

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-graduação em
Engenharia de Produção

Ivone Mayumi Ikeda Morimoto

**MELHORIA DA QUALIDADE NA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO HOSPITALAR: UM MODELO PRÁTICO**

Dissertação de Mestrado

Florianópolis
2002

Ivone Mayumi Ikeda Morimoto

**MELHORIA DA QUALIDADE NA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO HOSPITALAR: UM MODELO PRÁTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Engenharia de
Produção da Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em
Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Edson Pacheco Paladini,
Dr.

Florianópolis
2002

Ivone Mayumi Ikeda Morimoto

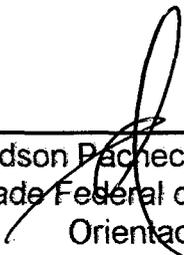
**MELHORIA DA QUALIDADE NA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO HOSPITALAR: UM MODELO PRÁTICO**

Esta dissertação foi julgada adequada e aprovada para a
obtenção do grau de **Mestre em Engenharia de Produção** no
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina

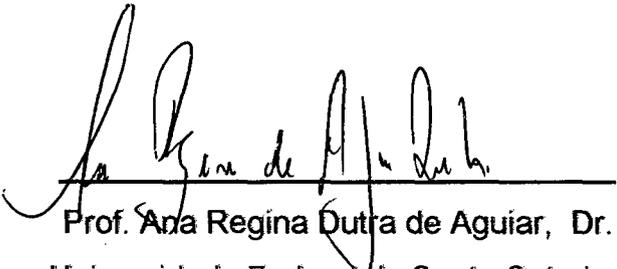
Florianópolis, 18 de dezembro de 2002.

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA:

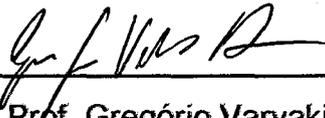


Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientador



Prof. Ana Regina Dutra de Aguiar, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Gregório Varvakis, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina

Dedicatória

Aos meus pais, exemplos de integridade e amor ,que proporcionaram a minha formação profissional e como ser humano; à meu marido, Edson, pelo seu amor e incentivo em todas as horas; aos meus filhos Danilo e Eduardo ,razões de minha vida.

Agradecimentos

Ao Sr. João Sílvio Kogin, Rubia Mara Carvalho e Alessandra Ferrarini, respectivamente Diretor Administrativo e Nutricionistas do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba; à Maria Júlia Trevisan e Ulysses Domingos Natal, da Divisão de Recursos Humanos da Aliança Saúde e PUCPR; aos amigos Telma Picheti e Luiz Fernando Ortolani e à Fabiane Savi, professora do Curso de Nutrição da PUCPR pelas valiosas contribuições à realização deste trabalho.

Ao professor Edson Pacheco Paladini pelas orientações objetivas e enriquecedoras ao desenvolvimento do trabalho

RESUMO

MORIMOTO, Ivone Mayumi Ikeda. **Melhoria da Qualidade na Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar: Um Modelo Prático**. Florianópolis, 2002. 262f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2002.

O presente trabalho tem como objetivo propor, implantar e avaliar um modelo para estruturação de Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares visando a geração de melhorias quanto à otimização de processos e satisfação do cliente internado. A revisão bibliográfica abordou as definições de qualidade, as características dos serviços, a qualidade nos serviços e nas organizações hospitalares, finalizando com a qualidade na Unidade de Alimentação e Nutrição hospitalar, fornecendo assim, suporte teórico para elaboração do modelo. A identificação das características da qualidade requeridas pelo cliente quanto à refeição hospitalar a serem incluídas no modelo, foi realizada através de um levantamento de dados junto aos pacientes internados em dois hospitais gerais. Na construção do modelo foram consideradas três partes, referentes aos ambientes da qualidade *on-line*, *in-line* e *off-line* e oito etapas, compostas pelas ações ligadas às características da qualidade. Para cada etapa estabeleceram-se cinco fases, constituídas de diagnóstico, adequação, implantação, avaliação e consolidação, fixando-se objetivos a serem atingidos, resultados esperados e ações a serem efetivadas em cada fase. A aplicabilidade do modelo foi verificada através da implantação experimental e avaliação do mesmo em uma Unidade de Alimentação e Nutrição hospitalar. Através da análise das etapas implantadas verificou-se que o modelo proposto constitui ferramenta gerencial útil ao nutricionista que coordena uma Unidade de Alimentação e Nutrição por possibilitar a construção de soluções e sua implantação dentro da realidade local, privilegiando a organização de idéias, a participação dos recursos humanos do serviço, o fornecimento de subsídios para tomada de decisões e o pensamento criativo, essenciais ao planejamento de ações que resultem na melhoria global da qualidade do serviço oferecido ao cliente.

Palavras-chave:

Qualidade, qualidade em serviços, serviços hospitalares, planejamento de melhorias.

ABSTRACT

MORIMOTO, Ivone Mayumi Ikeda. **Melhoria da Qualidade na Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar: Um Modelo Prático**. Florianópolis, 2002. 262f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2002.

The present work has as objective to propose, to establish and to evaluate a model for structuring Hospital's Food and Nutrition Services aiming improvements regarding the optimization of processes and the customer's satisfaction. The bibliographical revision approached the quality definitions, the service characteristics, the service's quality and in the hospital's organizations, concluding with the quality in Hospital's Food and Nutrition Services providing thus theoretical support for the model development. The quality characteristics identification by the customers regarding the hospital's meal to be included in the model, was accomplished through a data survey in association with the patients of two general hospitals. In the construction of the model, were considered three parts, related to the environments of the quality on-line, in-line and off-line and eight stages, composed by the actions linked to the quality characteristics. For each stage was established 5 steps, build up of diagnosis, adaptation, implantation, evaluation and consolidation, setting objectives to be reached, expected results and actions to be performed in each stage. The model's applicability was verified through the experimental implantation and evaluation of this model in a Hospital Food and Nutrition Service. Through the analysis of the established stages it was verified that the proposed model constitutes a useful management tool to the nutritionist that managers a Hospital Food and Nutrition Service Unit for making possible the construction of solutions and its establishment at the local reality, giving opportunities to the organization of ideas, the human resource service participation, the supply of subsidies for taking decisions and having creative thoughts that is essential for planning actions that has as a result the global improvement of the service's quality offered to the customer.

Key-words:

Quality, quality in service, hospital's service, improvement planning.

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS	xiv
LISTA DE GRÁFICOS	xvi
LISTA DE QUADROS	xvii
LISTA DE TABELAS	xviii
LISTA DE SIGLAS	xix
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Descrição do problema	21
1.2 Objetivos	22
1.2.1 Objetivo geral	22
1.2.2 Objetivos específicos	22
1.3 Metodologia	22
1.4 Resultados esperados	23
1.5 Estrutura do trabalho	24
2 SUPORTE TEÓRICO	25
2.1 Qualidade	25
2.1.1 Definições de qualidade	25
2.1.2 Ambientes da qualidade total – <i>in-line, on-line, off-line</i>	30
2.1.3 Estratégias para a qualidade <i>in, on e off-line</i>	31
2.2 Serviços	34
2.3 Qualidade em serviços	35
2.4 Qualidade em serviços hospitalares	38
2.4.1 Características da qualidade em serviços hospitalares	38
2.4.2 Os clientes do serviço hospitalar	40
2.5 Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar	42

2.6 Considerações finais do suporte teórico	44
3 SUPORTE PRÁTICO	48
3.1 Seleção das organizações para efeito de diagnóstico	48
3.2 Metodologia do levantamento de dados	50
3.3 Apresentação dos locais estudados	52
3.3.1 Hospital A – Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.....	52
3.3.1.1 Identificação do local.....	52
3.3.1.2 Identificação da Unidade de Alimentação e Nutrição	52
3.3.1.3 Localização e número de funcionários.....	53
3.3.1.4 Caracterização do serviço.....	54
3.3.1.5 Organograma da Unidade de Alimentação e Nutrição.....	55
3.3.1.6 Resultados do levantamento de dados	55
3.3.1.7 Análise do Hospital A	61
3.3.2 Hospital B – Hospital Universitário Cajuru.....	62
3.3.2.1 Identificação do local.....	62
3.3.2.2 Identificação da Unidade de Alimentação e Nutrição	63
3.3.2.3 Localização e número de funcionários.....	63
3.3.2.4 Caracterização do serviço.....	64
3.3.2.5 Organograma da Unidade de Alimentação e Nutrição.....	65
3.3.2.6 Resultados do levantamento de dados	65
3.3.2.7 Análise do Hospital B	70
3.3.3 Análise Conjunta dos Resultados – Hospital A e B.....	71
4 MODELO	74
4.1 Visão geral do modelo	74
4.2 Parte I do modelo: qualidade <i>on-line</i>	79
4.2.1 Etapa 1 – Conferir conforto para o ato de alimentar-se.....	79
4.2.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	79
4.2.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	80
4.2.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	80
4.2.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	81
4.2.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	81
4.2.2 Etapa 2 – Gerar a prática de atitudes de cortesia no atendimento.....	82

4.2.2.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da cortesia no atendimento	82
4.2.2.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	83
4.2.2.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	84
4.2.2.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	84
4.2.2.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	85
4.2.3 Etapa 3 – Motivar o cuidado com apresentação pessoal	85
4.2.3.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	86
4.2.3.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	86
4.2.3.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	87
4.2.3.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	87
4.2.3.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	88
4.3 Parte II do modelo: qualidade <i>in-line</i>.....	89
4.3.1 Etapa 4 – Aprimorar a aparência visual da bandeja de refeição	89
4.3.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	89
4.3.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	90
4.3.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	90
4.3.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	91
4.3.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	91
4.3.2 Etapa 5 – Promover higiene dos alimentos	92
4.3.2.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	92
4.3.2.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	93
4.3.2.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	93
4.3.2.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	94
4.3.2.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	94
4.3.3 Etapa 6 – Estabelecer variação de preparações e sabor da refeição	95
4.3.3.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	95
4.3.3.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	96
4.3.3.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	96
4.3.3.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	97
4.3.3.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	97
4.3.4 Etapa 7 – Ajustar a temperatura dos alimentos da cadeia quente	98
4.3.4.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	98
4.3.4.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	99

4.3.4.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	99
4.3.4.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	100
4.3.4.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	100
4.4 Parte III do modelo: qualidade <i>off-line</i>	101
4.4.1 Etapa 8 – Desenvolver recursos humanos do SND	101
4.4.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	101
4.4.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	102
4.4.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	102
4.4.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	103
4.4.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	103
5 IMPLANTAÇÃO EXPERIMENTAL E ANÁLISE DO MODELO	105
5.1 Seleção das organizações para implantação experimental	105
5.2 Descrição da implantação experimental e avaliação do modelo no Hospital A	105
5.3 Implantação experimental do modelo	106
5.3.1 Parte I do modelo: qualidade <i>on-line</i>	106
5.3.1.1 Etapa 1 – Conferir conforto para o ato de alimentar-se.....	106
5.3.1.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	107
5.3.1.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	110
5.3.1.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	113
5.3.1.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	116
5.3.1.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	118
5.3.1.2 Etapa 2 – Gerar a prática de atitudes de cortesia no atendimento.....	119
5.3.1.2.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	119
5.3.1.2.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	122
5.3.1.2.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	123
5.3.1.2.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	124
5.3.1.2.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	127
5.3.1.3 Etapa 3 – Motivar o cuidado com a apresentação pessoal	129
5.3.1.3.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	129
5.3.1.3.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	130
5.3.1.3.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	133

5.3.1.3.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	135
5.3.1.3.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	136
5.3.2 Parte II do modelo: qualidade <i>in-line</i>	137
5.3.2.1 Etapa 4 – Aprimorar a aparência visual da bandeja de refeição	137
5.3.2.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	137
5.3.2.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	139
5.3.2.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	141
5.3.2.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	143
5.3.2.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	144
5.3.2.2 Etapa 5 – Promover higiene.....	145
5.3.2.3 Etapa 6 – Estabelecer sabor e variação de preparações da refeição	145
5.3.2.4 Etapa 7 – Ajustar a temperatura dos alimentos da cadeia quente	146
5.3.2.4.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	146
5.3.2.4.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	149
5.3.2.4.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	151
5.3.2.4.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	152
5.3.2.4.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	155
5.3.3 3ª Fase do Modelo: Qualidade <i>Off-Line</i>	156
5.3.3.1 Etapa 8 – Desenvolver Recursos Humanos do SND	157
5.3.3.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada.....	157
5.3.3.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente.....	159
5.3.3.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria.....	163
5.3.3.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria.....	165
5.3.3.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria	168
5.4 Análise das Melhorias Obtidas com a Implantação Experimental.....	169
5.5 Análise da Consistência da Implantação.....	173
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177
6.1 Quanto ao motivo de realização deste trabalho.....	177
6.2 Quanto aos objetivos estabelecidos.....	177
6.3 Quanto aos resultados esperados.....	179
6.4 Quanto ao suporte prático.....	181
6.5 Quanto à generalização do modelo proposto.....	182

6.6 Dificuldades e Limitações	184
6.7 Recomendações	185
REFERÊNCIAS	188
APÊNDICES	191
APÊNDICE A – Ficha de coleta de dados para suporte prático	192
APÊNDICE B – Resultados da pesquisa Hospital A – Apartamentos	194
APÊNDICE C – Resultados da Pesquisa Hospital A – Enfermarias	195
APÊNDICE D – Resultados da pesquisa Hospital B – Apartamentos	196
APÊNDICE E – Resultados da pesquisa Hospital B – Enfermarias	197
APÊNDICE F – Condições Adequadas para Alimentação	198
APÊNDICE G – Aparência Do Cardápio Servido	200
APÊNDICE H – Comparativo de custos com diferentes utensílios e sistemas de distribuição	203
APÊNDICE I – Conceito de Cortesia – Paciente	208
APÊNDICE J – Conceito de Cortesia – Copeira	210
APÊNDICE K – Prática do conceito de cortesia – copeiras - almoço	211
APÊNDICE L – Ficha de observação da prática de atitudes de cortesia - Copeiras setembro 2002	212
APÊNDICE M – Ficha de observação da prática de atitudes de cortesia - Copeiras novembro/2002	213
APÊNDICE N – Ficha de observação da apresentação pessoal das copeiras: Diagnóstico	215
APÊNDICE O – Disposição de preparações dentro do marmitex - almoço/Enfermaria	222
APÊNDICE P – Variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – julho de 2002	223
APÊNDICE Q – Variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – novembro de 2002	224
APÊNDICE R – Ficha de monitoramento da temperatura	225
APÊNDICE S – Perfil de cargo	226
APÊNDICE T – Ficha de diálogo de desenvolvimento	240
APÊNDICE U – Plano de treinamento inicial e seus resultados	252

APÊNDICE V – Ficha de coleta de dados sobre satisfação do cliente	255
APÊNDICE X – Aceitação da dieta branda e normal	256
ANEXOS	257
ANEXO A – Carta de solicitação da implantação experimental no Hospital A	258
ANEXO B – Ficha de solicitação de pessoal	259
ANEXO C – Programa de treinamento de integração de novos funcionários .	260
ANEXO D – Ficha padrão perfil de cargo	261

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da estrutura do suporte teórico.....	25
Figura 2: Organograma do SND do Hospital A.....	55
Figura 3: Histogramas do grau de importância para cada característica. Hospital A – apartamentos.	57
Figura 4: Histogramas do grau de importância para cada característica. Hospital A – enfermarias	61
Figura 5: Organograma da Unidade de Alimentação e Nutrição do Hospital B.....	65
Figura 6: Histogramas do grau de importância para cada característica. Hospital B – apartamentos	67
Figura 7: Histogramas do grau de importância para cada característica. Hospital B – Enfermarias	69
Figura 8: Visão parcial do modelo.....	75
Figura 9: Visão geral do modelo	78
Figura 10: Paciente internado em enfermaria no momento da ingestão do almoço.....	107
Figura 11: Paciente internado em enfermaria no momento da ingestão do almoço.....	108
Figura 12: Bandeja de almoço de tamanho normal.....	114
Figura 13: Bandeja teste de tamanho reduzido.....	114
Figura 14: Conforto do paciente com a utilização de bandeja de refeição reduzida.....	115
Figura 15: Diferentes uniformes utilizados pelas copeiras	131
Figura 16: Bandeja de refeição(almoço) porcionada pelas copeiras.....	138
Figura 17: Embalagem de alumínio descartável porcionado normalmente.....	142

Figura 18: Embalagem de alumínio descartável teste-porcionado após solicitação de maior cuidado.....	142
Figura 19: Processo de distribuição de dietas – almoço - enfermarias	146
Figura 20: Carro térmico para transporte de alimentos.....	148
Figura 21: Carro isotérmico de transporte de alimentos.....	150
Figura 22: Novo fluxo de distribuição de dietas – almoço – enfermarias	152
Figura 23: Organograma proposto para o Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital A.....	160
Figura 24: Montagem da pirâmide dos alimentos com réplicas.	163
Figura 25: Montagem da pirâmide dos alimentos com fichas de preparações que compõem o cardápio do hospital.....	164
Figura 26: Dinâmica da higienização das mãos.....	164

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Graus de importância das características da qualidade conferidas por pacientes. Hospital A - apartamentos.....	58
Gráfico 2: Graus de importância das características da qualidade conferidas por pacientes. Hospital A – Enfermarias	61
Gráfico 3: Graus de importância das características da qualidade conferidos por pacientes. Hospital B - apartamentos.....	68
Gráfico 4: Graus de importância das características da qualidade conferidos por pacientes. Hospital B -Enfermaria.....	70
Gráfico 5: Graus de importância das características da qualidade de refeições hospitalares conferidas por pacientes internados em apartamentos e enfermarias do Hospitais A e B.....	71
Gráfico 6: Variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – julho/2002.....	147
Gráfico 7: Variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – Novembro/2002.....	153
Gráfico 8: Comparativo das variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – Julho e Novembro/2002.....	153

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Custo no Sistema de descartáveis – almoço Mês: julho 2002	111
Quadro 2: Custo no Sistema de descartáveis + bandeja de apoio.....	111
Quadro 3: Sistema de descartáveis + bandeja + garfo	112
Quadro 4: Comparativo do conceito de cortesia de diferentes clientes do Hospital A.....	122
Quadro 5: Critérios mínimos de apresentação pessoal.....	131
Quadro 6: Modelo ideal para uso do pessoal de copa	133
Quadro 7: Estudo da aparência visual do cardápio.....	139
Quadro 8: Plano de treinamento inicial do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital A.....	161
Quadro 9: Acréscimos ao Plano de Treinamento Inicial.....	167

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Opinião de clientes quanto ao conforto para o ato da alimentação.....	117
Tabela 2: Atitudes de cortesia praticadas pelas copeiras	122
Tabela 3: Resultados da aplicação da ficha de observação da prática de cortesia por parte das copeiras do Serviço de Nutrição e Dietética.....	125
Tabela 4: Opinião de clientes quanto à cortesia no atendimento.....	127
Tabela 5: Resultados do registro de monitoramento da apresentação pessoal- Novembro/2002.....	134
Tabela 6: Opinião de clientes quanto à aparência da bandeja do almoço	143
Tabela 7: Grau de satisfação de clientes internados em relação às características da qualidade.....	170
Tabela 8: Aceitação do almoço de pacientes com dietas normal e branda –novembro 2002	172
Tabela 9: Motivos de não aceitação de pacientes pesquisados	172

LISTA DE SIGLAS

DRH: Divisão de Recursos Humanos

HSCMC: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba

HUC: Hospital Universitário Cajuru

ISO: International Standardization Organization

PUCPR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

SND: Serviço de Nutrição e Dietética

UAN: Unidade de Alimentação e Nutrição

1 INTRODUÇÃO

Identificar o que são valores para o cliente e transformá-los em bens e serviços constituem o principal desafio das organizações que esperam alcançar sobrevivência e longevidade. Os clientes por sua vez, buscam organizações que atendam suas necessidades e superem suas expectativas. Hoje, as pessoas possuem mais informações sobre o que precisam e têm mais opções para escolha do melhor produto. Ao ficarem insatisfeitos, simplesmente mudam por algo que considerem melhor.

A satisfação do cliente é, portanto, um conceito dinâmico. O caráter dinâmico deste conceito exige pesquisa contínua e a criação de um sistema de verificação constantemente alimentado. O direcionamento de ações para atingir os objetivos referentes às necessidades dos clientes gera um sistema de gestão estratégico da qualidade.

A preocupação com a gestão estratégica da qualidade nas organizações hospitalares é recente, tendo surgido a partir dos anos 70 e adquirido força somente nos anos 90. O usuário do sistema de saúde é até hoje visto como o “paciente”, ou seja, a pessoa que padece, o doente, o indivíduo que passivamente recebe o atendimento que lhe é prestado, sendo visto como um número de leito ou uma patologia. A luta nesta área passa, portanto, pela mudança de crenças e valores, isto é, por uma transformação na cultura organizacional que valorize o papel do usuário dentro do conceito de cliente, que tem a expectativa de ser atendido por profissionais qualificados, que determinem suas condutas baseadas em conhecimento sólido. Estes profissionais também precisam ser vistos pela organização hospitalar como clientes internos essenciais à concretização da mudança. Enfatiza-se neste momento, a importância da atuação dos gerentes dentro do enfoque da satisfação de necessidades do cliente.

Acredita-se que a maior parte dos gerentes conheçam os objetivos a serem atingidos mas sabe-se que isto somente não basta para que se obtenham bons resultados para a organização. A habilidade maior está em descobrir qual o caminho mais adequado, dentro da realidade do local, possível de se viabilizar, ou seja, factível, para transformar uma necessidade do cliente em ação efetiva de melhoria.

O que se pretende neste trabalho é apresentar um modelo de gestão estratégica da qualidade no processo de produção e distribuição da alimentação do paciente internado no hospital, que ocorre dentro dos chamados Serviços de Nutrição e Dietética (SND), ou, modernamente, Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN).

1.1 Descrição do problema

A aceitação da alimentação por parte do paciente internado é decisiva para uma ação efetiva da dietoterapia, que é a parte do tratamento do paciente que envolve modificações na alimentação, adequando-a à situação patológica do paciente.

A contribuição da terapêutica nutricional para o paciente é comprovada através de inúmeras pesquisas (Buzby *et al.*, 1980; Carvalho, 1993; Christensen *et al.*, 1986 *apud* Waitzberg, D. *et al.*, 1999, p. 128) que demonstram o aumento de mortalidade, da incidência de complicações infecciosas no paciente desnutrido com conseqüente aumento do tempo de internação exigindo cuidados intensivos, o que resulta em maior custo para o hospital.

Fatores referentes à doença - que incluem febre, náuseas e vômitos, diarreia, dores, incapacidade de se alimentar, alterações no paladar devido ao efeito colateral de medicamentos - interferem na aceitação da alimentação por parte do paciente. A distância da família, horários e sabor da alimentação fora da rotina diária e o estado emocional são outros fatores importantes para redução da ingestão alimentar.

Havendo tantos fatores inerentes ao estado de doença do paciente, que contribuem para redução da ingestão de alimentos e, por conseguinte para a deterioração do estado nutricional durante a internação, é condição básica para o Serviço de Nutrição e Dietética conhecer o conceito de qualidade do cliente em alimentação hospitalar. O conhecimento deste conceito deve constituir o ponto de partida para o desenvolvimento de estratégias, no sentido de evitar a ocorrência de fatores inerentes ao serviço que interfiram na aceitação do paciente, minimizando, desta maneira, a ocorrência de elementos que influenciem negativamente a terapêutica nutricional.

1.2 Objetivos

Este trabalho tem os seguintes objetivos gerais e específicos:

1.2.1 Objetivo geral

Propor, implantar e avaliar um modelo para estruturação de Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares visando a geração de melhorias quanto à otimização de processos e satisfação do cliente internado.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Adquirir uma noção atualizada do assunto através de revisão bibliográfica;
- b) Realizar um levantamento de dados para identificar as características que compõem o conceito de qualidade quanto às refeições servidas aos clientes internados para obter uma visão inicial do problema, sendo este, um suporte prático para elaboração do modelo;
- c) Desenvolver um modelo para estruturação da Unidade de Alimentação e Nutrição hospitalar com foco no cliente internado;
- d) Viabilizar a aplicação prática do modelo e avaliar os resultados da implantação, consolidando a melhoria implantada aproximando a característica implantada do conceito de qualidade do cliente da Unidade de Alimentação e Nutrição hospitalar.

1.3 Metodologia

O modelo proposto neste trabalho tem como base a determinação de requisitos fundamentais no conceito de qualidade em alimentação hospitalar por parte do cliente e o desenvolvimento de ações de adequação aos conceitos à partir de um diagnóstico da realidade do local de aplicação do modelo, seguidos da implantação

e avaliação das mudanças necessárias e viáveis ao serviço, para que testada e confirmada a sua viabilidade, a consolidação ou a implantação efetiva ocorra no processo e no produto, gerando melhorias quanto à satisfação do cliente final.

A revisão bibliográfica sobre o assunto foi o passo inicial para o delineamento conceitual do modelo. Seguiu-se a este uma busca de informações junto ao cliente internado, objetivo final do estudo, para identificação de seu conceito de qualidade em alimentação hospitalar para que se obtivesse uma fundamentação prática para elaboração de um modelo de estruturação de Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares com foco no cliente.

Duas instituições hospitalares apresentaram interesse pelo levantamento de dados relacionados ao conceito de qualidade de clientes internados por estarem em processos de certificação ISO 9001: 2000 e Acreditação Hospitalar.

A coleta de dados relacionados ao conceito de qualidade foi desenvolvida, contribuindo para elaboração do modelo. As fases diagnóstico, adequação aos conceitos de qualidade, implantação, avaliação e consolidação compunham cada etapa do modelo.

Houve interesse da gerência de uma das Unidades de Alimentação e Nutrição onde foi realizada a coleta de dados, em implantar experimentalmente o modelo. Após a implantação experimental, procedeu-se à análise das melhorias obtidas e da consistência da implantação, chegando-se às conclusões finais deste trabalho.

1.4 Resultados esperados

A partir da realização desta pesquisa, espera-se obter alguns resultados e constatações:

- a) Os conceitos de qualidade de clientes particulares e convênios são diferenciados em relação à pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde;
- b) O interesse da gerência da UAN e acima de tudo da instância superior têm papéis decisivos nas ações de melhoria;

- c) Os resultados demonstrarão o impacto positivo dos processos de certificação ISO 9001: 2000 e Acreditação Hospitalar na qualidade da alimentação do cliente internado mas não garantirão por si só a melhoria contínua;
- d) A aplicação do modelo levará ao maior comprometimento de recursos humanos da Unidade de Alimentação e Nutrição pela ênfase à participação em todas as etapas do processo;
- e) A aplicação do modelo terá como resultado a criação de instrumentos para monitoramento continuado;
- f) Ênfase à criatividade, como característica importante para o nutricionista que gerencia uma Unidade de Alimentação e Nutrição hospitalar;
- g) Viabilização de um modelo de gerenciamento baseado na realidade a ser difundido entre profissionais nutricionistas;

Além dos itens descritos acima, espera-se consolidar um modelo possível de ser utilizado por quaisquer Unidades de Alimentação hospitalares no sentido de caminhar em direção à melhoria da qualidade para satisfação do cliente internado.

1.5 Estrutura do trabalho

O capítulo 1 se refere à descrição do problema, objetivos e a metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho. O capítulo 2, a seguir, trata do suporte teórico para a elaboração do modelo. No capítulo 3 estão apresentados os locais estudados para efeito de suporte prático, a metodologia de pesquisa para diagnóstico dos conceitos de qualidade em alimentação hospitalar, os resultados do levantamento de dados e as análises da contribuição de cada um dos hospitais na construção do modelo. O capítulo 4 apresenta uma visão geral do modelo e o detalhamento do modelo propriamente dito.

A implantação experimental e avaliação do modelo, incluindo uma análise das melhorias obtidas e da consistência da implantação, estão incluídos no capítulo 5. Seguem-se a este, as conclusões e recomendações do trabalho realizado.

2 SUPORTE TEÓRICO

O suporte teórico apresenta o produto da revisão bibliográfica que serviu como fundamentação para elaboração do modelo. O aprofundamento se deu do geral para o específico, partindo das definições, ambientes e estratégias da qualidade, passando pelas características dos serviços, detalhando a qualidade em serviços hospitalares, chegando finalmente à funções e aspectos da qualidade nas Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares. A estrutura do capítulo está esquematizada no fluxograma da figura 1.

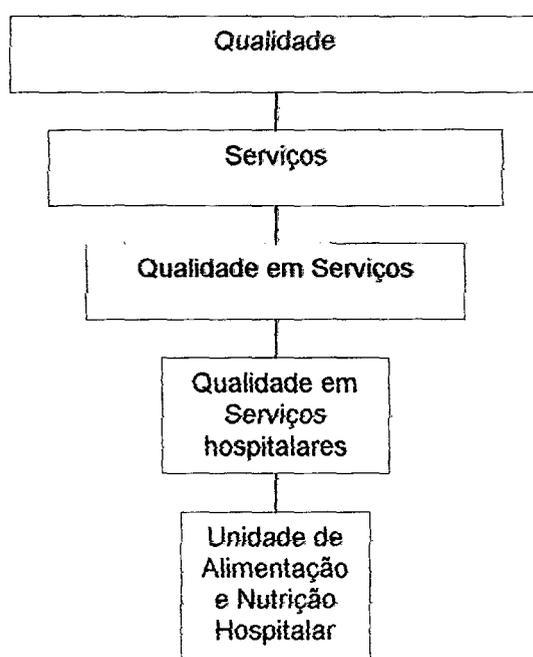


Figura 1: Fluxograma da estrutura do suporte teórico

2.1 Qualidade

2.1.1 Definições de qualidade

Shiba (1997, p.7) apresenta a evolução dos conceitos de qualidade e o surgimento concomitante de metodologias ou práticas e ferramentas da qualidade

nas companhias japonesas, baseando-se nos conceitos das 4 adequações: adequação ao padrão, ao uso, ao custo e à necessidade latente.

Na adequação ao padrão, a preocupação situa-se sobre a definição de tarefas que originem um produto adequado a um padrão pré-estabelecido, gerando a noção de que a qualidade pode ser obtida através de inspeção, desconsiderando-se as necessidades do mercado. Esta última é contemplada no conceito de qualidade seguinte, a adequação ao uso. Esta satisfaz as reais necessidades ou desejos do cliente, não apenas aos padrões estabelecidos pelo produto. As informações são obtidas através de pesquisa de mercado, e para que estes desejos do cliente sejam concretizados, é essencial o envolvimento interfuncional.

Segundo Juran (1992, p.9), um dos significados de qualidade refere-se às características do produto. Aos olhos dos clientes, quanto melhores as características do produto, mais alto a sua qualidade o que gera satisfação de suas necessidades. Por outro lado, a insatisfação do cliente com o produto, gera reações específicas como reclamações, devoluções, publicidade desfavorável, ações judiciais, dentre outras. Outro ponto destacado pelo mesmo autor é a ausência de deficiências. Aos olhos dos clientes, quanto menos deficiência, melhor a qualidade.

Shiba (1997, p. 9) descreve que o ponto fraco da abordagem da qualidade como adequação ao uso, refere-se ao fato de apresentar uma vantagem competitiva tênue pois competidores oferecendo produtos igualmente bons por preços mais baixos podem levar à perda de monopólio. As companhias japonesas tendem então, à abandonar os altos custos da inspeção para embutir qualidade, chegando ao conceito de qualidade como adequação ao custo.

A adequação ao custo envolve alta qualidade e baixo custo, atingido através do controle estatístico da qualidade, monitoramento do processo, *feedback* em cada etapa para que os erros sejam imediatamente corrigidos, levando à participação do trabalhador na linha de produção e na melhoria do projeto de produção. Isto originou as 7 ferramentas do controle de qualidade e o processo de melhoria chamado de "7 etapas do controle da qualidade" (Shiba, 1997, p. 9).

Percebendo que produtos confiáveis, funcionais e baratos não garantiriam a competitividade, a indústria japonesa investe na inovação, criando o conceito de adequação à necessidade latente. Este conceito refere-se à satisfação das necessidades do cliente antes que os clientes estejam conscientes delas. Isso

demonstra que os clientes podem gostar do produto em dado momento, mas não sabem exatamente o que querem até que surja uma novidade. O lançamento do *walkman* da Sony® e da câmera Polaroid®, ilustram a inovação das empresas na criação de um produto que não se sabia que era necessário, mas assim que se tornou disponível, transformou-se em necessidade do cliente (Shiba, 1997, p. 10). Plsek (2000, p. 67) analisa a evolução das necessidades do consumidor ressaltando o conceito de Garvin de que a qualidade é pluridimensional, podendo-se, portanto, obter êxito concentrando-se apenas nas dimensões importantes para o consumidor. Destaca ainda, a característica essencial dentro do mercado competitivo que tenta ultrapassar constantemente a expectativa do consumidor : o pensamento criativo.

O conceito de Crosby vai de encontro à adequação ao padrão. Para Crosby, qualidade significa conformidade com as especificações e tem como objetivo de desempenho, o zero defeito (Brocka, 1994, p. 72).

Deming define qualidade como “um grau previsível de uniformidade e dependência, baixo custo, satisfação do mercado. Em outras palavras, qualidade é aquilo que o cliente necessita e quer” (Deming, *apud* Brocka, 1994, p. 77). O mesmo autor ressalta que, como os desejos dos clientes estão sempre mudando, a solução para a definição de qualidade em termos do cliente é redefinir as especificações, constantemente (Brocka, 1994, p. 77).

Para Feigenbaum, “a qualidade está baseada na experiência real dos clientes com o produto ou serviço” e define qualidade como “o conjunto total de características do produto e serviço de marketing, engenharia, manufatura e manutenção através do qual o produto e o serviço em uso se encontrarão com as expectativas do cliente” (Feigenbaum, *apud* Hoyer, 2001, p. 56)

Ishikawa (1993, p. 44) afirma que “na forma mais restrita, qualidade significa qualidade de produto”. Interpretado de forma mais ampla, qualidade significa qualidade de trabalho, de serviço, de informação, de processo, de divisão, de pessoal, de sistema, de empresa. O enfoque básico para o autor é o controle de qualidade em todas as suas manifestações. Destaca ainda que “não importa o quanto a qualidade é alta, se o produto está caro demais, ele não irá satisfazer o consumidor”. Nesta afirmação, introduz a importância da adequação ao custo.

Empresas com foco estratégico na qualidade devem conhecer todas as quatro adequações, implementando-as concomitantemente, sem priorizar uma ou outra

pois todas são essenciais para a adequação à evolução dos conceitos de qualidade, ou seja, à constante modificação à que estão sujeitos os conceitos.

Romano (1997, p. 48) coletou informações junto às principais empresas norte-americanas de consultoria, incluindo a *Andersen Consulting* e *US West Communications* e constatou que os clientes podem ter suas necessidades satisfeitas, mas nem por isso, serão clientes fiéis. Cita pesquisas que demonstram que a cliente muda facilmente de fornecedor devido ao preço ou com o aparecimento de um novo produto, considerando que o oferecimento de bons serviços aos clientes passou a ser uma norma e não um diferencial, ou seja, existe uma exigência de qualidade de atendimento mínimo, que ele espera receber.

Kano (*apud* Plsek, 2000, p. 67) destaca que os juízos do consumidor a respeito da qualidade podem recair sobre as categorias “tem de ser”, “contam com elas” e, “quanto mais melhor”. Isso significa que algumas características o consumidor considera presumíveis, outras são notadas somente quando estão faltando, e para outras, quanto maior o fornecimento, maior satisfação produzem no consumidor (Plsek, 2000, p. 67).

Marchetti *et al.* (2001, p. 57) definem a diferença entre satisfação do consumidor e qualidade percebida. Segundo estes autores, a satisfação do consumidor é o resultado de uma experiência de consumo, definida como a discrepância entre as expectativas e a performance de um produto percebida após o seu consumo. A partir dos incidentes de satisfação que ocorrem ao longo do tempo, a percepção da qualidade é formada. Este julgamento global é denominado qualidade percebida. (Marchetti *et al.*, 2001, p. 58). Para Urdan (*apud* Garvin, 2001, p. 45) “qualidade percebida envolve uma avaliação subjetivamente realizada pelo cliente, de excelência ou superioridade de uma oferta”.

Segundo Shiba (1997, p. 33), “*Total Quality Management* é o gerenciamento frente à rápida transformação”. A expressão mudança rápida refere-se às necessidades do cliente, à tecnologia, às necessidades dos funcionários, das comunidades à sua volta, do sistema monetário e da situação geopolítica internacional, sendo esta última, geralmente imprevisível. Isto significa que apesar das empresas primarem nos 4 conceitos da qualidade por ele descritos, muitas poderão quebrar, simplesmente por não serem capazes de evoluir tão rapidamente quanto suas concorrentes.

Juran (1992, p. 15) afirma que para se atingir a qualidade devem coexistir o planejamento, o controle e a melhoria, sendo estes três processos de gerenciamento conhecidos como Trilogia de Juran.

Segundo Brocka (1994, p.96) o planejamento da qualidade de Juran envolve os seguintes passos universais de desenvolvimento dos produtos e processos exigidos para satisfação das necessidades dos clientes:

- a) Identifique os clientes;
- b) Determine as necessidades dos clientes;
- c) Estabeleça as características dos produtos de modo que encontre as necessidades dos clientes;
- d) Desenvolva processos que sejam capazes de produzir as características do produto sob as condições operacionais;
- e) Transfira os processos para as equipes de trabalho.

Para a melhoria da qualidade, Juran (1992, p. 15) preconiza a identificação de necessidades específicas de melhorias, que exige diagnósticos das causas, gerando soluções designadas como projetos de melhoramento. Nos microprocessos, o pessoal sem função de supervisão ou os supervisores locais devem participar da criação da solução para o problema (Juran, 1992, p. 361). O autor valoriza a determinação de equipes dos projetos que, através de subsídios como treinamento e motivação, sejam capazes de diagnosticar causas, buscar soluções e implantar correções. A continuidade da melhoria deve ser garantida com o estabelecimento de uma infra-estrutura de *feedback* dos clientes que apontem a necessidade de novos projetos de melhoramento (Juran, 1992, p. 360).

O controle de qualidade consiste da avaliação do desempenho real de qualidade, a comparação do mesmo com as metas de qualidade estabelecidas pelos clientes e ações sobre as diferenças encontradas entre o real e as metas (Juran, 1992, p. 15).

2.1.2 Ambientes da qualidade total – *in-line*, *on-line*, *off-line*

Paladini (1997, p. 17) estabelece três ambientes onde a qualidade é produzida, estruturando a partir destes ambientes, três modelos básicos da qualidade: *in-line*, *on-line* e *off-line*.

O modelo de qualidade *in-line* prioriza elementos do processo de fabricação, partindo do princípio de que nenhum produto pode adequar-se ao uso se apresentar defeitos. Os esforços para a correção e prevenção de defeitos partem do atendimento a um padrão, seja ele interno ou estabelecido pelas necessidades do cliente, definida como qualidade de conformidade por Shiba (1997, p. 22) que a relaciona aos conceitos de adequação ao padrão e ao custo. No entanto, Paladini (1997, p. 18) ressalta que esta especificação deve ser realizada de forma a maximizar as potencialidades do processo produtivo: materiais e equipamentos, métodos de trabalho, estratégias de operação, direcionadas a um produto final otimizado, com os recursos disponíveis, não determinando, no entanto, um custo de produção mais elevado. Lemos & Proença (1999) verificaram a necessidade de reestruturação do espaço físico da Unidade de Alimentação e Nutrição de um hospital para melhorar a organização no trabalho e diminuir os riscos de acidentes. Estas melhorias resultaram em redução do cruzamento de fluxos, diminuindo o risco de contaminação microbiana.

O modelo de qualidade *on-line* enfatiza o cliente, objetivando captar preferências, hábitos ou comportamentos de consumo em constante transformação, e repassá-las ao processo produtivo, gerando um produto mais adequado ao consumidor e ajustado às necessidades de mercado. Fundamenta-se na noção de qualidade de projeto, definida por Shiba (1997, p. 22) como a utilização de pesquisa de mercado para apoiar a adequação ao uso e de ferramentas que permitam redesenho de produtos (bens e serviços) e dos processos que os criam, apoiando também a adequação ao que conceitua de necessidade latente. Paladini (1997, p. 21) ressalta que o modelo da qualidade *on-line* opera inicialmente com a qualidade de projeto do produto e, a seguir, em função das alterações no mercado, o processo produtivo é realimentado com as informações referentes às mudanças na qualidade de conformidade para ajuste à realidade de mercado.

Paladini (1997, p. 19) define a qualidade *off-line* como aquela “gerada pelas áreas não diretamente ligadas ao processo de fabricação, mas relevantes para adequar o produto ao uso que dele se espera desenvolver”. Feigenbaum parte do princípio de que a capacidade de todos os membros da empresa devem estar voltados para busca de melhorias contínuas e da satisfação do cliente (Brocka, 1994, p. 85), portanto, não se deve priorizar somente elementos da qualidade *in-line* e *on-line*, mas as funções complementares ou de suporte como o caso de área de vendas, compras, marketing, recursos humanos e manutenção.

2.1.3 Estratégias para a qualidade *in*, *on* e *off-line*

Segundo Paladini (1997, p. 94), estratégias são “metodologias para implantar mecanismos destinados a produzirem qualidade em qualquer atividade, processo, serviço ou produto da organização”.

O autor afirma que as estratégias básicas para produção da qualidade *in-line*, que se fundamentam no processo produtivo, desenvolvem-se em 2 etapas quais sejam a minimização de custos e a otimização de atividades. A primeira caracteriza-se pela eliminação de perdas, empregando atividades essencialmente corretivas, evitando desvios da produção através da correção de falhas, dentro de um horizonte de planejamento de curto prazo, constituindo-se de atividades com finalidade restrita a alguns elementos do processo, destinada a diminuir encargos extras nos produtos. A segunda caracteriza-se pela ênfase nas potencialidades da produção, gerando benefícios, direcionando o emprego de recursos. Apresenta, portanto um horizonte de planejamento de longo prazo, sendo uma atividade contínua que visa agregar valor às ações e produtos. O mesmo autor descreve qual o procedimento a adotar para o desenvolvimento das etapas sendo o início com a redução de custos devido os desperdícios, falhas, perdas, defeitos e erros dentre outros fatores, seguidos de uma avaliação criteriosa de cada atividade desenvolvida para verificar se esta agrega valor.

O modelo de qualidade *on-line* tem relação direta com a satisfação dos clientes, portanto, as estratégias para o seu desenvolvimento requerem pesquisa de mercado, marketing e métodos de avaliação de necessidades, preferências,

conveniências e tendências do consumidor. Em seguida, há necessidade de repassar estas informações aos setores produtivos da empresa de forma a redirecionar a produção de bens e serviços (Paladini, 1997, p. 139).

Shiba (1997, p. 31) introduz o conceito de *market-in* que se concentra na satisfação de expectativas dos clientes como objetivo do trabalho. Este conceito não se limita ao cliente externo, ou seja, aquele que consome o produto, mas parte do princípio de que cada etapa do produto (bem ou serviço) deve satisfazer ou servir a todos os processos subseqüentes, entendendo que o próximo processo é o cliente. Este conceito contrapõe-se ao *product-out*, em que o produto é o objetivo do trabalho. Existe uma visão global do trabalho no conceito de *market-in*, pois "a ênfase na qualidade definida pelo cliente cumpre uma função dupla - satisfaz os clientes e permite à companhia funcionar tão eficientemente quanto possível" (Shiba, 1997, p. 34).

Além de consumidores e clientes, os concorrentes também constituem uma dimensão dos modelos da qualidade *on-line*. Ao acompanhar continuamente seus movimentos, pode-se definir ações num esforço para neutralizar sua influência sobre os clientes e consumidores. Conforme afirmação de Miller (1998, p. 48), as empresas nunca irão descobrir por que os clientes escolheram a concorrência se somente pesquisarem seus próprios clientes e utiliza a frase de Peter Drucker de que "os clientes não compram produtos, eles compram resultados".

Não existem estratégias tipo *off-line*, pois as estratégias estão sempre voltadas para as atividades fins das empresas, sendo o modelo *off-line*, relacionado à atividades - meios que são contemplados nas estratégias *in-line* e *on-line*. (Paladini, 1997 p. 94).

Uma das estratégias para atendimento aos objetivos da qualidade *on-line* é o QFD, iniciais do termo em inglês *Quality Function Deployment*, que foi criado no Japão, sendo descrito nos trabalhos de Akao, em 1972. Para Akao (1996, p. 36), QFD:

É converter as exigências dos usuários em características de qualidade, definir a qualidade do projeto do produto acabado, desdobrar esta qualidade em qualidades de outros itens tais como: qualidade de cada uma das peças funcionais, qualidade de cada parte e até os elementos do processo, apresentando sistematicamente a relação entre os mesmos.

Segundo Cheng *et al.* (1995, p. 24) o QFD “é subdividido em Desdobramento da Qualidade (QD) e Desdobramento da Função Qualidade no sentido restrito (QFD_r)”.

O QD visa desdobrar a qualidade, utilizando a lógica da causa e efeito, de forma sistematizada e

... busca traduzir as exigências dos clientes em características da qualidade do produto por intermédio de desdobramentos sistemáticos, iniciando-se com a determinação da voz do cliente, passando pelo estabelecimento de funções, mecanismos, componentes, processos, matéria-prima e estendendo-se até o estabelecimento dos valores dos parâmetros de controle dos processos que constituem o Padrão Técnico de Processo – PTP (Cheng *et al.*, 1995, p. 32).

O QFD restrito é o desdobramento da função do trabalho ou desdobramento de um conjunto de procedimentos gerenciais e técnicos. Shiguero Mizuno (*apud* Akao, 1996, p. 36) definiu o QFD no sentido restrito como “o desdobramento em detalhes das funções profissionais ou dos trabalhos que formam a qualidade, seguindo a lógica de objetivos e meios”.

Cheng *et al.* (1995, p. 66) sugerem que se inicie a identificação das necessidades dos clientes com respostas precisas para as questões fundamentais, que servirão de base para a tomada de decisões:

1. Qual é o público-alvo?
2. Qual técnica será utilizada para obtenção das informações?
3. Qual será o tamanho da amostra?
4. Como as pessoas serão selecionadas?

A questão 1 refere-se à definição das pessoas de quem desejamos obter informações, para que se colem opiniões relevantes.

A questão 2 demonstra a escolha de técnicas adequadas à coleta de dados que podem ser realizadas por entrevistas individuais, entrevistas em grupo, observação direta, levantamento por questionário ou painéis e experimentos, devendo ser selecionadas de acordo com as informações necessárias. O objetivo é que a lista de necessidades seja a mais ampla possível e livre de idéias preconcebidas.

A amostragem por quotas associadas pode ser utilizada na fase de identificação das necessidades dos clientes. Fontes de dados secundários envolvem as listas de reclamações, cartões de opinião e informações acumuladas junto às pessoas que

atuam junto ao cliente. As pessoas são selecionadas, se possível, aleatoriamente, ou de acordo com as características do público-alvo (Cheng *et al.*, 1995, p. 71).

O desdobramento da qualidade exigida é a conversão dos dados originais (voz do cliente) em itens exigidos (necessidades reais).

Os dados originais provenientes das várias fontes de informações são convertidos em itens exigidos, ou seja, necessidades de todo o tipo: qualidade intrínseca do produto, preço, serviços associados ao produto, etc.

O conceito do produto "é a apresentação organizada e estruturada da lista de todas as necessidades do cliente" (Cheng *et al.*, 1995, p. 78). É um ponto de partida para o planejamento da qualidade do produto. Não é possível- nem necessário- atender a todas as necessidades, pesquisando-se quais são as necessidades mais importantes (Cheng *et al.*, 1995, p. 84).

Informações quantitativas como a preferência dos clientes medida pelo grau de importância que atribuem a cada item de qualidade exigida, são obtidos a partir de pesquisa com amostras de clientes-alvo. Os resultados podem ser representados por histogramas e medidas estatísticas como moda, média e desvio padrão (Cheng *et al.*, 1995, p. 80).

2.2 Serviços

Segundo Las Casas (1997, p. 24), os serviços apresentam as seguintes características: são intangíveis, inseparáveis, heterogêneos e simultâneos.

A intangibilidade refere-se ao fato de que os serviços são abstratos. Não se pode produzir ou estocar serviços como se faz com os bens. Esta característica torna difícil para gerentes, funcionários e clientes, avaliarem o resultado e a qualidade do serviço antes de sua compra. A saída para os clientes é basear-se em referências de terceiros sobre a empresa prestadora dos serviços. (Gianesi *et al.*, 1994, p. 32).

A inseparabilidade refere-se à necessidade de presença do cliente para a sua produção. Isto leva à necessidade de atenção sobre o tempo que os clientes estão dispostos a esperar pela prestação de um serviço, pois é um dos critérios através do qual o cliente avalia o serviço (Gianesi *et al.*, 1994, p. 33).

Os serviços são heterogêneos, pois como são produzidos pelo ser humano que é de natureza instável, a qualidade de produção é também instável. Em uma mesma equipe pode haver diferenças devido à capacidade diferenciada (Las Casas, 1997, p. 25). Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000, p.52) alertam para a necessidade de treinamento extensivo e delegação de poderes para os funcionários para que estes atuem apropriadamente mesmo na ausência de supervisão direta.

Nos serviços, a produção e o consumo ocorrem ao mesmo tempo. Eles não podem ser medidos, testados ou verificados antes da entrega e uma vez que a oportunidade é perdida, não há segunda chance. A característica de simultaneidade no serviço faz com que a qualidade seja algo feito e não produzido, havendo contato próximo ou à distância com o cliente. A qualidade é criada durante o momento de contato. Isso faz com que o pessoal de contato direto com o cliente, geralmente funcionários como recepcionistas e balconistas, tenham papel-chave no sucesso global da empresa de serviços. Enquanto numa atividade de produção pode-se quantificar o impacto de um erro, na empresa de serviços um erro pode fazer com que se percam negócios. Desta maneira, o acompanhamento da satisfação dos clientes torna-se essencial (Chaudhry, 2000, p. 39).

Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000, p.48) acrescentam a característica da perecibilidade dos serviços. Como não pode ser estocado, se o serviço não for utilizado está perdido, o que acarreta um desafio gerencial pois as demandas dos clientes exibem variações consideráveis, sem a possibilidade de utilizar os estoques para absorver estas flutuações, tal como ocorre nas manufaturas.

2.3 Qualidade em serviços

Schiffman (2000, p. 125), afirma que os consumidores julgam a qualidade de um produto com base em uma variedade de sinais informacionais que associam ao produto(bens e serviços). Separadamente ou em conjunto, estes sinais oferecem a base para percepções da qualidade deste bem ou serviço.

Devido às características anteriormente descritas, é mais difícil para os consumidores avaliarem a qualidade de serviços do que a qualidade de produtos (Las Casas, 1997, p. 24).

Para superar o fato de que os consumidores são incapazes de comparar serviços como fazem com produtos, os consumidores contam com sinais substitutos para avaliar a qualidade de serviço. O ambiente de serviços influencia fortemente a opinião do cliente, o que demonstra a importância do planejamento estético e funcional do ambiente. Algumas empresas tentam padronizar seus serviços para vencer a variação de um dia para outro, de empregado para empregado e de cliente para cliente o que gera a perda da personalização do serviço que muitos clientes valorizam. Outra dificuldade é a queda da qualidade interativa de serviços nos momentos de pico de demanda, porque tanto o cliente quanto o provedor dos serviços estão com pressa e sob estresse. Todos os fatores citados prejudicam a avaliação da qualidade percebida de serviços. (Schiffman, 2000, p. 126).

A escala Servqual (Zeithaml; Parasuman & Berry, *apud* Schiffman, 2000, p. 127) foi planejada para medir a lacuna entre as expectativas que o cliente tem do serviço e suas percepções sobre o serviço efetivamente prestado. A dimensão inicial refere-se a tangibilidade, ou seja, a aparência das instalações físicas, equipamento, pessoal e materiais de comunicação, seguida pela confiabilidade, definida como habilidade de realizar o serviço prometido confiável e acuradamente. O atendimento entendido como a disposição de atender os clientes e de prestar serviço rápido, a segurança, o conhecimento, a cortesia dos empregados, a habilidade de transmitir confiança e segurança além da empatia, representada pelo carinho e atenção personalizada que a firma oferece a seus clientes, totalizam as dimensões consideradas intangíveis.

Gardner (2001, p. 41) afirma que as organizações realizam regularmente pesquisas sobre o nível de satisfação dos clientes, esperando promover maior foco nas expectativas dos clientes produzindo melhorias em suas práticas para atendê-lo, mas muitas destas iniciativas não se traduzem em resultados práticos por serem construídos com bases incorretas. O autor destaca que o que realmente importa não são as porcentagens de clientes satisfeitos, mas como satisfazê-los.

Para Miller (1998, p. 47), o “momento certo, as pessoas certas e as perguntas certas” são citados como a maneira mais eficaz e econômica para a condução de uma pesquisa que de fato avalie as necessidades dos clientes e seu grau de satisfação.

O “momento certo” de se pesquisar a satisfação relatado por Miller (1999, p. 8) é após o conhecimento aprofundado das necessidades dos clientes, para verificar o que os clientes querem, planejar o produto (bens e serviços), a fim de atender suas expectativas e constatar se receberam o que esperavam. As “pessoas certas” são os consumidores finais, ou seja, aqueles que utilizam o produto, sem se concentrar em clientes intermediários ou aqueles que transferem o produto para alguém que o utilizará. As perguntas certas abordam 4 itens: “o que se quer e o que se espera, o que foi experimentado, o grau de satisfação com o produto ou experiência, considerando também o grau de importância dessa variável” (Miller, 1998, p. 49).

