

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**

**ANDRÉA BRUGINSKI**

**IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE NUTRIÇÃO HOSPITALAR SOB O  
EIXO DA INTEGRALIDADE**

**Itajaí  
2008**

**ANDRÉA BRUGINSKI**

**IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE NUTRIÇÃO HOSPITALAR SOB O  
EIXO DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada à Banca de Defesa. Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de Concentração em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientador:  
Prof. Doutor Luiz Roberto Agea Cutolo

**Itajaí  
2008**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central

Bruginski, Andréa  
B891i Implantação de sistema de nutrição hospitalar sob o eixo da integralidade /  
2008 Andréa Bruginski ; orientador, Luiz Roberto Agea Cutolo. – 2008.  
160 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008  
Bibliografias: f. 147-153

1. Hospitais – Administração. 2. Hospitais – Serviço de alimentação.  
3. Hospitais Universitários. I. Cutolo, Luiz Roberto Agea. II. Universidade do  
Vale do Itajaí. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho.

CDD 20. ed. – 362.11068

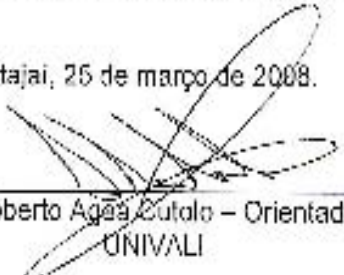
**ANDRÉA BRUGINSKI**

**IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE NUTRIÇÃO HOSPITALAR SOB O  
EIXO DA INTEGRALIDADE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

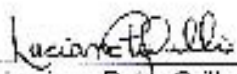
Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, 25 de março de 2008.




---

Prof. Dr. Luiz Roberto Aguiar Cutolo – Orientador/Presidente  
UNIVALI



---

Profa. Dra. Luciane Peter Grillo - Membro  
UNIVALI



---

Profa. Dra. Raquel Kuerten de Salles - Membro  
UFSC

Dedico o meu trabalho a todos vocês, com muito otimismo e amor.

À minha mãe  
**Valderez,**

Pelo exemplo de perseverança, otimismo e amor em que me espelhei, em especial na fase na qual foi concebido e desenvolvido esse trabalho.

Pelo cuidado amoroso prestado à minha filha, sustentando minhas ausências, sem o qual não teria conseguido.

Obrigada!

À minha tia  
**Jadwiga,**

Pelo cuidado da minha Sophia, apoio à minha mãe,

Obrigada!

À meu pai  
**James**

Pela valorização ao estudo e ao conhecimento que me são tão caros !

Obrigada!

À minha filha  
**Sophia,**

Concebida e gerada durante esse trabalho, com quem estou aprendendo a ser mãe, pessoa e profissional melhor e mais feliz.

Seu nome não é Sophia, "Sabedoria", por acaso. Você representa o valor que tanto dedico ao saber, ao novo, ao ampliar horizontes.

Obrigada por estar sempre me esperando com seus bracinhos abertos e demonstrar o quanto sentia minha falta. Como não persistir e tirar forças lutando contra o tempo que era implacável ? Sim ! É uma realização pessoal, mas você foi determinante nessa conquista.

Que Deus sempre esteja em nossas famílias, nossos projetos, nossas conquistas!

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador,  
Cutolo,  
Por nunca ter desistido ou desacreditado que eu conseguiria,  
Obrigada !

À amiga  
Rubia  
Pela hospitalidade incondicional com a qual me recebeu,  
Obrigada !  
Sophia e eu agradecemos.

Às colegas de turma  
Carolina, Adriana, Vera, Elis,  
Por todo apoio,  
Voces fizeram a diferença !

Ao núcleo de compras,  
Rogerio Felipe,  
Que comprou a idéia do projeto e batalhou com se fosse seu,  
Você foi fundamental.

Aos diretores,  
Pedro Lacava e Sergio Guidi,  
Por terem acreditado e buscado os recursos,  
Essa conquista divido com vocês.

*Toda cozinha tem a marca do passado, da história, da sociedade, do povo e da nação à qual pertence. Cozinhar é uma ação cultural que nos liga sempre ao que fomos, somos e seremos e, também com o que produzimos, cremos, projetamos e sonhamos.*

SENAC, 1998, p. 8

## RESUMO

A dissertação relata a Implantação de Sistema de Nutrição Hospitalar em dois hospitais de ensino. Tal implantação visou a melhoria no atendimento da alimentação aos usuários de saúde, tomou a integralidade como eixo estruturante nas propostas de mudança, tangenciando conceitos de hospitalidade, humanização, tecnologia, gastronomia e gestão de processos. Utilizou como base metodológica a pesquisa-ação, por sua característica de enfrentamento aos problemas objeto da pesquisa, com implantação de ações durante o desenvolvimento desta. As ações implantadas foram ofertar cardápios optativos aos usuários de saúde, melhoria da apresentação, sabor e aroma das refeições, inovação tecnológica na distribuição, montagem e manutenção de temperatura das refeições, pesquisa de satisfação espontânea no ato do serviço e atendimento diferenciado pelos profissionais de copa. Configurou-se em sistema porque integrou ações da Nutrição Hospitalar, até então fragmentadas em processos independentes. Pretende ser um instrumento de motivação a futuras implantações, do exercício da gestão com olhar voltado às necessidades e demandas dos usuários de saúde, integração de serviços e inovação das práticas nutricionais no cenário hospitalar.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Nutrição. Atenção Integral à Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Avaliação da Tecnologia Biomédica. Tecnologia.

## **ABSTRACT**

This dissertation focuses on the introduction of a Hospital Nutrition System in two teaching hospitals. The introduction of this system sought to improve the catering service for health users, structured from a perspective of integrality in the proposals for change, and touching on concepts of hospitality, humanization, technology, gastronomy and management of processes. It uses the methodological base of action-research, due to its characteristic of dealing with problems which are the object of the research, with the implementation of actions during its development. The actions introduced were the offer of menus that give a choice to health users, improve the presentation, taste and smell of the meals, and promote technological innovation in the distribution, assembly and maintenance of temperature of the meals, and a spontaneous satisfaction survey carried out among those providing the catering service, focusing on the different workers involved. It was configured as a system because it included actions of Hospital nutrition, which until then had been fragmented in independent processes. It is intended as a tool for motivating future implementations, the exercise of management focusing on the needs and demands of health users, integration of services and innovation of nutritional practices in the hospital context.

Key words: Hospital Nutrition Service. Integral Health Care. Health Service Administration. Assessment of Biomedical Technology. Technology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Um modelo de desenvolvimento de produto e processo	37
Figura 02 – Bases na cozinha gastronômica	41
Figura 03 – Organograma da Nutrição Produção APC	47
Figura 04 – Reclamações do Serviço de Alimentação – Hospital Universitário 2007	53
Figura 05 – Falhas de informação em mapas dietoterápicos – Hospital Universitário	56
Figura 06 – Falhas de informação em mapas dietoterápicos – Hospital de Caridade	56
Figura 07 – Perfil de consistência de dietas do Hospital de Caridade	58
Figura 08 – Perfil de consistência de dietas – Hospital Universitário	58
Figura 09 – Perfil de composição de dietas – Hospital de Caridade	58
Figura 10 – Perfil de composição de dietas – Hospital Universitário	58
Figura 11 – Banho-Maria de montagem de dietas no Hospital de Caridade	62
Figura 12 – Banho-Maria de montagem de dietas no Hospital Universitário	62
Figura 13 – Modelo de carro em uso no Hospital de Caridade	64
Figura 14 – Modelo de carro em uso no Hospital Universitário	64
Figura 15 – Seqüência inicial de entrega de refeições	65
Figura 16 – Seqüência final de entrega de refeições	65
Figura 17 – Gráfico de redução de temperatura de refeições - Hospital de Caridade	67
Figura 18 – Gráfico de redução de temperatura de bebidas - Hospital de Caridade	67
Figura 19 – Gráfico de redução de temperatura de refeições - Hospital Universitário	67
Figura 20 – Gráfico de redução de temperaturas de bebidas - Hospital Universitário	67
Figura 21 – Apresentação de refeição ao usuário convênio-privado	69
Figura 22 – Apresentação de refeição ao usuário SUS	69
Figura 23 – Apresentação de Lanche ao usuário convênio-privado	69
Figura 24 – Apresentação de Lanche ao usuário SUS	69
Figura 25 – Frente do modelo de cardápio optativo da dieta geral – 1ª versão	88
Figura 26 – Parte interna do modelo de cardápio optativo	89
Figura 27 – Capa do cardápio optativo – 2ª versão	90
Figura 28 - Apresentação de refeições antes e depois – usuário convenio – privado	102

Figura 29 - Apresentação de lanches antes e depois – usuário SUS	102
Figura 30 – Apresentação de lanches antes e depois – usuário convênio-privado	102
Figura 31 – Carro térmico para aquecimento de pratos Rieber®	112
Figura 32 – Bandeja isotérmica Rieber®	112
Figura 33 – Base térmica Aladdin® e potes isotérmicos para salada e sobremesa	112
Figura 34 – Equipamento ativador de bases -Aladdin®– <i>Heat on Demand</i>	113
Figura 35 – Modelos de carros fechado e aberto Aladdin®	113
Figura 36 – Estante para acondicionamento, transporte e montagem bases Aladdin®	114
Figura 37 - Momento do curso de auto maquiagem	119
Figura 38 – Capa e folha de cartilha de treinamentos	119
Figura 39 – Uniforme antes e depois do projeto	120
Figura 40 - Modelo toalha fundo de bandeja com pesquisa de satisfação da Nutrição	123
Figura 41 – Desenho esquemático da montagem de dietas	130
Figura 42 - Linha de montagem em operação - Hospital Caridade	131
Figura 43 - Final de montagem	131
Figura 44 - Organização do carro de distribuição – bandejas prontas	131
Figura 45 – Cartão de opção de cardápio de refeições – usuário convênio-privado	134
Figura 46 – Cartão de opção de cardápio de lanches – usuário convênio-privado	135
Figura 47 - Modelo dos cartões de escolha de cardápio usuário convênio-privado	136
Figura 48 - Modelo cartão de identificação dietas usuário SUS	137
Figura 49 – Tempos de montagem e distribuição de dietas Hospital Universitário	140
Figura 50 – Tempos de montagem e distribuição de dietas Hospital de Caridade	140
Figura 51 – Evolução da temperatura de distribuição	140

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 01 – Projeção de gastos com sistema de descartáveis e carros térmicos	95
Tabela 02 – Projeção de gastos com carros fechados - Sistema permanente Aladdin®	95
Tabela 03 – Projeção de gastos com carros abertos - Sistema permanente Aladdin®	96
Tabela 04 – Projeção de gastos com carros fechados - Sistema permanente Rieber®	96
Tabela 05 – Comparativo de Custos atuais e propostos no sistema permanente	98
Tabela 06 – Comparativo de custos dos utensílios térmicos para bebidas	102
Tabela 07 – Comparativo de custos entre dois tipos de descartáveis	104
Tabela 08 – Custos de equipamentos para linha de montagem	106
Tabela 09 – Proposta de preços dos itens/utensílios dos sistemas Rieber® e Aladdin®	109
Tabela 10 – Preços de carros de distribuição de refeições	110
Tabela 11 – Custos de equipamentos para acondicionamento dos utensílios	110
Tabela 12 – Gasto total destinado ao sistema para usuário convênio-privado	111
Tabela 13 – Custos totais de utensílios incluindo usuário SUS	115
Tabela 14 – Nova relação de investimento total	115
Tabela 15 – Classificação das dietas por cores	132

## LISTA DE ABREVIATURAS

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

SUS – Sistema Único de Saúde

GN – Gastronorm

FISPAL – Feira Internacional de Produtos e Serviços para Alimentação Fora do Lar

EQUIPOTEL – Feira de Equipamentos, Produtos e Serviços de Hotelaria e Gastronomia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2 CAPITULO I</b>	<b>23</b>
2.1 JUSTIFICATIVA	23
2.2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	26
<b>2.2.1 Integralidade – Princípio do SUS</b>	<b>26</b>
<b>2.2.2 Integralidade – sentidos</b>	<b>28</b>
<b>2.2.3 Integralidade no contexto hospitalar</b>	<b>31</b>
<b>2.2.4 Hotelaria e humanização</b>	<b>32</b>
<b>2.2.5 Gestão em serviços e processos</b>	<b>34</b>
<b>2.2.6 Gastronomia</b>	<b>39</b>
<b>3 CAPITULO II</b>	<b>44</b>
3.1. METODOLOGIA	44
<b>3.1.1 Contexto da pesquisa</b>	<b>45</b>
<b>3.1.10 Entendendo o atendimento do usuário pela Nutrição Produção</b>	<b>59</b>
<b>3.1.2 Estruturas da Nutrição Produção</b>	<b>46</b>
<b>3.1.3 Características dos Hospitais</b>	<b>47</b>
<b>3.1.4 Definindo os sujeitos de pesquisa</b>	<b>50</b>
<b>3.1.5 Aspectos Éticos</b>	<b>50</b>
<b>3.1.6 Fase exploratória da pesquisa</b>	<b>51</b>
<b>3.1.7 Buscando conhecer os usuários de saúde</b>	<b>52</b>
<b>3.1.8 Avaliação da Satisfação do Usuário Hospitalar</b>	<b>52</b>
<b>3.1.9 Canal de comunicação Área Assistencial e Nutrição Produção</b>	<b>55</b>
<b>4 CAPITULO III</b>	<b>74</b>
4.1 ELABORANDO O PLANO DE AÇÃO	74
4.2 BUSCANDO SOLUÇÕES	74
<b>4.2.1 Pesquisa de Satisfação com Usuário de Saúde</b>	<b>75</b>
<b>4.2.2 Apresentação, Montagem e Distribuição das refeições</b>	<b>77</b>
<b>4.2.3 Apresentação das refeições</b>	<b>78</b>

<b>4.2.4 Distribuição das Refeições</b>	<b>79</b>
<b>4.2.5 Montagem de dietas</b>	<b>81</b>
<b>4.2.6 Preparação das refeições</b>	<b>82</b>
<b>4.2.7 Informações</b>	<b>84</b>
<b>4.2.8 Cardápios</b>	<b>84</b>
<b>4.3 ELABORANDO A PROPOSTA DO NOVO SISTEMA</b>	<b>91</b>
<b>4.3.1 Elaborando o comparativo de gastos</b>	<b>92</b>
<b>4.3.2 Explicando o cálculo dos Custos</b>	<b>93</b>
<b>4.3.3 Apresentando a proposta às Diretorias</b>	<b>97</b>
<b>5 CAPITULO IV – IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES</b>	<b>100</b>
<b>5.1. IMPLANTANDO MEDIDAS DE CONTINGÊNCIA</b>	<b>100</b>
<b>5.2 IMPLANTANDO O NOVO SISTEMA DE NUTRIÇÃO HOSPITALAR</b>	<b>104</b>
<b>5.2.1 Providenciando itens de maior investimento</b>	<b>105</b>
<b>5.3 INVESTINDO NAS PESSOAS</b>	<b>116</b>
<b>6 CAPITULO V – PROSPECÇÃO</b>	<b>122</b>
<b>6.1 DESENVOLVENDO MATERIAIS DE APOIO</b>	<b>122</b>
<b>6.2 DEFININDO AQUISIÇÃO DOS ITENS DE MENOR INVESTIMENTO</b>	<b>124</b>
<b>6.3 PROPONDO UMA NOVA FORMA DE FLUXO DE INFORMAÇÃO</b>	<b>126</b>
<b>6.4 VISUALIZANDO O NOVO SISTEMA EM OPERAÇÃO</b>	<b>127</b>
<b>6.4.1 Explicando o esquema de montagem de dietas</b>	<b>128</b>
<b>6.4.2 Sistema de identificação das dietas – Cores e cartões</b>	<b>132</b>
<b>6.4.3 Simulando tempos de distribuição</b>	<b>138</b>
<b>6.4.4 Simulando temperaturas na distribuição</b>	<b>138</b>
<b>6.5 VISLUMBRANDO UM NOVO PERFIL DE ATENDIMENTO</b>	<b>139</b>
<b>6.6 REVITALIZANDO O CONCEITO DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR</b>	<b>141</b>
<b>7. CAPITULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>142</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>147</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>154</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A alimentação integra todos os ciclos da vida humana, sendo fundamental no desenvolvimento e manutenção de estados saudáveis. Em estados de adoecimento que requerem hospitalização, a alimentação assume caráter ainda mais vital para o ser humano (FONSECA, 2006).

Na atualidade os responsáveis pela alimentação hospitalar são os Serviços de Nutrição, intitulados e conhecidos como “Serviços de Nutrição e Dietética”, “Unidades de Alimentação e Nutrição”. Contemplam duas de sete áreas de atuação (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2007): Alimentação Coletiva, voltada à gestão da produção e distribuição dos alimentos a pacientes e colaboradores, e Nutrição Clínica, focada na assistência nutricional de pacientes internados.

Essa característica nem sempre foi assim. Segundo Maes (2005, p. 246), durante séculos a alimentação foi de responsabilidade de “irmãs religiosas”; as antigas cozinhas eram “templos sacrossanto, com a todo-poderosa Irmã cozinheira, guardiã do santuário, que regia igualmente toda uma série de ‘capelas’ adjacentes, onde se preparavam os legumes, as carnes, as massas e a limpeza”.

À medida que a energia a carvão foi dando lugar a eletricidade, desenvolveram-se novas tecnologias que colaboraram para a modernização das cozinhas. Igualmente deu-se início a formação de pessoal qualificado para atuação em alimentação hospitalar. Têm-se referencia que nos anos 1970, nos hospitais franceses, iniciou-se a preocupação em ter cozinheiros profissionais, nutricionistas formados em técnicas de nutrição, conselheiros em economia social atuando na alimentação, “verdadeiras equipes hoteleiras bem treinadas e perfeitamente aptas a dominar todo o setor de alimentação” (MAES, 2005, p. 248).

Tais iniciativas foram sendo expandidas, e atualmente pode-se considerar padrão a presença de profissionais de Nutrição atuando nos hospitais brasileiros. Ainda assim autores brasileiros constatam que mesmo a dieta hospitalar sendo importante para garantir o aporte de nutrientes ao paciente internado, preservando seu estado nutricional (GARCIA, 2006), comumente o momento da alimentação não é valorizado na assistência (BOOG; CAMPOS, 2006), passando despercebidos fatores como inapetência, aceitação, rejeição dos alimentos.

Em estudo multicêntrico que avaliou quatro mil doentes em doze estados brasileiros e Distrito Federal – Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (WAITZBERG; CORREIA; CAIAFFA, 2001) destacou-se a falta de diagnóstico e intervenção nutricional específica como resposta a índices de 48,1% de desnutrição hospitalar em hospitais públicos, que evoluíram para 61% se a internação prolongou-se por mais de 15 dias.

Se por um lado a assistência nutricional não tem sido valorizada e reconhecida, por outro a atuação na Produção é estigmatizada dentro da própria área de conhecimento. Garcia (2006) constatou que na busca pelo reconhecimento profissional, os nutricionistas se aproximaram mais da preocupação com os aspectos nutricionais, aumentando o distanciamento das atividades que envolvem a alimentação no hospital, ou Nutrição Produção. Esse distanciamento ocorre na busca de identificação do profissional com o que representa o domínio da ciência, de tecnologias menos acessíveis ao senso comum, como o é o da alimentação, da culinária, do “cozinhar”.

Tem-se como resultado o desejo do nutricionista em afastar-se das atribuições da “cozinha hospitalar”, tarefas atribuídas aos nutricionistas de produção hospitalar.

Descrito o contexto da Nutrição Hospitalar à qual os usuários de saúde são submetidos, fica ainda a questão de como esse usuário “enxerga” a alimentação hospitalar. Demario (2007) comenta em sua pesquisa que a alimentação para o usuário muitas vezes sequer está relacionada à função terapêutica da nutrição hospitalar, assumindo caráter mais de iniciativa humanizadora, de valorização de aspectos dietéticos, sensoriais e simbólicos; ressalta-se aí o viés que existe entre a expectativa do usuário e da Nutrição: um mais interessado nas questões “alimentares”, e outro mais preocupado com aspectos clínico-nutricionais.

Vivencio o cotidiano dessa realidade hospitalar há quase duas décadas, porém somente com a busca por conceitos que delineassem a presente pesquisa, tive contato com pesquisas que identificaram tais contextos, quando passei a ter uma melhor compreensão do processo vivenciado.

Iniciei a elaboração dessa dissertação quando assumi a Coordenação de Serviços de Nutrição “Produção” de três hospitais, que integram uma instituição de Ensino. A área de Nutrição Clínica não fica sob minha gestão (estrutura que explico no capítulo II), o que acredito causar um distanciamento ainda maior que o relatado anteriormente na pesquisa de Garcia (2006).

Somado a isso, os Serviços de Nutrição Produção compõe uma diretoria “par” das diretorias dos hospitais, diretoria esta identificada como Diretoria de Serviços Compartilhados. Enquanto serviço somos identificados como compartilhados, não integrantes efetivos do corpo institucional do hospital. Estabelece-se nesse aspecto uma relação cliente-fornecedor, que não é negativa, mas no meu entendimento pode incorrer como fator adicional às distâncias que se estabelecem na interação entre profissionais, serviços e pessoas.

Ao assumir tal coordenação identifiquei que o Serviço de Nutrição Produção possuía baixos índices de satisfação apontados pelos usuários e pelos gestores da instituição.

Mais do que uma constatação, a baixa satisfação dos usuários com a alimentação ganhava status de principal problema na “hotelaria dos hospitais”, ou seja, junto com as acomodações, rouparia, higienização, atendimento, a alimentação se destacava como sendo o serviço de maior rejeição. Tal característica é identificada como comum em trabalhos anteriores de alimentação hospitalar (WATANABE, 2004; PUBENZA, 2002), nos quais a Nutrição foi identificada como um dos serviços-alvo das principais queixas dos usuários de saúde.

Identifiquei nesse problema a oportunidade de associar a busca pela melhoria da satisfação dos usuários de saúde, com o desenvolvimento da presente pesquisa, que tomou a configuração de Implantação de Sistema de Nutrição Hospitalar sob o eixo da Integralidade.

Não foi de imediato que tal linha de pesquisa surgiu. Adveio sim da necessidade de conhecer melhor as necessidades e desejos dos usuários, principais problemas e dificuldades a serem superados, proposta de sugestões e busca de caminhos para soluções.

Uma característica presente nos hospitais em questão era a “antiguidade”, ou seja, estruturas físicas, organizacionais e tecnológicas ultrapassadas, aparentemente tratadas como secundárias ao processo de cuidado dos usuários.

Era necessário desenvolver um projeto que correspondesse às várias necessidades identificadas para modernização das estruturas física, tecnológica, e de organização, começando com o planejamento de cardápios e concluindo com uma atenção diferenciada ao usuário.

Vários referenciais teóricos começaram a ser pensados, com o objetivo de responder à pergunta: Existe (e qual é) o conceito que norteie e embase uma relação

mais humanizada com o usuário, que permita associar inovações tecnológicas e de gestão de processos, que valorize o alimento nas suas características sensoriais como sabor, aroma, apresentação, estruturado numa nova relação entre usuários e profissionais do cuidado alimentar.

Na tentativa de entender e atender a todos os requisitos buscou-se uma série de conceitos tais como Hotelaria, Gastronomia, Gestão de Processos, Tecnologia, Humanização. Todos eram importantes, permeavam uma ou outra característica entendida como necessária, mas nenhum se mostrava suficiente para dar conta de toda a gama de características que a melhoria pretendia englobar.

Hotelaria hospitalar (ou hospitalidade) é um tema bastante abordado em congressos, cursos de gestão hospitalar, e nos hospitais que atuam existem setores específicos de gestão em Hotelaria. O Serviço de Nutrição participa continuamente das ações desenvolvidas por esses setores; segundo Silva (2006), os serviços de alimentação dos meios de hospedagem (hospitais nesse caso) são entendidos como uma forma de compreender a relação que se estabelece entre a instituição e o usuário. A qualidade, variedade e prontidão destes serviços são um parâmetro para compreender as formas como o usuário é atendido, a estrutura que os meios de hospedagem oferecem, e a relação que se estabelece entre estes dois pólos.

Já gastronomia passou a integrar ações dos Serviços de Nutrição Hospitalar na atualidade, embora seja tão antiga quanto à hospitalidade e a tradição em se receber com alimento e acomodação.

A palavra gastronomia significa estudo das leis do estômago (perfeitamente adequada ao que a ciência da Nutrição se propõe), mas assumiu um sentido bem mais amplo. Refere-se “à arte de preparar as iguarias, tornando-as mais digestivas, de modo a obter o maior prazer possível” (SENAC, 1998, p. 8). É relevante lembrar da citação de Savarin que retrata com propriedade tais conceitos:

O assunto material da gastronomia é tudo o que pode ser comido: seu objetivo direto, a conservação dos indivíduos; e seus meios de execução, a cultura que produz, o comércio que troca, a indústria que repara e a experiência que inventa os meios de dispor tudo para o melhor uso (SAVARIN, 1995, p. 58).

Identificam-se na citação acima vários pontos comuns aos interesses da Gastronomia e Nutrição, como o alimento, a conservação dos indivíduos, as influências culturais, que remetem às necessidades de atender o usuário como único.

A oferta de serviços alimentares, compatível com cada cliente, exige o empenho de diferentes equipes de funcionários, que devem estar sempre coordenadas para sempre oferecer o mesmo padrão. O suprimento das necessidades de um cliente único pode ser bastante difícil, mas o suprimento das necessidades de diferentes grupos de clientes, todos com exigências ligeiramente diferentes, multiplicam a complexidade do problema muitas vezes (JONES; LOCKWOOD, 1996). No caso dos hospitais em questão, pode ser multiplicado por setecentas diferentes exigências, se pensarmos no total de usuários atendidos pelos Serviços de Nutrição.

Aí entra a necessidade de conceitos que foquem eficiência de processos. São os fluxos bem estudados e otimizados que permitem o atendimento individualizado e organizado de todas as diferentes exigências, e que somadas pretendem resultar na satisfação do usuário.

Destaca-se também a importância de implantação de novas tecnologias, como ferramenta que corresponda ao atendimento de algumas necessidades mais específicas, como temperatura de refeições, por exemplo, que será mencionado no decorrer da dissertação.

A implementação de programas de investigação sobre as tecnologias em uso no sistema de saúde e a incorporação de novas tecnologias são recomendadas “de forma a garantir maiores benefícios aos usuários e menores custos econômicos e sociais ao sistema” (BRASIL, 2006a, p. 11). Inovação tecnológica por si só já seria uma boa justificativa de pesquisa, considerada como prioridade na agenda de pesquisa brasileira.

Mesmo reconhecendo que tecnologia seria um bom conceito, e que o recorte de temas no desenvolvimento de pesquisas é importante, os conceitos considerados até então não respondiam a toda a gama de ações que se pretendia desenvolver na pesquisa. Era difícil abdicar da proposta de descrição de todo o trajeto da experiência de implantação de um sistema de alimentação hospitalar. Restaria escolher somente uma parcela da implantação para descrever, ou continuar buscando um conceito amplificado.

A Humanização Hospitalar, que supõe “uma política administrativa integrada e permanentemente centrada no atendimento personalizado do enfermo” (MEZOMO, 1995, p. 276), pode ser considerado um conceito bastante amplo, que atenderia o objetivo principal da implantação de um sistema de Nutrição Hospitalar, porque orienta que o cuidado hospitalar “valorize e respeite a pessoa”, colocando-se a serviço da

mesma, focando “toda sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa para garantir um atendimento de alta qualidade” (MEZOMO, 1995, p. 276), itens já mencionados como integrantes da presente pesquisa.

Humanização provavelmente teria respondido a base conceitual almejada, mas ainda permanecia uma questão sem resposta: como minimizar o distanciamento existente entre os setores, as especialidades, entre a Nutrição Produção e a Clínica.

Foi então que surgiu o tema da Integralidade, por se configurar num princípio que por sua natureza “é capaz de atender a todos segundo as especificidades de cada pessoa, grupo ou região” (PINHEIRO, 2006, p. 10), e que implica “repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde” (CECILIO; PINHEIRO; MATTOS, 2006, p. 115).

A Integralidade consegue abranger às questões que evocam gestão, consumo das tecnologias de saúde, integração entre setores e profissionais, e o esforço na abordagem completa de cada usuário de saúde, nos diferentes níveis do sistema, incluindo o hospitalar, como na pesquisa (MATTOS, 2004; MERHY; CECILIO, 2003).

Integralidade além de parecer responder à questão da pesquisa, sinaliza oferecer mais: “quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades” (MATTOS, 2004, p. 21). O princípio da integralidade assim implica superar reducionismos, seja do usuário à sua doença, da dieta à sua composição nutricional, da atuação da Nutrição à área clínica.

Foi a recusa em aceitar um recorte do problema de pesquisa que o reduzisse a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais, que encontrei na Integralidade a resposta, apoiada pela citação de Mattos (2004, p. 21) que nos diz que “respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões”. O princípio da integralidade implica superar reducionismos.

