procedimentos que envolvem o acompanhamento nutricional do paciente da sua internação até a alta.

As nutricionistas do serviço de atendimento ambulatorial prestam cuidados nutricionais a pacientes de diferentes especialidades, integrados ou não a diferentes programas. Entre estes se incluem: PROSNED (Programa de Suporte Nutricional Enteral Domiciliar), AMULSIC (Atendimento Multidisciplinar à Síndrome do Intestino Curto), NADI (Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar), GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial), Grupo de obesidade – Adultos e Crianças, atendimento a diabéticos, atendimento a imunodeprimidos, PIAEGA (Programa Integrado de Assistência à Gestante Adolescente), Radioterapia e Quimioterapia.

• Características físico-funcionais

✓ *Numero de refeições/dia*: a divisão de nutrição e dietética produz 6.000 refeições por dia destinadas a pacientes internados e acompanhantes, aos filhos dos funcionários na creche e EMEI – Escola Municipal de Educação Infantil, aos funcionários, estudantes e aprimorandos da DND, no refeitório. Cerca de 50% das refeições destinadas aos pacientes são normais, sendo que as demais sofrem alterações relacionadas à consistência ou à composição de nutrientes. Em média, a cozinha metabólica produz 18 dietas metabólicas, com projeção para 30 dietas. A DND responsabiliza-se, ainda, pela produção de 1.500 mamadeiras, 150 litros dieta/dia para atender as necessidades de 10% de pacientes com suporte nutricional oral ou enteral.

✓ *Leiaute das subunidades (tipo de equipamentos e instalações)*: a DND está localizada no 2º andar do IC, possuindo 2.700m² de área física, distribuída nas seguintes áreas: administrativa, cozinha experimental, lactário, recebimento, armazenamento, preparo e cocção, distribuição, copa e refeitório. Possui, ainda, copas de apoio nas unidades de internação e administração do

IC, distribuídas do 2º ao 10º andares, além das copas no hospital-dia, serviço de diálise e creche situadas no prédio dos ambulatórios (PAMB). Nos ambulatórios, a DND possui uma sala administrativa e cinco salas de atendimento a pacientes ambulatoriais. As unidades envolvidas com o processo produtivo de refeições seguem o sistema de cadeia quente, caracterizado pelo processo tradicional de produção de refeições (produção e distribuição para um mesmo dia). As inovações atuais, em fase de experimentação, referem-se à utilização de produtos semi-elaborados dispensando-se os preparos prévios e conseqüentemente a utilização das áreas de pré-preparo de vegetais e do açougue. A perspectiva futura da DND é a implantação de uma cozinha de montagem.²⁹ O *leiaute das subunidades e áreas operacionais* da DND no prédio central do IC pode ser visualizado no esquema de leiaute no Anexo 7. Conforme o esquema, os equipamentos e instalações localizam-se de forma a permitir um fluxo de acordo com o princípio de marcha à frente, permitindo um caminho lógico da recepção da matéria-prima até a distribuição.

✓ *Refeições: os tipos, as características das refeições e a composição dos cardápios* estão previstos em um documento (instrumento auxiliar) denominado *PADRÃO DE DIETAS DA DND – ICHC*, no qual constam os principais itens previstos em todas as dietas para as refeições (desjejum, almoço, jantar) e lanches (das 14h e das 20h).

A dieta geral é a dieta base para as posteriores modificações na composição física das refeições. O desjejum é composto de café com leite, pão com manteiga, fruta (banana ou laranja) e ovo cozido. O almoço e o jantar compõem-se de arroz, feijão, carne e legume, salada, sobremesa e suco padrão. No lanche das 14h e 20h são previstos chá com açúcar às 14h e mistura láctea e bolacha doce para às 20h. A partir da dieta geral (G) estão previstas as composições dos itens do cardápio da dieta branda (B), dieta pastosa (PASTOSA), dieta leve (L), dieta papa II (PAPA II), papa I (PAPA I) e a dieta líquida (LQ). No padrão são previstas ainda a composição da dieta hipoprotéica (HIPOP), da dieta hipogordurosa (HIPOG) e o padrão de dietas para as unidades de internação dos conveniados, da hematologia/transplante de medula óssea (8DN) e de transplante de fígado (10C).

As dietas sofrem, ainda, adaptações a partir das necessidades individuais de cada paciente. Assim, no padrão estão previstas, a partir de cada dieta, modificações dos itens do

²⁹ A cozinha de montagem caracteriza-se por um sistema produtivo que emprega produtos semi-elaborados provenientes das indústrias agroalimentares. (IAA), eliminando e/ou reduzindo as fases de pré-preparo e cocção. Para maiores detalhes ver PROENÇA (1997).

cardápio em relação à quantidade e/ou composição química, resultando em dietas hiper-hiper (G, B, PASTOSA, L, PAPA II e I, LQ HH), laxante (G ou Pastosa LAX), rica em potássio (G K), sem potássio (B, Pastosa, L, PAPA II e I, HIPOP e HIPOG S/K), prato grande (G ou B PTO GRD), sem doce (G, B, PASTOSA, PAPA II e I, L, LQ, HIPOP e HIPOG S/DOCE), sem carne (G, L, LQ S/CARNE), hiper-hiper prato grande (G e HIPOG HH PTO GDE), sem resíduo (B., PASTOSA, L, PAPA II e I, LQ, HIPOP e HIPOG S/R), para úlcera (BR PARA ÚLC.), sem resíduo e sem doce (B, L, PAPA II e I, LQ, HIPOP e HIPOG S/R S/DOCE), infantil (B I), infantil sem resíduo (BI S/R), hiper-hiper sem doce (L HH S/DOCE) e hipoprotéica hipogordurosa (HIPOP HIPOG). Todas as dietas podem ser ou não acloretadas (com ou sem adição de sal, mais as devidas substituições).

O horário de distribuição das refeições aos pacientes é das 7:30h às 8:30h para o desjejum, das 11:00h às 12:00h para o almoço, das 14:00h às 14:30h para o lanche da tarde, das 17:30h às 18:30h para o jantar e das 20h às 20:30h para o lanche noturno.

✓ *Características da clientela:* no que se refere às características da clientela,³⁰ a figura abaixo discrimina, percentualmente, os pacientes atendidos com relação a idade, sexo, naturalidade e procedência.

Fig. 3.19: Características da clientela atendida pelo ICHC com relação a sexo, idade, naturalidade e procedência. São Paulo, março de 2001

IDADE		NATURALIDADE		PROCEDÊNCIA	
4 a 15 anos	9.6%	Estado de SP	43,7%	Estado de SP	77.8%
16 a 21 anos	14.3%	Capital	50.7%	Capital	64.6%
22 a 30 anos	10.8%	Interior	42.5%	Interior	14.6%
31 a 39 anos	12%	Grande SP	6,8%	Grande SP	20.8%
40 a 48 anos	21%	Outros estados	50,9%	Outros estados	21%
49 a 57 anos	18%	Nordeste	57,6%	Nordeste	54,3%
58 a 66 anos	5,3%	Sudeste	29,4%	Sudeste	20%
67 a 75 anos	7,8%	Sul	7,1%	Sul	2,9%
76 a 84 anos	1,2%	Centro-oeste	3,5%	Centro-oeste	14,3%
SEXO		Norte	2,4%	Norte	8,6%
Masculino	47%	Estrangeiros	5,9%	Outros países	1,2%
Feminino	53%				

³⁰ Levantamento realizado em maio de 1998 pela Divisão de Serviço Social Médico do ICHC.

✓*Fluxos*: os diferentes fluxos de funcionamento das principais seções responsáveis pelo atendimento do paciente internado apresentam especificidades próprias em função da dinâmica de funcionamento de cada uma dessas unidades, as quais, todavia, estão interligadas de forma sistêmica tendo em vista a política de qualidade e as metas estabelecidas por cada unidade administrativa, conforme itens desenvolvidos posteriormente em outras seções.

Na figura 3.20 estão representados os fluxos dos principais serviços envolvidos com o atendimento do paciente internado. Tendo em vista os objetivos centrais do tema da tese, que considera a interação entre a *produção de refeições e o atendimento clínico-nutricional*, procurou-se sintetizar os principais fluxos da DND e as respectivas ações envolvidas com estes objetivos.

Fig. 3.20: Fluxos e estratégias de interação entre o atendimento clínico-nutricional e a gestão da produção das refeições da divisão de nutrição e dietética do ICHC, São Paulo, 2001



O paciente admitido no hospital é encaminhado para as unidades de internação. A nutricionista da unidade verifica a prescrição médica, avalia o comprometimento nutricional e

a patologia. A partir da avaliação do estado nutricional e da anamnese alimentar, elabora a prescrição dietética e estabelece uma dieta alimentar. Com a dieta estabelecida, a nutricionista encaminha para seção de distribuição (NDT) ou para seção de dietética experimental (NDEX) a solicitação de dietas³¹. Os cuidados nutricionais incluem visitas, adequação da prescrição às necessidades e hábitos alimentares do paciente e avaliações contínuas do estado nutricional. Após a orientação alimentar na alta hospitalar, o paciente poderá ou não ser encaminhado para atendimento ambulatorial. O horário de solicitação de dietas é diversificado, dependendo da emergência das alterações, do tipo de dieta e do paciente.

A NDT responsabiliza-se pela centralização de todas as informações provenientes das unidades de internação, repassando-as à seção de preparo e cocção (NPC). A NPC, com base em todas as informações das refeições e tipos de dietas (unidades de internação, creche, refeitório e escola municipal), atualiza o número de porções a serem produzidas para o dia seguinte e requisita os gêneros à seção de recebimento e armazenamento. Paralelamente, a seção de recebimento e armazenamento (NRA) responsabiliza-se pelo planejamento de cardápios com 15 dias de antecedência. Em seguida, a nutricionista elabora a previsão quantitativa de gêneros, responsabiliza-se pelo recebimento, armazenamento e a distribuição dos gêneros, encaminhando a ordem de cocção para a seção de preparo e cocção (NPC).

A NPC distribui os diferentes gêneros pelas áreas operacionais com impressos próprios (controle de produção e ordem de produção diária) e responsabiliza-se pela execução e pela garantia de qualidade dos cardápios preestabelecidos para dietas gerais e modificadas. A NDT recebe da NPC os alimentos preparados e responsabiliza-se pelo controle da quantidade distribuída na esteira, no setor de lanches e desjejum e no refeitório.

A seção de dietética experimental (NDEX) baseada na solicitação de dietas das unidades de internação, requisita gêneros da NRA e gêneros já pré-preparados da NPC. Em seguida, recebe os gêneros e controla todo o processo de preparo (com pesagem prévia de todos os ingredientes) e do porcionamento (com pesagem das porções em balança digital). A NDEX responsabiliza-se ainda pelo armazenamento e distribuição das dietas enterais preparadas na seção de lactário (NLAC).

³¹ À seção de distribuição são encaminhadas as solicitações de dietas estabelecidas no Padrão de Dietas da DND e à seção de cozinha experimental, as dietas metabólicas ou enterais, que exigem modificações das características qualitativas e quantitativas dos seus componentes.

- **Sistema e estratégias para garantia de qualidade**³²

Cada unidade administrativa contém seu Manual de Organização, Boas Práticas e de Qualidade contendo uma matriz de responsabilidades pela equipe da DND em relação a cada requisito da NBR ISO 9001. Apresenta, ainda, os planos de metas, as normas, as rotinas operacionais, os procedimentos, os impressos utilizados e outros documentos. Na DND há um manual matriz, contendo as diretrizes básicas da divisão e mais dez manuais para as diferentes unidades administrativas. Portanto, todas as atividades desenvolvidas pelas diferentes seções são integradas de forma sistêmica a uma política de qualidade.

A equipe de melhoria de qualidade (EMQ) é uma unidade de apoio para o sistema de qualidade. As nutricionistas responsáveis pela EMQ atuam em três pontos do sistema: controle de documentos, auditoria interna e ações preventivas e corretivas. A nutricionista do controle de documentos responsabiliza-se pela atualização de todos os manuais, impressos e documentos da DND. Nas auditorias internas, as nutricionistas avaliam periodicamente o sistema de qualidade propondo melhorias. E, nas ações preventivas e corretivas, são avaliadas as ações de todas as áreas, propondo-se soluções para os problemas existentes ou com possibilidades de ocorrências, em cada unidade, com as respectivas chefias.

✓ *Critérios de qualidade:* com relação aos *critérios de qualidade*, observou-se que todas as seções da DND em seus Manuais de Organização, Boas Práticas e de Qualidade apresentam, em seus planos de metas, indicadores que possibilitam a avaliação contínua dos serviços prestados à clientela. A figura 3.21 apresenta uma sistematização dos pontos de inspeção considerados fundamentais pela DND para garantir a qualidade dos serviços prestados em cada unidade administrativa.

³² INSTITUTO CENTRAL DO HCFMUSP, 1999.

Fig. 3.21: Pontos de inspeção fundamentais ao Sistema de Qualidade nas diferentes unidades administrativas da DND. Março, 2001

UNIDADES ADMINISTRATIVAS DA DND/PONTOS DE INSPEÇÃO	
DNDE/EMQ	<ul style="list-style-type: none"> • controle de tramitação de ocorrências especiais
NEX	<ul style="list-style-type: none"> • controle de treinamento • controle de testes • controle de não-conformidades
NRA	<ul style="list-style-type: none"> • controle de qualidade do recebimento • controle de estocagem dos diferentes produtos • degustação de sobremesas preparadas • controle de temperatura de câmaras frigoríficas • levantamento de estoque • controle de manuseio, expedição e não-conformidades • cardápio
NPC	<ul style="list-style-type: none"> • cardápio • controle de recebimento de gêneros da NRA • controle de temperatura das carnes durante o pré-preparo • degustação de todas as preparações antes da expedição
NDT	<ul style="list-style-type: none"> • cardápio • controle de temperatura das refeições distribuídas • controle de <i>per capita</i> • amostra de prova da ceia • identificação de dietas • controle de requisições • controle de tempo de distribuição na esteira
NLAC	<ul style="list-style-type: none"> • controle de produção • controle bacteriológico • degustação para expedição • controle de saúde dos manipuladores
NDIE	<ul style="list-style-type: none"> • avaliação diária por nutricionistas • registro em prontuário • identificação de dietas • <i>enquête</i> para avaliação por pacientes internados
NDEX	<ul style="list-style-type: none"> • identificação de dietas • controle de expedição • degustação para expedição • controle bacteriológico
NAA	<ul style="list-style-type: none"> • registro no prontuário • controle de aceitação de refeições na creche

Fonte: INSTITUTO CENTRAL DO HCFMUSP- DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA. Manual de Organização, Boas Práticas e de Qualidade – MOBPQ. Volume I, 1999.

No que se refere especificamente aos *critérios de qualidade nutricional, psicossensorial, higiênico-sanitária, simbólica e convival*, destacam-se algumas ações desenvolvidas pelas unidades administrativas:

- *Enquêtes* para avaliação da aceitação da refeição: as *enquêtes* são realizadas mensalmente pelas nutricionistas ligadas à seção de dietética e dirigidas a 50 % mais um dos pacientes internados, que receberam alimentação oral. A meta da DND é “atingir índice médio de avaliação de qualidade de 92% pela clientela atendida em relação à refeição servida”.
- Controle de qualidade do recebimento: para garantia da qualidade dos gêneros fornecidos, a DND através da NRA, procede à qualificação durante todo o processo de licitação, aquisição e fornecimento dos gêneros. O fornecimento dos gêneros é controlado por regras contidas no Manual do Fornecedor. Com esta ação a meta da NRA é “assegurar que 90% dos fornecedores de gêneros da DND sejam qualificados com padrões estabelecidos pela DND”. Para atendimento de critérios de qualidade higiênico-sanitária, a DND baseia-se em duas referências da vigilância sanitária, a Portaria nº 6 do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo (CVS 6) e a Portaria 1.428 de 26/11/93 da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.
- Degustações: todas as preparações, sejam elas elaboradas na seção de produção e cocção (NPC) ou na cozinha metabólica (NDEX), são degustadas durante e no final do processamento, antes da expedição. A degustação é feita pelas nutricionistas das respectivas seções. Além disso, como forma de avaliar novas preparações que possam ser introduzidas no cardápio, a seção de cozinha experimental (NEX) responsabiliza-se pela preparação dos produtos e pelo processo formalizado da degustação, que envolve toda a DND.
- Controle do cardápio: na elaboração dos cardápios são considerados os aspectos de equilíbrio, harmonia, composição, adequação às necessidades da clientela atendida, sazonalidade e frequência de utilização dos gêneros. Os cardápios elaborados pela chefia da seção de recebimento e armazenamento (NRA) são avaliados pelas diretoras da DND e NRPD e chefes das seções NPC, NDT, NDCM e NDCC. A meta estabelecida pela NRA referente às preparações dos cardápios é a de manter as alterações na programação de cardápio referente às 12 preparações diárias, que compõem a dieta geral, abaixo de 7%.
- Controle da quantidade *per capita*: uma das ações da seção de distribuição é garantir a pesagem das porções na esteira de distribuição. A meta estabelecida com relação a esta ação é a de “garantir o fornecimento de 90% das preparações porcionadas na esteira distribuidora, com margem de variação de 10g”. Para isso, é feita a pesagem de uma porção das diferentes preparações, a qual serve como referência durante o porcionamento.
- Controle bacteriológico: como forma de avaliar se os procedimentos operacionais estão sendo eficazes do ponto de vista higiênico-sanitário, a DND, através das suas seções

respectivas, encaminha amostras de dietas enterais e de mamadeiras, semanalmente, e da água, mensalmente, ao Instituto Adolfo Lutz. Todo o processamento das refeições na DND é controlado de forma preventiva tendo como referência as Boas Práticas de Prestação de Serviços (BPPS) e Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (HACCP), estabelecidas na Portaria nº 6 do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo (CVS 6) e na Portaria 1.428 de 26/11/93 da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

B.3 Características da situação de trabalho das nutricionistas

A análise ergonômica do trabalho, conforme explicitado anteriormente, foi realizada tendo como referência a atividade da nutricionista chefe da seção de preparo e cocção (NPC) e de uma nutricionista ligada à seção de dietoterapia em clínica médica (NDCM). Para os indicadores relacionados às características da situação existente e as características dos nutricionistas foi elaborada a descrição correspondente a toda a equipe da DND.

• Característica da situação existente

✓ *Procedimentos técnicos e científicos no fluxo de trabalho*: os procedimentos técnicos e científicos para os nutricionistas são estritamente prescritos na DND. O manual Matriz de Organização, Boas Práticas e de Qualidade contempla as especificações do posto de trabalho do nutricionista tanto para fins de contratação, via concurso ou prova de seleção, quanto para os demais níveis hierárquicos da DND indicados pela diretora (nutricionista chefe e nutricionista encarregado). Os documentos apresentam a “denominação de função atividade”, a “definição sumária” da função, as “atividades típicas”, a “forma de preenchimento”, os “pré-requisitos”, a “posição hierárquica”, o “enquadramento” e o local de trabalho. Além disso, cada manual das unidades administrativas apresenta as rotinas dos nutricionistas, as relações hierárquicas da seção, discriminando-se as responsabilidades principais.

✓ *Meios de trabalho e as condições físico-ambientais*: a nutricionista chefe da seção de preparo e cocção, assim como todas as nutricionistas das diferentes unidades administrativas da DND, desenvolve grande parte da sua atividade em sala da seção, que conta com computador e impressora, telefone e todo o material documentado para o seu trabalho (formulários, cadernos de registros e controles, manuais de qualidade e os projetos arquivados e em andamento). O espaço é dividido com nutricionistas da seção, em períodos

diferenciados, com dois oficiais administrativos e, eventualmente, aprimorandas³³ e estudantes de nutrição. A sala permite um fácil acesso a toda a equipe da seção para troca de informações com a chefia. A sua localização é adjacente à área operacional de preparo e cocção, ocupando um espaço de aproximadamente 5m². Se, por um lado, a localização possibilita um fácil acesso para as comunicações, há um comprometimento do espaço disponível com o ruído proveniente das áreas operacionais e do trabalho de impressão desenvolvido pelos oficiais administrativos.

A nutricionista ainda desenvolve as suas atividades dentro das áreas operacionais de preparo e cocção e de distribuição. No preparo e cocção, supervisiona as atividades, degusta todas as preparações previstas no cardápio e troca informações com a sua equipe. Na distribuição (esteira), acompanha o porcionamento individualizado aos pacientes em conjunto com nutricionistas de outras seções.

As reuniões formais e informais com o grupo de nutricionistas e com visitantes (para fornecimento de produtos, dentre outros motivos) são realizadas na sala geral das nutricionistas de toda a DND e na sala de aula da seção de cozinha experimental (NEX).

As tarefas das nutricionistas das unidades de internação, considerado o número de pacientes que requerem atendimento clínico-nutricional, exigem postos diferenciados e constantes deslocamentos. Os principais postos de trabalho são:

- Sala de reuniões da equipe de nutricionistas da DND: realiza parte das atividades, como a leitura das preparações constantes do cardápio diário, os cálculos das dietas individualizadas, o registro do levantamento do número de pacientes, as trocas de informações escritas e comunicações verbais com a equipe; reuniões com a chefia da NDIE para discussões de casos clínicos; recepção de visitantes para fornecimento de produtos dietéticos e reuniões informais. Esta sala, conta com um espaço que dispõe de uma mesa de trabalho central, um armário para guarda de roupas, guarda-pós e impressos de trabalho, além de uma geladeira.
- Unidades de internação: realiza a rotina de cuidados nutricionais aos pacientes. Desloca-se em diferentes unidades de internação em alas diferenciadas no hospital, trocando informações na forma escrita ou verbalizada (prontuários, equipe de saúde e pacientes) nos postos de enfermagem nas copas das unidades e nas enfermarias.

³³ Nutricionista recém-formado, que desenvolve atividades e projetos de interesse da DND, para fins de aprimoramento da formação.

- Copas das unidades de internação: realiza a atualização dos dados sobre as rotinas relacionadas à alimentação do paciente (exames, cirurgias, jejum ...), à prescrição dietética e à solicitação de dietas; supervisiona a organização destas unidades e troca as informações com os atendentes de nutrição.

As nutricionistas das unidades de internação, em casos de dietas especiais, fora do padrão de dietas da seção de preparo e cocção ou dietética experimental, contam com um software da Escola Paulista de Medicina para cálculos de dietas individualizadas. Além disso, a DND dispõe de cerca de 70 impressos que auxiliam no desenvolvimento do trabalho, além de instrumentos para avaliação e acompanhamento nutricional ao paciente (bioimpedância, balança, adipômetro, fita métrica) e livros disponíveis na seção de cozinha experimental e nas bibliotecas das clínicas. O pessoal de apoio inclui as atendentes de nutrição II, que se responsabilizam pela distribuição das refeições, e as atendentes de nutrição e estudantes que auxiliam no acompanhamento nutricional e na solicitação de refeições aos pacientes.

✓ *Condições organizacionais:* os horários de trabalho para as nutricionistas dependem da função exercida, da unidade administrativa e do tipo de vínculo empregatício. As nutricionistas chefes trabalham de segunda a sexta feira, das 7:00h às 16:00h, ou das 9:00h às 18:00h (seção de preparo e cocção). As demais nutricionistas trabalham das 7:00h às 16:00h ou das 7:00h às 13:00h nas unidades de internação e das 6:00h às 15:00h na seção de preparo e cocção. As nutricionistas que apoiam as rotinas da tarde trabalham das 14:00h às 20:00h nas unidades de internação e das 12:00h às 21:00h na seção de distribuição. Os plantões de finais de semana são cobertos com jornadas que se estendem das 6:00h às 15:00h e das 9:00h às 21:00h. O número de nutricionistas das unidades de internação (N1 a N6) e a respectiva distribuição pelas diferentes unidades encontram-se demonstrados na figura abaixo:

Fig. 3.22: Distribuição do número de nutricionistas da divisão de nutrição e dietética do ICHC pelas unidades de hospitalização e seções ligadas à produção de refeições. Março, 2001

Alas de internação	Unidades Médicas	Especialidades ou tipo de atendimento	Número de leitos	NUTRICIONISTAS (N)
10D	OBSTETRÍCIA	Obstetria	48	N1
10G	GINECOLOGIA	Ginecologia	38	N1
10A		Berçário	63	N1
10C	CLÍNICA CIRÚRGICA	Fígado	17	N2
9D	CLÍNICA CIRÚRGICA	Gastroenterologia	49	N2 / N4 à tarde, + RPO
9A	CLÍNICA CIRÚRGICA	UTI Gastroenterologia e Geral	12	N2
9C	CLÍNICA CIRÚRGICA	Cólon e Fígado	20 + RPO	N2 / N5 à tarde
9GS	CLÍNICA MÉDICA	Gastroenterologia clínica/cirurgia geral	42	N3
9GN		Conveniados		N3
8DN	CLÍNICA MÉDICA	Hematologia	25	N3
8DS	CLÍNICA MÉDICA	Reumatologia	26	N3
8E		Conveniados	12	N3
8G	CLÍNICA CIRÚRGICA	Cirurgia geral/cabeça e pescoço/oncologia	35	N5
8A	CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADURAS	Queimados	20	N1
8C	CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADURAS	Plástica	15	N1
7DN	CLÍNICA CIRÚRGICA	Vascular	20	N4
7DS	CLÍNICA MÉDICA	Endocrinologia	22	N4
7A	CLÍNICA MÉDICA	Nefrologia/Imunologia	29	N4
7C	CLÍNICA CIRÚRGICA	UTR (Unidade de Transplante Renal).	20	N4
7G	UROLOGIA	Urologia	42	N4 + DIALISE
6D	CLÍNICA MÉDICA	Clinica Médica Geral	43	N5
6GS	OFTALMOLOGIA	Oftalmologia	24	N5
6GN	OTORRINOLARINGOLOGIA	Otorrinolaringologia	26	N5
6E	CLÍNICA MÉDICA	UTI Clínica Médica/ UTI choque/ UTI pneumologia	11	N5
6A	CLÍNICA MÉDICA	Geriatría/Imunologia	18	N5
5D	EMERGÊNCIA	Emergência (Clínica médica e cirúrgica)	52	N6
5G	NEUROLOGIA	Neurologia	57	N6
4D	MOLESTIAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	Moléstias infecciosas	44	N5
4G	EMERGÊNCIA	UTI - Emergência	19	N6
4C	EMERGÊNCIA	Admissão - Emergência	150	N6
3DN	CLÍNICA MÉDICA	Pneumologia/Tórax	25	N4
3DS	DERMATOLOGIA	Dermatologia	20	N4
2G		Conveniados	17	N3

Além das atividades ligadas ao atendimento clínico-nutricional do paciente, as nutricionistas realizam todas as rotinas relacionadas à gestão da organização das copas das unidades, ao repasse de informações para a seção de distribuição, à elaboração de registros relacionados às dietas, aos pacientes e ao relatório diário do andamento da rotina.

Para as nutricionistas do atendimento clínico-nutricional, a pressão temporal é maior no horário da manhã (até às 10:00h), período em que as ações exigem um ritmo acelerado não só relacionado ao atendimento clínico-nutricional, mas principalmente para solicitação de

uma diversidade de dietas com horários diferenciados (enterais, metabólicas, alimentação infantil, berçário, dietas padronizadas) oriundas das seções de distribuição, dietética experimental e lactário. Além disso, até este horário são atualizadas as informações em diferentes formulários, no posto de enfermagem, as quais interferem no pedido de dietas; essas informações são decorrentes da verificação do censo (altas, admissões, licenças médicas, óbitos, transferência de leitos), da prescrição médica (admissão, jejum, enterais, leves e líquidas) e de exames e cirurgias.

Para as nutricionistas responsáveis pelo gerenciamento das seções envolvidas com produção de refeições, as condicionantes de tempo referem-se às características da própria tarefa. O dia-a-dia das diferentes unidades, ligadas de forma sistêmica a um projeto de qualidade, demanda ações coordenadas no gerenciamento dos recursos disponíveis para garantia dos critérios de qualidade definidos. O horário de expedição é um dos parâmetros a serem seguidos. Portanto, a pressão temporal é constante e generalizada. Atualmente, o projeto de utilização de produtos semi-elaborados é um dos aspectos que interfere com as condicionantes de tempo. O fornecimento desses produtos ainda apresenta problemas operacionais, como o não-atendimento aos critérios definidos (tipo de corte, aspectos organolépticos, atrasos de entrega...). Tais problemas, freqüentemente, exigem alterações dos produtos e da rotina de produção, encaminhadas pelas nutricionistas da NRA e da NPC.

✓ *Indicadores de serviços (quantidade, qualidade e variedade)*: para os serviços executados pelas nutricionistas das unidades de internação e das seções envolvidas com a produção de refeições, a DND, através das suas unidades administrativas, prevê, em seu sistema de qualidade, um plano de metas com indicadores de quantidade (%) e de qualidade com registros diários que interferem diretamente na quantidade de procedimentos a serem realizados pelas nutricionistas das diferentes unidades.

Para as nutricionistas das unidades de internação, o atendimento é sistematizado por níveis. O padrão estabelecido pela DND corresponde a:

- 17 a 22%, atendimento no nível terciário (pacientes com risco nutricional);
- 42 a 49%, atendimento no nível secundário (sem risco nutricional, mas cuja dieta interfere diretamente no tratamento) e,
- 32 a 40%, atendimento no nível primário (sem risco nutricional).

As nutricionistas avaliam o risco nutricional dos pacientes durante a admissão, identificam e registram o nível de assistência. Considerando uma média de 160 leitos por nutricionistas, cerca de 30 pacientes com risco nutricional são priorizados para um acompanhamento diário. Como na França, o nutricionista, em relação aos outros profissionais da equipe de saúde, apresenta-se em desvantagem na relação número de leitos por profissional.

Para as nutricionistas responsáveis pelo gerenciamento da produção de refeições, uma série de indicadores é prevista dentro do plano de metas: as *enquêtes* mensais, os controles de temperatura e da quantidade *per capita*, os horários de entrega das refeições, a avaliação da degustação das refeições, o controle de ocorrências com fornecedores, o controle de ações corretivas e não-conformidades e o controle sanitário. A exemplo da seção de preparo e cocção, a nutricionista chefe responsabiliza-se pelo gerenciamento de 43 rotinas operacionais e 92 procedimentos previstos pelo sistema de qualidade para esta unidade. No estabelecimento de metas, encontra-se o horário preconizado em cada área para garantir o cumprimento da entrega de 90% das preparações neste horário; os testes de degustação para garantir a aceitação de 95% das refeições; o estabelecimento de amostragem das preparações para garantia de 100% da temperatura adequada, dentre outras.

✓ *Indicadores relativos aos acidentes, problemas de saúde, absenteísmo, rotatividade e dificuldades*: nos últimos três anos, referentes a 1998, 1999 e 2000, foram registrados percentuais de 0,66, 0,57 e 0,69% de ausências do total de nutricionistas da DND. Nos indicadores de rotatividade registraram-se valores referentes a 16%, 15,78% e 14,63%, nos três anos referidos.

Com relação às *dificuldades* percebidas e que interferem diretamente nas tarefas desenvolvidas pelas nutricionistas, foram relatados os seguintes aspectos:

- Relacionados ao trabalho das nutricionistas das unidades de internação: o número excessivo de leitos; as dificuldades próprias do trabalho que exige assistência nutricional individualizada a cada paciente, as relações de trabalho com a equipe das unidades (médico, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, assistente social, psicólogo); a localização das unidades de internação distribuídas em dez andares e diferentes alas do hospital, o que exige constantes deslocamentos; dificuldades de passagem de informações ao atendente de nutrição;

necessidade de gerenciamento do tempo para dar conta das rotinas prescritas e o pouco tempo de serviço de algumas profissionais;

- Relacionados com as políticas gerais de funcionamento: limitações no orçamento do hospital destinado à alimentação; dificuldades com o gerenciamento de folgas para o pessoal operacional e a política de mérito e reconhecimento destinada somente aos professores;
- Relacionados com a organização do trabalho na DND: baixos salários da nutricionista gerando uma rotatividade freqüente; alto volume e carga de trabalho e o choque com as exigências; queixas relacionadas ao excesso de trabalho, ao excesso de clínicas e ao clima organizacional em geral; dificuldades temporais para desenvolver as rotinas administrativas; insuficiência de nutricionistas para realização de um trabalho mais completo; dificuldades de comunicação e relacionamento (pouco contato verbal *versus* muitos registros).