Gardner (2001, p. 43) descreve a importância do desenvolvimento de um sistema de medida que permita à organização entender os fatores que determinam as percepções de valor do cliente, que estes fatores sejam medidos e que os processos que resultam nestes fatores sejam gerenciados eficazmente.

Reis e Peña (2000, p. 34) afirmam que o fluxo de informações é importante, mas tudo depende do que acontece com a informação que a companhia recebe, cuidando-se para evitar erros de uso da informação. Se a informação não for digerida e se não forem tomadas as devidas ações de melhoria por toda a companhia, de nada adiantam todos os esforços anteriores.

Quando ocorrem conflitos entre os componentes culturais da empresa, incluindo seu formato, normas, sistemas de reconhecimento e treinamento, a possibilidade de implementar a mudança pode falhar (Moore, 2000, p. 73).

Segundo Schiffman (2000, p. 16), a pesquisa do consumidor oferece um conjunto de métodos diversos para identificar as necessidades do consumidor e entender o comportamento de consumo para identificar necessidades latentes e são utilizadas com a perspectiva gerencial de orientar tomada de decisões, bem como para o desenvolvimento de conceitos de produtos (bens e serviços) a fim de atender às necessidades do cliente final.

A pesquisa observacional é um método de coleta de dados de pesquisa do consumidor porque as empresas reconhecem que o melhor modo de se obter um entendimento profundo do relacionamento entre as pessoas e os produtos é através da observação dos processos de compra e de uso do produto (bens e serviços). Outro método de coleta de dados inclui a experimentação. Muitos tipos de variáveis como as embalagens, podem ser testados por experimentos planejados para

identificar causa e efeito. Os levantamentos com entrevista pessoal podem diagnosticar preferências com qualidade de resposta excelente, porém podem estar influenciados por entrevistadores tendenciosos, o que é atenuado através do treinamento de entrevistadores (Schiffman, 2000, p. 24).

Quanto aos instrumentos de coleta de dados, o questionário é o mais freqüentemente utilizado. As perguntas abertas geram mais informações relevantes, porém, são mais difíceis de codificar e de analisar enquanto as perguntas fechadas são limitadas às alternativas de respostas disponíveis, mas são simples para tabulação e análise. A avaliação dos produtos ou de atributos de produtos (bens e serviços), podem ser realizados através de instrumentos chamados de escalas de atitude. A escala de Likert é a forma mais popular de escala de atitude. Esta escala apresenta a vantagem de oferecer ao pesquisador a opção de considerar as respostas para cada afirmação separadamente ou de combinar as respostas para produzir um resultado geral final (Schiffman, 2000, p. 26).

2.4 Qualidade em serviços hospitalares

As características da qualidade em serviços hospitalares bem como as especificidades dos clientes do serviço hospitalar estão descritas a seguir.

2.4.1 Características da qualidade em serviços hospitalares

Noriaki Kano (*apud* Nogueira, 1996, p. 7) apresenta um modelo de qualidade em serviços de saúde formado pelas seguintes características da qualidade: qualidade intrínseca do produto, constituído pelos cuidados hospitalares; o custo do serviço hospitalar; o atendimento; a segurança e o moral das pessoas que desempenham as atividades. Ao receber um serviço hospitalar, há preocupação com as técnicas e recursos médicos com vistas à recuperação do paciente, com o tipo de atendimento que pressupõe rapidez, sem espera de salas de cirurgia, com a existência de medicamentos necessários e atenção aos familiares e acompanhantes. Apesar da existência de convênios médicos, que cubram todas as despesas, há a preocupação

com o custo. Além disso, tanto o paciente quanto os profissionais de saúde que prestam o serviço requerem segurança, para o primeiro, quanto à medicação correta, à ausência de contaminação e para o segundo, quanto à equipamentos de proteção e condições de trabalho seguras. O alicerce que sustenta todas as dimensões anteriormente citadas, é o moral, definido por Nogueira (1996, p. 7) como a motivação, obtida através de "respeito ao ser humano, salário digno, atenção às opiniões emitidas, honestidade e lisura nas relações e clareza na definição de papéis".

Segundo Mezomo (1995, p. 106) para administrar um serviço de saúde dentro da filosofia da melhoria contínua da qualidade, há necessidade de obter níveis de excelência nos procedimentos administrativos e clínicos e no atendimento das necessidades dos clientes, otimizar o uso dos recursos materiais, humanos, financeiros e tecnológicos, maximizar os benefícios aos pacientes, minimizando os seus riscos, garantindo uma máxima satisfação de todos os clientes internos e externos, incluindo a redução dos custos e eliminação dos desperdícios. É recente, segundo o autor, o entendimento dos serviços de saúde como organizações que utilizam recursos e executam processos que objetivam resultados. Independentemente da política de saúde existente no país, que não privilegia estes aspectos, há necessidade de que "os administradores da saúde caminhem no sentido de garantir a equidade e a eficiência dos serviços, de melhorar o acesso e o ambiente interno e elevar permanentemente a performance institucional". Malik e Teles (2001, p. 52) reforçam a afirmação referindo que o assunto qualidade na área de saúde torna-se evidente de fato, somente a partir dos anos 70 no Brasil. Os mesmos autores apresentam pesquisas acadêmicas que comprovam que poucos serviços de saúde dispõem de indicadores e menos ainda os utilizam. Dos 97 hospitais pesquisados pelos autores no estado de São Paulo, 77% não tinham implantação de iniciativas de qualidade, atribuindo essa decisão aos custos dos programas, à demora na obtenção de resultados e à falta de necessidade.

2.4.2 Os clientes do serviço hospitalar

Juran (1992, p. 8) conceitua cliente como qualquer pessoa que seja impactada pelo produto ou processo. Os clientes externos são impactados pelo produto, mas não são membros da empresa que faz o produto, e os internos referem-se aos clientes impactados pelo produto que são ao mesmo tempo, membros da empresa que o produz. No que concerne ao hospital, o paciente é o cliente externo. Segundo Mezomo (1995, p. 64), centralizar esforços em entender suas necessidades para melhoria contínua, constitui-se em estratégia para que o serviço de saúde consiga aumentar sua participação no mercado pelo aumento da demanda. Nogueira (1996, p. 8) observa que apesar de ser a razão primeira da existência de um serviço de saúde, este tipo de cliente possui a especificidade de que se tivesse escolha, não desejaria nunca ter que utilizar os serviços hospitalares. Taublib (1998, p. 53) ressalta que se pode haver um resultado negativo, ou seja, a morte e não a recuperação do paciente como resultado do tratamento, independente do atendimento de todas as necessidades e expectativas do cliente, não devido à falha do processo, mas por "fatores inerentes ao doente e à sua doença". Clientes externos como entidades pagadoras (SUS, convênios, empresas de seguro médico), acionistas e familiares do paciente também se constituem em clientes externos cuja expectativa é a produtividade e em consequência, a remuneração de seu capital investido.

Pieracciani (2001, p. 21) conduziu uma pesquisa qualitativa realizada entre outubro e dezembro de 2000 que demonstrou percepções diferenciadas entre clientes externos quanto à qualidade hospitalar. Para o paciente, a internação hospitalar é uma situação de grande insegurança e fragilidade. Para compensar essa fragilidade o paciente, usuário do atendimento de saúde busca referenciais de segurança. Para ele é importante que o hospital seja indicado pelo seu médico de confiança, que as instalações funcionem adequadamente, que apresente baixo índice de infecção hospitalar, que a enfermagem seja habilidosa, que o corpo clínico possa transmitir informações seguras e que se tenha disponibilidade de equipamentos sempre que for preciso. Os médicos buscam a segurança de que haja continuidade do atendimento por ele prestado, apontando a habilidade da enfermagem, equipes médicas integradas e corpo clínico respeitoso e atencioso.

Todos os itens citados pelos usuários e médicos foram também destacados pelas fontes pagadoras, com o acréscimo dos itens internação rápida e limpeza das instalações.

Gonçalves & Aché (1999, p.97) consideram a facilidade de acesso físico, para informações ou agendamento de consultas e exames, como influências ambientais para a tomada de decisão sobre o serviço hospitalar a ser utilizado pelo cliente mas destacam que a qualidade do produto no caso do hospital “permanece sempre vinculada à conjugação dos recursos humanos que atuam no hospital com as instalações e os equipamentos disponíveis”.

Nogueira (1996, p. 10) ressalta também a importância da satisfação de necessidades dos clientes internos, ou seja, dos funcionários, para que estes atuem agregando características das quais o cliente subsequente no processo necessita. Para isto, deve estar satisfeito com o trabalho, crescer como ser humano e receber um salário compatível com a função exercida (Taublib, 1998, p. 68).

Segundo Moore (2000, p. 72), deve-se remover inicialmente os obstáculos de treinamento e de atitude. O primeiro, refere-se a disponibilização do conhecimento para o funcionário sobre a sua função, através de treinamento. O segundo está relacionado à motivação do funcionário para o bom desempenho na função.

Reis *et al.* (2000, p. 36) destacam a importância de que o funcionário compreenda como sua função traz contribuições ao cliente a quem se destina o produto. Informá-lo sobre reclamações dos clientes assim como requerer a sua opinião sobre maneiras de solucionar problemas constituem-se em formas de comunicação eficazes no sentido de receber sugestões de melhorias percebidas pelos funcionários e criar uma cultura organizacional que enfatize o consumidor. Para Moore (2000, p. 73) os supervisores têm papel fundamental no desenvolvimento dos funcionários, para que estes contribuam para a satisfação do cliente. Destaca como qualidades do supervisor o fornecimento de diretrizes de trabalho claras, a justiça, o não favoritismo, a capacidade de ouvir o ponto de vista de seus funcionários, a abertura para perguntas e sugestões, o conhecimento sobre o trabalho e o fornecimento tanto do *feedback* positivo quanto negativo, dentro de uma relação de respeito mútuo.

A partir do estabelecimento de metas pessoais de melhoria, de resultados esperados e mensuráveis, consistentes com as necessidades da empresa, pode-se

obter, segundo Moore (2000, p. 74), “um resultado positivo para a equação funcionários felizes e clientes satisfeitos”. A crítica sobre as avaliações do funcionário, segundo o mesmo autor, refere-se à perspectiva negativa com que é realizado, mensurando-se sobre uma escala de 1 à 10 a qualidade do trabalho, tirando-se posteriormente a média, sem informar onde os funcionários devem melhorar seu desempenho.

Moore (2000, p. 75) defende que a lógica estaria em administradores e funcionários estabelecerem conjuntamente metas ou resultados esperados e mensuráveis, conectados às metas de toda a empresa.

A comunidade onde está inserido o serviço de saúde também é tida como um cliente, que recolhe impostos e como retorno, deveria receber serviços de saúde de qualidade (Taublib, 1998, p. 68).

2.5 Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar

A Unidade de Alimentação e Nutrição é o setor responsável pelo fornecimento de refeições balanceadas, dentro de condições higiênico-sanitárias adequadas para a manutenção e /ou recuperação da saúde da clientela a que se destinam. O profissional indicado para a administração desta unidade é o nutricionista que desenvolve atividades de planejamento, organização, acompanhamento e controle de todo o processo envolvendo desde a aquisição, armazenamento e preparo até a distribuição dos alimentos (Teixeira, *et al.*, 2000,p.15). Uma pesquisa realizada por Ansaloni (1999) demonstra a necessidade da conciliação de papéis do profissional nutricionista por ser “... um profissional de saúde exercendo atividade de caráter primordialmente econômico como a gerência de uma unidade de alimentação...”, onde “... ao mesmo tempo lhe são exigidas habilidades técnicas, administrativas e gerenciais no desempenho do papel de supervisor de outros empregados e gestor de força de trabalho”. Este autor evidencia a “necessidade de interfaces da ciência da nutrição com outras áreas do conhecimento” no sentido de desenvolver um trabalho voltado para a qualidade.

As atribuições do nutricionista nos hospitais 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 (Sousa, 2002, p. 17).

Poulain *et al.* (*apud* Sousa, 2002, p. 19) determinam quatro categorias referentes à qualidade do alimento para o ser humano: a qualidade nutricional que garante o fornecimento de alimentos dentro de condições de equilíbrio de nutrientes, a qualidade higiênica, ou seja, o alimento isento de elementos tóxicos ao organismo, a qualidade psicossensorial, como as sensações visuais, olfativas, térmicas, efeitos tranqüilizantes ou estimulantes produzidos pela ingestão dos alimentos, e as qualidades simbólicas, ressaltando que para cada indivíduo, o alimento tem um significado dentro de sua cultura, de acordo com a história de alimentação vivenciada desde a infância, simbolizando classes sociais, estilos de vida, rituais sociais, e religião (Sousa, 2002, p. 19).

Estas categorias de qualidade do alimento referidas demonstram a complexidade da atuação do profissional nutricionista no ambiente hospitalar, no sentido de oferecer uma alimentação adequada à patologia apresentada, considerando todos estes aspectos. Isto significa que não bastam os cuidados com a qualidade nutricional e higiênica do alimento, obtidos durante o processo de produção de refeições. Segundo Schilling (1998, p. 59), a interface, ou seja, fatores no contato com o cliente podem determinar a não aceitação da refeição. Para a autora, "falhas humanas no atendimento ou falta de cortesia" poderão impedir que "... este cardápio tecnicamente elaborado e preparado no melhor da arte tenha o desempenho previsto e desejável..." e isso determinará a "... aceitação, rejeição ou indiferença pelo serviço comprado". (Schilling, 1998, p. 59).

Para Williams (1997, p. 327), o paciente sente-se intimidado, impotente, muitas vezes deprimido; tem incertezas sobre a evolução de sua doença e perde o contato físico com o ambiente familiar, fatores estes que resultam em alterações do apetite que influenciam na aceitação da alimentação. Muitos medicamentos produzem como efeito colateral à redução do apetite, náuseas e alterações do paladar, tornando difícil o ato da alimentação (Williams, 1997, p. 327).

Segundo Teixeira *et al.* (2000, p. 187), os resultados da avaliação do funcionamento da Unidade de Alimentação e Nutrição permitirão detectar a necessidade de reformulações e poderão servir de respaldo para reivindicações junto à alta gerência uma vez que o trabalho do nutricionista “nem sempre é classificado como prioritário por se tratar de uma atividade-meio, face às demais atividades-fins da empresa”.

2.6 Considerações finais do suporte teórico

A revisão bibliográfica foi direcionada no sentido de fornecer fundamentação para a elaboração do modelo.

Ao iniciar com o estudo da evolução dos conceitos de qualidade, chegou-se ao real entendimento das diferentes visões dos diversos teóricos quanto ao conceito de qualidade e de sua complexidade. A escolha do conceito de qualidade como adequação ao uso e melhoria contínua, com foco na satisfação do cliente será considerada, utilizando-se a exigência da qualidade dentro das categorias do que o cliente espera minimamente que estejam contidas no produto (bens e serviços).

O planejamento, componente da Trilogia de Juran demonstra a necessidade de realização de um suporte prático como base para a determinação das características de qualidade requeridas pelo cliente final, identificando assim, suas necessidades. Alguns conceitos preconizados pelo QFD, incluindo as formas de apresentação dos resultados do levantamento de dados do suporte prático serão utilizados pela sua clareza e objetividade em expor as características prioritárias para o cliente.

A partir de experiências relatadas pelas nutricionistas das unidades a serem estudadas, pode-se listar os itens tidos como exigidos e utilizando-se esta listagem como ponto de partida, proceder-se à pesquisa para transformar a voz do cliente em características da qualidade, detectando-se itens não contemplados inicialmente através de um estudo piloto. Ao final, analisando-se quais são as características que têm maior peso quanto à sua satisfação deve-se chegar a uma base segura para elaboração do modelo.

A melhoria da qualidade, outro componente da chamada Trilogia de Juran indica um caminho quanto aos passos para desenvolvimento de etapas para atingir o objetivo da satisfação da necessidade dos clientes. Assim, as fases de diagnóstico

inicial, seguido de uma adequação de processos aos conceitos do cliente, a avaliação e o estabelecimento de formas de monitoramento constante para consolidar a melhoria e para que novas necessidades dos clientes sejam atendidas, comporão o modelo.

A pesquisa do consumidor é largamente utilizada como uma forma de medir a satisfação dos clientes, porém, os autores afirmam que não existe validade em uma pesquisa que não traga realmente informações importantes sobre o que deve ser melhorado e alertam para os cuidados na elaboração do instrumento de levantamento de dados de forma que tragam informações pertinentes e possíveis de serem utilizadas no sentido de trazer mudanças efetivas que signifiquem melhorias para o cliente. A pesquisa observacional constitui-se num método de coleta de dados interessante para verificação da adequação ao uso e a experimentação pode identificar relações de causa e efeito de modificações introduzidas em caráter de teste. A escala de Likert apresenta 5 pontos que consideram um número igual de graus de satisfação ou importância ao lado de uma opção neutra, possibilitando uma análise mais detalhada dos resultados de levantamento de dados junto ao cliente do que as escalas de 3 pontos.

A utilização de estratégias para a qualidade dentro dos modelos básicos de qualidade *in-line*, *on-line* e *off-line* fornecem subsídios para a organização de ações a serem desenvolvidas, dentro de uma visão integralizadora, considerando todos os aspectos envolvidos na satisfação do cliente, desde os processos produtivos, os setores de apoio essenciais para a concretização de objetivos, até fatores que envolvem o contato direto com o cliente final.

Os autores enfatizam a importância da participação ativa dos recursos humanos na consecução dos objetivos do setor e de um supervisor que se utilize instrumentos adequados, ressaltando-se o papel da liderança para o desenvolvimento do serviço do funcionário, para que cada um entenda a sua contribuição para a satisfação do cliente desde o momento em que inicia suas funções.

As conclusões quanto a um profissional nutricionista habilitado para o gerenciamento de Unidade de Alimentação e Nutrição hospitalar apontam para o seguinte perfil: um líder, habilitado para dirigir equipes de trabalho, conhecedor dos conceitos de administração, com embasamento técnico aprofundado e conhecedor das especificidades inerentes ao ambiente hospitalar no que se refere ao cliente que

diferentemente de clientes de restaurantes ou indústrias de alimentos, jamais gostaria de estar naquele local, pois isto significa uma situação de doença. O fato de estar lidando com um indivíduo em situação frágil demanda uma ênfase quanto ao aspecto de humanidade e sensibilidade, essencial ao profissional que atua na área da saúde, porém, muitas vezes esquecida.

O conceito de qualidade no ambiente hospitalar no Brasil apresenta um descompasso quando comparada com ambientes industriais, uma contradição em se tratando da saúde dos indivíduos, que demonstra a importância do compromisso das organizações hospitalares com a qualidade e a necessidade de divulgação de metodologias para atingir a qualidade.

Em resumo, a partir da revisão bibliográfica, definiu-se pela utilização dos seguintes conceitos para este trabalho:

- a) A adequação ao uso com foco na satisfação do cliente como conceito de qualidade;
- b) A identificação das necessidades dos clientes preconizada por Juran através de um suporte prático realizado junto a clientes finais, ou seja, pacientes internados em hospitais, determinando a partir deste, as características de qualidade requeridas pelo cliente final em refeições hospitalares;
- c) Apresentação de resultados do levantamento de dados sobre o desdobramento da qualidade exigida através de histogramas sugeridos por Cheng *et al.* (1995, p. 80);
- d) A melhoria da qualidade, componente da Trilogia de Juran como base para a elaboração do modelo envolvendo diagnóstico, adequação, implantação, avaliação e consolidação para garantia da melhoria contínua;
- e) A pesquisa observacional para a verificação da adequação ao uso;
- f) Utilização da escala de Likert na elaboração do instrumento de levantamento de dados;
- g) Elaboração de um modelo integralizado dentro dos ambientes da qualidade *in-line*, *on-line* e *off-line*;
- h) Ênfase à participação dos recursos humanos no processo de elaboração do modelo;

- i) Construção de um instrumento para verificação da satisfação dos clientes finais com perguntas que contemplem a informação do que mudar para melhorar e não somente para aferição do grau de satisfação.

O capítulo seguinte apresenta o suporte prático realizado em dois hospitais gerais da cidade de Curitiba.

3 SUPORTE PRÁTICO

Com a finalidade de verificar qual o conceito de qualidade em refeições hospitalares e as características mais freqüentemente citadas pelo paciente internado, como base para elaboração do modelo, foi realizado um levantamento de dados junto a 2 hospitais gerais da cidade de Curitiba. A seguir estão apresentados os critérios de seleção das organizações hospitalares, a metodologia de coleta de dados utilizada, uma breve descrição dos hospitais selecionados e os resultados do levantamento realizado junto aos clientes. Ao final, procede-se à análise conjunta dos 2 hospitais quanto ao suporte prático.

3.1 Seleção das organizações para efeito de diagnóstico

Para efeito de diagnóstico, foram selecionadas organizações hospitalares cuja Unidade de Alimentação e Nutrição fosse chefiada por nutricionistas, em hospitais que apresentassem interesse pela pesquisa, considerando-se também, a facilidade de acesso pelo pesquisador.

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (HSCMC) e o Hospital Universitário Cajuru (HUC) pertencem à Sociedade Paranaense de Cultura que envolve também outras instituições como o Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora de Lurdes e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. O complexo formado pelos 3 hospitais são chamados de Aliança Saúde.

As Unidades de Alimentação e Nutrição dos hospitais HSCMC e HUC são chefiados por nutricionistas e as instituições encontram-se atualmente em fase de busca das certificações de qualidade ISO 9001:2000 e Acreditação Hospitalar, motivo pelo qual, apresentaram grande interesse pela pesquisa.

O Sistema Brasileiro de Acreditação em vigor no Brasil desde 1999 surgiu a partir da do Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade, sendo determinado que a avaliação e certificação dos serviços de saúde, seria um trabalho estratégico do Ministério da Saúde. (Resk, 2001, p. 37). Este sistema visa certificar a qualidade de uma unidade hospitalar de forma integral e criar uma mentalidade de melhoria

contínua. Atualmente existem sete instituições acreditadoras credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é dividido em três níveis e foi lançado pela Secretaria de Políticas da Saúde do Ministério da Saúde, em 1998 (ONA, 2001, p. 23). Neste, encontram-se os significados do certificado nível 1,2 e 3, apresentados abaixo:

Nível 1: acreditado. (requisitos básicos de qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, recursos humanos compatíveis com a complexidade, habilitação dos profissionais e do responsável técnico correspondente para as áreas de atuação institucional.

Nível 2: acreditado pleno (evidências de adoção do planejamento na organização da assistência hospitalar referentes à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna.)

Nível 3: acreditado com excelência. (evidências de políticas institucionais de melhoria contínua, em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

O hospital que decide solicitar a Acreditação deve atingir o mesmo nível de desempenho em todos os setores, caso contrário, receberá a pontuação do nível inferior. (Resk, 2001, p. 38).

A partir do final do ano de 2000, as organizações tiveram acesso à nova versão da norma ISO 9001, chamada de ISO 9001:2000. As novidades em relação à anterior referem-se ao seu propósito de aplicação, pois "o que antes se restringia à garantia da qualidade, agora se estende à gestão da qualidade". (Carvalho, 2002, p. 2). Agora, mais do que simplesmente assegurar a conformidade do produto, a melhoria contínua e a eficácia do sistema de gestão da qualidade é essencial, tendo como ponto de partida a obtenção e a análise de informações que incluem o monitoramento da satisfação do cliente.

O modelo de estrutura para o sistema de gestão baseia-se no conceito de processo, entendido como "qualquer conjunto de atividades que possui *input* e gera *output*" (Wright, 2002, p. 13).

A ênfase situa-se sobre os processos necessários para a qualidade, ou seja, aqueles essenciais para o atendimento de necessidades dos clientes, assegurando sua satisfação. Isto não se limita à linha de produção, devendo abranger processos de apoio e administrativos. (Carvalho, 2002, p. 4)

Outra novidade é a menor exigência de procedimentos documentados. Baseando-se no princípio de que a documentação usada é parte dependente da competência das pessoas realizando a tarefa, e pressupondo que as pessoas estão habilitadas para as tarefas, elimina-se a necessidade de descrições detalhadas. (Wright, 2002, p. 11)

A busca das certificações pelos hospitais pesquisados, demonstra a preocupação da instituição quanto ao oferecimento de um serviço de qualidade.

Gordon (2001, p. 80) discute a confiabilidade do sistema de certificação por parte do cliente. Segundo o autor, os consumidores baseiam-se no fato de que se a organização obteve a certificação após a auditoria de organismos certificadores supostamente imparciais, podem ter a confiança de que há sistemas, processos e controles para assegurar a qualidade dos produtos.

3.2 Metodologia do levantamento de dados

A elaboração do questionário foi realizada com base na experiência de 3 nutricionistas do local que atuam em nutrição clínica e produção hospitalar, além de opiniões dos estagiários do setor que atuam em contato direto com o paciente. Chegou-se à um consenso inicial sobre as características a serem avaliadas, após o qual foi realizado um estudo piloto com 20 pacientes no intuito de verificar itens não contemplados no questionário. O modelo da ficha de coleta de dados resultante, bem como as normas aplicadas para o seu preenchimento encontram-se no apêndice A. Nesta, utilizou-se uma escala Likert de graus de importância de 5 níveis.

Os termos utilizados e seus significados estão apresentados à seguir:

- a) Aparência visual: característica formada pela à combinação de cores dos alimentos, tipo de corte, consistência de preparações, disposição de embalagens e utensílios na bandeja;
- b) Sabor: paladar agradável de temperos utilizados;

- c) Temperatura adequada dos alimentos: temperatura quente/fria sendo respeitada para cada tipo de alimento;
- d) Cardápio variado: existência de preparações diferentes para cada refeição servida;
- e) Higiene dos alimentos: ausência de corpos estranhos nas bandejas de refeição (fios de cabelo, larvas, insetos, dentre outros);
- f) Cortesia no atendimento: gentileza e atenção apresentadas pela copeira que realiza atendimento direto;
- g) Aparência dos funcionários: apresentação pessoal e do uniforme da copeira que realiza o atendimento direto;
- h) Utensílios adequados para alimentar-se: referente a talheres, guardanapo;
- i) Embalagem dos alimentos em cada refeição;
- j) Condições adequadas para alimentar-se: mobília (mesa de apoio, cadeira e mesa de refeição).

A amostragem foi determinística selecionando pacientes internados em enfermarias e em apartamentos, em condições de verbalizar para responder ao questionário realizado pelo entrevistador, que estivessem em alimentação via oral sólida, ou seja, em dieta normal e branda, por período maior que 2 dias. Define-se como dieta normal a dieta elaborada com todos os alimentos normalmente acessíveis ao indivíduo, sem nenhuma restrição e como dieta branda aquela constituída de alimentos cozidos, com exceção de frutas com menor teor de celulose e sucos de frutas e vegetais, isento de frituras e alimentos integrais para facilitar a digestão. (AUGUSTO *et al.*, 1999, p. 16).

Optou-se por esta categorização por haver uma diferenciação de serviços oferecidos para pacientes internados em apartamentos e enfermarias e porque se entende que pacientes com dietas sólidas estão em melhores condições para contatar quando comparados à pacientes com dietas líquidas ou dietas especiais dirigidas à patologias como doenças neurológicas, diabetes dentre outros.

A entrevista foi realizada por 2 alunas do Curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica do Paraná(PUCPR), sendo realizado um treinamento anterior para aplicação do mesmo. Optou-se pelo preenchimento do questionário pelo entrevistador devido muitos pacientes apresentarem dificuldade de leitura, de movimento dos braços devido acesso venoso para medicação e para se sentarem,

além daqueles limitados em relação à posição no leito por ordem médica. A amostra foi constituída por 100% dos pacientes internados com as características citadas, em 3 dias de coleta nas quais as entrevistas foram realizadas.

3.3 Apresentação dos locais estudados

Serão apresentadas a seguir, as características das Unidades de Alimentação e Nutrição dos Hospitais Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e Cajuru, bem como os resultados obtidos com uma análise de cada hospital, finalizando com uma análise conjunta dos resultados obtidos.

3.3.1 Hospital A – Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba

3.3.1.1 Identificação do local

A Irmandade da Santa casa de Misericórdia de Curitiba é uma instituição privada, sendo um dos hospitais que compõem a Aliança Saúde da Sociedade Paranaense de Cultura – PUCPR.

Trata-se de um hospital geral de 252 leitos e 1000 funcionários. As maiorias dos atendimentos prestados são direcionados a pacientes do Serviço Único de Saúde, num total de 220 leitos contra 32 leitos para pacientes internados em apartamentos.

3.3.1.2 Identificação da Unidade de Alimentação e Nutrição

A UAN conta com instalações amplas, porém antigas havendo uma dificuldade na organização do fluxo de serviço devido a distribuição da área física e equipamentos. A preocupação do serviço é no sentido de adaptar e maximizar a adequação, mas denota-se uma perda de tempo do funcionário na movimentação dentro do serviço e perdas importantes de temperatura dos alimentos.

Recentemente foi adquirido um *buffet* para pratos quentes no sentido de atenuar este problema.

Anteriormente o esquema de cardápio era dependente de doações devido ao caráter de hospital de caridade sem fins lucrativos, situação modificada com a ligação firmada como um dos hospitais da Aliança Saúde. Busca-se atualmente a padronização de cardápios, fluxos, abastecimento e atendimento dos 3 hospitais que compõem a Aliança Saúde, trazendo a possibilidade de implantação de melhorias devido acentuado interesse da instituição, favorecendo a atuação do profissional nutricionista.

Até há pouco tempo, uma encarregada de copa, sem formação profissional atuava como chefia das copas de apoio existentes junto às unidades de internação.. A nutricionista coordenadora do serviço assumiu recentemente esta função e passa atualmente por uma fase de consolidação de sua liderança e pela ruptura do conceito de “servir comida” para o de “auxiliar o paciente no seu tratamento”.

A adequação tornou-se urgente para possibilitar a utilização do hospital como campo de estágio dos alunos dos diversos cursos da PUC-PR. Atualmente o serviço conta com 49 estagiários de nutrição distribuídos entre a nutrição clínica, produção hospitalar, unidade de hemodiálise, e Equipe Multidisciplinar de Suporte Nutricional.

3.3.1.3 Localização e número de funcionários

A UAN do hospital A está localizada no andar térreo, havendo um total de 53 funcionários chefiados por 1 nutricionista coordenadora e 1 nutricionista de produção.

Os cargos e o número de funcionários para cada função estão apresentados abaixo:

Cozinheiras: 07, sendo 2 cozinheiras chefes

Auxiliar de Cozinha: 08

Copeiras: 30, sendo 2 copeiras chefes – 1 em cada plantão

Auxiliar de Almoxarifado: 03

Confeiteira: 01

Dietista: 01

Supervisora de almoxarifado: 01

Encarregada de copa: 01

Atendente de hotelaria: 04

3.3.1.4 Caracterização do serviço

São fornecidos aos pacientes diariamente desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia e suplementações nutricionais, quando indicados pelo médico ou nutricionista. As refeições destinadas aos pacientes obedecem a dietas especiais, de acordo com sua patologia. Para o paciente internado é realizada a avaliação do estado nutricional, logo após o internamento, com dieta específica para cada caso. O serviço encontra-se num momento de estruturação da mudança de embalagens de alimentos tornando-os totalmente descartáveis e de implantação de cardápio único utilizando-se como base o cardápio e padronização de porções praticadas pelo hospital B que será apresentado ainda neste capítulo.

As refeições dos funcionários, médicos, residentes, doutorandos e estagiários, são servidas em restaurante próprio, localizado junto ao serviço dispondo de um cardápio popular para o atendimento de sua clientela.

O serviço é o do tipo Auto - Gestão, ou seja, a refeição é preparada pela própria equipe. O sistema de distribuição é misto, sendo que as refeições do refeitório contam com o serviço centralizado, enquanto as refeições dos pacientes são distribuídas através de copas de apoio, caracterizando assim um modo de serviço descentralizado.

3.3.1.5 Organograma da Unidade de Alimentação e Nutrição

O organograma atual está apresentado abaixo:

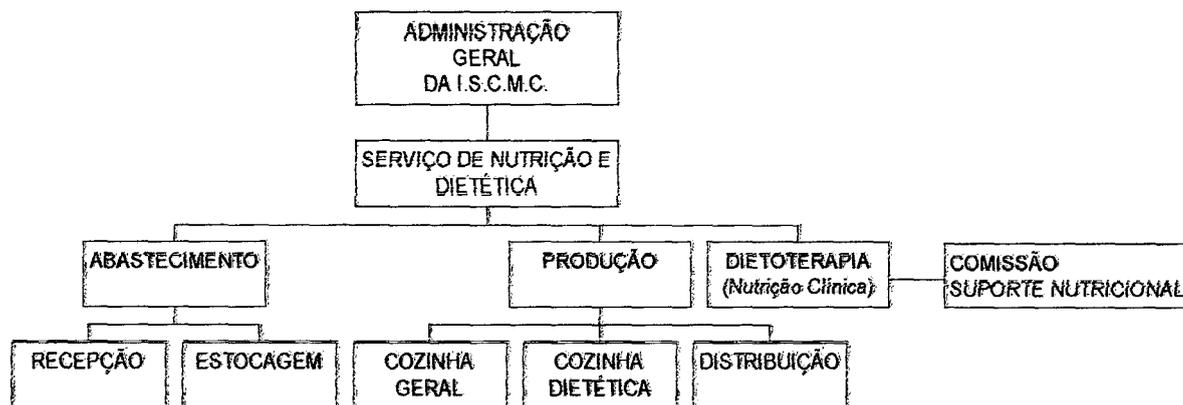


Figura 2: Organograma do SND do Hospital A

3.3.1.6 Resultados do levantamento de dados

A apresentação dos resultados segue a metodologia proposta por Cheng *et al.* (1995, p.85), na forma de tabelas e gráficos. Nos apêndices A, B, C e D estão demonstrados detalhadamente os valores absolutos e relativos apresentados para os graus muito importante, importante, indiferente, pouco importante e sem importância, para cada característica da qualidade de refeições hospitalares, segundo a opinião dos clientes entrevistados.

Uma síntese é apresentada na forma de gráfico, facilitando a visualização dos resultados finais. Os números foram utilizados para representar os graus de importância muito importante (5), importante (4), indiferente (3), pouco importante (2) e sem importância (1).

No apêndice B estão apresentados os percentuais obtidos quanto ao grau de importância de características da qualidade referentes a refeições hospitalares, realizadas na ala de internação em apartamentos no hospital A.

O item higiene dos alimentos foi considerado muito importante por 81,25% dos pacientes. Os itens aparência visual, temperatura adequada dos alimentos, cardápio variado, cortesia no atendimento e utensílios adequados para alimentar-se foram

itens tidos por 60 a 70% dos pacientes como muito importantes, enquanto condições adequadas para alimentar-se foram consideradas muito importante por 37,5%. O item sabor foi considerado importante por 56,25%. Nenhum dos itens foi considerado pouco importante ou sem importância.

Os histogramas obtidos através da frequência de resposta segundo os graus de importância codificados por números de 1 à 5, estão apresentados na figura 3. A distribuição resultante nos histogramas, evidenciam a maior frequência de respostas para os graus importante e muito importante para todas as características. Desta forma, justifica-se a escolha da moda para representar o grau de importância conferido pelos pacientes, como está representado no gráfico 1.

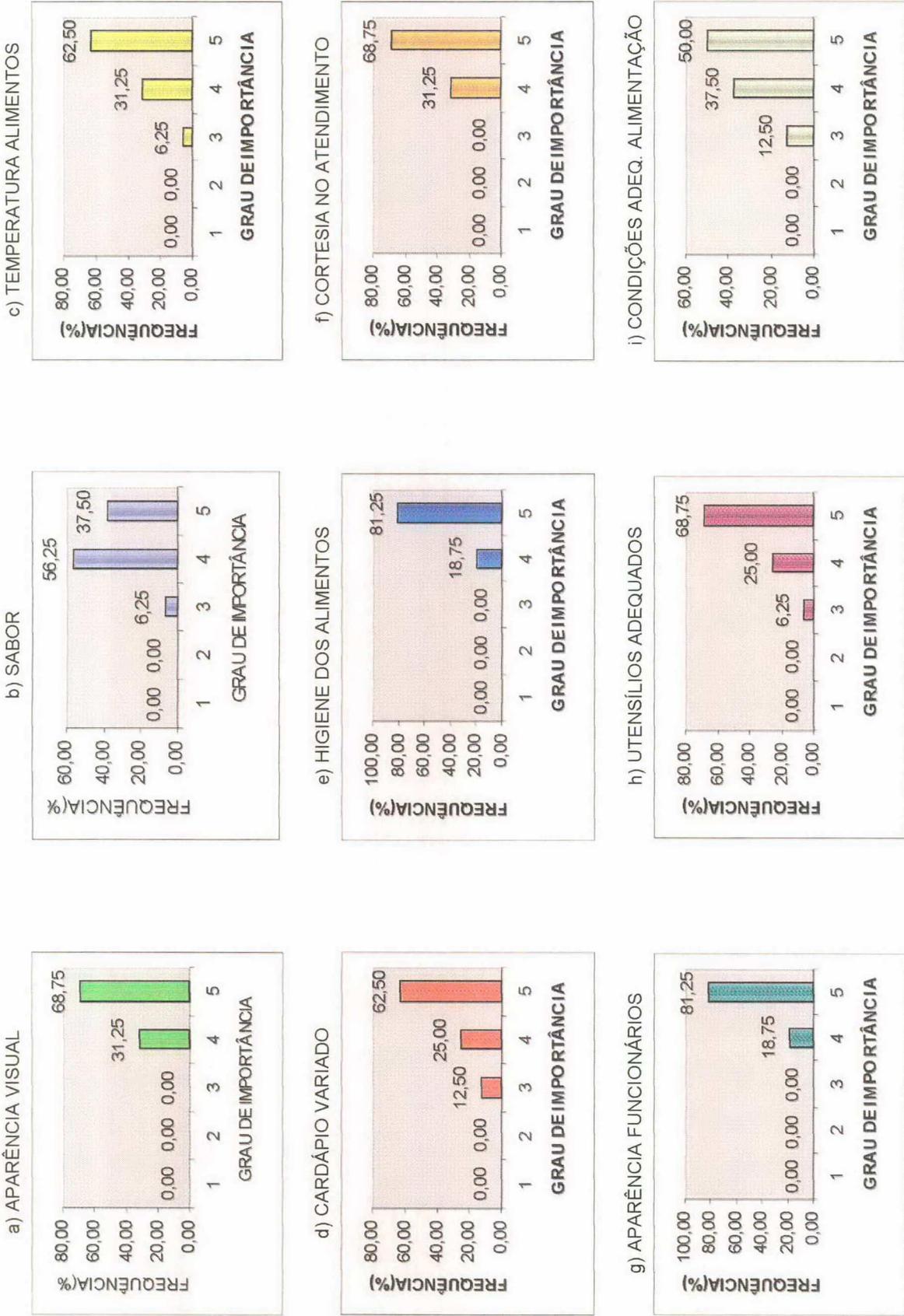
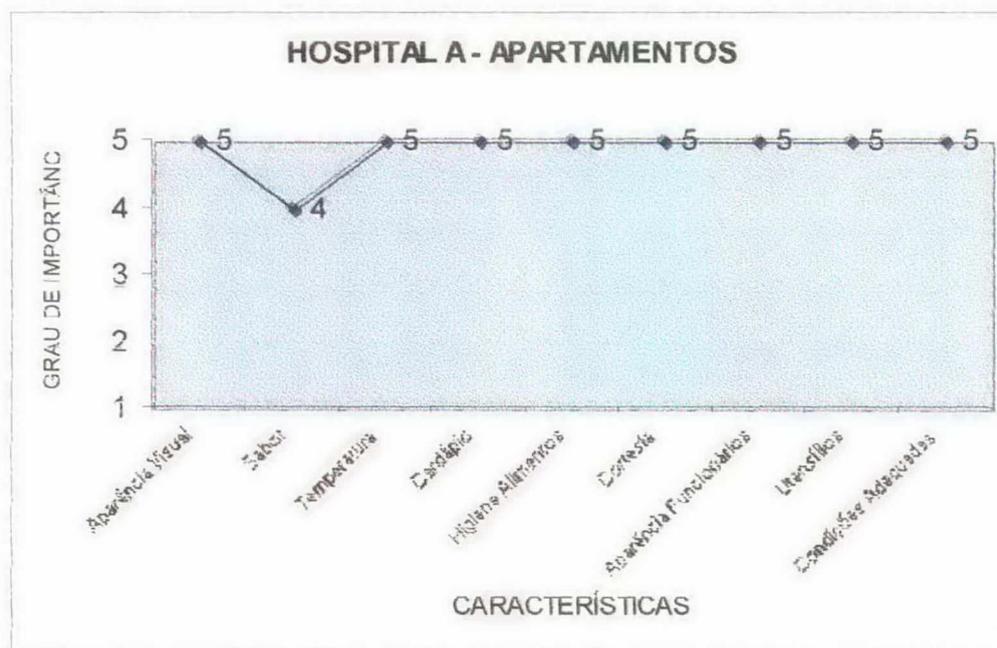


Figura 3: Histogramas do grau de importância para cada característica. Hospital A – Apartamentos.

Gráfico 1: Graus de importância das características da qualidade conferidas por pacientes. Hospital A – Apartamentos



O apêndice C, consta dos resultados obtidos a partir da mesma pesquisa realizada nas enfermarias.

Para pacientes internados em enfermarias, o item higiene dos alimentos referido como muito importante por 82,5% dos entrevistados e 40 a 50% dos pacientes consideraram muito importantes a temperatura adequada dos alimentos, a cortesia no atendimento e a aparência dos funcionários que servem a refeição, sendo considerados importantes por 30 a 40%. Cardápio variado, utensílios adequados para alimentar-se e condições adequadas para alimentar-se foram considerados muito importantes por 20 a 30% dos pacientes entrevistados, aparecendo na categoria importantes para a maioria. Em todos os itens ocorreram casos de pacientes que consideraram os itens indiferentes, pouco importantes ou sem importância. A rapidez no atendimento foi referida por 2 pacientes, totalizando 2,5%, porém, a presteza com que o cliente é atendido, relaciona-se à cortesia, pois o aviso sobre quanto tempo levará para que o pedido seja atendido é essencial para que não ocorram problemas de espera sem esclarecimento dos motivos desta espera.

A figura 4 apresenta os histogramas dos resultados obtidos para cada característica segundo os graus de importância para pacientes das enfermarias. Da

mesma maneira de pacientes internados em apartamentos, pode-se visualizar a maior concentração de respostas nos graus importante e muito importante, justificando igualmente a utilização da moda para conclusões sobre o grau de importância conferido para cada característica, apresentado no gráfico 2.

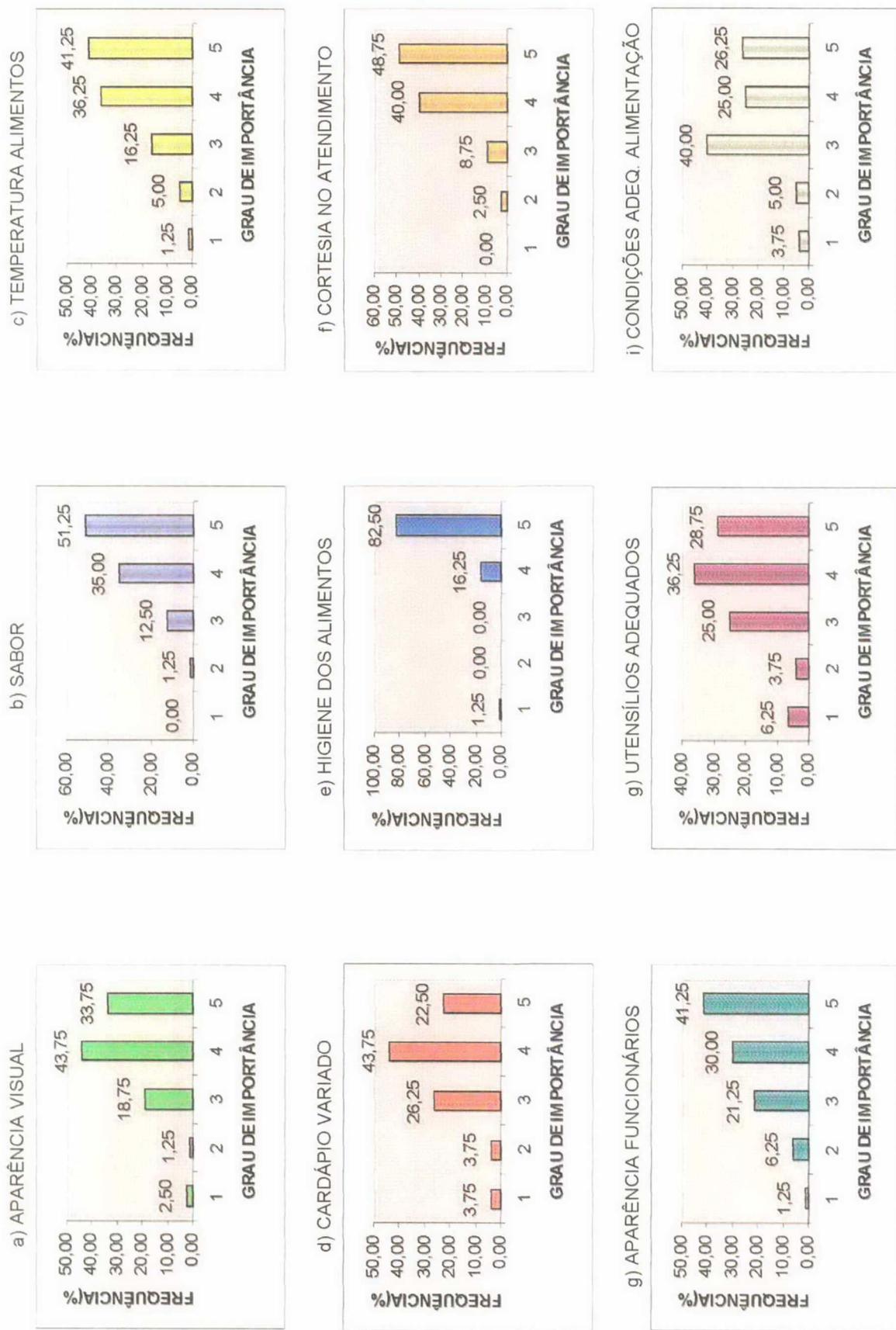
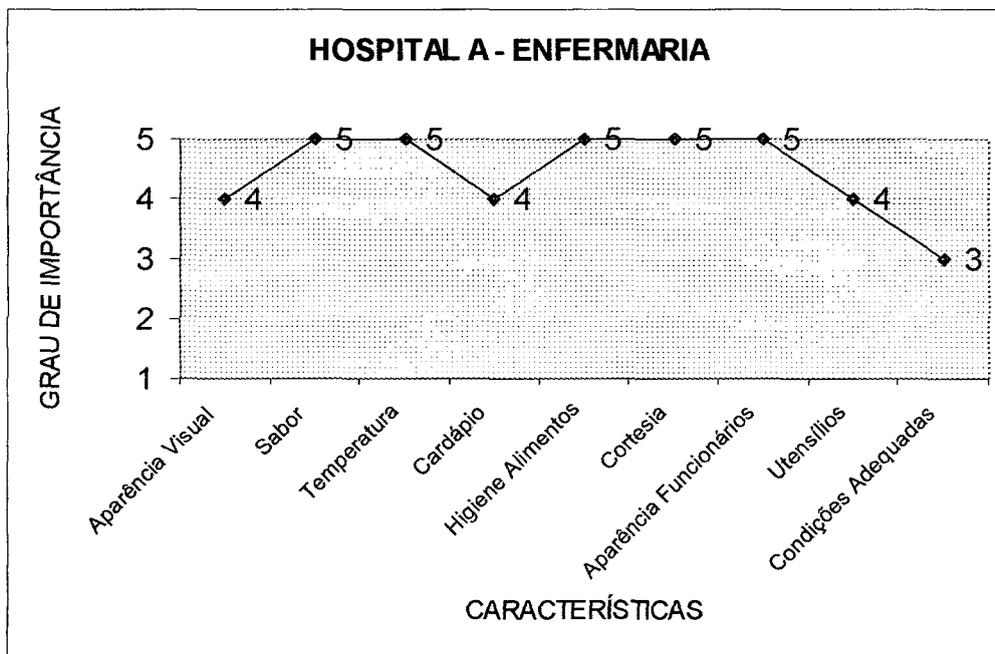


Figura 4: Histogramas do grau de importância para cada característica. Hospital A – Enfermaria

Gráfico 2: Graus de importância das características da qualidade conferidas por pacientes. Hospital A – Enfermaria



3.3.1.7 Análise do Hospital A

Observa-se que o hospital A encontra-se em fase de transformações intensas no serviço e na organização como um todo. Existe a preocupação quanto à passagem de uma fase de carácter empírico, onde se contava somente com a prática de rotina por parte de funcionários antigos, para a fase de priorização do trabalho técnico, de base científica. Este processo inicia-se desde o estabelecimento do nutricionista como chefia das copas, quando anteriormente as copas de apoio pertenciam ao Serviço de Hotelaria, o que não permitia uma continuidade do trabalho desenvolvido dentro da cozinha hospitalar, e a visão do paciente como um cliente.

Muitos obstáculos e dificuldades são enfrentados, mas o respaldo da alta gerência tem sido essencial para concretização de objetivos propostos. A certificação ISO9001 e a Acreditação Hospitalar vieram a somar neste aspecto, pois a necessidade de atendimento aos requisitos requeridos no processo traz como benefício a necessidade de formalização de processos e a conseqüente detecção, por parte dos nutricionistas das necessidades de melhorias.

Constata-se também que devido à priorização histórica de pacientes internados nos apartamentos, constata-se uma exigência maior desta população quanto às características da qualidade analisadas. Houve situações em que os pacientes internados em enfermarias respondiam que “está tudo bom para mim... importante é ter conseguido vaga...” (...). Estas afirmações fornecem um panorama do Sistema Único de Saúde no Brasil, pois se denota por estas afirmações que o paciente considera-se privilegiado por estar internado e não se dá o direito de exigir qualidade de serviço.

O trabalho dos profissionais do local tem se concentrado no estabelecimento de formas de controle de armazenamento e de formas de preparação e redefinição de funções de cada funcionário dentro do serviço, devendo-se considerar problemas decorrentes da resistência à mudança.

O conceito de qualidade tanto para pacientes internados em apartamentos como em enfermarias envolve uma refeição de boa aparência visual, sabor, temperatura e cardápio adequado, higiênica e que haja conforto no momento da alimentação com utensílios adequados às preparações servidas. Além de todos estes requisitos a cortesia no atendimento e a boa apresentação por parte das copeiras, devem ser consideradas. A única diferença situa-se na adequação dos utensílios às preparações servidas, indiferentes para pacientes de enfermaria.

3.3.2 Hospital B – Hospital Universitário Cajuru

A apresentação da UAN do hospital B foi elaborada seguindo os mesmos itens descritos no hospital A.

3.3.2.1 Identificação do local

O Hospital Universitário Cajuru - HUC, é um hospital escola da PUCPR.

Trata-se de um hospital geral de 373 leitos e 1110 funcionários, fundado no ano de 1955, passando à pertencer à Sociedade Paranaense de Cultura, a partir do ano de 1977. O atendimento é prestado à pacientes particulares e de convênios com

planos de saúde num total de 66 leitos de apartamentos, sendo 307 enfermarias direcionados à pacientes do Serviço Único de Saúde, SUS.

3.3.2.2 Identificação da Unidade de Alimentação e Nutrição

A UAN possui modernas instalações construídas no ano de 1997 com a participação de nutricionistas na elaboração da planta baixa. A estrutura física e distribuição de equipamentos permitem um fluxo de serviço otimizado, com baixas perdas de temperatura e facilidade de supervisão por estar totalmente localizado num único andar, sem copas de apoio, sendo considerado um serviço de nutrição hospitalar modelo na cidade de Curitiba.

O apoio à adequação máxima do serviço foi favorecido com a abertura do Curso de Nutrição – PUCPR no ano de 1999. Atualmente existem 45 estagiários distribuídos entre estágios de observação, nutrição clínica e produção hospitalar.

A existência do sistema de *check list* semanal e mensal com pontuações para cada item demonstram a preocupação quanto ao controle dos processos. Atualmente o serviço está em fase de implantação do Manual de Boas Práticas.

3.3.2.3 Localização e número de funcionários

A UAN do hospital B está localizada no andar térreo, havendo um total de 64 funcionários chefiados por 1 nutricionista de produção e 4 nutricionistas de clínica.

Os cargos e o número de funcionários para cada função estão apresentados abaixo:

Chefe de cozinha: 01

Auxiliar de escritório: 01

Cozinheiras: 05

Auxiliares de cozinha: 20

Copeiras: 32

Lavagem de panelas: 02

Zeladora: 01

Copeira da creche: 01

3.3.2.4 Caracterização do serviço

São fornecidos aos pacientes, desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia e suplementações nutricionais, quando indicados pelo médico ou nutricionista. As refeições destinadas aos pacientes obedecem a dietas especiais, de acordo com sua patologia. Para o paciente internado é realizada a avaliação do estado nutricional, logo após o internamento, com dieta específica para cada caso.