Para tentar responder a todas as questões que surgiram e concomitantemente agir na satisfação do usuário de saúde nos serviços pesquisados, delineou-se a pesquisa pela pesquisa-ação, muito em virtude de sua flexibilidade, mas, sobretudo porque envolve também a ação do pesquisador nos mais diversos momentos da pesquisa. A pesquisa-ação é definida com base empírica, mas realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo. Todavia não se

restringe aos aspectos práticos, sendo mediada teórico-conceitualmente ao longo de toda pesquisa (GIL, 1996). A presente pesquisa, que relata o processo de implantação do sistema de Nutrição Hospitalar, procurou ser balizada em conceitos da Integralidade. Foi estruturada e relatada na forma de projeto, onde cada capítulo é a descrição de cada etapa desenvolvida na implantação de um novo sistema. Como sistema, envolve vários aspectos, e na dissertação em questão considera pessoas, tecnologias, gastronomia, satisfação do usuário, planejamento de cardápios e processos, conceitos que irão tanger a Integralidade, que é a marco teórico.

O pressuposto da pesquisa é que o cuidado acaba sofrendo influências importantes da fragmentação da atenção, e ocorre não somente no âmbito macro das relações, como entre os setores do hospital, mas acontece no micro, dentro da mesma especialidade, do mesmo serviço, do mesmo profissional que habitua o olhar para determinados pontos, esquecendo de outros. A Nutrição Hospitalar pode ser considerado um bom exemplo, quando avaliado o distanciamento que ocorre entre Clínica e Produção. Além disso, a Produção enquanto unidade muitas vezes também fragmenta o olhar somente para o alimento ou processo, e deixa de olhar o usuário, supondo saber o que esse usuário necessita e deseja.

Espera-se encontrar na integralidade sentidos que impliquem exercitar a superação de tais fragmentações, tais reducionismos. Digo exercitar porque Integralidade não se aprende de uma vez. É uma prática contínua, é uma construção permanente de novos olhares e ações.

Pretendo, com vistas a todos os conceitos previamente citados, descrever a pesquisa que foi desenvolvida e possui os seguintes objetivos:

#### Geral:

- Implantar um sistema de nutrição hospitalar sob o esforço de uma abordagem completa e integral do usuário.

#### Específicos:

- Estimular a prática da integralidade na área hospitalar;
- Repensar a noção da integralidade a partir do estudo e divulgação de uma nova experiência desenvolvida na Nutrição Hospitalar;
- Planejar o trabalho em nutrição hospitalar com foco nas necessidades do usuário;

- Experenciar a incorporação de novas tecnologias na atenção nutricional.

No capítulo I é apresentada a justificativa e fundamentação teórica que trata do conceito macro, Integralidade, e conceitos complementares, como hospitalidade, hotelaria, humanização, gastronomia e gestão de processos. A gestão de processos estará focada em serviços, que é a atividade desenvolvida em hospitais.

No capítulo II é possível perceber os eixos que embasaram a pesquisa, fazendo nesse momento a descrição da metodologia, fundamentada na pesquisa-ação, coleta de dados, aspectos éticos e definição de dois hospitais de ensino como locais da pesquisa.

Concluído o diagnóstico, é iniciado o capítulo III que trata do planejamento das ações que foram elaboradas com base no diagnóstico no capítulo anterior. Alguns conceitos foram aprofundados, uma proposta foi formulada e após a aprovação, sigo para o capítulo IV de implantação.

No capítulo IV relato todos os momentos e nuances da execução da proposta, incluo um plano de contingência que se apresentou necessário durante a pesquisa, e todos os percalços financeiros que envolveram tais execuções.

O capítulo V trata das prospecções da pesquisa, dos itens que não foram possíveis implantar e descrever pelo curto tempo da pesquisa, no qual procuro deixar o caminho pelo qual darei continuidade.

Concluo o relatório no capítulo VI destacando as principais considerações, registrando sugestões que surgiram como resultado da experiência e reflexão desenvolvida durante todo o trajeto da implantação do novo sistema.

Acredita-se que essa pesquisa enfoca uma temática relevante ao setor de Nutrição Hospitalar, considerando que traz novos olhares sobre questões muitas vezes esquecidas ou desconhecidas, colaborando no exercício de novas práticas de Integralidade e orientação da organização de futuros serviços de Nutrição pelo princípio da Integralidade.

## 2 CAPITULO I

### 2.1 JUSTIFICATIVA

A pesquisa desenvolvida como conclusão do Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho procurou conciliar competências compatíveis a temas relevantes para a área de Saúde Pública, minha atuação profissional (gestão de serviços), missão da instituição onde trabalho e objetivos do mestrado, buscando produção e difusão de conhecimento visando mudanças do atual modelo assistencial em saúde, aprimoramento na formação técnica e científica, com ênfase na competência gerencial, assistencial e cuidativa, avaliação, desenvolvimento e teste de experiências no desenvolvimento de tecnologias em promoção à saúde, geração de conhecimento a partir da utilização de tecnologias que contribuam com a gestão de serviços de saúde e promoção da formação integral e permanente de cidadãos e profissionais comprometidos com a vida e com o progresso da sociedade (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, 2008; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, 2007).

A implantação de um novo sistema de gestão da Nutrição Hospitalar sob o eixo da Integralidade partiu do pressuposto que de a integralidade deve-se portar como eixo norteador da atenção a saúde, e analogamente, como eixo da gestão setorial em Nutrição Hospitalar, já que o princípio da integralidade se constitui um dos pilares da implantação do SUS.

Além disso, integralidade é vista como um eixo prioritário da investigação, avaliação e organização de serviços de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004), bem como na formação de profissionais na área de saúde.

As universidades e instituições formadoras vêm sendo pressionadas por mudanças no processo de formação e na maneira como a universidade se relaciona com a sociedade. O movimento de mudanças indica a necessidade de “políticas articuladas entre educação e saúde, e com o sistema de saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, não paginado). A articulação é necessária para oferecer oportunidades e fatores de exposição à aprendizagem, práticas de ensino, produção

de conhecimentos e relações com o sistema de saúde local, fatores todos presentes e acessíveis nos hospitais da pesquisa.

Os hospitais onde aconteceu o estudo e implantação do novo serviço de Nutrição são oficialmente hospitais de ensino e recebem vários cursos de graduação e residência durante sua formação, entre eles alunos de Nutrição, focados tanto em práticas clínicas quanto de produção.

Cecílio (2006) ressalta que a integralidade deve estar presente em todos os serviços, mesmo nos superespecializados – é preciso deslocar o foco de atenção da “atenção primária” como lugar privilegiado da integralidade. A presente pesquisa ao ser desenvolvida no núcleo hospitalar também se pauta em tal afirmação.

Partindo da definição de Hospital como “parte integrante de uma organização medica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento”, e podendo constituir-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, que tal pesquisa foi desenvolvida (ZANON, 2001, p. 23, grifo meu).

Ainda procura justificar tal inserção do tema no ambiente hospitalar, como tentativa de ser mais uma pesquisa com ações em tal nível de complexidade de atendimento, ainda muito arraigado no modelo tecnoassistencial (por sua própria características de maior especialidade), já que:

São milhares de gestores, profissionais e usuários do SUS que vem apresentando evidencias praticas do inconformismo e necessidade de revisão das idéias e concepções sobre saúde, em particular dos modelos tecnoassistenciais (PINHEIRO, GUIZARDI, 2006, p.25).

Complementarmente a pesquisa trata da implantação de um novo sistema de Nutrição Hospitalar, pautado por um novo processo de gestão e organização do trabalho, com base em novas tecnologias.

No sentido da gestão, o tema integralidade pode ser considerado pertinente porque segundo Cecílio, Pinheiro e Mattos (2006, p. 115) “a luta pela (...) integralidade implica, necessariamente, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes”.

No sentido tecnológico, o desenvolvimento do chamado “complexo industrial” é considerado importante tema na agenda de prioridades de pesquisa brasileira (ALMEIDA, 2006), por ser considerado um campo central na concepção de políticas

de ciência, tecnologia e inovação (GADELHA, 2006). A pesquisa utilizou, na implantação do novo sistema, o que podemos considerar “tecnologia inovadora” de apresentação e distribuição de refeições hospitalares. Digo considerar porque é tecnologia usual fora do Brasil, mas utilizada minimamente no Brasil, em hospitais privados. A inovação nesse caso é considerada por se tratar de aplicação de tal tecnologia em Hospitais que atendem o Sistema Único de Saúde, que têm caráter público.

Numa perspectiva ampliada das definições de integralidade Cecílio (2001) a considera em quatro conjuntos, uma das quais focadas em acesso tecnológico, entre elas:

- a) “Boas condições de vida”, decorrentes de fatores ambientais ou ocupação no processo produtivo;
- b) “Vínculos (a) efetivos” entre usuários e profissionais/equipes de saúde;
- c) Acesso a tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida;
- d) Crescentes graus de autonomia no modo de levar a vida.

Subjacente a todos os sentidos da integralidade que se possam justificar, está um princípio de direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. A partir desse direito, o princípio da integralidade é o que talvez melhor oriente na busca da resposta em como a Nutrição, o hospital, o sistema de saúde pode oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que se apresentam (MATTOS, 2003).

A presente pesquisa se justifica em seus vários aspectos, que buscam integrar ações fundamentadas em um dos princípios do SUS, associando integralidade na prática hospitalar e na formação de profissionais de saúde, bem como na gestão de serviços e na avaliação e implantação de novas tecnologias.

Campos (2003, p. 582) sugere que:

Cabe ampliar o espaço de intervenção voltado para a integralidade mediante ações desenvolvidas (...) nos serviços de saúde, considerando aspectos relativos à construção do conhecimento, à formulação de políticas e à redefinição de práticas de saúde.

A presente dissertação iniciou a pesquisa bibliográfica buscando temas como hospitalidade, humanização, gastronomia, gestão de processos e serviços. No decorrer da pesquisa o tema Integralidade caracterizou-se como o mais adequado no eixo da implantação das ações, e este assumiu o papel de matriz teórica.

Os outros temas não perderam sua importância, mas foram estruturantes em algumas ações pontuais e não na amplitude que a Integralidade abrangeu.

Tais temas permanecem compondo parte da fundamentação teórica que se segue, mas de forma mais superficial, menos aprofundada.

## 2.2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

### 2.2.1 Integralidade – Princípio do SUS

A Constituição Brasileira de 1988, em seus artigos 196 e 198, garante, como direito de todos e dever do estado, a saúde de seus cidadãos (BRASIL, 1988).

Para atender tal direito foi criado o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), de caráter público, financiado pelo Estado.

O SUS derivou das reivindicações do movimento sanitário desde a década de setenta, quando “um conjunto expressivo de intelectuais e militantes se engajou no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde, e às práticas de saúde então hegemônicas” (MATTOS, 2003)

O SUS foi organizado em torno de três diretrizes (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) e três princípios: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988).

A integralidade constitui, portanto, um princípio e ao mesmo uma diretriz para a organização do SUS, que se institucionalizou como princípio norteador e doutrinário de uma política de saúde coletiva (PINHEIRO, GUIZARDI, 2006).

Mattos (2006, p. 01) explica que o texto constitucional não “utiliza a expressão integralidade”, e sim “atendimento integral”, mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz, termo que adoto na presente dissertação.

Em artigo de 1997, a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 1997) contemplava basicamente quatro perspectivas da integralidade:

- a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, compondo os níveis primário, secundário e terciário de atenção;
- b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais;
- c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;
- d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças sobre condições de vida, determinantes de saúde e riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

Dois anos depois da Constituição, foi publicada a Lei 8080/90, onde consta que integralidade de assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Pinheiro (2006, p. 11) comenta que a Lei ainda não dá conta da definição porque é um princípio constitucional em construção, e “apenas possibilita democraticamente que se façam rearranjos das práticas de saúde, que podem ser construídas coletivamente em cada região”.

Ainda analisando a integralidade como princípio constitucional, ela possui a característica desafiadora aos outros princípios, pela sua característica de transversalidade pelos demais princípios – “não é princípio mais importante que outro, mas por sua natureza é capaz de atender a todos segundo as especificidades de cada pessoa, grupo ou região” (PINHEIRO, 2006, p. 11).

Um conceito abrangente é proposto por Hartz e Contandriopoulos (2004, não paginado):

O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

Outro autor, Camargo (2006) considera que integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito. Mattos (2006) aborda o tema da integralidade como um valor, um diferenciador claro de propostas que originaram o SUS no Brasil.

Em várias oportunidades no presente texto refiro-me à integralidade como conceito, mas compartilho a sugestão de Mattos de que tal tema seja abordado sob tal ótica. Na seqüência procuro seguir a linha de classificação do autor supracitado, na organização das referências.

### **2.2.2 Integralidade – sentidos**

Mattos (2003) propõe analisar a integralidade sob alguns de seus diversos sentidos, ou “conjuntos de sentidos”, divisão esta que sigo inicialmente para facilitar o entendimento e a discussão sobre o tema.

Pode parecer estranho “fragmentar” o tema integralidade, mesmo didaticamente, já que como conceito ou valor implica exatamente no oposto - recusa ao reducionismo - mas cada sentido que será apresentado possui elos que ao final permitem articular a todos eles.

Os sentidos de que Mattos (2003) se refere são três:

- a) o primeiro se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde;
- b) o segundo refere-se a atributos da organização dos serviços;
- c) o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

O primeiro sentido está relacionado com o movimento da medicina integral, que remonta às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. A principal crítica a tal ensino era a atitude fragmentária adotada pelos profissionais, que privilegiavam as especialidades, ressaltando dimensões biológicas e secundarizando ou eliminando dimensões mais abrangentes da saúde (MATTOS, 2003).

Há profissionais que, “impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas das doenças”, tornando-se insensíveis aos desejos e aspirações de outros sujeitos, quer sejam eles usuários ou profissionais (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p.242).

Tal influência permanece, porque ainda “prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo além de um problema de saúde, certa subjetividade, uma história de vida, que também são determinantes do seu processo de saúde e doença” (FRANCO; MAGALHÃES, 2003, não paginado).

A influência não atingiu somente os cursos de medicina porque os currículos de base flexneriana são comuns a vários cursos, incluindo o de Nutrição. São currículos fragmentados (já começa aí a “escola” de reducionismo), organizados em ciclos básico e profissional: um voltado ao aprendizado de ciências básicas, e outro voltado ao aprendizado da clínica (MATTOS, 2003).

A medicina integral propunha a integração entre os aprendizados, entre os saberes, e também a inclusão de conhecimentos relativos à sociedade, da relação profissional com o doente, do entendimento do contexto vivido pelo usuário, enfim, da visão integral da vida do doente.

A integralidade então surge como a “capacidade de profissionais e serviços de saúde interagirem com os usuários, produzindo um território comum”, que possibilite o diálogo entre esses sujeitos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p.75).

Buscar formar profissionais de saúde mais atentos às questões relacionadas não somente à doença, mas ao usuário como um todo, “ilustra possíveis sentidos para integralidade” (PINHEIRO, 2006, p.75).

É um sentido considerado por Mattos (2003) com “traço da boa medicina”, atributo esse não exclusivo dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde. É um dos sentidos que a pesquisa buscará continuamente desenvolver e exercitar junto aos profissionais de nutrição, sejam nutricionistas ou pessoal operacional, e tal exercício também pretendia atingir os alunos em formação, potenciais difusores de tal princípio.

Um segundo sentido proposto é da integralidade como modo de organizar os serviços e as práticas de saúde, principal sentido percebido na implantação do novo sistema de Nutrição, que foi bastante focado na gestão.

Historicamente tal sentido veio como tentativa de resposta à crítica da estrutura dicotomizada do sistema de saúde brasileiro na década de setenta, onde a saúde pública era dissociada da assistência. Surgiu então a busca da unificação, formalizada na criação do SUS (MATTOS, 2003).

A segunda dimensão propõe, portanto a chamada integralidade em rede, que é a articulação institucional, intencional (CECILIO; PINHEIRO; MATTOS, 2006), “capaz

de ocorrer no cotidiano das práticas, tanto na oferta do cuidado como na organização da atenção à saúde”, considerando aspectos subjetivos e objetivos sempre na busca por respostas às demandas e necessidades de saúde da população.

Nessas citações começam a aparecer temas referentes ao cuidado, que pode ser entendido como uma dimensão da integralidade permeia práticas de saúde e não se restringe apenas às tarefas técnicas (AYRES, 2001), pois incluem o acolhimento, vínculos de intersubjetividade e escuta dos sujeitos (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Para alguns autores, “integralidade remete antes à noção de cuidado do que à de intervenção” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p.38), aparecendo também relacionado à articulação de práticas profissionais como:

Uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (MERHY; CECILIO, 2003, não paginado).

O cuidado, segundo Franco e Magalhães (2003) é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, associando-se os cuidados individuais (oferecidos pela Nutrição Clínica, por exemplo), aos de gestão (oferecidos pela Nutrição Produção, por exemplo), e assim sucessivamente com e entre todos os serviços envolvidos no hospital.

Na presente pesquisa de implantação, a produção do cuidado procurou ser vista de forma sistêmica e integrada aos demais serviços do hospital, assistenciais ou não.

Unindo os dois primeiros sentidos ao cuidado, identifica-se a integralidade ampliada, que é “uma relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, equipe e da rede de serviços de saúde e outros” (CECILIO; PINHEIRO; MATTOS, 2006, p. 122).

Um terceiro sentido da integralidade é relativo às configurações de certas políticas específicas, chamadas de políticas especiais. São políticas instituídas para responder a determinados problemas de saúde, sejam regionais ou nacionais (MATTOS, 2003).

São políticas ou programas organizados objetivando a saúde de acordo com ciclo de vida, gênero (entre outros) ou medidas preventivas associadas às assistenciais. São exemplos respectivamente programas de assistência integral da

mulher (que visa cuidar do útero, mamas, planejamento familiar) e políticas frente a AIDS, que incentivam a prevenção, mas também o tratamento (MATTOS, 2003).

### 2.2.3 Integralidade no contexto hospitalar

Ao longo dos anos no sistema de saúde estabeleceu-se que as ações e procedimentos de saúde se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção básica e outro que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – tais ações “constituem-se um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão” (SILVA, 2007, p. 11, grifo meu).

Ações de integralidade podem ser articuladas entre os serviços básicos e complexos, e também “nos” serviços de média e alta complexidade, apesar de ser citada como tema da atenção básica:

Integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado (FRANCO; MAGALHAES, 2003, não paginado, grifo meu).

Outra referência apresenta a esfera hospitalar como de “situação privilegiada para se estabelecer vínculos, mesmo que temporários, e se trabalhar a autonomia do paciente” (CECILIO, 2006, p. 121), bem como por se tratar de conceito amplo, seja tratada com “ação social que resulta na interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas e na prestação do cuidado da saúde em diferentes níveis do sistema” (PINHEIRO, 2006, p. 10, grifo meu).

Na mesma linha, Franco e Magalhães (2003) afirmam que para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e a todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar.

Considerando a integralidade e sua amplitude de sentidos sugeridos por Mattos (2003), o desafio de praticá-la na gestão hospitalar comentado pelos autores

supracitados, penso que ter tal tema como eixo estruturante na implantação de um sistema de gestão hospitalar em Nutrição se justifica.

Na seqüência insiro outros temas que tangenciaram a implantação, e constituem temas bastante presentes na gestão hospitalar. Foram temas considerados como referenciais de início, mas que assumiram papel secundário à implantação. Mantive tais referências para melhor entendimento de pequenas ações que farão parte do sistema como um todo, até mesmo porque efetivamente fundamentaram as primeiras propostas e idéias na elaboração da pesquisa.

#### **2.2.4 Hotelaria e humanização**

Em 2001 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (BRASIL, 2000) com “o intuito de engajar os profissionais de saúde na busca de maior valorização da vida humana” (SAMPAIO, 2003, p. 212).

A implantação da humanização desencadeia muitas conseqüências, como as citadas:

- 1 – O hospital encontra sua razão de ser e sua legitimidade social no atendimento, com segurança, das necessidades das pessoas que buscam seus serviços.
- 2 – A estrutura física do hospital deve privilegiar o paciente, considerando suas limitações e necessidades de estada, locomoção, repouso e conforto.
- 3 – A estrutura tecnológica deve garantir meios e técnicas necessárias para evitar que o paciente tenha aumentado seus riscos.
- 4 – A estrutura humana deve fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e os objetivos próprios do hospital. Neste sentido, torna-se imprescindível que o trabalho da equipe de saúde seja essencialmente uma presença solidária! Ao executar tarefas de cuidado ao paciente, o profissional deve fazê-lo com sentimento e emoção, lembrando do conselho que São Camilo dava aos seus colegas de trabalho: “irmãos, ponham mais coração em suas mãos!”.
- 5 – A estrutura administrativa do hospital deve colocá-lo em condições de garantir os direitos dos pacientes e, sobretudo o direito de serem tratados como pessoas humanas (MEZOMO, 2001, p. 276).

Identifico que tais conseqüências têm estreita ligação com outros temas chamados de Hotelaria Hospitalar, Hospitalidade, e como programa, não deixa de estar relacionado à diretriz da Integralidade, porque pressupõem a mesma preocupação que é a melhoria do “sofrimento” do usuário quando em situação de doença: “um profissional de saúde mais atento às questões relacionadas não somente

à doença, mas ao sujeito em sofrimento”, a organização do serviço de saúde “de maneira que os usuários consigam efetivamente ter acesso ao cuidado” são alguns exemplos que ilustram possíveis sentidos para integralidade (PINHEIRO, 2006, p.75).

Hospitalidade provém da palavra latina *hospitalitas-atis* e traduz-se como: “ato de acolher, hospedar; a qualidade do hospitaleiro; boa acolhida; tratamento afável, cortês, amabilidade; gentileza” (DIAS, 2002, p. 156).

Silva (2006, p. 01) também coloca a hospitalidade como “virtude daquele que recebe em sua casa com acolhimento, tratando-se de uma autêntica virtude que exige entrega, carinho e esmero nos detalhes”.

Se formos a definições de termos, encontramos que hospitalidade é “a oferta de alimentos e/ou bebidas e/ou acomodação em um contexto de serviço”, assim descrito pelo Conselho de Financiamento de Educação Superior – Painel de Exame da Hospitalidade na Inglaterra (LASHLEY, 2004, p. 43).

Castelli (2005) atribui a origem de acolhimento no mito de “Adão e Eva”, o autor ainda nos conta que o caminho percorrido pela hospitalidade na passagem dos tempos não voltou a ganhar importância em nosso tempo sem motivo. A discussão do tema é útil na área de hotelaria e turismo, por exemplo, mas também em “outras formas de questionamento da sociedade, como o problema da exclusão social” (SILVA, 2006, p. 01). Vivemos um momento de muito isolamento, falta de sociabilidade, com tendência ao individualismo exacerbado.

A hospitalidade pode ser mais que receber bem; pode ser a resposta a formas de “melhorar a inclusão, vínculo entre os seres humanos, o elo de ligação, um pretexto para o não isolamento” (SILVA, 2006, p 01).

É buscando responder às “situações que nos remetem ao desenvolvimento de mecanismos capazes de ampliar as percepções dos cuidadores às necessidades dos que procuram cuidado no atendimento” (PINHEIRO, 2006, p.75), que a integralidade é construída.

A hospitalidade “transcende o ato de hospedar, alimentar e entreter pessoas” (QUEVEDO, 2006, p. 18). É uma relação de troca entre pessoas e organizações, e precisa gerar benefícios para todos os envolvidos – instituição, usuários de saúde, funcionários, gestores. Oferecer serviços de qualidade é premissa básica no atendimento de pessoas. Hospitalidade, hotelaria ou humanização podem e devem ser um pilar a ser explorado e mantido, para que o resultado final das relações envolvidas seja a satisfação, objeto dessa pesquisa.

Tarabolsi (2004, p. 179) ressalta que a “hotelaria hospitalar transforma serviços, pessoas, condutas, espaços físicos, decisões estratégicas e ações em todos os níveis da instituição de saúde. Ela implica na utilização dos ritos da hospitalidade que lhe são inerentes”.

Permito-me encontrar aqui relação com integralidade, porque conforme citando por Cecílio (2006, p. 115), pode ser tratada como “algo que permita fazer uma mediação entre a complexidade do conceito de necessidade de saúde e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando uma atenção mais humanizada e qualificada” (CECILIO, 2006, p. 115).

Talvez o que uns nomeiam hospitalidade, humanização, também possa encontrar respostas na integralidade, que constitui várias similares com os outros conceitos citados. Se hospitalidade e humanização preconizam melhorar o sistema de gestão voltado ao cuidado do usuário, integralidade também assimila varias destes requisitos. Segundo Campos (2004, p. 577) integralidade implica em:

Dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo do cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividade devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano.

As características apropriadas pela hospitalidade e humanização, portanto, se integram às de integralidade, e cada qual com sua nomenclatura própria se resume à preocupação com o usuário hospitalizado, para que suas demandas e necessidades sejam atendidas.

Como eixo da gestão nutricional hospitalar, alguns conceitos de gestão de serviços de processos de alimentação também embasaram algumas ações, que são esclarecidos logo a seguir.

### **2.2.5 Gestão em serviços e processos**

Para atender a todas as necessidades e expectativas dos usuários de saúde a gestão de processos focada em otimização e melhorias é fundamental. Tal gestão começou a ser estudada relacionada a serviços ainda no início dos anos 70, quando

Levitt (1972) desenvolveu estudos identificando que o setor de serviços vinha aumentando, mas existiam problemas de ineficiência, qualidade insatisfatória e baixa produtividade. O autor relacionou tais problemas ao enfoque até então muito forte no servilismo e no sacerdócio, dizendo ainda que a melhoria dos serviços viria não apenas com a melhoria das competências e atividades dos trabalhadores ligados ao segmento, mas, sobretudo pela adoção de uma perspectiva tecnocrática, com uso de ferramentas e sistemas de abordagem da linha de produção.

Nesse período, empresas prestadoras de serviços de alimentação começaram a desenvolver sistemas de produção eficientes e de baixo custo, com resultados positivos na satisfação do cliente e aumento nas vantagens competitivas (BOWEN; YOUNGAHL, 1998).

As características básicas de tais sistemas foram descritas por Levitt (1972):

- a) limitação do arbítrio por parte dos funcionários, que tinham suas tarefas rigorosamente definidas, com regras e procedimentos claros;
- b) divisão de trabalho em grupos de tarefas, permitindo a especialização das competências e minimizando investimento em treinamento;
- c) tecnologia substituindo pessoas;
- d) padronização do serviço produzindo um conjunto limitado de ofertas, mas com maior previsibilidade, pré-planejamento e controle da produção.

Toda essa descrição nos remete diretamente ao sistema *fast food*, que vem ganhando espaço nos serviços de alimentação. No livro “A Mcdonaldização da Sociedade”, Ritzer (1993) considera que os princípios de produção de massa aplicados a serviços exemplificados pelo *McDonald's* não se restringem apenas a essa organização, nem à indústria de *fast food*. Podem ser estendidos a tudo que envolva serviços e processos, porque tais sistemas organizados conforme os princípios anteriores são vistos como capazes de oferecer eficiência, possibilidade de quantificação, previsibilidade e controle crescente através da substituição pela tecnologia.

Autores mais recentes como Lashley e Morrison (2004) consideram que enquanto o foco estiver na eficiência, a industrialização do serviço parece proporcionar uma forma dominante, que todas as empresas, incluindo as ligadas à hospitalidade comercial, devem seguir até certo ponto, porque tais características

possuem vantagens em termos de organização de serviços, principalmente de alimentação hospitalar cuja complexidade exige gestão eficiente de processos.

Há quatro fatores que influenciam a complexidade operacional de um serviço ou processo de produção, segundo Slack (1995, apud LASHLEY; MORRISON, 2004) e incluem volume, variedade, variabilidade e contato com o cliente. Todos esses fatores, com exceção do volume (em alguns casos) compõem os Serviços de Alimentação Hospitalar. O grande volume em uma operação permite especialização da tarefa, sistematização do trabalho e pode levar a uma maior oportunidade de uso da tecnologia, resultando em custos unitários menores. A variedade diz respeito à flexibilidade do conjunto de produtos e serviços oferecidos, que em hospitais existem pela simples variedade de dietas prescritas. A variação é relacionada à estabilidade da demanda, porque quanto menos estável for a demanda por um serviço, mais a existe a necessidade de ajustar sua capacidade e de flexibilizar sua produção, o que novamente é fator presente em alimentação hospitalar, cuja ocupação varia de acordo com o dia da semana, época do ano, clima, etc. O contato com o cliente presume que quanto maior for sua aproximação no processo, mais complexo este se torna.

Todas estas características são encontradas nos Serviços de Alimentação Hospitalares em questão, e são itens que nortearam muitas das ações que foram desenvolvidas no projeto.

Mesmo tendo como forte argumento a favor que processos e procedimentos claramente definidos permitem alcançar um padrão consistente de produtos ou serviços, fica clara a massificação de tais serviços.