• **Característica das nutricionistas**

✓ *Idade e sexo*: a equipe de nutricionistas da DND é constituída de profissionais do *sexo* feminino. Das 35 profissionais existentes, três encontram-se com *idades* acima de 50 anos, três entre 40 e 50 anos, 11 profissionais na faixa dos 30 aos 40 anos e 18 na faixa dos 20 aos 30 anos.

✓ *Nível de formação, acesso à formação continua e tempo de serviço*: com relação à *formação*, a diversidade de cursos de especialização realizados e o incentivo constante na participação de eventos e cursos de aperfeiçoamento e atualização retratam a preocupação da DND no desenvolvimento técnico da sua equipe de trabalho. Dos cursos de especialização, 11 profissionais realizaram na área de administração, seis em terapia nutricional, quatro em nutrição clínica, três em marketing, um em administração em saúde pública, dois em qualidade e produtividade, cinco em nutrição hospitalar e um profissional realizou o mestrado. Com relação ao *tempo de serviço*, 11 nutricionistas trabalham há cerca de dois anos, oito na faixa dos dois a cinco anos, seis na faixa dos cinco a dez anos, três na faixa dos 10 a 15 anos, quatro na faixa dos 15 a 20 anos, dois na faixa dos 20 a 30 anos e um acima dos 30 anos na DND.

Com relação às características das nutricionistas selecionadas como referências da DND para análise da situação de trabalho, foram observadas as seguintes especificidades:

A nutricionista chefe da seção de preparo e cocção obteve sua *formação* de nutricionista em 1991 pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Na sua trajetória profissional constam experiências de dois meses em concessionária no setor hospitalar, sendo contratada logo em seguida para atuar na DND do ICHC. Durante um ano atuou em várias unidades como substituta de férias. As suas atividades na seção de preparo e cocção são desenvolvidas há oito anos. Em 1999, realizou o curso de especialização em administração hospitalar pela Universidade de São Paulo; realizou cursos de atualização em HACCP, Gastronomia e Qualidade de Vida e disciplinas no curso de especialização em nutrição clínica. Apresenta experiências como docente no Colégio Técnico de São Camilo de nutrição e enfermagem.

A nutricionista de referência da seção de dietoterapia em clínica médica (NDCM) obteve a sua graduação em nutrição em 1996 pela Universidade Bandeirantes. Na sua história profissional constam experiências de cinco meses em um hospital geral, onde atuou em pediatria, ambulatório e lactário. A sua admissão na DND foi em novembro de 1998, onde sempre atuou na seção de dietoterapia. Trabalha eventualmente como substituta de férias na seção de dietética experimental e como nutricionista encarregada da tarde. No momento, está cursando especialização em nutrição clínica. Mantém-se atualizada participando de eventos e cursos da área.

•Características da atividade

• A análise da atividade da nutricionista chefe da seção de preparo e cocção

As jornadas de trabalho da nutricionista chefe da seção de preparo e cocção (Anexo 11) são caracterizadas por um volume significativo de ações técnicas e administrativas para controlar a execução das atividades específicas de elaboração das preparações de todas as refeições servidas. Como característica de todo trabalho gerencial, a atividade é essencialmente ligada às *comunicações*, utilizadas em sua maioria de forma verbal e estabelecidas entre diferentes profissionais subordinados hierarquicamente à seção.

Outra característica significativa é o parcelamento ou a fragmentação das ações, evidenciados pelas interrupções em seu trabalho, pelos eventos de natureza diversificada e pelas solicitações constantes para o gerenciamento da logística dentro do serviço. Para evidenciar esta fragmentação, as ações foram subdivididas em três grandes blocos: as ações

que compreendem a gestão de imprevistos; as ações programadas, agendadas e que fazem parte do roteiro previsto no manual de qualidade da seção, denominadas de rotina programada e, as ações relacionadas à gestão da logística, que se referem às ações administrativas de informação, coordenação e controle para o bom andamento dos serviços executados.

Mesmo desenvolvendo uma ação programada em sua rotina, a nutricionista é solicitada constantemente para atender problemas não previstos. Esta característica de *interrupções* e fragmentação das suas ações determina em grande parte os aspectos relacionados à *duração*, à *orientação* e ao *volume* das *comunicações*. As comunicações são dirigidas a vários interlocutores ao mesmo tempo. O número de interlocutores abrange essencialmente o pessoal ligado hierarquicamente à chefia. Mas, paralelamente, as ações de comunicação são mantidas também com diferentes nutricionistas de outras seções para coordenação das atividades ligadas à produção de refeições. Na troca de informações, constantemente há necessidade de aumentar o volume da voz, em função do nível aumentado do ruído provindo dos equipamentos da produção e da impressora em sala própria. Os deslocamentos, embora de forma também fragmentada, ocorrem dentro da própria seção. A figura abaixo representa, de forma simplificada, o principal conteúdo das comunicações estabelecidas entre os diferentes interlocutores e a nutricionista chefe da seção de preparo e cocção, segundo observações em jornadas de trabalho e reuniões.

Fig.: 3.23: Principais conteúdos das comunicações estabelecidas entre a nutricionista chefe da seção de preparo e cocção e diferentes profissionais das unidades administrativas da DND e do ICHC. Março, 2001

ATORES E RESPECTIVOS SERVIÇOS	COMUNICAÇÕES
Diretora da DND	Discussão dos encaminhamentos do cardápio do dia. Reuniões semanais de chefias das unidades administrativas.
Nutricionista da NRA	Discussão do tipo de preparações, encaminhamentos sobre quantidade, formas de preparo, padrões de corte... Comunicações escritas (ordens de cocção, requisições e devoluções). Parceria para avaliação da qualidade dos produtos e das atividades das seções. Reuniões de cliente interno.
Nutricionista da NPC	Discussão dos encaminhamentos da seção – preparo <i>versus</i> pessoal (passagem de turno). Reuniões de cliente interno.
Nutricionista da NDIE	Discussão dos encaminhamentos para gestão de pessoal de apoio na produção de refeições e esteira. Reuniões de cliente interno.
Nutricionista da NDT	Discussão dos procedimentos e preparações das dietas na esteira. Reuniões de cliente interno.
Nutricionista da NDEX	Discussão sobre gêneros para cozinha metabólica. Comunicações escritas (requisições). Reuniões de cliente interno.
Líder	Discussão de todos os encaminhamentos das preparações nas diferentes áreas da seção (controle de quantidade e qualidade) Coordenação das atividades <i>versus</i> pessoal
Oficial administrativo	Apoio para encaminhamentos dos impressos, requisições, identificação de refeições, documentos, controle da temperatura.
Aprimoranda	Apoio para as comunicações entre os profissionais. Orientação da aprendizagem. Apoio para elaboração de projetos na seção.
Cozinheiros e atendentes de nutrição	Discussão de todas as formas de preparo, tipos de preparações <i>versus</i> dietas, equipamentos a serem utilizados. Controle da qualidade organoléptica (degustação). Controle para distribuição (gestão do tempo).
Administradora (Equipamentos)	Apoio para manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos.
Funcionários (limpeza, pintura, engenharia)	Discussão para providências na rotina para realização dos serviços.

Com relação à *natureza da atividade*, no desenvolvimento das suas ações a nutricionista lida com situações com grande variabilidade e complexidade, exigindo constantemente soluções e procedimentos não previstos. A variabilidade é caracterizada, principalmente, pela instabilidade do processo de produção, em função da implantação da utilização dos produtos semiprocessados, o que exige soluções e procedimentos a curto prazo

e respostas caso a caso, dependendo das providências a serem tomadas. A complexidade é evidenciada pela diversidade de problemas a serem gerenciados com níveis de exigência diferenciados e pelo número de profissionais com as quais interage no seu dia-a-dia, embora todas as ações estejam envolvidas essencialmente com a execução dos cardápios. Como exemplo, ao discutir o cardápio com o cozinheiro (rotina programada), a nutricionista executa cálculos para troca de legume, repassa para o oficial administrativo, troca informações com cozinheiro sobre o legume do jantar (gestão de imprevistos) e, ao mesmo tempo, solicita à aprimoranda que pegue o caderno de controle de gêneros desprezados (gestão da logística). Todas essas ações caracterizam a sua rotina, mas, ao mesmo tempo, a gestão do processo é muito dependente da nutricionista em função dos imprevistos cotidianos, possivelmente pela experimentação de produtos semiprocessados.

Dadas as características desta atividade, os comportamentos utilizados são baseados ora em conhecimentos, ora em regras (seqüência de ações técnicas e programadas em sua rotina), o que exige o tratamento e o resgate de informações na *memória de trabalho* e de *longo termo* e *raciocínios* na maior parte das ações de *natureza heurística* para a resolução de problemas e tomada de decisões.

A organização temporal das suas atividades está estreitamente relacionada às variações situacionais no curso de suas ações. Mesmo em meio às ações imprevistas que exigem solicitações constantes da profissional, faz uma agenda para o dia “para não esquecer nada!”.

Dentre as demais ações que integram a rotina semanal da nutricionista, destacam-se a participação nas reuniões de cliente interno, a avaliação escrita de cardápios elaborados pela nutricionista da NRA e todas as reuniões e medidas da DND que envolvem a discussão das ações preventivas e corretivas.

• **A análise da atividade da nutricionista da seção de dietoterapia em clínica médica (NDCM)**

As jornadas de trabalho da nutricionista ligada à seção de dietoterapia em clínica médica (NDCM) caracterizam-se por um conjunto de ações voltadas, principalmente, para o controle da assistência nutricional e do fornecimento das refeições ao paciente internado (Anexo 12).

As *comunicações*, de forma verbalizada ou escrita, correspondem a uma das mais importantes ações para troca e obtenção de informações sobre a movimentação dos pacientes nas unidades de internação e para prestação dos serviços ligados à assistência nutricional. No acompanhamento da sua jornada nas unidades de internação, a nutricionista, além da troca de informações com sua equipe (estagiária de nutrição e atendentes de nutrição), estabeleceu relações de parceria principalmente com a equipe de enfermagem e com as escriturárias. Esses profissionais repassam informações sobre as alterações de prescrição médica, a movimentação das unidades com relação à admissão, cirurgias, exames, óbitos e sobre a aceitação da alimentação por parte dos pacientes. As trocas são mantidas também com a equipe médica, para esclarecimentos sobre a prescrição médica *versus* prescrição dietética, com a fonoaudióloga e com os acompanhantes. A figura 3.24 representa, de forma simplificada, o principal conteúdo das comunicações estabelecidas entre os diferentes interlocutores e a nutricionista da seção de dietoterapia em clínica médica (NDCM), conforme observações feitas durante jornadas de trabalho e reuniões.

Fig. 3.24: Principais informações e conteúdos das comunicações entre a nutricionista da seção de dietoterapia em clínica médica (NDCM) e diferentes interlocutores do ICHC. Março, 2001

DIETISTA ATENDIMENTO CLINICO- NUTRICIONAL	INFORMAÇÕES E COMUNICAÇÕES
Atendentes de nutrição	Parceria e apoio com relação à prestação dos serviços ligados à assistência nutricional (coleta de prescrição médica, solicitação de refeições, controle e atualização de impressos) de pacientes fora de risco nutricional.
Atendentes de nutrição II	Parceria e apoio na distribuição das refeições e na troca de informações sobre aceitação de refeições.
Equipe médica	Informações relacionadas à prescrição médica <i>versus</i> prescrição dietética.
Equipe de enfermagem	Parceria e apoio quanto à movimentação dos pacientes e quanto à aceitação da refeição.
Equipe de nutricionistas	Discussão da gestão dos cuidados nutricionais (cuidados, níveis de assistência, condutas, serviço). Discussão em reuniões de serviço.
Fonoaudióloga	Parceria com relação ao tratamento dos pacientes com dificuldades na alimentação oral.
Estudante de nutrição	Parceria e apoio com relação à prestação dos serviços ligados à assistência nutricional de pacientes em risco nutricional.
Paciente e acompanhante	Troca de informações sobre aceitação da dieta e os cuidados nutricionais recebidos.
Escrituraria	Apoio com relação à movimentação dos enfermos nas unidades.

As informações são obtidas, também, de documentos dentro dos prontuários dos pacientes, localizados no posto de enfermagem. A partir desses documentos, a nutricionista coleta a prescrição médica e as informações sobre a evolução do tratamento, necessárias para a avaliação e evolução do estado nutricional e da dieta. Os dados da evolução são registrados, diariamente, em impresso próprio para os pacientes com nível de assistência nutricional terciária e mantidos dentro do prontuário. Os impressos como “Controle de Alimentação”, “Controle de Entrega de Dietas Enterais”, “Alimentação Infantil e Frascos de Água à Divisão de Enfermagem” são formulários de controle das refeições e dietas distribuídas aos pacientes.

De um modo geral, pode-se identificar que a nutricionista desenvolve atividades relacionadas diretamente ao acompanhamento nutricional do paciente e, principalmente, atividades de controle dos encaminhamentos necessários para solicitação das refeições, conforme esquema do anexo 12.

De forma semelhante à dietista da situação de referência francesa, a nutricionista da seção de dietoterapia da NDCM responsabiliza-se pelo atendimento a pacientes com patologias categorizadas dentro de várias especialidades médicas. No entanto, esses pacientes apresentam uma maior *variabilidade* e *especificidade* com relação aos indicadores relacionados ao estado clínico e às características físicas. Como exemplo, na unidade de internação com especialidade em moléstias infecciosas, 100% dos pacientes apresentam risco nutricional (a dieta interfere diretamente no tratamento) e 90% recebem alimentação via sonda nasogástrica. Outrossim, atende unidades onde a população é essencialmente de idosos, com 90% das dietas hipossódicas e 60% com dieta para diabetes (geriatria, imunologia e oftalmologia); acompanha, ainda, pacientes com dificuldades de verbalização (clínica cirúrgica com especialização em cabeça e pescoço) e com câncer (oncologia).

O tratamento dessas situações e a multiplicidade de ações desenvolvidas pela nutricionista desencadeiam comportamentos baseados em conhecimentos e essencialmente em regras, exigindo o tratamento de informações na *memória de trabalho* e o resgate de informações na *memória de longo termo*. Os procedimentos utilizados para o controle e para a garantia do fornecimento das refeições envolvem ações de gestão da logística, a verificação da prescrição médica, a aceitação por parte do paciente e a atualização dos dados em impressos de controle da DND. Esses procedimentos fazem parte da tarefa que lhe é prescrita e compreendem uma seqüência de ações conhecidas pela nutricionista.

As características funcionais da unidade de alimentação e nutrição, através das seções de preparo e cocção e dietética experimental (cozinha metabólica) apresentam uma diversidade de dietas em seus padrões, possibilitando à nutricionista, na maioria dos casos, situar seus conhecimentos e optar pelo tipo de dieta (prescrição dietética) mais adequada para o tratamento do paciente. Além disso, as reuniões de estudos de casos com a chefia e nutricionistas das unidades ou mesmo a troca de informações diárias com o grupo possibilitam a discussão de casos que exijam um *diagnóstico* nutricional e tomada de decisões mais rigorosos do ponto de vista dos cuidados clínico-nutricionais. Essas experiências favorecem o trabalho da nutricionista e reduz em parte a variabilidade dos encaminhamentos que a mesma tem que executar no seu dia-a-dia.

O número de pacientes e de encaminhamentos a serem providenciados em unidades diversificadas praticamente impossibilita à nutricionista dedicar-se, de forma mais aprofundada, às visitas individuais. As comunicações são breves. Aliados a isto, os imprevistos e as *interrupções* são constantes:

Durante a visita a nutricionista pergunta se o paciente consegue comer bem. A acompanhante repassa as informações. A nutricionista informa as alterações que vai fazer...

Com outro paciente, pergunta se está aceitando bem a dieta, se consegue comer com os dentes extraídos. Pergunta se está com apetite, se gosta de sopa, de purê. A paciente responde: "Eles me dão 10 comprimidos! E aí me dá ânsia!" ...

Desloca-se para o posto de enfermagem. Pega o prontuário do paciente para anotar a evolução dietoterápica. Retorna para a enfermaria para conversar antes com o paciente. Pergunta se teve diarreia e como está a aceitação. Retorna para o posto de enfermagem. Pega outro prontuário e verifica que o impresso de evolução não está no prontuário. A enfermeira comunica que houve alteração de dieta e que a médica quer falar com a nutricionista. Desloca-se para falar com a médica que lhe pergunta sobre as características da dieta. A nutricionista esclarece a consistência, as funções e os alimentos que compõem a dieta...

Pergunta a um outro paciente se consegue comer. O paciente responde que tem vontade de vomitar. A nutricionista pergunta o que está comendo. Paciente responde: "Bolacha maisena se vier... aí, eu como!"

Com outro paciente, pergunta se tem tomado o suplemento alimentar. Fala das características do suplemento, pergunta o peso. Paciente fala do sorvete, que não gosta de sorvete de chocolate e da gelatina ácida que machuca a boca.

Com outro paciente se apresenta. O paciente fala do jantar que veio frio. A nutricionista explica como deve vir a refeição – "a atendente deve ligar o carrinho para a comida ficar quente!"

Outro aspecto da atividade relaciona-se à *organização temporal* que demanda exigências cognitivas significativas, mesmo *priorizando-se* os pacientes com níveis de assistência terciária. Todos os procedimentos são executados sobre uma forte pressão temporal, em função das providências ligadas às rotinas da produção de refeições.

Outras ações compreendem a participação nas reuniões didáticas semanais (de estudos de caso) com a equipe de nutricionistas das clínicas e a chefe do serviço (NDIE), que revelam uma iniciativa importante para a troca de conhecimentos sobre os cuidados nutricionais e as condutas dietoterápicas mais adequadas para os casos apresentados.

• **A representação mental das nutricionistas e os elementos de convergência entre a produção de refeições e a terapia nutricional**

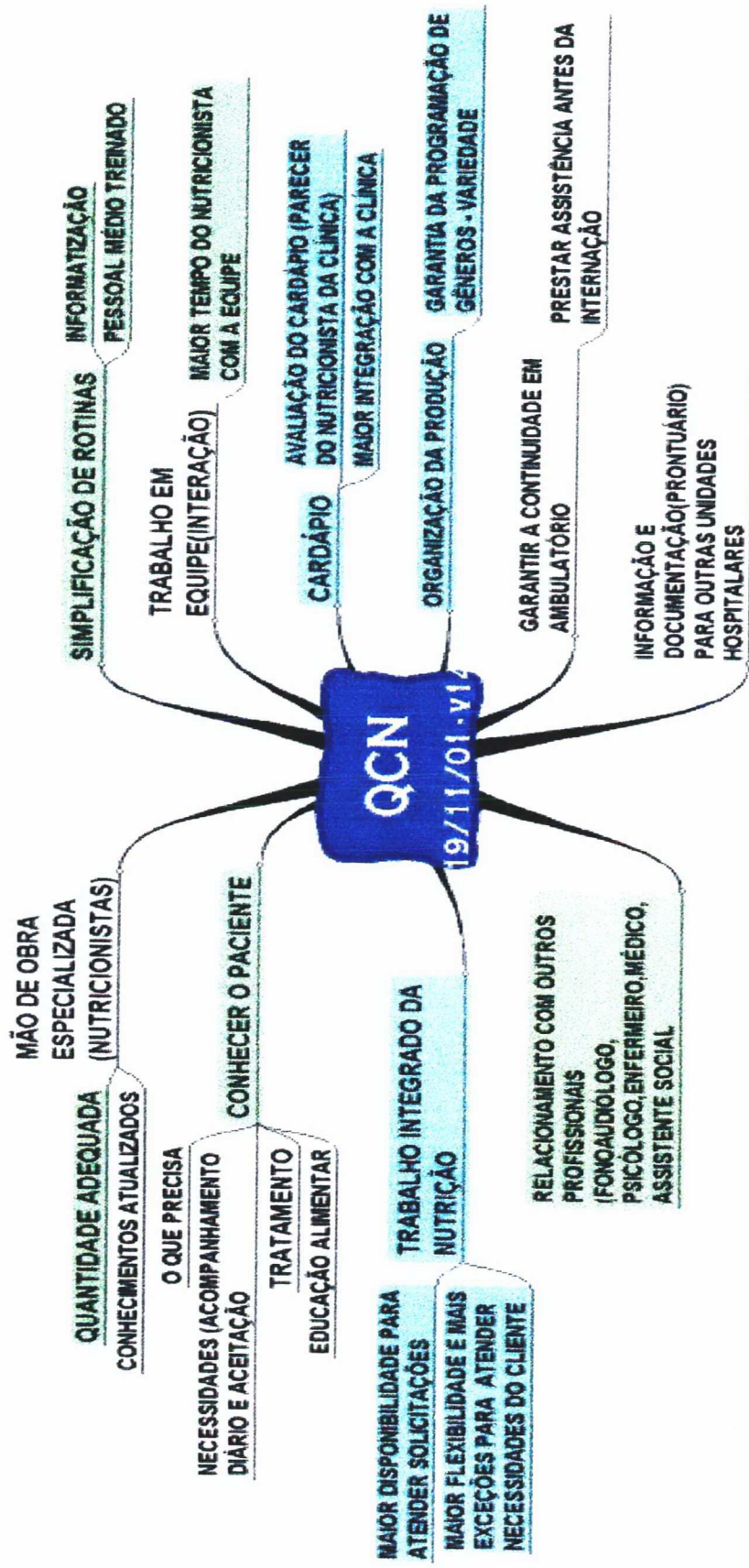
De forma semelhante ao estudo de caso francês, nesta análise buscou-se identificar as características da atividade e a representação mental das nutricionistas diante das condicionantes apresentadas pela organização hospitalar, pelas características da unidade de alimentação e nutrição e, de forma particularizada, pela característica da situação de trabalho.

Para melhor compreensão desses aspectos, os dados foram apresentados graficamente, utilizando-se de utilizando-se de mapas cognitivos representados nas figuras 3.25 e 3.26.

Fig. 3.25: Mapa cognitivo da representação mental da qualidade dos cuidados nutricionais (QCN) da nutricionista chefe da seção de preparo e cocção da DND/ICHC, março, 2001



Fig. 3.26: Mapa cognitivo da representação mental da qualidade dos cuidados nutricionais (QCN) da nutricionista da seção de dietoterapia em clínica médica da DND/ICHC, março, 2001



Para a nutricionista chefe da seção de preparo e cocção, a atividade, como descrita anteriormente, está diretamente relacionada com o controle das ações para execução das preparações previstas no cardápio e as comunicações são mantidas principalmente com os operadores ligados à seção. Em níveis de importância, destacam-se os seguintes conceitos:

❶ A avaliação do cardápio: necessidade de avaliar a *apresentação, as condições operacionais*, as características organolépticas (*cor, sabor...*). Além disso, considera que a avaliação do cardápio deve ser realizada em função das *necessidades do paciente*.

❷ As comunicações:

- com a nutricionista da recepção: refere esta necessidade de comunicação para a *elaboração do cardápio*, já que cabe à nutricionista da recepção esta tarefa.

- com nutricionistas das clínicas: considera fundamental o *retorno da informação sobre a aceitação do cardápio* por parte dos pacientes, referindo a necessidade de *maior interação* entre os dois setores.

- com cozinheiro: é uma das ações mais freqüentemente observadas em sua atividade. A nutricionista refere esta necessidade para discutir as formas de preparo e a orientação de dietas. Considera, ainda, que esta ação deve estar voltada para atender as *necessidades do paciente*. Para isso, o *retorno da informação sobre a aceitação do cardápio* das unidades de internação é importante.

❸ Informação ao paciente sobre o cardápio para atendimento das suas necessidades.

❹ Acompanhamento do modo de preparo: considera este conceito importante, tendo em vista a necessidade de *controle dos processos* pelos *riscos de contaminação*, o controle da *temperatura* e da quantidade *per capita*. Refere a importância da *degustação*, realizada tanto pelos *nutricionistas* como pelos *cozinheiros*.

❺ Novas receitas para *pesquisa de novos produtos*.

❻ Reuniões com funcionários para discussão dos resultados da *enquete*, ressaltando a necessidade de realização de visitas nas clínicas para perceberem "*para quem estão fazendo esta comida*".

Todos esses elementos revelam que, na representação mental da nutricionista, como coordenadora da equipe operacional da seção de preparo e cocção, são valorizados os conceitos relacionados à execução, à avaliação, à elaboração, ao acompanhamento e às informações e comunicações em torno do conceito *cardápio*. O enfoque, neste conceito, possivelmente esteja relacionado à especificidade e à responsabilidade de sua tarefa que exige

o controle de ações coordenadas em torno da produção do cardápio, além do gerenciamento dos recursos disponíveis (equipamentos, pessoas e matéria-prima) para garantir os critérios de qualidade que estão definidos, como a temperatura, o *per capita* e o horário de expedição. Estas condicionantes ligadas à sua tarefa caracterizam, em grande parte, as suas ações, que são essencialmente voltadas para o controle de um trabalho coletivo e para a resolução de problemas e tomada de decisões a curto prazo. Portanto, a atividade revelou exigências mentais significativas ligadas à responsabilidade centrada na chefia, pela qualidade dos serviços.

Mesmo com a responsabilidade que a tarefa impõe, a nutricionista da seção de preparo e cocção utiliza seus conhecimentos, a sua experiência de oito anos na seção e a sua habilidade para criar e formular alternativas junto a sua equipe. Embora suas ações sejam caracterizadas pelas interrupções e pela fragmentação, ela recorre às estratégias cognitivas, de organização e de interação para o ajustamento das tarefas como, por exemplo, a modificação das preparações ou das formas de execução, a reorganização das tarefas à medida que recebe o pessoal operacional (reforço ou mudança de função, orientação sobre os conhecimentos e representações).

Todos estes ajustamentos estão relacionados principalmente à variabilidade imposta pelas matérias-primas em experimentação (ajustes da quantidade *per capita*, não-atendimento das solicitações por parte do fornecedor) associada, ainda, a uma dimensão temporal. Apesar da fragmentação e do ritmo de trabalho exigido, a nutricionista ainda apresenta um grande domínio sobre as possibilidades de estudos e pesquisas para a melhoria dos serviços da seção de produção.

Para a nutricionista ligada à seção de dietoterapia em clínica médica, alguns conceitos estão relacionados às suas ações e outros às suas expectativas relacionadas à melhoria do trabalho de atendimento clínico-nutricional. Em níveis de importância, destacam-se:

- ❶ Mão de obra especializada (nutricionistas) em *quantidade adequada* e com *conhecimentos atualizados*.
- ❷ O conhecimento do paciente destacando-se *o que ele precisa*, as suas *necessidades* através do *acompanhamento diário*, a *aceitação*, a *avaliação do tratamento* e orientações (*educação alimentar*).
- ❸ O trabalho integrado da nutrição no que diz respeito à *maior disponibilidade, flexibilidade* e mais abertura para atender as solicitações, fora do padrão do cardápio estabelecido pela

DND. Refere este aspecto, considerando o atendimento às necessidades do cliente, relacionando este conceito com o *conhecimento do paciente*.

- ④ O relacionamento com outros profissionais da equipe de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, enfermeiro, médico, assistente social). Este conceito está relacionado com nutricionistas em quantidade adequada e considera-o importante para avaliar o reconhecimento do trabalho do nutricionista junto à equipe (resposta sobre o seu trabalho). Refere, ainda, a necessidade do trabalho em equipe (interação) destacando *maior tempo do nutricionista com a equipe de saúde*.
- ⑤ A simplificação de rotinas referindo não só a necessidade de informatização, mas de treinamento para o pessoal de nível médio.
- ⑥ O cardápio: avaliação do cardápio, considerando importante o parecer da nutricionista da clínica. Refere, também, a necessidade de maior integração da equipe de nutricionistas.
- ⑦ A organização da produção em termos de variedade, para garantir a programação de gêneros. Este conceito está relacionado com o trabalho integrado da nutrição para ter maior disponibilidade para atender solicitações.
- ⑧ A garantia da continuidade em ambulatório ou mesmo a prestação da assistência ambulatorial antes da internação.
- ⑨ Informação e documentação (prontuário) sobre os cuidados nutricionais para disponibilizar para outras unidades hospitalares.

Os conceitos apresentados são mais diversificados em relação aos da nutricionista da seção de produção, mas representam, em grande parte, as dificuldades existentes no contexto da situação de trabalho das nutricionistas do atendimento clínico-nutricional para qualificar os cuidados nutricionais. Como observado na análise da atividade, as condicionantes organizacionais ligadas à forte pressão temporal e ao número excessivo de leitos limitam as ações dessas profissionais para dedicar-se com mais tempo ao acompanhamento dos pacientes (visitas, instrumentos de avaliação da ingestão, orientações diárias, etc.). As ações que permitem agilizar a solicitação das refeições são priorizadas. Além disso, a atividade é desenvolvida em meio às condicionantes físico-ambientais ligadas ao trabalho em pé e aos deslocamentos constantes.

Da mesma forma que a nutricionista da seção de preparo e cocção, a atividade da nutricionista do atendimento clínico-nutricional caracteriza-se pela predominância de exigências mentais, sobretudo cognitivas. A nutricionista utiliza-se de estratégias cognitivas,

de organização e de interação para dar cumprimento a todas as ações em conjunto com as atendentes e estudante de nutrição, e a equipe de enfermagem. Estas estratégias são observadas principalmente ao agilizar a obtenção de informações, diretamente com os profissionais envolvidos, sobre uma nova prescrição ou conduta a ser seguida, sobre a aceitação da dieta, alteração de leito ou internação, dentre outros. Ao utilizar essas estratégias, a nutricionista busca antecipar o encaminhamento das providências necessárias para solicitar a refeição. A participação da nutricionista nas visitas com a equipe de saúde fica limitada pelos aspectos temporais e pelas características da atividade, anteriormente descritas. Considera-se, ainda, que o controle dos procedimentos, exercido sobre o trabalho das nutricionistas das clínicas, como uma das ações previstas pelas chefias da seção, põe em risco a possibilidade da existência de relações mais equilibradas, mutuamente confiáveis, entre os diferentes níveis hierárquicos. Os aspectos apresentados possivelmente explicam a alta rotatividade do setor.

3.5 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

No presente capítulo foram descritas as variáveis referentes às análises da situação local e de referência francesa e brasileira, conforme proposto na primeira etapa da abordagem antropotecnológica. Como destacado por Daniellou (1991, p 4.4), a análise da atividade de trabalho nas situações de referência permite evidenciar os determinantes da atividade e das estruturas que dão significado às ações.

A análise da atividade nas situações de trabalho acompanhadas evidenciou as determinantes relacionadas à variabilidade imposta pela implantação de tecnologias de gestão (novas matérias-primas, sistema informatizado, contextos de certificação), à variabilidade típica de atividades ligadas ao setor de serviços (pressão temporal em função do atendimento, necessidades individuais...), à variabilidade das matérias-primas (diferentes matérias-primas para diferentes refeições, dietas e preparações), à variabilidade ligada ao próprio paciente (diferentes patologias, necessidades, hábitos alimentares...) e à variabilidade entre as profissionais acompanhadas (experiência, tempo de serviço, idade, percepções, representações...). Diante dessa variabilidade, a análise da atividade das situações de trabalho selecionadas permitiu identificar modos operatórios diferentes para cada situação acompanhada nos dois países.

Além disso, a partir da análise da representação mental, procurou-se identificar estratégias de interação e de organização para as ações de terapia nutricional e de produção de refeições nos locais estudados.

Na abordagem antropotecnológica, conforme referido, o comportamento do indivíduo no trabalho inscreve-se em um quadro de análise mais amplo, compreendendo os aspectos sociais, a tecnologia, o ambiente organizacional e o contexto do próprio trabalho.

Nos capítulos posteriores, encontram-se delineados os aspectos antropotecnológicos relevantes das situações de trabalho acompanhadas a partir da análise comparativa, considerando os contextos de desenvolvimento (ambiente externo) e organizacionais (ambiente interno) nos quais as situações encontram-se inseridas. Trata-se em um primeiro plano da projeção do quadro de trabalho futuro, culminando com o prognóstico da atividade futura, considerada etapa complementar da análise antropotecnológica.

CAPÍTULO 4

PROJEÇÃO DO QUADRO DE TRABALHO FUTURO E PROGNÓSTICO DA ATIVIDADE FUTURA

4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS ASPECTOS ANTROPOTECNOLÓGICOS RELEVANTES DAS SITUAÇÕES DE TRABALHO ANALISADAS

Esta etapa foi desenvolvida a partir da comparação das situações de referência francesa e brasileira. Na análise comparativa das situações de trabalho estabeleceram-se relações entre as variáveis descritas e as atividades desenvolvidas pelos dietistas/nutricionistas, procurando-se identificar os limites e as possibilidades da prática desses profissionais em relação aos contextos apresentados.