Os cardápios têm rotatividade semanal, baseada no fato de que a média de internação neste hospital é de 4 dias. As embalagens e utensílios tanto para enfermarias quanto para apartamentos são descartáveis, havendo necessidade de higienização somente para bandejas de apartamentos, laváveis em máquina industrial. A padronização de dietas hospitalares segue o Manual de Dietas Hospitalares. (Martins; Morimoto; Savi; Meyer, 2000).

As refeições dos funcionários, médicos, residentes, doutorandos e estagiários, são servidas em restaurante próprio, localizado junto ao serviço dispondo de um cardápio popular para o atendimento de sua clientela. Para estes, a rotatividade do cardápio é quadrimestral.

O sistema de distribuição é exclusivamente centralizado, sendo todo o processo realizado em área única, não havendo copas de apoio, o que facilita a supervisão.

3.3.2.5 Organograma da Unidade de Alimentação e Nutrição

O organograma atual da UAN do hospital B está apresentado abaixo:

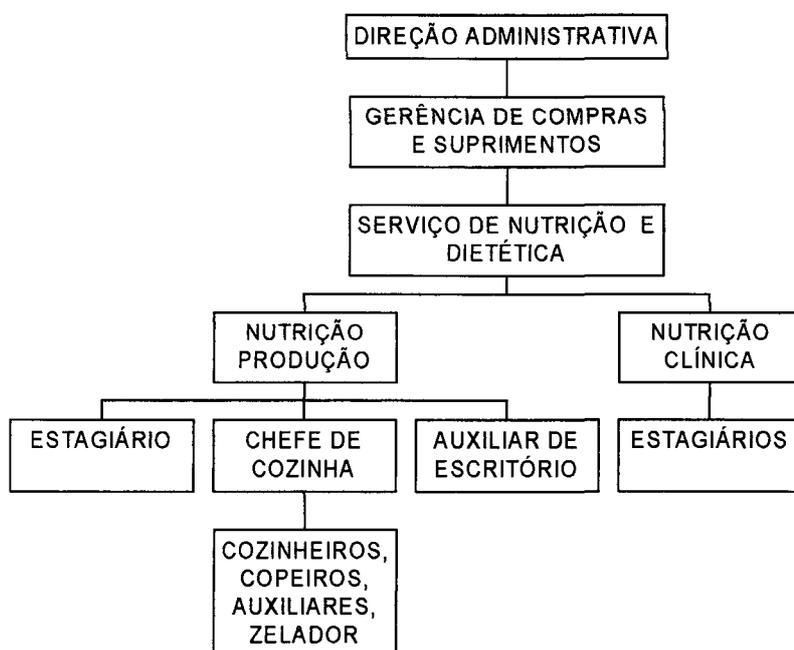


Figura 5: Organograma da Unidade de Alimentação e Nutrição do Hospital B

3.3.2.6 Resultados do levantamento de dados

Os resultados estão apresentados de maneira idêntica à já relatada na apresentação de resultados de pesquisa realizada no hospital A.

No apêndice D estão demonstrados os resultados referentes ao levantamento de dados sobre o grau de importância conferido às características da qualidade de refeições hospitalares nos pacientes internados no setor de Particular e Convênios do hospital B.

Higiene dos alimentos foi considerado um item muito importante por 75% dos entrevistados, seguido pelo sabor (60%). A temperatura adequada dos alimentos e a aparência visual da refeição foram consideradas importantes por 50% dos pacientes sendo conferido por 45%, o mesmo grau de importância quanto ao item cardápio variado. Cortesia no atendimento foi considerado indiferente por 40%; 35% dos

entrevistados consideraram pouco importante a aparência dos funcionários que servem a refeição. As condições adequadas para o ato da alimentação foram consideradas por 45% como importante e 35% consideraram também importante a disponibilidade de utensílios adequados para alimentar-se.

A figura 6 apresenta os histogramas obtidos a partir da frequência de respostas referentes a cada grau de importância. Através dos histogramas visualiza-se a maior frequência de respostas conferindo grau importante e muito importante, portanto, utilizou-se o gráfico da moda para apresentar os resultados finais quanto ao grau de importância de cada característica definida por esta categoria de pacientes (gráfico 3).

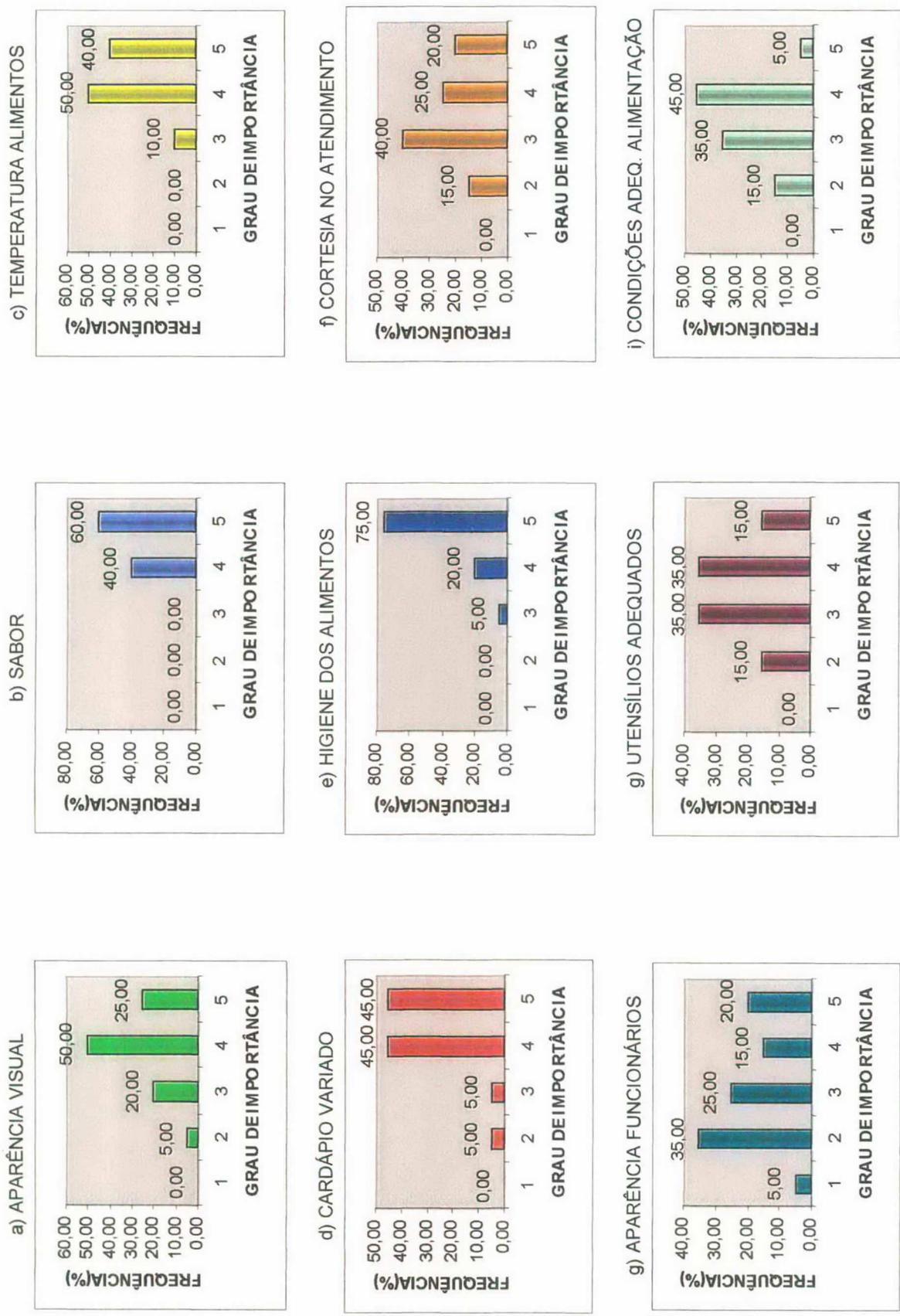
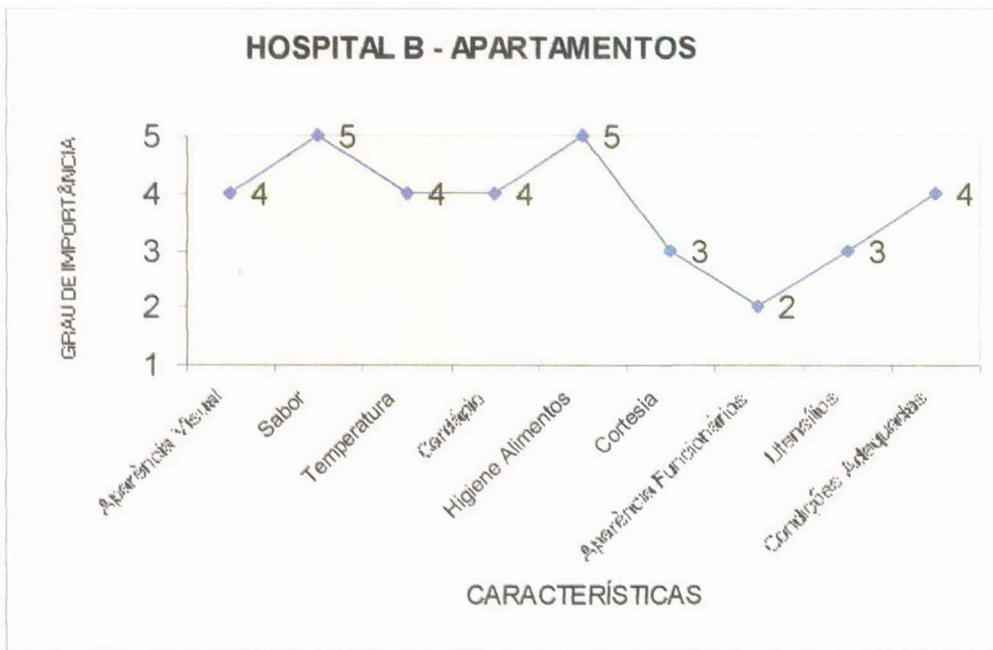


Figura 6: Histogramas do grau de importância para cada característica. Hospital B – Apartamentos

Gráfico 3: Graus de importância das características da qualidade conferidos por pacientes. Hospital B – Apartamentos



No apêndice E estão apresentados detalhadamente os resultados obtidos junto aos pacientes internados nas enfermarias do hospital B.

O item considerado muito importante pela maioria dos pacientes foi higiene dos alimentos, correspondendo a 90% dos entrevistados, seguidos dos itens sabor, cortesia no atendimento, cardápio variado e aparência dos funcionários com 67, 45,41 e 35% respectivamente. A maioria dos pacientes considerou importantes os itens temperatura adequada dos alimentos (41%), aparência visual (39%) e utensílios adequados para alimentar-se (34%). Condições adequadas para alimentar-se foram referidos como indiferentes pela maioria dos pacientes.

A figura 7 apresenta uma visão geral dos graus de importância segundo a opinião de pacientes internados nas datas pesquisadas, representados através de histogramas. Demonstra-se a maior frequência de respostas para os graus importante e muito importante para cada característica. Desta maneira, segue-se o gráfico da moda para todas as características pesquisadas no gráfico 4.

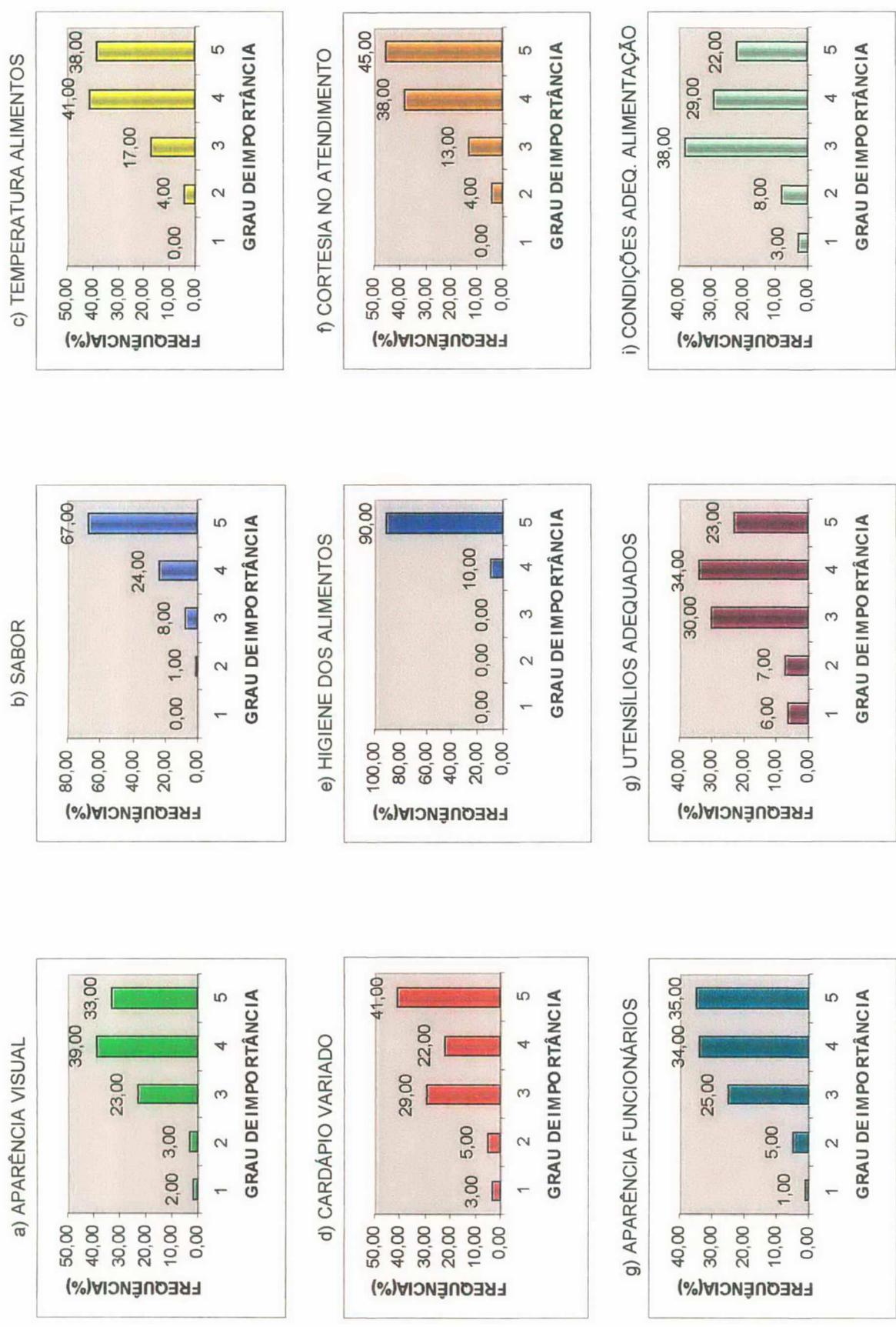
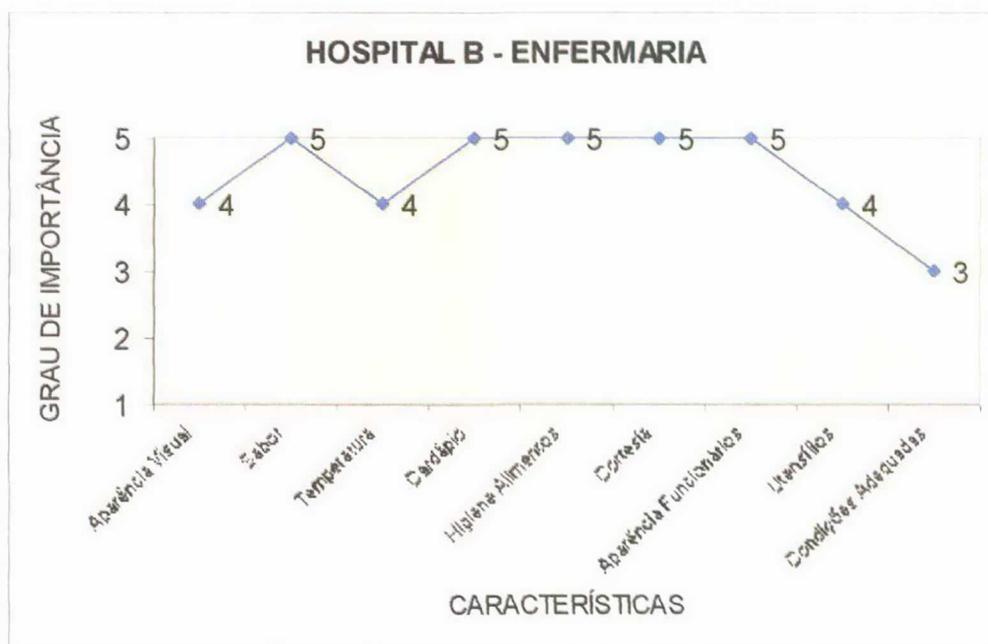


Figura 7: Histogramas do grau de importância para cada característica. Hospital B – Enfermaria

Gráfico 4: Graus de importância das características da qualidade conferidos por pacientes. Hospital B -Enfermaria



3.3.2.7 Análise do Hospital B

Verifica-se no hospital B uma atuação tecnicamente fundamentada e o favorecimento da organização de fluxos e processos devido a adequações da área física e equipamentos existentes.

A repetição semanal de cardápios confere alto treinamento dos funcionários no preparo dos diversos cardápios de dietas que são preparados concomitantemente e reduzem o risco de erros.

No organograma observa-se a especificidade da inexistência de uma chefia única no serviço, porém, a nutricionista de produção assume a responsabilidade sobre todos os funcionários do serviço. Esta divisão favorece a fragmentação do serviço com relação à nutricionistas de clínica.

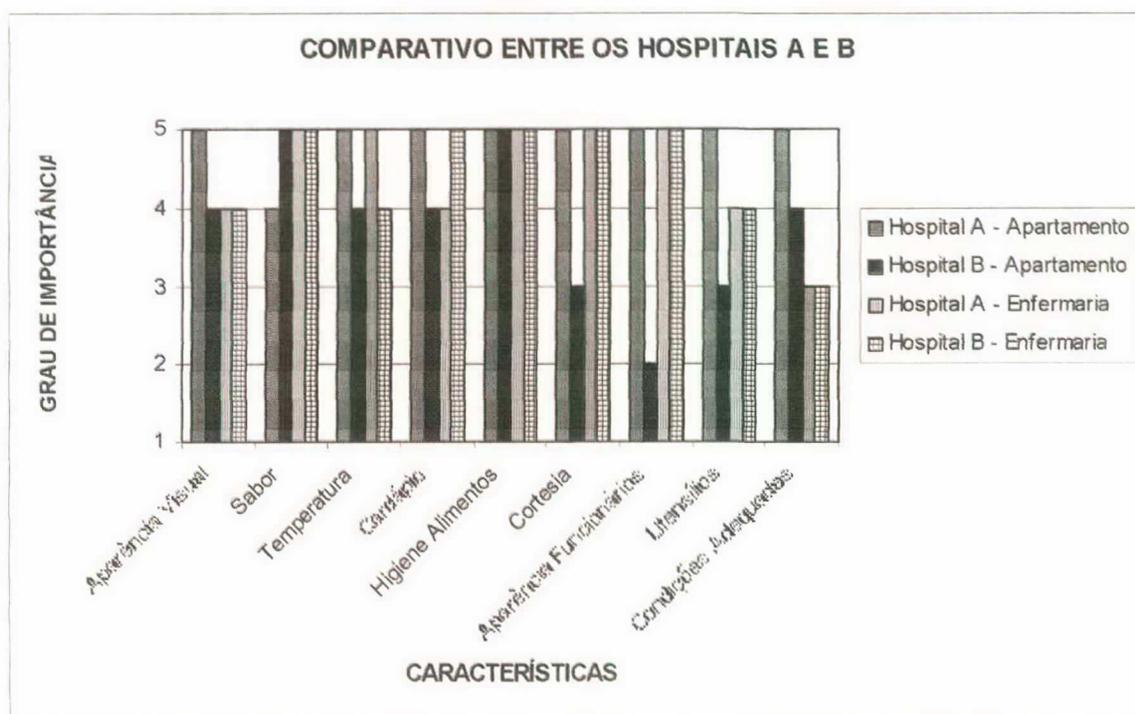
O conceito de qualidade para pacientes de apartamentos envolve uma refeição de boa aparência visual, sabor, temperatura e cardápio adequado, higiênica e que haja conforto no momento da alimentação, enquanto os pacientes internados em enfermarias priorizam além de todos estes requisitos a cortesia no atendimento e a

boa apresentação por parte das copeiras e uma bandeja de refeição com utensílios adequados às preparações servidas.

3.3.3 Análise Conjunta dos Resultados – Hospital A e B

Para comparar os graus de importância das características da qualidade de refeições hospitalares de acordo com a opinião de clientes dos 2 hospitais, segue-se a apresentação do gráfico abaixo onde utilizou-se o valor da moda.

Gráfico 5: Graus de importância das características da qualidade de refeições hospitalares conferidas por pacientes internados em apartamentos e enfermarias do Hospitais A e B



Observa-se no gráfico 5 a unanimidade em relação à importância do item higiene para todos os clientes pesquisados. Sabor, cortesia no atendimento e aparência dos funcionários também foram características consideradas muito importantes para a maioria dos entrevistados. Ressalta-se também que nenhum dos itens foi analisado

como sem importância nas categorias pesquisadas, demonstrando que todas as características estão incluídas com algum grau de importância quando se conceitua uma refeição hospitalar de qualidade. Os itens questionados, portanto, demonstram o perfil de características de uma refeição de qualidade por clientes dos hospitais A e B, quais sejam, prioritariamente, refeições servidas com higiene de alimentos, de sabor e temperatura adequados, incluindo também aparência visual que estimule o apetite, sendo servidos com cortesia, por funcionários de boa aparência, havendo boas condições para o ato da alimentação como a da embalagem na qual a refeição é servida, apoio de bandejas e utensílios como talheres adequados ao cardápio servido.

Os hospitais analisados têm em comum a vontade da alta gerência no desenvolvimento de um trabalho voltado para qualidade e profissionais comprometidos com este objetivo. No desenvolvimento do trabalho constatou-se que uma parcela deste comprometimento deve-se aos processos de certificação ISO9001 e Acreditação Hospitalar. Estes requerem padronização de procedimentos entre os hospitais analisados, o que promove, durante as inúmeras reuniões realizadas uma troca de informações entre os serviços e a transferência de benefícios de um hospital à outro.

O hospital B tem como pontos positivos a visão de processos e a necessidade de documentação e padronização, anterior à chegada das certificações. Desta maneira, os fluxos foram estudados desde o projeto de construção da nova cozinha, que apesar de alguns problemas, pode ser considerada um modelo em UAN hospitalar. Os estudos produzidos por estagiários juntamente com a nutricionista de produção viabilizaram a utilização de embalagens descartáveis para todos os pacientes, incluindo o estudo do sistema de coleta do lixo de descartáveis. Ao implantar os descartáveis houve um estudo anterior sobre tempo, equipamento e locais de porcionamento. A supervisão próxima permite o controle de tipos de preparações e temperos; há um controle eficiente de funcionários realizado pelo chefe de cozinha do local. Todas as rotinas estão descritas e são de conhecimento dos funcionários. O monitoramento ocorre através do sistema de *check list* semanal e mensal quanto aos esquemas em funcionamento. Pontos a serem melhorados referem-se à inexistência de método formal de diálogo com os funcionários e quanto à supervisão de sua apresentação e um Manual de Boas Práticas apenas parcialmente

implantado, além da falta de um receituário que padronize temperos e preparações entre todas as cozinheiras.

O hospital A traz com pontos positivos uma maior organização hierárquica dentro do serviço com as modificações já promovidas quanto ao serviço de copa além da disposição para a mudança apresentada pelas nutricionistas atualmente à frente do serviço, o que demonstra o papel da liderança no desenvolvimento do setor.

A partir dos resultados do suporte prático realizado nos hospitais, verifica-se a necessidade de um trabalho de base, compreendendo a importância da adesão dos recursos humanos do serviço aos objetivos da organização, de forma que ele entenda todas as modificações que estão ocorrendo de forma positiva e não como uma ameaça. Experiências anteriores de implantação de modificações e a análise de suas etapas como as mudanças referentes ao cardápio e às embalagens de dietas podem ser aproveitados na construção do modelo.

A adequação da alimentação oferecida às necessidades dos pacientes detectadas pela pesquisa devem ser trabalhadas na sua totalidade no modelo, de forma a contemplar a visão dos pacientes como clientes finais, essenciais para existência e sobrevivência da organização.

Em resumo, os resultados do suporte prático trouxeram as seguintes contribuições para elaboração do modelo à ser proposto:

- a) Aparência visual, sabor, temperatura, cardápio, higiene dos alimentos, cortesia no atendimento, aparência dos funcionários, utensílios adequados ao cardápio servido e condições adequadas para o ato da alimentação deverão compor as características selecionadas para o modelo por constituírem o conceito de qualidade dos clientes dos 2 hospitais analisados;
- b) Os recursos humanos quanto ao aspecto de diálogo formal com a chefia e o conhecimento sobre a sua exata função dentro do serviço deverão ser contemplados no modelo;
- c) Uma fase de estudos preliminares deve proceder a implantação de modificações;
- d) Métodos de supervisão formal como fichas de inspeção deverão ser utilizados para avaliação da implantação de modificações realizadas e para monitoramento da continuidade dos esquemas implantados.

4 MODELO

Este capítulo apresenta o modelo elaborado através da revisão bibliográfica e de resultados do levantamento de dados sobre o conceito de qualidade em refeições hospitalares, apresentados nos capítulos 2 e 3.

4.1 Visão geral do modelo

A estrutura do modelo apresenta no seu desenvolvimento, diretrizes nas melhorias propostas nos ambientes da qualidade *on-line*, *in-line* e *off-line*, compondo respectivamente a primeira, segunda e terceira partes do modelo.

As ações ligadas às características da qualidade a serem melhoradas foram estabelecidas com base no conceito de qualidade verificado junto aos clientes de cada hospital onde a pesquisa foi desenvolvida, sendo denominadas etapas do modelo. As melhorias *on-line* compreendem as seguintes etapas: conferir conforto para o ato de alimentar-se, gerar a prática de atitudes de cortesia no atendimento e motivar cuidado com a apresentação pessoal do funcionário que serve o paciente.

As melhorias *in-line* são compostas pelas etapas ajustar a temperatura de alimentos da cadeia quente, promover higiene dos alimentos, aprimorar aparência visual da bandeja de refeição e estabelecer variação de preparações e sabor da refeição.

Desenvolver recursos humanos do SND é a proposta da terceira parte do modelo que se refere ao ambiente da qualidade *off-line*, constituindo a única etapa desta parte. Uma visão parcial do modelo está apresentada na figura 8.

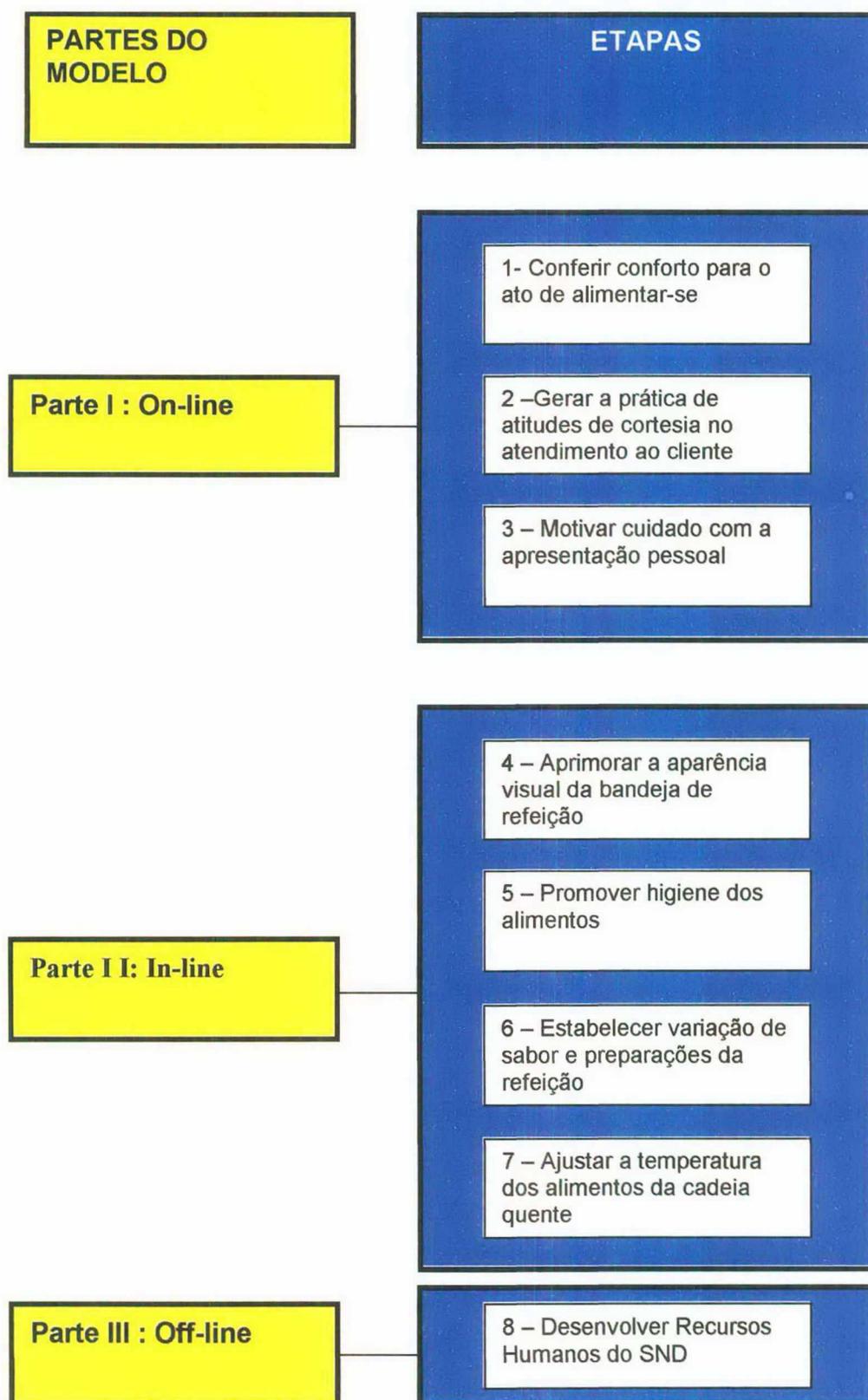


Figura 8: Visão parcial do modelo

A operacionalização do modelo foi realizada, elaborando-se para cada etapa estudada 5 fases principais constituídas de análise da situação inicial, adequação aos conceitos de qualidade do cliente, implantação das melhorias, avaliação da implantação e consolidação. Para cada fase foram determinados os objetivos, resultados esperados e ações a serem cumpridas para alcance dos objetivos, finalizando assim, a estrutura do modelo proposto. Uma visão geral do modelo pode ser observada na figura 9.

A definição dos termos utilizados quanto as características selecionadas seguem as mesmas determinadas por ocasião do suporte prático, com exceção de 2 itens. A primeira, refere-se ao termo cardápio variado, que passou a ser definido como estabelecer variação de preparações, englobando também o sabor por considerar-se que o último está diretamente envolvido na interpretação de adequação do cardápio. A segunda exceção diz respeito ao termo utensílios adequados para alimentar-se, incluídos na etapa A, por entender-se que os utensílios fazem parte do conforto do paciente no momento do ato da alimentação.

Um novo item, referente à qualidade *off-line* foi acrescido: os recursos humanos do Serviço de Nutrição e Dietética. O motivo da escolha de sua inclusão deve-se à constatação, durante a revisão bibliográfica e suporte prático de que “encantar” clientes depende em grande parte da avaliação do mesmo quanto ao atendimento realizado, sendo este, estabelecido num processo de construção que ocorre no cotidiano da qual fazem parte nutricionistas, copeiros, cozinheiros, auxiliares de cozinha, dentre outros profissionais que atuam no setor. Esta equipe suporta todos os processos que ocorrem no serviço, sejam eles referentes ao ambiente da qualidade *on-line* ou *in-line*. Define-se portanto, recursos humanos como os recursos de pessoal que operacionalizam os processos existentes dentro de uma Unidade de Alimentação e Nutrição.

As fases indicadas para cada característica iniciam-se com o diagnóstico, constituído pelo aprofundamento do conhecimento do problema com a finalidade de identificar as necessidades de melhoria. Nesta fase, optou-se pelo método de coleta de dados de pesquisa observacional e entrevistas pessoais para uma melhor percepção da utilização do produto ou serviço pelo consumidor.

A partir das necessidades verificadas na realidade, pesquisada na fase de diagnóstico, segue-se à definição da melhoria e à sua concepção teórica,

estudando-se as alterações de processo necessárias e as formas de viabilização disponíveis, dentro da realidade local, sendo esta fase denominada adequação ao conceito de qualidade do cliente.

A execução da melhoria planejada na fase anterior, refere-se à implantação propriamente dita. A implantação é realizada à partir de um piloto para verificação de problemas ocorridos, procedendo-se às adaptações necessárias, detectadas na fase de avaliação da melhoria.

Após testada e confirmada pela prática, a melhoria passa a ser implantada efetivamente, constituindo a fase de consolidação da melhoria.

O detalhamento do modelo será realizado à seguir, descrevendo-se as fases e etapas para o alcance das características da qualidade selecionadas.

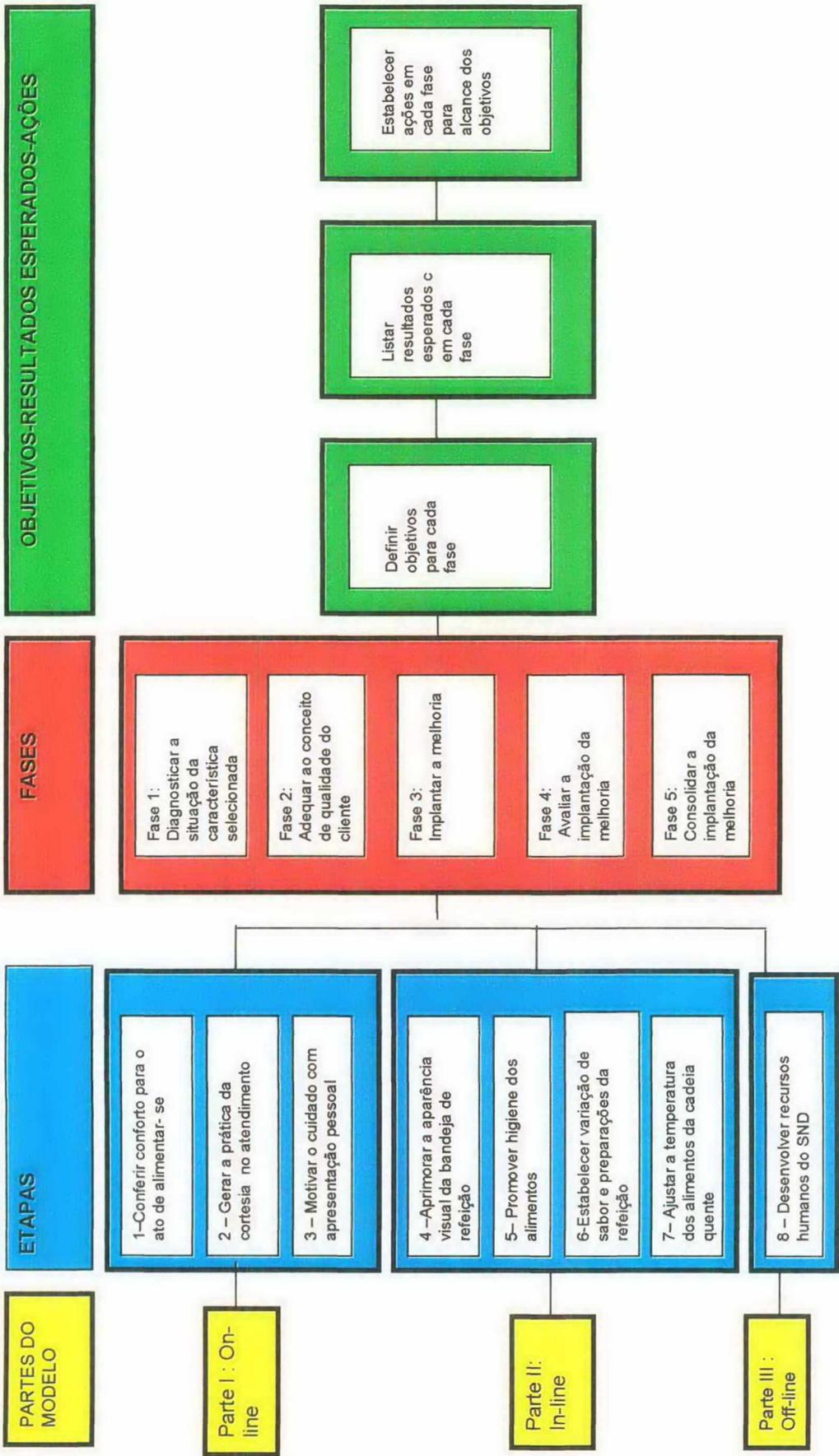


Figura 9: Visão geral do modelo

4.2 Parte I do modelo: Qualidade *on-line*

Iniciou-se a elaboração do modelo pelas características ligadas à qualidade *on-line* para enfatizar o cliente e o seu conceito de qualidade. As ações ligadas às características da qualidade que constituem as etapas são: conferir conforto para o ato de alimentar-se, gerar a prática de atitudes de cortesia e motivar o cuidado com a apresentação pessoal do funcionário que realiza atendimento direto ao cliente final – o paciente.

4.2.1 Etapa 1 – Conferir conforto para o ato de alimentar-se

Os próximos itens irão descrever as fases do modelo referentes à etapa 1. Em cada fase, o objetivo, os resultados esperados e ações para alcance do objetivo, estão detalhados.

4.2.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Objetivo

Analisar condições disponíveis no local da alimentação (quarto ou enfermaria) que favoreçam ou dificultem o ato da alimentação para o paciente.

b) Resultados esperados

Detecção de fatores físicos que desfavorecem a alimentação, relativos à mobília, embalagem, bandeja, talheres dentre outros.

c) Ações

- Observar existência de mobiliário mínimo para alimentação nos quartos: mesas de apoio, cadeiras com mesas;
- Observar no momento da alimentação: conforto do paciente quanto à talheres apropriados para o cardápio apresentado, bandejas de apoio e embalagem;
- Levantar junto ao paciente a opinião sobre o conforto para o momento da alimentação.

4.2.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Objetivo

Estudar soluções adequadas à realidade do local e avaliar custos.

b) Resultados esperados

Obtenção de uma listagem de fatores que interferem no ato da alimentação que devem existir para conforto do paciente, levantar custos e estudar a viabilidade da melhoria.

c) Ações

- Verificar embalagens e utensílios utilizados quanto à resistência e custos;
- Verificar adequação do cardápio à embalagem e talheres utilizados;
- Quando se referir à mobília do quarto/enfermaria, discutir a viabilidade de mudanças junto à instância responsável;
- Realizar estudo de mudanças necessárias para adequação à necessidade dos clientes;
- Realizar estudo de custos se houver a necessidade de aquisição de materiais e mobiliário que seja de responsabilidade do SND;;
- Encaminhar à instância superior, o estudo de custos e benefícios para o cliente para autorização da realização do piloto.

4.2.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Objetivo

Implantar modificações referentes à embalagem, utensílios e mobília em estudo piloto.

b) Resultados esperados

Comprovação da viabilidade de implantação da melhoria na prática.

c) Ações

- Informar os funcionários envolvidos sobre a melhoria a ser implantada;
- Realizar treinamento de pessoal para a melhoria;
- Implantar modificações em caráter de teste;

- Criar instrumentos para monitoramento em cada etapa de implantação.

4.2.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Acompanhar a implantação de modificações em caráter piloto e avaliar a opinião do paciente no momento da alimentação.

b) Resultados esperados

Verificação do resultado das modificações e detecção de fatores que permanecem interferindo no conforto do paciente no momento da alimentação.

c) Ações

- Acompanhar o processo de montagem da bandeja de refeição para monitorar execução da melhoria;
- Observar o paciente no momento da refeição;
- Avaliar a opinião junto ao cliente final quanto ao conforto no momento da alimentação;
- Tabular e analisar dados obtidos sobre a opinião do cliente;
- Listar itens referidos pelos pacientes durante a verificação da opinião sobre o conforto para o ato de alimentar-se;
- Realizar adequações necessárias, detectadas por ocasião da observação e do levantamento dos dados sobre a opinião do cliente;
- Gerar instrumento para monitoramento da implantação.

4.2.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Efetivar a implantação de modificações que confirmam conforto para o ato de alimentar-se.

b) Resultados esperados

Monitoramento da implantação realizada e diagnóstico de novos problemas reiniciando o fluxo adequação, implantação e avaliação.

c) Ações

- Realizar reunião e/ou treinamento com toda a equipe envolvida, expondo os motivos das mudanças e solicitando opiniões quanto ao fluxo proposto;
- Aplicar o instrumento de monitoramento elaborado na fase de avaliação;
- Estabelecer responsáveis pelo monitoramento diário e pela ação corretiva;
- Dar encaminhamento às novas necessidades detectadas através do monitoramento reiniciando o fluxo adequação, implantação e consolidação.

4.2.2 Etapa 2 – Gerar a prática de atitudes de cortesia no atendimento

Os próximos itens irão descrever as fases do modelo referentes à etapa 2. Em cada fase, o objetivo, os resultados esperados e ações para alcance do objetivo, estão detalhados.

4.2.2.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da cortesia no atendimento

a) Objetivo

Avaliar forma de contato entre o funcionário da copa e o cliente.

b) Resultados esperados

Obtenção de uma listagem de atitudes consideradas de cortesia no atendimento, sob o ponto de vista do paciente, e a prática diária dos funcionários da copa.

c) Ações

- Verificar a opinião do funcionário sobre as atitudes que demonstram cortesia, perguntando: “na sua opinião o que uma copeira pode fazer para demonstrar gentileza para com o cliente?”;
- Verificar junto ao cliente quais as atitudes percebidas como cortesia no atendimento, utilizando-se da mesma pergunta;

- Acompanhar o contato entre funcionários da copa e cliente durante as refeições;

4.2.2.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Objetivo

Comparar atitudes de cortesia esperadas pelo paciente com as obtidas junto aos funcionários que servem o paciente e viabilizar a sua prática.

b) Resultados esperados

Disponibilização de informações para o funcionário de copa sobre a importância de atitudes de cortesia no atendimento ao enfermo.

c) Ações

- Listar as atitudes que o paciente espera da funcionária de copa que o serve
- Listar as atitudes que as copeiras relataram em entrevista;
- Verificar se as atitudes que as copeiras relataram são praticadas pelas mesmas, através de observação;
- Verificar quais os fatores que exercem influências para que todas as atitudes enumeradas no levantamento realizado sejam praticadas;
- Estimular a prática de atitudes de cortesia através da elaboração de um programa de treinamento adequado à realidade local, enumerando situações do cotidiano do funcionário que entra em contato direto com o paciente, para utilização durante o treinamento;
- Planejar o treinamento quanto à horários, local, recursos necessários;
- Minimizar e/ou eliminar fatores que contribuem para ausência da prática de atitudes de cortesia.

4.2.2.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Objetivo

Sensibilizar os funcionários que servem a alimentação sobre a importância de atitudes que demonstrem cortesia, possibilitando assim, a sua prática diária.

b) Resultados esperados

Criação de uma imagem positiva do serviço de nutrição hospitalar através da cortesia do funcionário que tem contato direto com o paciente.

c) Ações

- Apresentar aos funcionários do SND a comparação entre a listagem de atitudes que demonstram cortesia sob o ponto de vista do paciente e da equipe, discutindo fatores que favorecem ou dificultam a sua prática;
- Realizar treinamento com utilização de técnicas como dinâmicas de grupo, dramatização, para que seja compreendida a importância da prática de atitudes de cortesia no atendimento;
- Acompanhar cada funcionário no momento do atendimento para um trabalho individual de treinamento em serviço.

4.2.2.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Realizar pesquisa de opinião junto ao cliente final sobre a cortesia dos funcionários da copa durante o atendimento.

b) Resultados esperados

Avaliação da prática de atitudes que demonstram cortesia no atendimento.

c) Ações

- Elaborar uma ficha para monitoramento da prática efetiva das atitudes de cortesia por parte de cada funcionário;
- Acompanhar o contato entre funcionários da copa e clientes, aplicando o instrumento de monitoramento, durante 2 dias;

- Verificar junto ao cliente a sua opinião quanto às atitudes dos funcionários da copa no atendimento;
- Analisar resultados da aplicação desta ficha;
- Listar pontos falhos ou atitudes que não estão sendo praticadas;
- Conversar individualmente com o funcionário;
- Adaptar a ficha de monitoramento aplicada.

4.2.2.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Garantir a continuidade da prática de atitudes de cortesia.

b) Resultados esperados

Continuidade da prática de atitudes de cortesia no atendimento e diagnóstico de novos problemas que levem ao reinício do processo adequação, implantação e avaliação.

c) Ações

- Apresentar em reunião, os dados sobre a opinião do cliente, discutindo soluções e/ou estimulando a prática através de elogio e reconhecimento por parte da chefia para com os funcionários que praticam as atitudes de cortesia;
- Estabelecer periodicidade e responsabilidade pela aplicação da ficha e monitoramento diário;
- Criar um sistema de valorização do funcionário que se destaca pelos elogios recebidos dos pacientes, verbalmente ou por escrito.

4.2.3 Etapa 3 – Motivar o cuidado com apresentação pessoal

Os próximos itens irão descrever as fases do modelo referentes à etapa 3. Em cada fase, o objetivo, os resultados esperados e ações para alcance do objetivo, estão detalhados.

4.2.3.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Objetivo

Observar a apresentação pessoal dos funcionários da copa no momento de servir o alimento.

b) Resultados esperados

Deteção de problemas relacionados à aparência, uniforme e higiene pessoal dos funcionários de copa.

c) Ações

- Avaliar aparência dos uniformes quanto aos itens obrigatórios para o manipulador de alimentos (gorro, roupa, calçado);
- Supervisionar o funcionário quanto à aspectos de higiene pessoal e de cabelos totalmente cobertos, maquiagem mínima, retirada de adereços (anéis, brincos), barba dentre outros;
- Avaliar a aparência do funcionário no momento em que serve o paciente (sudorese, odor);
- Verificar o conhecimento dos funcionários sobre a influência de sua apresentação pessoal no atendimento ao cliente, através de entrevista.

4.2.3.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Objetivo

Analisar quais os fatores que possibilitarão melhoria da apresentação pessoal dos funcionários.

b) Resultados esperados

Estabelecimento de um padrão de uniforme e higiene de funcionários que servem a refeição, buscando soluções para problemas que interferem na apresentação pessoal.

c) Ações

- Verificar uniformização completa e periodicidade de fornecimento de uniformes para troca;

- Verificar necessidade de adequação de modelos de uniforme e acessórios;
- Avaliar custos da modificação;
- Encaminhar à direção administrativa para aprovação;
- Elaborar uma listagem de normas de apresentação do pessoal do SND, adequados à realidade local, apresentando-os em reunião de funcionários;
- Elaborar ficha para monitoramento da apresentação pessoal.

4.2.3.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Objetivo

Determinar normas para apresentação pessoal e viabilizar acesso aos uniformes para que o funcionário apresente-se de acordo com estas normas.

b) Resultados esperados

Proporcionar uma imagem positiva do serviço de nutrição hospitalar através da higiene e apresentação pessoal do funcionário que serve a alimentação.

c) Ações

- Realizar reunião de pessoal para reforço de normas de apresentação do pessoal do serviço de nutrição explicando a importância desta para o serviço;
- Estabelecer modelo de uniforme, acessórios e periodicidade de troca após aprovação da Direção Administrativa;
- Aplicar ficha para monitoramento da apresentação pessoal e verificar sua adequação.

4.2.3.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Avaliar a higiene e cuidados na apresentação pessoal dos funcionários que servem a refeição e opinião do cliente.

b) Resultados esperados

Verificação da adesão dos funcionários às normas propostas e de fatores que interferem na sua completa adesão.

c) Ações

- Verificar seguimento de determinações sobre a apresentação pessoal e estabelecer estratégia de ação corretiva;
- Conversar separadamente com funcionários que apresentaram problemas sobre a importância de modificações quanto a este aspecto e fatores que dificultam a modificação, contribuindo para torná-la viável;
- Apresentar aos funcionários, os resultados do levantamento de dados sobre a opinião do cliente.

4.2.3.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Garantir a continuidade de cumprimento de normas de apresentação pessoal padronizadas.

b) Resultados esperados

Aparência agradável de funcionários que servem a refeição e diagnóstico de novos problemas que levem ao reinício do processo adequação, implantação e avaliação.

c) Ações

- Elaborar arquivos com observações sobre o aspecto apresentação pessoal, para cada funcionário, com um sistema de valorização do funcionário que se destaca pelos elogios recebidos dos pacientes verbalmente ou por escrito, em reunião;
- Estabelecer periodicidade de treinamento para compreensão do funcionário sobre a importância de sua apresentação pessoal;
- Estabelecer periodicidade de aplicação da ficha de monitoramento da apresentação pessoal;

- Estabelecer periodicidade da aplicação do questionário para levantamento de dados sobre a opinião do cliente.

4.3 Parte II do modelo: Qualidade *in-line*

A parte II do modelo, apresenta as características ligadas à qualidade *in-line*. As ações ligadas às características da qualidade que constituem as etapas são: aprimorar a aparência visual da bandeja de refeição, promover higiene dos alimentos, estabelecer variação de sabor e preparações da refeição e ajustar a temperatura dos alimentos da cadeia quente.

4.3.1 Etapa 4 – Aprimorar a aparência visual da bandeja de refeição

Os próximos itens irão descrever as fases do modelo referentes à etapa 4. Em cada fase, o objetivo, os resultados esperados e ações para alcance do objetivo, estão detalhados.

4.3.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Objetivo

Analisar a aparência visual da bandeja de refeição.

b) Resultados esperados

Deteção de elementos que estão interferindo na apresentação de uma refeição atraente para o cliente.

c) Ações

- Observar disposição dos utensílios na bandeja, cores, cortes, texturas e decoração das preparações em cada refeição;
- Observar apresentação da embalagem do alimento;
- Verificar através de entrevista junto ao paciente, quais os fatores mais citados pelo cliente como fatores que prejudicam a aparência visual.

4.3.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Objetivo

Enumerar modificações necessárias e estratégias para implantação de melhorias na aparência visual da bandeja de refeição.

b) Resultados esperados

Obtenção de informações para padronização de montagem de bandejas de refeição e da disposição dos alimentos nas embalagens.

c) Ações

- Listar as modificações a serem realizadas segundo o resultado do diagnóstico: disposição de louças e utensílios, embalagens dos alimentos, cores, decoração dentre outros. Elaborar fluxo de modificações;
- Registrar a padronização em manual ilustrado;
- Estudar custo das modificações;
- Obter autorização da instância superior para modificações que exijam aquisição de novos materiais.

4.3.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Objetivo

Padronizar a apresentação da bandeja de refeição de acordo com os resultados das ações estabelecidas por ocasião da fase 2.

b) Resultados esperados

Apresentação de uma bandeja atraente visualmente, para o paciente, em todas as refeições.

c) Ações

- Elaborar um material ilustrado com a disposição de louças, utensílios e embalagens;
- Apresentar o material elaborado durante reunião e/ou treinamento com a equipe envolvida, expondo motivos da mudança e solicitando opiniões quanto ao fluxo proposto;

- Treinar pessoal para montagem de bandejas;
- Modificar cardápio introduzindo melhorias em relação à cores e decoração do cardápio;
- Supervisionar cada etapa do processo de preparo da bandeja.

4.3.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Avaliar o processo de elaboração da bandeja e o impacto da modificação junto ao cliente final.

b) Resultados esperados

Deteção da necessidade de inclusão, exclusão, ou de maior detalhamento na padronização de montagem de bandejas implantada, com base em informações do cliente.

c) Ações

- Acompanhar o fluxo de montagem da bandeja de refeição anotando problemas relacionados à materiais, equipamentos e pessoal;
- Realizar pesquisa junto ao paciente quanto à relação da aparência visual atual da bandeja de refeição, com o apetite.

4.3.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Sistematizar e padronizar o visual final da bandeja de refeição.

b) Resultados esperados

Estabelecimento de uma aparência visual da bandeja de refeição que seja agradável ao paciente e diagnóstico de novos problemas que levem ao reinício do processo adequação, implantação e avaliação.

c) Ações

- Elaborar fichas para controle de supervisão incluindo fluxo e disposição de utensílios e embalagens na bandeja;
- Utilizar os dados obtidos através da implantação desta ficha na elaboração de relatórios mensais que devem listar problemas humanos, de equipamento ou problemas administrativos que interferiram no processo;
- Elaborar arquivos sobre a opinião do cliente final através das pesquisas periódicas realizadas;
- Estabelecer periodicidade de aplicação das fichas para supervisão e do levantamento de dados sobre a opinião do cliente.

4.3.2 Etapa 5 – Promover higiene dos alimentos

De maneira idêntica às etapas anteriores, os próximos itens irão descrever as fases do modelo referentes à etapa 5. Em cada fase, o objetivo, os resultados esperados e ações para alcance dos objetivo, estão detalhados.

4.3.2.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Objetivo

Levantamento de dados sobre etapas do processo que podem causar o aparecimento de elementos estranhos (cabelos, larvas, sujidades) nas refeições servidas.

b) Resultados esperados

Identificação de pontos de perigo e verificação da probabilidade de ocorrência de elementos estranhos na refeição.

c) Ações

- Observar funcionários no momento da execução do processo;
- Determinar o que falta ser praticado ou a necessidade de modificação de procedimento para garantir a ausência de elementos estranhos nas refeições servidas dentro dos processos de pré-preparo, preparo, distribuição;

- Discutir itens com os funcionários.