Outro autor trouxe questionamentos a tais argumentos, e tendo no setor saúde seu melhor exemplo, refere que isso não representa a única, ou melhor, direção do desenvolvimento das operações de serviço (MCLAUGHLIN, 1996), e descreve um modelo alternativo de inovação (figura 02). O modelo mostra o desenvolvimento das operações como um movimento simultâneo sobre as duas dimensões relativas à estabilidade do produto e do processo. Começa com uma fase de “invenção”, em que os itens são produzidos com processos que se alteram rapidamente, e temos como melhor exemplo disso os pequenos restaurantes, onde as operações se baseiam numa mentalidade artesanal, com o cozinheiro inventando um novo cardápio ou novo prato todo dia. Se esse restaurante promove o aumento de seus clientes, os procedimentos precisam ser documentados para assegurar padrões alimentares e de serviço. Assim, tal produção começa a se encaminhar para o que o autor chama de

produção em massa. Porém quando a operação de hospitalidade segue cada vez mais por esse caminho, começa a existir descontentamento, porque tudo se torna muito igual. A necessidade que surge é o próximo passo, ou seja, o que o autor chama de aperfeiçoamento contínuo, pois a operação evolui para se aproveitar dos avanços tecnológicos. Desta seguimos para o último passo que é evolução do processo ou a customização de massa - o processo é capaz de satisfazer às necessidades individuais dos clientes, oferecendo uma maior variedade de produtos mais “customizados” e mais personalizados.

Nesta fase, o serviço estará apto a oferecer um conjunto dinâmico de produtos, mas usando processos claramente estabelecidos, que podem ser otimizados para satisfazer às necessidades específicas dos clientes. A copeira não será solicitada a inventar novas preparações, mas precisará entender como elementos diferentes podem ser agrupados a fim de criar uma experiência única no que se refere à refeição para os pacientes internados.

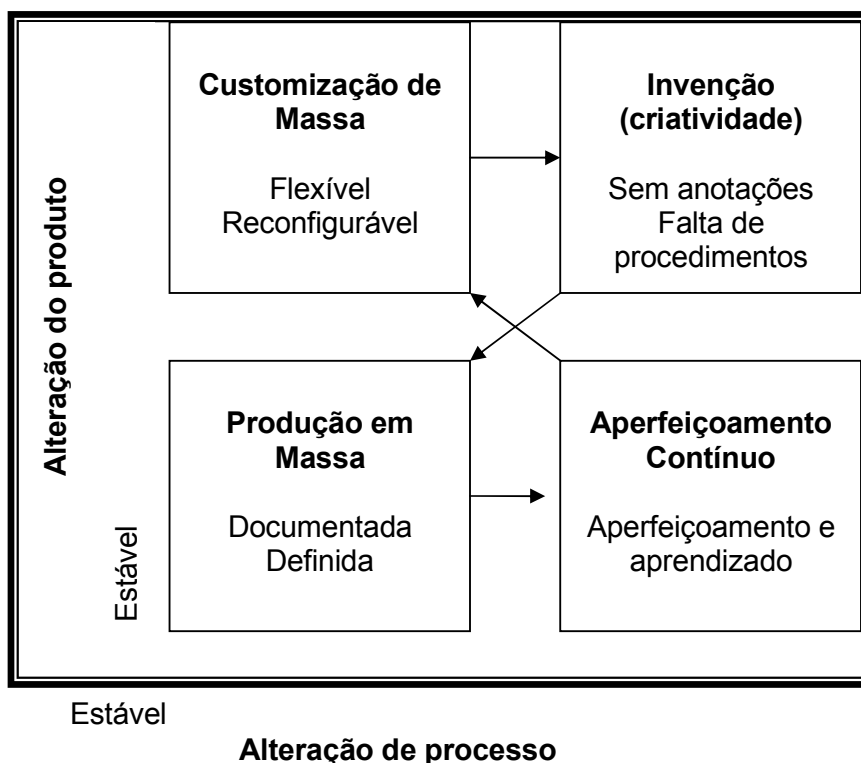


Figura 01 – Um modelo de desenvolvimento de produto e processo (MCLAUGHLIN, 1996).

Na gestão do Serviço de Nutrição Hospitalar orientado pela Integralidade é preciso entender e aceitar as diferenças entre usuários, diante disso a padronização

simples e pura não é capaz de atender adequadamente. A forma de incorporar a variabilidade nas operações de hospitalidade na alimentação hospitalar é um desafio que a produção de alimentos enfrenta, mas que resolvida permite melhorias substanciais na satisfação dos clientes.

Trabalhos de Schlesinger e Heskett (1991) destacaram experiências de empresas de serviços de alimentação, da linha *fast food*, no desenvolvimento de qualidade de produtos e a importância no desenvolvimento de funcionários. Nos anos de 1980, a Taco Bell (norte americana) era uma empresa focada principalmente na produção de alimentos, sem nenhum descasamento efetivo entre o balcão e a retaguarda do estabelecimento, com os funcionários transitando entre os dois setores. No início dos anos 1990, uma pesquisa revelou o que os clientes queriam na realidade: fornecimento rápido (R), pedido atendido corretamente (C), ambiente limpo (L) e temperatura correta (T). Após avaliação, concluíram que a produção dos alimentos poderia ser centralizada e expedida pronta para as lojas, permitindo assim um novo *lay out* de cozinha, que ocupava apenas 30% do espaço do restaurante diante dos 70% anteriores. A loja deixou de se dedicar a uma produção ampla e custosa de alimentos, tornando-se um conjunto enxuto. Isso permitiu que o restaurante e aos funcionários se concentrassem nas atividades de prestação de serviço ao cliente.

Interessante que ao mesmo tempo, a Taco Bell constatou que o atendimento às necessidades dos clientes não podia ser satisfeito apenas por soluções tecnocráticas, mas que também se baseava em colocar os funcionários em contato direto com o cliente. A empresa introduziu treinamento extensivo para funcionários e gerentes, e concedeu poderes aos indivíduos e às equipes para assumirem a responsabilidade na solução de problemas cotidianos.

Tais experiências são comentadas em capítulos subseqüentes, nas propostas de ações de desenvolvimento de pessoas que atuam na Nutrição Hospitalar, bem como basearam algumas idéias de oferecer maior variedade, segundo proposta de McLaughlin (1996), figura 01, que sugere que a evolução é a customização da massa, entendida como desafio à individualização dos serviços de nutrição hospitalar oferecidos aos usuários, sem fugir muito dos padrões de atendimento coletivos.

Seguindo ainda em conceitos que nortearam partes das ações na pesquisa, o próximo é o tema de gastronomia. É tratado de forma sucinta, focado nas questões de

caldos e molhos que constituíram a principal mudança no processo de preparo de alimentos.

### 2.2.6 Gastronomia

Conceitos e técnicas importantes a serem desenvolvidos junto à equipe são os relacionados à gastronomia, que têm a seguinte conceituação segundo Vieira e Cândido (2000, p. 48):

Arte culinária que compreende os métodos, as técnicas e procedimentos destinados a transformar e sazonar os alimentos da sua forma hostil e bruta, como a natureza nos apresenta, e apresentá-los de maneira que constituam um prazer ao paladar, à vista e ao aroma. É, pois, uma arte refinada de transformação alimentar. No modernismo de hoje a palavra gastronomia pode significar: a arte de bem preparar as iguarias para obter o máximo prazer em comer e beber.

A arte a que se referem as definições gastronômicas de alimentos transformados com vistas a potencializar o prazer da alimentação é um importante aliada na melhor aceitação da ainda “mau vista” alimentação hospitalar, como muito bem lembra Maes:

(...) a indigência das insípidas refeições não é senão a manifestação mais perceptível da carência e dos limites de uma organização hospitalar que ainda não compreendeu que a gastronomia é um elemento importante do tratamento, e conseqüentemente da recuperação dos doentes (MAES, 2005, p. 240).

A gastronomia segundo Savarin (1995), desenvolveu e esteve presente em toda a história da humanidade, visto que está relacionada à história natural, pela classificação que faz das substâncias alimentares; a física, pelo exame de seus componentes e de suas qualidades; a química, pelas diversas análises e decomposições a que submete tais substâncias; a culinária, pela arte de preparar as iguarias e torná-las agradáveis ao gosto; ao comércio, pela pesquisa dos meios de adquirir pelo menor preço possível o que consome e de oferecer o mais vantajosamente possível o que vende e à economia política, pelas fontes de renda que apresenta à tributação e pelos meios de troca que estabelece entre as nações.

A gastronomia desenvolvida no ambiente hospitalar pode se tornar uma grande e inovadora experiência positiva ou negativa, e há que se respeitar toda a diversidade de contextos culturais e sociais que se apresentam no dia-a-dia. Maes (2005) conta-nos que serviram em determinada data um prato diferente, pato com laranja, e quis, logo após a refeição, junto com o *Chef*, “colher impressões e registrar reações”. Ouviu uma série de sarcasmos sobre os cozinheiros terem se enganado e misturado a carne com a sobremesa naquele dia, o que foi gerando grande decepção com aquilo que havia sido servido com nobres objetivos. Felizmente a decepção foi rapidamente atenuada quando num quarto vizinho um modesto e tranqüilo idoso exclamou: “Felicitações! Toda a minha vida escutei falar do pato com laranja, mas é um prato de gente rica que nunca puder pagar, e foi preciso vir ao hospital para enfim poder prová-lo” (MAES, 2005, p. 251).

Essa pequena passagem retrata com muita propriedade os riscos que a gastronomia corre em ser muito bem aceita ou exatamente o oposto. Novas propostas precisam ser consideradas, tais como:

O estudo da gastronomia em hospitalidade deve fugir das limitações dos estudos de nutrição – atentos basicamente à alimentação adequada - bem como dos estudos de gastronomia – que buscam a estética alimentar - procurando uma dimensão nova e importantíssima da refeição como comunicação e socialidades humanas (CAMARGO, 2003, p. 23).

Faz-se necessário, nesse momento, discorrer acerca das bases da gastronomia, no seu eixo culinário, que é a base conceitual que será utilizada na pesquisa.

Segundo Teichmann (2000, p. 259), a culinária inicia com alguns procedimentos básicos, que passam a ser descritos a seguir. Mesmo com toda a tecnologia que vem acompanhando a gastronomia alguns procedimentos e nomenclaturas são mantidos com seus nomes originais em francês. Relacionamos abaixo a terminologia das bases da cozinha gastronômica e breves descrições de cada uma.

Basicamente são quatro grandes grupos de procedimentos considerados bases na cozinha, dos quais um *Chef* e um Mestre de Cozinha conseguem desenvolver e criar todo o resto (figura 02).

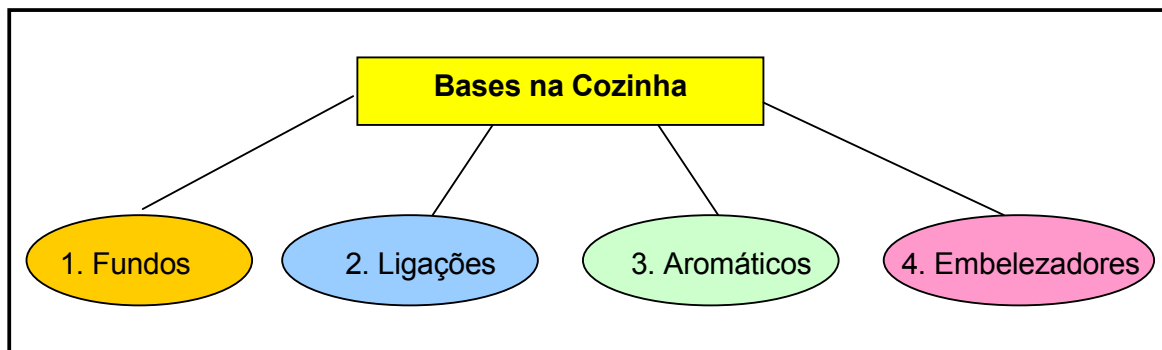


Figura 02 – Bases na cozinha gastronômica – (TEICHMANN, 2000, p.260).

O primeiro grupo nomeado de *fundos* (também chamados de bases) são preparações líquidas, aromáticas, sem ligas, mais ou menos concentradas, sem adição de sal, que se obtém fervendo, em água, dois tipos básicos de ingredientes:

- a) ingrediente 1: ingrediente que dará a característica do fundo;
- b) ingrediente 2: guarnição aromática (cebola, louro, alho, etc.).

É importante ressaltar que os ingredientes utilizados para os fundos não são financeiramente inacessíveis a serviços públicos hospitalares, considerando que se utiliza muito aparas, ossos, carcaças, e temperos comuns de nosso uso diário. Pequenas exceções como salsão, vinho e manteiga são notados, mas não necessariamente serão escolhas para uso nos hospitais.

Uma característica muito positiva em tais fundos é o não uso de sal (ou cloreto de sódio) o que permite o uso em preparações com indicação hipossódica e possuem aromas e sabores de temperos que colaboram na aceitação de tais dietas.

O segundo grupo de bases, chamadas *ligas ou ligações*, são produtos que promovem o “adensamento de líquidos como fundos, molhos, cremes ou outras preparações culinárias” (TEICHMANN, 2000, p.261), ocorrendo numa segunda etapa de preparações. As ligas utilizam os fundos como base e neles são adicionados os itens frutas e legumes, féculas (amido de milho, por exemplo), ovos, farinhas, gelatinas e sangue. Ressalto que itens, tal como sangue, não constituirão ingredientes na gastronomia hospitalar, mas foram mantidos na figura para deixá-la completa. O molho bechamel, ou *beurre manié*, por exemplo, pode ser feito com fundo claro elaborado com ave, e “ligado” com farinha de trigo.

O terceiro grupo chamado de *aromáticos* são os temperos finalizadores, ou seja, aqueles que serão colocados na preparação após a confecção dos fundos (que também têm em sua elaboração alguns temperos), mas que precisam manter suas características de aroma ou cor, como por exemplo, a salsinha, que é colocada ao final para manter seu verde claro.

Muitos itens aromáticos também podem ser *embelezadores*, que compõem o último grupo de bases, chamadas de ligas finas, gorduras e corantes. As ligas finas podem ser o fundo escuro com pouco ligante para dar o acabamento sobre um filé de peito de frango, por exemplo, a gordura pode ser uma manteiga clarificada, líquida, aromatizada com pimenta sobre um salmão grelhado e os corantes podem ser toda a gama de itens alimentares que dão colorido aos pratos.

Essa pequena base de preparações é suficiente para modificar toda a base conceitual de cozinhas hospitalares. Essa forma de trabalhar os alimentos, como itens isolados que vão se combinando e compondo verdadeiras maravilhas de sabores, cores e aromas completam a visão de processo que a pesquisa pretende estudar. É uma forma nova e diferente que as cozinhas da pesquisa irão elaborar as refeições. Sendo assim, a colaboração da gastronomia é fundamental em tal inovação e melhoria.

É necessário salientar uma frase que retrata muito bem o objetivo da implantação de saberes em gastronomia após a pesquisa:

A alimentação, quando constituída como uma cozinha organizada, torna-se um símbolo de uma identidade, atribuída e reivindicada, por meio da qual os homens podem se orientar e se distinguir. Mais do que hábitos e comportamentos alimentares, as cozinhas implicam formas de perceber e expressar um determinado modo ou estilo de vida que se quer particular a um determinado grupo. Assim, o que é colocado no prato serve para nutrir o corpo, mas também sinaliza um pertencimento, servindo como um código de reconhecimento social (MACIEL, 2005, p. 54).

A gastronomia demonstrou-se ao final da pesquisa como elo entre outros conceitos, já que integra bases culinárias com tradição, cuidado e atenção com o consumidor (nesse caso usuário de saúde), a processos de trabalho bastante organizados e acessíveis à área de alimentação hospitalar. Padroniza sabores, permite agradar aos paladares mesmo em dietas restritas, toda a base de caldos é confeccionada sem cloreto de sódio (sal de cozinha), e ainda colabora muito na finalização, beleza e conseqüentemente aceitação da alimentação.

Concluindo esse capítulo, espero ter conseguido dividir um pouco do que foi lido, pesquisado e guiou todo o restante da pesquisa.

No próximo capítulo é iniciada a pesquisa em si, descrevendo a metodologia e ferramentas utilizadas em sua elaboração.

## 3 CAPITULO II

### 3.1. METODOLOGIA

A presente pesquisa se originou como uma ação reativa a problemas com a satisfação de usuários e setores dos hospitais onde atuo. A trajetória foi organizada de forma científica para obtenção de titulação ao final do mestrado profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho.

Era pré-requisito que a pesquisa gerasse ações concretas de melhorias e implantação de soluções à instituição pesquisada, o que corresponde integralmente a requisitos do mestrado profissionalizante, que como tal sugere o desenvolvimento de pesquisas com repercussões práticas.

Considerando a proposta de implantação de um novo sistema de alimentação hospitalar, não haviam caminhos pré-fixados ou um delineamento claro do que seria desenvolvido. Era necessário b

uscar uma metodologia que norteasse tais requisitos, e foi na pesquisa-ação que encontrei a resposta.

A pesquisa-ação, segundo Gil (1996, p. 130), “concretiza-se com o planejamento de uma ação destinada a enfrentar o problema que foi objeto da investigação”, e trabalha com “planos de ação”, termo e significado muito utilizado em meu cotidiano de atuação, porque como coordenadora dos Serviços Nutrição Produção, meu escopo de trabalho é estratégico, e nas propostas de resolução de problemas é muito comum o uso de planos de ação.

Trata-se de uma linha de pesquisa considerada bastante controversa, já que por exigir o envolvimento ativo do pesquisador e ação das pessoas envolvidas no problema, tende a ser vista como desprovida da objetividade que caracteriza procedimentos científicos.

Diferentemente das pesquisas elaboradas no modelo clássico, a pesquisa-ação tende a adotar preferencialmente procedimentos flexíveis. Ao longo do processo da pesquisa os objetos são constantemente redefinidos, podendo implicar em mudanças inclusive das técnicas de coleta, o que se encaixa no modelo da presente pesquisa, que foi sendo reformulada com o surgimento de novas possibilidades.

Pelos motivos acima citados é que a escolha da forma de pesquisa que mais corresponde a presente dissertação é a pesquisa-ação, já que visou mudar o contexto, teve caráter de flexibilidade e teve o meu envolvimento ativo na pesquisa, cujo objeto foi a proposta de implantação um novo sistema no decorrer do trabalho.

A metodologia da pesquisa, portanto, procurou ser delineada pelas etapas da pesquisa-ação, que não são necessariamente ordenados cronologicamente, constituídas de:

- a) fase exploratória e coleta de dados (que constituem o presente capítulo);
- b) formulação do problema e premissa (considerados na introdução);
- c) seleção dos sujeitos (que cito ainda nesse capítulo);
- d) análise e interpretação dos dados;
- e) elaboração de “plano de ação”, que na dissertação intitulo de elaboração de proposta;
- f) divulgação dos resultados.

As fases acima serão abordadas no decorrer da dissertação, onde são mais bem detalhadas.

Na seqüência descrevo o contexto da pesquisa, para situar o leitor quanto ao campo onde foi desenvolvida.

### **3.1.1 Contexto da pesquisa**

Fui contratada e iniciei minhas atividades na instituição que foi base para esta pesquisa em junho de 2007. A instituição é uma *holding* que possui negócios em educação, comunicação e saúde. Na área específicas de saúde a empresa administra três hospitais, sendo um psiquiátrico, outro universitário e um terceiro hospital de caridade.

A Nutrição está dividida em duas diretorias: a área clinica está vinculada à direção dos hospitais, e a área de produção está vinculada à Diretoria de Serviços Compartilhados, cuja missão é oferecer serviços de apoio a todas as áreas de negócio da *holding*.

Sou coordenadora da Nutrição Produção, ou seja, a área sob minha responsabilidade está vinculada à divisão responsável pela prestação de serviços aos hospitais, educação e comunicação.

Além da Nutrição Produção e Clínica, ainda existe a graduação em Nutrição, que pertence a uma terceira administração.

Ao final é uma única área de conhecimento dividida em três focos de atuação, de acordo com suas atividades fim, cada uma situada em um negócio da instituição.

Considerando que o recorte da pesquisa se dá na atuação da Nutrição Produção Hospitalar, descrevo abaixo a estrutura de tal setor, focada nos clientes hospitalares.

### **3.1.2 Estruturas da Nutrição Produção**

#### **3.1.2.1 Estrutura organizacional e física**

A Nutrição Produção – Divisão Hospitalar tem a responsabilidade de oferecer serviços a três hospitais, tanto a usuários de saúde internados como acompanhantes e funcionários.

Possui uma estrutura que chamamos de centralizada, não somente em termos organizacionais como fisicamente também. Existe uma coordenadora geral (autora da dissertação), três profissionais nutricionistas na Central de Produção e Cozinhas Satélites (que explico logo abaixo), e um tecnólogo de alimentos no Planejamento e Controle da Produção (figura 03).

Em termos físicos existe uma Central de Produção (localizada dentro do campus do Hospital Psiquiátrico), e mais duas cozinhas que chamamos de Satélites (nos Hospitais Universitário e de Caridade).

Tal configuração procura aperfeiçoar a produção de refeições concentrando a confecção das principais refeições na Central de Produção, deixando para as Satélites a missão principal de distribuição das refeições nos hospitais.

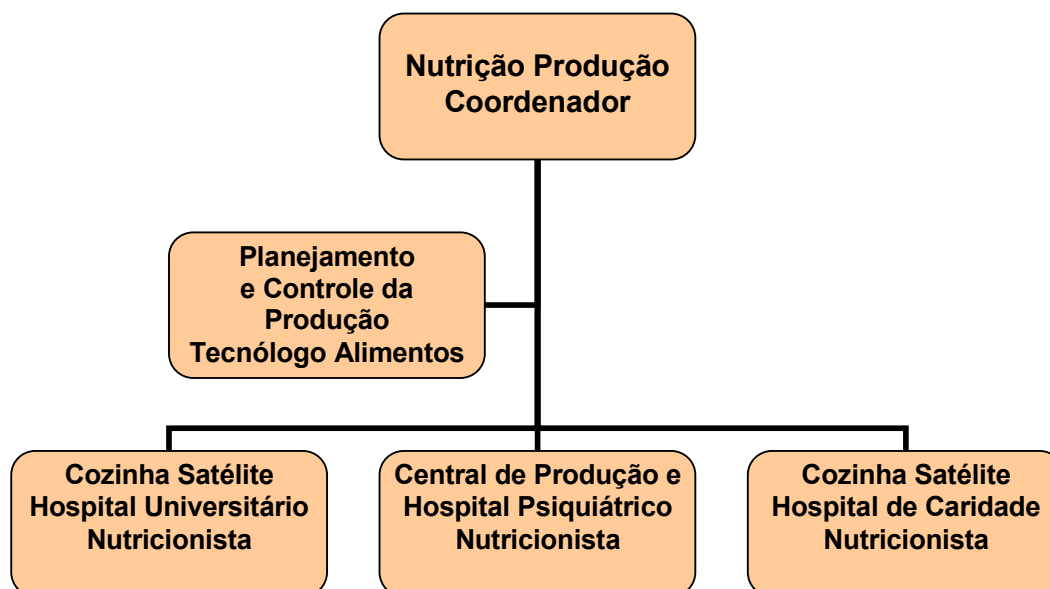


Figura 03 - Organograma da Nutrição Produção APC

### 3.1.2.2 Estrutura Conceitual

A Nutrição Produção possui como conceito estruturante alta tecnologia e padronização de processos. Tecnologia para otimização de processos e padronização para atendimento nivelado a todos os usuários do sistema.

Tal estrutura conceitual está implantada na área de produção de alimentos, mas não ainda em sua distribuição.

Considero importante salientar tais características porque foi a base estruturante inicial da pesquisa em questão.

A instituição investe e acredita em tecnologia, o que considero ter sido fundamental no aceite do projeto de implantação.

### 3.1.3 Características dos Hospitais

As informações a seguir descritas foram obtidas das páginas do site da instituição mantenedora dos hospitais, integradas como negócio e intitulado de Aliança Saúde (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO PARANA, 2008).

### 3.1.3.1 Hospital Universitário

O Hospital Universitário é um hospital geral que atende todas as especialidades médicas e dispõe do maior pronto-socorro do Paraná. Foi adquirido pelo atual grupo gestor em 1977, e prioriza suas atividades para a clientela carente, com assistência médico-hospitalar em diversas áreas, além de servir de hospital-escola na formação de médicos e de profissionais na área de saúde.

A chegada do grupo gestor em 1977, marcou o início de uma era de transformações no Hospital Universitário, com a oficialização do ensino médico, o aprimoramento do seu corpo clínico, a aquisição de novos equipamentos e o gradativo aumento do número de alunos das diversas áreas ligadas ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Foi então que o Hospital Universitário se transformou num hospital de referência, com a ampliação de sua área de atuação e passou a ser conhecido, pela comunidade, como um hospital geral, além de um eficiente pronto-socorro.

Recebeu o reconhecimento de Hospital Universitário em 1993, solidificando seu compromisso com a educação e abrindo caminho para a implantação do primeiro mestrado em Cirurgia e Trauma, do Brasil, em 1994.

Atualmente conta com 250 leitos, sendo 200 destinados a usuários convênio SUS e 50 a usuários convênio-privado, com uma média de trinta mil dietas servidas mensalmente.

### 3.1.3.2 Hospital de Caridade

Em 1869 foi iniciada a construção do Hospital de Caridade. Inaugurado pelo Imperador Dom Pedro II, no dia 22 de maio de 1880, inicialmente com 160 leitos, era considerado um grande hospital, e foi por muitos anos o único hospital de Curitiba.

Em 1912 a Universidade do Paraná, mais tarde federalizada, promoveu o Hospital de Caridade e o Psiquiátrico a hospitais de ensino, que abrigaram também os estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas a partir de 1956.

Na atualidade o Hospital oferece total estrutura e diversas especialidades. Possui 278 leitos, com atendimento de setenta por cento a clientes do Sistema Único de Saúde, mantendo sua característica de hospital para atendimento da comunidade carente. Serve uma média de trinta mil dietas mensais.

### 3.1.3.3 Hospital Psiquiátrico

O hospital Psiquiátrico é um dos poucos hospitais para tratamento de transtornos mentais do Paraná. Foi inaugurado em 25 de março de 1903, construído pela Santa Casa de Misericórdia de Curitiba para atendimento de pacientes com transtornos mentais, que antes lá ficavam internados.

Em 1992 foi inaugurada a Unidade de Tratamento para Alcoolismo com Terapias Integradas, e no dia 23 de setembro passou a integrar um complexo hospitalar universitário.

Em 2001 reformou o Ambulatório de Saúde Mental, passando a atender majoritariamente usuários do SUS. Em julho desse ano foi criado o Centro de Atenção às Drogas. Iniciou também a Residência Médica em Psiquiatria.

Em 2002 iniciou a implantação do modelo gerencial por macro processos, consolidando as Unidades Gerenciais Básicas. Na parceria com a Secretaria Municipal de Saúde deu-se início a desospitalização dos pacientes, iniciando com cinco usuários de saúde.

Em 2003 ocorreu a desativação da Unidade 5, com 93 pacientes, como resultado e continuidade do processo de ressocialização dos pacientes e redução de leitos de internação.

A proposta terapêutica do Hospital é fundamentada no trabalho de equipes multidisciplinares, como desafio no trabalho da inter e transdisciplinaridade.

Possui atualmente 150 usuários “dia”, que freqüentam a terapêutica durante o dia, de segunda a sexta-feira. Além destes possui mais 140 usuários chamados integrais, que ficam internados durante o tratamento. A Nutrição Produção atende mensalmente em torno de trinta e duas mil dietas a este hospital.

#### **3.1.4 Definindo os sujeitos de pesquisa**

Antes mesmo de iniciar a descrição da fase exploratória, optei por definir os sujeitos de pesquisa como sendo os hospitais clínicos. O Hospital Psiquiátrico também foi avaliado, mas por questões de recorte e similaridade, a implantação do novo sistema (e o foco da pesquisa) ocorreu nos Hospitais Universitário e de Caridade.

A similaridade adveio da necessidade de padronização da produção destinada aos dois hospitais gerais, que possuem o mesmo perfil de usuários, processos e mesmo sistema de distribuição de dietas.

A exclusão do Hospital Psiquiátrico nesse momento da pesquisa se deu também por questões temporais, considerando que implantação de novos sistemas nessa categoria de hospital foi prevista para um período posterior ao do desenvolvimento da pesquisa. O eixo da integralidade não deixará de estar presente em toda a Nutrição Produção, e será alicerce importante nas futuras melhorias que serão propostas ao referido hospital.

Os dois locais de pesquisa, portanto, são hospitais gerais, localizados no município de Curitiba, Paraná, pertencentes a um mesmo grupo administrativo, e atendidos pela Nutrição Produção da mesma instituição, Pontifícia Universidade Católica do Paraná. São hospitais já referenciados e que continuaremos a nominar de Hospital Universitário e Hospital de Caridade.

#### **3.1.5 Aspectos Éticos**

O estudo foi apresentado e aprovado pela Diretoria da Instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Itajaí – SC (UNIVALI).