Além disso, tendo em vista o quadro futuro, buscou-se delimitar os espaços possíveis para ação dos profissionais com base nas condições organizacionais das situações analisadas, objetivando a interação entre a produção de refeições e a terapia nutricional. Como referência foram considerados os argumentos teóricos utilizados nas seções anteriores, a pergunta de partida, a formulação dos objetivos e das hipóteses.

Os indicadores descritos foram sistematizados de forma esquemática (figuras 4.1 a 4.9) para possibilitar uma comparação e uma organização integrada dos dados. Ressalta-se que a figura 4.9 refere-se aos conceitos apresentados nos mapas cognitivos (item 3.4.1.2), verbalizados pelas dietistas/nutricionistas, em ordem de importância, sobre o que consideram necessários para a qualificação dos cuidados nutricionais.

4.1.1 Análise comparativa das situações de referência francesa e brasileira

A. O ambiente externo – A região da Grande Paris e a da Grande São Paulo

A.1 Os contextos social e demográfico

Fig. 4.1.: Comparação dos indicadores do ambiente externo da França e do Brasil, para o contexto social e demográfico na “dimensão socioeconômica”

FRANÇA	BRASIL
DIMENSÃO SOCIOECONÔMICA	
◆ Investimento e sistema assistencial de saúde	◆ Investimento e sistema assistencial de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • gastos com saúde: 9,5% do PIB • 14.300 francos/habitante (US\$ 2.010) 	<ul style="list-style-type: none"> • gastos com saúde: 1,71% do PIB • R\$ 266,69 (cerca de US\$ 266) com internação; R\$ 2,72 (cerca de US\$ 2,70) com ambulatório; R\$ 41,79 (US\$ 41), gasto em assistência/ habitante (dados de 1996)
<ul style="list-style-type: none"> • 70% dos leitos dentro do setor público 	<ul style="list-style-type: none"> • 32,45% dos leitos dentro do setor público e universitário (diferenças regionais)
<ul style="list-style-type: none"> • 9,2 leitos /1.000 habitantes 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,93 leito/1.000 habitantes
<ul style="list-style-type: none"> • diminuição da ocupação de leitos hospitalares • aumento dos serviços de hospitalização a domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> • aumento do grau de especialização
◆ Nível de renda média e consumo com alimentação	◆ Nível de renda média e consumo com alimentação
<ul style="list-style-type: none"> • salário mínimo interprofissional 6.787 francos (169h de trabalho) cerca de US\$ 954 	<ul style="list-style-type: none"> • salário mínimo de R\$ 180,00 (US\$ 66,33); 30% da população com renda mensal de R\$ 80,00 (menos de US\$ 30)
<ul style="list-style-type: none"> • 17% gastos com alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> • 23% dos gastos com alimentação

Fig. 4.2.: Comparação dos indicadores do ambiente externo da França e do Brasil, para o contexto social e demográfico na “dimensão antropológica e cultural”

FRANÇA	BRASIL
DIMENSÃO ANTROPOLÓGICA E CULTURAL	
◆ Característica das refeições	◆ Característica das refeições
<ul style="list-style-type: none"> • tradição da grande arte culinária • valorização de produtos e da gastronomia regional • refeições: entrada, prato principal, laticínios e sobremesa • tendência para simplificação das refeições • valorização de fontes de micronutrientes, vitaminas, sais minerais e fibras (aumento do consumo de legumes e produtos lácteos em relação ao consumo de fécules). Diferenças regionais de consumo 	<ul style="list-style-type: none"> • São Paulo: concentração de restaurantes da culinária internacional e nacional • produtos e preparações com diferenças regionais • refeições: saladas, prato proteico, acompanhamento, arroz, feijão e sobremesa • consumo dos grupos de alimentos associado a renda: melhoria da renda associada à diminuição de carboidratos (arroz, feijão), aumento de laticínios, legumes, verduras e frutas e alimentos preparados. • aumento no consumo de alimentos com facilidade de preparo
◆ Nível de instrução formal da população	◆ Nível de instrução formal da população
<ul style="list-style-type: none"> • alto nível de escolaridade: acesso crescente às formações superiores 	<ul style="list-style-type: none"> • taxa de analfabetismo de 17% (6,8% no estado de São Paulo). Aumento da demanda para o ensino médio
<ul style="list-style-type: none"> • pouca qualificação de trabalhadores do setor de alimentação hospitalar (cozinheiros com formação específica) 	<ul style="list-style-type: none"> • baixa escolaridade para os trabalhadores do setor de alimentação
◆ Características da formação específica do dietista	◆ Características da formação específica do dietista
<ul style="list-style-type: none"> • diploma de técnico superior em dietética ou diploma universitário de tecnologia: 2 anos de formação com cerca de 1600h, mais estágios. • existência de entidade de representação de cunho técnico-científico • mercado de trabalho principal: setor hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> • diploma de nível superior em nutrição: 4 a 5 anos de formação, com mínimo de 2880h. • existência de entidades de representação: técnico-científico, sindical e de fiscalização da profissão. • mercado de trabalho e atuação diversificados

Fig. 4.3: Comparação dos indicadores do ambiente externo da França e do Brasil, para o contexto social e demográfico na “dimensão demográfica”

FRANÇA	BRASIL
DIMENSÃO DEMOGRÁFICA	
♦ Perfil demográfico e epidemiológico	♦ Perfil demográfico e epidemiológico
<ul style="list-style-type: none"> • fenômeno de envelhecimento progressivo da população • esperança de vida ao nascer: 82,1 anos para mulheres e 74,2 anos para homens • taxa de mortalidade infantil: 5,1‰ • taxa de mortalidade: 7‰ • maiores causas de mortalidade: doenças do aparelho circulatório (32,3%) e tumores (27,6%) 	<ul style="list-style-type: none"> • fenômeno de envelhecimento progressivo da população • esperança de vida ao nascer: 63,88 anos para homens e 71,42 anos para mulheres • taxa de mortalidade infantil: 39,1‰ • taxa de mortalidade: 6,7‰ • maiores causas de mortalidade: doenças do aparelho circulatório (30,8%) e tumores (14,3%)
♦ Processo de industrialização <i>versus</i> grau de urbanização e condições de saneamento básico	♦ Processo de industrialização <i>versus</i> grau de urbanização e condições de saneamento básico
<ul style="list-style-type: none"> • Ilê de France: concentração de 50% da atividade econômica (industrial e comercial) • taxa de urbanização de 72,4% 	<ul style="list-style-type: none"> • taxa de urbanização de 78,4%
<ul style="list-style-type: none"> • condições satisfatórias de saneamento básico. Controle da qualidade da água 	<ul style="list-style-type: none"> • 20,2% e 35,4% da população brasileira sem abastecimento de água e esgotamento sanitário, respectivamente.

Os esquemas comparativos demonstram que, em relação ao Brasil, as características principais do setor de saúde na França correspondem às de um país economicamente desenvolvido graças ao investimento crescente destinado ao setor (9,5% do PIB contra 1,71% para o Brasil), aos gastos hospitalares/habitante e ao número de leitos/mil habitantes. O nível geral de saúde da população francesa, conforme demonstrado nos indicadores de saúde, situa-se entre os melhores do mundo. Os estabelecimentos hospitalares são majoritariamente públicos, ao contrário da realidade brasileira. Os gastos com alimentação representam 17% dos gastos totais, contra os 23% da população brasileira. Mas, no Brasil, 17% da população encontra-se abaixo da linha de privação de rendimento.

Esses dados são reveladores para situarmos a inserção dos hospitais públicos nos contextos apresentados pelos dois países e as condições de saúde e de alimentação da população atendida. Enquanto os profissionais de saúde franceses cuidam de uma população com maior acesso aos bens de consumo, com condições satisfatórias de saneamento básico e com alto nível de escolaridade, no Brasil, esses profissionais – incluindo-se neles o nutricionista – defrontam-se com condições inversas e com inúmeros desafios. O nutricionista da clínica tem que lidar com um perfil epidemiológico complexo e que demanda, ao mesmo tempo, cuidados clínico-nutricionais diversificados e estratégias de orientação

alimentar e nutricional diferenciadas, em virtude do baixo nível de escolaridade da população. O nutricionista da produção de refeições lida com uma diversidade maior de dietas, o que exige uma maior habilidade para coordenar diferentes atividades e os recursos disponíveis.

Outro aspecto relevante refere-se ao fenômeno crescente de envelhecimento da população, tanto na França como no Brasil. As análises disponíveis consideram que o Brasil enfrentará, nas próximas três décadas, novos problemas nas áreas de saúde e previdência social. Ao contrário da França, os hospitais brasileiros estão, em geral, pouco capacitados para atender às pessoas idosas.

Outros indicadores que integram este quadro relacionam-se aos padrões de morbimortalidade associados à rápida urbanização e industrialização nas situações analisadas. As doenças do aparelho circulatório e os tumores são as maiores causas apontadas. No Brasil acrescenta-se, ainda, a não-superação das doenças infecto-parasitárias. Ao lado desta problemática, a desestruturação de um sistema de saúde, com poucos investimentos em atenção básica, traduz-se em um elevado deslocamento da população aos centros urbanos, em busca de serviços especializados oferecidos pelo sistema hospitalar. Todos estes aspectos demandam dos profissionais nutricionistas um alargamento das suas competências, não só pelas especificidades relacionadas ao acompanhamento do indivíduo idoso, mas também pela existência de uma demanda diversificada para o setor hospitalar, com diferentes níveis de complexidade em saúde (primário, secundário e terciário).

Outro fenômeno que coloca grandes desafios para os profissionais dos dois países relaciona-se à modificação do comportamento alimentar da população. Como apontado na análise da situação local dos dois países, diversos aspectos estão relacionados a essas alterações, dentre os quais destaca-se o aumento da taxa de urbanização e, conseqüentemente, uma tendência de simplificação das refeições e de procura de alimentos de fácil preparo. O trabalho nos grandes centros urbanos, tanto em Paris como em São Paulo, dita regras, modifica o modo de vida das pessoas, seus ritmos, seus rituais e tradições alimentares e contribui, também, com novos padrões de morbidade da população. No setor hospitalar, o reconhecimento do tratamento através da dieta é evidente. Mas, diante dessa tendência crescente de modificação do comportamento alimentar, o acompanhamento clínico-nutricional não deveria restringir-se ao tratamento imediato, ou somente ao acompanhamento dos indivíduos em risco nutricional. No entanto, conforme analisado nas situações de referência dos dois países, a relação dietista/nutricionista por leito limita o trabalho desses

profissionais, dificultando uma atuação mais integral com pacientes de diferentes níveis de atendimento.

Este aspecto é relevante, principalmente para o sistema de saúde no Brasil, que não conta com uma estruturação eficaz de atenção primária, e nem com profissionais suficientes para o desenvolvimento de programas preventivos. Considera-se que estes programas seriam importantes para a implementação de cuidados básicos em nutrição e saúde, incluindo-se oficinas educativas sobre os temas. Essas ações, considerando as dificuldades de atuação em todos os níveis de atendimento, podem ser estruturadas de forma a atender coletivamente aos clientes internados no nível de atendimento primário e secundário, sob a forma de cursos semanais, com todos os profissionais de saúde.

A.2 O contexto industrial

Fig. 4.4: Comparação dos indicadores do ambiente externo da França e do Brasil, para o contexto industrial na “dimensão tecnológica”

FRANÇA	BRASIL
CONTEXTO INDUSTRIAL	
DIMENSÃO TECNOLÓGICA	
♦ Fornecedores de matéria-prima	♦ Fornecedores de matéria-prima
<ul style="list-style-type: none"> • condições satisfatórias para atendimento da diversidade dos produtos, condições de transporte e controle de qualidade das matérias-primas • produção, armazenamento, controle de qualidade dos produtos regulamentados em legislação 	<ul style="list-style-type: none"> • condições satisfatórias para atendimento da diversidade de produtos • processo em andamento de programas de controle de qualidade e capacitação de fornecedores • dificuldades no abastecimento de produtos pré-elaborados • sem regulamentação em legislação (produtos alimentícios de 4ª e 5ª gerações)
♦ Fornecedores de equipamento	♦ Fornecedores de equipamento
<ul style="list-style-type: none"> • evolução das técnicas e de conceitos na produção de refeições (produtos pré-elaborados e inovação tecnológica de equipamentos) • expansão dos conceitos no setor hospitalar com apoio centralizado para projetos de área física e aquisição de equipamentos • expansão de sistemas de informatização integrados nas unidades hospitalares (unidades de internação e produção de refeições) 	<ul style="list-style-type: none"> • concentração dos representantes de equipamentos • pouco investimento na compra de equipamentos novos para o setor público • inexistência de informatização dos processos integrados no setor
<ul style="list-style-type: none"> • dificuldades na manutenção preventiva dos equipamentos de produção de refeições 	<ul style="list-style-type: none"> • sistemas de manutenção e prevenção dependentes das condições organizacionais do ambiente interno

O contexto industrial dos dois países coloca aspectos importantes para a atuação dos dietistas/nutricionistas, tendo em vista a melhoria do atendimento aos pacientes; esses

aspectos estão, principalmente, relacionados ao suporte tecnológico para o abastecimento de matérias-primas e à diversidade de equipamentos.

O contexto industrial francês tende a favorecer o trabalho desenvolvido pelos dietistas, não só no que concerne à diversidade de matérias-primas, mas, sobretudo, no controle de qualidade em toda a cadeia alimentar, desde a produção de alimentos até o abastecimento. Da mesma forma, os novos conceitos na produção de refeições coletivas, caracterizados pela utilização de produtos pré-elaborados e inovação tecnológica de equipamentos, vêm ganhando ênfase no setor hospitalar francês, principalmente para atender às expectativas do cliente/paciente. Além disso, a informatização dos processos administrativos e a utilização de programas que incluem uma interface de produção de refeições e atendimento clínico-nutricional revelam um contexto satisfatório para a atuação dos profissionais, que dispõem, durante as visitas ao paciente, da visualização das preparações diárias de todas as dietas. Ressalta-se, porém, que muitas das ações relativas à informatização (correção de cardápios, como exemplo) poderiam ser atribuídas a pessoal administrativo, permitindo as dietistas disporem de um maior tempo em ações desenvolvidas junto aos pacientes, o que fortaleceria o reconhecimento do papel destas profissionais no atendimento clínico-nutricional, em conjunto com a equipe de saúde.

O contexto industrial brasileiro, em especial a região da Grande São Paulo, apresenta aspectos em evolução. A diversidade de produtos na região é considerável. No Brasil, a legislação e a fiscalização sobre os alimentos, de responsabilidade da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e suas coordenações estaduais, avançaram consideravelmente nos últimos anos. No entanto, o abastecimento de produtos pré-elaborados ainda é insatisfatório, assim como o fornecimento de equipamentos, principalmente para o setor público. Muitos dos processos administrativos ainda não são informatizados, o que demanda maior disponibilidade de tempo das nutricionistas das clínicas e da produção de refeições para o preenchimento manual de formulários, mapas e requisições, e para o processamento informações.

B. O ambiente interno do Hôtel Dieu e do Instituto Central do Hospital das Clínicas

B.1 As características dos hospitais estudados

Fig. 4.5: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável “características da organização hospitalar”

FRANÇA	BRASIL
AMBIENTE INTERNO	
A organização hospitalar	
♦ Características gerais	♦ Características gerais
<ul style="list-style-type: none"> • políticas de atendimento centralizadas e sistematizadas. Relações hierárquicas ligadas à Assistência Pública Hospitais de Paris - AP-HP, um Centro hospitalar universitário (CHU). • 418 leitos de hospitalização tradicional com curto período de internação (média de 5,1 dias); 32 leitos do hospital dia, 120 leitos com longo período de internação e 160 poltronas de serviços de odontologia • unidades de internação em função de especialidades • fluxo e categorias profissionais: equipe médica, equipe de atendimento, assistentes de atendimento, agentes hospitalares, secretária hospitalar, equipe hoteleira, psicólogos, dietistas e fisioterapeutas, técnicos em eletro-radiologia e de laboratório, secretária médica, assistente social, pessoal administrativo e pessoal técnico • relações hierárquicas ligadas a projetos, comissões e comitês • alimentação hospitalar ligada a programas estratégicos para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente (Comitê de Ligação Alimentação Nutrição) 	<ul style="list-style-type: none"> • políticas de atendimento vinculadas ao SUS e ao sistema de ensino universitário. Unidades hospitalares autônomas. Convênios com entidades fundacionais. • 969 leitos de hospitalização tradicional com média de 7,6 dias de internação • unidades de internação em função de especialidades, atendimento com alto nível de complexidade • fluxo e categorias profissionais: equipe médica, equipe de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, pessoal administrativo e pessoal técnico • relações hierárquicas ligadas a comissões e grupos de trabalho • alimentação hospitalar vinculada à política de qualidade nos moldes da norma ISO 9001
♦ Sistema de avaliação da qualidade	♦ Sistema de avaliação da qualidade
<ul style="list-style-type: none"> • sistema de qualidade centralizado para fins de acreditação junto a Agência Nacional de Acreditação e Avaliação em Saúde (ANAES) / sistema de qualidade específico para alimentação em implantação 	<ul style="list-style-type: none"> • sistema de qualidade de todo o IC, em processo de discussão • complexo HC é referência nacional junto ao Ministério da Saúde nas áreas de informática e informação, nutrição, patologia clínica e engenharia hospitalar • acreditação nos setores de nutrição e laboratório central

B.2 As características das Unidades de Alimentação e Nutrição

Fig. 4.6: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável “características das unidades de alimentação e nutrição”

FRANÇA	BRASIL
AMBIENTE INTERNO	
O Serviço de Dietética e <i>Restauration</i> - SDR	A Divisão de Nutrição e Dietética - DND
♦ Características organizacionais, físico-funcionais e fluxos	♦ Características organizacionais, físico-funcionais e fluxos
<ul style="list-style-type: none"> • unidade ligada diretamente à diretoria que coordena as atividades, as informações médicas, a organização e a qualidade. • responsabilidade de supervisão e gerenciamento dos serviços prestados pela concessionária na cozinha central e acompanhamento clínico-nutricional a 300 pacientes. • processo produtivo direcionado para atendimento individualizado ao paciente (diversidade em função da escolha de preparações). • produção de refeições na cozinha central pelo sistema de cadeia fria para os pacientes • utilização de produtos de 4^a e 5^a gerações • equipamentos e instalações: separação rígida entre área “suja” e área “limpa”, climatização das áreas; fornos combinados e células de resfriamento rápido • refeições com opções de pratos a escolha do paciente dentro dos limites do cardápio e da patologia. Pouca variabilidade de dietas. Horário de distribuição: 7:30h a 8:30h (desjejum), 10:00h (colação), 12:00h 13:00h (almoço), 16:00h (lanche da tarde) e de 19:00h a 19:30h (jantar) e 22:00h (ceia) • clientela: maioria proveniente da região da Grande Paris (<i>Ile-de-France</i>), além de outras regiões e estrangeiros; 48% do sexo masculino e 52% do sexo feminino; idade média de 54,73 anos. • fluxos entre o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições caracterizados pela implementação de estratégias de interação, incluindo sistema informatizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • unidade ligada diretamente à diretoria executiva • estrutura complexa comportando três serviços e respectivas seções • processos produtivos diversificados (lactário, produção de dietas enterais e metabólicas, produção da alimentação normal ou modificada) • produção de refeições para serviço no mesmo dia (processo produtivo tradicional) • introdução de produtos da 4^a geração • equipamentos e instalações tradicionais, fluxo contínuo do recebimento à distribuição das refeições • refeições obedecendo a um padrão de dietas diversificadas. Muita variabilidade de dietas. Horário de distribuição: 7:30h a 8:30h (desjejum), 10:00h (colação), 11:00h a 12:00h (almoço), 14:00h a 14:30h (lanche da tarde), 17:30h a 18:30h (jantar) e 20:00h a 20:30h (lanche noturno) • clientela: maioria proveniente do estado de São Paulo, embora naturais, principalmente, do nordeste do país; 1,2% de estrangeiros; 47% do sexo masculino e 53% do sexo feminino; idade média com cerca de 42 anos. • fluxos entre o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições caracterizados pelo controle específico das ações em cada seção, integrados por informações escritas e orais.
♦ Sistema e estratégias para a garantia da qualidade das refeições e dos serviços prestados ao paciente	♦ Sistema e estratégias para a garantia da qualidade das refeições e dos serviços prestados ao paciente
<ul style="list-style-type: none"> • estratégias fazem parte de projetos centralizados da AP-HP, no qual a alimentação ocupa um lugar central do ato de cuidar e do conforto do paciente. • discussão e definição de estratégias que garantam a qualidade nutricional, higiênico-sanitária, hedônica (aspectos psicossensoriais e simbólicos) • implantação de um referencial de alimentação e nutrição como um guia de boas práticas organizacionais dentro dos serviços de hospitalização 	<ul style="list-style-type: none"> • estratégias prescritas nos manuais de qualidade da DND para cada seção • prescrição de indicadores para avaliação contínua dos serviços prestados ao paciente em cada seção, destacando-se a qualidade nutricional, a psicossensorial (organoléptica) e a higiênico-sanitária

B.3 As características da situação de trabalho: dietistas na França e nutricionistas no Brasil

Fig. 4.7: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável “características da situação de trabalho”

FRANÇA	BRASIL
AMBIENTE INTERNO	
Dietistas	Nutricionistas
♦Característica da situação existente	♦Característica da situação existente
<ul style="list-style-type: none"> • tarefa prescrita em fichas de posto de trabalho discriminando a missão geral e missões permanentes 	<ul style="list-style-type: none"> • tarefa prescrita nos manuais de qualidade de cada seção, discriminando-se as responsabilidades, as atribuições, as rotinas, os roteiros e os procedimentos operacionais
<ul style="list-style-type: none"> • postos de trabalho diversificados 	<ul style="list-style-type: none"> • postos de trabalho diversificados
<ul style="list-style-type: none"> • espaço físico reduzido, deslocamentos, ausência de secretária, disponibilidade de sistema informatizado com programas e formulários padrões 	<ul style="list-style-type: none"> • espaço físico reduzido, ruído, deslocamentos, apoio de formulários padrões e programa para dietas individualizadas
<ul style="list-style-type: none"> • atendimento sistematizado com responsabilidade de toda a equipe de saúde (vigilância rigorosa do risco nutricional) 	<ul style="list-style-type: none"> • atendimento sistematizado (1^a, 2^a e 3^a) como parte das metas estabelecidas da DND
<ul style="list-style-type: none"> • relação de um dietista para 30 enfermos em risco nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> • relação de um nutricionista para 42 pacientes com nível de atendimento terciário (apoio de estagiárias)
<ul style="list-style-type: none"> • rotatividade inexistente (últimos três anos) 	<ul style="list-style-type: none"> • rotatividade anual média de 15% (últimos três anos)
<ul style="list-style-type: none"> • dificuldades percebidas: reconhecimento, ainda parcial, do dietista na equipe de saúde; orçamento limitado prejudicando a qualidade das matérias-primas; pessoal operacional insuficiente na cozinha central; redução de carga horária de trabalho para 35h na concessionária com mesmo nº de pessoal, piorando as condições de trabalho e a qualidade dos serviços; manutenção deficiente dos equipamentos; as relações de trabalho em equipe; implantação do projeto de informatização refletindo-se na quantidade de trabalho para as dietistas 	<ul style="list-style-type: none"> • dificuldades percebidas: nº excessivo de leitos; as exigências do trabalho nas clínicas; deslocamentos excessivos; passagem de informações; orçamento limitado; gerenciamento de pessoal; política de mérito e reconhecimento (só professores); baixos salários; carga excessiva de trabalho; nº insuficiente de nutricionistas; clima organizacional; pouco contato verbal e muitos registros
♦Características das dietistas	♦Características das dietistas
<ul style="list-style-type: none"> • maioria com formação em BTS (diploma de técnico superior em dietética), idades na faixa dos 30-40 anos (3 dietistas) e 40-50 anos (4 dietistas) 	<ul style="list-style-type: none"> • alto nível de formação (cursos de especialização); idades com faixas diferenciadas dos 20 aos 50 anos
<ul style="list-style-type: none"> • tempo de serviço: cerca de 20 anos (3 dietistas), cerca de 10 anos (1 dietista) e menos de 3 anos (3 dietistas) 	<ul style="list-style-type: none"> • tempo de serviço diferenciados (de menos de 2 anos a mais de 30 anos de serviço): destaca-se que cerca de 54% das profissionais trabalham há menos de 5 anos.
<ul style="list-style-type: none"> • incentivo aos cursos de formação contínua da AP-HP, com planejamentos anuais de participação 	<ul style="list-style-type: none"> • incentivo aos cursos de formação contínua com planejamentos anuais de participação (congressos, cursos de aperfeiçoamento e especializações...)

Fig. 4.8: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável “característica da situação de trabalho”, centrada na análise da atividade das dietistas e nutricionistas

Situação de trabalho - Produção de refeições		Situação de trabalho - Nutrição clínica	
FRANÇA	BRASIL	FRANÇA	BRASIL
<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento de ações para garantir a qualidade dos serviços prestados ao paciente e os projetos ligados à alimentação e à nutrição no hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento das ações para execução das preparações previstas no cardápio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações voltadas para a garantia da qualidade do atendimento clínico-nutricional do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações voltadas para o controle da assistência nutricional e do fornecimento das refeições ao paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Papel de “animadora” da equipe de dietistas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel de coordenadora da equipe operacional da seção de preparo e cocção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de comunicação e de cooperação com a equipe de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de comunicação para obtenção de informações atualizadas com equipe de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Atividade ligada às ações de comunicação com diferentes serviços do hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade ligada às ações de comunicação com subordinados da seção e nutricionistas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações documentadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Coleta de informações (prescrição médica).
<ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento excessivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupções, fragmentação, ruído, deslocamento no setor 	<ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento excessivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento excessivo
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos baseados em conhecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos baseados em conhecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos baseados em conhecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos baseados em regras e em conhecimentos.
<ul style="list-style-type: none"> • Variabilidade ligada à imprevisibilidade do sistema informatizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Variabilidade ligada à imprevisibilidade relacionada ao projeto de utilização de produtos semiprocessados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Variabilidade ligada ao paciente e ao sistema informatizado (orientação às auxiliares de atendimento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Grande variabilidade ligada ao paciente e a forte pressão temporal
<ul style="list-style-type: none"> • Exigências mentais ligadas às atividades de natureza heurística (projetos, supervisão da concessionária e gestão de imprevistos do sistema informatizado) e rotineira). 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigências mentais ligadas à variabilidade da atividade (natureza heurística): volume de informações tratadas e ações a serem controladas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigências cognitivas (ações do acompanhamento clínico-nutricional não padronizadas) e psíquicas (estado depressivo de pacientes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigências mentais (rotina supervisionada, pressão temporal) incluindo cognitivas (ações do acompanhamento clínico-nutricional não padronizadas).
<ul style="list-style-type: none"> • Atividades exercidas em grupos e/ou comissões para resolução coletiva de problemas e tomada de decisões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolução de problemas e tomada de decisões centrada na chefia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de diagnóstico e tomada de decisões; • relações de parceria com enfermo: gestão da autonomia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio para prescrição dietética (discussão em equipe, diversidade de dietas).

Fig. 4.9: Comparação dos indicadores do ambiente interno da França e do Brasil, para a variável “característica da situação de trabalho”, centrada na representação mental das dietistas e nutricionistas

REPRESENTAÇÃO MENTAL PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS			
FRANÇA	BRASIL	FRANÇA	BRASIL
<p>Dietista chefe do Serviço de Dietética e <i>Restauration</i></p> <p>①♦ Objetivos claros (direção do hospital): valor da alimentação hospitalar (aproveitar experiências anteriores).</p> <p>②♦ Orçamento: gerenciar melhor para facilitar o trabalho da dietista (relação com a qualidade das matérias-primas).</p> <p>③♦ Pessoas com quem eu trabalho: • diretora e AP-HP (para política nutricional): aproveitar experiências anteriores de gestão, colocar em prática o referencial de alimentação e nutrição, melhorar a política de hotelaria (refeitório para pacientes, objetivos realizáveis (organização do trabalho e pesquisa para os cuidados nutricionais); • dietistas: engajarem-se nos grupos de trabalho, melhoria das condições de trabalho (apoio de secretárias); • concessionária e serviço de higiene (relações de trabalho interativas): avanço dos trabalhos nos cadernos de encargos e equipamentos; • condições de trabalho dos agentes de gestão; • melhor formação de médicos e auxiliares de atendimento.</p> <p>④♦ Trabalho conjunto: diagnóstico nutricional, (qualidades nutricional, sanitária, apresentação, escolha e convival).</p> <p>⑤♦ Higiene</p> <p>⑥♦ Conhecimento</p>	<p>Nutricionista chefe da seção de preparo e cocção</p> <p>①♦ Avaliação do cardápio: apresentação, condições operacionais, cor, sabor, necessidades do paciente.</p> <p>②♦ Comunicação com nutricionista da recepção para a elaboração do cardápio.</p> <p>③♦ Comunicação com nutricionistas das clínicas: retorno de aceitação do cardápio., maior interação.</p> <p>④♦ Troca de informações com o cozinheiro: forma de preparo, orientação de dietas, necessidade do paciente, retorno da aceitação.</p> <p>⑤♦ Informações ao paciente sobre cardápio: necessidade do paciente.</p> <p>⑥♦ Acompanhar o modo de preparo: risco de contaminação, temperatura, degustação (nutricionistas e cozinheiros), <i>per capita</i>.</p> <p>⑦♦ Novas receitas: pesquisa de novos produtos.</p> <p>⑧♦ Reunião com funcionários: discussão dos resultados da <i>enquête</i>, visitas nas clínicas.</p>	<p>Dietista da Unidade de Medicina Interna e Gastroenterologia</p> <p>①♦ Pessoas (diálogo, trabalho conjunto para o paciente com rigor, competência): • equipe médica; • equipe de cuidados; • equipe de dietistas; • paciente.</p> <p>②♦ Definir objetivo nutricional.</p> <p>③♦ Documentação (anotar tudo que é feito).</p> <p>④♦ Cardápios (equilibrados, degustação, correção, análise microbiológica).</p> <p>⑤♦ Infraestrutura para a produção de refeições: área física, equipamentos para conservação da temperatura.</p> <p>⑥♦ Horários: distribuição respeitando a prescrição dietética.</p> <p>⑦♦ Formação contínua.</p>	<p>Nutricionista ligada à seção de dietoterapia em clínica médica</p> <p>①♦ Mão-de-obra especializada (nutricionistas: quantidade adequada e conhecimentos atualizados).</p> <p>②♦ Conhecer o paciente: o que precisa, necessidades (acompanhamento diário e aceitação, tratamento e educação alimentar).</p> <p>③♦ Trabalho integrado da nutrição: maior disponibilidade para a tender solicitações, maior flexibilidade e exceções para a tender necessidades do cliente.</p> <p>④♦ Relacionamento com outros profissionais da equipe de saúde.</p> <p>⑤♦ Trabalho em equipe: maior tempo do nutricionista com a equipe.</p> <p>⑥♦ Simplificação de rotinas: informatização e pessoal médio treinado.</p> <p>⑦♦ Cardápio: parecer do nutricionista da clínica.</p> <p>⑧♦ Organização da produção: variedade.</p> <p>⑨♦ Continuidade em ambulatório.</p>

Considerando os indicadores que caracterizam as organizações hospitalares de referência dos dois países, pode-se destacar que as condições organizacionais francesas estão vinculadas a uma política e uma filosofia de atendimento em saúde voltadas para a prevenção, conforme análises do ambiente externo. Outro destaque relaciona-se à hierarquização do atendimento, definindo os hospitais em curto, médio e longo período de internação, além do hospital dia e da hospitalização a domicílio. Na França, a maioria das pessoas com mais de 85 anos beneficia-se da hospitalização a domicílio. Este aspecto, se, por um lado, favorece o trabalho dos dietistas com relação à variabilidade ligada ao paciente (diminuição do número de leitos, diminuição da complexidade e da especificidade das patologias e suas intercorrências), coloca novos desafios para estes profissionais. Estes desafios estão relacionados, sobretudo, às possibilidades do atendimento nutricional a domicílio, associado inclusive com o fenômeno de envelhecimento da população, colocando outro nível de exigência para a prática destes profissionais (planejamento de compras e programação das refeições domésticas, melhor aproveitamento dos alimentos durante cocção, dentre outras ações).