4.3.2.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Objetivo

Estabelecer boas práticas de fabricação que evitem o aparecimento de elementos estranhos na refeição servida.

b) Resultados esperados

Elaboração de uma listagem de boas práticas de fabricação aplicáveis à realidade local.

c) Ações

- Listar ações corretivas ou modificações de fluxo necessárias, considerando a opinião dos funcionários;
- Verificar a existência de especificações quanto aos procedimentos no Manual de Boas Práticas do SND. Em caso de inexistência do item necessário, proceder à sua inclusão;
- Listar controles necessários (temperatura, armazenamento, supervisão, controle de tempo de exposição);
- Verificar disponibilidade de pessoal e de material para modificações.

4.3.2.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Objetivo

Habilitar manipuladores à prática de procedimentos que evitem o aparecimento de corpos estranhos.

b) Resultados esperados

Maior atenção aos cuidados necessários para evitar presença de substâncias estranhas através da determinação de boas práticas de fabricação.

c) Ações

- Adquirir materiais necessários à melhoria proposta;

- Realizar reunião com os funcionários envolvidos discutindo a importância do cumprimento das boas práticas de fabricação para o cliente;
- Elaborar e executar o programa de treinamento em serviço;
- Supervisionar a implantação através de ficha que contenha os procedimentos que devem ser praticados, segundo o Manual de Boas Práticas.

4.3.2.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Avaliar a eficácia do controle implantado

b) Resultados esperados

Deteção de falhas e de necessidade de adequação de etapas do processo implantado.

d) Ações

- Verificar resultados da prática dos procedimentos, nas fichas de controle;
- Realizar pesquisa de opinião junto aos pacientes sobre a higiene dos alimentos que compõem o cardápio.
- Realizar ações corretivas junto à cada funcionário;
- Apresentar o resultado da pesquisa de opinião aos funcionários, em reunião, visando obter comprometimento no processo.

4.3.2.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Estabelecer e implementar o monitoramento para garantia de continuidade de fluxos de funcionamento propostos.

b) Resultados esperados

Monitoramento da higiene dos alimentos e diagnóstico de novos problemas que levem ao reinício do processo adequação, implantação e avaliação.

c) Ações

- Elaborar impressos de controle;
- Elaborar arquivos que possibilitem análise da evolução da opinião do cliente final nas pesquisas periódicas realizadas com relação à este item.
- Estabelecer periodicidade de levantamento de dados sobre a opinião do cliente;
- Estabelecer periodicidade de aplicação da ficha de monitoramento da prática do procedimento implantado.

4.3.3 Etapa 6 – Estabelecer variação de preparações e sabor da refeição

As fases do modelo referentes à etapa 6 estão descritos abaixo. Em cada fase, o objetivo, os resultados esperados e ações para alcance do objetivo, estão detalhados.

4.3.3.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Objetivo

Analisar aceitação do cardápio padronizado.

b) Resultados esperados

Obtenção de uma listagem de preparações do cardápio de baixa aceitação e os motivos da má aceitação.

c) Ações

- Determinar tipo de dieta a ser considerado para fins de diagnóstico;
- Pesquisar a quantidade *per capita* de cada preparação servida na refeição em questão;
- Multiplicar pela quantidade de refeições servidas;
- Acompanhar o recolhimento de refeições;

- Para os casos em que não houve aceitação da totalidade da refeição, verificar junto ao paciente o motivo desta através de perguntas abertas, e marcar na ficha;
- Pesquisar os restos da bandeja de cada preparação servida;
- Fazer o cálculo do percentual de aceitação da refeição;
- Listar motivos da má aceitação, por preparação.

4.3.3.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Objetivo

Reorganizar o cardápio com base nos resultados obtidos no diagnóstico.

b) Resultados esperados

Maximização da aceitação do cardápio.

c) Ações

- Verificar possibilidade de inclusão de outras preparações baseando-se na viabilidade de aquisição dos componentes da receita;
- Elaborar receituário com determinação de quantidades *per capita* de cada ingrediente;
- Listar procedimentos de preparo com a participação do cozinheiro-chefe e das cozinheiras, realizando avaliação de sabor, cor, aroma, textura;
- Testar receitas e adequar segundo o resultado da avaliação.

4.3.3.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Objetivo

Implantar modificações no cardápio, substituindo preparações de baixa aceitação, utilizando uma unidade de internação para efeito de projeto piloto.

b) Resultados esperados

Aumento do percentual de aceitação do cardápio e redução de restos alimentares nas bandejas.

c) Ações

- Treinar cozinheiras para o preparo de novas receitas;
- Disponibilizar ingredientes para o preparo;
- Realizar avaliação sensorial diária, para verificação do atendimento de especificações verificadas por ocasião da avaliação sensorial dos testes por preparação, com ajustes necessários no receituário.

4.3.3.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Avaliar a aceitação do novo cardápio proposto.

b) Resultados esperados

Verificação de fatores que interferiram na aceitação do cardápio implantado.

c) Ações

- realizar procedimentos de pesagem de restos com metodologia idêntica à apresentada na fase 1;
- analisar os dados obtidos ;
- realizar adequações necessárias segundo a opinião do cliente;
- estabelecer cardápio com base nas informações obtidas.

4.3.3.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Implantar as modificações para todas as unidades de internação.

b) Resultados esperados

Maximização da adequação do cardápio para o cliente, aumento da aceitação pelo paciente e diagnóstico de novos problemas que levem ao reinício do processo adequação, implantação e avaliação.

c) Ações

- Realizar avaliação sensorial diária, sendo esta, de responsabilidade do nutricionista, cozinheiro-chefe e cozinheiros;
- Verificar a adequação ao receituário padronizado;
- Realizar periodicamente o levantamento de dados sobre a aceitação das preparações da refeição;
- Elaborar arquivos sobre a opinião do cliente final;
- Adequar cardápio periodicamente, de acordo com os dados obtidos junto ao cliente.

4.3.4 Etapa 7 – Ajustar a temperatura dos alimentos da cadeia quente

Em cada fase da etapa 7, o objetivo, os resultados esperados e ações para alcance do objetivo, estão detalhados.

4.3.4.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Objetivo

Avaliar todos os fatores que interferem na chegada do alimento da cadeia quente, em temperatura adequada.

b) Resultados esperados

Detecção de fatores que estão interferindo no ajuste da temperatura de chegada dos alimentos da cadeia quente até o cliente.

c) Ações

- Análise do processo atual de distribuição de refeições(uso de elevador, carros térmicos ou não térmicos, tempo gasto para distribuição);
- Análise da temperatura do alimento desde saída do fogão até chegar ao paciente;
- Análise de condições de manutenção da temperatura da embalagem da refeição;

- Identificar o momento em que ocorre a perda de temperatura, com base nos dados obtidos.

4.3.4.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Objetivo

Eleger modificações necessárias, recursos e estratégias para sua implantação.

b) Resultados esperados

Elaboração de uma proposta de fluxo modificado, com avaliação de custos e de necessidade de treinamento de pessoal envolvido.

c) Ações

- Revisar fluxo de distribuição, buscando soluções para momentos em que ocorrem perdas de temperatura;
- Listar equipamentos /utensílios/embalagens necessários para aumento ou manutenção da temperatura;
- Verificar os itens existentes no serviço e a necessidade de aquisição de instrumentos que viabilizem a implantação das soluções propostas;
- Avaliar custo da melhoria e apresentar à instância superior para obter autorização de implantação;
- Avaliar fluxo e adequação de área física para a melhoria;
- Elaborar um programa de treinamento para funcionárias envolvidas no processo.

4.3.4.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Objetivo

Elaborar cronograma e realizar a implementação em etapas.

b) Resultados esperados

Chegada do alimento em temperatura adequada para o cliente final com treinamento e envolvimento da equipe .

c) Ações

- Aquisição de materiais e equipamentos necessários;
- Reunião da equipe envolvida na mudança para apresentação e discussão dos motivos das alterações a serem implementadas e do cronograma;
- Implantação de cada etapa, com treinamento em serviço.

4.3.4.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Avaliar a eficácia da melhoria através de levantamento de dados junto ao cliente.

b) Resultados esperados

Deteção de falhas e necessidade de ações corretivas no processo.

c) Ações

- Acompanhamento de cada momento do processo, anotando problemas no fluxo, relacionados aos materiais, equipamentos e à pessoal;
- Realizar levantamento de dados sobre a opinião do cliente;
- Listar resultados obtidos no levantamento de dados.

4.3.4.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Implantar efetivamente ações para ajuste da temperatura de alimentos da cadeia quente.

b) Resultados esperados

Maximização do ajuste da temperatura de alimentos da cadeia quente e diagnóstico de novos problemas que levem ao reinício do processo adequação, implantação e realimentação

c) Ações

- Elaborar impressos de controle da temperatura nas várias etapas do processo;

- Elaborar gráficos de controle com os dados obtidos através do preenchimento dos impressos;
- Estabelecer periodicidade da coleta de dados sobre a opinião do cliente final quanto à temperatura.

4.4 Parte III do modelo: Qualidade *off-line*

4.4.1 Etapa 8 – Desenvolver recursos humanos do SND

Os próximos itens irão descrever as fases do modelo referentes à etapa 8. Assim como nos itens anteriores, em cada fase, o objetivo, os resultados esperados e ações para alcance do objetivo, estão detalhados.

4.4.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Objetivo

Verificar os processos relativos à contratação, treinamento e avaliação de funcionários.

b) Resultados esperados

Constatação do fluxo de contratação, capacitação e avaliação de pessoal praticado pelo setor de Recursos Humanos do hospital.

c) Ações

- Verificar listagem de funções dos funcionários;
- Verificar especificação de critérios para contratação de funcionários;
- Verificar sistema inicial de treinamento geral do hospital (Reunião de Indução);
- Verificar sistema de avaliação de funcionários;
- Verificar sistema de treinamento de funcionários.

4.4.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Objetivo

Listar modificações necessárias no processo de contratação, treinamento e de avaliação de funcionários, estudando a viabilidade de implantação das melhorias propostas.

b) Resultados esperados

Obtenção de uma listagem de melhorias quanto à contratação, treinamento e avaliação, adequados à realidade local.

c) Ações

- Baseando-se na descrição de funções, determinar conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para cada cargo;
- Listar junto aos nutricionistas, o conteúdo necessário para o treinamento anterior ao início do desempenho das funções;
- Elaborar montar um plano de treinamento priorizando aspectos práticos;
- Determinar em conjunto com o nutricionista os indicadores de desempenho do trabalho realizado, para cada função;
- Baseando-se nos indicadores de desempenho para cada função elaborar um *check-list*, gerando um instrumento formal de diálogo entre a chefia e funcionários sobre o desenvolvimento de suas funções.

4.4.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Objetivo

Aplicar o instrumento de avaliação e o treinamento inicial proposto para uma amostra de funcionários e estabelecer o perfil de cargo.

b) Resultados esperados

Detecção de adaptações necessárias no instrumento e treinamento propostos.

c) Ações

- Realizar um piloto quanto ao treinamento inicial;

- Aplicar o instrumento de avaliação do desenvolvimento proposto para uma amostra de funcionários;
- Estabelecer o perfil de cargo, contendo conhecimentos, habilidades, atitudes e indicadores de desempenho para cada cargo.

4.4.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Validar o instrumento de avaliação do desenvolvimento do funcionário, o perfil de cargo e o sistema de treinamento inicial proposto junto à chefia do setor de Recursos Humanos e da UAN.

b) Resultados esperados

Avaliação do sistema proposto e concretização de ajustes necessários.

c) Ações

- Solicitar avaliação qualitativa do nutricionista que aplicou os instrumentos propostos;
- Solicitar avaliação qualitativa da chefia de Recursos Humanos da instituição e chefia da UAN quanto aos sistemas de contratação, treinamento e avaliação propostos;
- Ajustar instrumentos e sistemas propostos segundo resultados das avaliações realizadas.

4.4.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Objetivo

Aplicar o sistema de avaliação do desenvolvimento e o treinamento proposto em 100% dos funcionários e considerar o perfil de cargo na contratação dos novos funcionários.

b) Resultados esperados

Maior eficácia no processo de contratação e qualificação de funcionários para o serviço, além do aumento da motivação de funcionários para melhoria através de um sistema periódico de avaliação do desenvolvimento.

c) Ações

- Sistematizar o treinamento e executar o mesmo;
- Aplicar o sistema de avaliação em 100% dos funcionários;
- Utilizar efetivamente a ficha do perfil de cargo no processo de novas contratações;
- Acompanhar a UAN em conjunto com o setor de Recursos Humanos quanto à redução de problemas de desempenho de funcionários após aplicação da ficha de avaliação do desenvolvimento e do treinamento.

5 IMPLANTAÇÃO EXPERIMENTAL E ANÁLISE DO MODELO

Este capítulo apresenta as organizações selecionadas e a descrição da implantação experimental seguindo o modelo elaborado no capítulo anterior. Na seqüência, são apresentadas as melhorias obtidas com a implantação realizada, finalizando-se com a análise da consistência da mesma.

5.1 Seleção das organizações para implantação experimental

O hospital A foi escolhido para implantação do modelo pelo interesse apresentado na implantação experimental e pela fase de reestruturação interna intensa favorecida pela mudança da política administrativa e pela busca das certificações ISO9001:2000 e Acreditação Hospitalar. A carta de solicitação da implantação experimental com a autorização do Gerente Administrativo está apresentada no anexo A.

Dentre as oito etapas do modelo, foram eleitas seis, juntamente com as nutricionistas do serviço de nutrição do hospital A, tendo como critério a realidade atual do serviço e a prioridade de implantação de cada etapa selecionada.

5.2 Descrição da implantação experimental e avaliação do modelo no Hospital A

O modelo foi implantado no Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. As características do hospital bem como suas estruturas organizacionais estão apresentadas no capítulo 3.

Segundo o resultado do conceito de qualidade em refeições hospitalares, apresentado no Suporte Prático (capítulo 3), foram eleitas as seguintes características para implantação do modelo: da primeira parte do modelo – *on-line*, foram executadas as etapas conferir conforto para o ato de alimentar-se, gerar a prática da cortesia no atendimento e motivar o cuidado com a apresentação pessoal;

da segunda parte do modelo – *in-line* – foram aplicadas as etapas “aprimorar a aparência visual da bandeja de refeição” e “ajustar a temperatura de alimentos da cadeia quente”; a terceira parte do modelo *off-line* esteve representada pela etapa “desenvolver recursos humanos do SND”.

A implantação experimental foi direcionada para pacientes internados em enfermarias por constituírem a maior parcela da clientela internada no hospital e pela urgência de modificações referentes aos mesmos.

5.3 Implantação experimental do modelo

A aplicação do modelo para cada característica selecionada, bem como os motivos para impossibilidade de aplicação das etapas “promover higiene dos alimentos” e “estabelecer variação e sabor de preparações da refeição”, estão descritos a seguir.

5.3.1 Parte I do modelo: Qualidade *on-line*

As etapas 1 à 3 descritas a seguir, referem-se à parte I do modelo cujas ações ligadas às características da qualidade são: conferir conforto para o ato de alimentar-se, gerar a prática de atitudes de cortesia e motivar o cuidado com a apresentação pessoal do funcionário que realiza atendimento ao paciente.

5.3.1.1 Etapa 1 – Conferir conforto para o ato de alimentar-se

A descrição dos dados resultantes da implantação experimental foi organizada dentro dos itens ações efetivadas, resultados obtidos e objetivos alcançados, tomando-se como base os objetivos, resultados e ações propostos no modelo.

5.3.1.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Ações Efetivadas

- 1- Acompanhamento da distribuição do almoço e do jantar de enfermarias durante 3 dias para observação dos fatores físicos que desfavorecem a alimentação.

Os pacientes eram servidos em pratos de louça tampados com um prato de sobremesa, colheres de sopa de inox e salada porcionada no mesmo prato, sem utilização de bandejas.

Neste sistema, o paciente recebia o prato, colocava - o sobre o colo forrado de toalhas, cobertores ou com o travesseiro devido o calor do prato, ou virava-se para o armário lateral, que é baixo em relação à cama.

Na ocasião do início do estudo, os nutricionistas haviam decidido modificar o sistema para o uso de descartáveis na sua totalidade, visando alcançar a qualidade higiênica, portanto, este estudo iniciou-se na fase de implantação de embalagens de alumínio descartável, copos com tampa para saladas e sobremesas e colher igualmente descartável.



Figura 10: Paciente internado em enfermaria no momento da ingestão do almoço



Figura 11: Paciente internado em enfermaria no momento da ingestão do almoço

Como se observou que não havia mesas de apoio para todos os pacientes, foi realizada uma contagem do total dentre todas as enfermarias, constatando-se a existência de 47 mesas de apoio para os 210 leitos de enfermarias existentes no hospital. Segundo informações da enfermagem, a prática adotada é a de ceder a mesa de apoio para refeições de pacientes com dificuldade para sentar-se na cama.

2- Entrevista com os pacientes quanto ao conforto no momento da alimentação.

A inadequação do tamanho da carne para ingestão com uso da colher descartável foi relatada pelo paciente através das afirmações "... além do que o pedaço de carne é grande demais..." (enfermaria A) ou "A carne vem em pedaços muito grandes, temos que pegar com a mão para conseguir comer." (enfermaria B) e "... ah a carne é grande, não dá para cortar com a colher" (enfermaria C).

A falta de mesas para refeições foi relatada pelos pacientes ao citarem que " Para comer tem que ser na mesa!..." (enfermaria A) e "Em outros quartos (apartamentos) existem mesas de apoio o que é ideal para que possa comer bem". (enfermaria D) e "Quando eu internei em outro hospital eles tinham mesas reguláveis (mesas de apoio) o que aqui seria ótimo, não só para mim mas para pessoas que estão com uma doença mais séria e não conseguem se sentar para comer".

(enfermaria E). Ressalta-se que apesar da existência de 47 mesas de apoio nos quartos, verificou-se que alguns pacientes sentem a necessidade de existência das mesmas para a totalidade dos pacientes.

Os problemas relacionados à embalagem de alumínio descartável de material flexível e do aquecimento das mãos pela falta da mesa de apoio, poderia, segundo sugestão de um paciente ser atenuado com "... uma bandeja para apoiar" (enfermaria B).

Constatou-se que o uso da colher para alimentação, apesar de tido como adequado nos hospitais no sentido de evitar acidentes, não constitui o hábito do cotidiano do paciente, o que foi referido através das afirmações: "Eu me sinto estranho comendo sem o garfo e faca, é como sair sem roupa... (enfermaria E) e "... mas poderia vir com garfo e faca. " (enfermaria C e D). O detalhamento das observações e entrevistas realizadas estão apresentadas no apêndice F.

b) Resultados das Ações

Os fatores físicos que desfavorecem a alimentação de pacientes de enfermaria atualmente são:

- uso de colher descartável para refeição;
- falta de mesas de apoio para todos os pacientes;
- falta de apoio para embalagem de alumínio descartável;
- falta de adequação do tamanho da carne para uso de colher para alimentação.

c) Objetivos Alcançados

Foram diagnosticados 4 itens como fatores que interferem no conforto do paciente e que influenciam no ato da alimentação.

5.3.1.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Ações Efetivadas

1- Adequação do corte de carnes e outros componentes do cardápio para uso de colheres descartáveis:

Observou-se o cardápio preparado durante 5 dias, havendo registro de alimentos que não permitiam ingestão com colher. Todas as preparações encontravam-se cortadas em pedaços pequenos e tinham consistência que permitiam a ingestão com colher, com exceção da carne, como o relatado pelos pacientes nas entrevistas. A partir dos resultados da observação, foi elaborada uma listagem de cuidados no preparo a serem seguidos, explicando-se à chefe de cozinha os procedimentos necessários. O detalhamento das observações realizadas e dos cuidados orientados estão apresentados no apêndice G.

2- Adequação quanto ao apoio para alimentação:

Foi verificada junto à nutricionista, a possibilidade de utilização de bandejas de apoio para alimentação, visando a redução do problema de contato com o embalagem de alumínio descartável quente e não firme. Definiu-se pela realização de um piloto para a utilização de bandejas, seguindo a sugestão de um dos pacientes entrevistados, antes de encaminhar à direção do hospital a solicitação de aquisição de mesas de apoio nas enfermarias. Como a modificação envolveria a utilização de carros de transporte até os setores com capacidade para as bandejas, um modelo de carro de transporte de alimentos, com bandejas acopláveis foi obtido para teste. O dados utilizados para cálculo dos custos e sua metodologia estão apresentados apêndice H. Uma síntese dos cálculos realizados tendo como referência o mês de julho de 2002 está apresentada abaixo:

A. Custo do uso do sistema de descartáveis

Obteve-se o custo de todos os descartáveis junto à nutricionista coordenadora do serviço. O cálculo foi realizado tendo como base o mês de julho de 2002, quando foi introduzido o sistema. Após somatória dos valores gastos por paciente, multiplicou-se pelo total de 5775 refeições servidas naquele mês.

Quadro 1: Custo no Sistema de descartáveis – almoço Mês: julho 2002

Produto	Custo (R\$)
Pote para salada R\$62,20 (1000 un)	0,0622
Tampa para salada R\$47,20 (1000 un)	0,0472
Pote para sobremesa R\$34,00 (1000 un)	0,034
Tampa para sobremesa R\$56,10 (1000un)	0,0561
Colher R\$19,40 (1000 un)	0,0194
Embalagem de alumínio descartável nº 8 R\$10,59 (100 un)	0,1059
São plástico para talheres R\$3,21 (1000 un)	0,00321
Guardanapo R\$0,20 pacote com 50)	0,004
Custo total descartáveis por paciente	R\$0,33201
Custo mensal –5775 refeições	R\$1917,36

NOTA: Retirada de 2 funcionárias em virtude da redução do tempo gasto com higienização – Menos R\$917,30.

Custo mensal final R\$1000,00

B. Custo da inclusão de bandejas de apoio ao sistema de descartáveis

Como o valor gasto para higienização de pratos foi obtido a partir do processo de higienização de 2 pratos e 1 colher, a divisão simples por 3 resultou no custo para higienização de apenas 1 item, no caso, a bandeja de apoio. Este total foi somado ao custo dos descartáveis.

Quadro 2: Custo no Sistema de descartáveis + bandeja de apoio

Produto	Custo (R\$)
1/3 do gasto com higienização de pratos	426,50
Custo dos descartáveis	1000,55
Total descartáveis + bandeja	1427,05

C. Custo do uso do sistema de descartáveis + bandeja de apoio + garfos

O problema que ocorre com os garfos descartáveis de baixo custo é a fragilidade do material, ocasionando quebra com facilidade. Para cálculo do custo, pesquisou-se um garfo descartável de mesa, resistente. Ao custo calculado para o sistema de descartáveis e bandeja de apoio, adicionou-se o total mensal gasto com os garfos se estes fossem incluídos.

Quadro 3: Sistema de descartáveis + bandeja + garfo

Produto	Custo (R\$)
Garfo R\$46,00 (1000un)	0,046
Custo total de garfos	265,65
Total descartáveis + bandeja + garfo	1692,7

A partir do estudo dos custos chegou-se às seguintes conclusões:

- a) A modificação do sistema de pratos para o de descartáveis gerou economia de R\$917,30 representados por 2 funcionárias à menos no serviço;
- b) A inclusão de bandejas de apoio gera aumento de R\$427,05 mensais referentes ao custo para higienização de bandejas, havendo diferença de somente 11,53 % em relação ao que anteriormente era praticado com o uso do sistema de louças e colher e à 42,7% em relação ao sistema atual. O sistema de bandejas de apoio requer envio de bandejas montadas para cada paciente dentro da copa e não haverá qualquer procedimento necessário no corredor, gerando maior segurança em relação à possíveis trocas de dietas durante a distribuição, reduzindo a probabilidade de erro;
- c) A inclusão de bandejas de apoio + garfos descartáveis de mesa gera aumento de R\$692,70 mensais correspondentes à 32,29% em relação ao sistema anterior de louças e 69,27% em relação ao sistema atual;
- d) O benefício para o paciente quanto ao conforto no momento da alimentação e a aproximação da realidade habitual com o uso de garfo representa o custo-benefício da introdução destes 2 últimos itens no sistema.

3- Levantamento do histórico de utilização de colheres para alimentação dos pacientes:

Ao questionar as nutricionistas do local quanto à padronização de colheres descartáveis estas apresentaram a justificativa de que quanto ao custo, haveria aumento significativo com o uso de garfo e faca devido o alto custo de utensílios. Outro motivo relatado foi a facilidade da utilização de colheres para pacientes mais debilitados. Como o objetivo é a padronização de procedimentos em relação à todos os hospitais da Aliança Saúde, haveria maior utilização da colher, já que um dos hospitais é psiquiátrico e o outro um hospital de trauma. O estudo do custo demonstrou que haveria aumento de 69,27% no custo mensal do sistema de

descartáveis com o acréscimo do garfo, pois a colher seria mantida em uso para ingestão da sobremesa.

b) Resultados das ações

Estudo de viabilidade de:

- modificação de cortes de alimentos do cardápio para possibilitar ingestão com colher;
- introdução de bandejas de apoio no almoço;
- introdução de garfos para refeição;

c) Objetivos alcançados

Estudo de soluções para aumento do conforto do paciente no momento da alimentação, de acordo com a realidade do local e avaliação de custos de implantação.

5.3.1.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Ações efetivadas

1 – Orientação para cozinheira chefe quanto à necessidade de modificações no corte de alimentos

Os resultados da observação realizada quanto à necessidade de modificações no corte, principalmente de carnes, foram encaminhados pela nutricionista à cozinheira chefe que ficou responsável pela operacionalização imediata dos itens anotados.

2 - Realização de estudo piloto com bandejas de polietileno

O estudo piloto foi realizado durante 4 semanas no almoço, somente em uma das Unidades de Internação, para pacientes de enfermarias. Inicialmente utilizou-se uma bandeja de tamanho padrão, de material de polietileno, lavável em máquinas industriais de lavar louça.



Figura 12: Bandeja de almoço de tamanho normal

Devido o tamanho exagerado para comportar somente uma embalagem de alumínio e 1 colher descartável, além da sobremesa e salada em copos descartáveis com tampa, ocorria deslizamento, não permitindo fixação pelo paciente. Um teste foi realizado com uma bandeja de tamanho menor igualmente acoplável ao mesmo carro de transporte teste.



Figura 13: Bandeja teste de tamanho reduzido



Figura 14: Conforto do paciente com a utilização de bandeja de refeição reduzida

Observou-se que o uso da bandeja substituiu toalhas e cobertores utilizados anteriormente como apoio. O estudo quanto ao custo da aquisição de bandejas foi encaminhado à Direção Administrativa, obtendo-se aprovação da aquisição.

Apesar da melhoria, constatou-se que o máximo de adequação seria obtido somente com a aquisição de mesas de apoio individuais para todos os pacientes.

3- Introdução de garfos para pacientes

O estudo do custo para introdução de garfos foi encaminhado à Direção Administrativa, obtendo-se autorização para aquisição dos mesmos. O garfo é embalado juntamente com a colher utilizada para a ingestão da sobremesa. Observou-se que devido à inexistência da faca o tamanho do alimento (corte) continuou sendo fator importante no conforto do paciente.

b) Resultados obtidos

- Comprovação da viabilidade da introdução de bandejas de apoio para pacientes;

- Determinação de tamanhos de cortes de carne para possibilitar ingestão sem faca;
- Introdução de garfo para alimentação.

c) Objetivos alcançados

Aumento do conforto do paciente no momento da alimentação.

5.3.1.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

1- Observação do momento da alimentação com uso de bandeja e garfo:

O uso de bandeja de apoio evita o contato da embalagem de alumínio descartável aquecida e o garfo é suficientemente firme pois não houve nenhum caso de quebra de talheres durante a observação realizada. A mesa de apoio continua sendo utilizada somente para pacientes que não têm condições de sentar-se para alimentação.

2- Levantamento de dados sobre a opinião dos pacientes quanto à condição para o ato da alimentação, após a implantação de melhorias:

A amostra foi determinística, selecionando-se pacientes internados em enfermaria pelo Sistema Único de Saúde, em dieta normal ou branda, com mais de dois dias de dieta via oral, sem fatores da doença que interferissem na sua aceitação como febre, diarreia e vômito dentre outros, e estarem aptos a contatar. A entrevista foi realizada durante o almoço dos pacientes sendo composta de perguntas fechadas preenchidas pelo entrevistador por motivos específicos do paciente hospitalizado, já apresentados na metodologia de coleta de dados do suporte prático(capítulo 3).

O detalhamento dos resultados obtidos a partir de 36 pacientes que atenderam à categorização da amostra está apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1: Opinião de clientes quanto ao conforto para o ato da alimentação

Questão	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
A bandeja de apoio traz conforto no momento da alimentação?	32	88,9	4	11,1
Os alimentos são cortados em tamanho que possibilite a utilização da colher e garfo descartáveis?	34	94,5	2	5,5
É confortável comer com talheres descartáveis?	22	61,1	14	38,9
Falta algo para você sentir-se confortável no momento da alimentação?	23	63,9	13	36,1

Observa-se que apesar de 61,1% relatarem conforto com a utilização de garfo e colher descartável para refeição, 63,9% dos pacientes afirmam que não se sentem totalmente confortáveis para o ato da alimentação. Destes, 52,2% destacam a falta da faca, 39,1% consideram necessária a mesa de apoio e 8,7% gostariam de talheres de aço inoxidável.

b) Resultados das ações

- Constatação de que os cortes de alimentos estão em tamanho adequado para utilização de garfo descartável sem faca;
- Constatação de que a bandeja de refeição traz conforto para o ato da alimentação;
- Verificação da necessidade de estudo de viabilidade de introdução de faca para a refeição;
- Confirmação da observação realizada durante a fase de diagnóstico sobre a necessidade de aquisição de mesas de apoio para todos os pacientes internados em enfermarias, para alcance do máximo de adequação.

c) Objetivos alcançados

Avaliação do impacto da implantação de garfos e bandejas de apoio no cliente e diagnóstico de adequações necessárias.

5.3.1.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

1- Acompanhamento do fluxo de montagem de carros isotérmicos de transporte com bandeja e garfo descartável:

Para garantir a introdução de garfo juntamente com colher no plástico descartável para talheres e para verificar fluxo de trabalho e eficácia dos carros isotérmicos de transporte no sentido de acoplar as bandejas, houve acompanhamento do fluxo de montagem dos carros de transporte

2- Introdução de item referente à verificação do tamanho do corte dos alimentos do cardápio no *check list* da chefe de cozinha para posterior inclusão no roteiro de atividades à ser elaborado pela Coordenadora do SND.

3- Discussão com as nutricionistas sobre a viabilidade de introdução de faca descartável e de aquisição de mesa de apoio para leito, nas enfermarias.

As nutricionistas consideraram inviável a introdução da faca, devido o aumento do custo e da necessidade de padronização com o hospital psiquiátrico e de trauma, pertencentes também à Aliança Saúde. Sobre as mesas de apoio afirmaram que a sugestão de aquisição das mesmas e os resultados da pesquisa, seriam encaminhados à diretoria.

b) Resultados das ações

- Constatação da adesão dos funcionários às orientações realizadas pela nutricionista quanto à montagem das bandejas nos carros isotérmicos de transporte.
- Encaminhamento de solicitação de aquisição de mesas de apoio para a Direção Administrativa, aguardando resposta.
- Elaboração de *check-list* quanto à esta etapa visando monitoramento por parte da nutricionista e chefe de cozinha.

c) Objetivos alcançados

Efetivação da introdução de garfo descartável e bandeja de apoio; encaminhamento de solicitação de mesa de apoio, visando melhoria do conforto do paciente para o ato da alimentação.

5.3.1.2 Etapa 2 – Gerar a prática de atitudes de cortesia no atendimento

As ações efetivadas, resultados obtidos e objetivos alcançados, tomando-se como base os objetivos, resultados e ações propostos no modelo estão descritos a seguir.

5.3.1.2.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Ações efetivadas

- 1- Entrevista com todas as copeiras sobre como demonstrar cortesia para com o paciente.

A técnica utilizada foi entrevista, constituída de uma pergunta aberta. O entrevistador procedia à pergunta “ **Na sua opinião o que uma copeira pode fazer para demonstrar gentileza com o paciente?**” enquanto um auxiliar realizava as anotações. Os relatos na íntegra e o formulário de pergunta aberta utilizado, estão apresentados no apêndice I.

Nas respostas apresentadas pelas funcionárias houve em comum, a ênfase às atitudes de cumprimento ao entrar no quarto, sorriso e educação como no caso em que a funcionária relatou “... dar bom dia com um sorriso, ser gentil e nunca estúpida”. Outras funcionárias definiram cortesia como “Tratar bem, não fazer cara feia por causa de mau cheiro do quarto, trocar algumas palavras com o paciente para ele se sentir querido” ou “Estar sorrindo, cumprimentar, ser educada, alegre e não estar de cara feia para os pacientes se sentirem à vontade para conversar e se recuperar bem”, ressaltando a importância da troca de palavras e da fisionomia para demonstrar seu interesse e confortar o paciente. A educação no tratamento foi referida através da afirmação “A copeira deve ser sempre educada”. Além das atitudes acima, a atenção às solicitações foi lembrada pela funcionária que relatou “..., dar atenção quando perguntam alguma coisa”.

- 2- Entrevista com o cliente sobre quais as atitudes percebidas como cortesia no atendimento realizado pelos funcionários da copa:

Foram entrevistados 21 pacientes, sendo 10 internados em apartamentos e 20 internados em enfermarias. A mesma técnica utilizada com as copeiras foi aplicada. As respostas dos entrevistados estão apresentadas no apêndice J.

Verificou-se que houve concordância tanto por parte de pacientes internados em enfermarias quanto para pacientes de apartamentos, sobre as atitudes consideradas de cortesia. Ao citar “Atender bem, atender os pedidos que os pacientes fazem” (apartamento A) e “Para mim elas tem que atender bem os pacientes e devem ser atenciosas”(enfermaria k) ambos valorizam o atendimento às solicitações dos pacientes.

A posição de ajuda foi enfatizada em afirmações como “Devem ser gentis, pois estamos em uma situação na qual precisamos de ajuda”(apartamento C) ou “... não jogar de qualquer jeito em cima da mobília pois as vezes não posso pegar a comida ali em cima, elas tem de perguntar se o paciente quer ajuda, pois eu fico sem jeito de ter que pedir para elas”(apartamento H)e “Elas tem que ter paciência com quem está doente e precisando”(enfermaria T).

A demonstração de boa vontade também foi lembrada quando o paciente relatou “A copeira tem que servir o paciente do modo que ele pede pois estou impossibilitada de levantar da cama..., não podem fazer cara feia quando pedimos alguma coisa... ”(apartamento E) ou “Se elas.... não fizerem cara feia quando pedimos ajuda para alguma coisa, já tá bom demais”(enfermaria D).

Nas afirmações “Para ser gentil elas devem cumprimentar sempre que entram no nosso quarto, pedir licença, dizer bom dia, boa tarde, boa noite “ (apartamento G) e “Quando entrar no quarto deve pelo menos sorrir e nos cumprimentar, assim alegra um pouco o nosso dia”(enfermaria A) ou “... sorrir, não ficar de cara feia para nós”(enfermaria G) os pacientes ressaltaram a importância do cumprimento e da fisionomia ao entrar no quarto.

Os pacientes internados em enfermarias citaram também a troca de palavras como atitude de cortesia referindo “Quando entram no quarto podem sorrir para a gente e conversar um pouquinho também” (enfermaria I) e “... se tiver um tempinho para conversar ou trocar umas palavras, é bom também”(enfermaria B).

3- Acompanhamento da prática do conceito de cortesia por parte da copeira que serve a refeição:

Após 30 dias de realização da entrevista inicial, houve acompanhamento da distribuição do almoço aos pacientes durante 2 dias, observando a prática do conceito de cortesia no atendimento segundo a definição das copeiras e pacientes entrevistados. As anotações baseadas na observação realizada, encontram-se no apêndice K.

Somente 1 funcionária, das entrevistadas anteriormente, foi excluída por encontrar-se em licença gestação no momento da observação direta. Constatou-se que 6 (54,54%) funcionárias das 11 acompanhadas praticaram as atitudes de atenção às solicitações dos pacientes, cumprimento ao entrar no quarto, educação nas respostas, sorriso e de troca de palavras com os pacientes. Ressalta-se que nenhuma das funcionárias praticou todos os itens citados, havendo manifestações isoladas.

b) Resultados das ações

Verificou-se que:

- todas as atitudes de cortesia referidas pelas copeiras foram também citadas pelos entrevistados internados em apartamentos e enfermarias, portanto, há consenso sobre o conceito de cortesia para funcionários e pacientes;
- apesar do consenso sobre atitudes que demonstram cortesia, não há prática do conceito por parte dos funcionários de copa.

c) Objetivos alcançados

Verificação de conceitos de cortesia de pacientes de enfermaria e apartamentos e constatação da falta de prática dos conceitos por parte dos funcionários de copa.

5.3.1.2.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Ações efetivadas

- 1- Listagem de atitudes consideradas de cortesia obtidas a partir dos resultados do levantamento de dados:

O comparativo das atitudes consideradas de cortesia por parte de pacientes e copeiras estão apresentados no quadro abaixo.

Quadro 4: Comparativo do conceito de cortesia de diferentes clientes do Hospital A

Pacientes internados em apartamentos	Pacientes internados em enfermarias	Copeiras
Atendimento às solicitações	Atendimento às solicitações	Atendimento às solicitações
Paciência	Paciência	Paciência
Posição de ajuda	Posição de ajuda	
Demonstrar compreensão da situação do paciente	Demonstrar compreensão da situação do paciente	
Atender sem fazer "cara feia"	Atender sem fazer "cara feia"	Atender sem fazer "cara feia"
Educação	Educação	Educação
Cumprimento	Cumprimento	Cumprimento
Simpatia	Simpatia	Simpatia
Atenção		
	Troca de palavras	Trocar de palavras
	Sorriso	
	Delicadeza	

- 2- Atitudes praticadas pelas mesmas funcionárias avaliadas através de observação direta:

A tabela abaixo apresenta as atitudes de cortesia praticadas efetivamente pelas copeiras entrevistadas.

Tabela 2: Atitudes de cortesia praticadas pelas copeiras

Atitude de cortesia	Funcionários que praticam	
	Nº	%
Atenção	3	27,27
Educação	2	18,18
Cumprimento	3	27,27
Troca de palavras	1	9,09
Sorriso	2	18,18
Nenhuma das atitudes listadas	4	36,36
Total	11	100

3- Estudo dos fatores que interferem para que estas atitudes sejam praticadas:

Durante a observação constatou-se que as funcionárias realizam a distribuição dentro do tempo determinado para a tarefa, sem atropelos. Desta forma, a baixa frequência da prática de atitudes de cortesia, não se justifica pela sobrecarga de trabalho para as funcionárias. A chefia atual (Coordenadora do Serviço) refere a falta de estímulo como principal fator que interfere na prática de atitudes de cortesia, já que em entrevista, as copeiras demonstram consciência da importância deste fator para o paciente.

b) Resultados das ações

Verificação da necessidade de estímulo à prática de atitudes de cortesia.

c) Objetivos alcançados

Comparação de atitudes esperadas pelo paciente e consideradas pelos funcionários que servem ao paciente, verificando-se concordância entre os itens e elaboração de estratégia para viabilização da prática do conceito de cortesia.

5.3.1.2.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Ações efetivadas

- Estabelecimento de estratégias para prática de atitudes de cortesia:

Em conjunto com a nutricionista-coordenadora, optou-se por apresentar os resultados da pesquisa do conceito determinado pelos pacientes entrevistados e pelos próprios funcionários, enumerando situações do cotidiano presenciadas durante a observação. A leitura de depoimentos dos pacientes foi realizada em uma reunião de serviço convocada especificamente para este fim. Houve ênfase por parte da chefia quanto ao papel das copeiras como parte do tratamento dietoterápico de pacientes internados e para a construção de uma imagem positiva do Serviço de Nutrição através de atitudes de cortesia. A nutricionista coordenadora apresentou também depoimentos com elogios às funcionárias que demonstram cortesia, coletados por ocasião das entrevistas.

b) Resultados das ações

Houve concordância sobre a prática de atitudes de cortesia por parte dos funcionários do SND.

c) Objetivos alcançados

Sensibilização dos funcionários que servem a alimentação sobre a importância de atitudes que demonstrem cortesia, através da informação dos resultados da pesquisa, estimulando assim, a sua prática diária.

5.3.1.2.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

1- Elaboração de ficha para monitoramento da prática efetiva de atitudes que demonstram cortesia.

A ficha foi elaborada com base na listagem de atitudes obtidas na fase de adequação. Um modelo de ficha está apresentado abaixo.

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

FICHA DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA DE ATITUDES DE CORTESIA –COPEIRAS

ATITUDES QUE DEMONSTRAM GENTILEZA	Nome da func.	Nome da func.	Nome da func.	Nome da func.
Atende às solicitações				
Demonstra Paciência				
Coloca-se em Posição de ajuda				
Demonstra compreensão da situação do paciente				
Atende sem fazer "cara feia"				
Demonstra Educação				
Cumprimenta o paciente ou pede licença				
Demonstra Simpatia				
Troca palavras com os pacientes				
Sorri				
Demonstra Delicadeza				

Observações _____

2- Resultados da aplicação da ficha:

A ficha foi aplicada inicialmente na segunda semana do mês de setembro de 2002 (apêndice L). Como os resultados não demonstraram resultados satisfatórios da prática de atitudes de cortesia por parte de algumas funcionárias, foi realizada uma nova reunião com os funcionários, enfatizando a necessidade de sua prática diária antes da realização de um trabalho individual por solicitação da chefia do SND.

Na nova aplicação da ficha realizada na primeira semana do mês de novembro de 2002(apêndice M), os resultados apresentados foram extremamente favoráveis, sendo as atitudes de gentileza praticadas por mais de 80% dos funcionários com exceção do item referente ao cumprimento no momento de servir a dieta. Isto se deve ao fato de que a avaliação foi realizada no almoço, sendo esta a segunda refeição do dia, portanto, as copeiras alegaram ser desnecessário um novo cumprimento ao paciente.

Os resultados apresentados nos 2 momentos de aplicação da ficha de monitoramento, estão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 3: Resultados da aplicação da ficha de observação da prática de cortesia por parte das copeiras do Serviço de Nutrição e Dietética

ATITUDES QUE DEMONSTRAM GENTILEZA	Set/2002		Nov/2002	
	Nº	%	Nº	%
Atende às solicitações	7	87.5	13	100
Demonstra Paciência	5	62.5	13	100
Coloca-se em Posição de ajuda	6	75	13	100
Demonstra compreensão da situação do paciente	5	62.5	13	100
Atende sem fazer "cara feia"	8	100	12	92.3
Demonstra Educação	7	87.5	13	100
Cumprimenta o paciente ou pede licença	6	75	10	76.92
Demonstra Simpatia	3	37.5	11	84.61
Troca palavras com os pacientes	4	50	13	100
Sorri	3	37.5	10	76.92
Demonstra Delicadeza	5	62.5	12	92.3
Total	8	100	13	100

3- Avaliação da adequação da ficha elaborada:

Durante a aplicação da ficha de observação, verificou-se que há necessidade de observação da distribuição de refeições para no mínimo 15 pacientes para verificar a prática de todos os itens e que poderia haver resultados diferentes de acordo com o

supervisor, devido subjetividade de julgamento em alguns itens. A necessidade de maior especificação de cada um dos itens observados originou uma ficha de observação adaptada de acordo com as adequações aos conceitos de cortesia por parte dos clientes, verificados por ocasião do diagnóstico. Nesta, os itens atendimento às solicitações e atender sem fazer “cara feia” foram agrupados num único item, utilizando-se a denominação – atende às solicitações sem fazer “cara feia”, assim como educação e delicadeza, eliminando-se a palavra simpatia. Considerou-se mais específico o item não demonstrar impaciência, pois durante a observação, nem sempre ocorrem situações que demandam a demonstração de paciência da copeira para com o paciente.

Um modelo da ficha adaptada está apresentado abaixo:

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

FICHA DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA DE ATITUDES DE CORTESIA ADAPTADA-COPEIRAS

ATITUDES QUE DEMONSTRAM GENTILEZA	Nome da func.				
Atende às solicitações sem fazer “cara feia”					
Não demonstra impaciência					
Coloca-se em posição de ajuda colocando o prato próximo ao paciente ou avisando enfermagem no caso de alimentação assistida					
Demonstra compreensão da situação do paciente					
Demonstra educação e delicadeza por gestos e palavras					
Cumprimenta o paciente ou pede licença					
Troca palavras de estímulo à alimentação com os pacientes					
Sorri durante o contato com os pacientes					

Observações: _____

4- Levantamento da opinião do cliente a respeito da cortesia no atendimento realizado pelas copeiras:

O levantamento de dados seguiu a metodologia apresentada na fase de avaliação da etapa 1. Os resultados estão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 4: Opinião de clientes quanto à cortesia no atendimento

Questão	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
A copeira atende às solicitações sem fazer "cara feia"	34	94,5	2	5,5
A copeira não demonstra impaciência ao atendê-lo	36	100	0	0
A copeira coloca-se em posição de ajuda colocando a bandeja em lugar próximo ou avisando a enfermagem em caso de alimentação assistida	32	88,9	4	11,1
Demonstra educação e delicadeza por gestos e palavras ao atendê-lo	34	94,5	2	5,5
Cumprimenta ou pede licença	32	88,9	4	11,1
Troca palavras de estímulo à alimentação ao atendê-lo	28	77,8	8	22,2
Sorri ao atendê-lo	30	83,3	6	16,7

Verifica-se que mais de 85% dos clientes consideram que a copeira não demonstra impaciência ao atendê-los, atendem às solicitações sem fazer "cara feia" e demonstram educação e delicadeza por gestos e palavras; além de cumprimentá-lo ao entrar no quarto, colocando-se em posição de ajuda, deixando a refeição próxima ao paciente.

b) Resultados das ações

- Avaliação positiva da prática das atitudes consideradas de cortesia no conceito do cliente interno(copeiras) e externo(pacientes internados);
- Adequação da ficha de observação.

c) Objetivos alcançados

Prática das atitudes de cortesia por mais de 80% das copeiras sem a necessidade de intervenção individual por parte da chefia do serviço; elaboração de uma ficha de observação da prática de atitudes de cortesia das copeiras para com o cliente e percepção da prática de atitudes de cortesia, por parte do cliente.

5.3.1.2.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

- 1- Determinação da periodicidade de aplicação da ficha de observação:

Houve consenso sobre a necessidade de monitoramento diário e registro formal (com utilização da ficha de observação) mensal e de trabalho individual realizado pelo coordenador do serviço, de acordo com resultados obtidos na supervisão formal. Estes resultados deverão ser apresentados em reunião de serviço para motivar os funcionários, destacando aqueles que praticam as atitudes de cortesia.

2- Introdução do item cortesia no atendimento ao paciente no conteúdo do treinamento inicial:

Houve introdução deste item no conteúdo do treinamento inicial realizado após admissão do funcionário apresentando os resultados do conceito de qualidade do cliente interno e externo com exemplos da prática de atitudes de gentileza. O plano de treinamento com a inclusão deste item está apresentado na fase de consolidação da etapa referente aos recursos humanos.

3-Introdução do item cortesia no atendimento ao paciente no Diálogo de Desenvolvimento:

Além de servir de instrumento de monitoramento, os dados sobre a evolução do funcionário quanto à prática da cortesia, deverá ser utilizada por ocasião do Diálogo de Desenvolvimento, como forma de valorizar o funcionário que realiza atendimento com cortesia. Os itens introduzidos estão apresentados na etapa 8 – Desenvolver recursos humanos do SND.

5- Reunião para apresentação de resultados positivos quanto à opinião do cliente sobre a cortesia:

Em reunião de serviço foram apresentados os dados obtidos a partir do levantamento de dados sobre a opinião do cliente.

b) Resultados das ações

Estabelecimento de um sistema de manutenção da melhoria e vigilância quanto à situação para possibilitar ações corretivas

c) Objetivos alcançados

Efetivação da prática de atitudes de cortesia por parte das copeiras.

5.3.1.3 Etapa 3 – Motivar o cuidado com a apresentação pessoal

A descrição dos dados resultantes da implantação experimental foi organizada de maneira idêntica à realizada nas etapas 1 e 2.

5.3.1.3.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Ações efetivadas

1- Observação da apresentação pessoal das copeiras:

Todas as copeiras do setor foram acompanhadas durante 2 dias observando-se sua apresentação pessoal exatamente no momento em que o almoço estava sendo servido. Os aspectos referentes à apresentação pessoal considerados foram: uso de maquiagem, higiene das unhas, utilização de adereços como relógios, pulseiras, anéis e brincos, higiene e aspecto dos uniformes, cabelos, odor e imagem geral. As observações realizadas na íntegra, encontram-se no apêndice N.

As conclusões a partir da tabulação dos dados demonstraram que os problemas na apresentação pessoal referem-se à unhas, que encontravam-se em 12 casos (63,2%) com sujidades, havendo uso de esmalte em 1 caso, e quanto à utilização da touca, sem uso da tiara para garantir que os cabelos estejam completamente presos. Quanto à utilização de adereços, 36,8% utilizavam anéis e relógios e em 1 caso foi verificada a utilização de fita no pulso. Nos casos em que a imagem geral não era positiva, houve interferência da falta de padronização do uniforme. Como as copas pertenciam à outro setor (Hotelaria), não havia atuação dos nutricionistas na supervisão de copas. Com a recente modificação e implantação do sistema de serviço centralizado com o uso total de descartáveis, será redimensionado o número total de copeiras necessárias ao serviço.

2- Entrevista com as copeiras quanto à influência de sua apresentação pessoal para o paciente:

Verifica-se que as copeiras estão cientes do seu papel como primeira imagem do paciente com relação à alimentação quando afirmam que “ a sua imagem tem influência direta com o que o paciente vai pensar da comida”(funcionária 1a) e que

“... a copeira deve estar com roupas limpas e bem passadas e também sem unhas sujas pois o paciente vai ter uma boa impressão ao nosso respeito e a respeito da comida servida”(funcionária 2e). A correlação entre a limpeza e cor do uniforme com a higiene dos alimentos ficou demonstrada pelas respostas “usar uniforme branco é primordial porque demonstra higiene para os pacientes”(funcionária 1c) e “higiene deve estar sempre presente pois se for suja o paciente fica com nojo da comida”(funcionária 1f).

b) Resultados das ações

Verificou-se que:

- os problemas relativos à higiene referem-se ao uso de adornos, unhas com sujidades e cabelos não completamente cobertos;
- a falta de fornecimento de uniformes para troca por parte do hospital, afetam a imagem geral das funcionárias;
- constatação de que as copeiras são capazes de correlacionar cor e limpeza do uniforme com a imagem de higiene dos alimentos.

c) Objetivos alcançados

Foram diagnosticados 3 problemas relativos à apresentação pessoal.

5.3.1.3.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Ações efetivadas

1- Verificação do motivo da inexistência de uniformes do serviço, para reposição:

No processo de padronização entre os hospitais da Aliança Saúde, pretende-se que uniformes dos 3 hospitais sejam confeccionados no mesmo modelo, motivo pelo qual os uniformes não foram repostos. Como não há uniformes disponíveis para a troca, os novos funcionários estão recebendo jalecos e calças do uniforme de enfermagem. Na figura 15 pode-se visualizar a variação do uniforme das funcionárias de copa.



Figura 15: Diferentes uniformes utilizados pelas copeiras

2- Estabelecimento de critérios mínimos de apresentação pessoal, de acordo com a realidade:

À partir das observações realizadas, elaborou-se uma listagem de critérios mínimos de apresentação pessoal para exposição aos funcionários de copa, conforme apresentado abaixo:

Quadro 5: Critérios mínimos de apresentação pessoal

- UNIFORME LIMPO
- EVITAR USAR PERFUMES FORTES NO TRABALHO
- NÃO UTILIZAR ADORNOS (BRINCOS, ANÉIS, PULSEIRAS)
- MÃOS SEM ESMALTE
- USO OBRIGATÓRIO DO CRACHÁ
- CABELOS COMPLETAMENTE COBERTOS COM USO DA REDE E DA TIARA BRANCA
- PARA HOMENS: BONÉ E BARBA FEITA

3- Elaboração de ficha para monitoramento da apresentação pessoal:

Baseando-se nos critérios determinados, uma ficha contendo um roteiro para acompanhamento foi elaborada. As observações e providências tomadas à partir dos resultados situam-se ao final da mesma ficha. O modelo de ficha está apresentado abaixo:

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA
SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
ROTEIRO PARA MONITORAMENTO DE APRESENTAÇÃO PESSOAL

Marque S (sim) ou N(não)

Itens à observar		Nome/ data							
Uniforme	Completo								
	limpo								
Calçado	Branco								
	limpo								
Unhas	Aparadas								
	Sem esmaltes								
	limpas								
Cabelos	Cobertos								
	Completamente								
	Uso de touca								
	Uso de tiara								
Adereços	Boné								
	Anéis								
	Pulseiras								
Geral	Brincos								
	Ausência de bigode								
	Ausência de barba								
	Odor desagradável								
	Perfume forte								
	Maquiagem exagerada								

Observações e providências tomadas à partir dos resultados:

4- Estudo para determinação do modelo de uniforme:

Um estudo para determinação do modelo do uniforme foi realizado em conjunto com as nutricionistas do local. Considerando-se os movimentos realizados pela copeira, conforto e questões estéticas, os seguintes itens foram selecionados:

Quadro 6: Modelo ideal para uso do pessoal de copa

Jaleco – branco com detalhes de bolso e gola em azul(tom do hospital)
Avental – azul
Calça – branca
Calçado-fechado – tênis branco antiderrapante
Rede para cabelos - preto
Barrete para prender totalmente os cabelos para mulheres e boné para homens
Básica de lã branca para inverno

b) Resultados das ações:

- Listagem de critérios mínimos de apresentação pessoal exigidos.
- Estabelecimento de ficha para monitorar a apresentação pessoal.
- Fixação de padrão de uniforme adequado à funcionários de copa.

c) Objetivos alcançados

Elaboração de um sistema de acompanhamento da apresentação pessoal dentro da realidade atual do SND.