Os resultados do estudo serão divulgados oficialmente, sob a forma de artigos científicos publicados em periódicos indexados, bem como a instituição onde a pesquisa foi realizada receberá um relatório com os principais resultados e conclusões, além do impacto real gerado pelo projeto, considerando que a pesquisa terá efeitos práticos.

### **3.1.6 Fase exploratória da pesquisa**

Seguindo a linha da pesquisa-ação, a pesquisa foi organizada em etapas, que inicia com a fase exploratória, que passo a descrever a seguir.

A fase exploratória da pesquisa-ação objetiva determinar o campo de investigações, expectativas dos interessados, bem como o auxílio que estes poderão oferecer ao longo do processo de pesquisa. É uma fase que “privilegia o contato direto com o campo em que está desenvolvida” (GIL, 1996, p. 127). Implica em reconhecimento visual do local, consulta a documentos diversos e, sobretudo conversa com envolvidos nas categorias da pesquisa.

A presente pesquisa efetuou a fase exploratória aproveitando para efetuar coleta de dados concomitantemente, dadas as oportunidades de tais coletas. Diversas técnicas são adotados na coleta da pesquisa ação, entre elas a observação participante. Tal técnica consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo, incorporando-se, confundindo-se com ele. A idéia é vivenciar o que o grupo está vivenciando e “trabalhar dentro do sistema de referencia deles” (LAKATOS; MARCONI, 1995, p. 171).

Dentro da observação participante ainda se pode ter uma segunda categoria, que é a observação participante natural, quando o observador pertence à mesma comunidade ou grupo que investiga, caso da pesquisa em questão.

Outra técnica que foi associada é a chamada observação assistemática, porque foi realizada em condição não controlada, que é o que a caracteriza. O conhecimento foi obtido sem determinar de antemão quais os aspectos seriam

relevantes a serem observados e que meios utilizar na observação (LAKATOS; MARCONI, 1995).

Partindo dessas características, a coleta de dados foi conduzida buscando “olhar o usuário” de saúde, entender os motivos da insatisfação com a alimentação, e propor soluções. A primeira idéia que surgiu foi buscar dados da insatisfação e perfis relacionados à alimentação.

Iniciei então a busca e análise de documentos que pudessem refletir tais dados, conforme segue abaixo.

### **3.1.7 Buscando conhecer os usuários de saúde**

Ao se buscar orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se também ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades (MATTOS, 2004).

A organização de um novo sistema de Nutrição buscou melhorar a satisfação dos usuários de saúde hospitalizados, e para isso buscou estruturar o serviço de Nutrição como as características sugeridas por autores como Campos (2004, p. 577):

Implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo do cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividade devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano.

### **3.1.8 Avaliação da Satisfação do Usuário Hospitalar**

Os hospitais Universitário e de Caridade têm instituída uma ferramenta para avaliação da satisfação dos usuários que estiveram internados. O hospital Psiquiátrico não faz pesquisa diretamente porque os usuários têm maior dificuldade no uso dessa ferramenta (usam mais o recurso de questionamentos durante grupos de terapia).

O serviço responsável pelo contato e registro das pesquisas junto ao usuário nos dois hospitais é a Ouvidoria, também intitulado de Serviço de Atenção ao Cliente

em outras empresas. A instituição da Ouvidoria Hospitalar é sugerida no documento base “Humaniza SUS”, cujo glossário assim a define:

Serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais (BRASIL, 2006b, p 46).

A Ouvidoria do hospital se caracteriza, portanto, como um importante canal de comunicação com o usuário, funcionários e gestões dos hospitais, motivo de escolha como núcleo para minha coleta de dados.

Para mapear quantitativamente e qualitativamente a satisfação dos usuários por esse canal, solicitei os resultados e os formulários das pesquisas efetuadas no último ano aos dois hospitais, na tentativa de iniciar o entendimento sobre as maiores queixas, períodos, enfim, mas somente o hospital Universitário possuía dados específicos da Nutrição Produção, que podem ser observados na figura 04. Nota-se uma pequena queda nas reclamações ao final do ano de 2007, que infiro poder estar relacionada a ações contingenciais que ocorreram neste período, e que comento mais adiante no trabalho.

De uma forma geral a participação numericamente pode ser considerada pequena, se considerarmos que as pesquisas variam de um a 18 questionários respondidos.

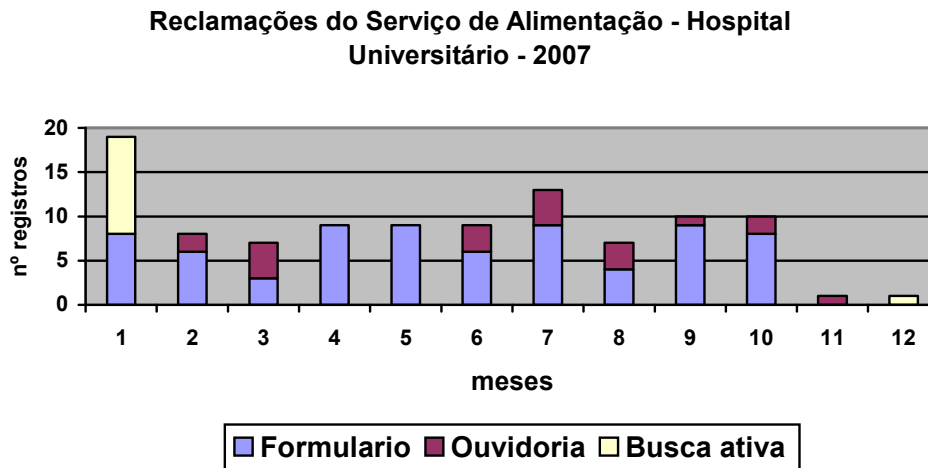


Figura 04 – Reclamações do Serviço de Alimentação – Hospital Universitário 2007

Com esses poucos dados em mãos, aproveitei para observar os modelos dos formulários aplicados, que dos dois hospitais se mostraram muito semelhantes, tendo perguntas fechadas em sua maioria, e uma ou duas perguntas abertas, subjetivas.

O formulário de pesquisa do Hospital de Caridade teve seu formato e conceito alterado durante a presente pesquisa, e os dois modelos (novo e anterior) podem ser visualizados nos anexos A e B respectivamente.

Lembro que me apropriei de tais formulários, que são elaborados e aplicados pelos hospitais e não pela Nutrição ou minha pesquisa. Os anexeii a título de informação no caso de leitores terem maior curiosidade sobre tais formulários.

A mudança do formulário é resultado da hotelaria que vem sendo implantada pelo hospital em várias áreas, inclusive nessa. O formulário inicial tinha perguntas objetivas sobre agilidade, cortesia, temperatura, quantidade, sabor e uma classificação geral do serviço de Nutrição Produção. Passou a ser um formulário de característica subjetiva, que considera duas perguntas abertas: uma sobre o serviço que foi utilizado, e outra questiona no que é preciso melhorar. Ao final possui um item objetivo que solicita avaliação global do atendimento recebido em quatro níveis de avaliação (ótimo, bom, regular e ruim).

O formulário de pesquisa do Hospital Universitário é praticamente todo com questões objetivas, tendo uma subjetiva, aberta, ao final, para sugestões (anexo C). Tem incluído em seu corpo um item chamado Nutrição, que abrange questões como agilidade, apresentação da equipe, conhecimento da dieta indicada, cordialidade e sabor da alimentação.

As pesquisas de satisfação são aplicadas pelos hospitais, e os Serviços de Nutrição constam e são avaliados nessas pesquisas. Às gestões do Serviço de Nutrição Produção e Clínica são solicitadas respostas e soluções somente quando ocorre algum tipo de reclamação, comentário, sugestões relacionadas aos serviços.

Observei também que o formulário normalmente é aplicado na alta hospitalar, o que talvez explique a baixa amostragem de respostas. Acredito que no momento da alta o maior interesse do cliente é deixar o hospital, ouvir as recomendações médicas, o que acaba secundarizando a participação crítica dos serviços recebidos. Ouso considerar que os índices acabam sendo influenciados negativamente, porque somente quem foi muito mal atendido vai fazer questão de registrar seu descontentamento.

Como reação a isso, no Hospital Universitário é feita busca ativa em 10% da ocupação (pesquisa diretamente nos leitos), mas no restante é espontânea, assim como no Hospital de Caridade.

Parti para a segunda fase exploratória buscando dados dos documentos que são o canal de comunicação da Área Assistencial com a Nutrição Produção, que comento a seguir.

### **3.1.9 Canal de comunicação Área Assistencial e Nutrição Produção**

O meio de comunicação das necessidades dietéticas dos usuários para a Nutrição Produção ocorre de duas formas: uma é através do formulário “mapa de dietas”, e outro é pelo formulário “esquema especial da Nutrição Clínica”.

O primeiro formulário (mapa de dietas) é preenchido pela enfermagem, após prescrição médica, e o segundo (esquema especial), é preenchido pelos Nutricionistas ou Estagiários de Nutrição Clínica, quando consideram necessário.

Em ambos os casos, tais informações são transcritas manualmente, o que gera margem de diferentes interpretações de letras e significados.

Os mapas de dietas são fundamentais para que a Nutrição Produção execute a produção, montagem e distribuição das refeições, de acordo com a necessidade dietética de cada usuário, e identifique local de entrega. Os esquemas especiais também são importantes, porém a Nutrição Clínica refere não conseguir atender a todos os internados (o quadro funcional é inferior ao necessário), e tais esquemas acabam acontecendo somente em casos mais graves de desnutrição ou intolerâncias. Não se consegue individualizar o atendimento por esse canal. Ele é importante, mas sem ele o usuário ainda recebe alimentação, o que não acontece na falta dos mapas.

Os mapas são atualizados duas vezes ao dia, e outras alterações que ocorram fora de tais períodos são informados via telefônica, ou através de requisição individual de dietas (um terceiro formulário).

Tudo isso se transforma numa imensidão de papel, com muitos erros e falhas, que vão desde o não aviso da alta, jejum, liberação da dieta, até dietas incorretas, incompletas, sem nome do cliente ou leito.

Nessa fase de coleta de dados solicitei aos estagiários o levantamento de tais falhas durante o mês corrente da coleta. Tais levantamentos se configuraram em projetos de conclusão de disciplina desses estagiários, o que já ousou considerar um primeiro exercício de integralidade: área acadêmica e prática profissional unidas num mesmo processo, exercitando a integralidade entre setores.

Os índices de tais falhas constam nas figuras 05 e 06, e retratam a realidade de um mês.

Adicionalmente a toda dificuldade com as informações transferidas via mapas, o sistema de informação interna da Nutrição Produção também tinha problemas: a identificação das dietas era escrita à mão, na tampa dos recipientes de alimentos e bebidas. Cada copeira fazia as suas anotações, ficando legível somente a quem preencheu (ninguém mais entendia), potencializando os riscos de falhas nas entregas.

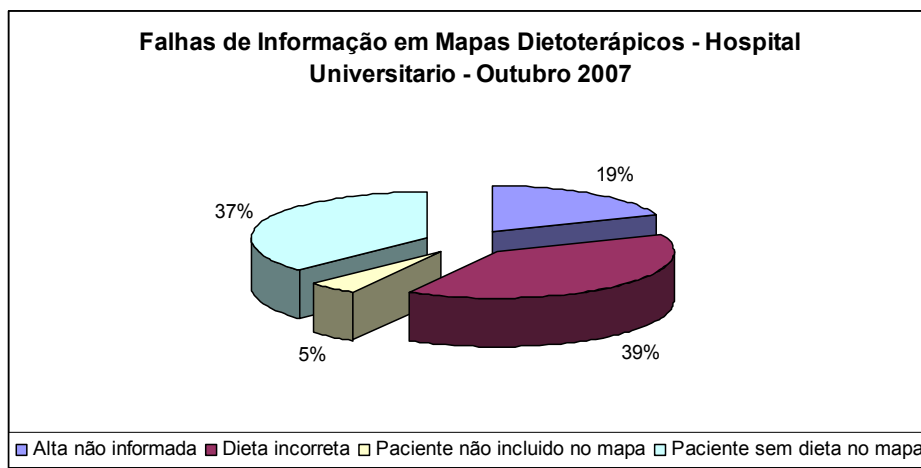


Figura 05 – Falhas de informação em mapas dietoterápicos – Hospital Universitário

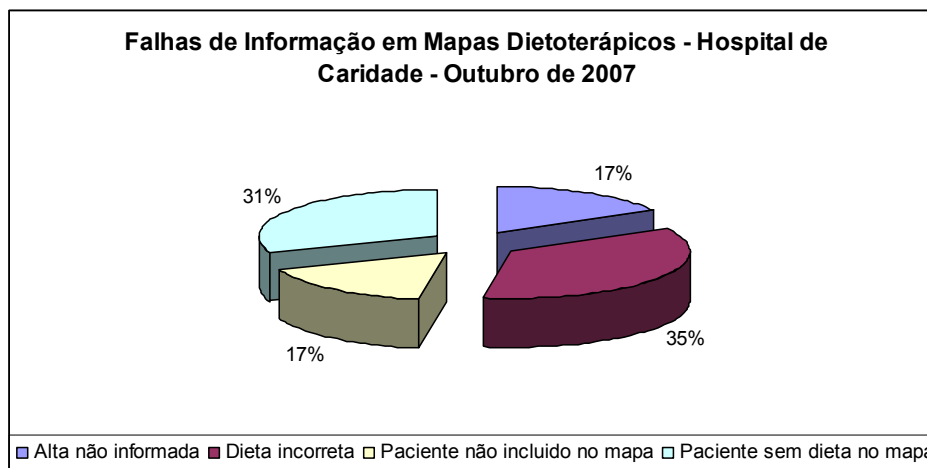


Figura 06 – Falhas de informação em mapas dietoterápicos – Hospital de Caridade

Fui informada que há anos atrás já havia sido utilizado identificação através de etiquetas, geradas e impressas pelo sistema de dietas que existe no Hospital Universitário, mas o programa emitia muita etiqueta em branco, não excluía os pacientes em jejum, enfim, gastava-se muita etiqueta, muito trabalho no recorte e seleção das impressões, o que acabou eliminando tal processo.

Os esquemas especiais também eram problemáticos. Eram em grande quantidade, sobrepostos um sobre o outro no mural, ou fixados nas portas dos carrinhos de distribuição. A consulta aos esquemas gerava grande confusão, além de existirem ali pedidos de alimentos não disponíveis diariamente, ou fora do padrão de refeições e estoques. Em termos gerais os esquemas especiais eram esquecidos, confundidos ou não atendidos por falta do alimento ali solicitado.

Lembro que o Hospital Psiquiátrico, pela própria característica, praticamente não possui dietas especiais. A maioria é dieta livre, e como o paciente, quando interna, fica longos períodos, as dietas praticamente não mudam diariamente. Foi efetuado o mesmo levantamento, mas praticamente não identificamos falhas de informação. O maior problema ocorria mesmo nos dois hospitais clínicos.

Pensando nas soluções possíveis, principalmente para atender os esquemas especiais, identifiquei que um outro dado era importante na coleta de dados: a incidência de cada dieta.

Aqui fica mais uma vez caracterizada a necessidade de flexibilidade da pesquisa-ação: durante a pesquisa se identificou um novo item para ser coletado, e assim se procedeu.

Com os mapas de dietas em mãos, efetuou-se um levantamento retroativo da incidência de dietas classificadas pela consistência e composição. Também foi um trabalho desenvolvido por alunos do curso de Nutrição. Para a interpretação e confirmação dos dados foi necessária integração com a Nutrição Clínica, que se surpreendeu ao notar o quanto a Nutrição Produção pode conhecer dos usuários internados através de suas dietas, e à Nutrição Produção o quanto precisa conhecer mais dos usuários para proporcionar refeições mais adequadas.

Nesse levantamento os números de um hospital para outro ficaram mais específicos no que concerne a composições dietas: o Hospital de Caridade com grande índice de dietas hipossódicas, renais, diabetes (caracterizando usuários com

doenças crônico-degenerativas), e o Hospital Universitário com índices mais característicos de hospital geral (figuras 7, 8, 9 e 10).

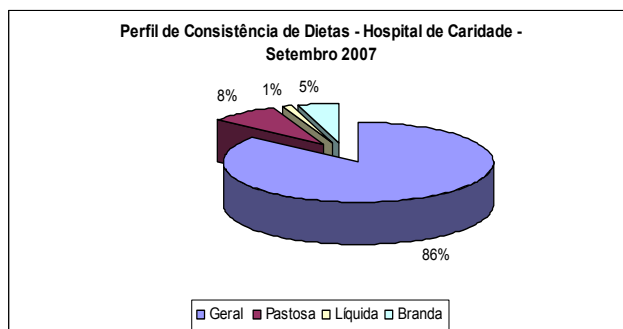


Figura 07 – Perfil de consistência de dietas do Hospital de Caridade

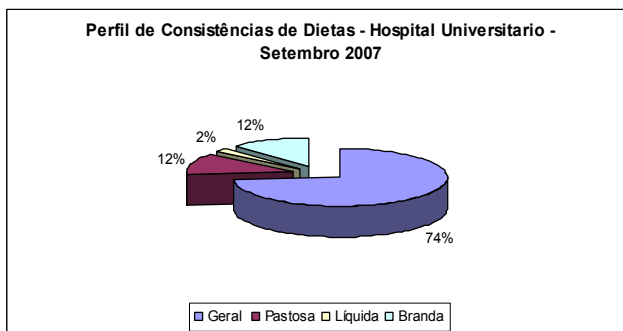


Figura 08 – Perfil de consistência de dietas – Hospital Universitário

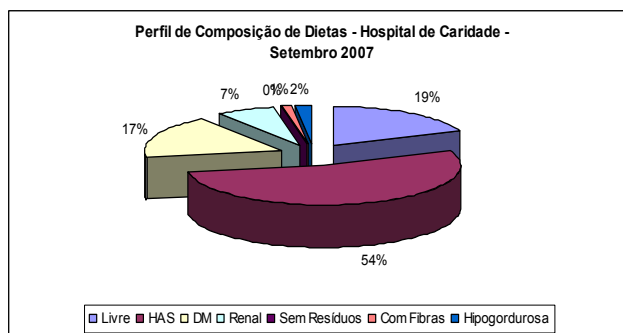


Figura 09 – Perfil de composição de dietas – Hospital de Caridade

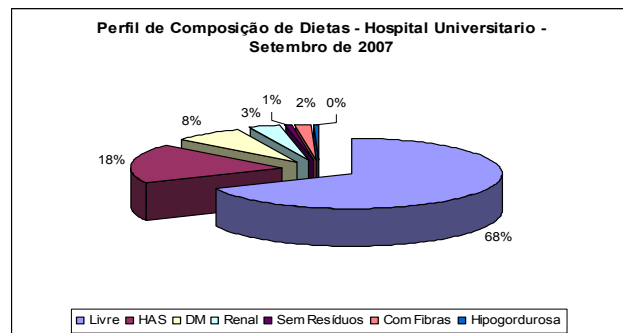


Figura 10 – Perfil de composição de dietas – Hospital Universitário

Finalizei tal fase exploratória com o propósito de buscar soluções para melhoria dos processos de informação dos mapas de dietas, esquemas especiais e identificação das dietas distribuídas.

### **3.1.10 Entendendo o atendimento do usuário pela Nutrição Produção**

A Nutrição Produção dos hospitais se relaciona com os usuários de saúde e seus acompanhantes através da dieta.

Conforme já foi citado anteriormente, os canais de comunicação ocorrem através de formulários, e a “contrapartida” ocorre entregando alimentos.

Considerei importante acompanhar e identificar como tais serviços acontecem, desde o planejamento dos cardápios até a distribuição das refeições.

Início tal fase pelo planejamento dos cardápios.

#### **3.1.10.1 Planejamento de Cardápios**

A produção de refeições nos hospitais em sua maioria inicia com o planejamento dos cardápios que serão servidos, classificados em cardápios para funcionários e para pacientes.

Os cardápios para funcionários seguem uma única linha, que é de preparações para coletividade sadia (ou pressuposta sadia) e a frequência é mensal, ou seja, a variedade de pratos e combinações varia mensalmente.

Os cardápios para usuários de saúde precisam ter mais opções, que são definidos de acordo com as patologias e seus padrões dietoterápicos. Parte-se do padrão de dieta livre, e com base nos itens propostos para aquela refeição, vai-se abrindo o cardápio, adaptando uma ou outra preparação que atenda às necessidades dietéticas.

Diariamente, por exemplo, têm-se arroz, arroz papa e arroz integral – arroz para dieta livre, arroz papa para dieta pastosa e arroz integral para diabetes ou dieta rica em fibras, e assim por diante.

Por ter maiores restrições nas opções (não se tem muitas variações em vegetais, purês), e limitação de custos, o cardápio de usuários de saúde segue frequência semanal, ou seja, varia semanalmente. É algo entendido como coerente porque parte-se do princípio que o tempo médio de ocupação é inferior a uma semana, e o usuário não terá tempo de se cansar do mesmo cardápio.

Tais informações foram conseguidas em conversa informal com pessoal de controladoria, e tais dados não estão disponíveis na presente dissertação.

Observando os cardápios também identifiquei que tinha muita (e só) carne cozida ao molho, carne assada ao molho, e assim repetidamente. Os molhos eram “entendidos” como pré-requisito ao processo, por conta de processos tecnológicos utilizados na Central de Produção e Cozinhas Satélites, por ser o mais adequado e adaptável a todas as dietas, e para facilitar o consumo, tendo em vista que para o usuário de saúde do SUS o talher utilizado nas refeições era somente colher. Tais inferências foram informadas em conversas com copeiras, nutricionistas clínicos e de produção, cozinheiras.

A partir de tais cardápios passo para o próximo passo do processo que é a cocção, ou preparo de refeições.

#### 3.1.10.2 Preparo de Refeições

A característica mais forte da produção de refeição nos hospitais em avaliação é o fato de ser centralizada a maior parte do preparo das refeições, transportada pronta, refrigerada, e ser regenerada na cozinha satélite, localizadas nos hospitais Universitário e de Caridade.

Tal processo envolve alta tecnologia, e na presente fase exploratória sinalizava ter problemas de adaptação. É um sistema muito usado no exterior, mas ainda novo para os profissionais atuantes nos hospitais em estudo.

Aparentemente os problemas nas restrições de carnes, excesso de molhos, entre outros observados no planejamento de cardápios advinha das dificuldades na preparação de refeições observadas nessa fase.

Outra característica era a falta de padronização na confecção de molhos, utilizados no acabamento e servimento dos pratos. Cada satélite preparava o seu modo, com ingredientes próprios, com variações de consistência e apresentação.

Somado às restrições dos cardápios, o processo de preparação de refeições também demonstrava ser fator de insatisfação.

A etapa seguinte que interfere na satisfação é a montagem de refeições, que comento a seguir.

### 3.1.10.3 Montagem de refeições

Na presente fase exploratória, utilizei recursos fotográficos para ilustrar e tentar facilitar o entendimento ao leitor do que seja um processo de montagem de refeições hospitalares.

Identifiquei que a montagem das dietas era muito similar nos dois hospitais, tendo a maior diferença no modelo e “idade” dos banhos-maria de distribuição (banho-maria é um equipamento de manutenção de temperatura de alimentos durante a montagem).

O Hospital Universitário possuía um bufê mais novo, todo em inox, e o Hospital de Caridade possuía um bufê bem antigo, em avançado estado de desgaste, que precisava ser urgentemente substituído (figuras 11 e 12).

O processo de montagem acontecia basicamente sob duas formas:

- a) refeições quentes: utilizava-se módulos de banho-maria (bufê), com cubas em inox contendo alimentos quentes;
- b) lanches: eram montados sobre as mesas lisas de inox.

No acompanhamento de montagem de dietas ficou clara a montagem em lotes, por exemplo, montava-se primeiro todas as dietas hipossódicas, depois as gerais, e assim por diante. Isso era um fator complicador, porque saía todo o “lote” do hospital, e aí tinha que fazer uma nova classificação nos carrinhos, organizando por leito e por ala de internação. Esquemáticamente a montagem acontecia na seguinte seqüência:

1. Identificação das bandejas uma a uma, por ala ou por carrinho;
2. Classificação e agrupamento as bandejas pelo tipo de dieta;
3. Porcionamento dos alimentos seguindo os lotes organizados no item anterior;
4. Reclassificação de acordo com os carrinhos ou alas que tal carrinho atende.



Figura 11 – Banho-Maria de montagem de dietas no Hospital de Caridade



Figura 12 – Banho-Maria de montagem de dietas no Hospital Universitário

Essa reclassificação é considerada retrabalho, fator que poderia ser motivo de aumento o tempo de processo na montagem (e conseqüentemente também da temperatura dos alimentos), além de tornar o trabalho confuso, com copeiros indo e vindo sem parar e sem entendimento mútuo. Nessa dinâmica, um novo copeiro levava muito tempo para aprender o processo, além do alto risco de erro.

Além disso, os equipamentos base da montagem (módulos de banho-maria) eram estáticos, fazendo com que a equipe e os utensílios se movimentassem ao longo da linha do bufê, o que também dificultava a otimização do trabalho.

Outra característica presente era o excesso de alimentos colocados em cada cuba, virando um amontoado de preparações umas sobre as outras (bifes, por exemplo), ou muito arroz que ficando “socado” na cuba formava grumos, e que naturalmente eram porcionados nas bandejas mantendo a forma “grumo”.

Enfim, a montagem demonstrou ser mais um fator importante na satisfação do usuário ao receber o produto final a ele oferecido.

O próximo passo é conhecer como tais refeições eram entregues ao usuário de saúde, que segue abaixo.

#### 3.1.10.4 Distribuição de refeições aos usuários de saúde

Na observação e coleta de dados da distribuição de refeições aos usuários de saúde novamente utilizei recursos fotográficos com o objetivo de facilitar o entendimento ao leitor, bem como para registrar quando da evolução das melhorias.

A distribuição de refeições leito a leito é um item que normalmente desafia os serviços no sentido da rapidez do processo, porque precisa ocorrer varias vezes ao dia, conforme o numero de refeições servidas, e normalmente ocorre ao mesmo tempo em todos os leitos. O tempo é um grande desafio, não somente para que os usuários recebam os serviços nos mesmos horários, como também não permita influenciar a temperatura das refeições, que quando altera é um fator de insatisfação referido pelos usuários.

Observei que a distribuição de refeições nos dois hospitais também era muito semelhante. Utilizavam-se carros de mesmo material, com pequenas diferenças de tamanho e capacidade. Era efetuada em carros de fibra, implantados há

aproximadamente dez anos, e cuja vida útil pela minha percepção já havia expirado: as portas não fechavam direito, abriam no meio do trajeto, faziam muito ruído.

Além disso, a quantidade era insuficiente, acarretando em acúmulo de refeições em um único carro, o que dificultava ainda mais a organização e a agilidade na entrega.

O Hospital Universitário dispunha de cinco carros grandes, com três prateleiras cada um, e o Hospital de Caridade sete carros, com espaço para dezoito bandejas cada um. Mesmo o Hospital de Caridade possuindo mais carros, com mais divisórias, só tinha condição de atender 125 (cento e vinte leitos). Lembro que cada hospital tem uma média diária de 200 leitos para atender, com capacidade para até 250. Os carros do Hospital Universitário que não tinha espaços para encaixe de bandejas tornando ainda mais dificultada a distribuição (figuras 13 e 14).



Figura 13 – Modelo de carro em uso no Hospital de Caridade



Figura 14 – Modelo de carro em uso no Hospital Universitário

Como os carros tinham capacidade reduzida não permitiam a organização das dietas nos carros, por cliente ou por bandeja. Os carros eram organizados em lotes (bandejas com salada, com sobremesas, com dietas hipossódicas, dietas para diabetes, etc.) e montados “na hora” da entrega.

Com esse processo “em lotes” a distribuição fica muito lenta. Somente no momento da entrega o “*kit*” refeição é montado, o que envolve no mínimo cinco etapas (figuras 15 e 16):

- a) pegar a bandeja;
- b) colocar o recipiente com a comida na bandeja (em enfermarias levam até quatro de uma vez);
- c) procurar e colocar os potes de salada e sobremesa relacionados àquela dieta (se é para diabetes, por exemplo, tem que sem pensar na sobremesa dietética) ;
- d) colocar o talher, e no caso da dieta hipossódica, o sachê de sal;
- e) entregar ao usuário.



Figura 15 – Sequência inicial de entrega de refeições



Figura 16 – Sequência final de entrega de refeições

Essa montagem local também aumentava riscos de erros nas entregas de dietas, porque qualquer lapso na concentração do copeiro gerava possibilidade de falha na composição da bandeja.

Se o processo é lento, a temperatura da refeição tende a sofrer mais oscilações (esfria o que era para ser quente e esquenta o que era para ser frio), o que aumenta riscos de multiplicação microbiana e principalmente inadequação do produto: salada quente, comida fria.

As oscilações de temperatura foram medidas durante alguns dias, classificando os resultados em temperaturas de refeições (almoço e jantar) e bebidas (desjejum e lanche da tarde), porque os itens e médias são diferentes de acordo com a refeição (figuras 17, 18, 19 e 20). As oscilações de temperatura se mostraram importantes, porque refletem diretamente a aceitação e satisfação dos usuários, referidas nas pesquisas de satisfação. Lembro que se um usuário já inapetente receber um alimento fora do padrão de temperatura próprio àquele alimento, tende a aumentar ainda mais a rejeição a tal refeição.