Para o Brasil, a organização hospitalar reflete as condições apresentadas pelo ambiente externo. Na análise da situação de referência verifica-se uma concentração de recursos tecnológicos de alta complexidade que apresentam, ao mesmo tempo, uma relação com os recursos humanos mais especializados, devendo-se considerar, sobretudo tratar-se de um hospital universitário. A criação dos serviços ou unidades médicas guarda uma estreita relação com as especialidades, baseadas em patologias ou partes do corpo. Para os nutricionistas, este tipo de organização hospitalar acaba gerando uma necessidade de maior especialização do conhecimento da nutrição, especialmente no atendimento clínico-nutricional. Com a especialização e com um sistema de saúde que privilegia o curativo, somadas as condicionantes impostas pela situação de trabalho (n° de leitos, pressão temporal), a procura de técnicas mais especializadas, como a nutrição enteral, passa a ser um dos recursos terapêuticos mais utilizados. A efetividade da alimentação oral como principal recurso do tratamento clínico-nutricional ainda é pouco explorado pelos profissionais de saúde em conjunto com os pacientes. Com o ritmo imposto a rotina hospitalar perde-se a oportunidade de aprender sobre as patologias e a relação com os alimentos, além de formas saudáveis de preparação das refeições. Aliado a isto, com o distanciamento da alimentação oral, o tratamento é desvinculado da vida do paciente, principalmente em relação aos horários estabelecidos.

Outros aspectos significativos dizem respeito às características dos sistemas de qualidade nas situações de referência dos dois países e têm relação também com as características das unidades de alimentação, das situações de trabalho e da atividade das dietistas/nutricionistas.

Na análise da representação mental das dietistas na França, verificou-se que os conceitos verbalizados demonstram que elas estão integradas com a filosofia e as políticas de alimentação adotadas pela organização hospitalar. Além disso, considera-se que as ações analisadas e os conceitos verbalizados pelas dietistas apresentam elementos de convergência explícitos, conforme sistematizados na figura 4.9, provavelmente em função das estratégias de interação e de organização³³ utilizadas por toda a equipe. Mesmo com funções diferenciadas, o elemento humano é o centro da atividade -*“pessoas com quem eu trabalho”* (dietista chefe superior) e *“pessoas que haja diálogo, trabalho conjunto para o paciente com rigor e competência”* (dietista clínica). Destacam-se, ainda, os conceitos *“trabalho conjunto”* para o *“diagnóstico nutricional”* (dietista chefe superior) e *“definir objetivo nutricional”* (dietista clínica), *“equipe de dietistas”* com *“valor profissional e necessidade de “engajamento nos grupos de trabalho”* (dietista chefe superior) e *“os objetivos de equipe”* (dietista clínica). O paciente é visto no processo como aquele que também *“define o objetivo nutricional”* e as políticas adotadas envolvem a melhoria do atendimento que lhe é prestado (*“qualidade nutricional, sanitária, apresentação e escolha dos pratos, convivialidade”* associada com *“política de hotelaria”* e *“refeitórios para paciente”*).

Além deste aspecto, outro conceito convergente, além de ser uma das maiores preocupações no momento para estes profissionais, é a formação dos dietistas (necessidade de *“formação contínua”* e *“enriquecimento da formação”*). O dietista é, ainda, um profissional formado por escolas técnicas. Os diplomas não são expedidos pelo Ministério da Saúde. Portanto, não pertencem à categoria de profissionais de saúde, a exemplo da medicina, enfermagem, farmácia, dentre outros. No entanto, considerando os projetos ligados à alimentação hospitalar da AP-HP e a relevância das atividades de alimentação e nutrição desenvolvidas por estes profissionais junto aos pacientes, conforme análises realizadas neste estudo, a formação dos dietistas necessita de uma reestruturação para um melhor aproveitamento e reconhecimento do papel destes profissionais junto à área de saúde.

³³ Avaliação da qualidade das refeições, a avaliação higiênico-sanitária (BPPS), *enquêtes* de satisfação com pacientes, comissões de menus, comissões da rotina da qualidade nutricional, higiênica e gustativa e comissão de prestação de serviços (dietética e *restauration*).

Aliado a estas considerações, o elemento significativo da representação mental das dietistas associado aos projetos ligados à alimentação da AP-HP, refere-se ao tipo de população atendida, o paciente idoso. É nesta população que se observa o maior risco de desnutrição, em função dos fatores ligados à anorexia, aos problemas de dentição e de depressão freqüentes, dentre outros. Para isso, nas características da unidade de alimentação e nutrição, o prazer (função hedônica) da alimentação é um dos aspectos que devem ser considerados e um dos pontos resgatados nos projetos ligados à alimentação da AP-HP. A utilização da nutrição enteral é um dos últimos recursos utilizados, devendo contar com a autorização do paciente e/ou familiares e, quando administrado, pode ser revertido de acordo com a sua evolução clínica. Outro aspecto relaciona-se aos horários de distribuição das refeições, que correspondem aos horários usuais da população ao fazerem refeições em casa, considerado um conceito importante pela dietista do atendimento clínico-nutricional. Estes elementos colocam em destaque o papel do hospital como instituição educadora ao considerarem a alimentação oral como um dos principais recursos na prevenção das patologias e os hábitos dos pacientes (qualidade simbólica), adaptando-se, inclusive, as estruturas internas (refeitórios, utensílios, materiais e rotina internas do pessoal) para este fim.

De forma semelhante às análises das atividades na situação de trabalho francesa, as ações e os elementos ou conceitos considerados necessários pelas nutricionistas no Brasil, para a qualificação dos cuidados nutricionais apresentam uma relação direta com o contexto da atividade realizada. Nos conceitos destacados estão representados, em linhas gerais, as ações desenvolvidas diariamente e os elementos que consideram necessários para qualificar os cuidados nutricionais.

As ações analisadas e os conceitos verbalizados pelas nutricionistas apresentam também elementos de convergência, conforme sistematizados na figura 4.9. No entanto, as inúmeras ações a serem desenvolvidas dificultam a implementação de estratégias de interação e de organização entre a produção de refeições e as nutricionistas operacionais do atendimento clínico. Mesmo com diferentes níveis de complexidade, na representação mental das nutricionistas fica evidenciada a necessidade de interação, comunicação e ações voltadas para o atendimento das necessidades do paciente. Os conceitos “*avaliação do cardápio*”(nutricionista chefe da produção) e “*avaliação do cardápio com parecer da nutricionista da clínica*” (nutricionista da clínica) e a “*comunicação com nutricionistas da clínica*”(nutricionista chefe da produção) e *trabalho integrado da nutrição* (nutricionista da

clínica) foram os principais conceitos convergentes destacados. A política de qualidade voltada para a garantia da assistência nutricional pode ser um dos aspectos que facilita esta visão e as colocações sobre a necessidade de interação. Outro aspecto relevante, diz respeito à formação dos nutricionistas no Brasil. Provavelmente, o alto nível de formação, abrangendo diferentes áreas de atuação, possibilita a estas profissionais lidarem com as condicionantes ligadas às características do ambiente externo (perfil epidemiológico complexo, demanda diversificada, nível de escolaridade da população e baixo acesso aos bens de consumo, contexto industrial em evolução...) e do ambiente interno (estrutura complexa, exigências de certificação, organização temporal das atividades, multiplicidade de ações ...). Destaca-se, no entanto, pelas análises apresentadas, a necessidade das instituições formadoras de nutricionistas enriquecerem a formação destes profissionais com práticas inter e transdisciplinares que possibilitem uma visão integrada de saúde, ser humano, nutrição, alimentos e alimentação.

C. Condições organizacionais para a criação do conhecimento

Conforme objetivos do estudo, serão destacados elementos das situações de referência nos dois países, consideradas determinantes da atividade futura. Para isso, tendo em vista a concepção do quadro técnico e organizacional e as competências para lidar com a complexidade e a variabilidade das situações apresentadas, serão delimitados os espaços possíveis para ação dos profissionais com base nas condições organizacionais para a criação do conhecimento (Nonaka et al., 1997). Os parágrafos abaixo contemplam as condições dos contextos e a relação com as situações de trabalho e a atividades dos profissionais.

✓ Missão da organização com relação ao atendimento (intenção)

Na situação de referência francesa, a AP-HP coloca à disposição dos profissionais de saúde um processo contínuo de criação do conhecimento tendo como meta a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde ao paciente.

Com relação aos projetos ligados à alimentação hospitalar, constatou-se que a AP-HP tem encaminhado uma série de ações e estruturas transversais dentro dos hospitais, que apresentam, ao mesmo tempo, missões específicas mas objetivos comuns dentro da perspectiva da qualidade do atendimento relacionado ao tema alimentação-nutrição. As principais estruturas presentes nos hospitais, que caracterizam a intenção organizacional com relação ao atendimento, são: o projeto *Restoration-service*, os Comitês de Ligação

Alimentação e Nutrição (CLANs) e a implantação do referencial de alimentação e nutrição com a avaliação dos serviços prestados ao paciente, conforme descrito na dimensão sistema de avaliação da qualidade da assistência hospitalar.

Na organização hospitalar de referência para o Brasil, na política definida pelo DND, pode-se identificar a intenção organizacional que é a de *“Garantir a execução de ações de assistência nutricional, ensino e pesquisa, direcionadas às necessidades da clientela interna e externa, através da participação e do envolvimento contínuo da equipe de trabalho em todos os níveis”*. Para a implantação de uma política de alimentação e nutrição hospitalar, todos os esforços na implantação de um sistema de qualidade voltada para a melhoria dos cuidados nutricionais dependem da equipe da DND. A visão da alimentação como um dos aspectos mais importantes para o tratamento do paciente não é encaminhada de forma coletiva por toda a equipe de saúde.

Considera-se que a missão da organização com relação ao atendimento apresenta uma estreita relação com o ambiente externo dos dois países. Os projetos ligados à qualidade da alimentação hospitalar na França revelam uma preocupação, desde meados da década de 1990, com a prevenção da desnutrição no setor. Para isso, as análises referem que não basta o investimento no setor de produção de refeições para assegurar a qualidade das refeições, a exemplo do projeto *Restauration-service*. Considera-se que a origem das dificuldades está essencialmente ligada à ausência de comunicação e de coordenação do pessoal altamente qualificado no meio hospitalar. Além disso, uma das preocupações é a necessidade de formação adaptada para sensibilizar os médicos para o diagnóstico da desnutrição (La dénutrition, 1996).

O projeto de qualidade da DND no Brasil, dentro de uma filosofia voltada para o atendimento de alta complexidade, exigiu, ao mesmo tempo, que esta unidade ao longo da sua história, construísse uma filosofia de atendimento centrada no controle das ações, na tentativa de reduzir erros e imprevistos e alcançar os objetivos propostos. A opção por uma política de qualidade, nos moldes das normas ISO 9000, foi uma consequência do trabalho já realizado pela equipe.

Percebe-se, no entanto, que o processo de implantação de uma tecnologia de gestão nos moldes da ISO 9000 demanda uma sobrecarga aos profissionais no sentido de registrarem, avaliarem e gerenciarem as ocorrências nas rotinas de trabalho, perdendo-se de vista o objetivo principal dos cuidados nutricionais, que é o cliente externo em sua

integralidade. Os esforços implementados pela DND incluem programas de formação, criação de equipes para promoção de eventos paralelos sobre qualidade, reuniões de formação de nutricionistas com chefias das seções respectivas sobre temas envolvidos com os cuidados nutricionais aos pacientes, dentre outras ações.

✓ A redundância e autonomia

No contexto francês as informações trocadas e o conhecimento gerado pelos diferentes grupos de trabalho em diferentes comissões, temas e ações, caracterizam uma das condições para a criação do conhecimento organizacional denominada redundância, considerada uma das condições organizacionais que abre perspectivas de intercâmbio entre a hierarquia e a não-hierarquia. Ressalta-se, além disso, que o contexto cultural francês caracteriza-se sobretudo pela discussão e pela busca conjunta da melhor alternativa. Os franceses são motivados desde a infância, durante a socialização na escola, a trabalhar no nível das idéias.

A autonomia dos profissionais foi claramente explícita quando da implantação do projeto “*Restoration-service*”. A cada tema de reflexão lançado pelo grupo de coordenação central da AP-HP, a tática de implementação das ações repousa sobre cinco princípios: favorecer e valorizar centralmente as iniciativas locais e participativas; garantir a transversalidade dos projetos e ações em cada um dos 50 hospitais e entre os hospitais; implantar e colocar à disposição dos hospitais, ferramentas de auxílio à tomada de decisão a fim de acompanhar as iniciativas locais em torno da qualidade; implantar indicadores institucionais e funcionais de qualidade das refeições do ponto de vista do enfermo e ancorar as ações a cada ano, com um tema fortemente mobilizador (Tronchon, 1997, p.153).

Além disso, as condições de formação dos CLANs prevêm uma estrutura não hierarquizada, pois uma das condições básicas para a sua formação é a de que os CLANs não podem ser impostos pela hierarquia hospitalar. O princípio básico é a vontade comum de profissionais de diferentes setores engajarem-se em uma proposta de melhoria da qualidade dos cuidados ao pacientes, da qualidade profissional e também da *performance* econômica. No entanto, em recente avaliação da alimentação no meio hospitalar, coordenada por Guy-Grand (Le nouveau rapport..., 2000), constatou-se que 70% dos hospitais não formaram seus CLANs. As conclusões do relatório referem dois limites para a ação dos CLANs: a resistência do corpo médico não especializado e a falta de disponibilidade de muitos dos profissionais envolvidos com o tema alimentação e nutrição.

Especificamente, para o grupo de dietistas do *Hôtel Dieu*, a autonomia está diretamente relacionada à pouca inserção dessas profissionais nas discussões propostas. Embora se considerem autônomas no desenvolvimento das suas tarefas, as dietistas sentem-se não reconhecidas em seu trabalho. O conhecimento sobre alimentação e nutrição ainda é fonte de conflitos entre médicos, médicos nutricionistas, dietistas e enfermeiros. Considera-se que, entre a filosofia da *alimentação como um cuidado* e o cotidiano das dietistas do *Hôtel Dieu*, apesar de todo o contexto favorável, há uma longa distância. Esta situação decorre, possivelmente, das próprias condicionantes colocadas pelas situações de trabalho e pelo contexto de formação dos dietistas na França. Outros elementos organizacionais que possibilitam a troca de conhecimentos entre as dietistas são as estratégias de interação e organização entre o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições, principalmente a comissão de cardápios e os testes de degustação. Estas estratégias revelam-se como momentos ricos de aprendizagem conjunta sobre as características organolépticas dos alimentos, além de fortalecerem a convivialidade da equipe de trabalho.

No contexto da situação de referência para o Brasil, as ações que caracterizam o desenvolvimento e o aprimoramento contínuo do sistema de qualidade da DND demonstram a autonomia dos profissionais deste setor para gerenciar a construção de um sistema de qualidade dos serviços prestados ao paciente, ligados à alimentação e nutrição. Além disso, a DND destaca-se como referência para o complexo HC e para o setor de alimentação hospitalar no país. No entanto, considerando que a autonomia é uma construção individual, expressa de acordo com as condições organizacionais e com as circunstâncias apresentadas pela situação de trabalho, o dia-a-dia de trabalho neste sistema produtivo ainda oferece poucas possibilidades para os indivíduos, principalmente os nutricionistas operacionais, contribuírem com inovações e idéias.

No que se refere ao compartilhamento das informações fora da hierarquia, ou a redundância, considerada uma das condições organizacionais essenciais para expressão de imagens baseadas no conhecimento tácito, a DND apresenta alguns canais formais que possibilitam aos profissionais expressarem suas opiniões, avaliarem o seu trabalho e contribuírem com conhecimentos relacionados aos cuidados nutricionais que são oferecidos. Dentre esses canais ressaltam-se as reuniões semanais de estudos de casos entre nutricionistas de clínicas e respectivas chefias, a participação da equipe nos projetos de novas receitas e testes de degustação, com registros das avaliações, e as visitas com a equipe de saúde nas diferentes unidades de internação. Considera-se, ainda, que alguns aspectos organizacionais

podem ser enriquecedores para esta troca de conhecimento por auxiliarem as profissionais a compreenderem seus papéis sobre várias perspectivas, avaliando, de forma integrada, a efetividade dos serviços prestados (a prescrição dietética *versus* o planejamento dos cardápios *versus* dificuldades reais para assistência nutricional), a exemplo dos plantões de finais de semana com rodízios das nutricionistas das clínicas na produção de refeições.

✓ Flutuação e caos criativo

Na condição organizacional, que possibilita a interação dos profissionais com o ambiente externo e a inovação de atividades, pode-se identificar que os projetos que envolvem a melhoria da qualidade dos cuidados nutricionais na situação de referência francesa estão imersos em uma série de demandas provindas do ambiente externo, cujos aspectos principais e respectivas exigências de inovações estão abaixo caracterizados:

- Os resultados anuais das *enquêtes* de satisfação dos pacientes com a alimentação hospitalar têm exigido dos profissionais uma conjugação de esforços em todos os níveis da cadeia alimentar, desde a qualificação das matérias-primas nos cadernos de encargos até a oferta e auxílio ao paciente na hora da refeição. As inovações neste aspecto refletem-se na compra das matérias-primas, na renovação das cozinhas, no sistema de transporte e manutenção da temperatura das preparações servidas, no horário das refeições, na qualidade dos utensílios, na atitude e disponibilidade do pessoal que distribui e auxilia os pacientes no horário das refeições.
- O desafio para diminuir a desnutrição hospitalar, coordenado pelos CLANs, que engloba não só os aspectos da avaliação do risco nutricional e da vigilância da ingestão alimentar, mas, sobretudo, busca a contínua melhoria dos padrões dietéticos e organolépticos das preparações servidas e o conforto do paciente (salas de refeições coletivas, etc.), incluindo-se o respeito aos horários habituais das refeições dos pacientes quando não hospitalizados.
- O aumento da população idosa e da hospitalização a domicílio, o que exige novos investimentos em recursos humanos para um atendimento humanizado a esta parcela crescente da população.
- A legislação sobre alimentos e higiene que tem exigido a formação de todos os profissionais envolvidos com a alimentação baseada no método HACCP.
- A avaliação da qualidade dos serviços no setor saúde, considerada uma exigência regulamentar desde abril de 1996, tem mobilizado os gestores e a coordenação do CLAN na

implantação de um referencial de boas práticas profissionais em todos os serviços de hospitalização.

Para a situação de referência brasileira, pode-se identificar que o gerenciamento de um sistema de qualidade exige constantes aperfeiçoamentos para a melhoria dos serviços prestados. Para o DND, uma das bases do sistema de qualidade relaciona-se à avaliação dos resultados obtida através das *enquêtes* mensais com os pacientes. Os indicadores obtidos geram projetos para a melhoria da assistência nutricional, buscando-se periodicamente a implementação de alternativas que possam melhorar a satisfação dos clientes externos.

Como exemplo, o DND durante esta trajetória, reformulou seus métodos de trabalho e sistema produtivo, incluindo-se a reestruturação da sua área física. Outros aspectos que têm demonstrado uma constante busca de inovação para atendimento às necessidades dos clientes relacionam-se ao projeto, em andamento, de introdução de produtos semi-elaborados, às perspectivas, a médio prazo, de introdução de uma cozinha de montagem e à informatização de processos relacionados à assistência nutricional. Considera-se que todos esses aspectos, frutos da interação com o ambiente externo, colocam os profissionais em contato com constantes desafios, o que abre possibilidades e perspectivas para a gestão dos conhecimentos em alimentação, nutrição e saúde. E, ao mesmo tempo, exigem constantes inovações e adaptações das equipes envolvidas.

Os aspectos referidos para o contexto francês podem vir a abrir perspectivas também para a situação de referência brasileira, conforme destaques feitos a seguir.

- O envelhecimento da população é um fenômeno presente também na realidade brasileira. Este aspecto possibilita uma avaliação do tipo de atendimento que deve ser prestado ao paciente idoso. Considerando o maior tempo de internação, as estruturas para realização da refeição, de forma coletiva, é um dos elementos a serem planejados, tendo em vista a função convivial da refeição hospitalar. Outros elementos que podem ser considerados são os rituais em torno das refeições (função simbólica da refeição). A exemplo dos hospitais de longo período de permanência na França, os dietistas propõem refeições e temas regionais (comida e dança); jantares típicos (*raclete, paella, cassoulet...*); café da manhã melhorado com suco de frutas e geléias caseiras; saídas aos restaurantes e salões de chá; crepes no lanche da tarde; confecção de doces de confeitaria pelos pacientes, com a ajuda de ergoterapeuta (Beysserie et al., 1995).

- O fortalecimento da legislação sobre alimentos, com perspectivas futuras para o aprimoramento da legislação sobre produtos pré-elaborados, produtos orgânicos ou biológicos. Para o setor hospitalar, as perspectivas de utilização futura de produtos orgânicos na alimentação fortaleceriam, ainda mais, o reconhecimento do trabalho do nutricionista ao promoverem a saúde dos clientes com a utilização desses produtos. A função da alimentação hospitalar, nos seus aspectos nutricionais e organolépticos, seria também, mais assegurada.
- O aprimoramento de projetos voltados para um trabalho preventivo no acompanhamento clínico-nutricional, reforçando práticas educativas em torno da alimentação oral, envolvendo os profissionais de saúde de forma interdisciplinar. Destacam-se projetos que envolvam a participação dos clientes internados em seminários teórico-práticos sobre saúde e alimentação, a exemplos dos grupos de diabéticos, hipertensos, obesos, dentre outros.

✓ Variedade de requisitos

Para a situação de referência francesa, o acesso às informações de forma variada ou a variedade de requisitos é ainda percebida de forma limitada. A utilização da *intranet* e *internet* restringe-se aos chefes de níveis hierárquicos superiores. As informações sobre o andamento e o encaminhamento dos trabalhos, projetos e reuniões desenvolvidos sobre alimentação e nutrição são transmitidas via reuniões formais ou informais pela chefe superior do serviço de dietética e *restauration*.

Para a situação de referência brasileira, pode-se avaliar que na DND cada unidade depende funcionalmente das informações geradas por todos os setores. O acesso às informações nos diferentes níveis da hierarquia é garantido, ainda, através das reuniões de chefia com as nutricionistas operacionais e dos relatórios de ocorrência, armazenados na sala central das nutricionistas. Além disso, em um quadro de avisos são agendadas as atividades previstas, os avisos informais, as datas festivas, as visitas externas previstas, os horários de reuniões, dentre outras informações. O acesso à *internet* é previsto para o setor, embora com limites para a utilização de todas as nutricionistas, pelas condições temporais que a tarefa exige. O setor de cozinha experimental e a diretora da DND encarregam-se de passar as informações recebidas, via *internet*, para a equipe.

4.1.2. Aspectos antropotecnológicos relevantes para adaptação tecnológica de gestão dos cuidados nutricionais

Tendo em vista as análises comparativas elaboradas nos itens anteriores, e para uma melhor visualização das condicionantes identificadas, os principais aspectos antropotecnológicos foram sistematizados na figura 4.10 abaixo:

Fig. 4.10: Esquema demonstrativo dos principais aspectos antropotecnológicos relevantes das situações de referência na França e no Brasil, para adaptação tecnológica de gestão dos cuidados nutricionais

ASPECTOS ANTROPOTECNOLÓGICOS	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	
	FRANÇA	BRASIL
INVESTIMENTO NO SETOR SAÚDE	•alto investimento no setor, incluindo recursos humanos para atendimento humanizado.	•baixo investimento em saúde, promovendo a procura da especialização e da privatização do atendimento por parte dos profissionais de saúde.
ASPECTOS LIGADOS AO COMPORTAMENTO ALIMENTAR	•modificações no comportamento alimentar (simplificação, substituição) associado à urbanização, exigindo a implementação de programas preventivos em alimentação e nutrição, em todos os níveis de atenção à saúde.	
FORMAÇÃO	•baixo nível de formação de operadores exigindo enriquecimento •formação de dietistas exigindo reformulação e enriquecimento.	•alto nível de formação dos nutricionistas, exigindo o fortalecimento da formação integrada das áreas de conhecimento.
PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO	•fenômeno de envelhecimento da população •perfil de morbimortalidade associados à urbanização e industrialização (doenças do aparelho circulatório e tumores).	•perfil de morbimortalidade associados à urbanização e industrialização, incluindo-se as doenças infecto-parasitárias.
CONTEXTO INDUSTRIAL (MATÉRIAS-PRIMAS E EQUIPAMENTOS)	•contexto industrial satisfatório, legislação fortalecida. •evolução de técnicas e conceitos em alimentação coletiva para a atendimento individualizado ao paciente.	•contexto industrial em evolução, exigindo o fortalecimento da legislação e investimento de equipamentos no setor público.
ESTRUTURA DE SAÚDE	•programas de prevenção, crescente hospitalização a domicílio e da demanda do hospital dia, sistematização do atendimento (tempo de internação e hospitais de referência).	•estrutura de saúde com demanda diversificada. O hospital ainda é o centro de atenção a todos os níveis de saúde, exigindo a continuidade da implementação do SUS.
SISTEMA DE QUALIDADE DAS UANS	• programas de qualidade centrado no paciente (cuidado e conforto) : respeito aos horários da casa, refeitórios, escolha do paciente. •estratégias de interação entre produção de refeições e clínicas, incluindo informatização. •necessidade de apoio de pessoal administrativo.	• programas de qualidades voltados para certificação, exigindo simplificação de rotinas, formação de nível médio, informatização de processos. •produção de refeições com estruturas de controle de qualidade fortalecidas.

4.2 RECOMENDAÇÕES PARA QUALIFICAR A GESTÃO DOS CUIDADOS NUTRICIONAIS E O TRABALHO DO NUTRICIONISTA NOS HOSPITAIS BRASILEIROS

Nas análises posteriores avaliou-se que o contexto francês e as características da organização hospitalar no que diz respeito às condições organizacionais para a criação do conhecimento oferecem um terreno promissor para que a equipe de dietistas do serviço de dietética e *restauration* tenha possibilidades de organizar-se e criar os espaços facilitadores para gestão do conhecimento em alimentação e nutrição. As estratégias utilizadas para a garantia da qualidade alimentar e nutricional aos pacientes, dentro da filosofia proposta pelo projeto *restauration service*, pelos Comitês de Alimentação e Nutrição (os CLANs) e com a implantação do referencial, podem servir de base para o fortalecimento e o reconhecimento das atividades das dietistas junto à equipe de saúde, abrindo inclusive, perspectivas para a melhoria da formação desses profissionais e para o aumento do número de dietistas no setor hospitalar.

Da mesma forma, embora o contexto brasileiro apresente-se mais desafiador para as nutricionistas realizarem as suas atividades, a competência adquirida por esses profissionais na história de suas formações e a experiência adquirida com o trabalho reforçam a necessidade de organizarem-se como forma de criar os espaços facilitadores para a gestão do conhecimento em alimentação e nutrição. Destaca-se, inclusive, devido à inserção da DND como referência hospitalar no Brasil na área de qualidade, a possibilidade de a equipe interferir nas políticas de qualidade da instituição, no que concerne à alimentação hospitalar, a exemplo dos projetos franceses ligados à AP-HP.

Considerando os aspectos levantados, a pergunta de partida, os referenciais teóricos que embasaram o problema a ser analisado e as características das situações de trabalho em seus respectivos contextos, as recomendações para qualificar a gestão dos cuidados nutricionais e o trabalho do nutricionista nos hospitais brasileiros foram delineadas com relação aos seguintes aspectos:

- a tecnologia de gestão dos cuidados nutricionais;
- as estratégias de interação e de organização entre o atendimento clínico-nutricional e a produção das refeições;
- a organização do trabalho;
- a formação dos futuros nutricionistas;

- a formação contínua dos nutricionistas no trabalho.

4.2.1 A tecnologia de gestão dos cuidados nutricionais

No presente estudo, a abordagem antropotecnológica foi utilizada como metodologia para uma análise comparativa das situações de referência selecionadas, conforme explicitado nas seções anteriores. A análise dessas situações permitiu a compreensão dos limites e das possibilidades que os contextos de desenvolvimento da França e do Brasil colocam para a ação dos dietistas/nutricionistas nas situações de trabalho.

Quaisquer recomendações sobre o desenvolvimento de programas e projetos que envolvam tecnologias para qualificar a gestão dos cuidados nutricionais, considerando a abordagem antropotecnológica, devem estar integradas com as características das situações de trabalho e, especialmente, com as características dos profissionais acompanhados (formação, nível de experiência, tempo de serviço, número de profissionais disponíveis...). No entanto, considera-se que as políticas de alimentação hospitalar adotadas pela Assistência Pública dos Hospitais de Paris e que caracterizam as tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais na França podem contribuir com elementos norteadores para a formulação de recomendações para a qualificação dos cuidados nutricionais do Brasil.

De forma semelhante, a divisão de nutrição e dietética do ICHC é uma referência importante para o delineamento de indicadores objetivos que permitam avaliar os serviços prestados aos clientes/pacientes.

Desta forma, considerando as análises realizadas neste estudo e as contribuições de alguns autores (Guy-Grand, 1997; Poulain, 1990; Ricour et al., 2000), na implantação e/ou desenvolvimento de tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais aos clientes/pacientes, pode-se considerar os seguintes parâmetros:

- O cliente/paciente deve ser o centro de reflexão das políticas de qualidade alimentar e nutricional nas instituições hospitalares. Particularmente, a vocação de um serviço público é a de atender às necessidades de seus usuários. A alimentação hospitalar como parte dos cuidados hospitalares oferecidos aos clientes, deve integrar funções que atendam não só às qualidades nutricionais e higiênicas, como também às qualidades psicossensoriais e simbólicas.
- As ações que envolvem os cuidados nutricionais devem ter como referência a sistematização dos diferentes níveis de atendimento nutricional, a partir de uma avaliação do estado nutricional dos clientes/pacientes, no momento da admissão nas unidades hospitalares.

- No atendimento ao cliente/paciente em risco nutricional, sugere-se a utilização sistemática de instrumentos para avaliação do estado nutricional (evolução dietoterápica) e para avaliação real da ingestão alimentar diária (visitas ao paciente com formulários padrões de ingestão). Estas ações podem permitir aos nutricionistas avaliarem o consumo alimentar real dos pacientes e a aceitação das preparações, redirecionando as condutas ligadas à terapia nutricional e à produção de refeições.
- No desenvolvimento das ações com clientes em risco nutricional, a troca de informações com a equipe de saúde e nutrição é essencial. Isso inclui a participação de encontros de avaliação do trabalho com a equipe de nutrição (comissão de cardápios, comissão de alimentação e dietética, discussão das *enquêtes* de satisfação) e com a equipe de saúde (visitas aos pacientes junto com a equipe).
- O atendimento aos clientes fora do risco nutricional pode ter um caráter preventivo. Mesmo que todas as ações envolvidas com os cuidados nutricionais não sejam priorizadas para este tipo de cliente, devem ser previstos folhetos explicativos com recomendações sobre alimentação, nutrição e saúde, além de informações sobre a unidade de alimentação e nutrição, a composição da equipe dos serviços, a estrutura das refeições, dentre outros.
- As unidades ligadas à produção de refeições podem buscar adaptar suas estruturas para atender às necessidades dos clientes em seus diferentes níveis, prevendo-se a organização física, material e humana para a produção normal, dietética, metabólica, enteral, dentre outras. Ao mesmo tempo em que atende de forma diferenciada às necessidades dos clientes, esta estruturação pode facilitar as ações para a gestão da logística, direcionar as formações específicas, permitir uma melhor adequação às exigências da legislação sanitária e às exigências nutricionais, dentre outras.
- O atendimento aos indicadores da qualidade psicossensorial e simbólica pode ser avaliado considerando-se a percepção dos clientes sobre tais aspectos. Indicadores como temperatura, avaliação sobre a utilização de temperos, horário das refeições servidas, o serviço de copa, a apresentação dos pratos, a adaptação das refeições às suas particularidades (físicas, culturais...) são alguns dos indicadores que podem ser avaliados.
- Não só o alimento é importante, mas também sua apresentação e o contexto para o paciente alimentar-se. As unidades de alimentação e nutrição podem buscar, em seus projetos, a reestruturação dos horários de distribuição das refeições, adequando-os aos horários da casa. Isto exige rearranjo dos horários nas rotinas ligadas à produção de refeições e ao setor de enfermagem. Além disso, considerando-se a função convivial da alimentação, projetos que prevejam utensílios mais adaptados aos clientes para a distribuição das refeições e a instalação

de refeitórios coletivos podem ser considerados, de acordo com as características individuais dos clientes.