5.3.1.3.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Ações efetivadas

- 1- Apresentação da listagem de critérios mínimos de apresentação pessoal exigida:

A apresentação foi realizada em reunião de pessoal, fixando-se os itens a serem verificados periodicamente, enfatizando-se o papel relatado pelas próprias funcionárias quanto à importância da apresentação da copeira na criação de uma imagem positiva do serviço de nutrição.

- 2- Estabelecimento de ficha para monitoramento de apresentação pessoal:

Após 1 mês da realização da reunião, houve aplicação do Roteiro de Monitoramento de Apresentação Pessoal. Os resultados estão apresentados a seguir:

Tabela 5: Resultados do registro de monitoramento da apresentação pessoal-
Novembro/2002

Itens à observar		Nº	%
Uniforme	Completo	7	41,17
	limpo	17	100
Calçado	Branco	15	88,23
	limpo	17	100
Unhas	Aparadas	11	64,67
	Sem esmaltes	12	70,58
	limpas	13	76,47
Cabelos	Cobertos completamente	7	41,17
	Uso de touca	17	100
	Uso de tiara	0	0
	Boné *	-	-
Adereços	Anéis	3	17,64
	Pulseiras	1	5,88
	Brincos	7	41,17
Geral	Ausência de bigode*	-	-
	Ausência de barba*	-	-
	Odor desagradável	1	5,88
	Perfume forte	0	0
	Maquiagem exagerada	0	0
Total		17	100

NOTA: (*) atualmente existem somente funcionárias do sexo feminino.

Os resultados demonstraram que houve redução do uso de adereços como anéis, pulseiras e brincos, porém, alguns problemas detectados por ocasião do diagnóstico como unhas com sujidades, uso de esmaltes e cabelos não completamente presos, persistiram. Os problemas quanto ao uniforme completo aumentaram com a substituição de funcionárias. A utilização de uniforme da enfermagem devido a falta de uniformes do SND para novos funcionários gerou descaracterização da funcionária de copa, havendo relatos de que os pacientes solicitavam que estas realizassem serviços como troca, medicação, utensílios para evacuação, confundindo-as com as auxiliares de enfermagem.

3- Modelo de uniforme e acessórios:

O modelo de uniforme elaborado foi apresentado à nutricionista coordenadora que encaminhou o pedido de aquisição à gerência. Como se busca atualmente uma padronização entre os serviços de todos os hospitais que constituem a Aliança Saúde, a aquisição será realizada de acordo com a necessidade também dos outros hospitais, aguardando-se, a concordância das chefias dos outros serviços quanto ao uniforme à ser padronizado, estando esta intermediação à cargo do DRH.

b) Resultados das ações

- Conhecimento dos funcionários sobre os critérios de apresentação pessoal e sua importância para o serviço;
- Validação da utilização da ficha para acompanhamento;
- Encaminhamento de documento contendo itens do uniforme-padrão para aprovação ao Setor de Recursos Humanos.

c) Objetivos alcançados

Sistematização de critérios e ficha de monitoramento quanto ao aspecto apresentação pessoal.

5.3.1.3.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

1- Apresentação de resultados do monitoramento da apresentação pessoal para nutricionistas, visando o estabelecimento de estratégias de ação:

Como não houve resultados quanto à higiene de unhas e uso de esmalte, as nutricionistas solicitaram o direcionamento do treinamento de copa e cozinha que estava sendo realizado naquele momento, tendo como orientadoras as estagiárias do curso de nutrição da PUCPR, para este aspecto. Durante o treinamento, foram realizados cultura de secreções da cavidade oral e nasal, unhas e anéis. Na aula seguinte, após o crescimento das bactérias, as placas cultivadas foram apresentadas para visualização da necessidade de proteção dos alimentos e do papel dos funcionários do SND na prevenção da contaminação dos alimentos.

2- Avaliação da situação da confecção dos uniformes:

Realizado novo contato da chefia do serviço com o DRH, obtendo-se a resposta de que a confecção dos uniformes estava na dependência da determinação do logotipo da Aliança Saúde já em fase de conclusão.

3- Avaliação da opinião dos clientes quanto à apresentação pessoal no aspecto higiene:

Numa pesquisa realizada junto aos pacientes, categorizando-os segundo está apresentado na fase avaliação da etapa 1, verificou-se que 100% dos pacientes

consideram que a apresentação da copeira denota higiene. Não houve possibilidade de avaliação quanto à apresentação de forma mais ampla devido inexistência de uniforme padronizado.

b) Resultados das ações

- Definido pelas nutricionistas do local, efetuar avaliação da apresentação pessoal após 1 semana de término do treinamento de copa e cozinha quanto ao aspecto higiene;
- Verificada a necessidade de acompanhamento periódico quanto ao andamento do processo de confecção dos uniformes;
- Constatação de opinião positiva dos clientes quanto à apresentação pessoal apesar da falta de uniformes e de não cumprimento de critérios determinados para as mãos, por parte da totalidade dos funcionários.

c) Objetivos alcançados

Avaliação da situação de uniformes e de critérios de apresentação pessoal; estabelecimento de estratégias de ação; avaliação da opinião do cliente quanto à apresentação pessoal das copeiras.

5.3.1.3.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

1- Estabelecimento da periodicidade de aplicação da ficha de monitoramento da apresentação pessoal:

Em reunião com a nutricionista coordenadora, determinou-se a utilização da ficha mensalmente, com preenchimento realizado pela nutricionista e o monitoramento diário realizado pela chefe de cozinha.

2- Análise de adequação de itens incluídos na ficha de Diálogo de Desenvolvimento (apêndice T) quanto ao aspecto apresentação pessoal:

Através de revisão, constatou-se que todos os itens estavam contemplados.

b) Resultados das ações

- Monitoramento diário da apresentação pessoal à cargo da chefe de cozinha;
- Determinação de rotina de monitoramento mensal com registro em ficha;
- Estabelecimento da utilização do registro mensal de apresentação pessoal como instrumento para o Diálogo de Desenvolvimento.

c) Objetivos alcançados

Determinação de fluxo para garantir a continuidade do padrão de apresentação pessoal adequados ao conceito de qualidade higiênica e ao cliente.

5.3.2 Parte II do modelo: Qualidade *in-line*

As etapas 4 à 7 descrevem as ações ligadas às características da qualidade *in-line*, realizadas para aprimorar a aparência visual da bandeja do almoço, promover higiene dos alimentos, estabelecer variação de sabor e preparações da refeição e ajustar a temperatura dos alimentos da cadeia quente.

5.3.2.1 Etapa 4 – Aprimorar a aparência visual da bandeja de refeição

Os dados resultantes da implantação experimental da etapa 4 estão descritos abaixo dentro dos itens ações efetivadas, resultados obtidos e objetivos alcançados.

5.3.2.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Ações efetivadas**1- Observação da aparência visual da bandeja do almoço:**

O estudo da característica aparência visual, iniciou-se após a implantação do sistema de descartáveis. A figura abaixo demonstra a apresentação visual da bandeja de refeição, tomando-se como base de análise a refeição almoço, pois no jantar, as enfermarias recebem sopa.

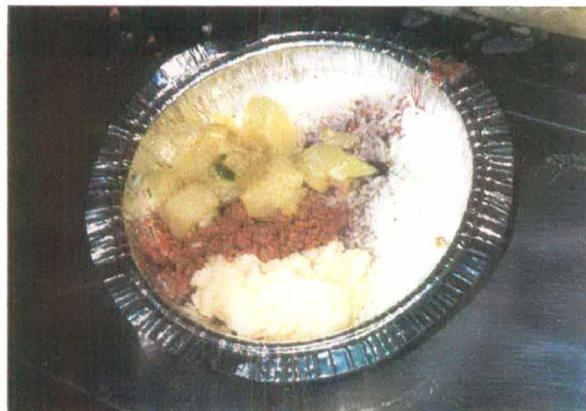


Figura 16: Bandeja de refeição(almoço) porcionada pelas copeiras

2- Entrevista com pacientes quanto à opinião sobre a aparência da bandeja do almoço:

Os relatos dos pacientes demonstram a percepção de higiene devido a utilização dos descartáveis quando colocam que “Aqui é tudo limpo, o comida vem embalada muito higiênico.... ”(enfermaria A) ou “Olha, eu já fiquei internada em vários hospitais, e acho a Santa Casa a mais limpa, higiênica e organizada com a comida. ”(enfermaria B) e “.. tudo vem embaladinho, com guardanapo, não há problemas. ”(enfermaria D).

Apesar da inexistência de relatos quanto à problemas na aparência visual do cardápio, considerou-se necessário um estudo da composição de cores e texturas do cardápio e da distribuição de alimentos dentro da embalagem de alumínio descartável de forma a contribuir para aumento do apetite, no momento em que a embalagem é aberta.

b) Resultados das ações

Verificou-se que:

- não há reclamações dos pacientes quanto à aparência visual da bandeja de refeição;
- a modificação para o uso de descartáveis denota higiene para o paciente;
- há necessidade de estudo de adequação do cardápio quanto ao aspecto cores, cortes e texturas para garantir que a aparência visual seja fator de estímulo ao apetite do paciente.

c) Objetivos alcançados

Detecção de necessidade de análise do cardápio quanto ao aspecto aparência visual e constatação da adequação da aparência visual da bandeja do almoço, após a modificação para o sistema de descartáveis no que se refere ao cliente.

5.3.2.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Ações efetivadas

1- Estudo da aparência visual do cardápio-almoço:

Um estudo da aparência visual do cardápio foi realizado para indicar melhorias factíveis quanto à este aspecto. As adequações sugeridas à partir das observações estão colocadas no quadro abaixo:

Quadro 7: Estudo da aparência visual do cardápio

Normal	Fatores que interferem na aparência final	Sugestões de modificações
<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Iscas de carne ao molho • Polenta mole • Chuchu refogado. • Salada de couve manteiga em tiras finas • Sobremesa: laranja picada 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem fatores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação do corte para iscas para facilitar a ingestão com o uso da colher (verificar a compreensão do conceito de iscas)
<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Iscas de frango grelhadas • Panqueca de legumes • Cenoura Sauté • Salada: tomate fatiado • Sobremesa: gelatina de morango 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito colorido • Cenoura + tomate + gelatina • Feijão sendo colocado no fundo da embalagem de alumínio descartável (houve comentário da própria copeira de que com isto o embalagem ficava quente e sem firmeza) • Aparência na embalagem de alumínio descartável inadequado, sem preocupação de criar espaços diferentes para cada preparação, sem estética definida 	<ul style="list-style-type: none"> • Trocar sobremesa por gelatina de limão • Colocar como 1º cuba o arroz e depois o feijão para forçar o porcionamento do arroz primeiramente • Cuidado na divisão de espaços dentro da embalagem ao porcionar; arroz e feijão num canto, complementos ao lado e carne acima do arroz com feijão.
<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Carne moída com molho • Purê de batatas • Couve-flor gratinada. • Salada: alface crespá • Sobremesa: pudim de baunilha 	<ul style="list-style-type: none"> • Composição final esbranquiçada e de cor creme, apesar das preparações isoladas apresentarem-se adequadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobremesa mais colorida • Mais molho na carne moída

<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Carne picada com molho • Suflê de legumes • Batata salsa • Salada: chicória em tiras • Sobremesa: gelatina de morango 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcionamento sem preocupação em criar espaços para cada preparação 	<ul style="list-style-type: none"> • Souflê em fômas mais rasas e em maior número • Cortar batata de maneira uniforme
<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Posta em pedaços • Nhoque • Refogado de brócolis • Salada de alface roxa em tiras • Sobremesa: salada de frutas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cor do refogado • Distribuição na embalagem de alumínio descartável sem preocupação de criar espaços específicos para cada preparação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cortar brócolis em flor e cuidar com o tempo de cozimento evitando perda da cor ▪ Picar posta em pedaços pequenos para possibilitar ingestão com colher

As observações demonstraram também a necessidade de realização de um teste com uso de utensílios do local, para melhoria da distribuição dos alimentos dentro da embalagem de alumínio descartável.

2- Estudo da viabilidade de adequação da distribuição dos alimentos na embalagem padronizada para almoço:

A figura abaixo apresenta uma embalagem de alumínio descartável porcionada pelas funcionárias. Observa-se que devido a ausência de divisórias dentro da embalagem, há uma mistura de preparações do cardápio interferindo na aparência final. Para maior adequação, foi realizado um teste, porcionando-se os alimentos com a preocupação da distribuição de espaços dentro do recipiente, utilizando-se os mesmos utensílios da rotina do serviço. Os resultados demonstraram que com um maior cuidado durante o porcionamento há benefícios quanto à aparência final.

b) Resultados das ações

- Listagem de itens que devem ser modificados no cardápio para melhor visualização quanto à cores e texturas;
- Estudo de viabilidades quanto à melhor distribuição das preparações dentro da embalagem de alumínio descartável;
- Elaboração de um material para orientação de funcionários quanto ao aspecto visual da bandeja do almoço.

c) **Objetivos alcançados**

Verificação de que as modificações quanto ao porcionamento e ao cardápio são viáveis e podem levar a melhorias da aparência visual da bandeja de refeição.

5.3.2.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria

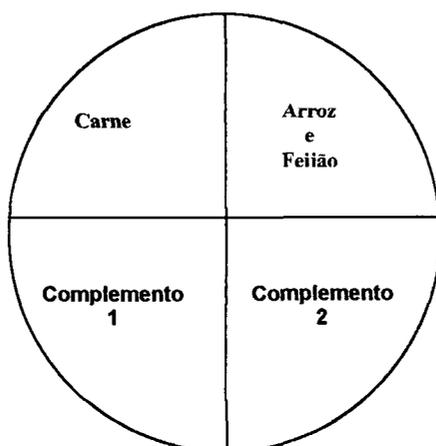
a) **Ações efetivadas**

1 **Adequações quanto ao cardápio:**

As modificações quanto ao tempo de cozimento, cortes de carnes e cores foram encaminhados pela nutricionista à cozinheira chefe para instruções ao pessoal durante o preparo.

2 **Adequações quanto ao porcionamento:**

As modificações quanto ao porcionamento foram orientadas às copeiras, estabelecendo-se a seguinte disposição:



Um registro através de fotos foi realizado antes e depois da solicitação de maior cuidado no porcionamento do almoço, seguindo o esquema apresentado.

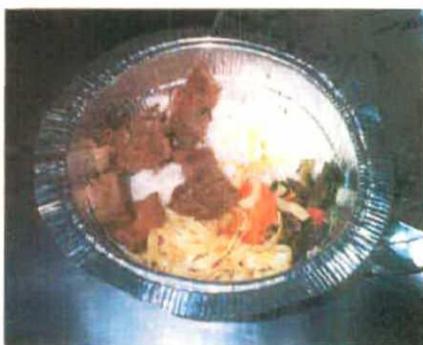


Figura 17: Embalagem de alumínio descartável porcionado normalmente

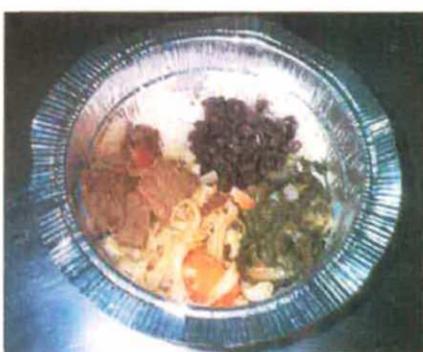


Figura 18: Embalagem de alumínio descartável teste-porcionado após solicitação de maior cuidado

3- Apresentação de fotos sobre disposição na bandeja de refeição – almoço e distribuição dos alimentos dentro da embalagem de alumínio descartável:

As fotos foram apresentadas durante reunião de serviço como forma de demonstrar às copeiras o quanto a aparência do cardápio pode modificar-se bastando um maior cuidado durante o porcionamento.

b) Resultados das ações

- Adequação quanto à cores, texturas e cortes dos alimentos dentro da embalagem de alumínio descartável;
- Adequação quanto à distribuição das preparações dentro da bandeja, durante o porcionamento.

c) Objetivos alcançados

- Padronização da disposição de alimentos com conseqüente melhoria da apresentação da embalagem de alumínio descartável de refeição.

5.3.2.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

1- Levantamento de dados sobre a opinião dos pacientes quanto à aparência da bandeja do almoço.

2- Avaliação do cuidado das copeiras no porcionamento e disposição de descartáveis na bandeja do almoço por 5 dias:

Apesar da concordância quanto ao cuidado no porcionamento, houve necessidade de que a nutricionista responsável alertasse algumas copeiras quanto à este aspecto. Da mesma maneira, em diversas situações a disposição de descartáveis não estava adequada, necessitando de um trabalho de monitoramento constante.

3- Avaliação da opinião do cliente:

Um levantamento de dados, seguindo metodologia apresentada na fase 4 da etapa 1, foi realizado. Os pacientes foram questionados sobre a cor e apetência despertada pela sobremesa, salada e preparações da embalagem de alumínio descartável. A tabela abaixo apresenta os resultados obtidos a partir de 36 pacientes que atenderam à categorização da amostra.

Tabela 6: Opinião de clientes quanto à aparência da bandeja do almoço

Questão	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
A sobremesa é colorida e apetitosa?	34	94,5	2	5,5
A salada é colorida e apetitosa?	36	100	0	0
A comida do "marmitex" é colorida e apetitosa?	32	88,9	2	11,1
A bandeja de refeição denota higiene?	36	100	0	0

Através dos resultados, verifica-se que o paciente considera a refeição colorida, apetitosa e que o uso de descartáveis denota higiene.

b) Resultados das ações

- Constatação da importância do monitoramento diário para o cuidado no porcionamento;
- Opiniões positivas dos pacientes quanto ao aspecto de aparência da bandeja do almoço.

c) Objetivos alcançados

Obtenção de resultados positivos quanto à aparência da bandeja de refeição.

5.3.2.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

1- Elaboração de material contendo foto da disposição de utensílios na bandeja e da disposição de preparações dentro da embalagem de alumínio descartável – almoço (apêndice O).

2- Fixação no mural da cozinha:

O material ficará fixado durante 1 mês em local visível para consulta rápida em caso de necessidade.

3- Utilização do material ilustrado elaborado, no treinamento inicial:

O material ilustrado servirá ao treinamento inicial dos funcionários admitidos, preparando-o para o desenvolvimento do trabalho.

4- Monitoramento diário:

Verificou-se que o monitoramento diário é essencial para a continuidade da melhoria implantada e para verificação de adequações necessárias para cada cardápio, ficando a cargo da chefe de cozinha.

b) Resultados das ações

- Padronização de disposição de utensílios na bandeja e disposição de preparações dentro da embalagem do almoço.
- Aperfeiçoamento do conteúdo e de recursos para treinamento inicial quanto à aparência visual da bandeja

c) Objetivos alcançados

- Sistematização do porcionamento de preparações na embalagem de alumínio descartável e de disposição de descartáveis na bandeja do almoço;
- Elaboração de recursos para utilização no treinamento inicial e para utilização diária pela chefe de cozinha para garantir a continuidade do sistema implantado.

5.3.2.2 Etapa 5 – Promover higiene

Um Manual de Boas Práticas de Higiene havia sido elaborado pelas nutricionistas e estagiárias do curso de nutrição da PUCPR e estava em processo de implantação, sendo de prioridade total no momento do início das atividades de implantação, sendo de prioridade total no momento do início das atividades de implantação experimental deste trabalho. Houve consenso de que se aguardasse a implantação total do mesmo para que a implantação experimental do modelo fosse realizada posteriormente. Como o término da implantação do referido manual não ocorreu até o final das atividades desta pesquisa, não houve possibilidade de desenvolver o trabalho relativo a esta etapa.

5.3.2.3 Etapa 6 – Estabelecer sabor e variação de preparações da refeição

No momento do início da implantação experimental, estavam em andamento inúmeras decisões administrativas quanto à padronização de cardápio único em todos os hospitais da Aliança Saúde com a centralização do setor de compras para suprimento de todos estes hospitais. A implantação experimental do modelo ocorreria após o término da padronização. Não houve conclusão da mesma até o término das atividades desta pesquisa, impossibilitando o desenvolvimento desta etapa.

5.3.2.4 Etapa 7 – Ajustar a temperatura dos alimentos da cadeia quente

As ações efetivadas, resultados obtidos e objetivos alcançados com o desenvolvimento da etapa 7, estão descritos a seguir.

5.3.2.4.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Ações efetivadas

- 1- Elaboração do fluxo atual de distribuição dos alimentos para pacientes internados nas enfermarias:

O estudo da temperatura foi realizado nas enfermarias, após a modificação para o sistema de descartáveis (marmitex) pois apesar da modificação realizada, o serviço tem recebido inúmeros relatórios de não conformidade relativos à temperatura dos alimentos.

O fluxo atual de distribuição dos alimentos para pacientes internados em enfermarias está esquematizado na figura abaixo.

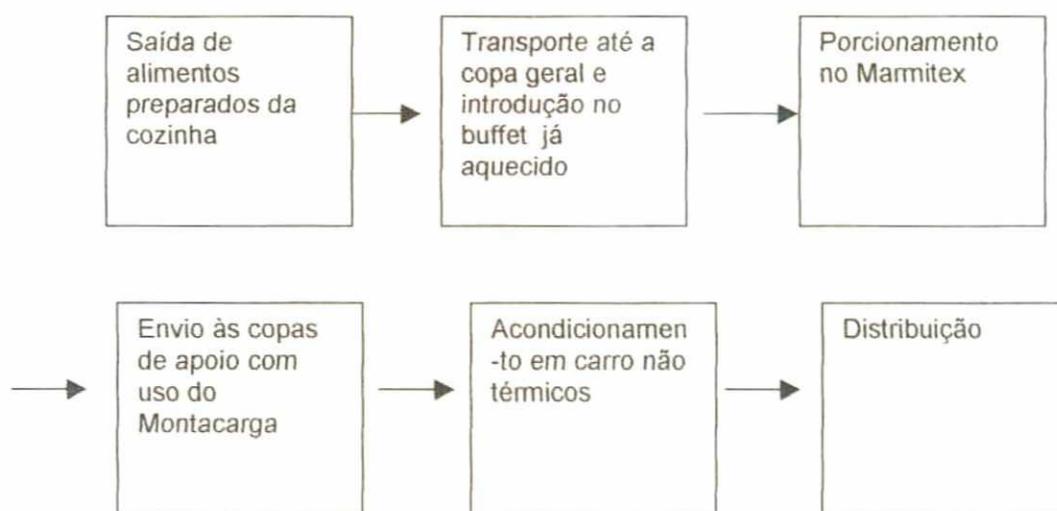


Figura 19: Processo de distribuição de dietas – almoço - enfermarias

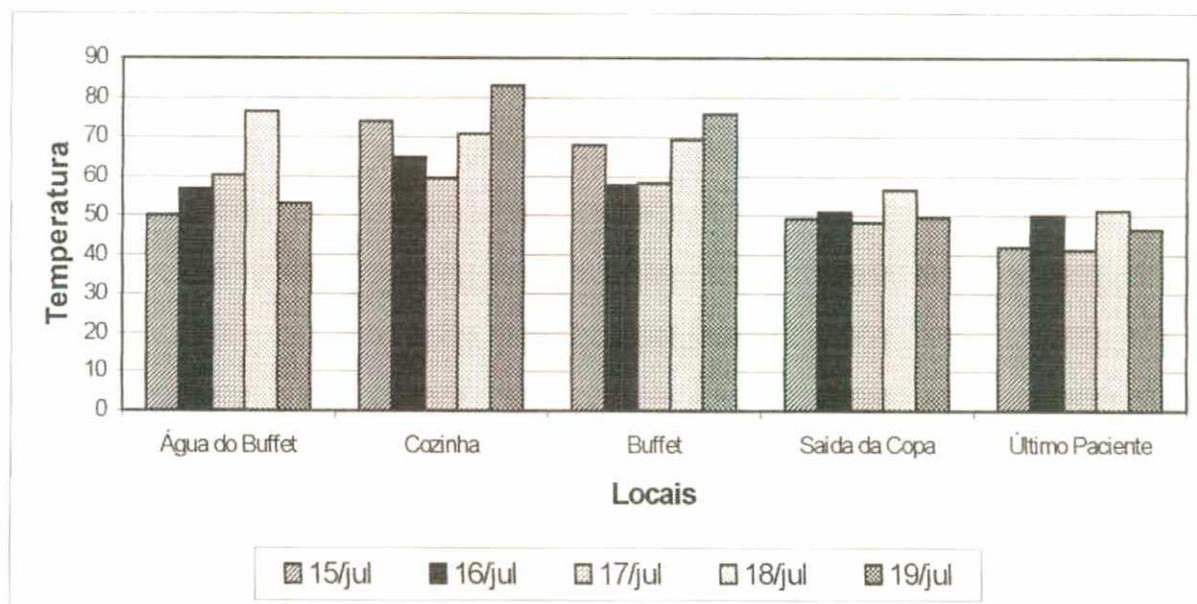
- 2- Aferição da temperatura no processo de distribuição:

A análise inicial envolveu aferições de temperatura durante 4 dias em vários momentos da distribuição do almoço de enfermarias, com o auxílio de um

termômetro de inserção. O alimento – referência utilizado foi o arroz, selecionado por constar do cardápio diariamente e por ser um alimento que perde temperatura facilmente, devido a ausência de molho. As temperaturas foram verificadas na água do *buffet*, no alimento no momento de sua saída da cozinha e no *buffet*, a temperatura de saída do alimento da copa e no momento da entrega da embalagem de alumínio para o último paciente, utilizando-se uma embalagem-teste.

Ao realizar as medições verificou-se que a água do *buffet* não estava alcançando a temperatura adequada no tempo de aquecimento disponível (8h às 10h da manhã). No 4º dia de medições, foi testado o esquema de enchimento do *buffet* com água previamente aquecida, obtendo-se uma temperatura mais alta. Os detalhes dos resultados obtidos estão apresentados no apêndice P e o gráfico 6 demonstra uma síntese dos resultados.

Gráfico 6: Variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – julho/2002



3- Análise de resultados da aferição da temperatura

Através do gráfico pode-se visualizar que:

- há uma perda de temperatura progressiva em todos os momentos do processo;
- a maior perda de temperatura está localizada entre a chegada do alimento no *buffet* e a saída da embalagem descartável porcionada da copa;

- em todas as ocasiões a copa serviu alimento abaixo da temperatura de 75°C ao *buffet*;
- não houve significativa perda de temperatura após a saída do alimento da copa;
- o último paciente recebeu o alimento à temperatura média de 46,86°C e não superior à 51,3°C;
- a maior temperatura final foi obtida no 4º dia de observação, quando a água do *buffet* apresentou a maior temperatura de todo o período de teste.

A temperatura média ambiente durante as medições realizadas, não ultrapassou 15°C.

As copeiras insistiam na afirmação de que as embalagens de alumínio descartáveis deveriam ser colocadas no carro térmico para aquecimento (fig 20), porém, os nutricionistas alertaram para a inadequação do procedimento devido o aquecimento do alimento dentro do carro térmico ocorrer de fora para dentro, correndo-se o risco de não atingir o centro do alimento, o que comprometeria a qualidade higiênica, apesar do atendimento da qualidade simbólica, no aspecto sensorial.



Figura 20: Carro térmico para transporte de alimentos

b) Resultados das ações

Verificação de que:

- o alimento deve ser servido à copa de distribuição em temperaturas acima de 75°C;
- a água do *buffet* deve estar acima de 75°C;

- o problema não se situa na embalagem de distribuição do alimento, pois não há perda significativa de temperatura após a saída do alimento da copa.

c) Objetivos alcançados

Detecção de momentos de perda da temperatura que ocorre em todo o processo, sobretudo, durante o porcionamento do alimento na embalagem.

5.3.2.4.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Ações efetivadas

1- Solicitação de parecer do Serviço de Manutenção do hospital quanto à ineficácia de aquecimento do *buffet*.

O parecer técnico indicou a necessidade de aumento na potência dissipada pela resistência do *buffet*. A solução apontada foi a alteração da tensão de alimentação de 127Vac para 220Vac.

2- Transferência do *buffet* para local de menor circulação de ar:

Houve transferência do *buffet* para uma copa sem comunicação externa para menor risco de resfriamento dos alimentos pela circulação do ar nos dias de baixa temperatura ambiente.

3- Estudo dos horários de término do preparo de alimentos na cozinha e início do processo de porcionamento no *buffet*.

Verificou-se que as cozinheiras terminam a preparação do cardápio do almoço às 9:30h, servindo o *buffet* entre 10:00 e 10:30h, ocorrendo início do porcionamento de alimentos na embalagem descartável somente às 11:00h. Houve consenso de que a redução do tempo entre o término do preparo e início do porcionamento seria importante fator de manutenção da temperatura. Chegou-se ao horário ideal de 11:00h para término da preparação do cardápio na cozinha e transporte subsequente à copa geral onde está situado o *buffet*, não servindo o alimento com temperaturas abaixo de 75°C.

4- Estudo de formas de manutenção da temperatura do alimento preparado na cozinha:

Verificou-se a possibilidade de utilização dos carros térmicos de transporte para manutenção da temperatura dos alimentos.

5- Aquisição de carros de transporte isotérmicos

Houve aprovação da aquisição de carros de transporte isotérmicos para distribuição dos alimentos. Estes possuem a capacidade de manter a temperatura, possibilitando assim a eliminação das copas de apoio e do uso do elevador de carga, considerados inadequados do ponto de vista microbiológico, além de causar a perda da temperatura. Os carros de transporte foram especialmente projetados para o hospital, num trabalho conjunto entre o fabricante e as nutricionistas do local. A fig 21 apresenta os carros isotérmicos para transporte de dietas.



Figura 21: Carro isotérmico de transporte de alimentos

b) Resultados das ações

- Mudança da tensão de alimentação do *buffet* para 220Vac;
- Determinação do horário de finalização do processo de preparo somente às 11:00h;
- Determinação do acondicionamento das preparações no carro térmico para transporte até a copa onde está situado o *buffet*;
- Localização do *buffet* em local de menor circulação de ar;

- Centralização da distribuição dos alimentos, eliminando a utilização das copas de apoio e do elevador de carga, com aquisição de carro isotérmico para transporte de dietas.

c) Objetivos alcançados

Adequação de fatores que contribuem para perda de temperatura do alimento.

5.3.2.4.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Ações efetivadas

1- Orientação à cozinheira para término de preparo das refeições às 11:00h:

Houve estudo de horário de início das preparações, juntamente com a cozinheira, de forma que esta seja finalizada somente às 11:00h, havendo ajuste de horários dentro do processo.

2- Acondicionamento de preparações prontas em carro térmico para manutenção da temperatura:

O fluxo foi organizado de forma que um carro térmico previamente aquecido ficasse disponível para acondicionamento de preparações prontas e utilizado para o transporte até a copa onde estava situado o *buffet*.

3- Determinação do horário de início do porcionamento:

Foi determinado que o horário de início do porcionamento fosse imediatamente após a colocação das cubas de alimentos no *buffet*., eliminando o intervalo existente anteriormente.

4- Estabelecimento do novo fluxo de distribuição de dietas na embalagem de alumínio descartável:

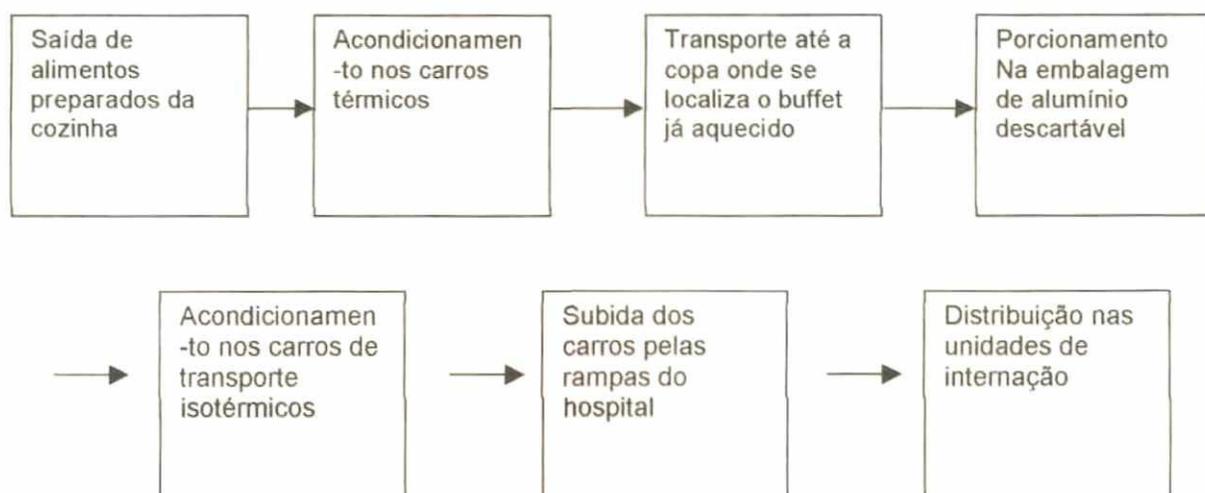


Figura 22: Novo fluxo de distribuição de dietas – almoço – enfermarias

b) Resultados das ações

- Redução do tempo entre finalização da preparação do cardápio do almoço e início do porcionamento;
- Utilização de carros térmicos para transporte e acondicionamento de preparações prontas para o *buffet*;
- Aplicação do novo fluxo de distribuição dos alimentos incluindo o carro de transporte isotérmico para o almoço de enfermarias.

c) Objetivos alcançados

Redução de fatores de perda de temperatura no processo de distribuição do almoço de enfermarias.

5.3.2.4.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

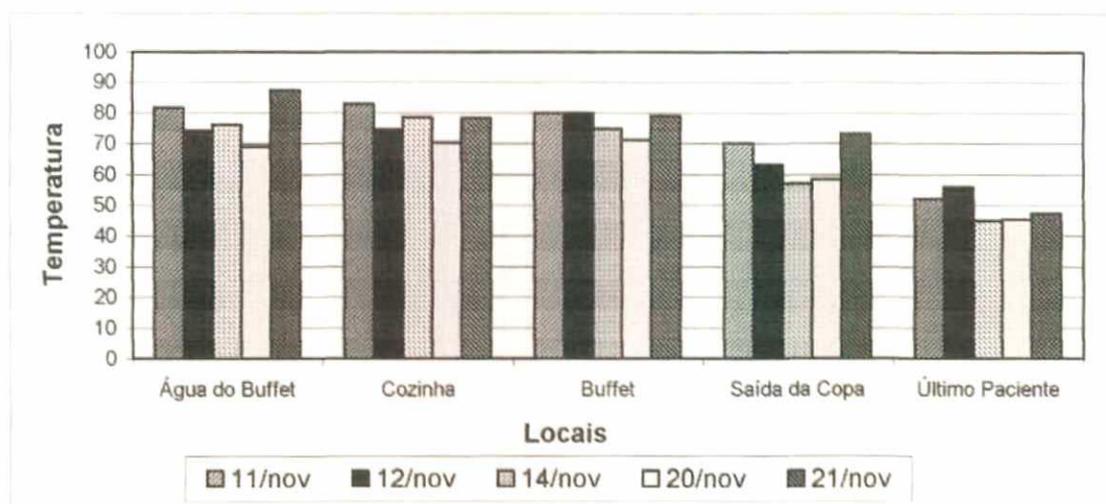
1- Aferições da temperatura após a implantação:

Durante 4 dias, houve medições de temperatura do alimento na saída da cozinha, no *buffet*, da água do *buffet*, na saída do alimento da copa após porcionado na

embalagem de alumínio descartável e no momento da entrega para o último paciente, utilizando-se uma embalagem- teste. Para possibilitar comparação com a fase de diagnóstico, o alimento referência utilizado foi igualmente o arroz.

O detalhamento dos resultados obtidos está apresentado no apêndice Q e o gráfico 7 demonstra uma síntese dos resultados.

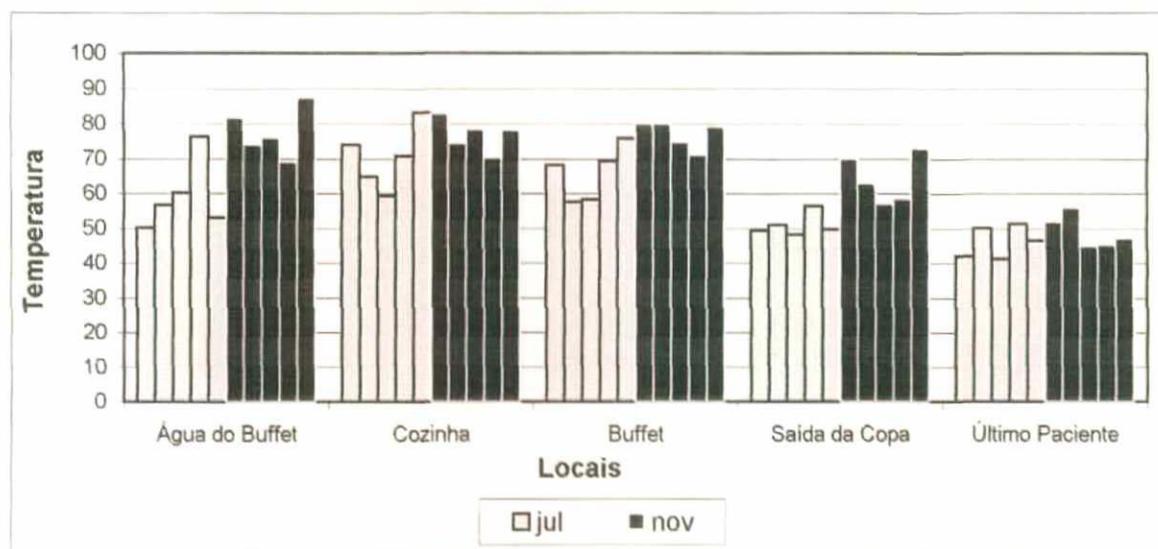
Gráfico 7: Variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – Novembro/2002



2-Avaliação comparativa

Um comparativo pode ser realizado, colocando-se o gráfico obtido na mesma análise realizada no mês de julho.

Gráfico 8: Comparativo das variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – Julho e Novembro/2002



Através da análise comparativa do gráfico, pode-se visualizar os seguintes itens:

- Houve aumento da temperatura da água do *buffet* demonstrando a eficácia da mudança da tensão de alimentação para 220Vac;
- Houve seguimento da orientação de saída do alimento da cozinha com temperaturas superiores à 75°C;
- Houve perda da temperatura do alimento até o último paciente, porém, este recebeu o alimento à temperatura média de 49,1°C, significando 4,78% acima das medições realizadas por ocasião do diagnóstico, chegando-se ao máximo de 56°C;
- Houve aumento significativo em todos os pontos de medição com exceção da chegada do alimento ao último paciente nos 2 últimos dias de medição denotando necessidade de estudo do fluxo para redução do tempo de distribuição;
- Acompanhamento do fluxo de trabalho das copeiras.

Durante o acompanhamento do fluxo de trabalho das copeiras observou-se a necessidade de maior número de equipamentos para fechamento da embalagem térmica de alumínio pois a perda da temperatura deveu-se à parada do fluxo neste momento por haver somente 1 aparelho para lacrá-los. Além deste fator, há ainda

atraso na reposição de alimentos e demora na montagem dos carros de transporte, havendo maior demanda de tempo até a saída dos carros para distribuição, possibilitando a perda da temperatura nesta etapa do processo.

3-Avaliação da opinião dos clientes

Os clientes foram ouvidos seguindo metodologia apresentada na fase 4 da etapa 1 deste capítulo. Os pacientes foram questionados quanto à percepção da temperatura das preparações da embalagem do almoço. Os resultados demonstram que 88,9% dos pacientes consideraram que receberam a comida quente, enquanto 11,1 % percebem a necessidade de aumento desta.

b) Resultados das ações

- Verificação da necessidade de redução do tempo de distribuição e aumento de equipamentos para lacrar a embalagem descartável de alumínio;
- Avaliação comparativa com a situação encontrada na fase de diagnóstico;
- Avaliação da opinião dos clientes demonstrando a necessidade de maior racionalização da distribuição para manutenção da temperatura.

c) Objetivos alcançados

Avaliação da opinião do cliente e detecção de problemas à serem sanados para aumento da temperatura dos alimentos da embalagem do almoço até o último paciente.

5.3.2.4.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

1- Elaboração de ficha monitoramento da temperatura

Uma ficha de aferição diária de temperatura foi elaborada para garantir o monitoramento em todos os momentos do processo. A ficha elaborada está apresentada no apêndice R

2- Treinamento para utilização do impresso de monitoramento da temperatura:

O preenchimento da ficha será realizado pela chefe de cozinha, treinada para emissão de relatório diário à chefia do serviço.

3- Discussão do fluxo de distribuição:

No sistema atual, todos os carros de transporte são preenchidos com as devidas dietas para evitar erros de porcionamento devido variedade de tamanhos de porção dos alimentos para cada tipo de dieta, havendo porém, perdas de temperatura no processo.

Em reunião com as nutricionistas do SND, concluiu-se que a distribuição das dietas nos carros de transporte deve ser realizada em 2 grupos: 4 carros de transporte isotérmicos devem ser preenchidos com todos os tipos de dietas, iniciando-se a distribuição para as Unidades de Internação para em seguida, os outros 4 carros serem preenchidos e transportados.

4- Sistema de contato com o cliente para monitoramento desta etapa

Existe um sistema de envio de relatório de não conformidade, através do Serviço de Atendimento ao Cliente, não havendo necessidade de instituir outras formas de monitoramento.

b) Resultados das ações

- Estudo de soluções para manutenção da temperatura;
- Elaboração de um sistema de monitoramento da temperatura.

c) Objetivos alcançados

- estudo de viabilidades de mudança para melhorias quanto à temperatura do alimento da embalagem descartável do almoço e estabelecimento de *check - list* para monitoramento diário da temperatura.

5.3.3 Parte III do Modelo: Qualidade *off-line*

A parte III do modelo refere-se ao desenvolvimento de recursos humanos. Apesar desta parte ser constituída de uma única etapa, sabe-se que a equipe de trabalho é primordial para o alcance dos objetivos propostos nas partes I e II.

5.3.3.1 Etapa 8 – Desenvolver Recursos Humanos do SND

As ações efetivadas, resultados obtidos e objetivos alcançados com o desenvolvimento da etapa 8, estão descritos a seguir.

5.3.3.1.1 Fase 1: Diagnosticar a situação da característica selecionada

a) Ações efetivadas

1- Obtenção de uma listagem de funções dos funcionários:

Uma listagem de funções dos funcionários foi obtida junto à nutricionista coordenadora do serviço. Verificou-se a existência de 17 funções divididas entre os 53 funcionários.

2- Verificação de especificação de critérios para contratação de funcionários:

No ato do pedido de contratação, o nutricionista utiliza-se de um impresso (anexo B) onde existe um espaço para colocação do grau de escolaridade e perfil. O preenchimento é feito no momento da solicitação, sem qualquer documento de perfil da função.

3- Verificação da existência de sistema de avaliação de funcionários:

Não há um sistema institucional ou setorial de avaliação de desempenho. Após o término da fase de experiência a chefia preenche um impresso que contém as seguintes perguntas referentes ao funcionário cujas respostas são escalonadas em excelente, normal e ruim:

- Adaptação ao trabalho: reação do recém- admitido diante do tipo de ambiente e de trabalho;
- Interesse: entusiasmo demonstrado frente ao novo trabalho;
- Relacionamento social: maior ou menor facilidade de integração ao grupo de trabalho;
- Capacidade de aprendizagem: facilidade com que percebe pontos importantes do treinamento;

- Produção: o tempo gasto pelo empregado na realização qualidade e confiabilidade do trabalho.

A decisão de demitir, efetivar ou prorrogar por mais 30 dias deve ser justificada por extenso pela chefia do serviço.

A ficha preenchida é enviada ao setor de RH como documento de solicitação de efetivação ou não do funcionário.

4- Verificação da existência de sistema de treinamento de funcionários

Na admissão do funcionário há um Programa de Treinamento de Integração de Novos Funcionários. Trata-se de uma reunião para funcionários admitidos em todos os setores, com duração de 7:30h às 17:10h, organizado pela DRH (Divisão de Recursos Humanos) onde ocorre a apresentação dos setores do hospital por parte das chefias de cada serviço. No anexo C está apresentada a programação padrão desenvolvida.

O Serviço de Nutrição e Dietética não dispõe de sistema de treinamento periódico, havendo apenas situações pontuais, na dependência de estagiários do serviço. Segundo as nutricionistas a dificuldade está no fato de que os serviços de alimentação recebem rotineiramente mão-de-obra não qualificada que inicia suas funções sem a noção da importância de seguimento das regras de higiene de manipuladores, o que demanda alto gasto de tempo da chefia, no treinamento em serviço.

b) Resultados das ações

Constatação de que:

- existem 17 funções;
- não há registro de perfil necessário à cada função, sendo elaborado uma listagem de critérios à cada contratação;
- existe uma Reunião de Indução para apresentação dos serviços existentes no hospital para o funcionário que é admitido, não havendo rotina de treinamento de funcionários do setor na admissão;
- não há um sistema setorial ou institucional de avaliação periódica de desempenho do funcionário.

c) Objetivos alcançados

Detecção da necessidade de:

- listagem de funções;
- determinação de perfil de cargo;
- levantamento de conteúdo essencial para treinamento na admissão;
- elaboração de instrumento para avaliação do funcionário.

5.3.3.1.2 Fase 2: Adequar ao conceito de qualidade do cliente

a) Ações efetivadas

1- Listagem de funções e determinação do perfil de cargo:

Houve uma dificuldade inicial relacionada ao grande número de funções existentes no serviço e da falta de um organograma formal de funções.

Numa reunião onde estiveram presentes a Diretora de Recursos Humanos e o representante do DRH do hospital A, discutiu-se a proposta de elaboração de uma listagem de funções adequada à realidade do serviço, com determinação do perfil de cargo. Houve interesse do setor na utilização dos dados como estudo inicial para padronização de funções em todos os Serviços de Nutrição e Dietética dos hospitais da Aliança Saúde, sendo proposta, pelo DRH, a utilização de ficha padronizada pelo setor quanto ao perfil de cargo. (anexo D).

Por orientação do DRH, procedeu-se à um estudo anterior sobre a distribuição de funções no organograma e nomes dos cargos. Houve a preocupação de racionalizar as funções, havendo unificação dos nomes de alguns cargos. Este trabalho foi realizado em conjunto com as 2 nutricionistas do local, reduzindo-se de 17 funções iniciais para 7 funções. O organograma funcional proposto está apresentado abaixo:



Figura 23: Organograma proposto para o Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital A

Para cada uma destas funções determinou-se:

- conhecimento: suporte teórico para executar a tarefa;
- habilidades: o conhecimento transformado em prática para a execução do trabalho;
- atitudes esperadas: predisposição para o trabalho.

Os impressos preenchidos encontram-se no apêndice S.

2- Levantamento de conteúdo necessário para o treinamento anterior ao início do desempenho das funções e montagem de um plano de treinamento:

Ao preencher o espaço “conhecimento” do impresso, obteve-se uma listagem, por função, dos conteúdos necessários para o treinamento inicial. Procedeu-se também a uma entrevista com os nutricionistas do local que responderam à pergunta “quais são os conhecimentos básicos necessários ao funcionário que inicia suas atividades no serviço?”

Pontos em comum foram verificados entre os assuntos relacionados no espaço “conhecimento “ do impresso sobre o perfil do cargo e opiniões dos nutricionistas, resultando em uma única listagem.

A partir destes conteúdos foi organizado um Plano de Treinamento de acordo com modelo proposto por Germano e Germano (2001, p.625), que está apresentado no quadro 8.

Quadro 8: Plano de treinamento inicial do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital A

OBJETIVO ESPECÍFICO (ao final do curso o funcionário deve ser capaz de:)	CONTEÚDO	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> relatar as especificidades do trabalho em um hospital definir alimentação equilibrada pela pirâmide dos alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos da organização O paciente internado Alimentação e saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmica sobre motivação para o trabalho Listar sentimentos do paciente internado Listar o que um paciente espera das pessoas que o atendem Montagem da pirâmide dos alimentos individual (considerando aspectos qualitativos) 	<ul style="list-style-type: none"> Montagem da pirâmide dos alimentos com o cardápio praticado no hospital (considerando aspectos qualitativos) Encenação de um atendimento adequado ao paciente na visão do grupo
<ul style="list-style-type: none"> Indicar formas de evitar a contaminação dos alimentos com uso da temperatura Relatar as formas de conservação da temperatura praticadas no serviço Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual (EPI) 	<ul style="list-style-type: none"> O controle da temperatura dos alimentos como meio de evitar o desenvolvimento de microorganismos Uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI) 	<ul style="list-style-type: none"> Manipulação do termômetro dentro do serviço justificando a sua utilização e apresentando os processos de aquecimento, congelamento, resfriamento Apresentar todos os EPI explicando a correta utilização e os motivos da necessidade de uso 	<ul style="list-style-type: none"> Relato sobre o estado do microorganismo nas diferentes temperaturas de conservação dos alimentos Mímica de situações onde o uso do EPI é essencial
<ul style="list-style-type: none"> Praticar a lavagem adequada das mãos 	<ul style="list-style-type: none"> Meios de contaminação dos alimentos e suas consequências As mãos como meio de contaminação dos alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de cartaz com microorganismos e sua ação nas diferentes temperaturas Dinâmica da higienização das mãos (tinta guache) Dinâmica da contaminação pela mão (purpurina) 	<ul style="list-style-type: none"> Higienização das mãos com sabão na prática

3- Elaboração de instrumento de avaliação do desenvolvimento do trabalho do funcionário:

A diretora de Recursos Humanos sugeriu a elaboração deste instrumento para permitir a formalização do sistema de acompanhamento do funcionário, de forma

que a chefia o conheça e o ajude a desenvolver-se. Este instrumento seria utilizado por ocasião da avaliação de desempenho institucional, para que não houvesse choque desta avaliação setorial com a institucional, cujo plano de implantação existe, porém, sem prazo previsto.

Ao preencher o espaço “Indicadores de Desempenho” contido no impresso inicial, houve a necessidade de se pensar quais os critérios utilizados para avaliar o desempenho para cada um dos cargos propostos.

Os indicadores de desempenho listados foram desdobrados em critérios relacionados ao cumprimento das normas disciplinares, de desempenho técnico e de atitudes e conhecimento no trabalho, dando origem à fichas por função, denominadas “Ficha de diálogo de desenvolvimento”. (apêndice T)

A ficha foi elaborada de maneira que através da escala sempre, quase sempre, raramente ou nunca, o funcionário se auto-avalie em cada item, havendo ao lado, um espaço para a avaliação da chefia.

Ao final, listam-se conjuntamente as sugestões de melhoria, a serem implementadas até a próxima avaliação de maneira que o funcionário esteja ciente de seu papel na instituição(o que a organização e a chefia esperam quanto ao seu desenvolvimento) para que possa saber exatamente em que aspecto deve melhorar.

Foi sugerida uma aplicação deste instrumento, ao término do contrato de experiência, e após, bimestralmente.

b) Resultados das ações

- Obtenção de uma lista de funções com redução do número de funções de 17 para 7 e de montagem do perfil de cargo para contratação;
- Listagem de conteúdo e elaboração do plano de treinamento inicial;
- Elaboração de ficha de diálogo de desenvolvimento entre funcionário e chefia.

c) Objetivos alcançados

Elaboração de perfil de cargo para contratação e formalização do conteúdo e plano de treinamento inicial pós-admissão; sistematização do processo de avaliação de desempenho setorial do funcionário.

5.3.3.1.3 Fase 3: Implantar a melhoria

a) Ações efetivadas

1- Apreciação do Perfil de Cargo e Ficha de Diálogo de Desenvolvimento para aprovação pela DRH:

Após aprovação pela chefia do SND, o material elaborado foi submetido à apreciação do representante do RH nos hospitais. O conteúdo foi discutido e encaminhado por via eletrônica ao setor. Ao RH reservou-se a responsabilidade de estudo de adequação dos funcionários às funções estabelecidas e transferência ou demissão dos mesmos.

2- Execução do Plano de Treinamento Inicial

O treinamento foi realizado com 3 funcionários que encontravam-se em fase de experiência. Por solicitação da Coordenadora do serviço, a Chefe de Cozinha foi incluída no treinamento. Duas professoras do Curso de Nutrição da PUCPR orientaram a realização do programa de treinamento, utilizando dinâmicas de grupo e aulas práticas, evitando-se aulas expositivas, em 2 encontros de 1 hora de duração. As figuras abaixo mostram partes do treinamento.