Além do tempo de distribuição, inferi que um outro fator para a queda de temperatura eram as embalagens em uso (que detalho melhor no próximo item). Um alimento como o arroz (figura 22) que perde 54°C durante a entrega, chegou praticamente frio ao paciente. Tais medições foram feitas na saída dos carrinhos (temperatura inicial) e no retorno da entrega (temperatura final). Os gráficos mostram a diferença entre tais medições. A idéia foi considerar a temperatura de como o último usuário recebeu sua alimentação, que é o pior resultado.

Outra característica da distribuição se revelou preocupante foi a dificuldade do deslocamento dos carros, que mesmo leves, quando com carga total, ficavam com peso em torno de 100 quilos (fiz a media pesando as bandejas e multiplicando pelo total). Isso pode aumentar o índice de doenças ocupacionais, acidentes e dores crônicas.

O Hospital Universitário tem configuração vertical, mas tem a disponibilidade do uso de elevadores entre as alas, com elevadores bem próximos à área de alimentação. No Hospital de Caridade não existem elevadores, e mesmo sendo somente dois andares, o deslocamento é difícil. Acontece através de rampas bastante íngremes e longas, totalizando quatro rampas até o último andar.

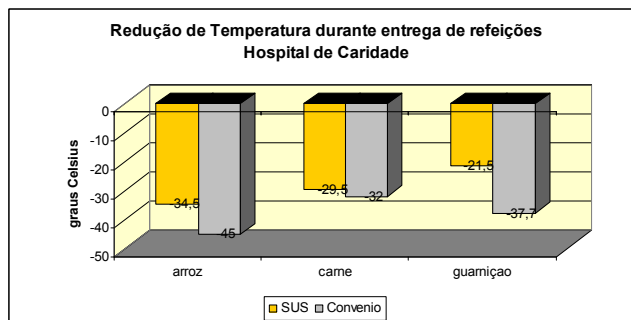


Figura 17 – Gráfico de redução de temperatura na entrega de refeições - Hospital de Caridade

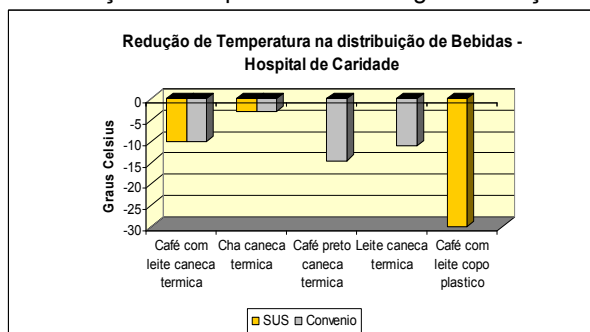


Figura 18 – Gráfico de redução de temperatura na entrega de bebidas - Hospital de Caridade

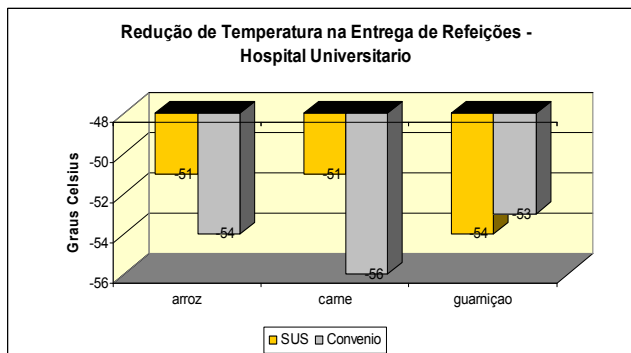


Figura 19 – Gráfico de redução de temperatura na entrega de refeições - Hospital Universitário

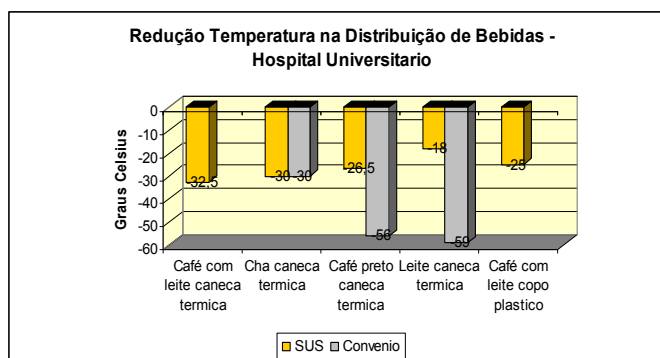


Figura 20 – Gráfico de redução de temperaturas na entrega de bebidas - Hospital Universitário

A distribuição, sob a minha ótica, demonstrou ser um processo mais impactante na satisfação final do usuário, que associado ao próximo item – apresentação – fecha o circuito do fluxo de atendimento ao usuário.

### 3.1.10.5 Apresentação das Refeições

A forma como a refeição é apresentada ao usuário muitas vezes determina a melhor ou pior aceitação de tal alimento.

A característica das embalagens utilizadas nas refeições era a descartável, sendo utilizadas “marmitas” para porcionamento destas.

Para o almoço o material era de isopor para usuários SUS e plástico transparente para usuários convênio-privado. Tal diferenciação era uma tentativa de oferecer uma melhor apresentação aos usuários convênio-privado, o que a meu ver não resolvia muito, além de ser uma embalagem que perdia mais temperatura que a utilizada para usuário SUS. Outra diferenciação é que também se utilizava talheres descartáveis para usuários SUS, e talheres em inox para usuários convênio-privado.

Para o jantar se utilizava o mesmo material com usuários convênio-privado, e recipientes metálicos para usuários SUS. Nesse caso material de difícil manuseio, que aquecia externamente, com alto risco de acidentes por queimadura.

Nos lanches se utiliza canecas ou garrafas térmicas, e copos descartáveis ou xícaras respectivamente para usuários SUS e convênio-privado.

As ilustrações de tais apresentações podem ser visualizadas nas figuras 21, 22, 23 e 24.

O uso de recipientes descartáveis dificulta bastante o item apresentação, costumando amassar os alimentos quando da colocação da tampa, além da dificuldade em se comer direto nesses recipientes, sem o uso de pratos, hábito comum entre os brasileiros. A existência de divisórias nas embalagens é relacionado a marmitas, que remete a comida fria, enfim, uma série de percepções que não são objeto desse estudo, mas que tendem a ser associados negativamente.



Figura 21 – Apresentação de refeição ao usuário convênio-privado



Figura 22 – Apresentação de refeição ao usuário SUS



Figura 23 – Apresentação de Lanche ao usuário convênio-privado



Figura 24 – Apresentação de Lanche ao usuário SUS

Há vantagens no uso de material descartável, sendo uma boa solução quando falta estrutura física, equipamentos, investimentos que suportem uma configuração diferente, principalmente se for pensado que nos hospitais em questão são atendidos uma média de 250 clientes em cada hospital, individualmente, leito a leito, a cada refeição.

O descartável não exige higienização depois do uso, indo direto para o descarte. Nesse quesito, há de se pensar nas questões ambientais envolvidas que não serão comentadas neste trabalho, mas que também foram consideradas e pontuadas pelo Serviço de Qualidade e Meio Ambiente da instituição.

Esse foi o item que de imediato gerou mais preocupação, porque além da apresentação estar comprometida, muitos itens permanentes que deveriam estar presentes, estavam em falta, tais como talheres de inox, garrafas térmicas etc.

Foram tão sérios os dados identificados, que nesse momento da pesquisa foi iniciado o estudo paralelo de um plano de contingência para melhorar, nem que transitoriamente, tais necessidades. Comento no próximo capítulo as ações tomadas para o referido plano.

Outro motivo de preocupação foi a percepção de que apesar da apresentação das refeições nos hospitais serem padronizada, ou melhor, os recipientes utilizados serem os mesmos, existiam pequenas diferenças entre eles, determinados principalmente pelo “jeito” de cada copeira fazer o porcionamento, o que não pode ocorrer, porque não se pode contar ou depender do “jeito” individual para ter um serviço melhor ou pior. Faltava padronização e treinamento da equipe, que possuía duas fortes características: os funcionários antigos tinham vícios da própria adaptação à falta de estrutura, e os novos não sabiam direito o que fazer. Seguiam os antigos, criavam novidades, enfim, criavam um novo “jeitinho”.

Identificou-se a necessidade urgente de desenvolvimento da equipe, principalmente porque a transição que me trouxe à instituição, também gerou mudanças nas equipes operacionais – houve mudança de regime de escala, e os funcionários puderam entrar em plano de demissão voluntária – muitos fizeram tal opção para receber valores de fundo de garantia, etc., e tivemos uma fase anterior de rotatividade da quase totalidade das equipes.

Finalizo essa etapa comentando que a apresentação é resultado de todo o processo iniciado lá no cardápio. Além de se configurar na somatória de todo o trabalho de planejamento, preparação, montagem, distribuição e forma disponível

para apresentação, eram (e ainda será) o melhor ou pior lembrança que a Nutrição existe, porque a cada refeição entregue sua apresentação retrata todo o cuidado com que foi elaborada.

É nessa etapa que inicio o próximo capítulo, onde discuto, a partir da apresentação, as melhorias que serão buscadas.

### 3.1.10.6 Formulação do Problema

Após a fase exploratória procedeu-se à formulação do problema. Em pesquisas clássicas o “como” resolver o problema tenderia a ser “rechaçado, enquanto na pesquisa-ação a resolução é privilegiada” (GIL, 1996, p. 127).

Se o problema era como minimizar a insatisfação do usuário, partiu-se logo para a proposta de um novo sistema de atendimento, que procurasse resolver os problemas encontrados. Aqui iniciou a dúvida se somente a melhoria do sabor, do atendimento, seriam suficientes.

Da idéia inicial de insatisfação do usuário como problema, começou a surgir novas possibilidades para tal problema: talvez a insatisfação fosse o foco de resolução, mas o porquê é que surgiu como a premissa da pesquisa.

Todos os dados coletados indicavam que o caminho para solução tenderia a ser o tecnológico, o gastronômico, o hoteleiro, a humanização. Realmente foi por esses conceitos que iniciei a busca conceitual para pesquisa.

O que foi ficando cada vez mais claro é que somente a Nutrição Produção atuando nas melhorias a satisfação do usuário não seria garantida. Existiam outras intervenções que impactavam direta ou indiretamente na atuação da Nutrição Produção, que tanto eram e podiam ser positivas ou negativas. Tudo dependia de como a interface seria administrada.

Novamente nesse momento a pesquisa-ação facilitou as respostas: ela precisa ser focada na solução de problemas práticos, mas precisa também mobilizar a participação dos interessados.

Com a fase exploratória ficaram mais nítidos quais, ou quem eram os interessados na melhoria da Nutrição Produção, e eram muitos: desde os funcionários do serviço, carentes de inovação e melhores condições de atendimento aos usuários,

até as diretorias dos hospitais, a diretoria à qual pertencço, aos serviços assistenciais, serviços de apoio como marketing, lavanderia, higienização, e claro, o usuário de saúde.

O problema da insatisfação do usuário de saúde com a alimentação hospitalar envolvia vários setores:

- a) Os serviços de apoio não conseguiam melhores resultados sem estarem alinhados com a Nutrição;
- b) O marketing não conseguia fazer propaganda de serviços que sabidamente tinha muitas queixas;
- c) Os funcionários da Nutrição ficavam constrangidos em servir a alimentação da forma como vinha acontecendo, e sem força para resolver os problemas;
- d) Os serviços assistenciais não conseguiam cumprir com suas atividades técnicas sem ouvir queixas da alimentação, o que dificultava, por exemplo, a ação da Nutrição Clínica na aceitação da prescrição dietoterápica;
- e) As diretorias precisavam de usuários satisfeitos para gerar a demanda necessária à estabilidade econômica das instituições.

Se o problema de insatisfação era (ou afetava) a todos, a premissa da pesquisa começou a tomar outra direção: talvez não bastasse estruturar a pesquisa focando na gestão da Nutrição Produção, e sim na dificuldade na inter-relação entre os serviços, entre os profissionais, entre formas de olhar o problema. Cada qual buscando soluções internas, trabalhando de formas bastante fragmentadas na tratativa das dificuldades.

A origem da integralidade, segundo Mattos (2003), remonta às discussões sobre a forma do ensino medico nos Estados Unidos, iniciado pela medicina integral, cuja principal crítica era o fato dos médicos adotarem atitudes cada vez mais fragmentárias, influenciados por um sistema que privilegia as especialidades médicas. Tal tendência ainda é percebida no sistema de saúde, talvez mais incisivamente em hospitais, onde as especialidades permeiam os tratamentos de alta complexidade.

Segundo Merhy e Cecílio (2003, não paginada) pensar o tema da integralidade da atenção no hospital seria tentar “construir uma definição de integralidade que servisse de guia para a condução de nossas reflexões”. A atenção integral do usuário de saúde hospitalizado seria, portanto, o esforço de uma abordagem completa,

holística, integral, que implica garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada.

A premissa da pesquisa, portanto tomou o caminho de que a insatisfação dos usuários de saúde não poderia ser resolvida se as ações de melhoria não estiverem embasadas em conceitos de integralidade, em franca contraposição à visão e práticas reducionistas comumente observadas nas atividades hospitalares.

## 4 CAPITULO III

### 4.1 ELABORANDO O PLANO DE AÇÃO

A pesquisa-ação concretiza-se com o planejamento de uma ação destinada a enfrentar o problema que foi objeto de investigação (GIL, 1996).

Nessa etapa da pesquisa, após a fase exploratória dos problemas, que paralelamente coletou alguns dados, parti para a elaboração do plano de ação.

Pode-se considerar que tal etapa continua ainda exploratória – agora focada em soluções e alternativas – na qual já inicio algumas discussões dos motivos e reflexões para as decisões que começam a acontecer. Lembro que a pesquisa-ação prevê todo esse vai-vem de etapas, que se sobrepõem e se ajustam.

Nessa fase, identificando o quanto crítico estava a apresentação, falta de utensílios, problemas com temperatura relacionados a sistemas de embalagens, montagem e distribuição de dietas, decidi que não podia esperar o novo sistema ser implantado.

A primeira ação foi elaborar um plano de ação contingencial, como medida transitória de melhoria até a implantação do novo sistema, que detalho no capítulo IV.

Tal plano e implantação correu em paralelo com as ações que descrevo a seguir, já fazendo algumas análises e discussões.

### 4.2 BUSCANDO SOLUÇÕES

Com base em todo levantamento da fase exploratória anterior, dei início à busca de alternativas e solução dos problemas encontrados.

Classifiquei as dificuldades em duas categorias: tecnologia e interfaces.

Os que envolviam tecnologia dei início à busca de informações atualizadas com fornecedores disponíveis, e os relacionados a interfaces e processos busquei informações com nossos “fornecedores internos”, por exemplo, serviço de tecnologia da informação, que desenvolve a linha de softwares, serviço de gráfica que produz

materiais para instituição, e o próprio serviço de alimentação, nas suas três configurações – Produção, Clínica e Graduação.

Cada uma das dificuldades identificadas na fase exploratória foram consideradas como itens de melhoria, que descrevo a seguir.

#### **4.2.1 Pesquisa de Satisfação com Usuário de Saúde**

Segundo Maes (2005), em seu capítulo sobre “a sopa no hospital”, desde os primórdios das cozinhas hospitalares, os responsáveis sempre se preocuparam em medir o grau de satisfação de seus hóspedes. O autor retrata muito bem quanto a alimentação pode se a melhor ou a pior lembrança da hospitalização, na seguinte citação:

A busca pela avaliação é particularmente importante no setor da alimentação – campo que alguns ainda consideram secundários e sem desenvoltura – porque numerosos são os doentes que ao termo da hospitalização, colocam no primeiro plano de suas lembranças e críticas a qualidade das refeições que lhes foram servidas durante a estadia (MAES, 2005, p. 250).

As considerações mais importantes sobre o item Pesquisa de Satisfação foram a necessidade e a possibilidade de aproximação com o usuário durante a internação (e não somente na alta, quando fica quase impossível a recuperação desse cliente) e a aplicação da pesquisa específica pela própria Nutrição Produção.

A nova forma de pesquisa de satisfação da Nutrição propôs atender os seguintes objetivos:

- a. aproximação com o usuário;
- b. resolução de problemas e atendimento individualizado, personalizado, durante toda a internação;
- c. obter estatística fidedigna da satisfação do usuário, e assim, estruturar planos de ação focados na resolução de insatisfações pontuadas.

Foram muitas conversas com a equipe de nutricionistas, copeiros, Serviço de

Qualidade e Meio Ambiente, de onde foram surgindo algumas idéias, até a formatação proposta. Ressalto que tal proposta não é estanque: é uma solução inicial, mas a demanda, o usuário, os envolvidos no processo vão avaliando e propondo melhorias continuamente. É o que nomeamos de melhoria contínua, política de qualidade oficial de nossa diretoria.

A proposta desenvolvida foi a seguinte: incorporar um formulário de pesquisa impresso na toalha de bandeja que utilizamos no fundo das bandejas de refeição. Em cada refeição o usuário passa a ter a possibilidade de opinar sobre a refeição, sobre o serviço que recebeu.

O objetivo de tal material é permitir e estimular a participação espontânea do usuário de saúde, quando considerar necessário, tentando assim estreitar o relacionamento com a Nutrição durante a internação (e não mais na alta como vinha acontecendo). Sob o eixo da integralidade pode ficar estranho relacionar tudo com a Nutrição, mas a partir das necessidades apontadas por esse mecanismo, toda a rede acaba sendo influenciada: estreita o contato com a Nutrição Clínica, com a enfermagem, e assim por diante. Ainda durante a implantação do sistema tivemos situações reais dessa prática de integralidade: através da alimentação a Produção sinalizou dificuldades para a Nutrição Clínica, que contactou o médico, na resolução da prescrição da dieta que havia sido efetuada sem conhecer detalhes do usuário.

Supondo que no almoço de hoje houve algo a comentar, seja crítica, elogio ou sugestão, na devolução (coleta) da bandeja esse fundo de bandeja vem preenchido pelo usuário. Daí então o serviço de copa repassa a informação à gestão da unidade satélite, que imediatamente dá tratamento a tal registro:

- a) se elogio, repassa a toda a equipe, o que reforça positivamente os acertos;
- b) se crítica ou sugestão, analisa e dá dois tratamentos: se coerente e viável, já dá seguimento à idéia – se inviável (seja momentânea, por conceito ou contexto), responde pessoalmente ao cliente;
- c) se não compreendido, também faz contato direto com o usuário para melhor entendimento do que tratou o registro.

Tais tratamentos são necessários e buscam conhecer cada usuário nos seus requisitos individuais. Isso é fundamental para o aperfeiçoamento de serviços que

exige saber quem é o usuário. Mais do que isso: é preciso “trabalhar” as informações obtidas de modo a prestar um melhor atendimento. (SERSON, 1999).

Portanto a idéia central desse novo meio de pesquisa é exatamente aproximação com o usuário, resolução pontual e imediata de questões por ele levantadas, e um parâmetro de qualidade relacionado à cada serviço, à cada cardápio, à cada dieta.

Ainda nessa fase de discussão da implantação percebemos que o exercício da integralidade consegue ser fonte geradora de uma cadeia de ações focadas na necessidade e expectativa do usuário. Como resultado, a satisfação consegue ser alcançada, objetivo inicial da pesquisa.

Não é uma proposta inovadora no sentido conceitual, posto que tal necessidade já era proposta na hospitalização francesa em 1974, quando foi promulgado o Regulamento do Doente Hospitalizado que recomendava a pesquisa de satisfação. Antes mesmo de tal regulamento, “já era freqüente que o ecônomo e o *chef* de cozinha fossem até as unidades de tratamento para recolher “quentinha”, da boca do próprio doente, sua apreciação sobre a refeição do dia” (MAES, 2005, p. 250).

Foi com esse retomar de origens e trazer de novo à responsabilidade do serviço que elaboramos o planejamento acima descrito.

#### **4.2.2 Apresentação, Montagem e Distribuição das refeições**

Os itens apresentação, montagem e distribuição serão trabalhados e discutidos unificados em suas soluções, já que definindo um item, por exemplo, apresentação, ele “puxa” a definição dos outros dois, como veremos na seqüência.

Desde o início da pesquisa, não foi possível (e nem era intenção) desvincular minha experiência anterior em outros hospitais às decisões de busca na nova experiência. Muitos estudos comparativos já haviam sido feitos no decorrer da minha carreira, portanto eu já contava com um princípio norteador da mudança. Claro que o mercado sofre mudanças econômicas, fiscais, de demanda, e nesse aspecto sim procurei ser o mais neutra possível, para não direcionar decisões.

Experiências anteriores vivenciadas em outros locais que atuei indicavam que a participação muito extensa de descartáveis era economicamente enganador: tem baixo custo unitário, mas em longo prazo fica mais oneroso que sistemas permanentes. Além disso, os sistemas de montagem e distribuição não podem ser “descartáveis”. Envolvem aquisição de material resistente, permanente, durável.

Foi com tal visão que iniciei a exploração de possibilidades de novos sistemas, alguns dos quais já sabia de antemão que seriam inviáveis financeiramente. Não os incluí nos comparativos porque sozinhos significam o investimento total do sistema. Um exemplo: carros de distribuição que aquecem os alimentos durante a distribuição, indo direto do refrigerador para o usuário. É a última palavra em tecnologia, nos atenderia perfeitamente, mas cada um custava aproximadamente cem mil reais (ou trinta e cinco mil euros) – necessitaríamos de 20 unidades, o que custaria em torno de dois milhões de reais. Já havia sido proposta aquisição de tais carros no ano anterior, por outra gestão, e não havia sido aprovado pelo alto custo. Eliminei tal item do estudo.

Defini três empresas (duas internacionais e uma nacional) para efetuar o comparativo, cujas opções eram amplas (ofereciam sistemas dos mais simples aos mais sofisticados), e dentro delas seria possível fazer as escolhas.

A empresa nacional já havia feito estudos e propostas aos hospitais, oferecendo carros elétricos, aquecidos e motorizados, e voltados à manutenção do uso de material descartável. Neste caso seria mantido o uso de descartáveis e se resolveriam as questões de perda de temperatura na distribuição com esse carros de alta tecnologia.

As empresas internacionais e seus itens de venda já conhecia em parte, por anteriormente ter trabalhado com sistemas e tecnologia deles. Tinha referências de uso em nosso país, cujas especificidades passo a relatar na seqüência.

#### **4.2.3 Apresentação das refeições**

A melhoria da apresentação das refeições partiu de dois pressupostos: a necessidade de eliminar recipientes com divisórias (que remetem a marmita, comida

transportada, fria) e de desenvolver uma “decoreção”, um cuidado com equilíbrio de cores, texturas, estética dos alimentos no prato.

Notem que já começo a falar em “prato”. Prato é o recipiente mais utilizado em refeições domésticas, em refeições comerciais (restaurantes, hotéis) e faz efeito oposto ao da “marmitta”: remete a comida caseira, comida gastronômica, comida em bons momentos.

O prato facilita muito o trabalho estético necessário ao equilíbrio visual necessário, fatores que somados pré-determinaram a busca por um serviço que permitisse o uso de pratos.

Essa escolha não teve como não ser influenciada pela minha experiência anterior que utilizava sistema com pratos e colaborava muito no sucesso, aceitação e satisfação do usuário. É conhecido ditado popular (autor desconhecido) que “comemos com os olhos”, o que na hospitalização é ainda mais relevante: têm-se que estimular o usuário ao menos a experimentar a refeição – se o alimento estiver saboroso, o primeiro estímulo que foi provar terá sido dado.

O uso de pratos traz um problema a resolver, que é a manutenção da temperatura durante a distribuição. Indústrias européias e norte-americanas têm tecnologia desenvolvida que atende a estas necessidades: utilizar pratos na distribuição e mantê-los quentes durante todo o processo de entrega e consumo.

A tecnologia européia eu conhecia, tendo com ela trabalhado durante cinco anos; é produzida pela empresa alemã chamada Rieber®, tem representante nacional, que já nos atendia representando nossos fornos.

A tecnologia norte americana da Aladdin® conhecia parcialmente, tendo trabalhado com uma das linhas de tal fabricante em um dos hospitais onde atuei.

Concluindo, a apresentação das refeições foi planejada para ocorrer tendo como base do sistema o uso de pratos em porcelana. Em caso de não aprovação, o plano alternativo seria o estudo de descartáveis diferentes, ou o uso de pratos associados aos descartáveis: na entrega no descartável leva-se também um prato para que o usuário possa transferir a refeição para o prato e consumi-la, como faria em casa ou em um restaurante.

#### **4.2.4 Distribuição das Refeições**

No quesito distribuição, o problema principal eram os equipamentos de distribuição, ou seja, os carros de distribuição: antigos, desgastados, insuficientes para a demanda. Tais características dos carros geravam outras quatro conseqüências: processos truncados, menor segurança microbiológica, pouca adequação e erros de dieta.

O processo ficava muito lento, porque pela falta de quantidade suficiente de carros, as refeições eram levadas em sub-lotes, ou seja, várias bandejas com as refeições quentes, outras com os potes de saladas, outras com os talheres. Somente no momento da entrega o “kit” refeição era montado, o que envolvia no mínimo 4 etapas, o que também aumentava riscos de erros nas entregas de dietas.

Com um lento processo de entrega, a temperatura da refeição sofria mais oscilações (esfria o que era para ser quente e esquenta o que era para ser frio), aumentando riscos de multiplicação microbiana e principalmente inadequação dos produtos: serviam-se saladas quentes e refeições frias.

A proposta de carros de distribuição precisou ser mais estudada, porque no Hospital de Caridade as rampas são muito longas e íngremes, o que preconizava carros que tivessem mobilidade automática, e não manual, e/ou que fossem leves. Existem carros motorizados, que foram considerados no estudo. Além destes, foram considerados carros não motorizados fechados e abertos – os abertos, por terem menos aço inox e conseqüentemente serem mais leves.

Na busca dos fornecedores de carros definimos três opções, que atenderiam necessidades de acabamento, capacidade, garantia: um fabricante nacional com a proposta de carros aquecidos e motorizados, um fabricante europeu com carros fechados (motorizados, não motorizados) e um fabricante norte americano com carros abertos e fechados. Saliento que consideramos fornecedores internacionais porque a instituição sendo filantrópica não paga impostos na importação, tornando muitas vezes o custo do importado inferior ao nacional.

A tecnologia nacional nessa área ainda não está suficientemente desenvolvida – prova que muitos hospitais referências nacionais preferem e utilizam tecnologia externa, muito mais avançada (tal uso é mais observado em hospitais privados).

No comparativo de custos, os carros motorizados eram quase nove vezes superior aos abertos, com um problema adicional que seria a dificuldade no caso de

quebra, manutenção corretiva ou preventiva, que travaria o processo – com carros tão caros e que ocupam um espaço considerável, seria difícil ter unidades reserva.

Com carros abertos eu não tinha experiência anterior, mas para conhecê-los e ter segurança em minhas decisões, agendei previamente visita aos Hospitais Albert Einstein e Nossa Senhora de Lourdes (São Paulo), onde foi possível conhecer e observar características dos mesmos – dimensões reais, funcionamento na prática, mobilidade, agilidade, acabamento, enfim, confirmar a possibilidade de serem incluídos no projeto.

Os carros fechados do fornecedor europeu já trabalhara durante cinco anos e conhecia bem; pude atualizar modelos e funções pelo catálogo on-line.

Meu plano nesse item foi o de considerar e comparar as três categorias de carros: motorizados e elétricos, abertos e fechados. O custo novamente seria meu melhor conselheiro.

Saliento que por ser este item o mais crítico dentro do processo (muito tempo de entrega e muita alteração nas temperaturas), incluí na proposta uma quantidade de carros suficientes para atender não somente o usuário convênio-privado como também o usuário SUS. Até então era minha estratégia para conseguir ter eficiência extensiva ao SUS – ao menos nesse processo.

#### **4.2.5 Montagem de dietas**

No acompanhamento de montagem de dietas havia ficado clara a montagem em lotes, ou seja, montava-se primeiro todas as dietas hipossódicas, depois as gerais, e assim por diante. Isso era um fator complicador, porque saía um “lote” específico por vez, o qual tinha que ser reorganizado nos carrinhos, de acordo com leito e ala de internação.

Novamente partindo de minha experiência anterior, sabia da existência de um sistema de montagem de dietas em esteira, com o qual trabalhei anteriormente, que posiciona os copeiros numa linha de montagem, responsabiliza cada um por itens que compõem a refeição, e cada um participa na montagem com aquele item. As seqüências de montagem seguem a lógica da futura entrega, ou seja, montam na mesma seqüência que se será feita a distribuição em quartos e leitos. Por exemplo,

vai-se montar as dietas da ala X, começa-se pelo primeiro ou ultimo leito daquela ala, e vai montando na seqüência de entrega da ala – fica tudo pronto e organizado no carro.