- A melhoria da qualidade nutricional, organoléptica e higiênica para o fornecimento das refeições pode envolver ações desde a avaliação das matérias-primas até o controle do porcionamento na distribuição das refeições. Para facilitar a formação nesses aspectos, bem como o desenvolvimento gradativo de fornecedores externos, os critérios de conformidade devem ser definidos pela equipe, elegendo-se a documentação mínima e necessária para facilidade de acordos entre as partes envolvidas e para realização das atividades operacionais.
- As unidades devem contar com estruturas de apoio para os seguintes aspectos: formação de pessoal; desenvolvimento de sistemas informatizados que possam diminuir as atividades administrativas repetitivas; renovação, manutenção preventiva e corretiva das áreas de trabalho, dos equipamentos e materiais. Considerando o serviço público hospitalar, estas estruturas de apoio podem contar com projetos que envolvam as universidades para realizações dessa natureza.
- Nas unidades de alimentação e nutrição que estão vivenciando contextos de certificação, recomenda-se a integração de elementos de auditoria de saúde e segurança do trabalho (SST) à auditoria de qualidade interna, já existente nas estruturas certificadas. Toulouse et al. (2000, 604-614) desenvolveram esta proposta de integração, durante a realização de um projeto em concessionárias de automóveis no Québec, que consistiu, preliminarmente, de auditorias de percepção e de estudo ergonômico para o diagnóstico da situação.

Entende-se que todos esses aspectos levantados para a implantação e/ou desenvolvimento de tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais necessitam da coordenação dos diferentes profissionais da cadeia alimentar. Além disso, a gestão desses processos compreenderia a necessidade de uma redefinição das finalidades do trabalho do nutricionista de produção de refeições e da terapia nutricional. Nessa nova visão já não se pressuporia a produção de refeições distanciada dos cuidados nutricionais e nem o trabalho em clínica distanciada do alimento; ela compreenderia uma relação de parceria, que levaria a redescobrir novos espaços para o cuidado integral à saúde do ponto de vista alimentar e nutricional, englobando, inclusive, projetos para a qualidade de vida.

As estratégias de interação e de organização e a organização do trabalho nas unidades de alimentação e nutrição podem, pois, ser repensadas sobre novas bases, conforme as contribuições elaboradas nestas recomendações.

4.2.2 As estratégias de interação e de organização entre o atendimento clínico-nutricional e a produção das refeições

As estratégias de interação e de organização entre o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições constituem os centros de análise e o principal objetivo deste estudo. Nas análises das duas situações de referência, em vários momentos, em decorrência das trocas contínuas de conhecimentos e das experiências adquiridas com o trabalho, foi possível avaliar as ações implementadas e projetar estratégias coletivas que possam aumentar o nível de competência da equipe. A projeção dessas estratégias tem como finalidade qualificar os cuidados nutricionais e abrir possibilidades para que os nutricionistas desenvolvam seu trabalho de forma saudável.

Tais estratégias caracterizam-se pela necessidade de criação de atividades ditas de interface, nas quais o agir comunicacional entre a produção de refeições e a terapia nutricional abra possibilidades para a melhoria da gestão dos cuidados nutricionais e do trabalho dos nutricionistas envolvidos (Veltz et al., 1994).

Este conjunto de recomendações sobre a criação de atividades de interface entre os dois subsistemas que caracterizam as principais atividades das unidades de alimentação em nutrição no setor hospitalar deve ser ajustado em função das características organizacionais, principalmente aquelas relacionadas ao número de profissionais da unidade. Sugerem-se, como principais estratégias, as descritas abaixo.

- Avaliação da qualidade nutricional: conforme foi verificado nas situações de referência, a avaliação da qualidade nutricional refere-se a um conjunto de indicadores que são definidos pela unidade e monitorados diariamente como forma de avaliar o que foi prescrito (prescrição dietética e planejamento de cardápios) e o que foi realizado (produção de refeições). Podem fazer parte da avaliação da qualidade nutricional indicadores qualitativos e quantitativos como a apresentação, a temperatura, a manutenção da programação do cardápio, o peso da preparação, a conformidade das preparações com fichas técnicas (componentes e tipo de cocção) e observações pertinentes. Os instrumentos de monitoramento utilizados são o termômetro de inserção e balança digital. Os dados, anotados em formulário próprio, servirão para os nutricionistas e operadores envolvidos como critérios para avaliação contínua das refeições servidas.

- Comissão de cardápios mensais: é uma reunião de discussão conjunta de nutricionistas dos serviços ligados à produção de refeições e ao atendimento clínico-nutricional com relação aos componentes dos cardápios planejados. A discussão sobre as formas de preparo e a avaliação

das condições de realização das preparações (equipamentos, fornecimento da matéria-prima, pessoal), por exemplo, deve possibilitar a troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais envolvidos, tendo como referência as necessidades dos clientes/pacientes e a relação da dieta com as preparações previstas.

- Testes de degustação: todas as preparações podem ser degustadas em pequenas amostras, durante e no final do processamento e antes da expedição aos clientes/pacientes por nutricionistas e operadores. Além disso, como forma de avaliar novas preparações que possam ser introduzidas no cardápio, as unidades, ao responsabilizarem-se pela preparação dos produtos, podem envolver profissionais nutricionistas do atendimento clínico-nutricional e da produção de refeições, de forma coletiva, exercitando-se o caráter convivial da alimentação, a avaliação de diferentes percepções e o espírito de equipe.

- *Enquêtes* de opinião ou de satisfação: as *enquêtes* de satisfação são um dos instrumentos mais importantes para avaliação dos serviços prestados aos clientes/pacientes e devem envolver nutricionistas do atendimento clínico-nutricional e da produção de refeições. Podem ser utilizados como indicadores a variedade dos cardápios, a apresentação dos pratos, a temperatura, o uso de temperos e a quantidade, a qualidade dos serviços, com as alternativas “sim” e “não”, além das sugestões e comentários. Outros indicadores e formas de avaliação podem ser propostos considerando as particularidades das unidades e da clientela atendida. Os resultados podem gerar momentos para discussão conjunta pelos setores envolvidos com o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições e servir como referência para a melhoria das ações entre os dois setores.

- Comissão de alimentação e dietética: é uma reunião de avaliação conjunta dos serviços ligados à gestão da logística, na qual se pode avaliar todas as possibilidades de melhorias ligadas ao fluxo operacional entre a produção de refeições e o atendimento clínico-nutricional, relacionadas a horários, equipamentos, materiais e pessoal.

- As ações com os clientes/pacientes: considerando a necessidade de implementar ações com caráter preventivo junto aos clientes/pacientes, recomenda-se o desenvolvimento de dinâmicas de grupo durante as quais se possa explorar o conhecimento dos alimentos, incluindo a relação dos alimentos com a patologia e as formas de preparo. Recomenda-se, de acordo com as possibilidades, a discussão coletiva com os clientes/pacientes no atendimento ambulatorial. Tomando como exemplo a situação de referência francesa, em algumas unidades, o cliente/paciente participa do processo de aprendizagem e de reflexão sobre o seu estado de saúde. Durante a semana de internação ou mesmo no hospital dia, são agendadas atividades teórico-práticas, como, por exemplo, seminários sobre os aspectos bioquímicos e

fisiológicos da doença, as características da dietas com exercícios de avaliação e de aprendizagem, ateliês de cozinha com discussão do cardápio e grupo de alimentos e preparo de refeições, exercícios físicos com fisioterapeutas, dentre outras atividades. No Brasil, além destas atividades, formas alternativas podem ser pensadas para clientes que não saibam ler e escrever: modelos de alimentos, jogos e recortes de embalagens são algumas das opções para todos os grupos.

4.2.3 A organização do trabalho

A contribuição da metodologia antropotecnológica para organização do trabalho torna-se extremamente relevante uma vez que as ferramentas de análise utilizadas evidenciam aspectos significativos das atividades de trabalho, não previstos no momento da elaboração de normas e procedimentos nas organizações. Como exemplo, vários estudos ergonômicos e antropotecnológicos demonstraram que uma organização do trabalho com tarefas estritamente prescritas exige uma adaptação permanente dos operadores à variabilidade do processo de produção. A ergonomia tende a orientar uma organização do trabalho menos rígida de forma a permitir aos operadores responder a estas variações (Wisner, 1997a, p.204-242).

Veltz et al. (1994, p. 246) argumenta que a definição prescritiva da atividade torna-se cada vez mais impossível. Uma das razões é que o objeto de trabalho apresenta-se cada vez menos ligado à concepção e mais ligado ao controle do processo e dos eventos, implicando, por isso mesmo, a utilização coletiva de componentes de decisão e de retroações entre os procedimentos e os objetivos a serem alcançados.

Nas situações de trabalho analisadas na França e no Brasil, as características predominantemente cognitivas das atividades revelaram as características destacadas acima. As ações apóiam-se nas comunicações estabelecidas entre diferentes atores. Como analisado pelos autores, e considerando o contexto de certificação de qualidade baseada nas normas ISO 9000 na situação de referência brasileira, a formalização dos procedimentos e dos modos operatórios, propostos por estas normas, tendem a re-conceituar o trabalho através dos preceitos tayloristas de gestão e a tornar rígido o trabalho.

Nesse sentido, entende-se que a proposta de organização de trabalho deve ser construída com bases em novos valores, segundo os quais os profissionais possam estabelecer relações de trabalho mais compatíveis com a natureza humana. Nessas relações, a partir da interação e da aprendizagem mútuas no trabalho, o agir, o pensar e o sentir passam a ser

indissociáveis. Lembrando Veltz et al.(1994, p. 248), “a autonomia não é ausência de normas, mas o seu controle”, mas ainda, “a formalização não é o inimigo da iniciativa. Ela pode ser a ocasião” referindo-se a Clot (*apud* Veltz et al, 1994, p. 248).

Além disso, para o atendimento com qualidade aos clientes/pacientes do ponto de vista alimentar e nutricional, as estratégias utilizadas devem orientar os profissionais a criar espaços para o fortalecimento do conhecimento em alimentação e nutrição e, conseqüentemente, em relações de trabalho. A experiência francesa de criação de comitês de alimentação e nutrição é uma referência importante a ser proposta, considerando a necessidade de coordenação e sistematização dos diferentes conhecimentos e ações envolvidos com os cuidados alimentares e nutricionais dos clientes.

Uma proposta estrutural semelhante foi destacada por Cecílio (1997) ao defender a necessidade de uma rede de cooperação voluntária e de trocas baseadas em novas formas de gestão nos hospitais. Para o autor, com essas estruturas pretende-se criar novas relações baseadas em um clima organizacional solidário, que sejam facilitadoras da comunicação entre as várias categorias profissionais e em vários níveis da organização para a melhoria da qualidade da assistência aos clientes.

Outros autores como Mitroff (1994) e Senge (1990) propõem estratégias para as organizações baseadas em relações éticas e de aprendizagem mútuas. Mitroff (1994) considera que as funções chaves de uma organização devem estar centradas para a gestão de problemas (ambiente externo), gestão da qualidade, preocupação ambiental, adaptação dos produtos às necessidades locais (globalismo), tendo com base o componente ético. Essas funções devem estar inter-relacionadas a uma nova estrutura organizacional baseada em princípios de aprendizagem e conhecimento, de recuperação e desenvolvimento; de espiritualidade e prestação de serviços, de forma integrada e continuamente avaliada.

Senge (1990, p. 100), como um dos especialistas em gestão voltada para a aprendizagem, ressalta que “*temos que desenvolver um senso de conectividade, um senso de trabalho conjunto como parte de um sistema, no qual cada parte afeta e é afetada pelas outras e o todo é maior do que a soma de suas partes*”. Para isso, propõe o desenvolvimento de cinco disciplinas que possibilitem a aprendizagem organizacional: raciocínio sistêmico, domínio pessoal, modelos mentais, visão partilhada e aprendizado em grupo, no sentido de alicerçarem a construção de uma organização com base no conhecimento.

A partir dessas considerações, e tendo como referência as situações de trabalho analisadas e as potencialidades de organização das atividades dentro das novas concepções sobre ser humano, sobre conhecimento e organizações, a gestão dos cuidados nutricionais pode basear-se em estruturas flexíveis, descentralizadas, intensivas em comunicação vertical e, prioritariamente, em comunicação horizontal e lateral (intergerencial).

Nos itens abaixo, encontram-se as bases para uma organização do trabalho para imprimir melhor qualidade aos os cuidados nutricionais e o trabalho do nutricionista no Brasil.³³

- Ênfase no trabalho das equipes organizadas em unidades de trabalho para tomada de decisões conjuntas sobre o atendimento integral aos clientes: com o desenvolvimento de uma proposta de gestão do conhecimento, as decisões são construídas a partir das expectativas do grupo. Rivera (1996), ao discutir um modelo de gerência comunicativa, propõe três tipos de encontros (jornadas), organizados como espaços de comunicação onde a missão, os indicadores de controle e o planejamento a partir dos problemas possam ser trabalhados. São estes: jornadas de missão, para a compreensão dos produtos desenvolvidos **de cada unidade** e suas formas de controle; jornadas de problematização internas **em cada unidade** para levantar e trabalhar os problemas internos, e jornadas de problematização coordenadas, incluindo vários setores, com a finalidade de problematizar situações que impliquem integração.
- Concepção de gerência como articuladora de vários saberes: o papel de gerência em uma organização baseada no conhecimento é o de animador da equipe, voltado para sistematizar os resultados das propostas discutidas nos espaços de interação e de organização, entre as unidades e os profissionais ligados à produção de refeições e ao atendimento clínico-nutricional.
- gestão colegiada com a participação dos gerentes e profissionais das unidades de trabalho: este tipo de gestão abre possibilidades para o reconhecimento do papel dos profissionais em todos os níveis hierárquicos para tomar decisões conjuntas, formular objetivos relacionados ao aperfeiçoamento dos cuidados nutricionais e buscar condições favoráveis ao tipo de trabalho realizado. O entendimento de unidade de trabalho compreende a participação de profissionais dos níveis operacional e gerencial. O nível gerencial seria o articulador, o

³³ Estes parâmetros foram baseados nos delineamentos gerais propostos por Cecilio (1997, 1994) ao discutir modelos gerenciais alternativos para os hospitais públicos brasileiros.

facilitador do processo de comunicação e de interação das várias unidades e equipes, além de ser centro estratégico para a disseminação dos resultados, a aquisição de recursos e o receptor das idéias e propostas.

A partir de uma organização do trabalho com essas características, vislumbram-se os seguintes aspectos: compartilhamento dos resultados do trabalho com a equipe de saúde; desenvolvimento de competências técnicas e organizacionais; melhoria da circulação das informações; melhoria dos meios de trabalho (informatização); efeitos positivos para a vida dentro e fora do trabalho e melhor entendimento do cliente/paciente e das suas condições de vida.

4.2.4 A formação dos futuros nutricionistas

A formação dos nutricionistas revela-se um dos aspectos mais significativos para uma gestão dos cuidados nutricionais centrada no cliente/paciente. A alimentação é um componente cultural importante dos indivíduos, mesmo no momento em que se encontram hospitalizados. A refeição, assim como todos os outros procedimentos hospitalares, faz parte da rotina hospitalar de cuidados com os cliente/pacientes.

Por outro lado, nas análises das situações de trabalho, especialmente na situação de referência brasileira, a rotina hospitalar está inserida em um sistema de saúde curativo. Este aspecto, conforme analisado, dificulta o desenvolvimento de ações por parte dos profissionais, dentro de uma perspectiva qualitativa que busque a implementação de ações preventivas, em parceria com os clientes/pacientes e com toda a equipe de saúde.

As práticas e as concepções dos cuidados em saúde, como referidas anteriormente, são priorizadas a partir das respostas quantitativas que o corpo do paciente manifesta. Os dados clínicos, os exames laboratoriais e antropométricos são indicadores utilizados pelo nutricionista para avaliar o estado clínico-nutricional desses pacientes, com vistas à intervenção nutricional, imprimindo, portanto, um caráter de objetividade nas ações deste profissional. Na produção de refeições, o ambiente físico, as exigências de tomada de decisão, a coordenação dos recursos físicos e humanos acabam obscurecendo o papel da alimentação como fonte de prazer, de prevenção e de cura para o cliente/paciente.

Raramente, os profissionais apresentam condições de utilizar todos os conhecimentos e informações de que dispõem para uma intervenção conjunta com os

clientes, em que possam trabalhar as relações da sua doença com os cuidados alimentares, baseados numa construção sobre alimentos, alimentação e saúde.

Essas dimensões do comer são esquecidas no meio hospitalar, onde o alimento deixa de ser identificado como refeição pelos indivíduos, pela tendência que se tem de reduzir o seu valor a uma simples regra, norma, rotina de nutriente (Corbeau, 1997, p. 104; Garcia, 1992).

Portanto, um acompanhamento nutricional não distanciado dos indivíduos implica mudança de percepção na realidade de atuação. Algumas dessas mudanças seriam de responsabilidade das instituições formadoras, que deveriam buscar a implementação de pressupostos educacionais que incorporassem elementos norteadores na relação pedagógica e que possibilitassem a construção de uma nova concepção de profissional. Seriam estes (Sousa, 1997; Machado, 1998, 1995):

- O reconhecimento da humanidade e sensibilidade presente nos indivíduos: o nutricionista trabalha essencialmente com seres humanos. O alimento por si só perde o sentido se o nutricionista não trabalha a relação do alimento com o ser humano e o ato alimentar. E, nessa relação, não somente as dimensões biológica e social são fundamentais. Outras relações devem ser percebidas no universo dos indivíduos que estão ao seu redor, sejam clientes/pacientes e familiares, trabalhadores de cozinha, colegas nutricionistas e a relação simbólica destes indivíduos com o alimento (alimento enquanto prêmio, gula, ansiedade, cultura...). E para isso, não basta ser crítico e ser criativo. Mais que tudo, é preciso ser sensível para poder intervir, compondo uma parceria com os indivíduos.
- O reconhecimento da existência do conhecimento como uma construção: para compor com os indivíduos, tanto na relação professor-aluno, quanto na relação nutricionistas e outros seres humanos, é fundamental percebermos que os indivíduos trazem consigo a sua história e, com ela, uma bagagem de conhecimentos sobre o mundo, sobre a vida, sobre alimentos, sobre nutrição. Tentar resgatar em cada um este conhecimento, vivenciando novas práticas e criando novos conceitos, é uma tarefa de todos dentro desta relação de troca. O professor, a partir da sua experiência acumulada, pode perceber com maior clareza os caminhos a serem resgatados, compartilhados, mediando, a cada momento, a relação de troca que possa estar existindo com seus alunos e a realidade proposta para intervenção, ultrapassando, inclusive, a relação teoria-prática-teoria.

- A relação teoria-prática: a construção do nutricionista deveria superar a visão de que teoria deve ser praticada, como se conteúdos teóricos fossem verdades e as práticas fossem um momento em que essas verdades devem ser verificadas, coletadas, classificadas... Para a construção desse profissional, acredita-se que é fundamental uma leitura da realidade, segundo a qual a relação teoria-prática fosse indivisível e a relação entre todos os indivíduos que participassem desta construção com o conhecimento fosse de troca.
- A formação do nutricionista não pode perder de vista a necessidade de integração dos conhecimentos básicos sobre alimentos, alimentação, nutrição e seres humanos (aspectos biológicos, socioeconômicos, antropológicos, individuais) com os conhecimentos aplicados nestas áreas. Considera-se que a formação de nutricionistas para uma prática de saúde e nutrição generalista deve continuar sendo a base das novas diretrizes curriculares.

Ressalte-se, todavia, que as dificuldades atuais na prática de nutricionistas para uma atuação preventiva é real. Conforme análises da estrutura do sistema de saúde brasileiro, o cliente/paciente não é visto coletivamente. A saúde individual e curativa ainda persiste, inclusive estimulando práticas individuais da equipe de saúde. O nutricionista não apresenta uma retaguarda para a continuidade das suas ações no contexto do bairro (associações de moradores, creches, postos de saúde), da empresa, da escola dos filhos, das cooperativas... No entanto, a integralidade das ações pode ser um dos objetivos a ser buscado na organização das unidades de alimentação e nutrição, através de elaboração de projetos em parceria com as instituições formadoras e de estratégias de organização que englobem os setores de produção de refeições, do atendimento clínico-nutricional e ambulatorial.

4.2.5 A formação contínua dos nutricionistas no trabalho

As recomendações sobre a formação contínua dos nutricionistas referem-se não só aos aspectos mencionados no item anterior, como também ao fortalecimento dos conhecimentos para a melhoria da qualidade do trabalho e, sobretudo para atenuar as exigências cognitivas impostas pelas características da atividade. Considerando os aspectos sociais, demográficos e industrial do contexto brasileiro, algumas recomendações podem ser pontuadas:

- Fortalecimento dos conhecimentos em alimentação e nutrição envolvidos com os cuidados do idoso, não só relacionados aos aspectos nutricionais e higiênico-sanitários, mas, sobretudo, aos aspectos psicossensoriais (organolépticos) e simbólicos da refeição.

- Fortalecimento dos conhecimentos em alimentação e nutrição voltados para o grupo de adolescentes, considerando a maior susceptibilidade deste grupo populacional a modificações severas no comportamento alimentar (simplificação, substituição ou anulação de refeições).
- Acesso às informações contínuas (banco de dados) sobre os avanços da dietética relacionados à utilização de alimentos para prevenção de doenças degenerativas.
- Fortalecimento dos conhecimentos sobre novas tecnologias em alimentação coletiva, considerando o acesso previsível, a médio prazo, de equipamentos que possibilitem aumentar a diversidade das preparações (modos de preparo) e melhorar a qualidade das preparações em seus aspectos nutricionais e organolépticos. Salientam-se, neste ponto, ainda, os conhecimentos atualizados sobre microbiologia de alimentos e controle higiênico-sanitário baseados no método HACCP.
- Acesso contínuo às informações sobre a legislação sanitária de alimentos, considerando a introdução de matérias-primas com produção orgânica. Salienta-se ainda, o acesso às informações sobre a utilização de tecnologias de produtos da 4ª e 5ª gerações (pré-elaborados e produtos prontos para consumo), considerando as possibilidades futuras de regulamentação destes produtos.

Este conjunto de recomendações foi delineado, tendo como referência as análises das duas situações de referência, nas quais foi possível avaliar as ações implementadas, transpondo-as, com as devidas considerações, para as situações futuras. Foi norteado, ainda, pelos princípios da teoria da criação do conhecimento, relacionados às formas de organização que possibilitam a socialização, externalização, combinação e internalização do conhecimento em alimentação e nutrição.

A **socialização do conhecimento** em alimentação e nutrição pode ser explorada a partir dos encontros da prática profissional, a exemplo das estratégias de interação e organização recomendadas, ou de jornadas de sensibilização para avaliar o trabalho e as suas condições. Inclui-se, ainda, a participação em encontros de avaliação do trabalho com a equipe de nutrição (comissão de cardápios, comissão de alimentação e dietética, discussão das *enquêtes* de satisfação) e com a equipe de saúde (visitas aos pacientes junto com a equipe). Os temas a serem compartilhados e/ou propostos devem ter como referência a qualificação dos cuidados nutricionais e do trabalho do grupo.

A **externalização do conhecimento** é uma construção realizada advinda das práticas desenvolvidas (conhecimento tácito) e compartilhadas pelo grupo. O conhecimento gerado a

partir da exploração de conceitos, frutos do diálogo e da reflexão coletiva nos encontros de socialização, pode servir de estratégia de *marketing* do trabalho da equipe. Como exemplo, os formulários sobre o acompanhamento clínico-nutricional (anamnese alimentar, ingestão alimentar, evolução dietoterápica) podem servir como instrumentos para externalização do conhecimento produzido pelos nutricionistas para a equipe de saúde. Outra estratégia é a formação da equipe médica com orientações de nutrição, características dos alimentos em cada dieta e funcionamento do fluxo dos serviços prestados aos clientes/pacientes.

A **combinação** refere-se à sistematização do conhecimento construído no grupo. Como exemplos, a sistematização pode ser realizada através de manuais das práticas dos nutricionistas em cada área, manuais e folhetos para os cuidados com a alimentação do cliente/paciente, incluindo os critérios de qualidade nutricional, higiênico-sanitário, psicossensoriais e simbólicas. Além de manuais de fornecedores, manuais de boas práticas, manuais de processamento, fichas técnicas, receituários, dentre outros documentos, que podem servir de fontes de aprendizagem e de avaliações contínuas.

A **internalização** refere-se ao processo de aprender com o outro. A internalização pode ser melhorada elaborando-se histórias orais, registros da atividade do dia com avaliações sobre os condicionantes das atividades e as melhorias necessárias. Do ponto de vista ergonômico, a aprendizagem no trabalho, ou o processo de internalização do conhecimento (tácito para tácito) é um dos espaços mais importantes para valorizar e aumentar a competência das equipes de trabalho. A este respeito, Vion et al.(2000, p. 624-631) levantam a necessidade de uma inovação teórica e metodológica para a elaboração de recomendações ergonômicas que auxiliem alguns a aprender e outros a ensinar. A aprendizagem e o ensino são assim consideradas ações situadas, singulares, que se constroem em uma situação particular. Assim, quem ensina e quem aprende não são atores considerados isoladamente, mas situados em um ambiente físico e social, onde os mesmos buscam recursos para agir (estratégias cognitivas, organizacionais...). Os autores destacam, particularmente, o caráter mediado da aprendizagem, para possibilitar ao aprendiz construir sua ação e desenvolver progressivamente suas competências.

No mesmo sentido, Navarro (1991, p.124) sugere que a perspectiva sociocognitiva³⁴ pode ser útil para desenvolver instrumentos de aprendizagem em pequenos grupos. O processo, em que o indivíduo confronta-se com outros indivíduos que possuem lógicas e representações diferentes, pode favorecer uma mobilização mais eficaz dos conhecimentos. Reforça, ainda, que a tomada de consciência das operações necessárias em uma atividade é a base da construção da competência e, por outro lado, a melhoria da competência dentro de um contexto de trabalho coletivo favorece o funcionamento da equipe.

4.3 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

No presente capítulo elaboraram-se as etapas de projeção do quadro futuro e prognóstico da atividade futura. Durante a análise comparativa, procurou-se evidenciar os limites e as possibilidades da prática de dietistas na França e nutricionistas no Brasil diante dos contextos de desenvolvimento dos dois países. Ao mesmo tempo, na projeção do quadro futuro, delimitaram-se os contextos apropriados do ambiente interno (condições organizacionais) que podem favorecer o processo de criação do conhecimento, considerando a interação entre a produção de refeições e a terapia nutricional.

A análise desses aspectos subsidiou a elaboração do prognóstico da atividade futura caracterizado por um conjunto de recomendações para qualificar a gestão dos cuidados nutricionais e o trabalho do nutricionista nos hospitais brasileiros.

No próximo capítulo encontram-se delineadas as análises finais da tese, sob a forma de conclusões.

³⁴ De acordo com Vygotsky *apud* Vion et al. (2000, p. 624-631), o indivíduo aprende de acordo com um duplo processo: através do contato direto com seu ambiente (perspectiva piagetiana), mas também pela mediação com o outro, ou seja, pela aprendizagem na qual uma interface (intermediário) situa-se entre o sujeito e a tarefa. Esta ação de mediação é principalmente verbal.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

No presente capítulo encontram-se destacadas as argumentações sobre a validade da metodologia utilizada e do tema pesquisado, bem como as principais contribuições com o desenvolvimento da tese. Esses aspectos serão abordados, orientando-se pelo processo de construção e desenvolvimento da tese, iniciando-se com a pergunta de partida, os objetivos e hipóteses traçados. Outros aspectos destacados referem-se às perspectivas de continuidade, às recomendações e às considerações finais.

5.1 OS CAMINHOS PARA RESPONDER A PERGUNTA DE PARTIDA – A DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E HIPÓTESES

A pergunta de partida, assim definida: *“Quais os aspectos antropotecnológicos relevantes da prática do dietista/nutricionista em hospitais brasileiros e franceses, considerando a interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições, visando à qualificação dos cuidados nutricionais aos clientes/pacientes?”*, norteou a seleção de referenciais teóricos e metodológicos que possibilitassem a análise do problema.

Assim, o estudo teve como tema central o trabalho do nutricionista no Brasil e do dietista na França. A abordagem antropotecnológica foi utilizada como recurso para analisar a prática desses profissionais em contextos de implantação de tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais. A análise inseriu-se, ainda, numa problemática que considera a necessidade de integralidade das ações desses profissionais através da criação de estratégias de interação e organização, para qualificar os cuidados nutricionais oferecidos aos clientes/pacientes.

Considerando estas colocações iniciais, as conclusões deste item contemplarão a descrição dos objetivos e das hipóteses, fazendo-se referência às seções do estudo nas quais os mesmos foram alcançados, conforme figura abaixo:

Fig. 5.1: Esquema demonstrativo relacionando os objetivos específicos com as seções e aspectos desenvolvidos na tese

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ASPECTOS DESENVOLVIDOS NA TESE
• Desenvolvimento dos argumentos teóricos	Capítulo 2, com os temas sobre tecnologia, ergonomia, teoria da criação do conhecimento e antropotecnologia.
• Seleção de unidades de alimentação e nutrição	Capítulo 2, com argumentos teóricos e capítulo 3, seção 3.3.2, com argumentos metodológicos.
• Identificação das estratégias de interação	Capítulo 3, seções 3.4.1 e 3.4.2, item B2 – Características das UANh, item B3 – Caracterização da situação de trabalho – características da atividade.
• Caracterização do trabalho do dietista/nutricionista nas UANh.	Capítulo 3, seções 3.4.1 e 3.4.2, item B3 – Caracterização da situação de trabalho – características da atividade.
• Identificação da percepção dos dietistas/nutricionistas	Capítulo 3, B3 – Caracterização da situação de trabalho, item sobre representação mental e elementos de convergência – mapas cognitivos.
• Os contextos <i>versus</i> a estrutura organizacional do sistema hospitalar e do subsistema de nutrição	Capítulo 4 - Projeção do quadro de trabalho futuro.
• Análise comparativa e delimitação dos espaços possíveis para a ação dos profissionais – princípios da criação do conhecimento.	Capítulo 4. C – Condições organizacionais para a criação do conhecimento.
• Identificação de aspectos para subsidiar a convergência das ações	Capítulo 3, Caracterização da situação de trabalho, item sobre representação mental e elementos de convergência – mapas cognitivos e capítulo 4 – projeção do quadro futuro, item 4.11.
• Formulação de recomendações	Capítulo 4, seção 4.2, itens 4.2.1 a 4.2.5 referentes à tecnologia de gestão dos cuidados nutricionais, às estratégias de interação e de organização entre o atendimento clínico-nutricional e à produção das refeições, à organização do trabalho e à formação dos nutricionistas.

Desta forma, pode-se considerar que o objetivo geral da tese, formulado a partir da pergunta de partida, que consistiu em *“identificar os aspectos antropotecnológicos relevantes da prática do dietista/nutricionista em hospitais brasileiros e franceses, considerando a interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições, visando à qualificação dos cuidados nutricionais aos clientes/pacientes”* foi alcançado.

Com o desenvolvimento das seções identificadas e, especialmente, no capítulo 4, foram estabelecidas as comparações e relações dos contextos de desenvolvimento dos dois países com a prática dos dietistas/nutricionistas. Ao mesmo tempo, foram identificados os limites e as possibilidades desses profissionais (determinantes da atividade futura), para qualificarem os cuidados nutricionais.

A partir dessas conclusões, pode-se afirmar que a hipótese geral que compreende “*a análise comparativa do trabalho dos dietistas/nutricionistas nos hospitais franceses e brasileiros, com o suporte da abordagem antropotecnológica, pode contribuir para a qualificação da gestão dos cuidados nutricionais aos clientes/pacientes*” foi comprovada com o desenvolvimento do estudo.

Da mesma forma, pelas colocações anteriores, a primeira hipótese secundária que compreende – “*a análise comparativa dos diferentes contextos da realidade francesa e brasileira relacionados à gestão dos cuidados nutricionais hospitalares, pode colaborar no entendimento dos limites e das possibilidades da prática dos dietistas/nutricionistas neste setor*” pôde ser contemplada no capítulo referido.