Figura 24: Montagem da pirâmide dos alimentos com réplicas.

b) Resultados das ações

- Validação do Plano de Treinamento Inicial;
- Validação da Ficha de Diálogo de Desenvolvimento entre funcionário e chefia;
- Adequação de novos funcionários contratados segundo o organograma proposto no perfil de cargo.

c) Objetivos alcançados

Sistematização de instrumento de avaliação e desenvolvimento do funcionário; sistematização de um treinamento inicial; aprovação do Perfil de Cargo.

5.3.3.1.4 Fase 4: Avaliar a implantação da melhoria**a) Ações efetivadas**

1- Solicitação de parecer da aplicação da Ficha de Diálogo de Desenvolvimento para Coordenadora do SND:

Tendo aplicado a Ficha de Diálogo de Desenvolvimento em 3 funcionárias, a nutricionista concluiu que esta evidenciou para as funcionárias “a percepção de sua função e os objetivos de sua atuação” e “...o que o setor espera dele.” Uma das funcionárias com o qual o diálogo foi realizado concluiu que não estava apta às necessidades do serviço, solicitando sua demissão no momento do término da prorrogação de seu período de experiência.

A nutricionista alertou para o fato de que à medida que o perfil de cargo seja efetivamente aplicado pela DRH, haverá maior efetividade nas contratações. Além disso, afirma que a formalização do diálogo com o funcionário pode ser utilizada como “... um instrumento de reflexão para o gestor da área, proporcionando a revisão de seus direcionamentos, reorganização do fluxo de trabalho e percepção de como se desenvolvem as atividades na equipe.”

2- Solicitação de parecer do DRH sobre a Ficha de Diálogo de Desenvolvimento e do Perfil de Cargo elaborados:

Segundo a diretora do DRH, o perfil de cargo elaborado fornece instrumentos para "atividades de recrutamento e seleção e também de creditação e exigências para a certificação ISO9000/2000". Quanto ao diálogo do desenvolvimento considerou "...satisfatório e fundamental para a melhoria contínua do desempenho do ocupante do cargo, bem como para qualidade dos serviços prestados".

3- Revisão do Plano de Treinamento a partir da implantação experimental das etapas cortesia no atendimento, apresentação pessoal e aparência da bandeja de refeição:

Ao plano de treinamento inicial foi acrescida a prática de atitudes de cortesia no atendimento, higiene pessoal e cuidado no porcionamento de alimentos na embalagem. Houve aumento do número de encontros de 2 para 4 encontros de 1 hora. Objetivos, conteúdos, e estratégias sugeridas estão apresentados no quadro 9:

4- Revisão da Ficha de Diálogo de Desenvolvimento:

Como parte da consolidação das etapas implantadas, foi realizada uma revisão para verificação da necessidade de introdução de itens que valorizem o funcionário que atua no sentido de atender às necessidades dos clientes finais. Houve adequação da ficha da chefe de cozinha devido funções de monitoramento, não havendo necessidade de modificações nas fichas dos outros funcionários do SND.

5- Avaliação da possibilidade de nivelamento de funcionários através de um Plano de Treinamento para todos os funcionários do SND:

Devido aos resultados positivos relatados pelo grupo de funcionários que recebeu o treinamento inicial houve iniciativa da nutricionista Coordenadora do SND em solicitar ao grupo de estagiários do curso de nutrição da PUCPR um treinamento envolvendo conteúdos do treinamento inicial revisado para todos os funcionários do serviço.

Quadro 9: Acréscimos ao Plano de Treinamento Inicial

OBJETIVO ESPECÍFICO (ao final do curso o funcionário deve ser capaz de:)	CONTEÚDO	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Listar cuidados de higiene pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> Importância da apresentação pessoal para a higiene e para o paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Cultivar uma placa de ágar-ágar com secreção bucal, nasal, cabelos, unhas e anéis. Apresentar na aula seguinte aos alunos Listar influência da apresentação pessoal de quem serve e prepara a comida 	<ul style="list-style-type: none"> Listar juntamente com os alunos, como evitar a contaminação dos alimentos contemplando também a sua apresentação pessoal
<ul style="list-style-type: none"> Praticar atitudes de cortesia no atendimento ao paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Conceito de cortesia do paciente internado Conceito de cortesia das copeiras 	<ul style="list-style-type: none"> Listar juntamente com o grupo as atitudes de cortesia com os pacientes Confrontar com o conceito de cortesia do paciente internado obtido através da implantação experimental Verificar pontos em comum 	<ul style="list-style-type: none"> Dramatização de situação onde não há cortesia-verificar atitudes para correção da situação
<ul style="list-style-type: none"> Montar corretamente uma bandeja de refeição 	<ul style="list-style-type: none"> Importância da apresentação da bandeja de refeição para a aceitação do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar fotos da bandeja e marmitex elaborada sem cuidado Confrontar com bandeja e marmitex elaborada com cuidado Apresentar o material ilustrado elaborado 	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar o porcionamento cuidadoso Solicitar montagem de bandeja

b) Resultados das ações

- Avaliação da viabilidade de utilização da Ficha de Diálogo de Desenvolvimento e do Perfil de Cargo pela DRH e pelo Serviço de Nutrição e Dietética;
- Agendamento do treinamento com todos os funcionários do SND, baseando-se no Plano de Treinamento Inicial;

- Finalização das fichas de Diálogo de Desenvolvimento e de Perfil de Cargo propostos.

c) Objetivos alcançados

Avaliação positiva das fichas elaboradas e sensibilização da chefia do serviço quanto ao treinamento inicial proposto.

5.3.3.1.5 Fase 5: Consolidar a implantação da melhoria

a) Ações efetivadas

1- Realização de Treinamento com todos os funcionários do SND:

Foi realizado durante a segunda e terceira semanas do mês de novembro, seguindo a proposta do treinamento realizado anteriormente, com um mínimo de tempo de aulas expositivas, utilizando-se como estratégias de dinâmicas de grupo e aulas práticas, trabalhando com o concreto para que os treinandos cheguem às conclusões necessárias.

2- Disponibilização de fichas de Diálogo de Desenvolvimento revisadas e de Perfil de Cargo ao SND:

As fichas definitivas foram encaminhadas ao SND, porém não houve tempo suficiente para aplicação desta em 100% dos funcionários.

b) Resultados das ações

- Nivelamento de todos os funcionários do setor quanto à aspectos básicos para execução de tarefas diárias;
- Disponibilização das Fichas de Diálogo de Desenvolvimento e Perfil de Cargo.

c) Objetivos alcançados

Criação de um sistema de diálogo entre funcionários e chefia, adequado à realidade do local; padronização de funções segundo a realidade do local; treinamento geral de todos os funcionários quanto à aspectos básicos para execução de tarefas diárias.

5.4 Análise das Melhorias Obtidas com a Implantação Experimental

Como indicador de desempenho da melhoria realizada, foi utilizada uma pesquisa de satisfação junto aos pacientes, tendo como premissa que 90% dos pacientes pesquisados deveriam se dizer satisfeitos quanto aos itens do modelo que foram implantados. Para clientes internados num hospital, não há relação de lote e amostra, pois o lote é flutuante. Desta forma, optou-se por trabalhar com uma amostra qualitativa, onde os pacientes clínicos com alimentação por via oral foram categorizados segundo o tipo de dieta, tempo de internação e motivo de internação. Foi utilizado um questionário preenchido pelo entrevistador, devido a fatores específicos do paciente hospitalizado já relatados na metodologia de levantamento de dados do suporte prático, empregando-se a escala de Likert para os graus de satisfação. O questionário encontra-se no apêndice V.

Foram selecionados os pacientes internados em enfermarias pelo SUS, em condições de contatar, sendo portanto eliminados os pacientes com problemas neurológicos. Houve exclusão também de pacientes que internam por motivo de cirurgia, devido seu curto tempo de permanência no hospital - quando são prescritas dietas de consistência líquida ou muitas vezes o jejum, selecionando-se paciente internados para tratamento clínico. Quanto ao tipo de dieta, a pesquisa foi realizada junto aos pacientes com dieta via oral de consistência normal ou branda, pois em outros tipos de dieta há modificação de consistência e exclusão ou limitação de vários tipos de alimentos e condimentos, o que influencia na aceitação por parte do cliente. Os termos *dieta normal* e *dieta branda* encontram-se definidos na metodologia de levantamento de dados, no capítulo 3.

O tempo de internação determinado para que o cliente fizesse parte da amostra foi de período superior a 2 dias de dieta na consistência normal ou branda, para que o paciente tenha experimentado no mínimo 2 refeições, possibilitando, assim, uma análise fidedigna do item questionado. A refeição de referência foi o almoço. A pesquisa foi realizada em 2 dias não consecutivos, de diferentes semanas do mês de novembro.

A tabela abaixo apresenta os resultados da pesquisa realizada com 35 pacientes que atenderam à categorização da amostra.

Tabela 7: Grau de satisfação de clientes internados em relação às características da qualidade

CARACTERÍSTICA	MUITO SATISFEITO		SATISFEITO		INDIFERENTE		POUCO SATISFEITO		INSATISFEITO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aparência visual	15	60	10	40	0	0	0	0	0	0
Temperatura	13	52	10	40	0	0	2	8	0	0
Cortesia	16	64	6	24	0	0	2	8	1	4
Apresentação pessoal	17	68	7	28	0	0	1	4	0	0
Conforto para o ato da alimentação	14	56	7	28	0	0	3	12	1	4

Quando somados os pacientes que relataram estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com as características questionadas, obteve-se como resultados 100% para a aparência visual da bandeja do almoço, 92% para a temperatura de alimentos contidos dentro da embalagem de alumínio descartável e 96% afirmaram que a apresentação pessoal da copeira denota higiene. A mesma somatória, para a característica cortesia da copeira no atendimento resultou em 88% enquanto para a característica conforto para o ato da alimentação obteve-se 84%.

Durante a realização da coleta de dados, verificou-se que os pacientes que responderam estar muito satisfeitos em relação às características pesquisadas referiram-se ao serviço como “nota dez” ou “...se melhorar estraga” denotando atendimento de todas as suas expectativas.

Analisando os resultados isoladamente, chega-se às seguintes considerações:

- Houve extensos elogios à aparência da bandeja de refeição devido à totalidade dos utensílios na bandeja serem descartáveis e as cores das preparações serem estimulantes do apetite;
- Apesar da temperatura de alimentos da cadeia quente não estarem ainda atendendo à qualidade microbiológica – que demanda temperaturas acima de 60°C para os alimentos prontos, a qualidade percebida pelo cliente é de que o alimento está quente, o que não dispensa a necessidade de maiores esforços para alcance da qualidade microbiológica;
- Os pacientes que responderam estar pouco satisfeitos ou insatisfeitos com a característica cortesia no atendimento, totalizando 12%, referiram falta de constância nas atitudes das copeiras, havendo umas mais solícitas do que

outras, mas destacaram que não houve situações de falta de educação ou de atendimento de pedidos;

- d) Apesar da inexistência de uniformes padronizados para as copeiras e de ter sido verificado que critérios de higiene não estavam sendo atendidos na sua totalidade, como foi verificado através da ficha de verificação da apresentação pessoal, o cliente considera que a copeira denota limpeza. Pode-se inferir que haveria, portanto, maior satisfação se houvesse melhoria na aparência pessoal, o que poderia ser conseguido com a implantação dos novos uniformes;
- e) Os entrevistados que referiram estar pouco satisfeitos ou insatisfeitos com a característica conforto para o ato da alimentação, sugeriram a utilização de talheres de aço inoxidável, que em termos de qualidade microbiológica é inferior ao produto descartável, além de demandar maior tempo de higienização que se restringe – no sistema atual – somente ao tempo para lavagem da bandeja, porém, merece maior atenção e estudo. Além deste, outra sugestão de melhoria é a aquisição de mesas de apoio de leito para todos os pacientes, solicitação que já havia sido encaminhada para a Direção Administrativa, aguardando-se uma resposta desta;
- f) Os resultados apresentados demonstram que os critérios determinados para indicar o desempenho da melhoria foram atingidos para as características aparência visual, temperatura dos alimentos da cadeia quente e apresentação pessoal, havendo necessidade de esforços no sentido de aproximar-se mais das expectativas dos clientes nos aspectos cortesia no atendimento e conforto para o ato de se alimentar. Além disso, observou-se que a atuação nas várias etapas de distribuição dos alimentos conduziu à melhoria no processo, que refletiu na melhoria do produto, de acordo com a avaliação efetuada pelo cliente.

Para verificar se, de fato, uma aproximação do produto às características demandadas pelo cliente teriam reflexos também no grau de aceitação da alimentação, foi realizada paralelamente uma pesquisa de aceitação das dietas normal e branda durante 4 dias do mês de novembro, sendo a amostra categorizada

dentro dos critérios apresentados para o levantamento de dados do grau de satisfação.

O questionário foi aplicado pelo entrevistador imediatamente após a ingestão do almoço, possibilitando visualização do percentual do total servido que foi ingerido pelo paciente. A seguir, os pacientes que haviam ingerido menos de 100% da refeição servida eram questionados sobre o motivo da não aceitação da totalidade da refeição servida. O instrumento de coleta de dados utilizado está apresentado no apêndice X e os resultados da pesquisa estão demonstrados nas duas tabelas abaixo.

Tabela 8: Aceitação do almoço de pacientes com dietas normal e branda – novembro 2002

% ACEITAÇÃO	Nº DE PACIENTES	%
0	5	4,7
25	5	4,7
50	10	9,3
75	10	9,3
100	77	72
TOTAL	107	100

Tabela 9: Motivos de não aceitação de pacientes pesquisados

FATORES DE NÃO ACEITAÇÃO	Nº PACIENTES	%
Falta de apetite	11	36,7
Dificuldade de mastigação	---	---
Dificuldade de deglutição	---	---
Dor ao deglutir	---	---
Características organolépticas (cor, sabor, odor)	---	---
Distúrbios gastrointestinais	4	13,3
Quantidade exagerada	9	30,0
Horário	---	---
Não corresponde à suas preferências	3	10,0
Fatores psicológicos	2	6,7
Consistência inadequada da dieta	1	3,3
Quimioterapia	---	---
TOTAL	30	100

Na tabela 8, observa-se que embora a meta a ser atingida seja sempre 100% de aceitação, 81,3% aceitam mais de 75% da refeição servida.

Ao analisar os motivos da recusa de 100% da alimentação verifica-se que:

- a) a maioria relata não ingerir toda a refeição devido à falta de apetite, fator este relativo à doença e ao tratamento. Outros fatores ligados ao estado de

doença do paciente incluem a presença de distúrbios gastrointestinais e fatores psicológicos como depressão, insegurança e medo quanto à evolução da doença totalizando 56,7%;

- b) Um total de 30% dos pacientes afirma que a quantidade é exagerada, indicando a necessidade de ações corretivas urgentes quanto ao tamanho da porção per-capita para cada preparação, pois esta rejeição caracteriza desperdício e maior custo por refeição;
- c) A ocorrência dos fatores consistência inadequada da dieta e não correspondência com as preferências alimentares, totalizando 13,3%, indicam a falta de uma atuação mais efetiva do profissional nutricionista na área de nutrição clínica para maior adequação da prescrição da dieta, o que não está sendo realizado atualmente, havendo uma nutricionista para a coordenação geral e uma para a área de produção.

Através da realização do levantamento de dados sobre a satisfação dos clientes e aceitação da dieta, pôde-se realizar uma avaliação das melhorias a partir dos clientes finais, constituídos pelos pacientes hospitalizados.

Considerou-se relevante o fato de que apesar de não terem todas as suas expectativas atendidas, na situação atual do serviço oferecido pelo SND, número superior à 80% dos pacientes aceitam mais de 75% da alimentação e dizem-se satisfeitos quanto às características de utilização do produto, ou seja, a refeição almoço, nos quesitos trabalhados por ocasião da implantação experimental, comprovando a eficácia da implantação das melhorias.

5.5 Análise da Consistência da Implantação

A introdução de melhorias leva a uma série de mudanças. Sabendo-se que estas mudanças poderiam gerar resistência da parte dos recursos humanos do SND, houve a preocupação de estimular a participação dos funcionários envolvidos em todas as fases. Na fase de diagnóstico, foi realizada entrevista com os funcionários, para que estes emitissem suas opiniões sobre o funcionamento do serviço; na fase de adequação, estes participaram dos testes de viabilidade das modificações; na

fase de implantação foi solicitado constante de auxílio quanto ao fluxo da modificação, mostrando-se previamente a esta, em reunião, as vantagens que seriam trazidas pelas mudanças a serem adotadas; na avaliação, houve *feedback* da chefia apresentando os resultados da implantação segundo a opinião dos pacientes e na fase de consolidação, utilizou-se o acompanhamento da execução das tarefas, possibilitando o contato direto com as nutricionistas no sentido de troca de idéias para aprimoramento do fluxo de trabalho.

Inicialmente, a previsão era de que, devido a existência de algumas funcionárias com muitos anos de trabalho no local, haveria resistência principalmente à introdução do novo sistema de distribuição - com modificações de carros de transporte e bandejas; mas ao contrário, houve cooperação dos funcionários e adesão às mudanças, no momento em que as funcionárias as perceberam como positivas possibilitando que estas transcorressem de forma tranqüila, sem intercorrências.

O tempo de implantação da melhoria foi também calculado de maneira que esta fosse realizada progressivamente, havendo grande preocupação, por parte da coordenação do serviço, de que fosse feita de maneira gradual.

Desta forma, ficou evidenciado que a introdução lenta e gradual, além do cuidado relativo às reuniões e informações aos funcionários fazendo com que se sentissem como parte do processo de implantação, foram fatores decisivos para o sucesso da implantação experimental, além de evitar choques e alterações excessivamente intensas em curto espaço de tempo, fatores estes que diminuem a permanência de resultados alcançados.

Ressalta-se, também, o papel do gerente do serviço no processo de mudança. Apesar dos órgãos oficiais como o Conselho Regional de Nutricionistas preconizarem 1 nutricionista para cada 60 leitos, isso freqüentemente não ocorre - havendo insuficiência de profissionais em muitos hospitais. Desta maneira, a chefia de Nutrição passa a acumular o cargo de gerente e técnico concomitantemente, com tempo reduzido para o planejamento. Isso contribui para que a percepção da necessidade de mudanças fique somente na dependência do surgimento de problemas e reclamações e do bom senso do administrador. A busca das certificações ISO9001:2000 e Acreditação Hospitalar também requerem a elaboração de uma série de documentos que levam à detecção e correção dos

problemas para posterior padronização, o que tem demandado alto tempo dos nutricionistas do local nesta tarefa. Embora a existência de documentos escritos com todos os procedimentos do serviço, não garantam por si só a qualidade do mesmo, os inúmeros cursos realizados pelos nutricionistas dentro do programa de treinamento existente no hospital, com enfoque na qualidade em recursos humanos e na qualidade total além do clima organizacional gerado pela busca das certificações, facilitaram a implantação.

Se o papel principal do gerente é o planejamento de melhorias, pode-se afirmar que deve haver interesse deste na manutenção das melhorias implantadas, na detecção de novas modificações necessárias, sempre aproximando-se mais do conceito de qualidade do cliente, sabendo-se que este é dinâmico, porém, devido à existência de somente 2 nutricionistas no hospital onde ocorreu a implantação experimental, a coordenação das etapas de diagnóstico ficaram à cargo da autora deste trabalho. Quanto à adequação aos conceitos de qualidade do cliente, as soluções propostas foram discutidas com as nutricionistas e com a nutricionista supervisora de estágio em produção, chegando-se a um denominador comum. Já o encaminhamento de questões administrativas realizadas pela chefia do setor e as questões operacionais, trabalhadas com o auxílio da nutricionista de produção e de estagiários da área de produção.

Sugere-se, portanto, que a periodicidade estabelecida para preenchimento das fichas de monitoramento elaboradas sejam respeitadas e que o desenvolvimento dos recursos humanos seja contínuo, pois foi verificada excelente receptividade por parte dos funcionários, na ocasião do treinamento realizado. A implantação efetiva da ficha de *Diálogo de Desenvolvimento* e do *Perfil de Cargo* permitirão a contratação de pessoal dentro das especificações para cada função (apêndice S) e o conhecimento do que exatamente a organização espera do funcionário e vice-versa.

A permanência das melhorias implantadas depende de monitoramento por parte do profissional que gerencia o setor, no sentido de manter todos os procedimentos implantados. Este trabalho é diário. Este monitoramento deve incluir os funcionários de forma que novos problemas sejam diagnosticados para que haja constante realimentação do ciclo adequação, implantação, avaliação e consolidação.

Embora o ideal a ser alcançado seja a noção de que o próximo processo é o cliente que deve ser servido com qualidade, até que haja a consolidação efetiva há necessidade de um sistema de supervisão formal utilizando fichas de acompanhamento e informal, através de supervisão diária para garantir o controle das melhorias implantadas.

A implantação experimental do modelo evidenciou a necessidade de monitoramento constante e planejamento de melhorias em todos os processos que envolvem a produção e distribuição de alimentos no hospital para a detecção de atendimento das necessidades dos clientes e verificação de suas expectativas, além de produzir como efeito do planejamento, a racionalização dos processos do serviço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo descreve as considerações finais, a partir da realização desta pesquisa, ancorada em uma abordagem conceitual da qualidade e aplicada na prática em uma Unidade de Alimentação hospitalar. Para uma análise aprofundada das conclusões finais, organizou-se a descrição destes a partir dos motivos de realização do trabalho, dos objetivos e do confronto dos resultados esperados listados na introdução do trabalho. As dificuldades e limitações encontradas estão relatadas na seqüência, finalizando-se com as recomendações para o SND do hospital A, onde houve a implantação experimental e as recomendações para aprimoramento do modelo proposto.

6.1 Quanto ao motivo de realização deste trabalho

A aceitação da alimentação pelo paciente foi o motivo da realização deste trabalho. Tendo em vista que a aceitação da dieta por parte do paciente é condição fundamental para alcance dos objetivos da dietoterapia de realizar um tratamento através da manutenção ou melhoria do estado nutricional, pode-se afirmar que a aplicação do modelo produziu resultados também no estado de saúde do cliente. A partir dos relatos das melhorias obtidas durante o estudo de caso, constatou-se que, de fato, a adequação aos conceitos de qualidade em alimentação hospitalar do cliente e a implantação das melhorias tiveram como resultado a satisfação do cliente que se refletiu nos níveis de aceitação da alimentação por parte do mesmo.

6.2 Quanto aos objetivos estabelecidos

O alcance do objetivo geral está estreitamente relacionado à execução dos objetivos específicos, portanto, para comprovar o alcance do objetivo geral de "Propor, implantar e avaliar um modelo para estruturação de Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares visando a geração de melhorias quanto à

racionalização do serviço e satisfação do cliente internado”, procede-se à considerações sobre cada objetivo específico estabelecido:

- a) A revisão bibliográfica forneceu suporte teórico para realização do suporte prático e elaboração do modelo. Procurou-se elaborá-lo de forma objetiva, concisa e suficiente para o objetivo proposto. Destacam-se as contribuições do conceito dos ambientes da qualidade *on-line*, *in-line* e *off-line* e de suas estratégias para integralização do modelo e do conceito de melhoramento da qualidade de Juran (1992) que constituiu a fundamentação para o estabelecimento das fases e etapas do modelo. O aprofundamento dos conceitos de qualidade em alimentação de Poulain *et al.*, apresentados por Sousa (2002) possibilitaram o discernimento entre as diversas formas de percepção da qualidade por parte do paciente internado. As observações de Miller (1998) sobre as pesquisas de satisfação do cliente foram essenciais no sentido da realização de levantamento de dados que indicassem caminhos para melhoria e não somente para avaliação do estado de satisfação do cliente. Considera-se portanto, que os objetivos de realização da revisão bibliográfica foram plenamente atingidos;
- b) A realização do suporte prático foi essencial para seleção de características da qualidade consideradas importantes por clientes internados no hospital, que podem ser diferenciados de pacientes que utilizam-se de um restaurante industrial. Assim, possibilitou-se a elaboração de um modelo direcionado à realidade do indivíduo numa situação de doença;
- c) O desenvolvimento do modelo deu-se no sentido de estabelecer passos bem definidos em cada fase, partindo-se dos objetivos e resultados esperados para listar ações necessárias para o alcance dos objetivos para aproximação do conceito de qualidade do cliente hospitalizado. Este processo de construção do modelo direcionou para o planejamento gerando a obrigatoriedade do pensamento voltado para os conceitos teóricos da qualidade e não somente ao empírico. Desta maneira, conduziu a um resultado final que partiu do geral para o específico, que permite a estruturação da UAN desde que o agente responsável pela sua implementação esteja ciente destes conceitos e seja capaz de encontrar soluções criativas e viáveis aos problemas detectados;

- d) A aplicação prática do modelo no hospital A possibilitou a visualização da integralização do modelo, pois ao longo da implantação experimental pôde-se verificar de maneira clara que a partir da necessidade de satisfazer o cliente, relativo à qualidade *on-line*, gerou-se uma série de mudanças no processo produtivo, referente à qualidade *in-line*, que foram implementadas, permitindo concomitantemente a racionalização do serviço. Para dar suporte ao processo de implementação de mudanças foram necessárias e primordiais as intervenções quanto aos recursos humanos do serviço, envolvendo a qualidade *off-line*.

As análises da implantação experimental e da consistência da implantação, no capítulo anterior, confirmam a efetividade do modelo implantado. Observa-se que não houve a exigência da ruptura para implementação das melhorias propostas, havendo pequenos incrementos que trouxeram grandes resultados.

6.3 Quanto aos resultados esperados

Confrontando-se os resultados esperados, discutidos no capítulo introdutório, com os obtidos, conclui-se que:

- a) Não ocorreram diferenças significativas no conceito de qualidade em refeições hospitalares por parte de pacientes internados em apartamentos ou em enfermarias, não confirmando o esperado, constatando-se que os conceitos de pacientes de classes sociais mais altas, em condições financeiras para internação particular ou para pagar um convênio, assemelham-se aos de clientes de condições sócio-econômicas para internação pelo Sistema Único de Saúde;
- b) Historicamente, o Serviço de Nutrição não é visto como lucrativo e sim, como uma fonte permanente de gastos nas organizações hospitalares. Rompendo com este estigma, houve uma contribuição significativa da alta gerência no sentido de autorizar as modificações propostas, independentemente do custo financeiro do mesmo, sendo considerado o custo-benefício para o cliente. Ressalta-se que esta autorização foi realizada baseando-se em estudos

concretos apresentados em forma de documentos, garantindo fundamentação para a tomada de decisões;

- c) Pode-se relacionar a abertura administrativa para mudanças com o processo de certificação ISO9001: 2000 e Acreditação Hospitalar pois as modificações introduzidas atendem também a critérios de certificação que serão auditados, além de criar no ambiente hospitalar o clima de abertura a mudanças, reduzindo a resistência a alterações na rotina por parte dos funcionários do SND. Em contrapartida, pode-se afirmar que a criação de novos processos, a modificação de outros e o registro destas não garantem a continuidade da melhoria, conforme discutido durante a análise da consistência da implantação, no capítulo anterior;
- d) A participação dos funcionários do SND foi surpreendente, tanto durante a implantação das melhorias quanto no treinamento realizado, demonstrando que um clima organizacional favorável, somado à utilização de um modelo que promova o envolvimento destes tem como resultado uma menor resistência à mudança. Destaca-se o *feedback* sobre o desempenho das melhorias aos funcionários do setor para valorização das pessoas na concretização dos objetivos do serviço.
- e) A implantação das melhorias levou ao estabelecimento de instrumentos para monitoramento continuado utilizando-se fichas de monitoramento, planos de treinamento e *check-lists* sendo estas formas de acompanhamento vinculados ao diálogo de desenvolvimento para compreensão por parte do funcionário das expectativas da organização e do serviço em relação à realização de suas funções. Ao longo da implantação foram disponibilizados recursos para produção da qualidade quanto às características implantadas;
- f) A fase de adequação permitiu a geração de soluções relacionadas ao conceito de qualidade do cliente, dentro da realidade do local, seja no aspecto de recursos humanos como de recursos materiais. Neste momento, a criatividade foi essencial. Esta criatividade e capacidade de inovação do profissional nutricionista deve-se em parte ao conhecimento técnico e teórico da nutrição somadas às vivências e experimentações relacionadas à gerenciamento do SND mas a visão da qualidade que está sendo desenvolvida dentro da empresa através da busca das certificações

possibilitou a valorização do aspecto satisfação das necessidades do cliente, rompendo-se com aspectos técnicos tradicionais ou somente financeiros na busca de soluções;

Os resultados obtidos a partir da implantação experimental do modelo para as características propostas, numa situação real, demonstram a viabilidade e a compatibilidade do modelo implantado segundo a realidade encontrada no hospital A. Obteve-se neste, uma melhoria da qualidade da refeição hospitalar (almoço) comprovada pela pesquisa de satisfação do cliente internado.

6.4 Quanto ao suporte prático

A especificidade do cliente internado no hospital – um cliente que se pudesse, escolheria não ter que se tornar cliente de quaisquer hospitais, carente de atenção, temeroso de seu futuro, distante de sua rotina diária e de seus familiares – torna primordial a avaliação dos determinantes da qualidade para refeições hospitalares.

Sabe-se que o paciente procura um hospital, buscando tratamento clínico, e não propriamente para alimentar-se, mas a alimentação do paciente hospitalizado é parte deste tratamento. Estando a alimentação oferecida dentro do conceito de qualidade dos pacientes, estes aceitarão melhor a alimentação, fazendo com que a dieta cumpra com maior eficácia o seu papel no tratamento do paciente. Dentro desse pressuposto, antes de se fazer uma pesquisa para verificar a satisfação do cliente com o produto comprado, no caso a refeição hospitalar, deve-se conhecer as reais necessidades destes clientes. Estas informações são o ponto de partida para o desenvolvimento de quaisquer atividades direcionadas à adequação ao uso e à melhoria contínua.

Os conceitos do QFD para traduzir as exigências dos clientes em características da qualidade em refeições hospitalares foram úteis para atingir um resultado confiável quanto a este aspecto. O fato do QFD orientar para a elaboração de um questionário inicialmente concebido a partir da opinião dos nutricionistas e estagiários em contato direto com o paciente, fez com que houvesse uma interação entre o que o profissional nutricionista – responsável pelo gerenciamento da UAN e

representante da organização hospitalar - tem como conceito, com o que o paciente realmente considera necessário.

A partir do estabelecimento de um questionário definitivo, foram coletados dados sobre os graus de importância que os pacientes atribuíram a cada característica, obtendo-se, ao final, uma escala de prioridades, havendo o cuidado de realizar a pesquisa junto a pacientes que tivessem no mínimo dois dias de experiência de consumo.

Apesar da uniformidade entre os conceitos de pacientes internados em apartamentos e enfermarias e entre os dois hospitais pesquisados, não se pode afirmar que estas características sejam uma listagem definitiva. Sabe-se que as necessidades dos clientes estão sempre em mudança, recebendo influências de novas tecnologias, do mercado e do contexto em que vivemos, podendo-se criar novas necessidades ou alterar a prioridade atribuída às necessidades enumeradas nesta pesquisa.

As informações coletadas serviram de base para o modelo proposto, construído de forma que passo a passo, as ações necessárias à viabilização das características verificadas como necessidades dos clientes fossem obtidas nos processos do serviço. Conclui-se, portanto, que o conhecimento do que o consumidor quer, serve de base para o planejamento de melhorias.

6.5 Quanto à generalização do modelo proposto

Serão descritas algumas conclusões gerais referentes ao modelo proposto que reforçam conceitos teóricos relativos a fatores que originam a qualidade, confirmando a viabilidade da generalização do modelo proposto.

A qualidade requer planejamento. Ao elaborar um modelo a partir do conceito de qualidade sob o ponto de vista do cliente, viabiliza-se um planejamento eficaz de ações para o alcance da qualidade almejada, dentro de um processo a ser construído passo a passo. Estes passos envolvem as fases de diagnóstico, adequação, implantação, avaliação e consolidação, determinando-se para cada fase, objetivos viáveis para a realidade, buscando assim, resultados compatíveis com as ações desenvolvidas. A próxima fase será iniciada somente com a

consecução da fase imediatamente anterior, de forma que a construção possa ocorrer de maneira organizada. A organização de idéias e ações promovida, privilegia o planejamento e por conseguinte, o modelo propõe uma atuação pensada, calculada e não baseada somente na vontade, no empirismo ou na intuição da gerência.

Qualidade requer comprometimento, esforço e dedicação de pessoas que concretizam o plano de melhorias. Desde que o planejamento das etapas contemple a participação e o envolvimento dos recursos humanos do serviço e que as mudanças sejam realizadas dentro de um horizonte a curto, médio ou longo prazo, de acordo com a realidade, gera-se uma menor resistência à mudança.

Qualidade requer ação gerencial. O planejamento e a concretização do plano, descritos nos parágrafos anteriores, demandam a ação da gerência do serviço no esforço pela qualidade. São eles que estão em contato direto com a rotina do serviço, com os funcionários e podem planejar, determinar prazos e promover envolvimento da mão-de-obra. As habilidades de conhecimento técnico-administrativo não podem ser esquecidas, porém, verifica-se que o pensamento criativo, a experiência, o conhecimento de outros serviços semelhantes e a visão dos conceitos de qualidade devem também estar presentes para uma busca de soluções que, de fato, levem a resultados favoráveis. O apoio da alta administração e a existência de um programa de qualidade institucional é essencial no incentivo à busca da qualidade, no treinamento de seus gerentes e funcionários, na oportunização da criação de um clima organizacional positivo para a qualidade na autorização de melhorias que envolvam custos, mas deve haver uma ação efetiva do gerente do serviço em fornecer subsídios fundamentados na realidade para a tomada de decisões da alta gerência, o que torna-se possível na fase de adequação do modelo.

Qualidade nem sempre requer altos investimentos. O confronto entre o que o consumidor quer com o que lhe está sendo oferecido atualmente indica caminhos para a melhoria a ser implementada, sem necessariamente implicar em aumento de custos, chegando-se à grandes resultados a partir de pequenos investimentos. O enfoque na otimização dos processos levam à racionalização de processos e, por conseguinte, à minimização de custos. Dentro de um SND visto como setor que demanda alto custo da organização, a otimização de processos e a busca da

qualidade no conceito do cliente podem gerar redução de custos, à medida que um paciente bem nutrido reage melhor ao tratamento, liberando leitos em menor espaço de tempo, permitindo maior rotatividade de leitos; o que representa aumento de ganhos para o hospital.

Qualidade requer controles. Não basta a conscientização dos funcionários para que a melhoria implantada continue. O acompanhamento de atividades que levam aos resultados considerados importantes para o cliente necessita ser constante e garante a consistência da implantação realizada.

Qualidade pressupõe melhoria contínua. O conceito de qualidade do cliente é dinâmico e não estático, necessitando, portanto, ser constantemente avaliado, fornecendo subsídios para o reinício das etapas de diagnóstico, adequação, implantação, avaliação e consolidação. Ressalta-se que seguindo a premissa da melhoria contínua, o modelo proposto necessita ser continuamente revisado e aprimorado, não se encerrando através deste trabalho.

Em resumo, conclui-se a partir das afirmações anteriores que o modelo proposto foi construído sobre base sólida, tendo como fundamento os princípios do planejamento da qualidade, e que sua validade e aplicabilidade foi confirmada através da implantação experimental, trazendo como contribuição científica uma interface da engenharia da produção com a ciência da nutrição.

Pode-se afirmar também que este trabalho apresenta um modelo que constitui ferramenta gerencial útil ao nutricionista que coordena uma UAN por permitir melhoria global da qualidade do serviço oferecido ao cliente, trazendo benefícios se generalizado para outros serviços de nutrição hospitalares.

6.6 Dificuldades e Limitações

Algumas dificuldades e limitações encontradas por ocasião da implantação experimental devem ser descritas:

- a) A ausência das nutricionistas do local, devido aos inúmeros cursos e reuniões dificultou a agilização da implantação experimental e uma participação mais efetiva destas nos treinamentos efetuados, na avaliação e no acompanhamento passo a passo da implantação realizada;

- b) A implantação experimental ficou limitada à refeição principal, mesmo sendo necessárias melhorias em relação às outras refeições principais, quais sejam desjejum e jantar;
- c) A extrema simplicidade e/ou o baixo nível de escolaridade de alguns pacientes exigiu a especificação de perguntas realizadas durante a pesquisa de satisfação, demandando alta capacidade de comunicação e de síntese do entrevistador;
- d) Apesar da criação de instrumentos de monitoramento não houve tempo suficiente para elaboração de sistemas de controle informatizados para maior rapidez na obtenção de resultados de pesquisas de opinião, satisfação e aceitação do cliente;
- e) Inexistência de um sistema de avaliação de desempenho institucional para valorização do trabalho bem executado pelo funcionário por parte da organização e não somente da gerência do setor;
- f) Inviabilidade da implantação das ações relacionadas às características *higiene de alimentos e variação de preparações e sabor* devido o momento do serviço, impossibilitando a validação das mesmas;

Ressalta-se que, apesar de apresentar um modelo válido para as variáveis testadas, não se pretende estabelecê-lo como caminho único para obtenção de resultados referentes à qualidade em refeições hospitalares.

6.7 Recomendações

As recomendações apresentadas a seguir, visam a continuidade desta pesquisa e indicam caminhos para aprimoramento do modelo. Este trabalho finaliza-se com algumas sugestões de temas para trabalhos futuros.

- a) Para o SND do hospital A recomenda-se:
 - Ações permanentes de monitoramento da implantação realizada no hospital A devem ocorrer para garantir a continuidade das modificações implantadas;
 - A periodicidade de aplicação das fichas de monitoramento deve ser respeitada;

- Aplicar a Ficha de *Diálogo de Desenvolvimento* para a totalidade dos funcionários para compreensão do seu papel dentro do SND e da organização;
- Aplicar o modelo na sua totalidade, contemplando também as características relativas à *higiene dos alimentos e sabor e variação de preparações*, o que pode aumentar o percentual de aceitação da dieta;
- Aplicar o modelo para outras refeições, como desjejum, merenda, jantar e ceia;
- Adaptar as melhorias implantadas na descrição de atividades diárias dos funcionários;
- Implantação efetiva do programa de treinamento inicial para o funcionário recém-admitido;
- Viabilizar um trabalho de nutrição clínica para maior adequação da dieta à situação patológica de cada paciente.

Para aperfeiçoamento do modelo recomenda-se:

- a) Aplicação prática do modelo em outras Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares;
- b) Elaboração de um sistema de controle de processos para monitoramento constante proporcionando instrumentos para melhoria contínua;
- c) Aplicação prática das ações propostas para as características *higiene dos alimentos e sabor e variação de preparações* para validação das mesmas.
- d) Extensão do modelo para outros processos existentes na UAN como recebimento e pré-preparo.

Como temas de trabalhos futuros, recomenda-se:

- a) *Benchmarking* com restaurantes de hotéis e UAN de hospitais considerados de alto nível de qualidade ;
- b) Estudo de aspectos estéticos e funcionais do ambiente onde a refeição do paciente hospitalizado é realizada e sua interferência na aceitação da alimentação como base para estudo de viabilidade de implantação de um restaurante para pacientes que têm condições de caminhar;

- c) Implantação e avaliação de cardápios *à la carte* para maior atendimento das preferências do cliente;
- d) Estudo de viabilidade de aplicação de novas tecnologias como a produção em série de dietas especiais em unidades centralizadas, mantidas sob congelamento e transportadas a outras unidades hospitalares;
- e) Determinação de características de controle do processo e estabelecimento de gráfico de controle das características com limites de controle desejável para Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares e industriais;
- f) Aplicação do método *Poka-yoke* no processo de porcionamento de alimentos na bandeja de refeição hospitalar, nos diferentes tipos de dietas especiais com a finalidade de evitar erros quantitativos e qualitativos que trariam conseqüências negativas ao tratamento dietoterápico do paciente;
- g) Aplicação da escala Servqual para mensuração da qualidade do serviço oferecido pela Unidade de Alimentação e Nutrição;
- h) Elaboração e aplicação de um modelo de avaliação da habilidade e motivação da mão-de-obra da Unidade de Alimentação e Nutrição para o trabalho.

Encerra-se aqui esta pesquisa, na expectativa de que as informações obtidas através da realização da mesma sejam fonte de idéias para o desenvolvimento de novos trabalhos relacionados à aplicação dos conceitos de qualidade nas Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares.

REFERÊNCIAS

AKAO, Y. **Introdução ao desdobramento da qualidade**. Belo Horizonte:UFMG/Fundação Christiano Ottoni, 1996, 187p.

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 PUCAMP**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 241-260, set./dez., 1999.

AUGUSTO, A. L. P. *et al.* **Terapia nutricional**. São Paulo: Atheneu, 1999. 293p.

BROCKA, B.; BROCKA, M. S. **Gerenciamento da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 1994. 427p.

CARVALHO, A. B. M de. Entendendo a essência das mudanças. **Revista Banas Qualidade - Suplemento especial**, São Paulo, ano 11, n. 117, p. 2-7, fev., 2002.

CHAUDRHY, P. E.; CHAUDRHY, S. S. Managerial perceptions of quality control in japanese businesses. **Production and Inventory Management Journal**, v. 41, n. 4, p. 34-39, fourth quarter, 2000.

CHENG, L.C. *et al.* **QFD:Planejamento da qualidade**. Belo Horizonte:UFMG/Fundação Christiano Ottoni, 1995, 261p.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. A. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. Porto Alegre: Bookman, 2000, 537p.

GARDNER, B. What do customers value? **Quality Progress**, v. 34, n. 11, p. 41-48, nov., 2001.

GERMANO, P. M. L.; GERMANO, M. I. S. **Higiene e vigilância sanitária de alimentos**. São Paulo: Varela, 2001, 629p.

GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços**. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, E. L.; ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **RAE- Revista de Administração de Empresas/FGV-EAESP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 84-97, jan. /mar., 1999.

GORDON, D. K. Columin: standards outlook: caveat emptor **Quality Progress**, v. 34, n. 8, p. 80-82, aug., 2001.

HOYER, R. W.; HOYER B. V. What is Quality? **Quality Progress**, v. 34, n. 7, p. 53-82, jul., 2001.

ISHIKAWA, K. **Controle da qualidade total à maneira japonesa**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto**. São Paulo: Pioneira, 1992.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

LEMOS, M. P.; PROENÇA, R. P. C. **Contribuições da ergonomia na melhoria da qualidade higiênico-sanitária de refeições coletivas : um estudo de caso**.

Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis. Disponível em:

<http://www.eps.ufsc.br/disserta99/lemos/index.html>

MALIK, A. M. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **RAE-Revista de Administração de Empresas/FGV-EAESP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, jul./set., 2001.

MARCHETTI, R.; PRADO P. H. M. Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. **RAE-Revista de Administração de Empresas/FGV-EAESP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 56-67, out./dez., 2001.

MARTINS, C; MORIMOTO, I. M. I.; SAVI, F. C.; MEYER, L. R. **Manual de Dietas Hospitalares**. Curitiba: Nutroclínica, 2000.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**. São Paulo: Projeto editorial da UnG, 1995.

MILLER, K. Are your surveys only suitable for wrapping fish? **Quality Progress**, v. 31, n. 12, p. 47-50, dec., 1998.

MOORE, D. Funcionários felizes = clientes satisfeitos. **Revista Banas Qualidade**, São Paulo, ano 9, n. 95, p. 70-75, abr., 2000.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 1996. *

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Pelotas: Educat, 2001. 198p. 5

PALADINI, E. **Gestão da qualidade no processo**. São Paulo: Atlas, 1995. }

_____. **Qualidade total na prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997. }

PIERACCIANI, W. Qualidade hospitalar no Brasil. **Revista Banas Qualidade**, São Paulo, ano X, v. 110, p. 20-25, jul., 2001. *

PLSEK, P. E. Creative thinking for surprising quality. **Quality Progress**, v. 33, n. 5, p. 67-73, may., 2000.

REIS, D.; PEÑA, L. Linking customer satisfaction, quality and strategic planning. **RAE-Revista de Administração de Empresas/FGV-EAESP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 34-38, jan./mar., 2000.

RESK, S. S. Brasil: busca da isonomia do sistema de saúde. **Revista Banas Qualidade**, São Paulo, ano 10, n. 105, p. 30-34, fev., 2001.

ROMANO, C. Cliente feliz é cliente fiel? **HSM Management**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 48-56, jul./ago., 1997.

SCHIFFMAN, L. G.; KANUK, L. L. **Comportamento do consumidor**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

SCHILLING, M. **Qualidade em nutrição**. 2. ed. São Paulo: Varela, 1998. ✖

SHIBA, S; GRAHAM, A; WALDEN, D. **TQM-quatro revoluções na gestão da qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 1997.

SOUSA, A. A. A interação entre a terapia nutricional e a produção de refeições: repensando a função da alimentação hospitalar. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, ano X, n. 53, p. 17-21, mar./abr., 2002. ✖

TAUBLIB, D. **Controle de qualidade total-da teoria à prática em um grande hospital**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998. 179p. ✖

TEIXEIRA, S. M. F. G. *et al.* **Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **RAE-Revista de Administração de Empresas/FGV-EAESP**, São Paulo, p. 44-55, out./dez., 2001.

WAITZBERG, D. *et al.* Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 124-134, abr./mai./jun., 1999.

WILLIAMS, S. R. **Fundamentos de nutrição e dietoterapia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WRIGHT, T. ISO9001 sem sofrimento. **Revista Banas Qualidade**, São Paulo, ano 11, n. 119, p. 10-15, abr., 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de coleta de dados para suporte prático

Quarto/leito: _____ nome: _____ entrevistadora: _____ DATA: _____

() particular () convênio () SUS

QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE O GRAU DE IMPORTÂNCIA DE CADA ITEM AO DEFINIR UMA REFEIÇÃO DE QUALIDADE?

Crítérios	Muito import	Import	Indif	Pouco import	Sem import
Aparência visual					
Sabor					
Temperatura adequada dos alimentos					
Cardápio variado					
Higiene dos alimentos					
Cortesia no atendimento					
Aparência dos funcionários que servem					
Utensílios adequados para alimentar-se (embalagem, bandeja, talheres)					
Condições adequadas para alimentar-se (móveis)					
Outros. Quais?					

novembro/2001

UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

NORMAS PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO SOBRE CONCEITO DE QUALIDADE PARA PACIENTES SUS E PARTICULAR/CONVÊNIOS

Este questionário tem como objetivo verificar qual o conceito de refeição de qualidade do cliente interno, visando direcionar o trabalho para o atendimento das expectativas do cliente. Solicitamos portanto, o preenchimento com o máximo de atenção e seriedade.

Deve ser aplicado somente para pacientes que tiverem condição de responder ao questionário individualmente, não podendo ser respondido por acompanhantes, bem como pelo pessoal de enfermagem.

São sujeitos da pesquisa, pacientes em tratamento clínico, excluindo pacientes que internaram para realização de cirurgia eletiva e que tenham tempo de internação superior à 2 dias.

Procedimento:

1) Esclarecer que está realizando uma pesquisa e perguntar o que significa para ele, uma refeição hospitalar de qualidade.

2) Anotar no questionário as respostas obtidas.

3) Baseando-se nos critérios apresentados, perguntar o grau de importância que tem cada item no conceito de qualidade para o cliente. Ex.: se disser que está tudo bem porque a comida vem quente, limpa e as pessoas atendem bem, observa-se que citou os critérios temperatura, higiene e cortesia no atendimento. Perguntar se isso é o principal para que ele defina aquela como uma "boa comida de hospital". Prosseguir colocando o grau: muito importante, importante.

4) Para os outros critérios perguntar a opinião. Se a resposta for "para mim tanto faz" assinalar o "indiferente". Se disser que não é importante, assinalar o sem importância. Se ficar em dúvida entre indiferente e sem importância, assinalar o "pouco importante".

5) Adequar os termos ao nível de linguagem do paciente e perguntar insistentemente de forma que ele forneça uma escala de importância para cada item.

Quaisquer observações feitas pelo paciente que não constem da listagem devem ser colocados no espaço OUTROS, descrevendo em texto as afirmações do paciente.

APÊNDICE B – Resultados da pesquisa Hospital A – Apartamentos

TABELA 1 – Grau de importância de características da qualidade de refeições hospitalares - Hospital A - Apartamentos

Características	Muito importante		Importante		Indiferente		Pouco importante		Sem importância	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aparência Visual	11	68,75	5	31,25	0	0	0	0	0	0
Sabor	6	37,5	9	56,25	1	6,25	0	0	0	0
Temperatura adequada dos alimentos	10	62,5	5	31,25	1	6,25	0	0	0	0
Cardápio Variado	10	62,5	4	25	2	12,5	0	0	0	0
Higiene dos Alimentos	13	81,25	3	18,75	0	0	0	0	0	0
Cortesia no atendimento	11	68,75	5	31,25	0	0	0	0	0	0
Aparência dos funcionários	13	81,25	3	18,75	0	0	0	0	0	0
Utensílios adequados para alimentar-se	11	68,75	4	25	1	6,25	0	0	0	0
Condições adequadas para alimentar-se	8	50	6	37,5	2	12,5	0	0	0	0

FONTE: material de pesquisa

APÊNDICE C – Resultados da Pesquisa Hospital A – Enfermarias

TABELA 2 – Grau de importância de características da qualidade de refeições hospitalares - Hospital A – Enfermaria

Características	Muito Importante		Importante		Indiferente		Pouco Importante		Sem Importância	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aparência Visuat	27	33,75	35	43,75	15	18,75	1	1,25	2	2,5
Sabor	41	51,25	28	35	10	12,5	1	1,25	0	0
Temperatura adequada dos alimentos	33	41,25	29	36,25	13	16,25	4	5	1	1,25
Cardápio Variado	18	22,5	35	43,75	21	26,25	3	3,75	3	3,75
Higiene dos Alimentos	66	82,5	13	16,25	0	0	0	0	1	1,25
Cortesia no atendimento	39	48,75	32	40	7	8,75	2	2,5	0	0
Aparência dos funcionários	33	41,25	24	30	17	21,25	5	6,25	1	1,25
Utensílios adequados para alimentar-se	23	28,75	29	36,25	20	25	3	3,75	5	6,25
Condições adequadas para alimentar-se	21	26,25	20	25	32	40	4	5	3	3,75

FONTE: material de pesquisa

APÊNDICE D – Resultados da pesquisa Hospital B – Apartamentos

TABELA 3 – Grau de importância de características da qualidade de refeições hospitalares - Hospital B – Apartamentos

Características	Muito importante		Importante		Indiferente		Pouco importante		Sem importância	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aparência Visual	5	25	10	50	4	20	1	5	0	0
Sabor	12	60	8	40	0	0	0	0	0	0
Temperatura adequada dos alimentos	8	40	10	50	2	10	0	0	0	0
Cardápio Variado	9	45	9	45	1	5	1	5	0	0
Higiene dos Alimentos	15	75	4	20	1	5	0	0	0	0
Cortesia no atendimento	4	20	5	25	8	40	3	15	0	0
Aparência dos funcionários	4	20	3	15	5	25	7	35	1	5
Utensílios adequados para alimentar-se	3	15	7	35	7	35	3	15	0	0
Condições adequadas para alimentar-se	1	5	9	45	7	35	3	15	0	0

FONTE: material de pesquisa

APÊNDICE E – Resultados da pesquisa Hospital B – Enfermarias

Tabela 4 – Grau de importância de características da qualidade de refeições hospitalares – Hospital B – Enfermaria

Características	Muito Importante		Importante		Indiferente		Pouco Importante		Sem Importância	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aparência Visual	33	33	39	39	23	23	3	3	2	2
Sabor	67	67	24	24	8	8	1	1	0	0
Temperatura adequada dos alimentos	38	38	41	41	17	17	4	4	0	0
Cardápio Variado	41	41	22	22	29	29	5	5	3	3
Higiene dos Alimentos	90	90	10	10	0	0	0	0	0	0
Cortesia no atendimento	45	45	38	38	13	13	4	4	0	0
Aparência dos funcionários	35	35	34	34	25	25	5	5	1	1
Utensílios adequados para alimentar-se	23	23	34	34	30	30	7	7	6	6
Condições adequadas para alimentar-se	22	22	29	29	38	38	8	8	3	3

FONTE: material de pesquisa

APÊNDICE F – Condições Adequadas para Alimentação

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA

UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Condições adequadas para alimentação(embalagem, utensílio, bandeja, mobília)

Situação atual(observar no momento da alimentação:	O que falta para que o paciente se sinta completamente confortável no momento da alimentação segundo observação	Modificações a serem implantadas
<p>←Almoço</p> <p>Enfermarias</p> <p>talheres apropriados para o cardápio: colher descartável</p> <p>bandejas de apoio: inexistente</p> <p>firmeza da embalagem: marmitex de alumínio contato da embalagem com o paciente: impedido pelo uso de travesseiros, toalhas dobradas sobre o colo do paciente</p> <p>mobiliário do quarto(mesas de apoio, etc): armário lateral, baixo, de difícil uso pelo paciente</p>	<p>bandeja de apoio para evitar uso de travesseiros como apoio,</p> <p>reestudar uso e resistência da colher ou colocar um cardápio adequado ao uso da colher(pedaços pequenos)</p> <p>Introdução de garfo e faca descartáveis para alimentação</p>	<p>Garfo descartável</p> <p>Bandeja de apoio</p>

Opinião de 20 pacientes: Sente-se confortável para alimentar-se?