Na finalização da montagem, todos os carros estão prontos para sair e fazer a entrega sequencialmente, sem a necessidade de montar bandejas uma a uma em cada entrega, no corredor do hospital. Esse sistema otimiza tempo, reduz a zero o erro de bandejas montadas com itens incorretos, até porque permite o acompanhamento uma a uma pelo profissional nutricionista ou supervisor capacitado para isso. O tempo também reduz porque a montagem acontece em série, uma em seguida da outra, o que incide sobre o fator temperatura e segurança microbiológica.

Busquei tal esteira em dois modelos: independente dos banhos-maria e acoplados a eles. Com o modelo acoplado já havia trabalhado e tinha certeza do funcionamento. Os modelos independentes foram propostos pelos fornecedores das linhas importadas, porque são modelos utilizados na Europa e Estados Unidos, porém não conhecia o sistema na prática. Essas esteiras também tive a oportunidade de visualizar na prática, na visita aos Hospitais Albert Einstein e Nossa Senhora de Lourdes.

Essas esteiras pouco utilizadas em linhas de montagem hospitalares, mas muito usadas em áreas de higienização de louças, em cozinhas industriais com alto volume de refeições. Costuma-se usar associada à lavadora de louças de passagem, ou seja, as gavetas com louça caminham sobre a esteira, passam pela área de lavagem, enxágüe, secagem da lavadora e continuam seu percurso até a retirada e guarda do material. Quis salientar tal uso para que futuros leitores deste material possam ter essa alternativa de visualização e conhecimento de tal processo em futuras implantações em suas áreas de negócio.

#### **4.2.6 Preparação das refeições**

O preparo de refeições, como já foi comentado, é muito dependente do que é produzido na Central de Produção.

A filosofia de tentar produzir o máximo possível na central, reduzindo a produção nas satélites é válido, porém propus quebrar alguns paradigmas, tais como:

a. Preparar as carnes grelhadas diretamente nas satélites, tendo em vista que o tempo de preparo (na central) mais regeneração (satélite) fica em torno de 20 minutos, mais o tempo e custo de resfriamento rápido, transporte e armazenamento. Preparando diretamente leva 8 minutos, o produto já fica pronto e aquecido;

b. Concentrar a preparação de molhos na cozinha central, e na satélite somente incorporar aos itens que o utilizem – o molho, que até então era preparado nas satélites, era o grande problema de falta de padrão e é nele que fica o toque de temperos, aromas, enfim, a gastronomia;

c. preparar frituras como batata, mandioca, polenta também diretamente nas satélites, lembrando que nos fornos a fritura não é de imersão – o óleo é somente borrifado – mas a qualidade de se fazer na hora, nestes itens especificamente, é muito maior, além de ter a mesma lógica de tempo e custo do item b, carnes grelhadas;

d. preparar as sopas na cozinha central, novamente pelos motivos de mesmo padrão.

Lembro que tais necessidades surgiram primeiro em função de qualidade de produtos, mas também porque com a introdução de cardápios optativos (que comentarei a seguir), as satélites terão variações de pedidos de carne x e y, e sendo “grelhadas” na hora evita-se o desperdício. Ressalto a questão do grelhado, porque nos cardápios optativos a tendência será a utilização de carnes que possam ser “grelhadas” na hora, só recebendo a incorporação dos molhos, que serão o diferencial definidor do prato – até carnes com características originalmente ensopadas podem ser feitas nesse sistema – por exemplo, grelha-se iscas de frango, incorpora *molho bechamel*, *champignons*, e temos um *stroganoff*.

Todas estas especificidades são muito próprias da tecnologia e conceito de produção da instituição pesquisada, disponíveis tanto na cozinha central quanto nas satélites.

Porém tais adaptações propostas geraram a necessidade de aquisição de utensílios apropriados para os fornos (para grelhar, fritar) e o desenvolvimento gastronômico na cocção.

Nesse caso a proposta contemplou também a consultoria de um Chef renomado, e a contratação de um *Chef* para a Central de Produção.

#### **4.2.7 Informações**

Na fase exploratória dos processos de informação que envolvem desde a prescrição médica até a entrega da refeição o principal problema identificado foi a não integração do sistema de prescrição eletrônica com a Nutrição Produção, além do desconhecimento do usuário quanto à dieta prescrita.

A questão do acesso, conhecimento da dieta prescrita, em tempo real de prescrição, foi buscada junto ao Serviço de Tecnologia da Informação, serviço interno na instituição responsável por desenvolver novas tecnologias de informação.

Tal serviço já vinha desenvolvendo o sistema de Prescrição Eletrônica, onde a prescrição da dieta é um componente presente desde o início. O problema é que tal prescrição não gerava o que eles chamam de “*work list*”, ou lista de trabalhos. Isso significa que tal informação não gerava nenhum relatório a ela relacionado.

Fiz contato com o serviço, expliquei nossa necessidade, e participei de reuniões no Comitê de Prescrição Eletrônica, que definem prioridades, mudanças no sistema, etc.

Por excesso de trabalhos pendentes, outras prioridades financeiras envolvidas, o desenvolvimento da necessidade Nutrição Produção foi programada para janeiro de 2008, item ao qual volto a comentar no capítulo IV.

#### **4.2.8 Cardápios**

Cardápios são fonte geradora de várias ações e rotinas de uma cozinha. Normalmente quanto melhor seu planejamento, melhor o resultado. Além de serem

determinantes no volume e complexidade de produção, influenciam muito a satisfação do usuário.

Cardápios elaborados individualmente pelo profissional nutricionista, sem considerar e conhecer gostos, desejos, perfil do usuário, são fadados ao insucesso, por melhores e mais nobres sejam seus itens.

Os cardápios até então elaborados na Nutrição não consideravam a preferência dos usuários – e não consideravam por falta de contato, pesquisa e conhecimento do usuário. Também sofriam muita restrição de custos, além da falta de utensílios e equipamentos.

Fizemos (eu, nutricionistas, *chef*) algumas visitas aos fornecedores de pães, vegetais processados, carnes, e a cada visita voltávamos cheios de novas idéias para nossos cardápios.

Pensando em estimular o usuário a participar mais na definição do cardápio, comecei a estruturar uma proposta de melhoria desse item.

Existe um movimento e investimento em mudar o velho conceito de que comida de hospital é horrível ou sem graça, mas mesmo tentando elaborar o melhor e mais adequado cardápio, corre-se o risco de que exatamente aquela preparação, ou item que a compõe, simplesmente não seja bem aceito pelo usuário. Portanto, assim como já tive resultados positivos com o uso de cardápios optativos, essa lógica continuou a valer sob a minha ótica.

Busquei referências científicas que tivessem avaliação de índices de rejeição a determinados itens, ou pesquisas semelhantes, e não encontrei nada para embasar tal proposta. Em contrapartida encontrei muitos relatos e referências a casos de sucesso que propõem e utilizam o cardápio optativo como solução à melhor aceitação e satisfação dos clientes de saúde.

Jorge (2000) tem artigos onde comenta que “hoje, até é possível escolher o que se quer comer em alguns hospitais, como no caso do Samaritano, que proporciona serviço *à la carte* aos pacientes”.

Cita comentário de Odete Sanches, nutricionista-chefe do referido hospital, que explica:

Implantamos esse sistema que teoricamente poderia aumentar o custo das refeições, porém o aproveitamento do alimento é total, não gera restos, diminuindo significativamente o desperdício. Comer exatamente o que tem

vontade acaba aumentando o apetite do paciente e assim cumprimos o objetivo de oferecer uma alimentação que satisfaça a pessoa dentro das dietas estabelecidas para cada caso (JORGE, 2000, p. 02).

A maioria dos hospitais vem abrindo o leque de opções para todos os tipos de dietas, e não somente para dietas gerais; as dietas restritivas que são as de mais difícil aceitação precisam estar consideradas nas opções.

A proposta de cardápio optativo em nosso sistema de hotelaria foi oferecer dois cardápios em cada grande refeição (almoço e jantar) e abrir itens de opções nos lanches, para todas as dietas que são prescritas rotineiramente.

A idéia para as refeições é estruturar um cardápio com carne vermelha e “branca” (aves ou peixes), massas ou amiláceos e vegetais como guarnição, com opções do arroz branco e integral, feijão, sobremesa doce ou fruta (figura 26).

Também esse cardápio consegue atender a particularidades de dietas que surjam de surpresa, já que contará com dois tipos de carnes, dois tipos de guarnições e dois tipos de sobremesas, além das opções de sobremesas dietéticas para diabéticos, purês para dieta pastosa, e assim por diante, opções estas que tenderão a atender a particularidade de dietas “emergenciais”.

Nos lanches a estrutura será de variação nos itens, mas que diariamente não mudam, com, por exemplo, desjejum da dieta geral livre pode ter na opção fruta o mamão e melão, nos pães opções de pão francês, pão integral, pão de leite, *croissant*, e nos frios, queijo prato, mussarela, queijo cremoso, nas bebidas café, leite, achocolado. Em cada lanche terão itens diferentes, como por exemplo, bolos e doces no lanche da tarde, chá de ervas na ceia, enfim, pequenas alterações baseadas nas preferências dos usuários de acordo com o horário. Tais preferências foram coletadas informalmente, em conversas com pacientes, respostas a questionários, pesquisas de satisfação.

A frente dos cardápios (figura 25) contará com o nome da dieta e uma breve informação do que é tal dieta, bem como o espaço para a etiqueta de identificação do usuário. Ressalta-se nesse momento a busca em atender o “conforto informativo”, ou seja, quanto mais e melhor o usuário de saúde está informado melhor compreende e participa de sua terapêutica, seja melhor aceitando, seja criticando e solicitando melhoria. No decorrer da pesquisa foi proposta pelo marketing uma capa mais moderna, ainda em avaliação (figura 27).

A princípio tal proposta foi formulada para atendimento exclusivo a convênios, mas será ampliado, em formato mais enxuto, para o usuário do SUS. Isso parece que aumenta o trabalho, mas na verdade reduz, porque quando se trabalha com um único cardápio, o número de pedidos especiais da Nutrição Clínica é muito alto, para atender as particularidades de cada usuário – isso gera um sistema paralelo de produção e montagem de dietas, muitos pratos individuais, que afetam a qualidade e padrão de produtos. Ter cardápios optativos além de organizar a produção, tem como principal vantagem “o dar algo captado com antecipação, personalizado e esforçado” (WATANABE, 2005).

Oferecer opções de cardápios também é uma tentativa de ampliar a gama de possibilidades de atender aos vários fatores que influenciam a alimentação. Sabemos que alimentar-se bem é mais do que simplesmente ingerir calorias. Como muito bem refere Silva (2006), os hábitos alimentares das populações são a expressão de suas crenças e tradições e está ligado ao meio geográfico e à disponibilidade alimentar. Quanto mais restritivo for o cardápio, mais os fatores que condicionam os hábitos alimentares - econômico, religioso, psicológico e pragmático – irão interferir negativamente.

Os serviços aludidos aqui não são vistos como “qualquer coisa oferecida a qualquer tempo”, mas sim como serviços oferecidos à escolha pessoal através de um leque predeterminado de opções. O objetivo é descobrir antecipadamente que variedade de opções os usuários gostariam de ter, e a seguir, guiá-los para essa escolha. Quando a operação permite ampliar seu potencial de “customização”, maior é a capacidade de agradar mercados mais fragmentados (LASHLEY; MORRISON, 2004).

**APC** DSC - Pólo Industrial  
**NUTRIÇÃO**

## CARDÁPIO DIETA GERAL

A dieta geral é uma dieta livre na composição e consistência dos alimentos, indicada para a manutenção do seu estado nutricional.

A Nutrição APC disponibiliza diariamente um cardápio adequado à sua dieta, visando maior variedade de opções.

Faça suas escolhas livremente marcando com um X as suas preferências. Qualquer dúvida solicite informações no serviço de copa.





 Associação Portuguesa de Dietistas   Instituto de Saúde Carlos Abelardo de Coimbra  **HOSPITAL DE COIMBRA**

Figura 25 – Frente do modelo de cardápio optativo da dieta geral – 1ª versão

CARDÁPIO DIETA X – DOMINGO	
<p style="text-align: center;"><b>Desjejum</b></p> <p>Bebidas  <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> leite <input type="checkbox"/> chá mate</p> <p>Pães  <input type="checkbox"/> francês <input type="checkbox"/> integral <input type="checkbox"/> <i>croissant</i></p> <p>Frios  <input type="checkbox"/> queijo mussarela <input type="checkbox"/> presunto</p> <p>Frutas  <input type="checkbox"/> mamão <input type="checkbox"/> melão</p> <p>Saches  <input type="checkbox"/> açúcar <input type="checkbox"/> adoçante <input type="checkbox"/> geléia <input type="checkbox"/> margarina</p>	<p style="text-align: center;"><b>Lanche</b></p> <p>Bebidas  <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> leite <input type="checkbox"/> chá mate</p> <p>Pães  <input type="checkbox"/> fatiado <input type="checkbox"/> leite <input type="checkbox"/> doce</p> <p>Frios  <input type="checkbox"/> queijo cremoso</p> <p>Saches  <input type="checkbox"/> açúcar <input type="checkbox"/> adoçante <input type="checkbox"/> geléia <input type="checkbox"/> margarina</p>
<p style="text-align: center;"><b>Almoço</b></p> <p><b>Prato principal</b>  <input type="checkbox"/> Carne  <input type="checkbox"/> Ave ou peixe</p> <p><b>Guarnições</b>  <input type="checkbox"/> Amiláceo  <input type="checkbox"/> Vegetal  <input type="checkbox"/> Arroz  <input type="checkbox"/> Arroz integral  <input type="checkbox"/> Feijão</p> <p><b>Salada</b>  <input type="checkbox"/> Salada X  <input type="checkbox"/> Salada Y</p> <p><b>Sobremesa</b>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Doce  <input type="checkbox"/> Fruta</p>	<p style="text-align: center;"><b>Jantar</b></p> <p><b>Entrada</b>  <input type="checkbox"/> Sopa</p> <p><b>Prato principal</b>  <input type="checkbox"/> Sopa  <input type="checkbox"/> Massa recheada  <input type="checkbox"/> Ave, peixe ou ave</p> <p><b>Acompanhamento</b>  <input type="checkbox"/> Guarnição  <input type="checkbox"/> Salada  <input type="checkbox"/> Arroz</p> <p><b>Sobremesa</b>  <input type="checkbox"/> Doce  <input type="checkbox"/> Fruta</p>

Figura 26 – Parte interna do modelo de cardápio optativo

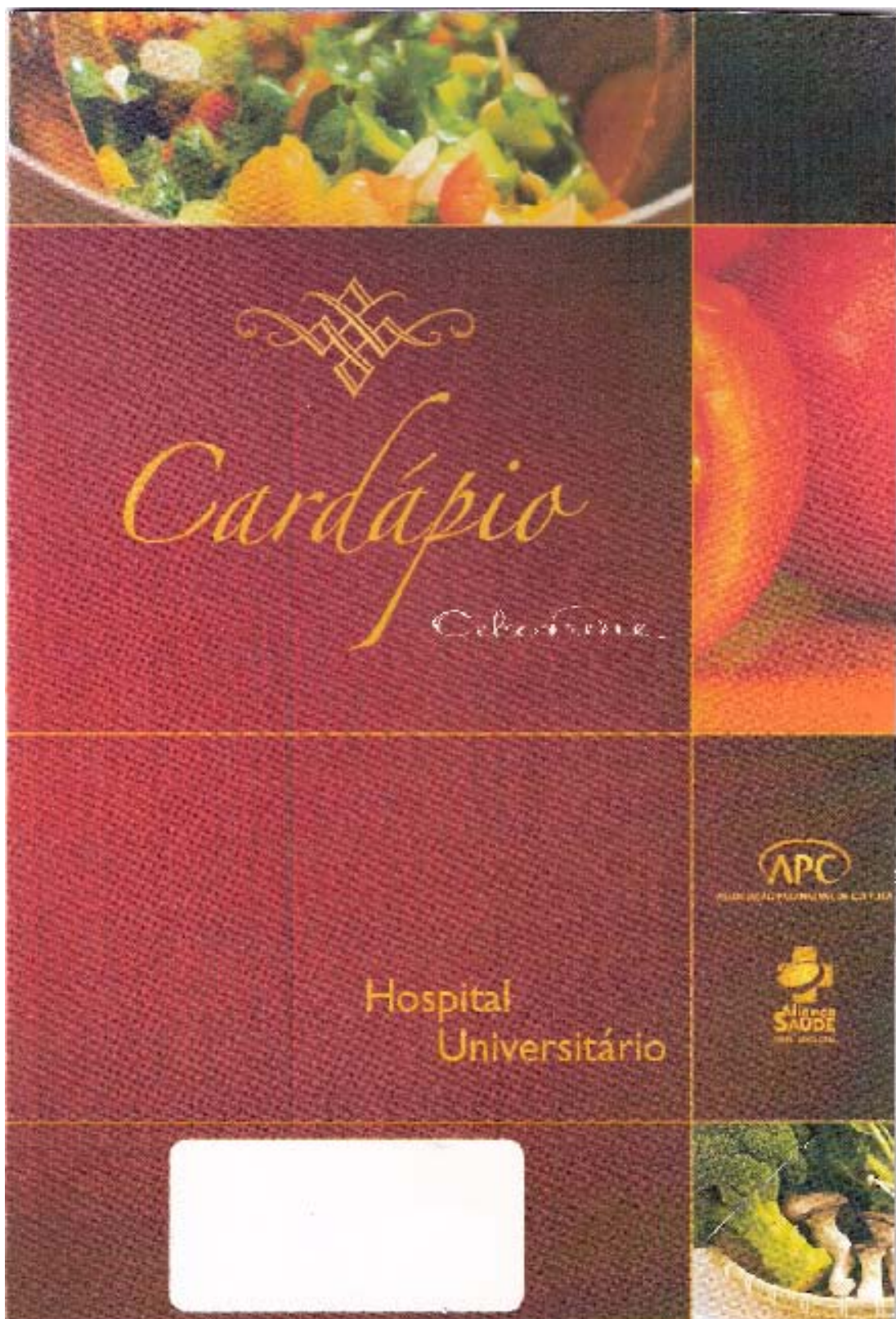


Figura 27 – Capa do cardápio optativo – 2ª versão

### 4.3 ELABORANDO A PROPOSTA DO NOVO SISTEMA

Concluída a fase de busca e estruturação de um novo sistema de atendimento aos usuários de saúde, iniciei a elaboração da proposta do novo sistema para ser apresentada às minhas chefias imediatas.

Todo o fluxo de gestão seria alterado, mas a base de toda mudança seria o tecnológico, que envolveria um alto investimento inicial. As outras ações não dependentes da tecnologia poderiam ser implantadas, mas perderiam muito o sentido e não resolveriam sozinhas a melhoria no atendimento e satisfação. Novamente a integralidade de ações, entre setores, entre processos seria o eixo fundamental.

Sabendo que o principal foco era a tecnologia e estava relacionada a investimento, o maior desafio era aprovar esse item. Mesmo sendo financeiramente interessante em longo prazo, incluí varias opções a serem definidas a posteriori, e comecei a elaborar minhas propostas. Nessa fase estruturei o comparativo dos sistemas atuais, sistemas alternativos, definindo quais seriam as melhores e mais viáveis opções a serem propostas.

Na conceituação de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS), Almeida (2006) confirma a estratégia escolhida nessa fase, considerando que a análise econômica, que compreende estudos de custos e das conseqüências relacionadas ao uso de uma tecnologia, é um dos principais métodos de análise usados em ATS.

É de interesse estudos em Saúde Pública das análises econômicas nos cuidados em saúde, e “tal interesse tem se refletido tanto no aumento do número de publicações quanto no refinamento dos métodos adotados nas análises” (ALMEIDA, 2006, p. 184). Almeida (2006, p. 185) ressalta que é preciso reconhecer que os custos devem ocupar papéis importantes no processo de alocação de recursos, “tendo como objetivo social maximizar a saúde da população com equidade”, mas que isso não tem sido tarefa fácil.

Com base na importância tecnológica para a implantação do sistema proposto na pesquisa e o alto investimento que preconizaria, mais a confirmação de que se configura um importante tema de Saúde Pública, foquei a elaboração da proposta nesse item.

Os outros itens não foram excluídos da proposta, e não perderam sua importância, mas nessa etapa ficaram secundarizados.

Os itens que nessa etapa ficaram mais afastados, na implantação possuem alto grau de importância, porque são exatamente os itens “percebidos” pelos usuários – a tecnologia, os processos, os equipamentos utilizados internamente que significam alto valor não são necessariamente percebidos.

Isso parece ser típico de um sistema: a cada momento, a cada etapa, uma ou algumas ações assumem maior destaque, retomando mais tarde sua importância. Talvez isso seja mais uma face da integralidade – ceder espaço em alguns momentos, para ganhar em outros.

#### **4.3.1 Elaborando o comparativo de gastos**

Nos itens que envolviam investimento considerei alguns itens dos fornecedores nacionais e internacionais, e comparei com o atual descartável, em termos de gastos, investimentos e durabilidade de cada um. Tal comparativo consta na tabela..., onde pareceu vantajosa a substituição do sistema descartável pelo permanente. Considerei na tabela três alternativas:

- a. manter o descartável, e adquirir carros elétricos que permitissem a manutenção da temperatura dos alimentos;
- b. investir em sistema permanente da Alladin®, cujo sistema prevê bases aquecidas para pratos, sistema de aquecimento para tais bases, carros de distribuição, esteira de montagem, banhos-maria acoplados, enfim, sistema completo;
- c. investir em sistema permanente da Rieber®, muito semelhante ao da Alladin®, com diferenças nas formas e sistemas de aquecimento, mas com os mesmos itens, também configurado num sistema completo.

Observação: na planilha considero valores já transformados em moeda Real, mas nos anexos incluo as propostas originais, com valores em dólares e euros, para que a qualquer momento que tal pesquisa seja lida, haja a possibilidade de comparar valores e se chegar a números atualizados.

### 4.3.2 Explicando o cálculo dos Custos

Quando fiz o levantamento e projeção de gastos com o sistema descartável (tabela 01), considerei as novas embalagens propostas pelo fornecedor Siry®, cujo consumo mensal chega atualmente a nove mil unidades mês de cada item. Também inclui o investimento com os carros térmicos, necessários a manutenção da temperatura. Como já comentei anteriormente, o custo unitário do descartável é baixo, mas na projeção de gastos em cinco anos (usei cinco para ter a mesma referencia de tempo, que é o período legal considerado pela contabilidade para depreciação de equipamentos). O valor final em cinco anos, sem considerar os carros, próximo a um milhão de reais, foi assustador, não somente a mim como também a todos os envolvidos no projeto que tiveram acesso aos números. Além disso, o valor unitário de tais carros também consideramos muito alto, pensando que sua estrutura em inox teria cinco anos de uso garantido, mas suas questões mecânicas e elétricas poderiam ser continuamente motivo de manutenção e parada de uso.

Tendo os custos com o sistema descartável, parti para o levantamento de investimentos e gastos projetados com o sistema permanente.

Considerei nesses sistemas as bases e tampas para colocação de pratos de porcelana, sistemas de aquecimento desses itens, *racks* ou similares para acondicionamento e transporte de tais itens internamente na cozinha, carros para distribuição aos clientes de saúde, esteira de montagem e lavadora de louças. Essa última seria adquirida no Brasil, mas inclui na proposta para ter a projeção total.

No item manutenção considerei exatamente os mesmos valores nas três projeções, onde entraram gastos com material químico e horas de pessoas no processo de higienização de utensílios (que passariam a ser permanentes) e reposição dos utensílios mais sensíveis à quebra e desgaste (como pratos de porcelana).

O cálculo de material químico considerou seis mil kits lavados mês (cada kit sendo base, tampa, prato, talheres, bandeja, recipientes de salada e sobremesa), número alcançado pela média de cinqüenta (50) pacientes dia, multiplicado por trinta (30) dias, para duas (2) refeições, para dois (2) hospitais (50x30x2x2). Lembro que nessa fase somente pacientes convênio-privado estavam sendo considerados.

O cálculo de pessoal foi baseado em uma pessoa, uma hora por refeição, multiplicada por cinco refeições, por trinta dias. Ressalto que pode parecer que refeições maiores como almoço e jantar podem parecer utilizar mais tempo, mas os lanches têm as canecas térmicas cujo processo de higienização também exige tempo. Todos esses números são médias arredondadas, superestimadas para efeito de projeção. Nosso objetivo com a implantação do novo sistema é otimizar e reduzir esses tempos.

A reposição de pratos considerou todo o lote sendo repostos a cada semestre, ou seja, 100 pratos em seis meses, ou 33,33 pratos mensais. A reposição de bandejas ou bases térmicas considerou 48% de reposição anual, ou seja, o custo de 4 pratos mensais. Tais reposições, até por ser material importado não irão acontecer realmente mensalmente, mas a projeção de custos precisa considerar tais características, porque muitas vezes é no item “manutenção” que o sistema deixa de ser viável.

Nesse caso, mesmo arredondando valores de manutenção para mais, somado o investimento em si, todos os sistemas propostos se mostraram mais interessantes financeiramente do que o atual descartável.

Os gastos com manutenção do sistema Rieber® ficou inferior ao Aladdin®, pelo menor custo de reposição das bandejas. Também os carros de aquecimento ficavam com menor custo que o sistema da Aladdin®, o que nos leva a observar que o único item de superior valor eram os carros de distribuição.

Com os dados das três empresas em mãos (tabelas 02, 03 e 04), fiz uma planilha comparativa entre o sistema atual (tabela 05) e escolhi o Sistema Aladdin® com carro fechado, como base, para elaborar uma primeira proposta à direção. Fiz tal escolha porque era o sistema com valor intermediário entre eles, não conhecia sistema com carros abertos (mas já estava atenta às diferenças de custos e iria buscar conhecer), e imaginava que seria somente a primeira versão de uma série que ainda iria elaborar. Juntei a ansiedade em dividir tal “descoberta” – a do quanto estávamos presos a um sistema ruim e agora caro, oneroso – com o pressuposto de que seria um processo lento e moroso, e seria bom começar logo.