No que se refere à segunda hipótese secundária, “*a análise da atividade dos dietistas/nutricionistas responsáveis pela terapia nutricional e produção de refeições pode colaborar na identificação de espaços de interação entre estes setores*”, constata-se que foi, também, contemplada em diferentes pontos da tese. Inicialmente, as unidades analisadas apresentam, em suas prescrições, ações que se caracterizam pela interação entre os setores de produção de refeições e da terapia nutricional. Na análise do trabalho real, estes espaços de interação, denominados no estudo de estratégias de interação e organização, são possíveis dentro das condições apresentadas para o desenvolvimento da tarefa.

Na unidade francesa, essas estratégias fazem parte da filosofia e da política adotadas pela AP-HP, e os profissionais organizam-se sob a forma de rodízios para desenvolverem essas ações de interface. Na unidade brasileira, essas estratégias apresentam critérios rigorosos e fazem parte dos manuais de qualidade, com base nos requisitos da norma ISO 9001. As profissionais dos dois setores apresentam mais dificuldades no que se refere às condicionantes temporais e organizacionais (nº de leitos *versus* nº de nutricionistas) para participarem dessas ações, principalmente os nutricionistas da terapia nutricional.

A terceira hipótese secundária, que compreende: “*a identificação dos aspectos relevantes para a convergência das ações entre o atendimento clínico-nutricional e a produção de refeições pode contribuir com a discussão de estratégias visando à evolução das competências e à criação de conhecimentos a partir da experiência de trabalho*”, foi objeto de discussão durante o desenvolvimento do capítulo 4, seção 4.2, na formulação das

recomendações para qualificar a gestão dos cuidados nutricionais e o trabalho do nutricionista nos hospitais brasileiros. Os aspectos recomendados se complementam. A escolha de uma tecnologia de gestão dos cuidados nutricionais centrada na necessidade humana (dos clientes/pacientes e profissionais) pressupõe, ao mesmo tempo, a criação de atividades de interface e uma organização de trabalho flexível. No mesmo sentido, a formação de nutricionistas pode ser norteadas para que se possa aprender mutuamente dentro de uma ótica de construção, de reciclagem de valores, de conceitos, de aspirações, de expectativas, de estratégias de ação, de normas coletivas sobre o que vem a ser compromisso, interação, inovação, troca de experiências e companheirismo.

5.2 AS PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES COM O DESENVOLVIMENTO DA TESE

As principais contribuições deste estudo serão destacadas tendo-se como referência os resultados esperados, previamente traçados, quando do desenvolvimento do projeto de tese. Os resultados referem-se, principalmente, às contribuições para a ergonomia e a antropotecnologia relacionadas ao tema da tese.

O estudo propôs-se a analisar o trabalho dos dietistas/nutricionistas com ênfase nos aspectos cognitivos. Esses aspectos foram priorizados considerando que os cuidados nutricionais, como argumentado nos referenciais teóricos, são procedimentos técnicos e científicos que envolvem a coordenação e a interação de equipes durante o fluxo de trabalho. Destaca-se o interesse pessoal da autora nestes aspectos, em função das experiências anteriores como nutricionista e chefe de UAN e, atualmente, professora da área de gestão de unidades de alimentação coletiva. Além disso, o reconhecimento preliminar das características da atividade desses profissionais, durante o período de formação no doutorado, evidenciou predominantemente a importância dos aspectos cognitivos.

Com o desenvolvimento do estudo, várias contribuições para a ergonomia podem ser apontadas. Inicialmente, como referido na justificativa, as demandas que predominam nas análises do trabalho do nutricionista situam-se, em sua maioria, fora do contexto de análise do trabalho real. Na presente pesquisa, conforme a análise ergonômica do trabalho, o acompanhamento das jornadas de trabalho e a participação em reuniões nas unidades possibilitaram a compreensão e a sistematização das principais características do trabalho desses profissionais, em dois contextos de desenvolvimento diferentes. Os resultados

apontados e as recomendações sugeridas evidenciaram a relevância da utilização da AET na formulação de propostas que possibilitem a melhoria da realidade de trabalho.

Mesmo na realidade francesa, que apresenta condições mais satisfatórias para o desenvolvimento do trabalho das dietistas, as realidades na França e no Brasil são caracterizadas pela fragmentação das operações, pela imprevisibilidade ligada ao processo de produção de refeições (matérias-primas, pessoas e estrutura), pelas comunicações intensivas com diferentes interlocutores, pelo deslocamento excessivo, pela pressão temporal, pela intensiva exigência mental, e sobretudo cognitiva, para perceber as informações provindas de várias fontes (pessoas, formulários, clientes/pacientes), diagnosticar e tomar decisões em curto prazo. Destaca-se, no Brasil, que estes aspectos são mais evidentes, em virtude das características do ambiente externo.

Essas condicionantes ligadas à realização do trabalho foram detectadas somente a partir da categorização das ações dos profissionais estudados, conforme esquemas representados nos anexos. A ausência de uma seqüência lógica para o desenvolvimento das atividades exigiu o tratamento diferenciado dos eventos ocorridos, para compreender a atividade e os comportamentos dos profissionais frente às condicionantes apresentadas. Os estudos ergonômicos, que envolvem atividades técnicas e gerenciais ou ligadas ao setor de serviços, podem exigir o mesmo tratamento de dados.

Salienta-se também a utilização das entrevistas, tendo-se como referência teórica os mapas cognitivos. Na configuração gráfica da representação mental dos profissionais entrevistados, evidenciou-se a percepção dos mesmos sobre o trabalho realizado e a necessidade de melhorias nos cuidados nutricionais.

Na França, na análise da representação mental, ficou evidenciada a relação com a filosofia adotada pela AP-HP da *alimentação como um cuidado*, envolvendo aspectos nutricionais, higiênicos-sanitários, psicossensoriais e de convivialidade. No Brasil, os aspectos que envolvem as ações desenvolvidas no dia-a-dia e as expectativas de interação para o atendimento ao paciente foram os principais elementos representados pelas profissionais, destacando a necessidade de mais interação dos dois setores principalmente em torno do planejamento, produção e avaliação do cardápio.

Considera-se que a originalidade da proposta e sua contribuição científica ficam

evidenciadas pela utilização dos mapas cognitivos como uma ferramenta para análise de situações de trabalho, a partir da percepção dos profissionais sobre os caminhos para qualificar os cuidados nutricionais, em conjunto com a análise antropotecnológica.

Outro destaque refere-se à utilização da antropotecnologia para subsidiar a análise das atividades dos dietistas/nutricionistas, em contextos de implantação de tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais. A metodologia antropotecnológica é referida na literatura como uma ferramenta de análise em setores ligados à produção de bens. No presente trabalho, considera-se que a metodologia pôde ser validada, não só por ter sido aplicada no setor de serviços, como também por ter destacado aspectos do ambiente externo, permitindo a formulação de parâmetros para a adaptação tecnológica relacionada à gestão dos cuidados nutricionais.

Considera-se, ainda, que a utilização dos pressupostos da teoria da criação do conhecimento foram significativos para o enriquecimento da análise antropotecnológica. Esta consideração é essencial, uma vez que as organizações – e, particularmente, a atividade humana – encontram-se cada vez mais vulneráveis com a implantação de novas ferramentas e métodos de trabalho. As novas propostas de gestão do conhecimento, em conjunto com a análise ergonômica do trabalho, podem servir de instrumentos para o fortalecimento de relações profissionais, o desenvolvimento de competências técnicas e organizacionais, a melhoria da circulação das informações e dos meios de trabalho, com efeitos positivos para a vida dentro e fora do trabalho.

5.3 AS PERSPECTIVAS DE CONTINUIDADE

O desenvolvimento do presente estudo tornou possível a identificação de outros aspectos que podem ser alvo de futuras pesquisas. Como professora do Departamento de Nutrição, considera-se que a continuidade de outras propostas, a partir do reconhecimento do trabalho desenvolvido pelas UANh do *Hôtel Dieu* e do Instituto Central do HC, é uma forma de estar devolvendo os dados para os sujeitos envolvidos com o estudo. Ao mesmo tempo, destaca-se que a necessidade de reconstruir os conhecimentos gerados a partir desta tese é uma consequência natural do processo de amadurecimento do pesquisador.

Desta forma, a título de sugestões e recomendações, pode-se considerar relevantes os seguintes temas para trabalhos futuros:

Em primeiro lugar, vale ressaltar a relevância de um estudo que possa *avaliar o trabalho dos nutricionistas, em outras unidades hospitalares, com a implantação gradativa de estratégias de interação e de organização entre os setores da terapia nutricional e da produção de refeições*. A continuidade do tema é destacada, considerando que na realidade brasileira, os profissionais ainda atuam de forma independente. Outro destaque refere-se à análise em unidades hospitalares que contam com apenas um nutricionista para realizar as tarefas dos dois setores, observando-se, de um lado, as estratégias que os profissionais utilizam para realizar a tarefa e, de outro, a representação mental desses profissionais sobre os cuidados nutricionais.

Ressalta-se, também, a necessidade de mais *estudos ergonômicos envolvendo o trabalho dos operadores da produção e distribuição das refeições, e do pessoal de nível médio*. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de compreender e valorizar os aspectos cognitivos do trabalho, uma vez que muitas das tarefas executadas são desenvolvidas de forma autônoma. Esta consideração é importante para possibilitar a comparação das experiências, a formação em grupo e a evolução das competências no trabalho.

A partir deste tema, outro estudo pode ser realizado: *a avaliação da organização e das relações de trabalho em unidades de alimentação coletiva com a implantação de estratégias orientadas para o conhecimento*. Este enfoque é sugerido, considerando que a gestão do conhecimento utiliza ferramentas consideradas importantes para valorizar as idéias, os *insights* e o trabalho das pessoas nas organizações. Nas unidades de alimentação coletiva, embora os papéis sejam definidos, as tarefas são desenvolvidas de forma coletiva e interdependente entre as diferentes áreas operacionais e administrativas.

Considerando-se o tema acima, sugere-se também o aprofundamento da *análise ergonômica do trabalho em equipes*. A literatura francesa tem destacado este tema pelas modificações tecnológicas em setores produtivos e de serviços, caracterizados muito mais pelo controle dos processos mecanizados do que por um fluxo de produção seqüenciado. Para os operadores, as situações apresentadas exigem um esforço de coordenação e de representação coletiva muito maior em relação aos processos tradicionais. O setor de alimentação coletiva não está longe dessas características.

Outro tema importante refere-se à análise de unidades de alimentação coletiva envolvidas em processos de certificação, baseados nas normas ISO 9000. Esses estudos são

ainda mais relevantes, uma vez que as organizações, para conquistarem novos mercados, têm buscado, sempre mais, a certificação de seus sistemas de qualidade. Os requisitos contemplados pelas normas da série ISO praticamente desconsideram variáveis relacionadas aos critérios ergonômicos. A qualidade dos processos e dos produtos muitas vezes é feita às custas de agressões físicas, organizacionais e psíquicas dos profissionais envolvidos.

Finalmente sugere-se o desenvolvimento de outros estudos que contemplem a metodologia antropotecnológica, considerando o seu enfoque transdisciplinar, a possibilidade de aplicação em vários setores de trabalho e as perspectivas de transformação que podem ser reveladas com o emprego desta metodologia.

5.4 RECOMENDAÇÕES FINAIS

Como recomendações finais, destacam-se alguns aspectos considerados relevantes, direcionados às diferentes entidades e instituições que, direta ou indiretamente, estão relacionadas com a gestão dos cuidados nutricionais em UANh no Brasil:

A. Escolas de formação dos nutricionistas

- Buscar o desenvolvimento de projetos pedagógicos que possibilitem a visão inter e transdisciplinar do conhecimento em nutrição.
- Estruturar o currículo, promovendo a articulação vertical e horizontal de conteúdos práticos e teóricos entre as disciplinas. Estas articulações podem ser enriquecidas com discussões interdisciplinares sobre os instrumentos e práticas realizadas, a sistematização e a devolução dos dados para a realidade estudada, dentre outros.
- Buscar a implementação de projetos, levando-se em conta os elementos norteadores para a formação do nutricionista, destacados nas recomendações desta tese, considerando as características do ambiente externo do Brasil.

B. Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares

- Buscar, em seus projetos, o aperfeiçoamento dos operadores de nível médio e a implantação gradativa de sistemas informatizados, para a realização de atividades administrativas que possam apoiar o trabalho do nutricionista. Tal consideração é importante para o melhor aproveitamento do nutricionista na atividade-fim e,

conseqüentemente, maior valorização da formação desse profissional, que, no Brasil, se destaca como uma das melhores do mundo.

- Buscar a implementação de estratégias que possam, gradativamente, sensibilizar a equipe de saúde e os gestores hospitalares, a respeito da importância da alimentação como um cuidado. Os exemplos delineados nesta tese sobre socialização, externalização, combinação e a internalização do conhecimento em alimentação e nutrição podem servir de referência como estratégias.

C. Entidades representativas dos nutricionistas

- Discutir, de forma continuada, piso salarial e parâmetros numéricos, considerando a evolução das características do trabalho no setor hospitalar, que são influenciadas diretamente pelos contextos demográficos, socioculturais, socioeconômicos e industriais do Brasil, conforme apontado neste trabalho.

- Dar continuidade à participação nos fóruns de discussão sobre a implementação efetiva do Sistema Único de Saúde, considerando a necessidade de melhoria dos cuidados nutricionais, em todos os níveis de atendimento à população.

5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As últimas considerações desta tese referem-se às minhas impressões pessoais, como autora, sobre os significados que emergiram durante e após o desenvolvimento do trabalho. Talvez, este seja o item mais difícil da tese. É como me separar de mim mesma. Para destacar as impressões, é necessário, antes de tudo, sair do presente e olhar para trás, pensar nos caminhos que foram sendo construídos e vividos. E, antes de tudo, é preciso deixar-se levar muito mais pela sensibilidade do que pela racionalidade, se assim pode-se fazer. Por isso, uma tese é mais que um trabalho acadêmico. O processo de dialogar com autores, de analisar a vida profissional de outros seres humanos, de estar discutindo com colegas de diferentes áreas do conhecimento, de viver em outro país, é também, um trabalho de construção pessoal. Esta é a verdadeira tese, que não está separada da tese acadêmica.

Inicialmente, a escolha do tema foi mais um dos *insights* discutidos em conjunto com a professora Rossana, minha amiga e orientadora. O tema foi apaixonante à primeira vista. A maioria das minhas experiências foi em hospitais, atuando em produção de refeições, em unidades de internação, em lactário, em postos de saúde e como chefe de unidade. Analisar o trabalho do nutricionista neste setor foi um presente. Mais que isso, foi a oportunidade de reviver um pouco as minhas vivências passadas com pacientes, nutricionistas, cozinheiros e auxiliares, testemunhando conflitos, conversas, festas...

Outra observação, diz respeito à possibilidade de experienciar novos conhecimentos e referências de análise dentro do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, principalmente, pela oportunidade de estar compartilhando com pessoas de diferentes profissões. O grupo crescia a cada discussão, a cada diferença, a cada desespero com as intermináveis leituras, trabalhos, seminários, artigos... Como pensar em um tema desconhecido por todos, sob a visão de educadores, engenheiros, nutricionistas, administradores, enfermeiros, médicos, advogados, arquitetos, dentistas, designers, psicólogos, sociólogos, educadores, físicos...? Como não pensar que gestão do conhecimento é, antes de tudo, um ritual de equipe, com seus conflitos, suas verdades, sua sincronização?

Assim, esta tese é, também, parte das minhas reflexões em conjunto com os grupos de trabalho, a partir de leituras, trabalhos, seminários e artigos propostos pelos professores das disciplinas de introdução à ergonomia, engenharia ergonômica do trabalho, sistemas organizacionais, métodos qualitativos de pesquisa, atividade física e qualidade de vida, gestão estratégica do conhecimento, antropotecnologia, ergonomia em projetos industriais, ergonomia e tendências na gestão das organizações e metodologia da pesquisa em ergonomia.

O doutorado sanduíche realizado na França foi um outro momento importante na feitura desta tese. Foi preciso aprender a chegar nas pessoas, fazer-se entendida, ganhar confiança. Há dificuldades com o entendimento da língua. As exigências mentais são redobradas, pois em uma análise ergonômica temos que entender o que falam, o que fazem e os porquês. Mas todas as dietistas dividiram comigo seu trabalho, principalmente, a chefe superior do serviço central, que me acompanhou em muitos momentos. Além disso, em Paris, a diversidade de bibliotecas é grande. Os dados do ambiente externo foram

encontrados sem dificuldades. Além da realização do trabalho, as amizades que apareceram não foram poucas. O mundo inteiro estuda em Paris. E muitos brasileiros encontram-se por lá, trabalhando e estudando, tentando criar oportunidades não encontradas no Brasil.

Em São Paulo, convivi um pouco com a loucura do paulistano. Fiquei admirada com o trabalho desenvolvido pelas nutricionistas do Instituto Central do Hospital das Clínicas, um trabalho lindo, competente, sério..., principalmente por se tratar de um hospital público, onde, em princípio, as dificuldades para implementar projetos são maiores. Mas, ao mesmo tempo, as pessoas mal têm tempo para se olharem, dado o volume de trabalho a ser realizado, o nível de auto-exigência, as características e o tipo de atendimento hospitalar. As maiores dificuldades surgiram do contato com esta loucura, procurando observar, entender e conhecer cada uma das atividades realizadas pelas nutricionistas. Mas, também em São Paulo pude rever parentes e amigos, e jogar conversa fora nos finais de semana.

De volta pra casa, foi hora de aprender a dura disciplina de estar a maior parte do tempo sentada, escrevendo, lendo, fazendo esquemas, conversando comigo mesma... Como foi bom estar em casa, no próprio ninho. Escrevi o tempo todo com as crianças e o Ricardo por perto, pedindo-me uma folga, um pouco de atenção... Li muito neste último ano, não só assuntos referentes à tese, mas tudo que me parecia prazeroso. Não deixei de visitar meus amigos e comecei a jogar tênis. Tudo isso contribuiu com o meu processo de construção pessoal e com a tese, que não foram inseparáveis.

Ao voltar para o Departamento de Nutrição, a partir do ano que vem, posso estar dividindo, com meus colegas de trabalho e alunos, um pouco de tudo isso. E, ainda, em relação aos dados da tese, pretendo devolvê-los para os locais estudados e continuar desenvolvendo trabalhos que possam aprofundar as recomendações propostas.

Estas foram as considerações finais – um enfoque personalíssimo sobre a realização de um curso de doutorado – que, ao finalizar este trabalho de tese, gostaria de compartilhar com meus leitores.

CAPÍTULO 6

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. A Epidemiologia nos serviços de saúde. II Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil: 1995-1999, da Comissão de epidemiologia. **Informe epidemiológico do SUS**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia, 1997.
- ALMEIDA, A. A.C.; LIRA, A. C. O. **Estrutura organizacional – Instituto Central**. São Paulo: Diretoria Clínica do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, abril de 2000.
- ANDERSON, L.; DIBBLE, M. V.; TURKKI, P. R.; MITCHELL, H.S.; RYNBERGEN, H. J. **Nutrição**. 17. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1982.
- ANSALONI, J.A. Situação de trabalho dos nutricionistas em empresas de refeições coletivas de Minas Gerais: trabalho técnico, supervisão ou gerência? **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 241-260, 1999.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. Rio de Janeiro: IBGE, 1999, v.58.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2000, vol. 2.
- ASSIS, M.A.A.; DUTRA, A.R.A.; PROENÇA, R.P.C.; SANTOS, N. O futuro da ergonomia: preocupações com a taxionomia e com os problemas globais do próximo século. **Revista Produto & Produção**, Porto Alegre, v.2, n.1, p. 31-38, 1998.
- ASSIS, M.A.A.; NETO, M.U.; DUTRA, A.R.A.; PROENÇA, R.P.C. Aspectos antropotecnológicos na interação profissional-cliente: uma análise da atuação do nutricionista em ambulatório hospitalar. CONGRESSO LATINO- AMERICANO DE ERGONOMIA, 4 e CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 8. **Anais...** Florianópolis, p. 750-754, 1997.
- ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS. **Votre séjour – l'ÁP-HP vous accueille**. Paris: AP-HP/Hôtel Dieu, 1999.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRICIONISTAS. Conclusões e recomendações da conferência sobre adestramento do nutricionista de saúde pública. **Boletim da Associação Brasileira de Nutrição**, n.2, 1966.
- ASSOCIATION DES DIÉTÉTICIENS DE LANGUE FRANÇAISE. **Dieteticien hospitalier**. Paris: ADLF, 1998.
- BERNDT, A.; COIMBRA, R. As organizações como sistemas saudáveis. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.4, p. 33-41, 1995.

BEYSSERIE, F.; CARDUNER, M.J. L'alimentation du 4ème âge en institution. In: L'ALIMENTATION, L'HOTELLERIE HOSPITALIERE: UNE THERAPIE? 1995, Paris. **Anais...** Paris : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, 1995.

BONNICI, B. **La politique de santé en France**. Paris : Presses Universitaires de France, 1993.

BOOG, M.C.F.; RODRIGUES, K.R.M.; SILVA, S.M.F. Situação profissional dos nutricionistas egressos da PUCCAMP. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 1, n. 2, p. 139-152, 1988.

BOOG, M.C.F.; RODRIGUES, K.R.M.; SILVA, S.M.F. Situação profissional dos nutricionistas egressos da PUCCAMP. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 2, n. 1, p. 55-87, 1989.

BOSI, M.L.M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.446-456, 1994.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ms.gov.br>>. Acesso em: 7 jul. 2001.

BRASIL/MEC/ SESU. **Os cursos de Nutrição no Brasil: evolução, corpo docente e currículo**. Brasília: MEC/SESU, 1983. (Série Cadernos de Ciências da Saúde).

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863-870, 1998.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARMO, M.G.T.; HOLZINGER, M.; ROSA, M.C.; BENVENITTI, J.C.L.M.; VITERITTE, P. Prática do nutricionista de clínica nos hospitais da Grande Florianópolis-SC. **Revista de Ciências da Saúde**, Florianópolis, v. XIII, n.1/2, p. 70- 81, 1994.

CECILIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECILIO, L.C.O. A modernização gerencial dos hospitais públicos : o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p. 36-47, 1997.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

CHAVES, N. **Nutrição básica e aplicada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo: McGrawHill, 1983.

CHOAIN, J-F.; NÖEL, P. **Les sous-vide et les technologies actuelles en cuisine**. Malakoff (France): Editions Jacques Lanore, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Notícias. “**Proposta Preliminar sobre Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Nutrição**” elaborada pela Câmara Técnica Transitória de Ensino do Conselho Federal de Nutricionistas”. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br>>. Acesso em: 12 jul.2001.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 200/98**. Dispõe sobre o cumprimento das normas de definição de atribuições principal e específicas dos nutricionistas, conforme área de atuação. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br>>. Acesso em: 12 jul.2001.

CONSTANDRIOPOULOS, A-P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.199-204, 1998.

CORBEAU, J. P. S'alimenter à hôtepital: les dimensios cachées de la commensalité. In: ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS. **L'appétit vient en mangeant! Histoire de l'alimentation à l'hôtepital – XV^e-XX^e siècles**. Paris: Museu da Assistance Publique de Paris, 1997. p.101-114.

CORRÊA, R.A. Qualidade de vida, qualidade do trabalho, qualidade do atendimento ao público e competitividade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.113-23, 1993.

COSSETE, P.; AUDET, M. Mapping of an idiosyncratic schema. **Journal of Management Studies**, Oxford (England), v.29, n.3, p. 325-347, 1992.

D'IRIRBANE, P. ; D'IRIRBANE, A. Le mariage du noble et du vil. **Revue Française de Gestion**, Paris (France), v. 64, p.44-50, 1987b.

D'IRIRBANE, P. Ce qui est universel et ce qui ne l'est pas. **Revue Française de Gestion**, Paris (France), v. 64, p. 6-9, 1987a.

DANIELLOU, F. **Ergonomie et neurophysiologie du travail**. Cours B4. Paris (France): CNAM, 1991.

DANIELLOU, F. Trabalhadores e novas tecnologias. Conferência. In: CONGRESSO LATI-AMERICANO, I; SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, III e SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 5. **Anais...** São Paulo: Oboré, p.78-79, 1992.

DANTAS, J.C. Alienação e participação. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 30-51, 1988.

DAVENPORT, T.H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DIEESE. **Cesta Básica**. Disponível em: <<http://www.dieese.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2001.

DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA. **Divisão de Nutrição e Dietética do ICHC e a ISO 9001**. 2. ed. São Paulo: DND/ICHC, 2000.

- DOMINÉ, A. (coord.). **Paysages gourmands de France**. Madri (Espanha): Culinaria Könnemann, 1999.
- DUPONT, M.; SALAUN, F. **L'assistance publique – Hopitaux de Paris**. Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
- DURIEZ, M.; SANDIER, S. **Le systeme de santé en France – organisation et fonctionnement**. Paris: CREDES, 1994.
- DURIEZ, M.; LANCRY, P.-J.; LEQUET-SLAMA, D.; SANDIER, S. **Le Systeme de Santé en France**. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.
- DUTRA, A.R.A. **Análise custo-benefício na transferência de tecnologia: estudo de caso utilizando a abordagem antropotecnológica**. Florianópolis, 1999. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós- graduação em Engenharia de Produção, UFSC.
- EDEN, C. (Ed.). Special Issue on the nature of cognitive maps. **Journal of management studies**. Oxford (UK), Cambridge (USA), v.29, n.3, 1992.
- ESTRADE, M.-A.; MINNI, C. **La Hausse du niveau de formation**. Amiens (França): INSEE Premiere, n. 488, setembro de 1996.
- ESTRYN-BEHAR, M.; POINSIGNON, H. **Travailler à l'hôpital**. Paris (France): Berger-Levrault, 1989.
- FALK, J.A.; CARVALHO, E. Qualidade de serviços na área hospitalar. In: VIEIRA, M.M.F.; OLIVEIRA, L.M.B. (org.). **Administração contemporânea: perspectivas estratégicas**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 167-186.
- FALQUE-MADRI, L. Uma nova estratégia metodológica para a formação integral dos nutricionistas. Palestra. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, XV, Brasília, agosto, 1998.
- FALZON, P. **Ergonomie cognitive du dialogue**. Grenoble (França): Presses Universitaires de Grenoble, 1989.
- FALZON, P. Transformer le travail: de quelques études d'activités méta-fonctionnelles collectives. In: Congrès de la SELF, XXXII^{ème} 1997, Lyon (France). **Anais...**, Toulouse (France): OCTARÈS Éditions, p. 573-580, 1997.
- FALZON, P.; SAUVAGNAC, C.; MHAMDI, A.; DARSES, F. Les activités métafonctionnelles et leur assistance. Palestra. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO, II e SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, VI. **Anais...** Florianópolis: ABERGO/FUNDACENTRO, p. 59-78, 1993.
- FARIA, J.H. **Tecnologia e processo de trabalho**. Curitiba: UFPR, 1992.
- FIALHO, F.A.P.; SANTOS, N. **As atividades cognitivas: uma introdução à engenharia do conhecimento**. Florianópolis: PPGEP / UFSC, 1998. Notas de aula. Mimeografado.
- FIGUEIREDO, P.C.N. Gestão da tecnologia em organizações brasileiras: na rota da competitividade ou da tavalagem high-tech? **Revista de Administração Pública**: Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p. 163-185, 1994.

- FIOL, C.M.; HUFF, A.S. Maps for managers: Where are we? Where do we go from here? In: EDEN, C. (Ed.). Special Issue on the nature of cognitive maps. **Journal of management studies**. Oxford (UK), Cambridge (USA), v.29, n.3, 1992. p. 267-285.
- FONTES, G.A.V. A prática clínica do nutricionista – uma reflexão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, XIV, **Anais...** Belo Horizonte, 1996. Resumo.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1994.
- FOUREZ, G. **A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências**. São Paulo: UNESP, 1995.
- GARCIA, R.W.D. **A comida, a dieta, o gosto: mudanças na cultura alimentar urbana**. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, USP.
- GARCIA, R.W.D. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Revista de Nutrição da PUCCAMP**, Campinas, v. 5, n.1, p. 70-80, 1992.
- GIBSON, R. Repensando os negócios. In: _____. **Repensando o futuro**. São Paulo: Makron Books, 1998. p.XIX-XXVIII.
- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995b.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995a.
- GOLAPAN, C. Dietetics and nutrition: impact of scientific advances and development. **Journal of the American Dietetic Association**. Chigado (USA), v. 97 , n. 7, p. 737-741, 1997.
- GONÇALVES, E.L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 38, n.1, p. 80-90, 1998.
- GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GROUPE HOSPITALIER HÔTEL DIEU, COLLÉGIALE, GARANCIÈRE, JEAN DÉLIBEROS. **Rapport d'activite general**. Paris, 1998. Relatório. Mimeografado.
- GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFORG, J.; KERGUELEN, A. **Comprendre le travail pour le transformer; la pratique de l'ergonomie**. Montrouge (France): ANACT, 1997.
- GUY-GRAND, B. **La restauration hospitalière: rapport de mission**. Paris, 1997. Relatório. Mimeografado.
- GUY-GRAND, B. La Restauration Hospitaliere: vers une prise en compte de la Nutrition dans les Structures Hospitalieres de soins. **La Lettre Scientifique**, Paris (France), n. 57, p. 1-5, 1998.

LE NOUVEAU RAPPORT inquiétant de Bernard Guy-Grand sur l'alimentation hospitalière. **La cuisine collective**, Levallois-Perret (France), n. 135, p. 18-19, 2000.

HALL, R.H. A natureza e as bases da estrutura organizacional. In: _____. **Organizações: estrutura e processos**. São Paulo: Prentice/Hall do Brasil, 1984. p. 37-53.

HANDY, C. Encontrando sentido na incerteza. In: GIBSON, R. (Ed.). **Repensando o futuro**. São Paulo: Makron Books, 1998, p. 3-17.

HIRSCHMAN, A. **The passions and the interests: political arguments for capitalism before its triumph**. Princeton: Princeton University Press, 1978.

HÔPITAUX: une nouvelle génération s'exprime. **La cuisine collective**, Levallois-Perret (France), n. 122, p. 12, 1999.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Diretoria Clínica. **Indicadores Hospitalares do Complexo**. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br>>. Acesso em: 30 jun. 2001.

IBGE. **Contagem da população, 1996**. Rio de Janeiro: IBGE. v. 1: Resultados relativos a sexo da população e situação da unidade domiciliar, 1997.

IBGE. **Programa nacional de amostras por domicílio**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 4 jul. 2001.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ECONOMIQUES (INSEE). **Tableau de L'Economie Française**. Ed. 2000 – 2001. Paris : INSEE, 2000.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ECONOMIQUES (INSEE). **Tableau de L'Economie Française**. Ed. 1998 – 1999. Paris : INSEE, 1998.

INSTITUTO CENTRAL. **Custo de alimentação cai sem prejuízo da qualidade**. In: A caminho do controle de custos – Parte I. Boletim do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, ano IV, n. 41, outubro de 1999. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br>>. Acesso em: 3 jul. 2001.

INSTITUTO CENTRAL DO HCFMUSP- DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA. **Manual de organização, boas práticas e de qualidade – MOBPO**. São Paulo: ICHC/DND. v. I, 1999.

INSTITUTO CENTRAL. **Nutrição e Dietética**. Apresenta objetivos, localização, política de qualidade, metas e principais atividades. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ichc/nutri_dietetica.htm>. Acesso em: 23 nov. 2000.

KAST, F.E.; ROSENZWEIG, J.E. **Organização e administração: um enfoque sistêmico**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1976.

KATZ, D.; KAHN, R.L. **Psicologia social das organizações**. São Paulo: Atlas, 1970.

KOSTULSKI, K. Communication et accomplissement collectif de l'activité: une perspective conversationnelle appliquée aux transmissions dans les équipes de soin à l'hôpital. In: Méliet, B.; Quéinéc, Y. CONGRÈS DE LA SELF, XXXV^e, **Communication et travail...**Toulouse (France): OCTARÈS Éditions, 2000, p. 418-427.

KRAUSE, M.V.; MAHAN, L.K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 7. ed. São Paulo: Roca, 1991.

L'ALIMENTATION hospitalière est mal adaptée: ce n'est pas seulement un problème de gastronomie. **La cuisine collective**, Levallois-Perret (France), n. 106, p. 36-37, 1998.

L'ASSURANCE maladie sécurité social. **Indicateur statistique**. Paris: Caisse Regionale d'assurance maladie d'Ile-de-France, 1999.