ENFERMARIA

- "Para comer tem que ser na mesa! Além do que o pedaço de carne é grande demais... Como o marmitex é quente nós temos que dobrar a cobertura para não se queimar. Falta garfo e faca e o guardanapo poderia ser maior"
- "Como o marmitex é mole e quente, queria pelo menos uma bandeja para apoiar. A colher, que é de plástico, quebra com facilidade. A carne vem em pedaços muito grandes, temos que pegar com a mão para conseguir comer. O guardanapo é pequeno e vem pouco. O pão vem embalado, isso é muito higiênico. No jantar temos a mesma dificuldade. O recipiente tem que ser mais resistente."
- "Não há problema nenhum com a comida. A gente dá um jeito para apoiar o marmitex, põem na cama, no armazinho (que fica ao lado da cama). Não tenho do que reclamar, tá tudo bem...ah a carne é grande, não dá para cortar com a colher. Eu não quero reclamar, fui muito bem tratado aqui por todos, mas poderia vir com garfo e faca."
- "Eu como bem, mas acho que o marmitex é muito mole e quente para que a gente tenha que pegar na mão. Em outros quartos (apartamentos) existem 'mesas de apoio' o que é ideal para que possa comer bem. Ontem na janta o bife veio quase do tamanho do marmitex, poderia vir garfo e faca. O pão vem em saquinho, assim não suja com farelo."
- "Eu me sinto estranho comendo sem o garfo e faca, é como sair sem roupa... Quando eu internei em outro hospital eles tinham mesas reguláveis (mesas de apoio) o que aqui seria ótimo, não só para mim mas para pessoas que estão com uma doença mais séria e não conseguem se sentar para comer. O pão vem embalado e com esse saquinho os farelos não caem na cama ficam dentro dele."

APÊNDICE G – Aparência Do Cardápio Servido

APARÊNCIA DO CARDAPIO SERVIDO – avaliar cortes, consistências, cor, formato, quantidade UAN SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DESJEJUM			
ALMOÇO SEGUNDA FEIRA			
Normal	descrição	Fatores que interferem na aparência final	Sugestões de modificações
N F E R M A R I A	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Iscas de carne ao molho • Polenta mole • Chuchu refogado. • Salada de couve manteiga em tiras finas • Sobremesa: laranja picada 	<ul style="list-style-type: none"> • polenta com consistência mole • chuchu com corte em fatias e consistência firme • mudança da sobremesa para gelatina de maracujá com creme de baunilha. • Mudança para salada de alface • Embora determinado o corte em iscas, cortado em pedaços grandes 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem fatores. • Adequação do corte para iscas para facilitar a ingestão com o uso da colher(verificar a compreensão do conceito de iscas)
ALMOÇO TERÇA FEIRA			
N F E R M A R I A S	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Iscas de frango grelhadas • Panqueca de legumes • Cenoura Sauté • Salada: tomate fatiado • Sobremesa: gelatina de morango 	<ul style="list-style-type: none"> • Macarrão conchinha substituindo a panqueca de legumes • Tomate fatiado em gomos no copo • Consistência adequada da cenoura em cubos, não derretendo • Macarrão ao ponto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito colorido • Cenoura+ tomate + gelatina • Feijão sendo colocado no fundo do marmite(x)houve comentário da própria copeira de que com isto o marmite(x) ficava quente e sem forma) • Aparência no marmite(x) inadequado, sem preocupação de criar espaços diferentes para cada preparação, sem estética definida
		Fatores que interferem na aparência final	Sugestões de modificações

ALMOÇO QUARTA FEIRA			
	Normal	descrição	Fatores que interferem na aparência final
N F E R M A R I A S	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Carne moída com molho • Purê de batatas • Couve-flor gratinada. • Salada: alface crespa • Sobremesa: pudim de baunilha 	<ul style="list-style-type: none"> • Purê consistência cremosa • Carne moída com pouco molho(seco) • Corte e consistência do chuchu ok 	<ul style="list-style-type: none"> • Composição final esbranquiçada e de cor creme, apesar das preparações isoladas apresentarem-se adequadas
			Sugestões de modificações <ul style="list-style-type: none"> • Sobremesa mais colorida • Mais molho na carne moída
ALMOÇO QUINTA FEIRA			
	Normal	descrição	Fatores que interferem na aparência final
N F E R M A R I A	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Carne picada com molho • Suflé de legumes • Batata salsa • Salada: chicória em tiras • Sobremesa: gelatina de morango 	<ul style="list-style-type: none"> • Batata com cortes irregulares • Souflé assado na cuba do buffet • Carne com corte adequado 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcionamento sem preocupação em criar espaços para cada preparação
			Sugestões de modificações <ul style="list-style-type: none"> • Souflé em fômas mais rasas e em maior número • Cortar batata de maneira uniforme
ALMOÇO SEXTA FEIRA			
	Normal	descrição	Fatores que interferem na aparência final
N F E R M A R I A S	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz e feijão • Posta em pedaços • Nhoque • Refogado de brócolis • Salada de alface roxa em tiras • Sobremesa: salada de frutas 	<ul style="list-style-type: none"> • Posta cortada em pedaços muito grandes, portanto impossível de comer com colher • Brócolis cozido demais e picado irregularmente havendo perda da cor 	<ul style="list-style-type: none"> • Cor do refogado • Distribuição no marmite sem preocupação de criar espaços específicos para cada preparação
			Sugestões de modificações <ul style="list-style-type: none"> • Cortar brócoli em flor e cuidar com o tempo de cozimento evitando perda da cor • Picar posta em pedaços pequenos para possibilitar ingestão com colher

OPINIÃO DE PACIENTES DE ENFERMARIAS COM RELAÇÃO À APRESENTAÇÃO VISUAL

- Enf. A "Aqui é tudo limpo, o comida vem embalada- muito higiênico- as copeiras são muito simpáticas e atenciosas."
- Enf. B "Olha, eu já fiquei internada em vários hospitais, e acho a Santa Casa a mais limpa, higiênica e organizada com a comida."
- Enf. C "Quase todo o mês minha filha interna aqui, e sempre fomos bem atendidas. A comida é boa, não há problemas"
- Enf. D "Não tenho nenhum problema em relação a comida. Tudo vem embaladinho, com guardanapo, não há problemas."

APÊNDICE H – Comparativo de custos com diferentes utensílios e sistemas de distribuição

Os cálculos realizados para análise de custo com utilização de diferentes utensílios e sistemas de distribuição tiveram como referência o mês de julho de 2000 e a refeição almoço tendo como base o trabalho de conclusão de estágio curricular - **Uso de Descartáveis na Unidade de Alimentação e Nutrição do Hospital Santa Casa de Misericórdia.** (Ferrarini, A; Pelissari, L, 2001).

1- Custo do uso do sistema de pratos de louça e colher

Para cálculo do custo neste sistema foi utilizado o salário base de um funcionário e seus encargos transformados em custo por hora, lembrando que cada funcionário trabalha 144 horas/mês. Através de análises chegou-se ao valor de 3 minutos como o tempo gasto pelo funcionário para a higienização que envolve processos de lavagem, enxágue e guarda de utensílios de um paciente(2 pratos e 1 colher). Este valor foi multiplicado pelo número de almoços servidos pelo Serviço de Nutrição e Dietética no mês de julho de 2002. Obteve-se a partir destes dados o cálculo do gasto total com funcionários para higienização de louças e utensílios.

Para calcular o valor gasto com água para higienização foi adquirido com a nutricionista do local o valor total de água gasto pelo hospital. Desse valor 7% referia-se ao valor gasto pelo S.N.D., sendo este o índice utilizado no rateio do Centro de Custos do hospital. Deste percentual, trinta e cinco por cento atribui-se aos gastos da copa, sendo que foram estipulados que sessenta por cento seria o valor gasto para higienização destes utensílios.

Através do relatório mensal do S.N.D. obteve-se o valor total gasto pela copa com material de limpeza, e desse total quarenta por cento foi destinado a lavagem de pratos sendo destes, sessenta por cento para higienização de louças do almoço.

Para aquisição dos valores gastos com vapor dividiu-se o valor total por seis, referente aos setores que se utilizam deste serviço. Foi estipulado que trinta por cento destinavam-se a gastos realizados pela copa e desse total cinqüenta por cento é o gasto para higienização dos pratos.

Somando-se as médias dos valores de hora de trabalho dos funcionários para higienização, água, material de limpeza e vapor, itens analisados no momento da higienização dos pratos de louça, chegou-se ao resultado do custo total para o hospital com a higienização de pratos a cada mês.

Sistema de pratos de louça e talher – almoço Mês: julho 2002

Custo do funcionário

Salário base por funcionário	R\$269,00
Salário + encargos /funcionário	R\$458,65
Horas de trabalho /mês	144h
Custo por funcionário por hora	R\$3,185
Tempo gasto com higienização de louça(lavar, enxaguar, enxugar, guardar) de 1 paciente	3min
Nº de refeições/mês	5775
Tempo para higienização de louças/mês	288,75h
Custo total do funcionário para higienização	R\$919,66
Custo por funcionário (dividido por 28)	R\$32,84

Custo da água

Total hospital	R\$ 5019,41
Total SND(7%)	R\$351,35
Total copa(35%)	R\$122,97
Total almoço(60%)	R\$73,79

Custo material de limpeza

Total gasto copa	R\$571,01
Para higienização de louças e utensílios – 40%	R\$228,40
Para almoço (60%)	R\$137,04

Custo vapor

Gasto SND(1/6 do hospital)	R\$746,00
Gasto copa(30%)	R\$223,80
Gasto almoço(50%)	R\$111,90

Custo total sistema de pratos = funcionários + água + material limpeza + vapor

Custo total = 919,66 + 73,79 + 137,04 + 111,90

Custo total = R\$1279,52

Obs.: total de funcionários: 28 copeiras

2- Custo do uso do sistema de descartáveis

Para cálculo do custo neste sistema, obteve-se o custo de todos os descartáveis junto à nutricionista coordenadora do serviço. Após somatória dos valores gastos por paciente, multiplicou-se pelo total de 5775 refeições servidas no mês de julho de 2002.

Sistema de descartáveis – almoço Mês: julho 2002

Pote para salada R\$62,20(1000un)	R\$0,0622
Tampa para salada R\$47,20(1000 un)	R\$0,0472
Pote para sobremesa R\$34,00(1000un)	R\$0,034
Tampa para sobremesa R\$56,10 (1000un)	R\$0,0561
Colher R\$19,40(1000un)	R\$0,0194
Marmítex nº 8 R\$10,59(100un)	R\$0,1059
São plástico para talheres R\$3,21 (1000un)	R\$0,00321
Guardanapo R\$0,20 pacote com 50)	R\$0,004
Custo total descartáveis por paciente	R\$0,33201
Custo mensal –5775 refeições	R\$1917,36

OBS.: retirada de 2 funcionárias em virtude da redução do tempo gasto com higienização – Menos R\$917,30

Custo mensal final R\$1000,00

3- Custo da inclusão de bandejas de apoio ao sistema de descartáveis

Como o valor gasto para higienização de pratos foi obtido a partir do processo de higienização de 2 pratos e 1 colher, a divisão simples por 3 resultou no custo para higienização de apenas 1 item, no caso, a bandeja de apoio. Este total foi somado ao custo dos descartáveis.

Sistema de descartáveis + bandeja de apoio

1/3 do gasto com higienização de pratos	R\$426,50
Custo dos descartáveis	R\$1000,55
Total descartáveis + bandeja	R\$1427,05

4- Com uso do sistema de descartáveis + bandeja de apoio + garfos

O problema que ocorre com os garfos descartáveis de baixo custo é a fragilidade do material, ocasionando quebra com facilidade. Para cálculo do custo, pesquisou-se um garfo descartável de mesa, resistente. Ao custo calculado para o sistema de descartáveis e bandeja de apoio, adicionou-se o total mensal gasto com os garfos se estes fossem incluídos.

Sistema de descartáveis + bandeja + garfo

Garfo R\$46,00 (1000un)	R\$0,046
Custo total de garfos	R\$265,65
Total descartáveis + bandeja + garfo	R\$1692,7

Discussão

Considera-se que do ponto de vista da segurança higiênico-sanitária as marmifex descartáveis são a melhor opção para esse serviço.

Outros itens a serem considerados são: a otimização do fluxo dentro da Copa Central e de Copas de Apoio; redução do pessoal de copa.

Sabe-se, no entanto, que essa mudança trará consigo alterações na rotina de serviço das copeiras e do Hospital como um todo. Uma dessas mudanças será o aumento do volume do lixo a ser recolhido nos quartos das enfermarias. No levantamento dessa questão, foi feito contato com a zeladoria, a qual relatou que a implantação deste projeto não acarretará acúmulo de lixo, pois já foram providenciadas maior número de caçambas para armazenar esse material, e que os mesmos poderão ser coletados logo após o almoço.

Conclusões

- ❖ A modificação do sistema de pratos para o de descartáveis gerou economia de R\$917,30 representados por 2 funcionárias à menos no serviço
- ❖ A inclusão de bandejas de apoio gera aumento de R\$427,05 mensais referentes ao custo para higienização de bandejas, havendo diferença de somente 11,53 %

em relação ao que anteriormente era praticado com o uso do sistema de louças e colher e à 42,7%% em relação ao sistema atual. O sistema de bandejas de apoio requer envio de bandejas montadas para cada paciente dentro da copa e não haverá qualquer procedimento necessário no corredor, gerando maior segurança em relação à possíveis trocas de dietas durante a distribuição, reduzindo a probabilidade de erro.

- ❖ A inclusão de bandejas de apoio + garfos descartáveis de mesa gera aumento de R\$692,70 mensais correspondentes à 32,29% em relação ao sistema anterior de louças e 69,27% em relação ao sistema atual.
- ❖ O benefício para o paciente do conforto no momento da alimentação e da aproximação da realidade habitual com o uso de garfo representa o custo-benefício da introdução destes 2 últimos itens no sistema.

APÊNDICE I – Conceito de Cortesia – Paciente

OPINIÃO DOS PACIENTES

apto	Na sua opinião o que uma copeira pode fazer para demonstrar gentileza com o paciente?	Categorias de atitudes que demonstram cortesia na opinião do paciente
A(301 – Rosi)	"Atender bem, atender os pedidos que os pacientes fazem"	Atender às solicitações
B(306 – Iris)	"Ser atenciosas com os pacientes"	Atenção
C (308 – Ernestina)	"Devem ser gentis, pois estamos em uma situação na qual precisamos de ajuda"	Posição de ajuda
D (309 – Natália)	"Devem respeitar o que paciente está sentindo e entendê-los"	Compreensão da situação do paciente
E (314 – Maria da Graça)	"A copeira tem que servir o paciente do modo que ele pede pois estou impossibilitada de levantar da cama, não podem fazer cara feia quando pedimos alguma coisa"	Atender sem fazer "cara feia"
F (303 – Paulo Luís)	"As copeiras devem demonstrar educação ao servir o paciente"	Educação
G (304 – João)	"Para ser gentil elas devem cumprimentar sempre que entram no nosso quarto, pedir licença, dizer bom dia, boa tarde, boa noite"	Cumprimento ao entrar no quarto
H (305 – Getúlio)	"Devem trazer a comida com educação, não jogar de qualquer jeito em cima da mobília pois as vezes não posso pegar a comida ali em cima, elas tem de perguntar se o paciente quer ajuda, pois eu fico sem jeito de ter que pedir para elas"	Posição de ajuda Compreensão da situação do paciente
I (312 – Luís)	"As copeiras daqui do hospital são muito educadas, todas elas me atendem muito bem e são simpáticas"	Simpatia Educação
J (316 – Milton)	"Elas devem ter paciência com os pacientes quando perguntamos alguma coisa e não fazer cara de quem não tem nada a ver com isso"	Posição de ajuda Paciência
enfermaria	Na sua opinião o que uma copeira pode fazer para demonstrar gentileza com o paciente?	Categorias de atitudes que demonstram cortesia na opinião do paciente
A (23-3 / Mariza)	"Quando entrar no quarto deve pelo menos sorrir e nos cumprimentar, assim alegre um pouco o nosso dia"	Sorriso Cumprimento
B (22-2 / Odília)	"Elas tem que ser pacientes com a gente que está doente, e se tiver um tempinho para conversar ou trocar umas palavras, é bom também"	Paciência Troca de palavras
C (203-1 / Maria da Piedade)	"Para ser gentil elas tem que primeiro se educadas, e devem sorrir também porque um sorriso é muito bonito e importante"	Educação Sorriso
D (18-6 / Maria)	"Se elas conversarem um pouquinho com a gente, não fizerem cara feia quando pedimos ajuda para alguma coisa, já tá bom demais"	Troca de palavras Atender sem fazer "cara feia"
E (23-5 / Ivete B)	"Quem trata com pessoas doentes não pode ser estúpida, tem mais é que ser gentil, assim delicada e com paciência"	Paciência Delicadeza
F (204-1 / Ercy Ferreira)	"Eu entendo que elas tem muita coisa para fazer, e muita gente para atender se continuar como está já tá bom, elas sempre são muito educadas"	Educação
G (19-3 / Leonídia S.)	"Para ser gentil, uma copeira tem que ser educada, cumprimentar, sorrir, não ficar de cara feia para nós"	Educação Sorriso Cumprimento
H (24-4 / Eliena Lúcia S)	"Elas tem que ser pacientes e nos entender"	Compreensão da situação do paciente Paciência
I (20-6 / Lindinalva S)	"Quando as copeiras são prestativas eu me sinto melhor, isso é muito importante para quem está doente"	Prestativas
J (25-8 / Maria Irene)	"Se elas cumprimentarem, e forem educadas é o suficiente"	Educação Cumprimento

K(7-5 / José Antônio)	"Para mim elas tem que atender bem os pacientes e devem ser atenciosas".	Atender às solicitações
L (6-9 / José Bonifácio)	"Quando entram no quarto podem sorrir para a gente e conversar um pouquinho também".	Sorriso Troca de palavras
M (6-7 / Gerahard P.)	"Devem entender que não estamos aqui porque queremos e devem ser atenciosas".	Atenção
N (9-12 / Mariano J.)	"Gosto de pessoas educadas e comunicativas".	Educação Troca de palavras
O (5-12 / Procópio S.)	"Como elas trabalham com quem está doente, devem ser pacientes e prestativas".	Atendimento às solicitações
P (5-7 / Darcílio C.)	"Carinho é muito importante para quem está no hospital".	Carinho
Q (5-11 / Sebastião T.)	"Elas tem que ver se o paciente consegue pegar a comida, porque muitas deixam a comida aí e eu não consigo pegar a bandeja".	Posição de ajuda
R (5-10 / Pedro T.)	"Deveria ter mais copeira para elas estarem aqui quando a gente precisar pedir alguma coisa".	Disponibilidade
S (5-9 / Luiz P.)	"A copeira tem que estar sempre sorrindo, assim, não de mau humor".	Sorriso
T (9-8 / Pedro O.)	"Elas tem que ter paciência com quem está doente e precisando".	Paciência Posição de ajuda

APÊNDICE J – Conceito de Cortesia – Copeira

OPINIÃO DAS COPEIRAS		
<u>Plantão 1</u> funcionária	Na sua opinião o que uma copeira pode fazer para demonstrar gentileza com o paciente?	Categorias de atitudes que demonstram cortesia na opinião do paciente
1a	"Estar sorrindo, cumprimentar, ser educada, alegre e não estar de cara feia para os pacientes se sentirem à vontade para conversar e se recuperar bem"	cumprimentar ao entrar no quarto sorrir e não fazer "cara feia" trocar palavras para demonstrar seu interesse
1b	"Ser bem humorada, não demonstrar os próprio problemas"	Ser profissional
1c	"Cumprimentar, ser gentil"	cumprimentar ao entrar no quarto
1d	"Atender bem, cumprimentar, dar atenção quando perguntam alguma coisa"	cumprimentar ao entrar no quarto dar atenção às perguntas
1e	"Ser simpática, educada, tem que trabalhar com amor à profissão."	ser educada ser simpática
1f	"Tratar bem, não fazer cara feia por causa de mau cheiro do quarto, trocar algumas palavras com o paciente para ele se sentir querido"	sorrir e não fazer "cara feia" trocar palavras para demonstrar seu interesse
<u>Plantão 2</u> funcionária	Na sua opinião o que uma copeira pode fazer para demonstrar gentileza com o paciente?	
2 a	"Dizer bom dia, perguntar como vai. Pois se a copeira não for gentil o paciente reclama"	cumprimentar ao entrar no quarto demonstrar seu interesse
2b	"A copeira deve atender bem e ter paciência com o paciente"	paciência
2c	"Ser educada, cumprimentar com um sorriso"	cumprimentar ao entrar no quarto sorrir ser educada
2d	"A copeira deve ser sempre educada"	ser educada
2e	"Dar bom dia com um sorriso, ser gentil e nunca estúpida"	cumprimentar ao entrar no quarto sorrir ser educada

APÊNDICE K – Prática do conceito de cortesia – copeiras - almoço

#ACOMPANHAMENTO NO HORÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO DO ALMOÇO - MESMAS FUNCIONÁRIAS ENTREVISTADAS

FUNCIONÁRIA	PROCEDIMENTO
1a	Entrava no quarto sem cumprimentar. Dizia somente "olha seu almoço chegou". Colocava sobre a mesa de apoio e saía. Respondeu à perguntas sobre horário da refeição.
1b	Fala o mínimo necessário. Não cumprimenta. Entra no quarto, deixa o almoço sobre a mesa de apoio e sai.
1c	Atenciosa quanto à perguntas; olha para o paciente..Educada nas respostas. Não sorri.
1d	Não cumprimenta, não sorri, responde rapidamente somente quando alguém pergunta algo.
1e	Cumprimenta à todos. Simpática e atenciosa.
1f	Cumprimenta à todos, é gentil nas respostas e atenciosa com as perguntas. Conversa com os pacientes sobre o estado deles durante a distribuição.
2a	Atrapalhada, rápida ao deixar a comida.
2b	Não sorri, porém calma e atenciosa com o paciente. Fala com os pacientes durante a distribuição e avisa sobre o almoço.
2c	Sorriu e cumprimentou apenas alguns pacientes. Na maioria das vezes, não falou nada, somente deixou a comida sobre a mesa de apoio.
2d	Pede licença para entrar, dá um sorriso e deixa a comida sem trocar palavras. Quando solicitada demonstra educação e atenção.
2f	Funcionária em licença gestação

APÊNDICE L – Ficha de observação da prática de cortesia - Copeiras setembro 2002

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA FICHA DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA DE ATITUDES DE CORTESIA –COPEIRAS Período: Segunda semana de setembro de 2002

ATITUDES QUE DEMONSTRAM GENTILEZA	func:	func	Nº	%										
Atende às solicitações	X	2	3	4	5	6	7	8					7	87.5
Demonstra Paciência	X			X		X	X						5	62.5
Coloca-se em Posição de ajuda	X	X	X			X	X						6	75
Demonstra compreensão da situação do paciente	X	X				X	X						5	62.5
Atende sem fazer "cara feia"	X	X	X	X	X	X	X						8	100
Demonstra Educação	X		X	X	X	X	X						7	87.5
Cumprimenta o paciente ou pede licença	X		X	X		X	X						6	75
Demonstra Simpatia						X	X						3	37.5
Troca palavras com os pacientes	X	X			X								4	50
Sorri						X	X						3	37.5
Demonstra Delicadeza			X	X		X	X						5	62.5

Observações:

APÊNDICE III – Ficha de observação da prática de atitudes de cortesia - Copeiras

novembro/2002

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

FICHA DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA DE ATITUDES DE CORTESIA –COPEIRAS
1ª semana de novembro de 2002

ATTITUDES QUE DEMONSTRAM GENTILEZA	Nome da func: 1	Nome da func 2	Nome da func 3	Nome da func 4	Nome da func 5	Nome da func 6	Nome da func 7
Atende às solicitações	X	X	X	X	X	X	X
Demonstra Paciência	X	X	X	X	X	X	X
Coloca-se em Posição de ajuda	X	X	X	X	X	X	X
Demonstra compreensão da situação do paciente	X	X	X	X	X	X	X
Atende sem fazer "cara feia"	X	X	X	X	X	X	X
Demonstra Educação	X	X	X	X	X	X	X
Cumprimenta o paciente ou pede licença	X	X	X	X	X	X	X
Demonstra Simpatia	X	X	X	X	X	X	X
Troca palavras com os pacientes	X	X	X	X	X	X	X
Sorri	X	X	X	X	X	X	X
Demonstra Delicadeza	X	X	X	X	X	X	X

Observações:

ATTITUDES QUE DEMONSTRAM GENTILEZA	Nome da func: 8	Nome da func 9	Nome da func 10	Nome da func 11	Nome da func 12	Nome da func 13	Nº	%
Atende às solicitações	X	X	X	X	X	X	13	100
Demonstra Paciência	X	X	X	X	X	X	13	100
Coloca-se em Posição de ajuda	X	X	X	X	X	X	13	100
Demonstra compreensão da situação do paciente	X	X	X	X	X	X	13	100
Atende sem fazer "cara feia"	X	X	X	X	X	X	12	92,3
Demonstra Educação	X	X	X	X	X	X	13	100
Cumprimenta o paciente ou pede licença	X	X	X	X	X	X	10	76,92
Demonstra Simpatia	X	X	X	X	X	X	11	84,61
Troca palavras com os pacientes	X	X	X	X	X	X	13	100
Sorri	X	X	X	X	X	X	10	76,92
Demonstra Delicadeza	X	X	X	X	X	X	12	92,3

Observações: Como a refeição almoço foi avaliada e as copeiras já haviam tido um contato com os pacientes no desjejum, muitas dispensaram cumprimento.

APÊNDICE N – Ficha de observação da apresentação pessoal das copeiras: Diagnóstico

Plantão 1

APRESENTAÇÃO ATUAL DO FUNCIONÁRIO OBSERVADO	MODIFICAÇÕES NECESSÁRIAS (sugestões do que deveria ser modificado para melhorar a impressão do paciente em relação à alguém que lhe serve a alimentação)
<p>Nome: 1a Uso de maquiagem(tipo): sem maquiagem Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? sim, com sujeira abaixo das unhas, com adereços(pulseiras, relógios, anéis)? Usa pulseira e brinco discreto.</p> <p>descrição do uniforme a)roupa: jaleco limpo, vestido mais curto que jaleco e avental-inadequado b)calçado: sapatilha branca limpa c)o que utiliza para prender completamente os cabelos usa touca, presilha e grampo. Sem uso da tiara branca cedida.</p> <p>apresentação geral: odor desagradável: não possui denota ser limpa pela sua imagem: sim</p>	<p>Não usar adereços Uniforme deve ser calça e jaleco Utilizar uma tiara branca para prender a touca.</p>
<p>Nome: 1b Uso de maquiagem(tipo): sem maquiagem Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? com sujeira abaixo das unhas com adereços (pulseiras, relógios, anéis)?. não</p> <p>descrição do uniforme a)roupa: calça branca, jaleco e avental b)calçado: tênis preto-deveria ser branco c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: elástico e touca. Sem uso da tiara branca cedida.</p> <p>apresentação geral: odor desagradável: não possui denota limpeza: sim</p>	<p>Usar sapato branco limpo Usar tiara branca para prender a touca.</p>
<p>Nome: 1c Uso de maquiagem(tipo): sem maquiagem Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? com sujeira abaixo das unhas com adereços(pulseiras, relógios, anéis)? usa aliança e corrente</p> <p>descrição do uniforme a)roupa: jaleco e calça, sem blusa em baixo do jaleco b)calçado: tênis branco c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: presilha e touca</p> <p>apresentação geral: odor desagradável: não denota limpeza: sim, roupas limpas</p>	<p>Não usar adereços Jaleco de tecido não transparente Uso da tiara branca e não de presilhas variadas para prender completamente os cabelos.</p>

<p>Nome: 1d Uso de maquiagem(tipo) usa batom Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? com sujeira abaixo das unhas com adereços(pulseiras, relógios, anéis)? Usa anel, relógio, pulseira e brinco descrição do uniforme a)roupa: calça de elanca branca, blusa e jaleco b)calçado: sandália de plástico c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca e fivelas apresentação geral. (fazer comentários) odor desagradável: não possui denota ser limpa pela sua imagem: sim, roupas limpas</p>	<p>Não usar adereços Usar sapato fechado, branco, limpo Usar tiara e não presilhas para prender a touca</p>
<p>Nome: 1e Uso de maquiagem(tipo) não Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? com sujeira abaixo das unhas com adereços(pulseiras, relógios, anéis)? Usando brinco descrição do uniforme a)roupa: jaleco, calça jeans b)calçado: tênis branco c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca com fios de cabelo para fora apresentação geral: odor desagradável: não denota limpeza: sim, limpa.</p>	<p>Retirar adereços Prender completamente o cabelo na touca com auxílio da tiara Calça branca como uniforme</p>
<p>Nome: 1f Uso de maquiagem(tipo) batom claro Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? Unha comprida com sujeira abaixo das unhas com adereços(pulseiras, relógios, anéis)?, brinco discreto (pequeno) descrição do uniforme a)roupa: jaleco, calça, camiseta b)calçado: tênis branco c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca com cabelos da parte da frente da cabeça para fora apresentação geral: odor desagradável: não denota limpeza: sim</p>	<p>Não usar maquiagens e adereços Manter as unhas sempre curtas Prender os cabelos completamente dentro da touca com auxílio da tiara</p>
<p>Nome: 1g Uso de maquiagem(tipo): usa lápis nas pálpebras e batom fraco Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas, com sujeira abaixo das unhas, com adereços(pulseiras, relógios, anéis) Usa brincos, anel, fita no braço. Unhas médias, com esmalte. descrição do uniforme a)roupa: calça, blusa b)calçado: sapato branco c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca apresentação geral. (fazer comentários) odor desagradável: não denota ser limpa pela sua imagem: sapatos um pouco sujos, mas no geral é limpa</p>	<p>Não usar maquiagem Unhas curtas e limpas sempre Não usar adereços Calçados limpos</p>

<p>Nome: 1h Uso de maquiagem(tipo): sem maquiagem Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas, com sujeira abaixo das unhas, com adereços(pulseiras, relógios, anéis) Sem adereços e unhas limpas descrição do uniforme a)roupa: avental, jaleco, vestido na altura do joelho b)calçado: tênis branco, sem meia c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca bem colocada e elástico amarrando o cabelo apresentação geral odor desagradável: não denota limpeza: sim, limpa.</p>	<p>Meia calça ou meia para completar o uniforme Melhor utilizar jaleco e calça</p>
<p>Nome: 1j Uso de maquiagem(tipo): usa batom e olhos pintados com lápis Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas, com sujeira abaixo das unhas, com adereços (pulseiras, relógios, anéis): Relógio, corrente e aliança descrição do uniforme a)roupa: calça, camiseta colorida, jaleco b)calçado: tênis c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: Elástico prendendo o cabelo e touca com cabelos um pouco para fora apresentação geral. (fazer comentários) odor desagradável: não possui denota ser limpa pela sua imagem: não aparenta ser muito limpa</p>	<p>Não usar maquiagem pesada e adereços Prender o cabelo completamente dentro da touca Usar roupas mais claras durante o trabalho mesmo abaixo do uniforme</p>

Plantão 2

APRESENTAÇÃO ATUAL DO FUNCIONÁRIO OBSERVADO	MODIFICAÇÕES NECESSÁRIAS (sugestões do que deveria ser modificado para melhorar a impressão do paciente em relação à alguém que lhe serve a alimentação)
<p>Nome: 2a Uso de maquiagem(tipo): sem maquiagem Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? unhas cortadas e limpas com adereços(pulseiras, relógios, anéis): usa brinco pequeno e aliança descrição do uniforme a)roupa: calça e camiseta branca e avental azul b)calçado: tênis branco c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca, elástico bem preso apresentação geral. (fazer comentários) odor desagradável: não denota ser limpa pela sua imagem: sim</p>	<p>Não usar adereços Deveria ter uniforme completo</p>
<p>Nome: 2b Uso de maquiagem(tipo): não Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? unhas pouco compridas com adereços (pulseiras, relógios, anéis): não descrição do uniforme a)roupa: vestido florido, meias até o joelho b)calçado: chinelo - *tem problemas de saúde por isso usa sapato aberto.</p>	<p>Utilizar sapatos fechados e unhas bem cortadas. Utilizar uniforme completo Verificar junto ao médico do trabalho a real necessidade de calçado aberto</p>

<p>é obesa. c) o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca bem presa apresentação geral: odor desagradável: não denota limpeza: sim.</p>	
<p>Nome: 2c Uso de maquiagem(tipo): maquiagem nos olhos Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? unhas cortadas com adereços(pulseiras, relógios, anéis): sem adereço descrição do uniforme a)roupa: vestido tipo uniforme de copeiras e avental, vestido de tecido branco transparente. b)calçado: tênis sem meia c) o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca, bem preso. apresentação geral: odor desagradável: não denota limpeza: sim</p>	<p>Unhar sapatos fechados com meia Uniforme com tecido não transparente.</p>
<p>Nome: 2d Uso de maquiagem (tipo): não usa maquiagem Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? unhas compridas porém limpas com adereços (pulseiras, relógios, anéis): usa brinco pequeno, anel descrição do uniforme a)roupa: calça clara, jaleco e avental azul b)calçado: tênis branco c) o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca e prendedor de cabelo apresentação geral. (fazer comentários) odor desagradável: não denota ser limpa pela sua imagem: sim, roupas e sapatos limpos</p>	<p>Manter as unhas bem cortadas e não utilizar adereços Falta padronização de uniforme</p>
<p>Nome: 2e Uso de maquiagem(tipo): batom claro Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? unhas bem cortadas com adereços (pulseiras, relógios, anéis): sem adereços descrição do uniforme a)roupa: calça branca, avental e jaleco b)calçado: sapato branco com meia c) o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca apresentação geral: odor desagradável: não denota limpeza: sim</p>	<p>Não utilizar maquiagem, ser mais comunicativa.</p>
<p>Nome: 2f Uso de maquiagem(tipo): não utiliza Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? Unhas limpas, cortadas e sem esmalte com adereços(pulseiras, relógios, anéis)?: sem adereços descrição do uniforme a)roupa: calça branca, blusa branca com azul b)calçado: sapato branco c) o que utiliza para prender completamente os cabelos usa elástico e touca apresentação geral: odor desagradável: não denota limpeza: não parece ser muito rigorosa com a limpeza da copa de sua responsabilidade (CTI)</p>	<p>Manter o local de trabalho (copa da CTI) mais limpo, higienizado.</p>

<p>Nome: 2g Uso de maquiagem(tipo): não utiliza Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas?, unhas bem limpas e cortadas com adereços (pulseiras, relógios, anéis). Usa fita amarrada no pulso. descrição do uniforme a)roupa: calça branca, jaleco e avental b)calçado: tênis branco c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: prende o cabelo com elástico e touca mas a parte da frente fica para fora da touca apresentação geral. (fazer comentários) odor desagradável: não denota ser limpa pela sua imagem: sim</p>	<p>Prender o cabelo completamente dentro da touca com uso da tiara branca.</p>
<p>Nome: 2h Uso de maquiagem(tipo): não utiliza Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? unhas bem limpas e cortadas sem esmalte com adereços (pulseiras, relógios, anéis). Sem adereços descrição do uniforme a)roupa: vestido tipo uniforme de copeiras e avental azul b)calçado: tênis branco, sem meia c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: presos com elástico e touca apresentação geral: odor desagradável: não denota limpeza: sim.</p>	<p>Utilizar sapato fechado com meias.</p>
<p>Nome: 2i Uso de maquiagem(tipo): não Apresentação de sudorese () sim (x) não unhas cortadas e limpas? unhas pouco compridas porém limpas, sem esmalte com adereços (pulseiras, relógios, anéis). Sem adereços. descrição do uniforme a)roupa: calça branca, jaleco e avental azul. b)calçado: sapato branco c)o que utiliza para prender completamente os cabelos: touca de crochê que não prende completamente os fios de cabelo. apresentação geral: odor desagradável: não denota limpeza: sim</p>	<p>Manter unhas curtas Prender completamente o cabelo com a touca padrão do serviço e não a de crochê</p>

Resultados:

CRITÉRIO	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Utiliza maquiagem	7	36,8	12	63,2
Apresenta sudorese ao servir o alimento	0	0	19	100
Unhas cortadas e limpas	12	63,2	7	36,8
Utiliza adereços (pulseiras, relógios, anéis)	7	36,8	12	63,2
Utiliza somente touca para prender cabelos completamente	18	94,7	1	5,3
Odor desagradável ao servir o alimento	0	0	19	100
Imagem de higiene geral positiva	14	73,7	5	26,3

Conclusões: os problemas na apresentação referem-se à unhas que encontravam-se em 12 casos (63,2%) com sujidades, havendo uso de esmalte em 1 caso, e quanto à utilização da touca, sem uso da tiara para garantir que os cabelos estejam completamente presos. Quanto à utilização de adereços, 36,8% utilizavam anéis e relógios e somente em 1 caso foi verificada utilização de fita no pulso. Nos casos em que a imagem geral não era positiva, quanto à higiene, houve interferência da falta de padronização do uniforme. Como as copas pertenciam à outro setor (Hoteleria), não havia interferência sobre a supervisão de copas. Com a recente modificação e implantação do sistema de serviço centralizado com o uso total de descartáveis, será redimensionado o número total de copeiras necessárias ao serviço.

CRITÉRIOS MÍNIMOS DE APRESENTAÇÃO PESSOAL PARA O FUNCIONÁRIO QUE REALIZA ATENDIMENTO DIRETO AO PACIENTE

- UNIFORME LIMPO
- EVITAR USAR PERFUMES FORTES NO TRABALHO
- NÃO UTILIZAR ADORNOS (BRINCOS, ANÉIS, PULSEIRAS)
- MÃOS SEM ESMALTE
- USO OBRIGATÓRIO DO CRACHÁ
- CABELOS COMPLETAMENTE COBERTOS COM USO DA REDE E TIARA BRANCA.
- PARA HOMENS: BONÉ E BARBA FEITA

MODELO IDEAL PARA USO DO PESSOAL DE COPA

Jaleco – branco com detalhes de bolso e gola em azul (tom do hospital)

Avental – azul

Calça – branco

Calçado – fechado – tênis branco antiderrapante

Rede – preto

Barrete branco para prender totalmente os cabelos

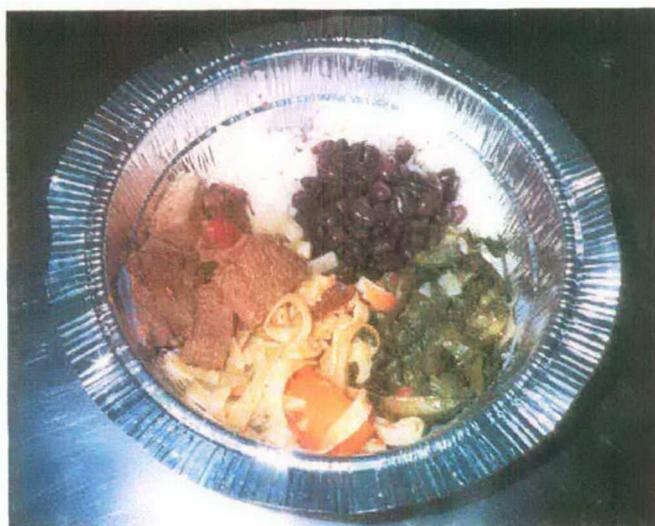
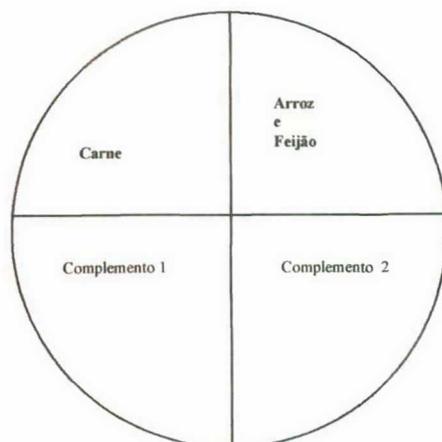
Básica de lã branca para inverno

Aguardar confecção e troca de uniformes.

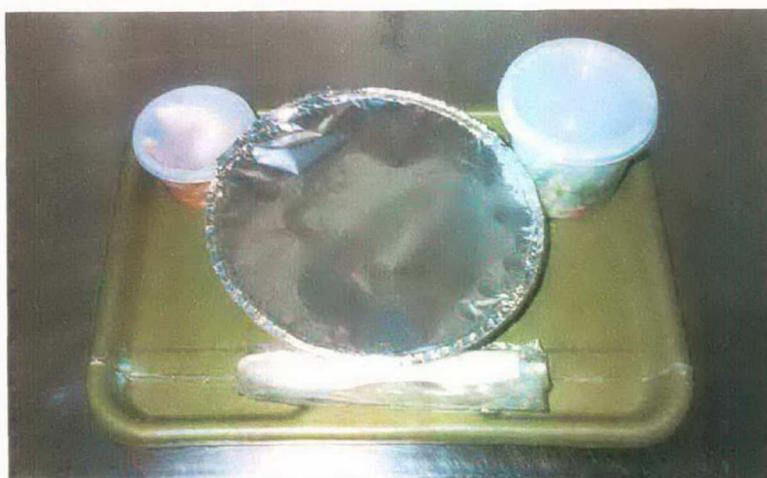
**OPINIÃO DAS COPEIRAS SOBRE A INFLUÊNCIA DA BOA APRESENTAÇÃO
PESSOAL PARA O CLIENTE**

Plantão 1	Qual a influência de você estar bem arrumadinha ao servir a comida para o paciente?
1a	"A sua imagem tem influência direta com o que o paciente vai pensar da comida"
1b	"Sim, é importante estar bem arrumada para o paciente sentir-se bem"
1c	"Usar uniforme branco é primordial porque demonstra higiene para os pacientes"
1d	"É importante estar bem arrumada porque os pacientes percebem se as copeiras estão arrumadas ou não"
1e	"Os pacientes notam como as copeiras estão vestidas, quando o uniforme está limpo, elogiam"
1f	"Higiene deve estar sempre presente pois se for suja o paciente fica com nojo da comida"
Plantão B	
2a	"Alguns pacientes mais graves nem notam mas a maioria repara se estamos bem arrumadas"
2b	"O paciente percebe se a copeira está limpa e sem roupas extravagantes por isso devemos estar bem arrumadas com roupas comportadas"
2c	"Ao ver uma copeira arrumada o paciente se sente melhor"
2d	"Estar bem arrumada é tudo, o paciente sempre percebe, olhando para o nosso uniforme"
2e	"A copeira deve sempre estar com roupas limpas e bem passadas e também sem unhas sujas pois o paciente vai ter uma boa impressão ao nosso respeito e a respeito da comida servida"

APÊNDICE O – Disposição de preparações dentro do marmitex - almoço/Enfermaria



Disposição na bandeja de refeição – almoço/Enfermaria



APÊNDICE P – Variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – julho de 2002

Data	15/jul				16/jul				17/jul			
	Local	Horário	Δ Horário	$^{\circ}\text{C}$	Δ $^{\circ}\text{C}$	Horário	Δ Horário	$^{\circ}\text{C}$	Δ $^{\circ}\text{C}$	Horário	Δ Horário	$^{\circ}\text{C}$
Água do <i>Buffet</i>	10:03	0	50,1		10:40	0	56,7	0	10:33	0	60,1	0
Cozinha	10:40	0	74	0	10:50	0	64,8	0	10:45	0	59,3	0
<i>Buffet</i>	11:10	30	68	6	10:55	5	57,7	7,1	11:25	40	58,3	1
Saída da Copa	11:24	44	49,3	24,7	11:13	18	51	13,8	11:30	45	48,3	11
Último Paciente	11:33	53	42	32	11:23	28	50,1	14,7	11:38	48	41,2	18,1

Data	18/jul				19/jul			
	Local	Horário	Δ Horário	$^{\circ}\text{C}$	Δ $^{\circ}\text{C}$	Horário	Δ Horário	$^{\circ}\text{C}$
Água do <i>Buffet</i>	10:10	0	76,4	0	10:06	0	53	0
Cozinha	10:22	0	70,8	0	10:10	0	83,1	0
<i>Buffet</i>	11:14	52	69,2	1,6	11:10	60	75,8	7,3
Saída da Copa	11:22	60	56,6	14,2	11:23	73	49,7	33,4
Último Paciente	11:32	70	51,3	19,5	11:30	80	46,6	36,5

APÊNDICE Q – Variações de temperatura do arroz no processo de distribuição do almoço de enfermarias – novembro de 2002

Data	11/nov		12/nov		14/nov		20/nov		21/nov	
	°C	Δ °C								
Água do <i>Buffet</i>	81,6		74	0	76	0	69	0	87,3	0
Cozinha	83	0	74,4	0	78,4	0	70,2	0	78,2	0
<i>Buffet</i>	80	3	80	-5,6	74,6	3,8	71	-0,8	79	-0,8
Saída da Copa	70	13	63	11,4	57	21,4	58,5	11,7	73	5,2
Último Paciente	52	31	56	18,4	45	33,4	45,3	24,9	47,2	31

APÊNDICE R – Ficha de monitoramento da temperatura

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA – SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
 FICHA DE MONITORAMENTO DA TEMPERATURA – MÊS DE _____

Data									
Local									
Água do Buffet									
Cozinha									
Buffet									
Saída da Copa									
Último Paciente									

Data									
Local									
Água do Buffet									
Cozinha									
Buffet									
Saída da Copa									
Último Paciente									

Data									
Local									
Água do Buffet									
Cozinha									
Buffet									
Saída da Copa									
Último Paciente									

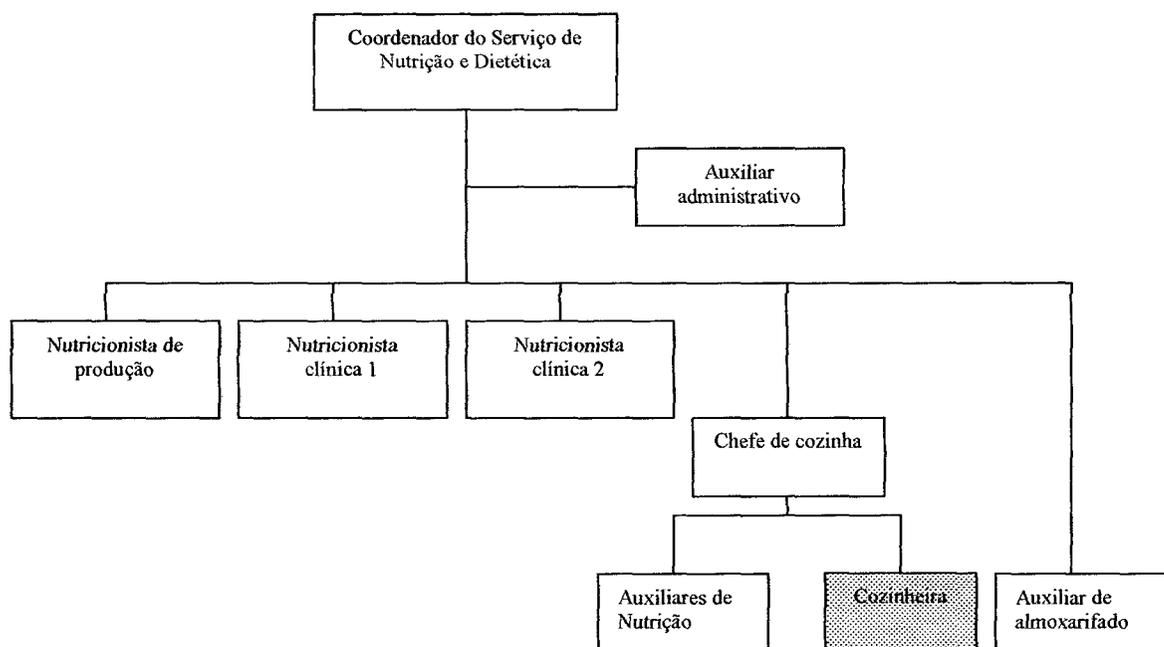
Data									
Local									
Água do Buffet									
Cozinha									
Buffet									
Saída da Copa									
Último Paciente									

APÊNDICE S – Perfil de cargo

SPC-PUC	PERFIL DE CARGO
----------------	------------------------

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO ATUA - cozinheiro, cozinheiro noturno, cozinheiro dietista, confeitoiro	LOCAL Hospital Santa Casa	CÓDIGO	
TÍTULO PROPOSTO- Cozinheira	DATA	Nº. CADASTRO	
ÁREA: Unidade de Alimentação e Nutrição			



OBJETIVO FINAL(missão do cargo)

O objetivo final do cargo é preparar alimentos dirigidos à clientes internos e externos do hospital

FORNECEDOR	ATIVIDADES	CLIENTE
Auxiliares de cozinha e almoxarifados	<ul style="list-style-type: none"> • Receber e conferir os gêneros alimentícios entregues pelo almoxarifado, destinado ao preparo do cardápio do dia • Realizar a preparação dos alimentos destinados aos funcionários ou pacientes, dentro das receitas estabelecidas no cardápio • Informar existência de sobras ou ocorrências inesperadas relacionadas à confecção e distribuição do cardápio • Notificar a necessidade de reparos de equipamentos e área física, bem como de aquisição de utensílios • Supervisionar e auxiliar a distribuição de refeições • Auxiliar no pré-preparo de alimentos e na higienização de área física, equipamentos e utensílios • Participar de reuniões de acordo com a convocação da chefia • Seguir o manual de boas práticas 	Copeiras, auxiliares de cozinha que realizam distribuição

NÍVEL DECISÓRIO

O cargo tem poderes para distribuir tarefas para auxiliar de cozinha

QUALIFICAÇÃO

Escolaridade mínima necessária: fundamental
Tempo mínimo necessário de experiência: 2 anos

CONHECIMENTOS/HABILIDADES/COMPETÊNCIAS

Conhecimento: o suporte teórico para executar a tarefa	Habilidades: o conhecimento transformado em prática para a execução do trabalho	Atitudes esperadas: vontade, predisposição para o trabalho
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de alimentos, ambiente e pessoal • Receitas básicas • Equipamentos de cozinha industrial • Dietas hospitalares 	<ul style="list-style-type: none"> • domínio de equipamentos industriais • capacidade de preparo de receitas em grandes quantidades • senso estético na apresentação da preparação • resistência física • <i>técnica para preparo de novas receitas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • liderança • iniciativa • atenção permanente • comunicação de problemas • bom contato com equipe de trabalho • sugestões referentes à <i>preparação de alimentos</i> (aproveitamento, novas preparações, etc.)

INDICADORES DE DESEMPENHO

Se você fosse o superior imediato do detentor deste cargo ou o dono da empresa, que critérios, que indicadores você adotaria para avaliar seu desempenho?

- Segue receitas e cardápio adequadamente
- Habilidade para conferir sabor aos alimentos
- Higiene pessoal, alimentos e ambiente impecável
- Considera a importância da apresentação das preparações
- Rapidez
- Capacidade de comunicação de problemas e sugestões para resolução
- Iniciativa
- Assiduidade e pontualidade
- Capacidade de relacionamento com equipe de trabalho e chefia

APROVAÇÃO

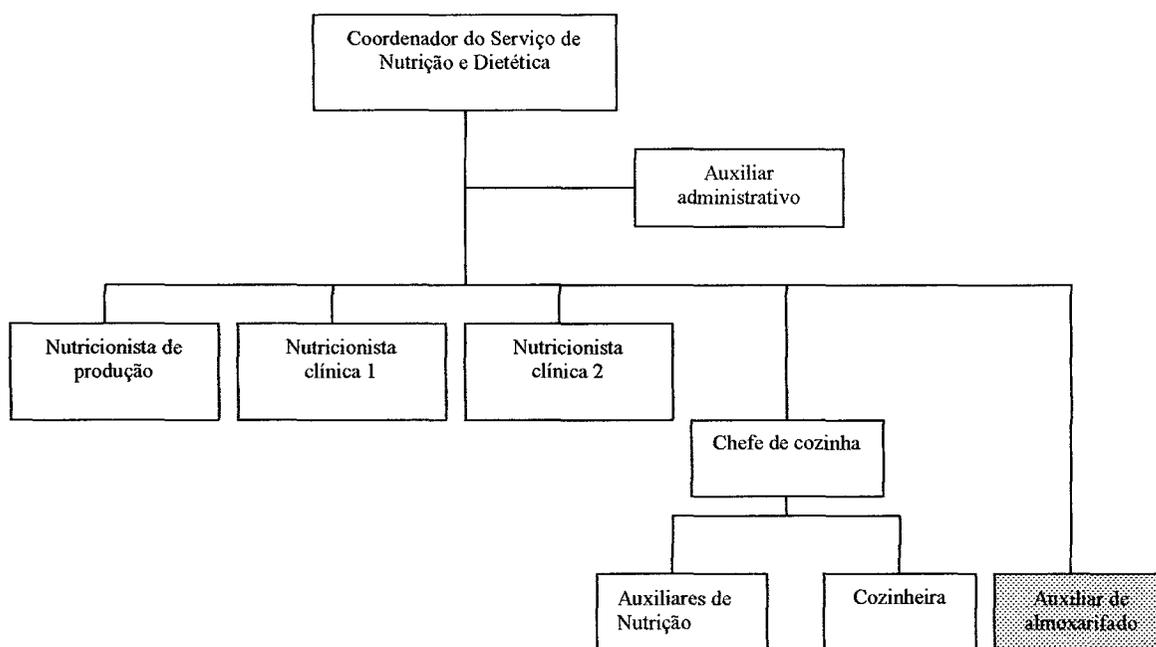
Ocupante:	Superior:	Data:
-----------	-----------	-------

SPC-PUC

PERFIL DE CARGO

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO ATUAL auxiliar do almoxarifado	LOCAL Hospital Santa Casa	CÓDIGO	
TÍTULO PROPOSTO auxiliar de almoxarifado			
ÁREA: Unidade de Alimentação e Nutrição	DATA	Nº. CADASTRO	



OBJETIVO FINAL(missão do cargo)

O objetivo final do cargo é recepção, estocagem, controle e atendimento de requisições de gêneros alimentícios.