Tabela 01 – Projeção de gastos com sistema de embalagens descartáveis e carros térmicos

<b>DESCARTÁVEIS - Representante SIRY®</b>							
	Descrição	Mensais			Anual	Em 5 anos	
		Quantidade	R\$ unitário	Gastos			
Convenio privado	Gastos	Pratos eleganse	9000	R\$ 1,28	R\$ 11.520,00	R\$ 138.240,00	R\$ 691.200,00
		Embalagem mini	9000	R\$ 0,18	R\$ 1.620,00	R\$ 19.440,00	R\$ 97.200,00
		Embalagem paola	9000	R\$ 0,26	R\$ 2.340,00	R\$ 28.080,00	R\$ 140.400,00
		Sopeira	3000	R\$ 0,61	R\$ 1.830,00	R\$ 21.960,00	R\$ 109.800,00
		Total serviço	30000		R\$ 17.310,00	R\$ 207.720,00	R\$ 1.038.600,00
Privado + SUS	Carros de transporte térmicos	10	R\$ 18.000,00	R\$ 180.000,00			
<b>TOTAL DO SISTEMA CADA 5 ANOS</b>						<b>R\$ 1.218.600,00</b>	

Fonte: Serviço de Nutrição APC – setembro de 2007

Tabela 02 – Projeção de gastos com pratos térmicos e carros fechados - Sistema permanente Aladdin®

<b>SISTEMA ALADDIN® - Bases térmicas e carros fechados</b>							
	Descrição	Quantidade	Preço Unitário	Total	Anual	5 anos	
Convenio Privado	Investimento	Aquecimento bandeja	2	R\$ 18.000,00	R\$ 36.000,00	Zero	zero
		Bandeja térmica	100	R\$ 164,00	R\$ 16.400,00	Zero	zero
		Prato de porcelana	100	R\$ 13,66	R\$ 1.366,00	zero	zero
		Rack para bandeja	2	R\$ 3.530,00	R\$ 7.060,00	zero	zero
		Rack para tampa	2	R\$ 3.550,00	R\$ 7.100,00	zero	zero
		Cumbuca para salada	100	R\$ 3,82	R\$ 382,00	zero	zero
		Cumbuca para Sobremesa	100	R\$ 3,60	R\$ 360,00	zero	zero
		Lavadora de louças	3	R\$ 18.000,00	R\$ 54.000,00	zero	zero
		Carros de transporte fechados	20	R\$ 6.800,00	R\$ 136.000,00	zero	zero
		Esteira automática	2	R\$ 27.400,00	R\$ 54.800,00	zero	zero
<b>Total</b>				<b>R\$ 313.468,00</b>			
Manutenção		Quantidade	Custo unitário	Mensal	Anual	5 anos	
	Higienização	6000	R\$ 0,11	R\$ 660,00	R\$ 7.920,00	R\$ 39.600,00	
	Pessoal	150	R\$ 2,27	R\$ 340,91	R\$ 4.090,91	R\$ 20.454,55	
	Reposição prato	33,33	R\$ 13,66	R\$ 455,33	R\$ 5.464,00	R\$ 27.320,00	
	Reposição bandeja	4,00	R\$ 164,00	R\$ 656,00	R\$ 7.872,00	R\$ 39.360,00	
<b>Total</b>				<b>R\$ 2.112,24</b>	<b>R\$ 25.346,91</b>	<b>R\$ 126.734,55</b>	
<b>TOTAL SISTEMA CADA 5 ANOS</b>						<b>R\$ 440.202,55</b>	

Fonte: Proposta comercial J. Cobo – importadora da Alladin® (anexo E)

Tabela 03 – Projeção de gastos com pratos térmicos e carros abertos - Sistema permanente Aladdin®

<b>SISTEMA ALADDIN® - Bases Térmicas e Carro Aberto</b>							
Convênio	Investimento	Descrição	Quantidade	Preço Unitário	Total	Anual	5 anos
		Aquecimento bandeja	2	R\$ 18.000,00	R\$ 36.000,00	Zero	Zero
		Bandeja térmica	100	R\$ 164,00	R\$ 16.400,00	Zero	Zero
		Prato de porcelana	100	R\$ 13,66	R\$ 1.366,00	Zero	Zero
		Rack para bandeja	2	R\$ 3.320,00	R\$ 6.640,00	Zero	Zero
		Rack para tampa	2	R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00	Zero	Zero
		Cumbuca para salada	100	R\$ 3,82	R\$ 382,00	Zero	Zero
		Cumbuca para Sobremesa	100	R\$ 3,60	R\$ 360,00	Zero	Zero
		Lavadora de louças	3	R\$ 18.000,00	R\$ 54.000,00	Zero	Zero
		Carros de transporte abertos	20	R\$ 2.400,00	R\$ 48.000,00	Zero	Zero
		Esteira	2	R\$ 27.400,00	R\$ 54.800,00	Zero	Zero
		<b>Total</b>			<b>R\$ 225.148,00</b>		
Manutenção		Quantidade	Preço Unitário	Mensal	Anual	5 anos	
		Higienização	6000	R\$ 0,11	R\$ 660,00	R\$ 7.920,00	R\$ 39.600,00
		Pessoal	150	R\$ 2,27	R\$ 340,91	R\$ 4.090,91	R\$ 20.454,55
		Reposição prato	33,33	R\$ 13,66	R\$ 455,33	R\$ 5.464,00	R\$ 27.320,00
		Reposição bandeja	4,00	R\$ 164,00	R\$ 656,00	R\$ 7.872,00	R\$ 39.360,00
<b>Total</b>			<b>R\$ 2.112,24</b>	<b>R\$ 25.346,91</b>	<b>R\$ 126.734,55</b>		
<b>TOTAL SISTEMA CADA 5 ANOS</b>						<b>R\$ 351.882,55</b>	

Fonte: Proposta comercial J. Cobo – importadora da Alladin® (anexo E)

Tabela 04 – Projeção de gastos com pratos térmicos e carros fechados - Sistema permanente Rieber®

<b>SISTEMA RIEBER® - Bandeja Isotérmica</b>							
Convênio	Investimento	Descrição	Quantidade	Preço Unitário	Total	Anual	5 anos
		Bandeja térmica	100	R\$ 99,00	R\$ 9.900,00	Zero	Zero
		Sopeira térmica	100	R\$ 96,00	R\$ 9.600,00	Zero	Zero
		Carro para bandeja	2	R\$ 2.775,00	R\$ 5.550,00	Zero	Zero
		Carro para tampas	1	R\$ 4.200,00	R\$ 4.200,00	Zero	Zero
		Carro de aquecimento de bases	1	R\$ 4.740,00	R\$ 4.740,00	Zero	Zero
		Carro de aquecimento de pratos	1	R\$ 4.740,00	R\$ 4.740,00	Zero	Zero
		Prato de porcelana	100	R\$ 57,00	R\$ 5.700,00	Zero	Zero
		Lavadora de louças	3	R\$ 18.000,00	R\$ 54.000,00	Zero	Zero
		Carros de transporte fechados	20	R\$ 8.247,00	R\$ 164.940,00	Zero	Zero
		Esteira automática	2	R\$ 27.400,00	R\$ 54.800,00	Zero	Zero
		<b>Total</b>			<b>R\$ 318.170,00</b>		
Manutenção		Quantidade	Preço Unitário	Mensal	Anual	5 anos	
		Higienização	6000	R\$ 0,11	R\$ 660,00	R\$ 7.920,00	R\$ 39.600,00
		Pessoal	150	R\$ 2,27	R\$ 340,91	R\$ 4.090,91	R\$ 20.454,55
		Reposição prato	33,33	R\$ 57,00	R\$ 1.900,00	R\$ 22.800,00	R\$ 114.000,00
		Reposição bandeja	4,00	R\$ 99,00	R\$ 396,00	R\$ 4.752,00	R\$ 23.760,00
<b>Total</b>			<b>R\$ 2.900,91</b>	<b>R\$ 34.810,91</b>	<b>R\$ 174.054,55</b>		
<b>TOTAL SISTEMA CADA 5 ANOS</b>						<b>R\$ 492.224,55</b>	

Fonte: Proposta comercial Engefood – representante Rieber® (anexo F)

### 4.3.3 Apresentando a proposta às Diretorias

Nessa etapa já estava com meus estudos de base elaborados, e estruturei uma apresentação curta, rápida, em *power point*, organizada nos seguintes tópicos:

- a. objetivos: integração de conhecimentos de gastronomia (próprios da hotelaria), com dietética (próprios de hospitais) e tecnologia (próprios da indústria), criando a partir dessa interseção um Serviço de Alimentação de Excelência;
- b. contextualização do perfil de dietas servidas (item que consta no capítulo II nessa pesquisa), provando que se tínhamos uma média de oitenta por cento de dietas gerais e livres, poderíamos trabalhar com conceitos gastronômicos e não somente dietéticos;
- c. proposta de melhorias de produtos, aproximação com o cliente (pesquisa), um novo sistema de apresentação, montagem e distribuição de refeições, desenvolvimento de equipes;
- d. investimento e taxa de retorno do investimento (tempo em que tal investimento seria pago com a economia em descartáveis, tabela 05).

Relembro aqui que na metodologia da pesquisa-ação uma das etapas propostas é a chamada realização de seminário, onde a proposta de pesquisa é apresentada aos principais membros dos grupos interessados, e pode ser a oportunidade para recolher contribuições de especialistas, colocar a proposta em discussão e aprovação. Finaliza-se com a elaboração das diretrizes da pesquisa e das ações que serão tomadas (GIL, 1996).

A elaboração e apresentação da proposta do novo sistema nada mais foi do que tal etapa: apresentação da proposta da pesquisa para obtenção do aval financeiro para tal implantação. O aval para a pesquisa já havia ocorrido, mas as ações dependiam da aprovação financeira.

Não measurei valores de treinamento de pessoal, custos de gráfica, contratação de pessoas, desenvolvimentos da tecnologia de informações – Tudo isso teria que acontecer e ser investido independente do projeto de Hotelaria acontecer na

totalidade, e não tinha como calcular economia ou retorno de investimento desses itens.

Mostrei o projeto primeiramente a meu diretor direto, do Pólo Industrial, que logo a seguir agendou apresentação com o Diretor de Serviços Compartilhados, às quais pertence à Nutrição Produção.

O resultado foi positivo, e ao término da apresentação solicitaram a inclusão dos valores de investimento necessários à melhoria da Central de Produção, local responsável pela melhoria do item produto considerado na proposta.

Uma semana depois a proposta foi apresentada à Superintendência da Instituição, que a aprovou no mesmo dia.

Tal tempo de resposta foi incomum – normalmente seria mais lento, porém, como já citei anteriormente, havia problemas de satisfação dos usuários de saúde e tal insatisfação era motivo de constante busca por melhorias.

Soube posteriormente que naquela mesma semana havia sido solicitado, em reunião entre diretorias, novos projetos para melhoria dos serviços de hotelaria dos hospitais, onde a Nutrição está incluída.

O que me parece que foi muito positivo foi associar um projeto com expectativa de grande melhoria na satisfação e nos processos, aliado a investimento recuperável, ou seja, seria investido em torno de R\$300.000,00 (trezentos mil reais), mas os valores que se deixaria de utilizar e gastar com descartáveis pagaria tal investimento em 24 meses, como pode ser observado na tabela 05.

Considerando cinco anos de depreciação, projeta-se 36 meses de economia, e considerando dez anos, que é o mínimo de tempo que efetivamente duram os equipamentos, são 96 meses de economia.

A tabela 05 considerou a reposição mensal atual como os gastos atuais com descartáveis (média dos últimos três meses), na otimização de MOD (mão de obra direta) a redução de duas pessoas em todo o quadro, e a taxa de recuperação do investimento em meses.

Tabela 05 – Comparativo de Custos atuais e propostos com investimento no sistema permanente

<b>RELAÇÃO DE INVESTIMENTO TOTAL</b>					
	Investimento	Reposição mensal	Otimização MOD	Diferença com sistema atual	Recuperação em meses
Atual		R\$ 14.000,00			
Proposto	R\$ 315.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 1.124,00	R\$ 13.124,00	24

Fonte: Serviço de Nutrição Produção APC

Tal conceito é perfeitamente adequado à evolução da visão de cliente que Marins (1995, p. 35) cita dos anos sessenta até o presente:

O cliente é uma maldita amolação (década de 60);  
Satisfazer os desejos do cliente (década de 70);  
Antecipar os desejos do Cliente (década de 80);  
Comprometer-se com o Sucesso do Cliente (década de 90);

As frases acima demonstram que era necessário não só atender as necessidades dos hospitais, mas era preciso estar comprometida como o sucesso deles. Acredito que o projeto teve rápida aprovação pela somatória destes dois fatores: mostrar-se comprometido com o sucesso dos hospitais e provar que tal investimento seria lucrativo ao final do processo.

Não esqueçamos que o principal foco eram os usuários de saúde, mas ao final muitos seriam os ganhos: novos conceitos, novas dinâmicas de trabalho, novos equipamentos, nova estrutura, recuperação mais rápida dos usuários, alimentação saborosa e quente, escolhida com antecedência, respeitando preferências, desejos e principalmente: o usuário de saúde.

Apresento no próximo capítulo como foi a implantação das melhorias propostas, experiências vividas e como muita coisa mudou no percurso da pesquisa, tipificando novamente a pesquisa-ação.

## 5 CAPITULO IV - IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES

Considero que essa etapa é um segundo plano de ação, nesse momento de implantação efetiva, que é a concretização da pesquisa-ação, que pressupõe o enfrentamento do problema que foi objeto de investigação (GIL, 1996).

Neste capítulo serão descritas as ações de implantação do novo sistema de alimentação hospitalar, sem esquecer de relatar quais foram as ações contingenciais comentadas no capítulo anterior, necessárias às melhorias transitórias até a implantação definitiva do projeto.

### 5.1. IMPLANTANDO MEDIDAS DE CONTINGÊNCIA

Foi necessário implantar algumas ações em caráter emergencial, como resolução de questões mais urgentes, sem as quais teríamos muita insatisfação e reclamações constantes a administrar. Nesse plano, ações foram incluídas para resolver a melhoria (mesmo que temporária) nas embalagens descartáveis e aquisição de itens faltantes.

Nessa etapa (meados de agosto) fui para a Equipotel – Feira Internacional de Equipamentos e Tecnologia para Hotéis e Restaurantes – que ocorre anualmente em São Paulo capital, onde normalmente se tem acesso a novos produtos, alternativas de fornecedores, tecnologias. Dessa feira, foi utilizado de imediato o contato com a indústria de canecas térmicas, que também produz itens como xícaras, pratos, tigelas, enfim, material colorido, inquebrável e de aparência moderna. Esse fornecedor trouxe soluções viáveis e de baixo investimento, que padronizamos para nossos lanches.

Como já vinha questionando o processo de higienização das garrafas térmicas - aquelas que têm ampola, bem com a quebra constante, testamos um utensílio substituto - canecas térmicas - que são inquebráveis, fáceis de higienizar tanto manualmente (sem o uso de escovinhas) quanto processar na lavadora de louças automática.

Comparei os custos das garrafas com as canecas (tabela 06), e confirmando a viabilidade da caneca, providenciei renovação para todos os clientes. Definimos a cor laranja para o café com leite do usuário SUS e as cores branco e preto para leite e café (respectivamente) para o usuário convênio-privado.

O cálculo da reposição anual foi considerada como quatro vezes ao ano para garrafas, duas vezes para o bule e para as canecas. Tal cálculo foi baseado em histórico anterior.

Nota-se no comparativo de custos que os valores unitários de cada uma não eram muito diferentes, mas o custo anual de reposição de garrafas era mais que o dobro que a de canecas – não incluí o valor do custo operacional da lavagem manual versus mecânica e o risco microbiológico em higienizar tais garrafas com escovinhas como as de mamadeiras, porque a troca não tinha o objetivo de redução de quadro nem buscar laudos microbiológicos. Claro que indiretamente tais vantagens foram consideradas, só não mesuradas.

Quero ressaltar aqui uma situação que vivenciamos nessa mudança: tivemos uma resistência declarada das copeiras, com a seguinte base preconceitual: como até então as canecas eram para o usuário SUS, houve questionamento de como estávamos usando a mesma caneca (“inferior” segundo elas) para o usuário convênio-privado? E por que era considerada inferior? Era inferior porque até então ela fora usada no padrão SUS. Tais circunstâncias não serão interpretadas nesse relato, mas fiz questão de registrar. Retrata o quanto nosso pessoal de linha de frente pode interferir no sucesso de uma inovação se não tiver o novo conceito bem entendido e dividido com eles.

Foi interessante que a aceitação veio quando comentei que tal utensílio (caneca) acabara de ser padronizado em um dos hospitais mais reconhecido pela hotelaria em nossa cidade, hospital esse que mesmo só de nome a grande maioria das copeiras conhece. Essa informação agregou valor à nossa decisão – ou melhor: à nossa “nova caneca”.

Associado a isso, adquirimos e padronizamos um novo prato – quadrado, na cor verde – e um recipiente para a fruta dos lanches, também verde, no formato das fatias de mamão ou melão, normalmente servidas no desjejum (figura 30).

Tabela 06 – Comparativo de custos dos utensílios térmicos para bebidas

	Quantidade		Custos Utensílios		Custos Higienização			Custos Totais Anuais
	necessária	Reposição anual*	Unitário	reposição	Horas/dia	Valor hora copeira	R\$ anual	
Garrafa térmica	560	2240	R\$ 8,70	R\$ 19.488,00	4	R\$ 2,10	R\$ 3.024,00	R\$ 22.512,00
Bule térmico	560	1120	R\$ 37,00	R\$ 41.440,00	3	R\$ 2,10	R\$ 2.268,00	R\$ 43.708,00
Caneca térmica	560	1120	R\$ 8,20	R\$ 9.184,00	2	R\$ 2,10	R\$ 1.512,00	R\$ 10.696,00

Fonte: Serviço de Nutrição Produção APC



Figura 28 - Apresentação de refeições antes e depois – usuário convenio - privado



Figura 29 - Apresentação de lanches antes e depois – usuário SUS



Figura 30 – Apresentação de lanches antes e depois – usuário convênio-privado

Em termos de embalagens descartáveis, meu superior imediato tinha participado recentemente de outra feira muito similar à Equipotel – a FISPAL – e trouxe a indicação de um novo fornecedor para descartáveis. Esse fornecedor trouxe alternativas tanto à bandeja do cliente conveniado, quanto à marmitta metálica que perdia temperatura e podia causar queimaduras nos clientes e nas copeiras.

Fizemos testes de aparência, fechamento da tampa, opinião do pessoal da Nutrição Produção e Clínica, e a maioria demonstrou gostar da alternativa (lembro que não usei critérios científicos nessa mudança – foi um plano contingencial). As vantagens apresentadas foram as seguintes: mais larga, mais baixa, transparente, tampa curva e cujo encaixe não permite transferência de alimentos de um lado para outro nem amassa os alimentos (figura 28).

Tudo isso trouxe melhoria à apresentação. Também os potes para salada têm melhor aparência. Com base nisso fiz estudo comparativo de custos (tabela 07), que demonstrou uma economia em relação à embalagem anterior. Com essa economia foi possível substituir a crítica embalagem metálica usada na sopa do cliente SUS, por potes de isopor, que mantêm a temperatura, podem ser utilizados pelo usuário deitado, fecham com facilidade, manualmente (não exigindo a máquina da tal marmitta), são mais fáceis de organizar nos carros de distribuição e eliminam riscos de queimaduras.

Esse item de longe foi o mais bem aceito pelo pessoal de copa. Facilitou o trabalho, melhorou a qualidade do serviço e a satisfação dos pacientes (faço tal inferência com base na figura 04 - histórico de queixas do Hospital Universitário - que apresentou queda a partir da implantação da medida contingencial).

Analisando os custos conforme demonstrado na tabela 07 o custo com bandejas era de R\$ 11.650,00, e com as novas bandejas ficou em R\$ 6600,00. Como meu objetivo neste momento era melhoria de custos, e não redução, aproveitei a economia entre um item e outro e reinvesti na troca das marmittas por copos de isopor, que aumentaram de R\$1712,00 para R\$ 4000,00. Totalizando economias e aumentos de gastos ainda obtive um resultado positivo de R\$ 2702,50, sem contar a melhoria de apresentação, temperatura e satisfação não mensurável em espécie.

As imagens que demonstram os sistemas anteriores e os contingenciais podem ser observados nas figuras 28, 29 e 30.

Tabela 07 – Comparativo de custos entre dois tipos de descartáveis

<b>CONVENIO</b>						
	<b>Quantidade</b>			<b>Custos</b>		
	Unitária	Caixas	Caixa	Unitário	Mensal	
Atual	bandeja 3 div	9000	150	R\$ 148,80	R\$ 0,99	R\$ 8.928,00
	Pote 500 ml	4500	200	R\$ 121,00	R\$ 0,61	R\$ 2.722,50
	<b>Total</b>					<b>R\$ 11.650,50</b>
Proposto	bandeja 3 div	9000	300	162,00	0,54	4.860,00
	pote 500 ml	4500	500	200,00	0,40	1.800,00
	<b>Total</b>					<b>6.660,00</b>
<b>Diferença entre o atual e proposto</b>						<b>R\$ 4.990,50</b>
<b>SUS</b>						
	<b>Quantidade</b>			<b>Custos</b>		
	Unitária	Caixas	Caixa	Unitário	Mensal	
Atual	marmittas	10000	100	R\$ 17,12	R\$ 0,17	R\$ 1.712,00
	<b>Total</b>					<b>R\$ 1.712,00</b>
	Proposto	pote 500 ml	10000	500	200,00	0,40
<b>Total</b>						<b>4.000,00</b>
<b>Diferença entre atual e proposto</b>						<b>-R\$ 2.288,00</b>
<b>Economia total</b>						<b>R\$ 2.702,50</b>

Fonte: Serviço de Nutrição Produção APC - 2007

## 5.2 IMPLANTANDO O NOVO SISTEMA DE NUTRIÇÃO HOSPITALAR

O projeto estava aprovado e agora era hora de definir as ações de implantação. O período de competência para usar a verba liberada era o ano de 2007, ou seja, todas as compras e notas fiscais obrigatoriamente deveriam ser feitas e emitidas até 20 de dezembro de 2007 e já estávamos em novembro.

Existiam itens do projeto que envolviam grandes investimentos, outros investimentos menores, bem como contratações, desenvolvimento de pessoas e de materiais.

Priorizei a atenção nos grandes investimentos, porque caso não ocorressem perderíamos a verba. Os outros itens ficaram para serem definidos a partir de janeiro. O plano de execução ficou, portanto assim dividido:

- a) dezembro – definir, cadastrar e comprar os itens de grande investimento e que demorariam a ser entregues;
- b) janeiro – iniciar ações de desenvolvimento de pessoal, consultoria externa do *Chef* de cozinha e iniciar definições dos novos uniformes;
- c) fevereiro – definir e providenciar a compra dos itens de menor investimento, bem como as configurações gráficas da toalha de bandeja e do cardápio optativo.

## **5.2.1 Providenciando itens de maior investimento**

### **5.2.1.1 Esteiras e banhos-maria para montagem**

Nessa etapa pós aprovação, permanecia ainda com muitas dúvidas quanto à escolha de serviços e fornecedores que definiria quanto às bases térmicas e carros de distribuição. Fui sanando as dúvidas e trabalhando em paralelo com outros itens de pedido.

O primeiro item que precisava definir eram as esteiras de montagem, porque existiam as importadas, mas minha experiência de trabalho com esteira confeccionada nacionalmente tinha sido muito boa e até então imaginava que seria um equipamento de menor custo se produzido no Brasil.

Entrei em contato com a empresa que desenvolveu o projeto da esteira com a qual trabalhara, e soube que tal projeto estava extraviado. Fiz contato com a empresa que confeccionou tal projeto e também não havia arquivo de tal projeto.

Agendei visita no hospital onde tal esteira funcionava, relembrei tamanhos, observei distâncias, conversei com a nutricionista em atividade, e confirmei que preferia aquela disposição de banhos-maria e esteira à configuração dos modelos internacionais.

Busquei e encontrei um representante local que se dispôs a desenhar um terceiro modelo: nem banhos-maria acoplados à esteira como queria, nem banhos-maria perpendiculares à esteira como seriam os importados. Modulamos os banhos-maria à esteira, de forma independente, soltos, porém na mesma configuração do

modelo acoplado que conhecia. Nesse caso seria necessário adquirir para cada esteira dois módulos de banho-maria para três GN 1/1 e dois módulos para dois GN 1/1 (esse 1/1 é um padrão de tamanho internacional).

Nessa negociação o custo total da esteira ficou em R\$38.000,00 (trinta e oito mil reais) contra R\$ 54.800,00 (cinquenta e quatro mil e oitocentos reais) da importada (tabela 08). A redução mais significativa dos custos ficou por conta dos módulos de banho-maria que importados custariam R\$108.000,00 (cento e oito mil reais) e os nacionais custaram R\$ 20.500,00 (vinte mil e quinhentos reais). Esse item isoladamente, se não encontrasse alternativa nacional, iria inviabilizar a compra de outros itens.

Tabela 08 – Custos de equipamentos para linha de montagem

	Quantidade	Rieber®		Aladdin®	
		R\$ unitário	R\$ Total	Quantidade	R\$ unitário
Esteira automática	2	R\$19000,00	R\$38000,00	R\$ 27400,00	R\$54800,00
Modulo banho-maria 3 GN 1/1	4	R\$3000,00	R\$12000,00	-	-
Modulo banho-maria 4 GN 1/1	8	-	-	R\$ 13500,00	R\$108000,00
Modulo banho-maria 2 GN 1/1	4	R\$2125,00	R\$8500,00	-	-
<b>TOTAL</b>		-	<b>R\$58500,00</b>	-	<b>R\$162800,00</b>

Fonte: Propostas comerciais Efitec e Aladdin® ao Serviço de Nutrição APC (anexos E e F)

Nota: \*Efitec representou a Aços Macom® e Metalúrgica Rodrição®

Ressalto aqui que tais itens não estavam incluídos na proposta inicial porque imagina conseguir a esteira com tudo acoplado. Também lembro que na proposta que havia apresentado à direção era somente um comparativo inicial, cuja discussão imaginava levar meses, onde teria tempo de buscar mais profundamente os itens necessários.

Pode ser considerado imprudente minha atitude, ou falta de planejamento, mas realmente nunca na instituição um serviço havia conseguido tanta verba em tão pouco tempo. Fica a experiência que poderia ter se tornado algo negativo, ou a concretização de um sistema pela metade, mas também fica a reflexão pessoal de que se eu tivesse ido com todos os custos dos importados, item a item, teria chego a valores de quase 100% a mais, e talvez não tivesse conseguido aprovação.

Assim, com uma verba um pouco menor que a necessária foi preciso ser criativa e buscar alternativas.

### 5.2.1.2 Sistema de distribuição térmica

Resolvida a esteira e os banhos-maria parti para os itens de aquecimento de pratos. Havia descoberto recentemente que uma única empresa no país tinha patente para produzir carros de aquecimento de pratos de porcelana, suplementares ao novo sistema. Tais carros possuem duas ou mais colunas, com molas, onde os pratos são encaixados. O mesmo carro é utilizado no aquecimento, transporte ou acondicionamento dos pratos até o momento do uso. Na cotação não houve diferença significativa de preços entre os nacionais e os importados. Como não era item fundamental, abduquei de tais carros neste momento (figura 31).

Os itens determinantes na escolha dos fornecedores eram as bases térmicas para os pratos, que definiriam por consequência a bandeja, que definiria o carro de distribuição e assim consecutivamente.

Disponha nesse momento duas opções: fornecedores Rieber® e Alladin®.

Os dois fornecedores possuem uma infinidade de itens e sistemas, ficando até difícil a escolha. De modo geral os fornecedores possuem duas grandes linhas de aquecimento de pratos: bases térmicas independentes os pratos e bases já incorporadas em bandejas.

A linha Rieber® de bandeja completa já conhecia. Trabalhei com ela durante cinco anos. Tal linha é composta de uma bandeja, com encaixe para os pratos, um disco aquecido sob os pratos, e mais o espaço para todos os outros utensílios (figura 32). Bastante prática, já conta com modelos mais modernos, mas basicamente é essa. Na minha percepção, a vantagem é que em todas as refeições é possível usar o mesmo utensílio, e a desvantagem é que em refeições mais leves, onde o prato não necessariamente precisa ser aquecido, fica um sistema ocioso. Para pequenos volumes não gera problemas, mas em nossos hospitais geraria muito trabalho a higienização de tais bandejas. A Aladdin® também possui bandejas semelhantes, que avalio da mesma maneira em termos de vantagens.

A opção de utilizar bases térmicas independentes começou a me interessar porque são muito práticas. Usa-se quando se tem refeições quentes, enquanto em outras refeições não há a necessidade de utilizá-las.

O sistema que conheci no Hospital Albert Einstein utilizava este tipo de base, sobre uma bandeja lisa, normal, com outros utensílios da própria linha ou em porcelana. Essa linha tinha um custo um pouco menor, e permite (na minha concepção) maior flexibilidade. A ilustração de tal base aquecida e utensílios acessórios estão na figura 33.

A base térmica é em material que não aquece externamente, sem riscos de queimaduras, mas que lança temperatura para o prato durante aproximadamente uma hora e meia. É muito semelhante ao efeito que fornos microondas fazem com alimento: aquecem o alimento, mas não o recipiente. O prato de porcelana encaixa sobre a base, e sobre ele vai uma tampa, que encaixa na base.

Podem compor o sistema sopeiras de vários tamanhos, que são utilizadas para sopas, caldos, saladas, sobremesas. Estes utensílios não são térmicos, e sim isotérmicos. Reduzem a troca de temperaturas, mantendo mais tempo quente o que é para ser quente, e frio o que é para ser frio.

Defini, portanto que iria utilizar base térmica e tampa independentes, e solicitei nova cotação dos fornecedores.

Novamente algumas diferenças surgiram: o sistema para aquecer a linha Aladdin® é um ativador elétrico para bases chamadas *Heat on Demand*, que mantém o prato aquecido por uma hora e meia (figura 34). O sistema da Rieber® utiliza discos metálicos aquecidos, independentes da base em fibra. O sistema *Heat on Demand* me parecia mais lento, porque as bases tem que ser aquecidas uma a uma, na hora da montagem de dietas. O sistema da Rieber® me parecia mais ágil, porque aquece todo o lote de discos antecipadamente, e não influencia no tempo de montagem. Novamente os custos seriam os definidores finais.

As propostas finais de preços constam nos anexos E e F. Tais propostas foram elaboradas diretamente pelas empresas norte-americana (Aladdin®) e alemã (Rieber®), utilizando respectivamente valores em dólar e euro. Nos custos apresentados nesta pesquisa a referência de conversão para valores em reais foi o valor de dois reais o dólar (R\$2,00) e dois reais e setenta centavos o euro (R\$2,70).

Tais propostas vieram diretamente dos fornecedores porque a instituição, sendo filantrópica, não paga impostos de importação, ou seja, pode ser feita compra direta. Os representantes nacionais intermediam tais negociações, mas não emitem notas fiscais nacionais, porque aí sim seria obrigatória a cobrança de impostos.

O comparativo entre as duas linhas, com os preços convertidos em reais, estão na tabela 09.

Comparei os mesmos itens, com exceção dos discos para aquecimento necessários somente ao sistema Rieber®, porque a base da linha Aladdin® já tem incorporado o aquecimento. O custo final desses itens ficou respectivamente em R\$ 76.916,14 (setenta e seis mil, novecentos e dezesseis reais) e R\$ 45572,17 (quarenta e cinco mil, quinhentos e setenta e dois reais). Como os itens são muito similares, o custo definiu a escolha pela linha Aladdin®.