L'ALIMENTATION, L'HOTELLERIE HOSPITALIERE: UNE THERAPIE? 1995, Paris. **Anais...** Paris: Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, 1995.

LA DÉNUTRITION. **AP-HP magazine**, Paris, n. 59, p.15-21, 1996.

LABONTÉ, L.; OUELLET, D. Nutrition clinique, étude du temps consacré aux soins. **Détéctique en Action**, Montreal (Canada), n. 10, p. 25-26, 1996.

LANG, R.M.F.; FERREIRA, S.M.R.; MACEDO, S.P.; TUMEO, D.N.D. Perfil ocupacional do profissional nutricionista no Estado do Paraná – características do profissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, XIV, **Anais...** Belo Horizonte, 1996a. Resumo.

LANG, R.M.F.; FERREIRA, S.M.R.; MACEDO, S.P.; TUMEO, D.N.D. Perfil ocupacional do profissional nutricionista no Estado do Paraná: atuação do profissional. CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, XIV, **Anais...** Belo Horizonte, 1996b. Resumo.

LANGA, P. **Adaptation ou création de l'organisation du travail lors d'un transfert de technologie: analyse ergonomique du travail de l'encadrement et conception de l'organisation du travail**. Paris, 1993. Tese (Doutorado em Ergonomia) – Laboratório de Ergonomia do CNAM.

LANGA, P. Le travail des cadres: caractéristiques, contenu et conditions de travail. In: CONGRÈS DE LA SELF, XXXII^{ème}, **Anais...** Lyon (France), p. 417-426, 1997.

LAVILLE, A. Anthropotechnologie. **Le Travail Humain**. Paris (France), v. 60, n. 3, p. 225-228, 1997.

LAVILLE, A. Évolution technologique et modification du travail et de l'entreprise. **Le Travail Humain**. Paris (France), v. 53, n. 4, p. 35-351, 1990.

LE NOUVEAU RAPPORT inquiétant de Bernard Guy-Grand sur l'alimentation hospitalière. **La cuisine collective**, Levallois-Perret (France), n. 135, p. 18-19, 2000.

LE POINT SUR... Une nouvelle stratégie hospitalière: Le CLAN – Comité de Liaison Alimentation-Nutrition. **Flash**, Paris, n. 150, 1997.

LES COMITES de liaison alimentation-nutrition. **AP-HP magazine**, Paris, n. 71, p.6-8, 1998.

LOUX, F. Place et fonction de l'alimentation dans les représentations populaires. "Le vin est le lait des vieillards". In: ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS. **L'appétit vient en mangeant! Histoire de l'alimentation à l'hôpital – XV^e-XX^e siècles**. Paris: Museu da Assistance Publique de Paris, 1997, p. 33-42.

LUX, K. **O erro de Adam Smith**. São Paulo: Nobel, 1993.

MACHADO, N. M. V. Este nosso olhar! **Revista de Ciências da Saúde**. Florianópolis, v. 17, n.2, 1998.

MACHADO, N. M. V. **Fome e educação: em busca da re-construção da relação integral entre o ser humano e o ato alimentar, no ensino da nutrição**. Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 9. ed. São Paulo: Roca, 1998.

MAIA, S. C.; SOUZA, L. S.; VIERA, S. D. G.; SANTIAGO, A.; SOARES, L. V. **Análise de transferência de tecnologia: abordagem antropotecnológica em uma unidade de terapia intensiva**. Florianópolis, 1997. Trabalho final da disciplina de Antropotecnologia. PPGEP, UFSC.

MALIK, A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 32, n. 4, p.32-41, 1992.

MARQUES, M.B. Doenças infecciosas emergentes no reino da complexidade: implicações para as políticas científicas e tecnológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 361-388, 1995.

MAZZINI, I. A alimentação e a medicina no mundo antigo. In: FLANDRIN, J-L.; MONTANARI, M. **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. p. 254-265.

MELO-FILHO, D.A. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.5-33, 1995.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 80 p.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-248, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Constituição brasileira de 1988**. Disponível em: <<http://www.ms.gov.br>>. Acesso em: 4 jul. 2001.

MITROFF, I. I.; MASON, R.; PEARSON, C. M. **FrameBreak: the radical redesign of american business**. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.

MONESTIER, M. **Histoire et bizarreries sociales des excréments: des origines à nous jours**. Paris: Le Recherche midi éditeur, 1997.

MONTIBELLER NETO, G. **Mapas cognitivos: uma ferramenta de apoio à estruturação de problemas**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC.

MONTMOLLIN, M. **A Ergonomia**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

MONTMOLLIN, M. L'intelligence de la tâche: éléments d'ergonomie cognitive (extraits). In: _____. **Sur le travail. Choix de textes (1967-1997)**. Toulouse (França): OCTARES Éditions, 1997a. p.79-90.

MONTMOLLIN, M. **Vocabulaire de l'Ergonomie**. Tolouse (França): OCTARÈS Éditions, 1997b.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTA, E.V; RIBEIRO, J.L.D. Avaliação dos sistemas de garantia de qualidade de três hospitais. **Revista Produto & Produção**, v.1, n.1, p. 22-29, 1997.

MOTTA, F.C.P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. 11. ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1984.

NAVARRO, C. Une analyse cognitive de l'interaction dans les activités de travail. **Le travail humain**, Paris (France), v.54, n.2, p. 113-128, 1991.

NAVEIRA, R.B. Caos e complexidade nas organizações. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.5, p. 69-80, 1998.

NEIRINCK, E.; POULAIN, J.-P. **Histoire de la cuisine et des cuisiniers : techniques culinaires et pratiques de table, en France, du moyen-âge à nos jours**. Makaloff (France): Editions J. Lanore, 1997.

NGUYEN – XUAN, A. Conscience, prise de conscience et métacognition. In: RICHARD, J.-F.; BONNET, C.; GHIGLIONE, R. **Traité de Psychologie Cognitive : le traitement de l'information symbolique**. Paris: Dunod, 1990. p. 209-216.

NICZ, L.F.; KARMAN, JM. A gestão da informação e da qualidade. In.: CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rennes (França): Cooperação Brasil-França. Éditions ENSP, 1995. p.219-227.

NOËL, P. **Géographie gastronomique**. Makaloff (France): Editions J. Lanore, 1999.

NONAKA, I; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NUTRITION ET RESTAURATION DANS L'UNIVERS HOSPITALIER. 1995, Paris. **Anais ...** Paris: Assistance Publique – Hopitaux de Paris, 1995.

NUTRITION ET RESTAURATION DANS L'UNIVERS HOSPITALIER, 4^{ème}. 1998, Paris. **Anais...** Paris : Assistance Publique – Hopitaux de Paris, 1998.

OS DOMÍNIOS DE MARTA. **Revista Época**. São Paulo: Editora Globo, n.129, 6 de nov. 2000. Disponível em : <<http://epoca.globo.com>>. Acesso em: 17 de julho de 2001.

OUELLET, D.; PIGEON, J. **Validation de l'unité de mesure en Nutrition Clinique: Unité Pondérée de Nutrition Clinique**. Université Laval (Canadá), 1997. Relatório. Mimeografado.

PERROW, C. Burocracia, estrutura e tecnologia. In: _____. **Análise organizacional: um enfoque sociológico**. São Paulo: Atlas, 1976. p. 73-119.

PIÉRAULT-LE BONNIEC, G. Cognition. In: MONTMOLLIN, M. **Vocabulaire de l'Ergonomie**. Toulouse (França): OCTARES Éditions, 1997. p. 63-64.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

PONCE, A. **Educação e luta de classe**. São Paulo: Cortez, 1983.

POULAIN, J.-P. L'Espace social alimentaire. **Cahier de Nutrition et de diététique**, v.34, n.5, 1999a.

POULAIN, J.-P. Dossier - La construction du choix alimentaire. **La Revue**, p. 60-75, 1999b.

POULAIN, J.-P. La modernité alimentaire: pathologie ou mutation sociale? **Cahier de Nutrition et de diététique**, v.33, n. 6, 1998.

POULAIN, JP, SAINT-SEVIN, B. **La restauration hospitalière: des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration**. Toulouse (França): Cristal, 1990.

PROENÇA, R. P. C. **Aspectos organizacionais e inovação tecnológica em processos de transferência de tecnologia: uma abordagem antropotecnológica no setor de alimentação coletiva**. Florianópolis, 1996. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC.

PROENÇA, R. P. C. **Inovação tecnológica na produção de alimentação coletiva**. Florianópolis: Insular, 1997.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório de Desenvolvimento Humano 1999**. Lisboa: Trinova Editora, 1999.

PUISSANT, M-C.; SIX, M-F.; CABANEL, M.; MAITRE, M. **Diététiciennes aujourd'hui**. Paris: Maloine, 2000.

QUELLE cuisine hospitalière por demain?. **La cuisine collective**, Levallois-Perret (France), n. 125, p.20-21, 1999.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1992.

RABARDEL, P.; CARLIN, N.; CHESNAIS, M.; LANG, N.; JOLIFF, G.L.; PASCAL, M. **Ergonomie: concepts et méthodes**. Toulouse (France): OCTARES Éditions, 1998. 178 p.

RAMIREZ, A. M.; PUGA, M.A. VD.; RODRÍGUEZ, F.N.; URIBE, J.R.; RAMOS, A. R.; URREA, I. V. Hacia una estrategia de garantia de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 399-403, 1996.

RAMOS, A. G. **A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações**. Rio de Janeiro: FGV, 1989.

RAMOS, A. G. Modelos de homem e teoria administrativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p.3-12, 1984.

RESTAURATION hospitalière: le "repas nutrition" fait son chemin. **La cuisine collective**. Levallois-Perret (France), n.117, p. 10, 1999.

RICOUR, C.; RIGAUD, D.; TRONCHON, P. Stratégie soignante: l'alimentation est un soin. **Soins**, n. 643, 2000.

RIVERA, F.J.U., A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(3):357-372, 1996.

RODRIGUES, I.P.F. Tecnologia, organização e rentabilidade: um modelo para investigação empírica. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.63-69, 1984.

ROGALSKI, J.; LANGA, P. Activités des cadres et propriétés des situations: comparaison de deux sites en France et au Zaïre. **Le Travail Humain**. Paris (France), v. 60, n. 3, p. 273-297, 1997.

ROY, B. Decision science or decision-aid science? **European Journal of Operational Research**, North-Holland (Holland), n. 66, p. 184-203, 1993.

RUFFIER, J. La gestion de l'automatisation: un modèle mexicain. **Revue française de gestion**, Paris (France), v. 64: 35-50, 1987.

SAHTOURIS, E. **A Dança da terra. Sistemas vivos em evolução: uma nova visão da biologia**. Rio de Janeiro: Record / Rosa dos Tempos, 1998.

SALM, José F. Paradigmas na formação de administradores: frustrações e possibilidades. **Universidade e Desenvolvimento**, Florianópolis v. 1, n.2, p. 18-42, 1993.

SALM, José F. **Transição organizacional e racionalidade: declínio e restauração da razão no espaço de produção**. Florianópolis, 1996. Monografia (Concurso para Professor Titular) –Departamento de Ciências da Administração, UFSC.

SANTOS, N.; DUTRA, A. R. A.; FIALHO, F. A. P.; PROENÇA, R.P.C.; RIGHI, C. R. **Antropotecnologia : a ergonomia dos sistemas de produção**. Curitiba: Gênese, 1997.

SANTOS, N.; FIALHO, F.A.P. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995. 238 p.

SCHILLER, R. Padrões profissionais de prática. In: ANDERSON, L.; DIBBLE, M. V.; TURKKI, P. R.; MITCHELL, H.S.; RYNBERGEN, H. J. **Nutrição**. 17. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1982, p. 358-361

SEADE. **Rendimento e patrimônio: distribuição de renda do Estado de São Paulo, Brasil e países selecionados. 1999**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 6 jul. 2001.

SENGE, P. **A quinta disciplina**. São Paulo: Best-Seller, 1990.

SENGE, P. Pelo buraco da agulha. In: GIBSON, R. **Repensando o futuro**. São Paulo: Makron Books, 1998. p. 95-114.

SERVICE-PUBLIC. **La documentation française**, 2000. Disponível em: <<http://www.service-public.fr>>. Acesso em: 3 fev. 2001.

SORCINELLI, P. Alimentação e saúde. In: FLANDRIN, J-L; MONTANARI, M. **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. p. 792-804.

SOUSA, A. A. Formação do nutricionista: o que queremos ser? – a reconstrução do projeto pedagógico do Curso de Nutrição da UFSC. In: JORNADA DA FACULDADE DE NUTRIÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, VI e SIMPÓSIO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA EM CONSULTÓRIO, I. **Anais...** p. 2-6. Disponível em: <<http://www.uff.br/nutricao/nutri.htm>>. Acesso em: nov. 1997.

SOUSA, A.A.; FARIAS, B.F.; MARTINS, C.O.; BIAZUS, M.A.; SANTOS, N. **Nutricionista, trabalho e exigências cognitivas: Análise ergonômica do trabalho em uma unidade de internação do Hospital Universitário da UFSC**. In: ENCONTRO ÁFRICA-BRASIL DE ERGONOMIA, I; CONGRESSO LATINOAMERICANO DE ERGONOMIA, V, CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, IX e SEMINÁRIO DE ERGONOMIA DA BAHIA, III. **Anais...** Salvador, 1999b.

SOUSA, A.A.; JUVÊNCIO, J. F.; BIAZUS, M.; LOPES, W.; DUTRA, A.R.A.; PROENÇA, R.P.C. O trabalho do nutricionista e a assistência nutricional: um estudo antropotecnológico em uma unidade de internação hospitalar. In: ENCONTRO ÁFRICA-BRASIL DE ERGONOMIA, I; CONGRESSO LATINOAMERICANO DE ERGONOMIA, V, CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, IX e SEMINÁRIO DE ERGONOMIA DA BAHIA, III. **Anais...** Salvador, 1999a.

STONER, J.A.F.; FREEMAN, R.E. **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1985.

SVEIBY, K.E. **A nova riqueza das organizações**. Rio de Janeiro; Campus, 1998.

TARDIF, J. **Pour un enseignement stratégique: l'apport de la psychologie cognitive**. Montreal (Canadá): Les Éditions Logiques, 1996.

TEIXEIRA, S.M.F.; OLIVEIRA, Z.M.C.; REGO, J.C.; BISCONTINI, T.M.B. **Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição**. São Paulo: Ateneu, 1990.

TELES, A.C.T.O.; BARRETO, I. Proletarização técnica e ideológica do profissional nutricionista: uma realidade a ser debatida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, XIV, **Anais...** Belo Horizonte, 1996. Resumo.

THOMPSON, J.D. **Dinâmica organizacional: fundamentos sociológicos da teoria administrativa**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

TIEZZI, E. **Tempos históricos, tempos biológicos: A terra ou a morte: os problemas da nova ecologia**. São Paulo: Nobel, 1988.

TORNELLIER, F. **Géographie de la santé en France**. Paris: Presses Universitaires de France, 1999.

TOULOUSE, G; IMBEAU, D.; BÉLANGER, C.; SAVOIE, M.; PÉLOQUIN, V.; VINCENT, J-Y.; BILODEAU. Démarche d'intégration de la gestion de la santé et sécurité du travail aux normes d'assurance qualité ISO 9000. In: Méliet, B., Quéinnec, Y. **Communication et travail XXXV^e Congrès de la SELF**. Toulouse (França): OCTARES Éditions, 2000, p. 604-614.

TRAGTEMBERG, M. **Burocracia e ideologia**. São Paulo: Ed. Ática, 1980.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONCHON, P. Le projet "Restauration Service": une démarche qualité pour améliorer l'alimentation à l'hôpital. In: ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS. **L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital – XV^e-XX^e siècles**. Paris: Museu da Assistance Publique de Paris, 1997, p. 139-156.

VALENTI, G.D.; SILVA, R.S. Trabalho criativo e ética: o início da nova história. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.1, p.22-29, 1995.

VELTZ, P.; ZARIFIAN, P. Travail collectif et modèles d'organisation de la production. **Le Travail Humain**. Paris (France), v. 57, n. 3, p. 239-249, 1994.

VION, M.; PEREZ, S.; THEUREAU, J. Apprendre avec autrui: aide ou gêne au développement des compétences de l'apprenant? In: Mélier, B., Quéinnec, Y. **Communication et travail XXXV^e Congrès de la SELF**. Toulouse (França): OCTARÈS Éditions, 2000, p. 624-631.

WISNER, A. L'organisation de l'entreprise et du travail lors des transfert de technologie. In: - **Anthropotechnologie: vers un monde industriel pluricentrique**. Toulouse (France): Octares Éditions, 1997a, p. 204-242.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

WISNER, A. A nova fábrica nos países em via de desenvolvimento industrial: transferência de tecnologia ou nova concepção. Conferência. In: Congresso Lation-Americano de Ergonomia, I; Seminário Brasileiro de Ergonomia, III e Seminário Brasileiro de Ergonomia, 5. **Anais...** São Paulo: Oboré, p. 16-26, 1992.

WISNER, A. Aspectos psychologiques de l'anthropotechnologie. **Le travail humain**. Paris (France), v. 60, n. 3, p. 229-254, 1997b.

WITTE, S.S.; ESCOTT-STUMP, S.; FAIRCHILD, M.M.; PAPP, J. Standards of practice criteria for clinical nutrition managers. **Journal of the American Dietetic Association**. Chigado (USA), v.97, n.6, p. 673-678, 1997.

WREN, D.A. Early management thought. In: WREN, D. A. **The evolution of management thought**. New York: John Wiley, 1979. p. 1-41.

YIN, R.K. **Case study research: design and methods**. Beverly Hills, CA (USA): Sage, 1984.

YPIRANGA, L. Formação profissional do nutricionista: histórico dos cursos e currículos. **Alimentação e Nutrição**, setembro, 1981.

YPIRANGA, L; GIL, M.F. Formação profissional do nutricionista. Por que mudar? In: **SEMINÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO NO BRASIL: ÊNFASE NA GRADUAÇÃO**. Salvador, agosto, 1987.

ZUCCHI, P.; NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 125-147, 1998.

ANEXO 1: Definição de termos utilizados na pesquisa

Adaptação de tecnologia: atendimento dos objetivos colocados ao sistema técnico, quais sejam, produtividade, qualidade do produto, condições de trabalho e saúde para os operadores. Envolve, assim, os objetivos explicitados pela ergonomia, definidos como a busca de estratégias que permitam uma boa resolução aos entraves de um funcionamento satisfatório do sistema produtivo (Proença, 1996).

Análise Ergonômica do Trabalho (AET): uma abordagem das condições de trabalho que interessa-se pela inter-relação homem e dispositivo técnico. Homem e máquinas estão ligados, de um modo determinante, a conjuntos mais vastos. Constitui-se de três etapas: a análise da demanda, a análise da tarefa e a análise da atividade. Cada uma das etapas é caracterizada pelo levantamento de dados em conjunto com diferentes atores sociais da situação de trabalho analisada, possibilitando a obtenção de informações como parte do diagnóstico e de recomendações para intervenções posteriores (Wisner (1987, p. 28).

Antropotecnologia: estudo do *homem em atividade*, confrontando-se com a *tecnologia*. Ambos situados em sua história, seu ambiente geográfico, cultural, social e econômico. A extensão de uma adaptação tecnológica pode ser avaliada, não só, a partir de máquinas e produtos, mas também os saberes, o *know-how*, os procedimentos científicos e técnicos, destacando-se desta forma não só a área industrial, como também a saúde , a educação e a alimentação (Wisner, 1997).

Atividade: um processo de encadeamentos dos comportamentos reais dos operadores no seu local de trabalho, tanto físicos (gestos, posições...), quanto mentais (raciocínios, verbalizações...). Em ergonomia opõe-se à tarefa (Montmollin , 1990, p. 149).

Cognitivo: relaciona-se com a compreensão, com o conhecimento, com os raciocínios, etc... A ergonomia cognitiva é parte da ergonomia que estuda especificamente as atividades mentais complexas (Montmollin , 1990, p. 150).

Competência: compreende a articulação dos *conhecimentos*, saberes, *savoir-faire* baseados na experiência , os *tipos de raciocínio*, as operações utilizadas para tratar as informações que surgem ao longo do trabalho e as estratégias cognitivas que cada trabalhador recorre para realizar sua tarefa específica (Montmollin , 1990, p.).

Comunicações: a análise ergonômica do trabalho ao centrar-se na análise das comunicações preocupa-se, basicamente, com dois aspectos: em numerosas situações de trabalho, as comunicações constituem uma parte das tarefas dos operadores, principalmente, nas tarefas ligadas à serviços (trabalho em guichês, serviços de telecomunicações, consultas médicas). Além deste aspecto, atualmente, as comunicações são indispensáveis à cooperação e

principalmente nas atividades que apresentam dimensões coletivas (Montmollin , 1997, p. 71).

Cuidado nutricional ou assistência nutricional: processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, que inclui “a avaliação do estado nutricional do indivíduo, a identificação das necessidades ou problemas nutricionais, o planejamento de objetivos de cuidado nutricional que preencham essas necessidades, a implementação de atividades nutricionais [...] e a avaliação do cuidado nutricional” (Krause e Mahan, 1991, p. 383).

Dietoterapia ou terapia nutricional ou atendimento clínico nutricional: consiste no tratamento do paciente, caracterizado pela modificação na ingestão de alimentos em função da complexidade de intervenção, de acordo com as características individuais e o tipo de enfermidade.

Ergonomia: abarca uma gama de conhecimentos a respeito do desempenho do homem em atividade, na tentativa de aplicá-los à concepção de tarefas, de instrumentos, de máquinas e de sistemas de produção adaptando-os às características fisiológicas e psicológicas do ser humano. Concebe “o trabalho como um processo onde interagem o operador e seu ambiente técnico. A análise do trabalho considera a singularidade do operador, como agente capaz de iniciativas e reações, em um ambiente evolutivo e influenciável” (Wisner, 1994, p. 82-83; Montmollin, 1990, p. 22).

Gestão dos cuidados nutricionais: processo que envolve ações articuladas entre a produção de refeições e o atendimento clínico-nutricional, consistindo de estratégias coletivas para a criação do conhecimento nutricional, visando não só um atendimento qualificado de saúde, mas também a realização dos profissionais envolvidos.

Mapa cognitivo: mapas cognitivos são representações gráficas que situam as pessoas com relação aos seus ambientes informacionais. Os mapas proporcionam um quadro de referência de elementos conhecidos ou considerados (pelos atores). Eles evidenciam, ou não, algumas informações e demonstram a representação dos atores em relação às suas ações (Fiol et al., 1992, p. 267).

Metaconhecimento: refere-se tanto ao conhecimento quanto ao controle que uma pessoa tem sobre ela mesma e sobre as estratégias cognitivas (a forma como se organiza, como planifica as suas ações, as suas atividades, se muda de objetivos, se interrompe ou segue, se apressa ou trabalha lentamente). Não se fala de resolução de problemas, mas de colocação e gestão de problemas, onde exige-se a capacidade de articulação de tarefas, estabelecendo-se prioridades e interrupções em função de regras não escritas (Montmollin , 1990, p. 123-129); Tardif,

1996, 58-61).

Prescrição dietética: parte da implementação do cuidado nutricional, que designa o tipo, a quantidade e a frequência da alimentação. Considera a forma de administração e a quantidade de carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais e líquidos da dieta (Mahan e Escott-Stump, 1998, p. 427).

Restauration: termo utilizado em países de língua francesa, que compreende o processo de preparação e distribuição de refeições em estabelecimentos que atendem indivíduos ou grupos de pessoas (Proença, 1997, p. 24).

Tarefa: conjunto de elementos objetivos que se apresenta ao trabalhador como um dado: “a máquina e seu funcionamento, o meio físico que rodeia o posto de trabalho, as instruções às quais se espera que o operador obedeça (a organização formal do seu trabalho), [...], os objetivos (de quantidade e qualidade)” (Montmollin (1990, p. 29).

Tecnologia: a *tecnologia de operações* são as técnicas utilizadas nas atividades no fluxo de trabalho da organização; a *tecnologia de materiais* diz respeito aos materiais usados no fluxo de trabalho, e a *tecnologia de conhecimento*, relaciona-se às complexidades variáveis do sistema de conhecimentos usados no fluxo de trabalho, integrados não só por conhecimentos científicos, mas também conhecimentos empíricos, resultantes de observações, experiências, atitudes específicas, tradição oral e escrita (Hall, 1984, p. 47 ; Sabato apud Rodrigues , 1984, p. 65). A *tecnologia de gestão* refere-se ao conjunto de técnicas, instrumentos ou estratégias utilizadas por profissionais responsáveis pelo gerenciamento da produção e do trabalho , com o objetivo de otimizar os recursos utilizados (Faria ,1992, p. 29-32).

Teoria da criação do conhecimento: uma abordagem da gestão do conhecimento organizacional, definida “como a capacidade que uma empresa tem de criar conhecimento, disseminá-lo na organização e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas”. Constitui-se de estratégias coletivas para os modos de conversão do conhecimento - de tácito para tácito, de tácito para explícito, de explícito para explícito, e de explícito para tácito, e das condições organizacionais que permitem a criação do conhecimento (intenção, autonomia, flutuação e caos criativo, redundância e variedade de requisitos) (Nonaka e Takeuchi, 1997, p. 1).

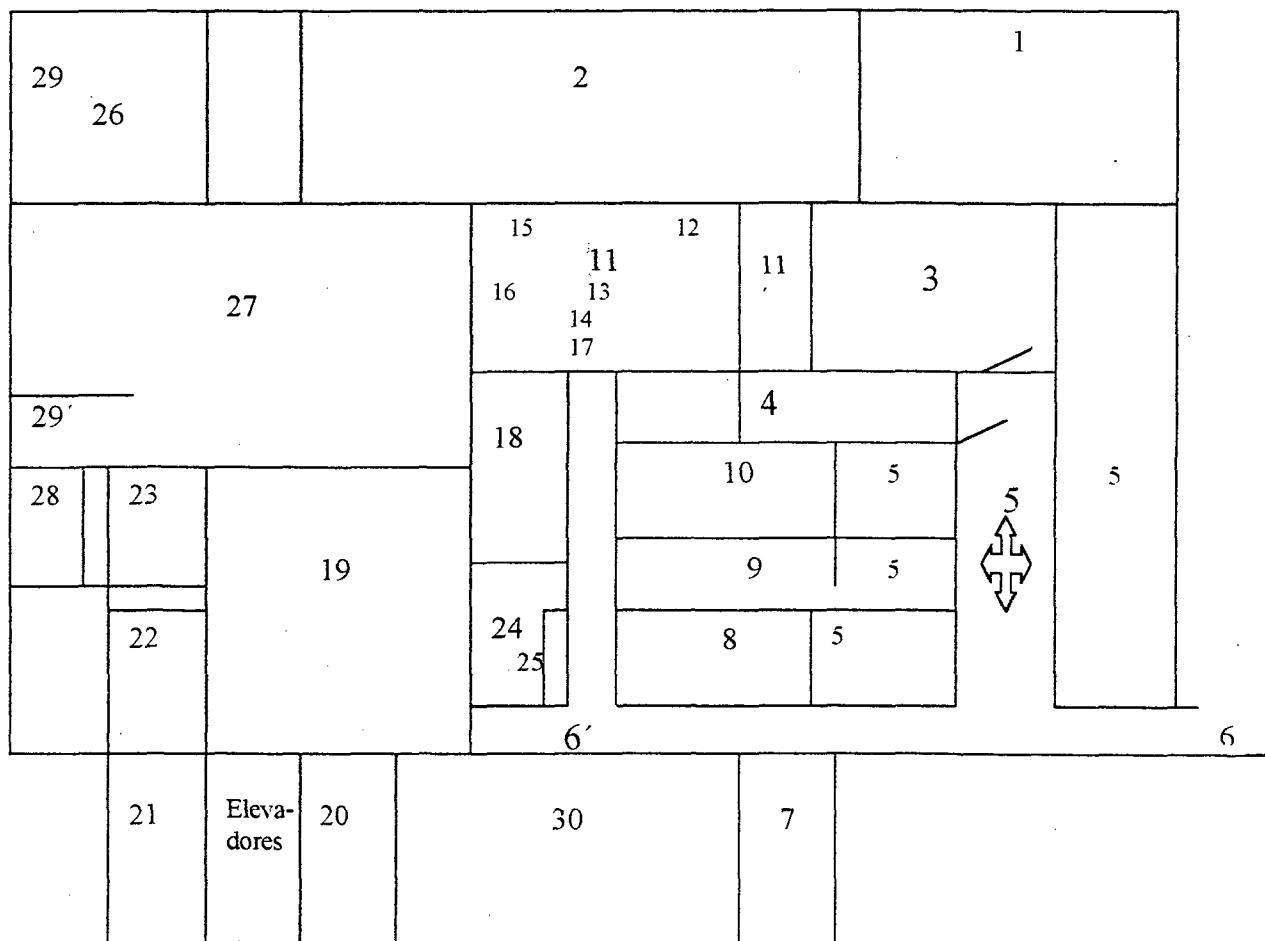
Unidade de Alimentação e Nutrição: subsistema hospitalar que desenvolve atividades relacionadas à alimentação e nutrição. Desempenha um conjunto de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar e/ou recuperar a população que atende, seja através do atendimento externo (ambulatório), seja através da hospitalização (Teixeira et al. , 1990, p. 15-16).

ANEXO 2: Relação dos profissionais entrevistados e/ou acompanhados durante análise da situação local e de referência francesa

- Mme Marie-Christine PUISSANT : dietista, Direção do Patrimônio e da Logística da AP-HP.
- Mme Anne ZANCHA : dietista, chefe superior , Serviço de Dietética e *Restauration* (Hôtel Dieu).
- M. Pr. Luc CYNOBER : chefe do Serviço de Bioquímica A, Presidente do CLAN de l'Hôtel Dieu.
- Mme Nicole CHARPIOT : Diretora adjunta, Direção das atividades e informação médicas e da organização e qualidade do *Hôtel Dieu*.
- Mme Christine CRAPLET: dietista, chefe superior, Serviço de Medicina e Nutrição (*Hôtel Dieu*).
- Mme. Sophie GOUGIS e Mme. Valérie GAUDIN : dietistas do Serviço de Medicina e Nutrição (*Hôtel Dieu*)
- Mme. Aude RIGOIR: dietista do Serviço de Diabetologia.
- Mme Martine JOUBERT : dietista, Serviço de Dietética e *Restauration* (*Hôtel Dieu*).
- Mme Edith THARCIS, Mme Isabelle LION, Mme Valérie, Mme Frédérique LEBOUVIER : dietistas do Serviço de Dietética e *Restauration* (*Hôtel Dieu*).
- Mme Sylvie CHOISNET: dietista da concessionária *Société Avenance Santé*.

ANEXO 3: Distribuição do número de leitos do *Hôtel-Dieu* pelos principais serviços de hospitalização e respectivas unidades

Serviços de hospitalização	Unidades	Número de leitos
Cirurgia	<i>Ste Côme</i>	17
	<i>St Cusco</i>	12
	<i>St Jean</i>	08
	<i>Ste Marthe</i>	12
	<i>Notre Dame</i>	18
Ginecologia	<i>Ste Mathilde</i>	22
Hematologia	<i>Ste Anne</i>	08
	<i>Ste Martine</i>	10
	<i>Ste Geneviève</i>	09 ⁺ 03 (transplante de medula)
Hepato-gastro-enterologia	<i>St Louis</i>	8 + 2 (hospital-dia)
Medicina interna	<i>St François</i>	16
	<i>St Augustin</i>	16
	<i>St Robert</i>	18
Oncologia	<i>St Marc</i>	12
	<i>Ste Marie</i>	11
Pneumologia	<i>St Charles</i>	15
	<i>St Yves</i>	16
	<i>St Christophe</i>	16
Medicina e Nutrição	<i>St Cécile</i>	11
	<i>St Monique</i>	09
	<i>St Charlotte</i>	07 (hospital-dia)
	<i>St Laure</i>	Cozinha dietética
Diabetologia	<i>St Denis</i>	16
	<i>St Roch</i>	10
	<i>St Thomas</i>	10
	<i>Hospital- dia e -noite</i>	06

ANEXO 4: Esquema de leiaute da cozinha central do Hôtel-Dieu de Paris, AP-HP, 2000.