FORNECEDOR	ATIVIDADES	CLIENTE
Fornecedores externos	<p>Receber produtos de fornecedores conferindo vencimento, temperatura, peso</p> <p>Na recepção, verificar atendimento à quantidade solicitada e devolução em caso de não-conformidade</p> <p>Comunicar ao nutricionista, itens que não estiverem de acordo, no recebimento</p> <p>Estocar produtos dentro de normas estabelecidas no Manual de Boas Práticas.</p> <p>Controlar e registrar a temperatura das câmaras frias e freezer</p> <p>Realizar limpeza diária de prateleiras, câmaras, utensílios, carrinhos, estrados, caixas e área física</p> <p>Comunicar proximidade de vencimento de produtos, ou características não apropriadas ao produto</p> <p>Contactar com o fornecedor de leite, solicitando a aquisição, diariamente</p> <p>Atender à requisição de copa e cozinha</p> <p>Controle de acesso ao restaurante de funcionários.</p>	Cozinheiras, funcionários de outros setores do hospital, nutricionistas

NÍVEL DECISÓRIO

O cargo tem poderes para liberar a saída de produtos do almoxarifado mediante requisição

QUALIFICAÇÃO

Escolaridade mínima necessária: médio

Tempo mínimo necessário de experiência: 1 ano

CONHECIMENTOS/HABILIDADES/COMPETÊNCIAS

<p>Conhecimento: o suporte teórico para executar a tarefa</p> <p>Higiene dos alimentos, pessoal e do ambiente</p> <p>Equipamentos de almoxarifado(balança, câmara fria)</p> <p>Notas fiscais</p> <p>Fichas de controle de estoque</p> <p>Informática</p>	<p>Habilidades: o conhecimento transformado em prática para a execução do trabalho</p> <p>Manuseio de equipamentos como balança, câmara fria</p> <p>Capacidade de conferir notas</p> <p>Capacidade de controle de estoque</p> <p>Senso de organização e higiene</p> <p>Força física</p>	<p>Atitudes esperadas:</p> <p>vontade, predisposição para o trabalho</p> <p>atenção para evitar perda de produtos, extravio de documentos</p> <p>cuidado com gêneros alimentícios e equipamentos</p> <p>comunicação de inadequações</p> <p>sugestões de melhorias</p> <p>iniciativa</p> <p>honestidade</p>
---	--	---

INDICADORES DE DESEMPENHO

Se você fosse o superior imediato do detentor deste cargo ou o dono da empresa, que critérios, que indicadores você adotaria para avaliar seu desempenho?

Comunicação de problemas

Atenção na conferência de estoque e notas

Assiduidade e pontualidade

Higiene pessoal, do ambiente e dos alimentos

Seguimento de normas estabelecidas no Manual de Boas Práticas

Prontidão para execução das tarefas

Capacidade de relacionamento com equipe de trabalho e chefia

APROVAÇÃO

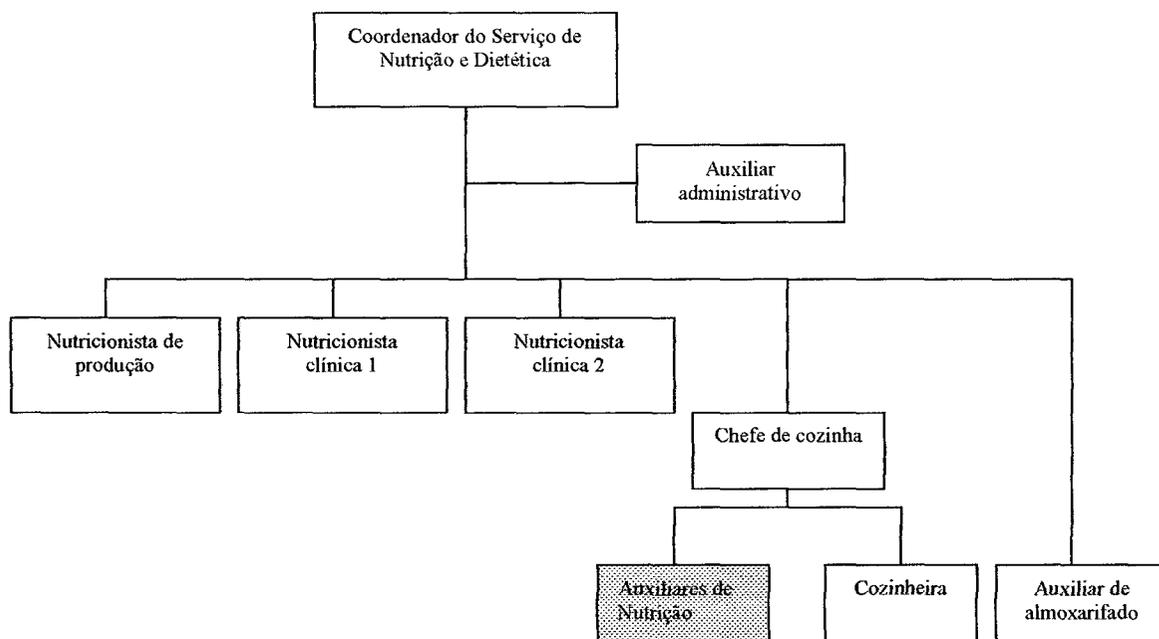
Ocupante:	Superior:	Data:
-----------	-----------	-------

SPC-PUC

PERFIL DE CARGO

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO ATUAL atendente de hotelaria, atendente de hotelaria noturno, copeira, copeira noturno, auxiliar de cozinha	LOCAL Hospital Santa Casa	CÓDIGO	
TÍTULO PROPOSTO auxiliar de cozinha ou auxiliar de nutrição			
ÁREA: Unidade de Alimentação e Nutrição	DATA	Nº. CADASTRO	



OBJETIVO FINAL(missão do cargo)

O objetivo final do cargo é auxiliar no pré-preparo e preparo de alimentos e realizar a distribuição de refeições aos clientes.

FORNECEDOR	ATIVIDADES	CLIENTE
Almoxarife, enfermeiras (Mapa de dietas)	Pré-preparar alimentos e auxiliar o cozinheiro em procedimentos simples de cocção Auxiliar no preparo de refeições como desjejum, colação e lanche Preparar suplementação alimentar quando determinado pelo nutricionista Porcionar alimentos e montar bandejas de refeição Distribuir alimentos, água e sucos Notificar ao cozinheiro-chefe falhas, irregularidades e necessidade de reparo e reposição nos equipamentos e utensílios Realizar reposição de alimentos nos balcões de distribuição Recolher bandejas de refeição Recolher o Mapa de Dietas Preencher impresso de comunicação do nº de dietas necessárias para a cozinha Preencher a identificação da dieta, nome e leito do paciente Seguir o Manual de Boas Práticas Higienizar utensílios, louças, área física	Cozinheira, pacientes, Comensais do refeitório

NÍVEL DECISÓRIO

O cargo tem poderes para XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

QUALIFICAÇÃO

Escolaridade mínima necessária: fundamental
Tempo mínimo necessário de experiência: 1 ano

CONHECIMENTOS/HABILIDADES/COMPETÊNCIAS

<p>Conhecimento: o suporte teórico para executar a tarefa</p> <p>Higiene do alimento, ambiente, pessoal Dietas hospitalares Cortesia no atendimento</p>	<p>Habilidades: o conhecimento transformado em prática para a execução do trabalho</p> <p>escrita legível capacidade de leitura resistência física sociabilidade organização agilidade</p>	<p>Atitudes esperadas: vontade, predisposição para o trabalho</p> <p>comunicação adequada com chefia da Unidade de Alimentação e Nutrição cortesia e atenção com clientes presteza</p>
--	---	---

INDICADORES DE DESEMPENHO

Se você fosse o superior imediato do detentor deste cargo ou o dono da empresa, que critérios, que indicadores você adotaria para avaliar seu desempenho?

Higiene pessoal, ambiente e utensílios
Capacidade de leitura e escrita
Cortesia, presteza no atendimento ao cliente
Capacidade de relacionamento com equipe de trabalho e chefia
Organização
Atenção concentrada
Assiduidade e pontualidade

APROVAÇÃO

Ocupante:	Superior:	Data:
-----------	-----------	-------

NÍVEL DECISÓRIO

O cargo tem poderes para realizar requisição de produtos ao almoxarifado, de modificar o cardápio por motivos justificados,, de solicitar serviço de manutenção e distribuir tarefas diante de faltas, somente na ausência do nutricionista.

QUALIFICAÇÃO

Escolaridade mínima necessária: médio
Tempo mínimo necessário de experiência: 2 anos

CONHECIMENTOS/HABILIDADES/COMPETÊNCIAS

<u>Conhecimento:</u> o suporte teórico para executar a tarefa	<u>Habilidades:</u> o conhecimento transformado em prática para a execução do trabalho	<u>Atitudes esperadas:</u> vontade, predisposição para o trabalho
Higiene dos alimentos, ambiente e pessoal Equipamentos de cozinha industrial Importância do controle de temperatura Fluxo de trabalho na cozinha hospitalar Manual de boas práticas	organização capacidade de relacionamento interpessoal capacidade de resolução de problemas de rotina observação do Manual de boas práticas liderança capacidade de aprendizagem flexibilidade dinamismo	assiduidade presteza comunicação de problemas sugestões de solução para problemas detectados fidelidade honestidade

INDICADORES DE DESEMPENHO

Se você fosse o superior imediato do detentor deste cargo ou o dono da empresa, que critérios, que indicadores você adotaria para avaliar seu desempenho?

Liderança
Organização no desenvolvimento de tarefas
Capacidade de resolução de problemas de rotina
Relacionamento com o grupo
Atitude frente à mudança
Assiduidade e pontualidade

APROVAÇÃO

Ocupante:	Superior:	Data:
-----------	-----------	-------

	realizar estatística mensal das refeições supervisionar qualidade e quantidade dos gêneros alimentícios recebidos determinar modificações no cardápio-base quando necessário supervisionar higiene de alimentos, ambiente e pessoal fazer cumprir o Manual de Boas Práticas orientar e supervisionar estágios em produção e clínica hospitalar organizar e supervisionar programas educativos para os clientes do restaurante supervisionar pré-preparo, preparo e distribuição de refeições. Realizar reuniões de serviço Realizar treinamento de pessoal Realizar avaliação de desempenho do pessoal	
--	--	--

NÍVEL DECISÓRIO

O cargo tem poderes para XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

QUALIFICAÇÃO

Escolaridade mínima necessária: superior
 Tempo mínimo necessário de experiência: 2 anos

CONHECIMENTOS/HABILIDADES/COMPETÊNCIAS

Conhecimento: o suporte teórico para executar a tarefa Administração de Serviços de Alimentação Nutrição clínica Dietética	Habilidades: o conhecimento transformado em prática para a execução do trabalho Liderança Iniciativa Dinamismo Capacidade de atualização Condução de equipe Relacionamento interpessoal Domínio técnico Objetividade e clareza	Atitudes esperadas: vontade, predisposição para o trabalho Esforço na resolução de problemas Assiduidade Comunicação adequada Disponibilidade Ética Comprometimento
--	---	---

INDICADORES DE DESEMPENHO

Se você fosse o superior imediato do detentor deste cargo ou o dono da empresa, que critérios, que indicadores você adotaria para avaliar seu desempenho?

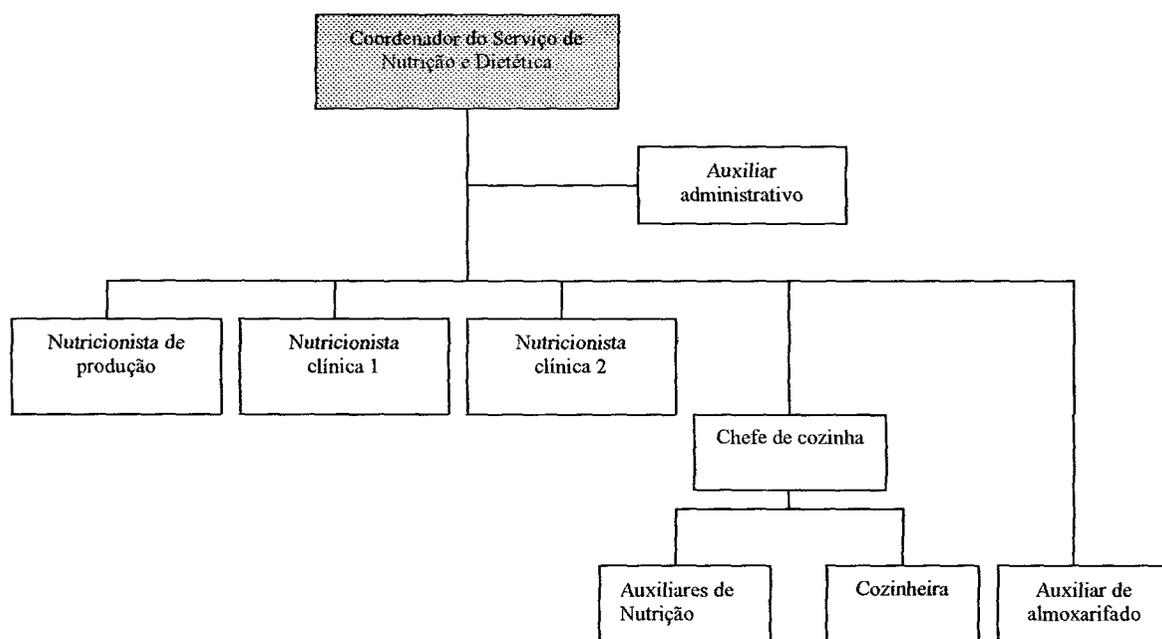
Aplicação do conhecimento técnico
 Método de resolução de problemas
 Posicionamento frente ao conflito
 Contato adequado com clientes
 Assiduidade e pontualidade
 Disponibilidade

APROVAÇÃO

Ocupante:	Superior:	Data:
-----------	-----------	-------

SPC-PUC**PERFIL DE CARGO****IDENTIFICAÇÃO**

TÍTULO ATUAL coordenadora do SND	LOCAL Hospital Santa Casa	CÓDIGO	
TÍTULO PROPOSTO coordenadora do SND			
ÁREA: Unidade de Alimentação e Nutrição	DATA	Nº. CADASTRO	

**OBJETIVO FINAL(missão do cargo)**

O objetivo final do cargo é planejar, coordenar e controlar a execução dos programas de trabalho em serviço.

FORNECEDOR	ATIVIDADES	CLIENTE
Fornecedores externos, almoxarife, médicos, enfermeiros, pacientes, gerentes e diretores, outras chefias do hospital	<p>Orientar e colaborar nos programas de ensino e de educação em serviço.</p> <p>Estudar o provimento de gêneros alimentícios e materiais necessários ao desenvolvimento das suas atividades e serviços.</p> <p>Promover a padronização de dietas e cardápios elaborados.</p> <p>Controlar a quantidade e qualidade da alimentação preparada através de pesquisas periódicas.</p> <p>Manter relacionamento funcional com as demais áreas do hospital.</p> <p>Representar o serviço internamente e externamente quando requerido.</p> <p>Convocar e presidir reuniões com seus subordinados.</p> <p>Avaliar os programas de trabalho e o desempenho do pessoal do serviço.</p> <p>Cumprir e fazer cumprir ordens de serviços e regulamentos do hospital.</p> <p>Auxiliar o setor de Recursos Humanos nos processos de contratação e demissão de pessoal</p> <p>Realizar funções determinadas contidas no cargo de Nutricionista.</p>	Nutricionistas e funcionários da Unidade de Alimentação e Nutrição, pacientes, funcionários de outros setores do hospital

NÍVEL DECISÓRIO

O cargo tem poderes para administrar a Unidade de Alimentação e Nutrição nos aspectos técnico-científico e administrativo.

QUALIFICAÇÃO

Escolaridade mínima necessária: superior
Tempo mínimo necessário de experiência: 2 anos

CONHECIMENTOS/HABILIDADES/COMPETÊNCIAS

<u>Conhecimento:</u> o suporte teórico para executar a tarefa	<u>Habilidades:</u> o conhecimento transformado em prática para a execução do trabalho	<u>Atitudes esperadas:</u> vontade, predisposição para o trabalho
Administração de Serviços de Alimentação	Liderança	Esforço na resolução de problemas
Nutrição clínica	Iniciativa	Assiduidade
Dietética	Dinamismo	Comunicação adequada
	Capacidade de atualização	Disponibilidade
	Gerenciamento	Ética
	Relacionamento interpessoal	
	Domínio técnico	
	Objetividade e clareza	

INDICADORES DE DESEMPENHO

Se você fosse o superior imediato do detentor deste cargo ou o dono da empresa, que critérios, que indicadores você adotaria para avaliar seu desempenho?

Aplicação do conhecimento técnico
Método de resolução de problemas
Posicionamento frente ao conflito
Contato adequado com clientes
Condução de grupo
Capacidade de gerenciamento

APROVAÇÃO

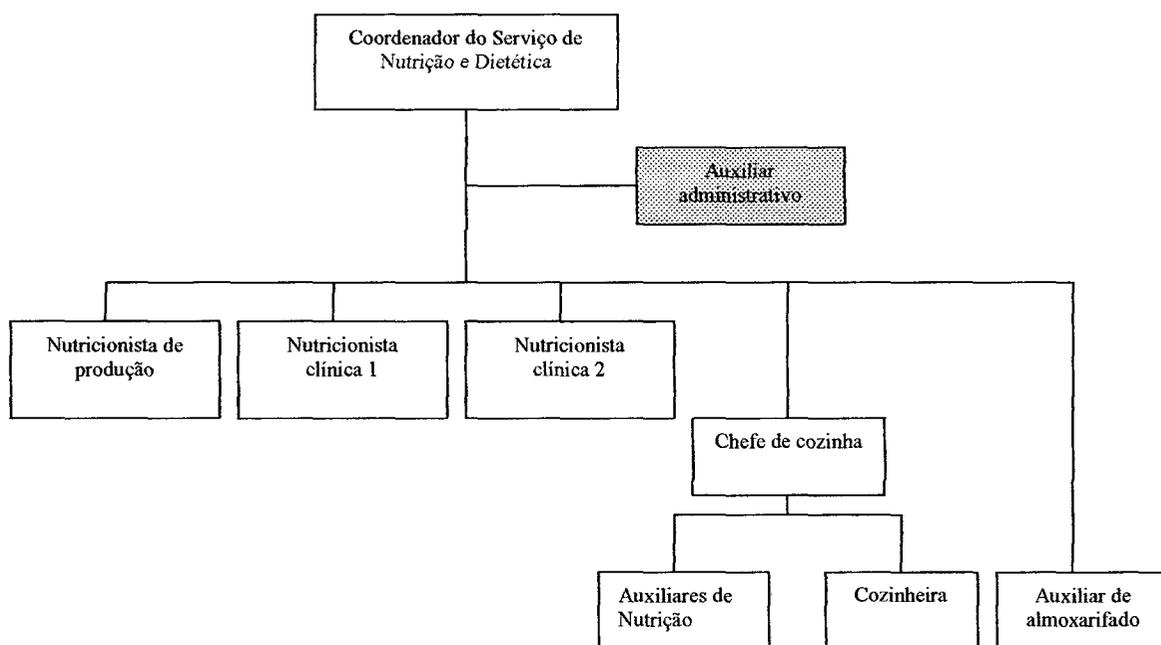
Ocupante:	Superior:	Data:
-----------	-----------	-------

SPC-PUC

PERFIL DE CARGO

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO ATUAL supervisor de almoxarifado	LOCAL Hospital Santa Casa	CÓDIGO	
TÍTULO PROPOSTO auxiliar administrativo			
ÁREA: Unidade de Alimentação e Nutrição	DATA	Nº. CADASTRO	



OBJETIVO FINAL(missão do cargo)

O objetivo final do cargo é auxiliar aos nutricionistas em funções administrativas de rotina.

FORNECEDOR	ATIVIDADES	CLIENTE
nutricionistas	digitar notas fiscais de entrada de produtos realizar contagem diária do total de dietas distribuídas realizar contagem diária de tickets de refeição de funcionários e de refeições servidas no restaurante realizar controle do total de acompanhantes que fizeram a refeição e enviar diariamente ao setor de contas manter o controle dos estoques junto ao CPD (Central de Processamento de Dados) digitando a entrada e saída dos produtos Comparar estoque físico com o estoque apresentado no CPD Digitar materiais adquiridos e existentes para controlar materiais do setor Digitar escala de férias e folgas Manter controle sobre o estoque de impressos do setor disponibilizando-os conforme a necessidade Elaborar cartas, realizar cotações de produtos nutricionais e específicos, encaminhar documentação, digitar orientações e novos impressos, de acordo com determinação dos nutricionistas Realizar contagem mensal de material dos setores copa, cozinha, almoxarifado Encaminhar notas de acompanhantes ao setor de faturamento, após conferir adequação do preenchimento	Funcionários da UAN, nutricionistas

NÍVEL DECISÓRIO

O cargo tem poderes para

QUALIFICAÇÃO

Escolaridade mínima necessária: médio
Tempo mínimo necessário de experiência. 1 ano

CONHECIMENTOS/HABILIDADES/COMPETÊNCIAS

Conhecimento: o suporte teórico para executar a tarefa	Habilidades: o conhecimento transformado em prática para a execução do trabalho	Atitudes esperadas:
Informática	organização	vontade, predisposição para o trabalho
Elaboração de cartas	rapidez	assiduidade
Controle de estoque	senso estético	agilidade
	comunicação adequada	preocupação com controles
		iniciativa quanto à organização de documentos

INDICADORES DE DESEMPENHO

Se você fosse o superior imediato do detentor deste cargo ou o dono da empresa, que critérios, que indicadores você adotaria para avaliar seu desempenho?

Capacidade de organização
Exatidão nos controles
Comunicação de problemas detectados
Relacionamento interpessoal
Assiduidade e pontualidade
Interesse

APROVAÇÃO

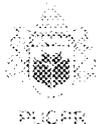
Ocupante:	Superior:	Data:
-----------	-----------	-------

OBSERVAÇÃO

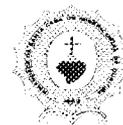
ESTE MATERIAL FOI ELABORADO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ADEQUADO À REALIDADE DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, PORÉM, PODERÁ SER ENCAMINHADO COMO PROPOSTA PARA OS OUTROS HOSPITAIS DA ALIANÇA SAÚDE NO SENTIDO DE UNIFORMIZAR AS FUNÇÕES, ESTUDANDO-SE A POSSIBILIDADE DE SUA APLICAÇÃO.

IVONE MAYUMI IKEDA MORIMOTO

APÊNDICE T – Ficha de diálogo de desenvolvimento



ALIANÇA SAÚDE
Unidade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
Setor de Nutrição e Dietética



DIÁLOGO DE DESENVOLVIMENTO

O objetivo deste formulário é promover um diálogo de maneira que a chefia possa esclarecer ao funcionário o que a organização espera dele e em que situação ele se encontra atualmente. Ao final, deve-se chegar à um denominador comum sobre como desenvolver melhorias na atuação de cada funcionário, portanto, preencha-o com o máximo de atenção, de acordo com a legenda abaixo:

- 3- sempre
2- quase sempre
1- raramente
0- nunca

Nome: _____

Função: **AUXILIAR DE NUTRIÇÃO**

Data de admissão: _____

1. CUMPRIMENTO DAS NORMAS DISCIPLINARES	Funcionário	Nutricionista
1.1. Respeita a hierarquia do Setor de Nutrição e Dietética		
1.2. É pontual ao trabalho.		
1.3. É assíduo ao trabalho (sem faltas e atestados)		
1.4. Obedece aos horários de intervalos estabelecidos		
1.5. Usa o crachá da instituição		
1.6. Utiliza EPI de maneira correta (cabelos cobertos, máscaras no nariz e boca, luvas descartáveis, botas na higienização)		
1.7. Está sempre com as unhas curtas sem esmalte e sem uso de adornos(jóias e bijuterias)		
1.8. Segue escala de trabalho sem troca de plantões ou folgas		
1.9 apresenta-se de uniforme completo		
2.0 apresenta-se de uniforme limpo		
TOTAL DE PONTOS		
2. DESEMPENHO TÉCNICO	Funcionário	Nutricionista
2.1. Segue procedimentos contidos no Manual de Boas Práticas		
2.2. Escreve de forma legível		
2.3. Lê o Mapa de Dietas de maneira correta		
2.4. executa com rapidez e exatidão as atividades de sua responsabilidade		
2.5. Zela pela economia de materiais		
2.6. É clara e coerente ao comunicar-se		
2.7. Executa as atividades de forma organizada		

2.8. Zela pela economia de gêneros alimentícios		
2.9. Zela pela limpeza e bom funcionamento de materiais e equipamentos do setor		
TOTAL DE PONTOS		
3. ATITUDES E CONHECIMENTO NO TRABALHO	Funcionário	Nutricionista
3.1. Postura adequada ao ambiente de trabalho		
3.2. Linguagem e timbre de voz adequado ao seu ambiente de trabalho		
3.3. Cumprimenta o paciente diariamente sorrindo durante o contato		
3.4. Procura atender o paciente com rapidez sem expressões de desagrado quando as solicitações são autorizadas		
3.5. É gentil e educada com pacientes e acompanhantes pois não há registro de problemas ocorridos		
3.6. Desempenha suas tarefas com independência		
3.7. Mantém-se atento às suas atividades		
3.8. Apresenta sugestões de melhorias quanto ao seu serviço		
3.9. Possui bom relacionamento com a equipe e chefia		
3.10. Participa ativamente das reuniões de equipe		
3.11. Tem capacidade de detectar problemas de rotina e iniciativa para resolvê-los de maneira adequada		
TOTAL DE PONTOS		

TOTAL GERAL DE PONTOS	
------------------------------	--

Registro de acidentes de trabalho no período:

Sugestões de melhoria:

Funcionário: _____ data: _____

Nutricionista: _____ data: _____



ALIANÇA SAÚDE
Unidade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
Setor de Nutrição e Dietética



DIÁLOGO DE DESENVOLVIMENTO

O objetivo deste formulário é promover um diálogo de maneira que a chefia possa esclarecer ao funcionário o que a organização espera dele e em que situação ele se encontra atualmente. Ao final, deve-se chegar à um denominador comum sobre como desenvolver melhorias na atuação de cada funcionário, portanto, preencha-o com o máximo de atenção, de acordo com a legenda abaixo:

- 3- sempre
2- quase sempre
1- raramente
0- nunca

Nome: _____

Função: **COZINHEIRO** Data de admissão: _____

1. CUMPRIMENTO DAS NORMAS DISCIPLINARES	Funcionário	Nutricionista
1.1. Respeita a hierarquia do Setor de Nutrição e Dietética		
1.2. É pontual ao trabalho.		
1.3. É assíduo ao trabalho (sem faltas e atestados)		
1.4. Obedece aos horários de intervalos estabelecidos		
1.5. Usa o crachá da instituição		
1.6. Utiliza EPI de maneira correta (cabelos cobertos, máscaras no nariz e boca, luvas descartáveis, botas na higienização)		
1.7. Está sempre com as unhas curtas sem esmalte e sem uso de adornos(jóias e bijuterias)		
1.8. Segue escala de trabalho sem troca de plantões ou folgas		
1.9 apresenta-se de uniforme completo		
2.0 apresenta-se de uniforme limpo		
TOTAL DE PONTOS		
2. DESEMPENHO TÉCNICO	Funcionário	Nutricionista
2.1. Segue procedimentos contidos no Manual de Boas Práticas		
2.2. É capaz de preparar novas receitas		
2.3. É capaz de adaptar preparações culinárias		
2.4. executa com rapidez e exatidão as atividades de sua responsabilidade		

2.5. Zela pela aparência final do alimento ao prepará-lo		
2.6. Prepara refeições adequada quanto ao sabor e temperos		
2.7. É clara e coerente ao comunicar-se		
2.8. Executa as atividades de forma organizada		
2.9. Zela pela economia de gêneros alimentícios, materiais e equipamentos		
3.0. Zela pela limpeza e bom funcionamento de materiais e equipamentos		
TOTAL DE PONTOS		
3. ATITUDES E CONHECIMENTO NO TRABALHO	Funcionário	Nutricionista
3.1. Postura adequada ao ambiente de trabalho		
3.2. Linguagem e timbre de voz adequado ao seu ambiente de trabalho		
3.3. Possui bom relacionamento com a equipe e chefia		
3.4. Participa ativamente das reuniões de equipe		
3.5. Tem capacidade de detectar problemas de rotina e iniciativa para resolvê-los de maneira adequada		
3.6. Desempenha suas tarefas com independência		
3.7. Mantém-se atento às suas atividades		
3.8. Apresenta sugestões de melhorias quanto ao seu serviço		
TOTAL DE PONTOS		

TOTAL GERAL DE PONTOS	
------------------------------	--

Registro de acidentes de trabalho no período:

Sugestões de melhoria:

Funcionário: _____ data: _____

Nutricionista: _____ data: _____



ALIANÇA SAÚDE
Unidade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
Setor de Nutrição e Dietética



DIÁLOGO DE DESENVOLVIMENTO

O objetivo deste formulário é promover um diálogo de maneira que a chefia possa esclarecer ao funcionário o que a organização espera dele e em que situação ele se encontra atualmente. Ao final, deve-se chegar à um denominador comum sobre como desenvolver melhorias na atuação de cada funcionário, portanto, preencha-o com o máximo de atenção, de acordo com a legenda abaixo:

- 3- sempre
2- quase sempre
1- raramente
0- nunca

Nome: _____

Função: **AUXILIAR DE ALMOXARIFADO** Data de admissão: _____

1. CUMPRIMENTO DAS NORMAS DISCIPLINARES	Funcionário	Nutricionista
1.1. Respeita a hierarquia do Setor de Nutrição e Dietética		
1.2. É pontual ao trabalho.		
1.3. É assíduo ao trabalho (sem faltas e atestados)		
1.4. Obedece aos horários de intervalos estabelecidos		
1.5. Usa o crachá da instituição		
1.6. Utiliza EPI de maneira correta (cabelos cobertos, máscaras no nariz e boca, luvas descartáveis, botas na higienização)		
1.7. Está sempre com as unhas curtas sem esmalte e sem uso de adornos(jóias e bijuterias)		
1.8. Segue escala de trabalho sem troca de plantões ou folgas		
1.9 apresenta-se de uniforme completo		
2.0 apresenta-se de uniforme limpo		
TOTAL DE PONTOS		
2. DESEMPENHO TÉCNICO	Funcionário	Nutricionista
2.1. Segue procedimentos contidos no Manual de Boas Práticas		
2.2. Hábil no uso do computador		
2.3. Confere notas e estoque com atenção e exatidão		
2.4. executa com rapidez e exatidão as atividades de sua responsabilidade		

2.5. Zela pela economia de materiais		
2.6. É claro e coerente ao comunicar-se		
2.7. Executa as atividades de forma organizada		
2.8. Comunica à chefia prazos de validade e irregularidades no tempo de armazenamento dos alimentos da câmara		
2.9. Zela pela limpeza e bom funcionamento de materiais e equipamentos do setor		
TOTAL DE PONTOS		
3. ATITUDES E CONHECIMENTO NO TRABALHO	Funcionário	Nutricionista
3.1. Postura adequada ao ambiente de trabalho		
3.2. Linguagem e timbre de voz adequado ao seu ambiente de trabalho		
3.3 Bom relacionamento com clientes (funcionários, fornecedores)		
3.4. Possui bom relacionamento com a equipe e chefia		
3.5. Tem capacidade de detectar problemas de rotina e iniciativa para resolvê-los de maneira adequada		
3.6. Desempenha suas tarefas com independência		
3.7. Interessado e atento às suas atividades		
3.8. Apresenta sugestões de melhorias quanto ao seu serviço		
3.9. Participa ativamente das reuniões de equipe		
TOTAL DE PONTOS		

TOTAL GERAL DE PONTOS	
------------------------------	--

Registro de acidentes de trabalho no período:

Sugestões de melhoria:

Funcionário: _____ data: _____

Nutricionista: _____ data: _____



ALIANÇA SAÚDE
 Unidade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
 Setor de Nutrição e Dietética



DIÁLOGO DE DESENVOLVIMENTO

O objetivo deste formulário é promover um diálogo de maneira que a chefia possa esclarecer ao funcionário o que a organização espera dele e em que situação ele se encontra atualmente. Ao final, deve-se chegar à um denominador comum sobre como desenvolver melhorias na atuação de cada funcionário, portanto, preencha-o com o máximo de atenção, de acordo com a legenda abaixo:

- 3- sempre
 2- quase sempre
 1- raramente
 0- nunca

Nome: _____

Função: **NUTRICIONISTA** Data de admissão: _____

1. CUMPRIMENTO DAS NORMAS DISCIPLINARES	Funcionário	Nutricionista
1.1. Respeita a hierarquia do Setor de Nutrição e Dietética		
1.2. É pontual ao trabalho.		
1.3. É assíduo ao trabalho (sem faltas e atestados)		
1.4. Obedece aos horários de intervalos estabelecidos		
1.5. Usa o crachá da instituição		
1.6. Utiliza EPI de maneira correta (cabelos cobertos, máscaras no nariz e boca, luvas descartáveis, botas na higienização)		
1.7. Está sempre com as unhas curtas sem esmalte e sem uso de adornos(jóias e bijuterias)		
1.8. Segue escala de trabalho sem troca de plantões ou folgas		
1.9 apresenta-se de uniforme completo		
2.0 apresenta-se de uniforme limpo		
TOTAL DE PONTOS		
2. DESEMPENHO TÉCNICO	Funcionário	Nutricionista
2.1. Segue procedimentos contidos no Manual de Boas Práticas		
2.2. É capaz de preparar novas receitas		
2.3. É capaz de adaptar preparações culinárias		
2.4. executa com rapidez e exatidão as atividades de sua responsabilidade		

2.5. Zela pela aparência final do alimento ao prepará-lo		
2.6. Prepara refeições adequada quanto ao sabor e temperos		
2.7. É clara e coerente ao comunicar-se		
2.8. Executa as atividades de forma organizada		
2.9. Zela pela economia de gêneros alimentícios, materiais e equipamentos		
3.0. Zela pela limpeza e bom funcionamento de materiais e equipamentos		
TOTAL DE PONTOS		
3. ATITUDES E CONHECIMENTO NO TRABALHO	Funcionário	Nutricionista
3.1. Postura adequada ao ambiente de trabalho		
3.2. Linguagem e timbre de voz adequado ao seu ambiente de trabalho		
3.3. Possui bom relacionamento com a equipe e chefia		
3.4. Participa ativamente das reuniões de equipe		
3.5. Tem capacidade de detectar problemas de rotina e iniciativa para resolvê-los de maneira adequada		
3.6. Desempenha suas tarefas com independência		
3.7. Mantém-se atento às suas atividades		
3.8. Apresenta sugestões de melhorias quanto ao seu serviço		
TOTAL DE PONTOS		

TOTAL GERAL DE PONTOS	
------------------------------	--

Registro de acidentes de trabalho no período:

Sugestões de melhoria:

Funcionário: _____ data: _____

Nutricionista: _____ data: _____



ALIANÇA SAÚDE
Unidade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
Setor de Nutrição e Dietética



DIÁLOGO DE DESENVOLVIMENTO

O objetivo deste formulário é promover um diálogo de maneira que a chefia possa esclarecer ao funcionário o que a organização espera dele e em que situação ele se encontra atualmente. Ao final, deve-se chegar à um denominador comum sobre como desenvolver melhorias na atuação de cada funcionário, portanto, preencha-o com o máximo de atenção, de acordo com a legenda abaixo:

- 3- sempre
2- quase sempre
1- raramente
0- nunca

Nome: _____

Função: **AUXILIAR ADMINISTRATIVO** Data de admissão: _____

1. CUMPRIMENTO DAS NORMAS DISCIPLINARES	Funcionário	Nutricionista
1.1. Respeita a hierarquia do Setor de Nutrição e Dietética		
1.2. É pontual ao trabalho.		
1.3. É assíduo ao trabalho (sem faltas e atestados)		
1.4. Obedece aos horários de intervalos estabelecidos		
1.5. Usa o crachá da instituição		
1.6. Utiliza EPI de maneira correta (cabelos cobertos, máscaras no nariz e boca, luvas descartáveis, botas na higienização)		
1.7. Está sempre com as unhas curtas sem esmalte e sem uso de adornos(jóias e bijuterias)		
1.8. Segue escala de trabalho sem troca de plantões ou folgas		
1.9 apresenta-se de uniforme completo		
2.0 apresenta-se de uniforme limpo		
TOTAL DE PONTOS		
2. DESEMPENHO TÉCNICO	Funcionário	Nutricionista
2.1. Segue procedimentos contidos no Manual de Boas Práticas		
2.2. É capaz de preparar novas receitas		
2.3. É capaz de adaptar preparações culinárias		
2.4. executa com rapidez e exatidão as atividades de sua responsabilidade		

2.5. Zela pela aparência final do alimento ao prepará-lo		
2.6. Prepara refeições adequada quanto ao sabor e temperos		
2.7. É clara e coerente ao comunicar-se		
2.8. Executa as atividades de forma organizada		
2.9. Zela pela economia de gêneros alimentícios, materiais e equipamentos		
3.0. Zela pela limpeza e bom funcionamento de materiais e equipamentos		
TOTAL DE PONTOS		
3. ATITUDES E CONHECIMENTO NO TRABALHO	Funcionário	Nutricionista
3.1. Postura adequada ao ambiente de trabalho		
3.2. Linguagem e timbre de voz adequado ao seu ambiente de trabalho		
3.3. Possui bom relacionamento com a equipe e chefia		
3.4. Participa ativamente das reuniões de equipe		
3.5. Tem capacidade de detectar problemas de rotina e iniciativa para resolvê-los de maneira adequada		
3.6. Desempenha suas tarefas com independência		
3.7. Mantém-se atento às suas atividades		
3.8. Apresenta sugestões de melhorias quanto ao seu serviço		
TOTAL DE PONTOS		

TOTAL GERAL DE PONTOS	
------------------------------	--

Registro de acidentes de trabalho no período:

Sugestões de melhoria:

Funcionário: _____ data: _____

Nutricionista: _____ data: _____



ALIANÇA SAÚDE
Unidade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
Setor de Nutrição e Dietética



DIÁLOGO DE DESENVOLVIMENTO

O objetivo deste formulário é promover um diálogo de maneira que a chefia possa esclarecer ao funcionário o que a organização espera dele e em que situação ele se encontra atualmente. Ao final, deve-se chegar à um denominador comum sobre como desenvolver melhorias na atuação de cada funcionário, portanto, preencha-o com o máximo de atenção, de acordo com a legenda abaixo:

- 3- sempre
2- quase sempre
1- raramente
0- nunca

Nome: _____

Função: **CHEFE DE COZINHA** Data de admissão: _____

1. CUMPRIMENTO DAS NORMAS DISCIPLINARES	Funcionário	Nutricionista
1.1. Respeita a hierarquia do Setor de Nutrição e Dietética		
1.2. É pontual ao trabalho.		
1.3. É assíduo ao trabalho (sem faltas e atestados)		
1.4. Obedece aos horários de intervalos estabelecidos		
1.5. Usa o crachá da instituição		
1.6. Utiliza EPI de maneira correta (cabelos cobertos, máscaras no nariz e boca, luvas descartáveis, botas na higienização)		
1.7. Está sempre com as unhas curtas sem esmalte e sem uso de adornos(jóias e bijuterias)		
1.8. Segue escala de trabalho sem troca de plantões ou folgas		
1.9 apresenta-se de uniforme completo		
2.0 apresenta-se de uniforme limpo		
TOTAL DE PONTOS		
2. DESEMPENHO TÉCNICO	Funcionário	Nutricionista
2.1. Segue procedimentos contidos no Manual de Boas Práticas		
2.2. É capaz de preparar novas receitas		
2.3. É capaz de adaptar preparações culinárias		
2.4. executa com rapidez e exatidão as atividades de sua responsabilidade		

2.5. Zela pela aparência final do alimento ao prepará-lo		
2.6. Prepara refeições adequada quanto ao sabor e temperos		
2.7. É clara e coerente ao comunicar-se		
2.8. Executa as atividades de forma organizada		
2.9. Zela pela economia de gêneros alimentícios, materiais e equipamentos		
3.0. Zela pela limpeza e bom funcionamento de materiais e equipamentos		
TOTAL DE PONTOS		
3. ATITUDES E CONHECIMENTO NO TRABALHO	Funcionário	Nutricionista
3.1. Postura adequada ao ambiente de trabalho		
3.2. Linguagem e timbre de voz adequado ao seu ambiente de trabalho		
3.3. Possui bom relacionamento com a equipe e chefia		
3.4. Participa ativamente das reuniões de equipe		
3.5. Tem capacidade de detectar problemas de rotina e iniciativa para resolvê-los de maneira adequada		
3.6. Desempenha suas tarefas com independência		
3.7. Mantém-se atento às suas atividades		
3.8. Apresenta sugestões de melhorias quanto ao seu serviço		
TOTAL DE PONTOS		

TOTAL GERAL DE PONTOS	
------------------------------	--

Registro de acidentes de trabalho no período:

Sugestões de melhoria:

Funcionário: _____ data: _____

Nutricionista: _____ data: _____

APÊNDICE U – Plano de treinamento inicial e seus resultados

PLANO DE TREINAMENTO

TÍTULO: Treinamento inicial do Serviço de Nutrição e Dietética

POPULAÇÃO ALVO: novos funcionários do Serviço de Nutrição e Dietética

ORIENTADORES: Prof^a Ivone Morimoto e Fabiane Savi (PUCPR)

LOCAL: Salas de aula do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba

CARGA HORÁRIA: 2 horas divididas em 2 encontros de 1 hora

JUSTIFICATIVA

O Serviço de Nutrição e Dietética recebe, tradicionalmente, funcionários sem qualificação anterior para o desenvolvimento do trabalho em cozinhas industriais hospitalares. Apesar da existência de mecanismos de controle através de supervisão no desempenho de funções, o conhecimento e a compreensão dos princípios básicos de higiene e manipulação que originaram tantas normas e procedimentos do serviço pode tornar muito mais eficiente a sua prática. As especificidades que envolvem o ambiente hospitalar e as implicações do trabalho para o objetivo final da instituição, o paciente, também devem ser discutidas.

OBJETIVO GERAL

Oferecer ao funcionário conhecimentos básicos para o desenvolvimento do trabalho

OBJETIVO ESPECÍFICO (ao final do curso o funcionário deve ser capaz de:)	CONTEÚDO	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> relatar as especificidades do trabalho em um hospital definir alimentação equilibrada pela pirâmide dos alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos da organização O paciente internado Alimentação e saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmica sobre motivação para o trabalho Listar sentimentos do paciente internado Listar o que um paciente espera das pessoas que o atendem Montagem da pirâmide dos alimentos individual(considerando aspectos qualitativos) 	<ul style="list-style-type: none"> Montagem da pirâmide dos alimentos com o cardápio praticado no hospital(considerando aspectos qualitativos Encenação de um atendimento adequado ao paciente na visão do grupo
<ul style="list-style-type: none"> Indicar formas de evitar a contaminação dos alimentos com uso da temperatura Relatar as formas de conservação da temperatura praticadas no serviço Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual (EPI) Praticar a lavagem adequada das mãos 	<ul style="list-style-type: none"> O controle da temperatura dos alimentos como meio de evitar o desenvolvimento de microorganismos Uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI) Meios de contaminação dos alimentos e suas conseqüências As mãos como meio de contaminação dos alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Manipulação do termômetro dentro do serviço justificando a utilização do mesmo apresentando os processos de aquecimento, congelamento, resfriamento Apresentar todos os EPI explicando a correta utilização e os motivos da necessidade de uso Apresentação de cartaz com microorganismos e sua ação nas diferentes temperaturas Dinâmica da higienização das mãos (tinta guache) Dinâmica da contaminação pela mão (purpurina) 	<ul style="list-style-type: none"> Relato sobre o estado do microorganismo nas diferentes temperaturas de conservação dos alimentos Mímica de situações onde o uso do EPI é essencial Higienização das mãos com sabão na prática

REALIZAÇÃO DO TREINAMENTO

DATA: 19/07/02 e 26/07/02

LOCAL: salas de aula do hospital

HORÁRIOS: 15h

PARTICIPANTES: funcionários Valdevino, Rosilene, Quitéria e chefe de cozinha Eliane

Resultados da avaliação:

1º encontro: 100% de acertos na elaboração da pirâmide alimentar com as preparações do cardápio de 1 dia do hospital.

2º encontro: Lavagem das mãos dentro dos critérios especificados no curso

Relação correta entre estado do microorganismo e temperaturas de conservação dos alimentos

Uso correto de equipamentos de proteção individual (bota, touca, máscara)

APÊNDICE V – Ficha de coleta de dados sobre satisfação do cliente

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA FICHA DE COLETA DE DADOS SOBRE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

ALMOÇO – ENFERMARIAS DATA:

Critérios	Muito satisf	satisf	Indif	Pouco Satisf	Insatisf	Muito satisf	satisf	Indif	Pouco Satisf	Insatisf
Aparência visual da bandeja de refeição										
Temperatura do alimento no marmite										
Cortesia da copeira										
Apresentação da copeira										
Conforto para o ato da alimentação										
Sugestões para melhorias Quarto/leito/nome										

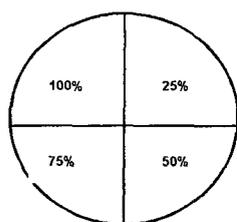
APÊNDICE X – Aceitação da dieta branda e normal

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
ACEITAÇÃO DA DIETA BRANDA E NORMAL – ENFERMARIAS

DATA: _____ REFEIÇÃO: _____

CARDÁPIO DO DIA

NOME: _____ QUARTO/LEITO: _____
ESTIMATIVA DE ACEITAÇÃO:



Discriminar o que mais sobrou _____

Motivos da não aceitação:

- () falta de apetite
- () dificuldade de mastigação
- () dificuldade de deglutição (disfagia)
- () dor ao deglutir (odinofagia)
- () características organolépticas-sabor, temperatura, aparência, odor
- () distúrbios gastrointestinais – náuseas, vômito, diarreia
- () quantidade exagerada
- () não corresponde à preferências alimentares
- () fatores psicológicos
- () consistência da dieta inadequada

ANEXOS

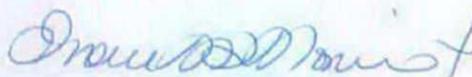
ANEXO A – Carta de solicitação da implantação experimental no Hospital A

De: Ivone Morimoto – nutricionista – professora do Curso de Nutrição PUCPR
Para : Sr. João Sílvio Kogin

Curitiba, 11 de julho de 2002

Eu, Ivone Mayumi Ikeda Morimoto, nutricionista, professora do Curso de Nutrição PUCPR, estou realizando Curso de Mestrado em Engenharia de Produção com ênfase em Qualidade e Produtividade pela Universidade Federal de Santa Catarina. Minha dissertação refere-se à estruturação de Unidades de Alimentação e Nutrição Hospitalares, já que possuo longa experiência profissional na área, tendo realizado trabalhos de consultoria referentes ao assunto. Como a Unidade de Alimentação e Nutrição deste hospital passa por uma série de modificações em virtude dos processos de certificação ISO 9001 e Acreditação Hospitalar, constitui-se em campo ideal de aplicação do modelo de adequação direcionado à satisfação do cliente por mim idealizada. Desta maneira, venho por meio desta, solicitar formalmente a autorização para aplicação do modelo, incluindo ou não o nome da instituição para publicação.

Atenciosamente,



Ivone Mayumi Ikeda Morimoto



João Sílvio Kogin
Gerente Administrativo

ANEXO B – Ficha de solicitação de pessoal



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA
HOSPITAL DE CARIDADE

SOLICITAÇÃO DE PESSOAL

De Chefe: () Santa Casa Setor: _____
() Hospital Psiquiátrico

Para: Recursos Humanos

* Título do cargo: _____ Setor: _____
() Substituição de quem? _____
Motivo do desligamento: _____

() Ampliação de quadro
Justificativa: _____

• Perfil Profissional

Horário de trabalho: _____
Principais atividades: _____

Instrução necessária: () 1º Grau () Completo
() 2º Grau () Incompleto
() 3º Grau

Faixa etária desejada: _____
Características pessoais: _____

_____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____
Setor Requirente Setor de Pessoal Diretor Administrativo

* Aprovação

_____/_____/_____ _____
Provedoria

* Nome do candidato aprovado: _____
* Função: _____
* Data de início: _____ * Horário: _____

ANEXO C – Programa de treinamento de integração de novos funcionários



ALIANÇA SAÚDE



PROGRAMA DE TREINAMENTO DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS FUNCIONÁRIOS IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA

Dia: 09/07/2002 na sala de aula 2 (subsolo).

Horário de Início: 07:30 h.

Horário de Término: 17:10 h.

Programação:

07:30 às 09:10 h – Recrutamento e Seleção (Rosana).

09:10 às 09:20 h – Apresentação das Chefias e Serviços:

• Arlete (RX)	• João Sílvio (Diretoria Administrativa)
• Luiz Antônio (Engenharia Clínica)	• Lindalva (Órtese e Prótese)
• Dórica (Faturamento)	• Enéas (Serviços de Apoio)
• Lucília (Tesouraria)	• Simone (Enfermagem)
• Izamara (Secretária de Residência Médica)	• Sérgio (Segurança e Tráfego)
• João (Controle de Gases)	• Dr. Nilton (Médico do Trabalho)

09:20 às 10:20 h – Recursos Humanos.

10:20 às 10:35 h – Coffe-break.

10:35 às 10:50 h – Afisca (Associação dos Funcionários da Santa Casa).

10:50 às 11:40 h – Auditoria (En^{fa} Bianca).

11:40 às 12:00 h – Serviço Social (Mariza e Reni).

12:00 às 13:00 h – Almoço.

13:00 às 13:15 h – Setor Pessoal (entrega de V.T. e vale alimentação no departamento pessoal).

13:15 às 13:55 h – SESMT (Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho)

13:55 às 14:25 h – Educação Continuada.

14:25 às 14:35 h – Informática.

14:35 às 15:05 h – CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar)

15:05 às 15:15 h – Coordenação de Atendimento ao Cliente e SAC.

Compreende 06 setores: Copa, Higiene e Limpeza, Internamento, Recepção, Rouparia e Telefonia.

Apresentação da equipe:

• Manli (Internamento)	• Regina (Recepção)
• Alessandra (Nutricionista)	• Regina (Serviço de Atendimento ao Cliente)
• Rubia (Nutricionista)	• Ilma (Copa)
• Ana (Higiene e Limpeza)	• Adalberto (Manutenção)

15:15 às 15:30 h – Coffe-break.

15:30 às 15:45 h – Farmácia.

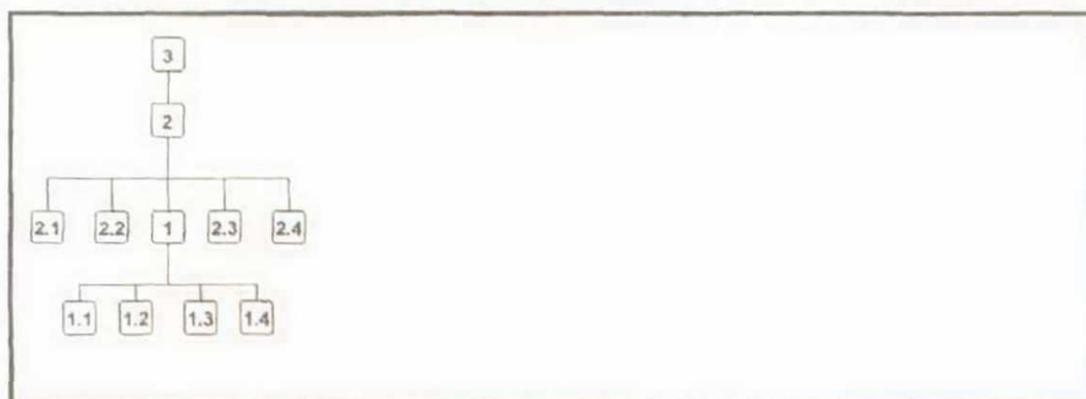
15:45 às 17:10 h – Educação Continuada.

ANEXO D – Ficha padrão perfil de cargo

SPC-PUC	PERFIL DE CARGO
----------------	------------------------

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO ATUAL:	LOCAL:	CÓDIGO:	10.4.2013
TÍTULO PROPOSTO:			
ÁREA:	DATA:	N.º CADASTRO:	



OBJETIVO FINAL (MISSÃO DO CARGO)

O objetivo final do cargo é

FORNECEDOR	ATIVIDADES	CLIENTE

FORNECEDOR	ATIVIDADES	CLIENTE

NÍVEL DECISÓRIO

O cargo tem poderes para:

QUALIFICAÇÃO

Escolaridade mínima necessária:

Tempo mínimo necessário de experiência:

CONHECIMENTOS/HABILIDADES/COMPETÊNCIAS

Conhecimento: o suporte teórico para executar a tarefa.

Habilidades: o conhecimento transformado em prática para a execução do trabalho.

Atitudes esperadas: vontade, predisposição para o trabalho.

INDICADORES DE DESEMPENHO

Se você fosse o superior imediato do detentor deste cargo, ou o dono da empresa, que critérios, que indicadores você adotaria para avaliar seu desempenho?

APROVAÇÃO

OCUPANTE:	SUPERIOR:	DATA:
-----------	-----------	-------