1. Entrada para recepção da matéria-prima.

2. Armazenamento da matéria-prima.

3. Setor de “decondicionamento” (retirada de embalagens e processamento do lixo seco).

4. Setor de “decondicionamento” (retirada de embalagens de produtos de quarta geração e limpeza de frutas).

5. Armazenamento refrigerado e congelado das matérias-primas.

6/6'. Entrada de pessoal (operadores, gerentes e pessoal do hospital).

7. Escritório dos agentes de cozinha do serviço de alimentação e dietética.

8. Escritório dos gerentes da *Societé Avenance Santé*.

9. Setor do pré-preparo de carnes.

10. Setor de preparações frias (acondicionamento e pesagem).

11/11'. Setor de cocção e higienização dos utensílios da cocção.

12. Frigideira basculante.

13. Caldeirões à vapor.

14. Fogão.

15. Fornos combinados.

16/17. Células de resfriamento rápido.

18. Armazenamento refrigerado de refeições prontas (pacientes).

19. Arrumação de carros e porcionamento das preparações aos pacientes.

20. Corredor de saída dos carros térmicos com refeições para os pacientes.

21. Corredor de entrada dos carros térmicos.

22. Higienização e depósito de utensílios dos pacientes.

23. Lavação de carros.

24. Cozinha dietética (armazenamento dos produtos de suplementação oral e escritório da agente de cozinha dietética).

25. Vestiário.

26. Distribuição de refeições do pessoal do hospital.

27. Refeitório.

28. Higienização dos utensílios do refeitório.

29/29'. Entrada e saída do pessoal para o refeitório.

30. Cafeteria.

ANEXO 5: Ações prioritárias, referências e número de critérios a serem avaliados no referencial “*Évaluation de Qualité de l’Alimentation et de la Nutrition dans les Services de Soins*” da AP-HP

AÇÃO Nº 1 : OBTER UMA ORGANIZAÇÃO EFICAZ ENTRE OS PROFISSIONAIS	
REFERENCIAIS	Nº DE CRITÉRIOS
REFERENCIAL 1: o acompanhamento da alimentação e da nutrição dos pacientes é organizada dentro da equipe	4
REFERENCIAL 2: a transmissão entre as equipes do serviço de hospitalização, da cozinha central, de dietética, e da farmácia são organizados	8
REFERENCIAL 3: as ações da unidade de alimentação do paciente são objeto de documentos acessíveis (regulamentação, fichas técnicas...) e de formações.	6
REFERENCIAL 4: o acompanhamento nutricional é objeto de protocolos estabelecidos e de formações	13
REFERENCIAL 5: as técnicas de nutrição (enteral e parenteral) são efetuadas dentro de condições suficientemente seguras	8
AÇÃO Nº 2 : ASSEGURAR A QUALIDADE DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS CENTRADAS EM TORNO DO PACIENTE	
REFERENCIAIS	Nº DE CRITÉRIOS
REFERENCIAL 6: o risco nutricional do paciente é avaliado sistematicamente	4
REFERENCIAL 7: a requisição e a distribuição das refeições levam em conta as necessidades do paciente (escolha, textura, colações)	7
REFERENCIAL 8: a supervisão da aceitação da refeição é sistemática e a ajuda às refeições adaptada às necessidades	7
REFERENCIAL 9: o estado nutricional é objeto de uma rotina	5
REFERENCIAL 10: o paciente em risco, beneficia-se de prescrição médica nutricional sistematizada	5
REFERENCIAL 11: a continuidade e a rotina do acompanhamento nutricional são asseguradas entre o hospital e o domicílio	7

Para a avaliação critérios qualitativos e quantitativos são previstos. A avaliação qualitativa das duas grandes ações do referencial pode ser feita por auto-avaliação pelos profissionais do serviço ou por auditores não ligados ao serviço, que aplicam as entrevistas individuais junto aos diferentes profissionais. A avaliação quantitativa prevê a utilização de indicadores sobre uma amostra de dossiês dos pacientes. Os indicadores assinalados abaixo são considerados os pontos chave da qualidade neste tipo de avaliação, porque os mesmos estão relacionados tanto ao processo de organização conjunta da equipe quanto aos resultados em termos de satisfação do paciente. São estes:

1. O paciente é sistematicamente pesado e medido na admissão (ou desde que seu estado permita).
2. Os gostos alimentares do paciente foram definidos na admissão e anotados (dossiê de atendimento ou folha específica).
3. As capacidades de alimentação foram estudadas na admissão (assinalado por escrito).
4. A alimentação foi supervisionada diariamente (assinalado por escrito).
5. O risco nutricional foi avaliado dentro das primeiras 48 horas (assinalado por escrito).
6. O médico fez uma prescrição nutricional inicial (para os pacientes em risco ou desnutridos).
7. A medida do peso foi efetuada regularmente (frequência adaptada segundo o referencial).
8. As informações essenciais da rotina nutricional foram apresentadas na prestação de contas de hospitalização.

ANEXO 6: Esquema de análise da atividade da dietista chefe superior do Serviço de Dietética e *Restauration*, Hôtel Dieu, Paris, jornada do dia 30 de junho de 2000

	AG						
	AD					DC	
D1							
D2			DC				
D1		GC	DC				
D2		②	DC				
D1		DC	DC				
D1							
D1	AD		DC				
D1	AC		DC				
	AG		DC				
			③		④		
9-10:30h	10:30-11h	11-12:15h	12:15-13h	13-14h	15-16h	16-17h	17-19h

↑ sentido da seqüência das operações por intervalo de tempo.

Legenda

natureza das informações (verbal, escrita e visual respectivamente)
 verbal com paciente
 Chamada ou recebimento telefônico.

uso do computador

almoço

Gestão de imprevistos: ① problemas no sistema informatizado para requisição de refeição; ② reunião com técnica de informática para discussão dos problemas no sistema informatizado.

Rotina: ① orientação de correção de cardápios no sistema informatizado a dietistas; ② avaliação da qualidade das refeições (temperatura, aparência, respeito a gramatura, respeito à composição do cardápio); ③ realização de enquêtes de satisfação interna compacentes da clínica cirúrgica; ④ requisição de produtos dietéticos e preenchimento da escala de trabalho; ⑤ revisão de cardápios no computador.

Gestão da logística: trocas de informação gerais sobre a qualidade da refeição com dietista e gerente da concessionária; produto dietético a ser requisitado; solicitação de sacos plásticos; questiona sobre qualidade das carnes e temperatura da cozinha central, trocas de dias de reunião com funcionária da oftalmologia.

Trabalho de secretariado

ANEXO 7: Esquema de análise da atividade da dietista do atendimento clínico-nutricional (U.I. de medicina interna e gastroenterologia), Hôtel Dieu de Paris, jornada do dia 13 de setembro de 2000

	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
	EOA T									
9- 9:30h	9:30- 9:45h	9:45- 10h	10- 10:30h	10:30- 11h	11- 11:30h	11:30- 12h	12-13h	13-14h	14-15h	16-17h

↑ sentido da seqüência das operações por intervalo de tempo.

Legenda:

■ verificação de formulário de admissão (novos pacientes).

☐☉: natureza das informações (escrita e visual respectivamente)

☉☉: natureza das informações (verbal)

- D(dietista) ; E (enfermagem); AT (auxiliares de atendimento); ES (equipe de saúde);

F (fisioterapeuta); ☉ (paciente); M(equipe médica); S (secretária da UI); AD (auxiliar de dietética);

AG (agente de gestão)

☎: Chamada ou recebimento telefônico.

💻: uso do computador.

🕒: almoço.

↑ seqüência da ações no intervalo de tempo

Principais ações representadas:

🗺️ Reuniões de equipe (dietistas e outros).

🏠 Acompanhamento da visita médica.

👤 Gestão de imprevistos: orientação as auxiliares para uso do terminal portátil; interrompe sua atividade para falar com enfermagem sobre medicamento de paciente.

👤 Gestão da autonomia do paciente: acompanhamento alimentar e nutricional ao paciente (incluindo avaliação da ingestão)

📄 Revisão da evolução dos históricos do paciente (dossiê geral) a medida que vai acompanhando a visita.

Gestão da logística= passa para auxiliar suplementação oral de paciente, requisição de produto dietético, requisição de suplementação oral para auxiliar de dietética (3x), correção de cardápios no SRD.

📄 Solicitação de refeição no terminal portátil

📄 Prescrição dietética (anotações no formulário de evolução cotidiana, avaliação e atualização da dieta, baseada na evolução clínica e aceitação alimentar; avaliação nutricional (peso), condutas a serem seguidas com outros profissionais (AT, E), cálculo da ingestão no computador (software).

Orientação nutricional para paciente de alta ou em acompanhamento.

🗺️ Coleta de dados iniciais do paciente (pré - anamnese alimentar).

🗺️ Anamnese alimentar.

📄 Informações de apoio com enfermagem (se tem nova prescrição), secretária, dietistas e pacientes (sobre paciente ao lado): se tem nova prescrição, se alguma admissão..., evolução de paciente e conduta, com médico (a conduta dietoterápica que recomenda para paciente).

ANEXO 8: Relação dos profissionais entrevistados e/ou acompanhados durante análise da situação local e de referência brasileira

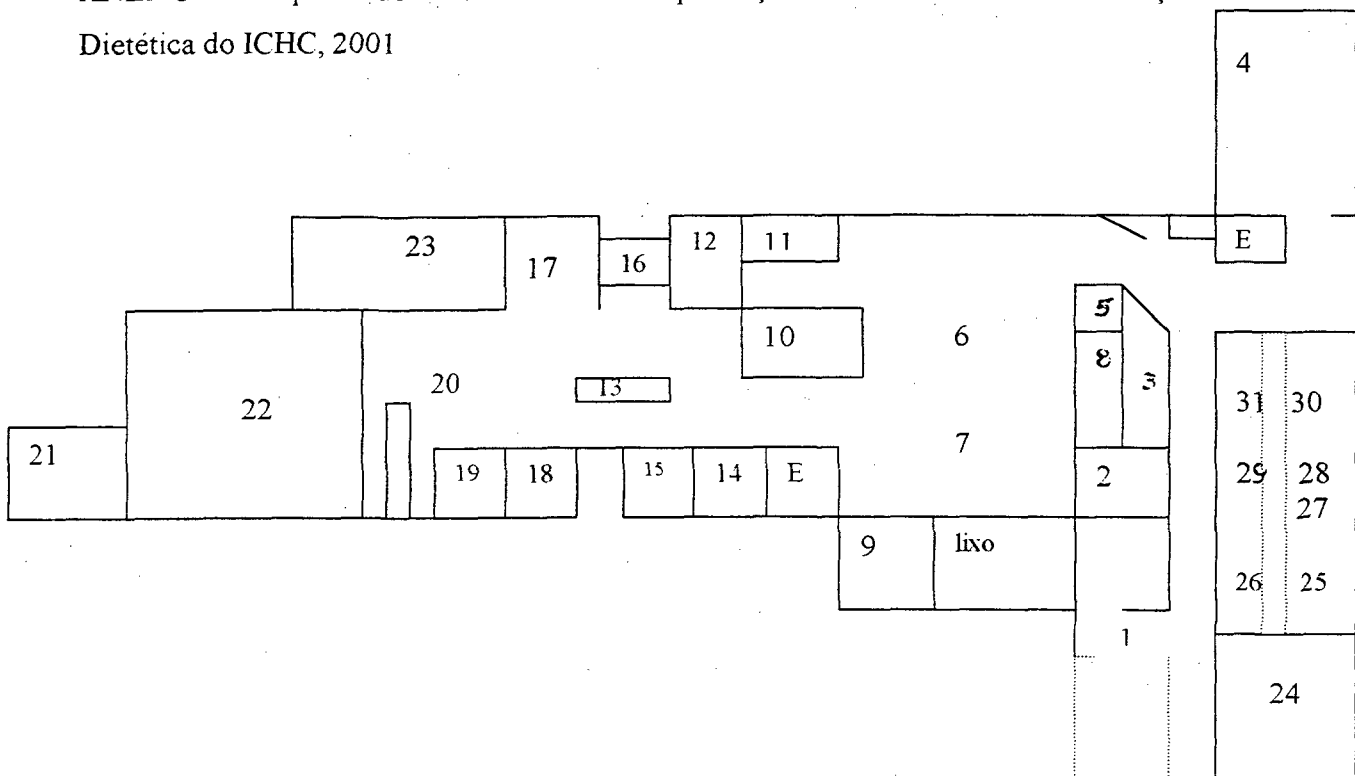
- Dra. Janete Maculevicius: nutricionista, diretora da Divisão de Nutrição e Dietética.
- Dra. Andréa L. Jorge: nutricionista, chefe da seção de cozinha experimental, membro da equipe de melhoria da qualidade (EMQ).
- Dra. Denise Evazian: : nutricionista chefe, responsável pelo controle de documentos, membro da equipe de melhoria da qualidade (EMQ).
- Dra. Maria Carolina G. Dias: : nutricionista, diretora do serviço de atendimento ambulatorial.
- Dra. Maria Cristina P. Kahwage: : nutricionista, diretora do serviço de recebimento, preparo e distribuição.
- Dra. Fátima A. Castanheira: : nutricionista, chefe da seção de recebimento e armazenamento.
- Dra. Márcia C. Basílio: : nutricionista, chefe da seção de preparo e cocção.
- Dra. Oldemburça P. Carneiro: : nutricionista, chefe da seção de lactário.
- Dra. Cristina de S. Marques: : nutricionista, chefe da seção de dietética experimental.
- Dra. Cláudia C. Solimon: : nutricionista, chefe da seção de dietoterapia em clínica cirúrgica.
- Dra. M^a Aquimara Zambone: nutricionista da seção de dietoterapia em clínica médica.
- Dr. José Onofre Lira: diretor executivo do Instituto Central do HC.
- Sr^a Adorinda Gabriel Lamana: assistente técnica de direção, diretoria executiva (Divisão de recursos humanos).

ANEXO 9: Distribuição do número de leitos do Instituto Central Hospital das Clínicas (IHC) por especialidades e respectivas unidades médicas

Alas de internação	Unidades Médicas	Especialidades ou tipo de atendimento	Número de leitos
10D	OBSTETRÍCIA	Obstetrícia	48
10G	GINECOLOGIA	Ginecologia	38
10A		Berçário	63
10C	CLÍNICA CIRÚRGICA	Fígado	17
9D	CLÍNICA CIRÚRGICA	Gastroenterologia	49
9A	CLÍNICA CIRÚRGICA	UTI Gastroenterologia e Geral	12
9C	CLÍNICA CIRÚRGICA	Cólon e Fígado	20
9GS	CLÍNICA MÉDICA	Gastroenterologia clínica/cirurgia geral	42
9GN		Conveniados	
8DN	CLÍNICA MÉDICA	Hematologia	25
8DS	CLÍNICA MÉDICA	Reumatologia	26
8E		Conveniados	12
8G	CLÍNICA CIRÚRGICA	Cirurgia geral/cabeça e pescoço/oncologia	35
8A	CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADURAS	Queimados	20
8C	CIRURGIA PLÁSTICA E QUEIMADURAS	Plástica	15
7DN	CLÍNICA CIRÚRGICA	Vascular	20
7DS	CLÍNICA MÉDICA	Endocrinologia	22
7A	CLÍNICA MÉDICA	Nefrologia/Imunologia	29
7C	CLÍNICA CIRÚRGICA	UTR (Unidade de Transplante Renal)	20
7G	UROLOGIA	Urologia	42
6D	CLÍNICA MÉDICA	Clinica Médica Geral	43
6GS	OFTALMOLOGIA	Oftalmologia	24
6GN	OTORRINOLARINGOLOGIA	Otorrinolaringologia	26
6E	CLÍNICA MÉDICA	UTI Clínica Médica/ UTI choque/ UTI pneumologia	11
6A	CLÍNICA MÉDICA	Geriatrics/Imunologia	18
5D	EMERGÊNCIA	Emergência (Clínica médica e cirúrgica)	52
5G	NEUROLOGIA	Neurologia	57
4D	MOLESTIAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	Moléstias infecciosas	44
4G	EMERGÊNCIA	UTI - Emergência	19
4C	EMERGÊNCIA	Admissão - Emergência	150
3DN	CLÍNICA MÉDICA	Pneumologia/Tórax	25
3DS	DERMATOLOGIA	Dermatologia	20
2G		Conveniados	17

Fonte: DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA/IHC. Relação de Clínicas médicas e cirúrgicas do Instituto Central. Instrumento auxiliar nº 192, março de 2000, modificado.

ANEXO 10: Esquema de leiaute das áreas da produção central da Divisão de Nutrição e Dietética do ICHC, 2001








- | | |
|--|---|
| 1. Plataforma de recebimento da matéria-prima. | 16. Sala das nutricionistas e oficiais administrativos da NDT. |
| 2. Seleção de géneros | 17. Setor de limpeza de carros da distribuição. |
| 3. Açougue | 18. Lavanderia. |
| 4. Armazenamento da matéria-prima/ setores administrativos da seção de recebimento e armazenamento (incluindo sala das nutricionistas) | 19. Guarda louças. |
| 5. Sala da nutricionista(NPC) e de oficiais administrativos. | 20. Balcão de distribuição para o refeitório. |
| 6. Preparos prévios (conferência de peso, frutas, coleta de feijão, apoio para recepção de semi-processados...). | 21. WC masculino e feminino. |
| 7. Cocção (caldeirões à vapor centralizados, instalação de coifas, bateria de básculas, fornos elétricos, fogão, fritadeiras...) | 22. Refeitório |
| 8. Higienização e guarda de utensílios da cocção. | 23. Copa de lavação dos utensílios do refeitório. |
| 9. Lavação de carros. | 24. Lactário. |
| 10. Cozinha metabólica. | 25. Sala dos escriturários. |
| 11. Sala da nutricionista da NDEX | 26. Cozinha experimental e sala das nutricionistas da seção (NEX) |
| 12. Setor de lanches e desjejum. | 27. Sala das nutricionistas diretoras dos serviços |
| 13. Setor de distribuição (distribuição centralizada em esteira). | 28. Sala da nutricionista diretora da DND. |
| 14. Acesso as copas (elevador). | 29. Sala geral das nutricionistas |
| 15. Setor de guarda de descartáveis e extras. | 30. Secretaria (Seção de expediente). |
| | 31. WC feminino e masculino. |
| | E. Elevadores |

ANEXO 11: Esquema de análise da atividade da nutricionista da seção de preparo e cocção da DND/ICHC, São Paulo, jornada de 22 de março de 2001

6:00-6:30	6:30 - 7:00	7:00-7:30	7:30-8:00	8:00-8:30	8:30-9:00	9:00-9:30	9:30-10:00	10:00-10:30	10:30-11:00	11:00-11:30	11:30-12:00	12:00-13:00	13:00-14:00	14:00-15:15
	Coz, Ap, AiN	AiN					coz							
	Coz	Oa		est			coz			N nra		N nra		
Ld	Oa	Oa		Nnex		L	coz							
Ap		AiN	Ap	At N		deg	L			Oa		Nnpc		
AiN	Oa		Adm	L		Oa, N, NPC	coz, deg			N nra				
Ap	Ap	AiN	Oa		deg		AiN		N UI	Ao	L			Eng
Oa	AiN		N	L, N	Oa	Ap	L		N nra	Oa				Oa
N	Oa, Ld	coz	Ap, deg		Enc	coz	AiN, /coz, deg		N ndie	Oa	Nnpc			AiN
AiN	FL	Oa, deg	Ap		Ap	deg			AiN, coz	Nnpc				Nnpc
		Eng, deg	FL		N	AiN, deg			L	AiN	Nnpc			coz
	Oa	N	Oa, deg	Oa		AiN, deg			L	Oa	Nnra			Nnpc
FL	AP		Ap	AiN/L					coz	L	Nnra			Oa
Ld	AiN, Ld		AiN	AiN		Ao			N ndie	Oa	coz, deg			Nnpc
Ap	deg	Ld, Oa	N, AiN	AiN		Oa	cozs, L	vis	AiN/L	N UI	coz	coz, Nnpc		L


↑ sentido da seqüência das operações por intervalo de tempo.

Legenda:

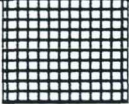
	<p>natureza das informações (verbal), escrita e visual respectivamente) TI (troca de informações). Ap (aprimoranda). Oa (oficial administrativo). AtN (atendente de nutrição). N(nutricionista). FL (funcionária da limpeza). L(líder). Coz (cozinheiro/a). chamada ou recebimento telefônico. Eng (Engenheiro).</p>
	<p>uso do computador</p>
	<p>almoço</p>
	<p>GESTÃO DE IMPREVISTOS: 6:30 falta de mamão para creche, TI com líder e AtN sobre substituição do mamão por pêras; 7:00 TI com AtN (dúvidas sobre qualidade de vegetal pela provável presença de inseto); 7:30 . TI com AtN sobre modificação do preparo do molho do frango e com Oa para devolução dos ingredientes do molho. Solicita aprimoranda para levar tempero verde à NRA (corpo estranho); 9:00 TI com nutricionista chefe da NRA sobre necessidade de nº de porções a mais , trocam informações sobre quantidade e complementações; TI com aprimoranda sobre requisição e com cozinheiro sobre as providências para completar o frango do almoço (carne e ovos); solicita aprimoranda para levar requisição a NRA 9:30 TI com a líder sobre requisição de mais pepino e agrião e gêneros que faltam para cafeteria. 12:00</p>
	<p>ROTINA PROGRAMADA: 6:30 Degusta do café com leite. Preenche impresso de Avaliação da Preparação com aprimoranda. Checa escala no impresso Distribuição Diária de Pessoal – manhã. TI com Oa para chamar cozinheiro para discutir o cardápio. Discute os encaminhamentos do cardápio do dia com cozinheiro. Preenche impresso Ordem de Produção Diária das saladas para o jantar 7:00 Lê o caderno de registros do plantão. Repassa rotina da tarde para nutricionista da seção e instrui as requisições. Faz requisições de material para NRA a partir do impresso Ordem de Cocção para NPC. Recebe o pessoal e checa a escala. Orienta ao cozinheiro sobre o preparo do frango do almoço e as suas tarefas(recomenda para pegar impresso das quantidades e seus temperos). Recebe um atendente de nutrição e recomenda sua atividade. Continua preenchendo requisição à NRA. Recebe AtN e faz recomendações sobre contagem do frango e recomendações sobre as dietas pastosa e hipogordurosa. Continua fazendo requisições e atende telefone ao mesmo tempo. Recebe AtN, informa o cardápio e preparações a serem feitas. 7:30 Lê e discute o cardápio com diretora da divisão e com nutricionista assistente de direção . Degusta sucos (ao mesmo tempo, TI com engenheiro, Oa, nutricionista, aprimoranda e administradora). Preenche caderno e calcula quantidades para a EMEI no Controle de Refeições da EMEI (ao mesmo tempo, preenche escala mensal). 8:00 TI com AtN, cozinheiros e líder sobre gêneros da salada a serem requisitados, preparo do frango e requisição de molho para salada e com Oa para entrega de requisição. Preenche escala diária no impresso Distribuição Diária de Pessoal – manhã, baseado no cardápio diário e na escala mensal. 8:30 Realiza escala diária (ao mesmo tempo, recebe encanador para rever vazamento de água no tanque da área de pré-preparo de vegetais). Degusta fruta para sobremesa. 9:00 TI com Oa sobre escala do dia e pede cardápio para continuar fazendo escala. Elabora cálculos a partir da estatística para verificar quantidade prevista de frango para o dia. Preenche impresso Ordem de produção Diária das saladas baseado no cardápio diário, repassa para nutricionista da NPC e para o Oa e, ao mesmo tempo TI com Oa para providenciar devolução e retirada de temperatura. Preenche etiquetas da amostra-padrão baseado na gramagem da preparação 9:30 Continua preenchendo etiquetas de amostra padrão. Identifica as preparações da dieta. 10:30 TI com nutricionista da NDIE sobre distribuição na esteira. 11:30 TI com cozinheiro degustando molho da carne. TI com nutricionista chefe da NRA, discute a preparação, equipamentos que vai utilizar e a forma de preparo. TI com nutricionista da NPC como está o dia e o que encaminhou. Discutem os encaminhamentos de final de semana. 12:00 Faz requisição a NRA para sobremesa do dia seguinte. Recebe funcionária da tarde e encaminha sua atividade. Organiza escala diária para tarde. TI com</p>

nutricionista da NPC, discutem alterações da escala para tarde e passa encaminhamentos para tarde, segunda, terça e quarta feira (equipamentos, cardápios e detalhes de cocção). TI com nutricionista da NRA sobre preparação e encaminhamentos para o molho. Continua encaminhamentos com a nutricionista da NPC. **14:00** TI com nutricionista da NPC sobre os últimos encaminhamentos, o destino das sobras, o cronograma de trabalho da aprimoranda.

GESTÃO DA LOGÍSTICA: 6:00 TI com aprimoranda (providências para desjejum), com a líder do setor (separação de gêneros) e com o funcionário do setor da limpeza (limpeza dos azulejos). Preenche o *check-list* da limpeza terminal. Verifica a escala. Recomenda a AtN a confecção de suco de laranja. Requisita laranjas. TI com nutricionista para ver escala de apoio do pré-preparo das laranjas. TI com AtN sobre escala. Repassa para aprimoranda solicitação a ser feita para nutricionista. TI com AtN para auxiliar o pré-preparo da laranja. TI com aprimoranda sobre funcionários que faltam chegar. TI com líder sobre requisição de frutas para substituir o mamão. TI com nutricionista da NDIE sobre substituição e sobre a escala da manhã; **6:30** TI com AtN sobre nº de laranjas que foi para esteira. TI com líder e Oa sobre confecção de sucos e impresso a ser utilizado. Solicita a aprimoranda para comunicar que não tem suco para medicação. TI com Oa sobre gêneros. TI com aprimoranda solicitando caderno de controle de gêneros desprezados e com cozinheiro e Oa sobre cálculos de legume; **7:00** Solicita o cardápio ao Oa, a L guardar impresso Devolução de Gêneros de Material à NRA e ao Oa para guardar formulários. Telefona a nutricionista da NRA e TI sobre gêneros. Repassa as requisições para Oa. **7:30** Solicita formulário de escala mensal a Ao. TI com engenheiro da firma terceirizada que realiza manutenção das instalações de exaustão pelo telefone. TI com Oa sobre devolução de gêneros e nº de lâmpadas da coifa. TI com aprimoranda sobre questionário. TI com nutricionista da NRA sobre problema com mangueira. TI com Oa sobre preenchimento de impresso Controle de equipamentos. TI com administradora (equipamentos) sobre a troca de lâmpadas, o vazamento de vapor (ao mesmo tempo preenche caderno e calcula quantidades para a EMEI no Controle de Refeições da EMEI. Ao mesmo tempo preenche escala mensal. **8:00** TI com pessoal de limpeza (nova funcionária). TI com aprimoranda sobre material com método de tempo e movimento. TI com líder sobre gêneros que a NDEX necessita. Telefona para nutricionista e combinam as alterações. TI com líder sobre o molho da salada e com AtN para conferência do nº de frangos. TI com nutricionista do NEX sobre trabalho para aprimoranda. TI com estagiária da NEX sobre preparação para teste. **8:30** recebe encanador para rever vazamento de água no tanque da área de pré-preparo de vegetais. **9:00** TI com líder sobre o andamento da produção **9:30** TI com cozinheira sobre quantidade de ovos, outra cozinheira mostrando a aparência da purê de mandioquinha; líder repassa a dinâmica do pessoal para auxiliar. TI com AtN na distribuição e na produção, ao mesmo tempo faz degustação. Providencia pessoal para esteira. TI com cozinheiros e AtN, degustando preparações. Orienta cozinheira o enchimento de carrinhos. Faz recomendações para saída do frango para esteira. **10:30** TI com AtN sobre a troca de preparação da EMEI. Recomenda limpeza a AtN e a líder. TI com líder e calcula quantidade de legume a ser requisitado. TI com AtN para pesagem de feijão sujo após coleta. TI com nutricionista da NRA sobre sobremesa do final de semana. TI com nutricionista da unidades de internação com plantão no final de semana na NPC (providências na escala *versus* cardápio). **11:00** TI com Oa sobre providências de pessoal para a carne e com líder sobre a cocção do chuchu. Solicita formulário de escala para Oa. TI com AtN sobre plantão no domingo, com cozinheiro sobre quantidade e requisição da carne, com Oa para medição da temperatura, com Oa sobre sobremesa e encaminhamentos, com Oa solicitando escala para acertar horário de AtN. TI com nutricionista chefe da NRA sobre recepção da escarola e sobre as alterações do molho do almoço. Elaborar requisição e vê quantidade requisitada na Ordem de Produção para o jantar. Continua elaborar escala. TI com nutricionista da NRA sobre opção de peixe para pacientes do convênio. **11:30** TI com cozinheira que solicita mais feijão e com outro cozinheiro degustando o molho da carne. Faz escala do mês de abril



TI com a líder sobre orientação de pesagem. 12:00 TI com cozinheiro e nutricionista da NPC sobre encaminhamentos da tarde. Faz encaminhamentos com a líder. 14:00 TI com líder sobre sobremesa do paciente do convênio e com Oa sobre os lanches. TI com AtN sobre o sistema de limpeza das coifas. TI com Oa sobre os encaminhamentos a serem feitos se faltar gêneros. TI por telefone com engenheiro sobre o conserto do sistema hidráulico.



Reuniões da equipe (cliente interno- chefes de seção).

ANEXO 12: Esquema de análise da atividade da nutricionista da seção de dietoterapia em clínica médica da DND/ICHC, São Paulo, jornada de 26 de março de 2001

7-7:30h	7:30-8:00h	8:00-8:30h	8:30-9:00h	9:00-10:00h	10:00-12:00h	12:00-13:00h	13:00-14:00h	14:00-15:00h	15:00-15:30h	15:30-16:15h

↑ sentido da seqüência das operações por intervalo de tempo.

Legenda: Atividade do dia 26/março/2001, 2ª feira

■ verificação do censo (admissão, cirurgias, óbitos, licença...) e do quadro de exames..

📖👁: natureza das informações (escrita e visual respectivamente)

🗣: natureza das informações (verbal)

-N(Nutricionistas) ; E (enfermagem); AtN (atendentes de nutrição); ANII(atendentes de nutrição II); Esc (escriturária); F (fonoaudióloga); 🧑 (paciente); M(equipe médica); S (secretária da UI); Ac (acompanhante); Est(estagiária), marc (marceneiro)

☎: Chamada ou recebimento telefônico.

💻: uso do computador.

🍽: almoço e lanches.

	Leitura de cardápio do dia
	Reuniões de equipe (nutricionistas e outros).
	Coleta de prescrição médica
	Gestão de imprevistos: troca horário das sondas. Procura formulários de evolução dietética nos prontuários no posto de enfermagem, sem êxito. Telefone par saber porque não subiu o miojo.
	Acompanhamento alimentar e nutricional ao paciente (visitas, não incluindo avaliação da ingestão)
	Revisão e atualização dos históricos do paciente (evolução dietoterápica) .
	Gestão da logística: Revisa e atualização do impresso Controle de Alimentação e Controle de Entrega de Dietas Enterais, Alimentação Infantil e Francos de água à Divisão de Enfermagem. Supervisão das copas (armários, geladeiras...). Anotações de entrada de acompanhante. TI com AtN sobre escala. Requisições de material para NDEX. Verifica sondas armazenadas na geladeira. Checagem de formulário de contagem de material. Alterações na NDT. Verificação da solicitação de dietas feita pela AtN. Repassa a autorização de entrada de refeição para estagiária. Checagem do nº de dietas com ANII. Confere com ATN modificações de dieta. Desloca-se para pegar reserva de mamadeira no PS. Requisita bolacha doce para NRA e entrega para nutricionista da NDT. TI com marceneiro (conserto de porta da copa). Atualiza informações para o noturno no computador. Relatório do dia. Anotações de refeições do D + cedo (desjejum mais cedo) em impresso próprio. Leitura de recados no quadro na sala das nutricionistas.
	Solicitação de refeição no telefone (NDEX e NDT).
	Prescrição dietética (anotações e atualizações em formulário e caderno, avaliação e atualização da dieta, baseada na evolução clínica e aceitação alimentar; avaliação nutricional (peso), cálculo das necessidades individuais.
	Orientação nutricional para paciente de alta ou em acompanhamento e encaminhamento para ambulatório..
	Anamnese alimentar.
	Troca de informações de apoio com enfermagem, com médico , com escriturária, com atendente de nutrição (para informações de acompanhante, para tipo de preparações de paciente, para retorno de paciente de exame. Para aquecer reserva AtN)