Tabela 09 – Proposta de preços dos itens/utensílios dos sistemas Rieber® e Aladdin®

	Rieber®			Aladdin®	
	Quantidade	R\$ unitário	R\$ Total	Quantidade	R\$ unitário
Base	100	R\$105,76	R\$10575,90	R\$83,33	R\$8333,33
Tampa	100	R\$118,80	R\$11880,00	R\$27,33	R\$2733,33
Sopeira 200 ml	100	R\$200,72	R\$20071,80	R\$3,75	R\$375,00
Sopeira 450 ml	100	-	-	R\$3,63	R\$362,50
Disco para aquecimento *	100	R\$258,53	R\$25852,50	-	-
Sistema de aquecimento	2	R\$4267,97	R\$8535,94	R\$16884,00	R\$33768,00
<b>TOTAL</b>	-	-	<b>R\$76916,14</b>	-	<b>R\$45572,17</b>

Fonte: Propostas comerciais Rieber® e Aladdin® (anexos E e F)

Nota: \* Item necessário somente à linha Rieber®

Definido o sistema térmico, fui para a definição dos carros, que poderiam ser de outro fornecedor, considerando que as bandejas lisas eu iria comprar de acordo com o tamanho do carro escolhido.

Na visita aos Hospitais Albert Einstein e Nossa Senhora de Lourdes havia permanecido uma avaliação positiva dos carros abertos da Aladdin®, porque estavam com preços muito atrativos. O custo era de aproximadamente R\$2500,00 (dois mil e quinhentos reais), contra outros (carros fechados) de R\$10000,00 (dez mil reais) e R\$18000,00 (dezoito mil reais), tabela 10. Eram itens caros e que tencionava adquirir vinte peças, o que faria muita diferença na verba final (figura 35). Operacionalmente não havia diferença, tendo ainda vantagem do aberto por ser mais leve e fácil de manobrar.

Novamente não tendo dúvidas do funcionamento dos dois tipos de carros (abertos e fechados), o preço seria o definidor final. Fiz o comparativo de custos, e nesse item o carro aberto era realmente a melhor escolha, conforme pode ser conferido na tabela 10, pela diferença em torno de R\$ 340.000,00 (trezentos e

quarenta mil reais). Lembro que a compra de vinte unidades de carros, cada um com capacidade para 20 bandejas (total 400 leitos), considerou o atendimento a todo o hospital (usuários SUS e usuários convênio-privado).

Tabela 10 – Preços de carros de distribuição de refeições

	Quantidade	Rieber®		Aladdin®	
		R\$ unitário	R\$ Total	R\$ unitário	R\$ Total
Carro aberto para 20 bandejas	20	-	-	R\$2400,00	R\$48000,00
Carro fechado para 20 bandejas	20	R\$19404,01	R\$388080,18	-	-
<b>TOTAL</b>			<b>R\$388080,18</b>		<b>R\$48000,00</b>

Fonte: Propostas comerciais Rieber® e Aladdin® (anexos E e F)

Tendo economizado em vários itens até aqui, podia incluir na aquisição os itens de acondicionamento das bandejas, bases e tampas. Cada fornecedor tinha um tipo de item, mas com a mesma função. A Rieber® utiliza carros com molas, onde encaixam gavetas com os itens. A Aladdin® utiliza estantes com prateleiras, onde se encaixam as bases e tampas (figura 36.). Os dois sistemas atenderiam a necessidade, e os preços de cada um seguem na tabela 11.

Tabela 11 – Custos de equipamentos para acondicionamento dos utensílios

	Quantidade	Rieber®		Aladdin®	
		R\$ unitário	R\$ Total	R\$ unitário	R\$ Total
Estante de tampas	4	-	-	R\$2400,00	R\$9600,00
Prateleiras das estantes	16	-	-	R\$230,00	R\$3680,00
Estante de bases	6	-	-	R\$3530,00	R\$21180,00
Carro para bases e tampas	4	R\$2497,96	R\$9991,84	-	-
Carro plataforma de bandejas	4	R\$5827,49	R\$23309,96	-	-
<b>TOTAL</b>	-	-	<b>R\$33301,80</b>	-	<b>R\$34460,00</b>

Fonte: Propostas comerciais Rieber® e Aladdin® (anexos E e F)

Como pôde ser identificado na tabela 11, os preços desses itens ficaram muito próximos, melhores inclusive para a Rieber®, mas aí entrou uma questão prática: importar itens de dois fornecedores por uma diferença tão pequena (em torno de mil reais) não compensaria, porque as taxas de importação, transporte, etc., ultrapassariam tal valor. Optei em continuar com a Aladdin® nesse item por questões de economia no todo. Além disso, nesse momento, após a escolha de tantos itens de um único sistema, e com diferenças tão pequenas de gastos, o melhor é adquirir o sistema indicado para aquela linha de produtos.

Havia finalizado a etapa de itens de grande investimento. Projetando os gastos, havia chego a R\$ 217.876,14 (duzentos e dezessete mil, oitocentos e setenta e seis reais) (tabela 12). O valor da verba aprovada para o projeto de hotelaria era de R\$ 315.000,00 (trezentos e quinze mil reais).

Tabela 12 – Gasto total destinado ao sistema para usuário convênio-privado

Somatória tabelas 8, 9, 10 e 11	R\$
Equipamentos de Montagem (esteira, banho-maria)	R\$58500,00
Utensílios (bases, tampas, sopeiras)	R\$76916,14
Carros de distribuição	R\$48000,00
Equipamentos para acondicionamento de utensílios	R\$34460,00
Total	R\$217876,14

Fonte: Serviço de Nutrição Produção APC

Depois de muita negociação e economia, com o risco de falta de verba para tudo que era necessário, a situação se inverteu: passou a existir uma sobra orçamentária, que caracterizada como verba de investimento, ou era utilizada ou era “perdida” – não poderia ser transportada para usar no ano seguinte.

Foi um momento de decidir o melhor destino para tal verba, ou “sobra” de verba. Foi uma decisão relativamente simples, porque tendo adquirido toda a estrutura macro de tecnologia (esteira, carros, aquecedores), ficaria fácil estender o processo ao usuário SUS – para isso só faltavam os utensílios, ou seja, as bases, tampas e sopeiras térmicas, além da pequena ampliação dos *racks* para acondicionamento de tais utensílios. E foi nisso que se decidiu destinar a sobra de verba: na ampliação e unificação do sistema a todos os usuários, independente da fonte pagadora.

Ouso dizer que quem definiu tal destino foi a Integralidade, ou o exercício do olhar sob esse eixo: melhor do que chamar unificação do sistema, considero que o que melhor o define é “Integração do Sistema”.



Figura 31 – Carro térmico para aquecimento de pratos Rieber®

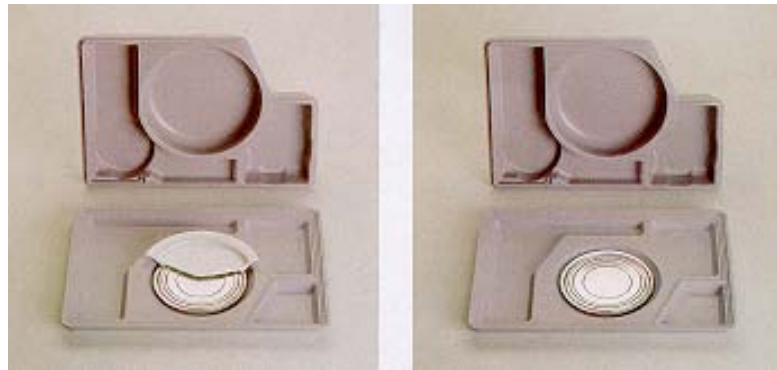


Figura 32 – Bandeja isotérmica Rieber®, com disco térmico metálico  
Para aquecimento de pratos



Figura 33 – Base térmica Aladdin® com prato de alacite,  
pote isotérmico para salada e sobremesa

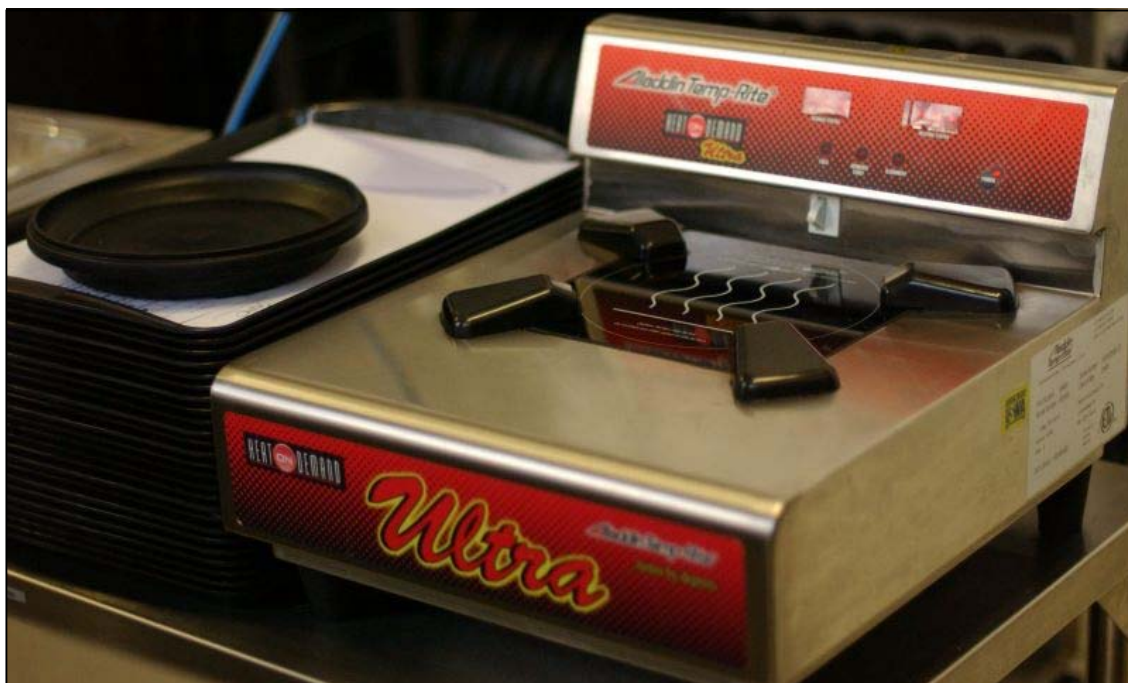


Figura 34 – Equipamento ativador de bases -Aladdin®- Heat on Demand



Figura 35 – Modelos de carros fechado e aberto Aladdin®



Figura 36 – Estante (rack) para acondicionamento, transporte e montagem bases Aladdin®

Faltando exatamente os utensílios (base, tampa, sopeira), que no pacote todo não eram o grande impacto de investimento, haveria melhora inclusive do item gerador da economia em longo prazo.

Fiz uma nova projeção incluindo os utensílios para o usuário SUS, também projetando a economia que tal ação iria gerar.

O novo custo projetado de utensílios para atender a todos os usuários ficou em R\$ 93.458,40 (noventa e três mil, quatrocentos e cinquenta e oito reais), contra um custo anterior de R\$ 45.572,00 (quarenta e cinco mil, quinhentos e setenta e dois reais), ou seja, um aumento de R\$ 47.886,00 (quarenta e sete mil, oitocentos e oitenta e seis mil reais) – tabela 13. Com a sobra anterior de R\$ 97.000,00 (noventa e sete mil reais), restariam ainda quase R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) de verba.

Novamente lembrando, a sobra de verba não poderia ser transferida para o ano seguinte, e como ainda a tínhamos, precisava ser gasta. Incluí a aquisição de mais alguns tipos de *gastronorms* para a cozinha central, novas bancadas em inox para a futura reforma do Hospital Universitário, decidi pela aquisição do equipamento aquecedor de pratos (figura 36), abortado anteriormente, e adiantei a aquisição de um

resfriador tipo *Blast Chiller*, italiano, cuja verba estava prevista para o ano seguinte, fazendo assim uma certa reserva de verba para o ano seguinte.

Tabela 13 – Custos totais de utensílios incluindo usuário SUS

	Quantidade	R\$ unitário	R\$ total
Base	504	R\$320,00	R\$41993,28
Tampa	504	R\$27,34	R\$13779,36
Sopeira 200 ml	528	R\$3,80	R\$2006,40
Sopeira 450 ml	528	R\$3,62	R\$1911,36
Sistema de aquecimento	2	R\$16884,00	R\$33768,00
<b>TOTAL</b>			<b>R\$93458,40</b>

Fonte: Serviço de Nutrição Produção - 2007

A nova projeção de recuperação do investimento ficou ainda mais interessante (tabela 14). Os gastos atuais com descartáveis com todos os usuários somava aproximadamente R\$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais) mensais. Considerei a economia de tais gastos, mais a otimização de mão de obra direta como fiz na proposta anterior, e somei os gastos com manutenção do sistema, onde incluo tempo e produto químico para a higienização do sistema permanente.

Feita a relação entre o investimento menos a economia, a recuperação do investimento reduziu de 24 para 10 meses.

Concluindo: a extensão do sistema ao usuário SUS foi o típico negócio ganha-ganha: ganhou o usuário com melhoria de qualidade, aceitação, agilidade, atendimento, e ganhou a instituição com um serviço de qualidade superior, menores reclamações, e ainda economia ao longo do tempo.

Tabela 14 – Nova relação de investimento total

Investimento	Gastos com reposição mensal	Otimização MOD	Diferença sistema novo com atual	Recuperação em meses
	R\$ 28.000,00			
R\$ 315.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 1.124,00	R\$ 30.876,00	10

Fonte: Serviço de Nutrição Produção - 2007

Concluída a fase de aquisições do plano de execução, inicie a fase das ações no campo de pessoal.

### 5.3 INVESTINDO NAS PESSOAS

A segunda fase de execução de ações foi pensar no desenvolvimento das pessoas que compõem a equipe da Nutrição Produção, fundamentais na produção e atendimento de nossos usuários.

O tema Hospitalidade foi bastante importante na busca de embasamento teórico nesta fase. Hospitalidade também é usada como sinônimo de acolhida, que tem uma conceituação praticamente idêntica e implica em “bem-receber, cuidar, abrigar, acomodar e amparar” (BALDISSERA; BRAGA, 2006, p. 2) e relaciona algumas características próprias para tal acolhimento tais como:

- a) hospitalidade exige empatia, ou seja, habilidade para se colocar no lugar do outro, compreender e atender suas necessidades e expectativas;
- b) o comportamento hospitaleiro é enunciado na gestualidade e expressões faciais sobre as quais o sujeito expressor não tem total domínio, fugindo da sua capacidade de racionalização;
- c) hospitalidade traduz-se em aura, atmosfera ambiental que tende a ser percebida pelo visitante como sensação de acolhimento;
- d) a falta de convicção em ser hospitaleiro tende a ser percebida pelo hospede, mesmo que este não consiga localizar claramente onde o problema se encontra;
- e) hospitalidade não guarda relação direta com comportamento padronizado;
- f) simpatia, empatia, educação e tolerância são noções que baseiam a hospitalidade;
- g) para receber bem é preciso sentir-se bem.

A descrição anterior retrata muito bem que mais que ter equipes treinadas para seqüências de fases ou atendimento, a hospitalidade percebida tem muito a ver com a hospitalidade presente nas pessoas que prestam o atendimento, dependente, portanto de um quadro sociocultural.

Na hotelaria hospitalar a importância do desenvolvimento de equipes começou há muito tempo, tendo referências de ter ocorrido na França, por exemplo, a partir de 1970, com a tomada de consciência pelas equipes e direção dos hospitais, da necessidade de terminar com os “maus hábitos, com a rotina de ascetismo herdados de outras épocas” (MAES, 2005, p. 249). Ocorreu com o recrutamento de técnicos qualificados na área (nutricionistas formados em técnicas de nutrição e conselheiros em economia social e familiar) e com a implantação de cursos de formação e

aperfeiçoamento, oferecidos nos estabelecimentos e sancionados por exames profissionais, levando a obtenção do CAP (*Certificats d' Aptitude Professionnelle*). Assim, criaram-se nos grandes hospitais verdadeiras equipes hoteleiras bem treinadas e perfeitamente aptas a dominar todo o setor de alimentação (MAES, 2005).

Entendendo que o funcionário pode e deve ter poder em propor soluções, e assim oferecer melhores serviços, chega-se ao fator “*Qualidade Humana é crucial nas prestações hoteleiras*” (CASTELLI, 1998, p. 13, grifo meu). A qualidade dos serviços depende, quase por inteiro, da atuação das pessoas, seja individualmente ou em grupo. Produtos e serviços com qualidade superior só podem provir de funcionários com alto nível de qualificação, inseridos num excelente processo.

Segundo Dias (2003) mudanças normalmente envolvem resistências, por que o ser humano sente-se mais seguro quando tudo permanece igual - mudanças em geral envolvem valores e crenças também. Tais bases geram dificuldades na mudança em atitudes e conceitos. Se a hotelaria preconiza mudança em conceitos, a resistência funcional às mudanças estará presente e terá que ser administrada. Jorge e Maculevicius (2000) sugerem que a melhor forma de desenvolver as pessoas e sensibilizá-las para a mudança é o treinamento de todos os membros da equipe para que compreendam e aceitem essas mudanças. “Dessa maneira, a mudança passa a ser vista como uma oportunidade e não como uma ameaça, sendo abraçada pela equipe e não mais evitada” (DIAS, 2003, p. 01).

A primeira preocupação foi estabelecer um cronograma de desenvolvimento básico, em temas de Atendimento, Hotelaria, Dietoterapia, e Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.

Dividimos os assuntos em módulos, cada módulo com aproximadamente quatro horas de apresentação. Como nosso pessoal é basicamente operacional, e tem um ritmo de trabalho bastante pesado, eles não suportam muito mais que uma hora de treinamento. Mesmo treinamentos com muita dinâmica, com recursos e ferramentas de oficinas de trabalho bastante participativas, eles estão sempre muito cansados e reafirmo que muitas horas se tornam insuportáveis a eles.

Nessa etapa contei com o suporte da Diretoria de Recursos Humanos da empresa, que sugeriu algumas formas de oficinas, enfim, mas a grande maioria dos temas foi e será ministrado pelos próprios nutricionistas gestores das unidades centrais e satélites.

Para não ficar repetitivo, foi organizado um esquema para cada tema ser responsabilidade de um profissional, de acordo com suas melhores habilidades e conhecimentos, e tal profissional ministra o treinamento para todas as equipes. Assim ocorrem mais trocas, percepções diferentes, muito ricas ao final do processo.

Estrutturamos um tema ou sub-tema por semana, durante uma hora em média, e assim teremos ao final do ano no mínimo 50 horas de treinamento por funcionário. Após essa organização recebemos que a meta da nossa diretoria será de oito horas mensais de treinamento, o que será somado com treinamentos externos, corporativos, enfim, não específicos de alimentação. Teremos assuntos como qualidade total, ISO 9000, procedimentos, missão e valores da empresa, fomos inseridos na escola de ergonomia que também fará um trabalho interessante nesse tema, enfim, a meta de desenvolvimento não será exclusiva do Serviço de Alimentação, o que colabora muito na mudança como um todo em toda estrutura.

Um tema que já foi abordado durante o desenvolvimento da pesquisa foi um curso de auto-maquagem (figura 37), objetivando incentivar a auto estima das colaboradoras. O curso foi um sucesso.

Uma idéia que surgiu no decorrer de tal planejamento, sugestão de uma das nutricionistas, foi a criação de uma espécie de cartilha de certificados, ou seja, a elaboração de um caderno para registro de todos os treinamentos que o funcionário fez, com tema, carga horária, data, assinatura do gestor, para valorizar esse processo e oferecer algo de concreto como registro. Sabemos que o pessoal operacional não dispõe de maiores certificados, cursos, enfim, o *currículo* deles é muito vinculado aos registros de cargos que possuem na carteira de trabalho. Assim eles passam a ter algo que comprova o saber aprendido, conhecido, dividido, que acontece na empresa.

Essa cartilha já ficou pronta e ilustro na figura 38 capa e uma das folhas internas (que são todas iguais). Até o momento não fizemos a entrega oficial de tal material, que será breve, e nesse dia faremos um coquetel, uma festa para marcar o início do uso de tal conceito. Acredito que terá repercussões muito positivas.

Outra ação que entrou como necessidade na melhoria da preparação de alimentos, mas influi diretamente no desenvolvimento das equipes, foi a contratação de um *Chef* renomado em nossa região e país, Celso Freire, para consultoria durante seis meses. Iniciou em janeiro e está implantando toda aquela base de fundos, molhos, etc., que citei na base teórica em gastronomia.

Ele conta que o motivo que o levou para a gastronomia foi exatamente o preparo de caldos, sopas quando menino, que fazia para seu avô adoentado. Segundo ele estar dentro de uma cozinha hospitalar é retomar origens, é expandir saberes e sabores a um perfil de cliente que foi o início da sua arte.

Tem sido uma experiência diferente. Todos têm aprendido com ele, dos cozinheiros aos gestores.

Outro item incluído em tal etapa é o desenvolvimento de um novo uniforme para a equipe. O uniforme atual é objeto de queixas, de mal estar, de não se sentir à vontade nem bonito. O uniforme realmente é um item primordial na hospitalidade, porque como já referiram Baldissera e Braga (2006), hospitalidade pressupõe que o hospitaleiro sintase bem em seu ambiente, se sinta em condições de oferecer o melhor ao seu hospede. Como atender bem aos clientes de saúde se o funcionário se sente mal com sua roupa, com sua aparência, com seu uniforme.

Depois de muita conversa com as gestoras, diretores, pessoal operacional, percebemos que alguns requisitos no novo uniforme seriam importantes: facilidade para lavar, secar e passar, tecidos leves, mas não transparentes, tecidos que não mancham com produtos químicos usados na cozinha e em casa para lavá-los, cores fáceis de repor sem diferenças de tons, modelos que não amassem com o uso do avental sobre eles, e que remeta aos conceitos do novo serviço com hotelaria.

Considerando toda essa gama de desejos e necessidades, chegamos ao consenso de fazer o novo uniforme da seguinte forma:

- a) Calça: confeccionada em tecido chamado oxford, que não mancha, fácil de lavar e secar, praticamente não precisa passar, na cor preta, mesma cor do sapato de segurança.
- b) Jaleco: branco, em tecido leve, chamado de tergal, manga curta, com transpasse na frente, modelo tradicional de *chef* de cozinha, com botões pretos, bordados os símbolos da instituição e da alimentação nos braços (escolhemos um garfo e faca cruzados, em fio prateado);
- c) Avental: dois aventais – um preto na cintura, em oxford, para o momento de entrega e distribuição de refeições, e um branco, de peito, de tergal – para uso interno no serviço, para proteção às sujidades comuns da produção de refeição;
- d) Touca de cabeça: na cor preta, que amarra atrás da cabeça;



Figura 37 – Momento no curso de auto maquiagem



Figura 38 – Capa e folha de cartilha de treinamentos



Figura 39 – Uniforme antes e depois do projeto

O novo uniforme pretendeu cumprir os objetivos iniciais de criar uma identidade do serviço e com o serviço, transmitir a característica de cozinha gastronômica aos usuários, e fazer com que os funcionários tenham orgulho do uniforme que usam, do serviço que oferecem, e atendam cada vez mais com hospitalidade verdadeira nossos usuários de saúde (figura 39).

Encerro esse capítulo avaliando que características da pesquisa-ação se mostraram bastante presentes novamente. Muito do que foi relatado tomou rumos e caminhos desejados, mas não antecipados, e talvez se essa pesquisa tivesse sido formatada de forma mais fechada, não tivesse atingido os resultados que atingiu. No próximo capítulo o cronograma de ações continua a ser considerado mais voltado à prospecção do que há de ser feito ainda.

## 6 CAPÍTULO V - PROSPECÇÃO

Esse capítulo procura trazer a visão do que ainda ocorrerá no decorrer do projeto em hotelaria, mas que não foi possível efetivamente implantar até o momento do relato da pesquisa.

Para dar seguimento ao plano de execução, é importante notar o desenvolvimento de materiais de apoio a serem elaborados e a aquisição do que chamei de investimentos menores.

### 6.1 DESENVOLVENDO MATERIAIS DE APOIO

As ações dessa fase englobam sugestões levantadas na pesquisa de satisfação e cardápios.

Foi definido que a aproximação com os usuários via pesquisa de satisfação seriam apresentadas aos usuários de saúde na toalha de bandeja enviada nas refeições.

Solicitei ao serviço de gráfica a editoração de tal bandeja, cuja qualidade ficou muito interessante. Foi usado o mesmo fundo que já mostrei na imagem de capa da cartilha de treinamento dos funcionários, com um garfo e faca estilizados, em tons de azul, lilás e prata (figura 40). No canto direito incluímos a pesquisa, e a impressão para uso piloto já foi solicitada.

Iniciaremos o uso antes mesmo dos itens de hotelaria chegarem. Será um “piloto” de teste em algumas alas, para sentirmos se esse é o caminho, quais as dificuldades, ou quais informações precisam ser melhoradas.

No item cardápio, também já foi solicitado editoração pela gráfica, que ficou pronta, mas ainda faltam definir todos os cardápios optativos, de todas as dietas, para toda a semana. O *Chef* consultor está participando ativamente desse processo.

Nos impressos dos novos cardápios deverão conter informações sobre a dieta de que trata aquele cardápio, para atender o objetivo de conforto informativo identificado como necessário e prerrogativa de um sistema com hospitalidade. Identifiquei que é muito comum o usuário de saúde não ter conhecimento sobre

determinados alimentos que compõem sua dieta, outros estão mais restritos, ou outros precisam ser incluídos, e por falta de informação, o usuário demonstra insatisfação com a Nutrição.

**APC**  
Associação de Profissionais de Dietética

**DSC - Polo Industrial**  
**NUTRIÇÃO**

**Objetivo da pesquisa:** Avaliar a satisfação dos usuários com a Nutrição.

**1. Sexo:**  Masculino  Feminino

**2. Idade:**  Até 20  21-30  31-40  41-50  51-60  61-70  71-80  Mais de 80

**3. Estado Civil:**  Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo

**4. Escolaridade:**  Fundamental  Médio  Superior

**5. Profissão:**  Estudante  Empregado  Profissional  Sem ocupação

**6. Endereço:** \_\_\_\_\_

**7. Telefone:** \_\_\_\_\_

**8. Assinatura:** \_\_\_\_\_

**9. Data:** \_\_\_\_\_

Figura 40 - Modelo toalha de fundo de bandeja com pesquisa de satisfação da Nutrição

Nesse momento é pertinente colocar um exemplo muito nítido do que foi descrito anteriormente. Um usuário questionou o porquê de não receber manteiga, queijos amarelos, molhos, mamão e mais alguns contra-indicados para a dieta prescrita (que era para controle da diarreia). Após breve conversa sobre os motivos e a composição de uma dieta para tal indicação, o usuário de muito insatisfeito passou para muito satisfeito, realizado em perceber o quanto estava sendo cuidado.

É com objetivo de manter o usuário ciente do que está sendo feito, além da possibilidade de utilizar o canal do formulário de cardápio como ferramenta para educação nutricional que investiremos de tal material. É uma pequena ação, mas com bastante amplitude que visa agir em promoção de saúde alimentar.

A toalha de bandeja também pretende vir a ser um canal informativo com o usuário, além da inserção da pesquisa de satisfação. Pretende levar informações como receitas gastronômicas, dicas, educação nutricional - a toalha de bandeja pode ser guardada pelo usuário, caso o assunto seja de seu interesse. Quando se está hospitalizado, o tempo de leitura é uma oportunidade que não pode ser desperdiçada.

## 6.2 DEFININDO AQUISIÇÃO DOS ITENS DE MENOR INVESTIMENTO

Após a aquisição dos itens de grande porte, que envolveram investimentos de maior volume, alguns itens de menor valor ainda ficaram faltando. Por ter dúvidas de que materiais seriam escolhidos, ou de quais fornecedores seriam adquiridos, a definição desses itens foi adiada em virtude da exigência de tempo e buscas mais complexas

Mesmo sendo itens de menor valor financeiro, são itens que agregam valor ao serviço, que chamamos corriqueiramente de “perfumaria”, ou seja, aquele toque final, percebido pelo usuário muitas vezes de forma subjetiva, mas que tem muita importância na avaliação final.

Incluem-se nesses itens: as bandejas lisas sobre as quais apoiaremos todos os novos utensílios, que será encaixada nos carros para distribuição, que receberá a toalha de bandeja com pesquisa e dicas de alimentação, que ficará no leito durante o consumo da refeição, além de ser manipulada e higienizada o tempo todo

internamente. Com toda a importância descrita acima, o material, cor, tamanho, enfim, precisarão ser escolhidos minuciosamente e deverão respeitar todos os pré-requisitos necessários.

Esse item vem sendo pesquisado no mercado. Em contatos com outras instituições e fornecedores potenciais conhecidos na última “Feira de Equipamentos Hospitalares e Hotelaria”, se revelaram duas opções finais: implantar o uso da mesma bandeja que se usa no Hospital Albert Einstein, que possui fundo antiderrapante e é importada, ou outra nacional, de tamanho muito parecido, mas sem fundo antiderrapante. O custo da primeira é dez vezes superior ao da segunda, o que no volume de quinhentas unidades, que é a necessidade total, faz muita diferença. Só essa característica facilitaria a escolha pela segunda bandeja, mas, além disso, é possível perceber um fator fundamental: o uso da toalha de bandeja faz o antiderrapante perder o sentido.

Definida a bandeja, deverá seguir a mesma cor preta dos utensílios térmicos. Tal cor se deve ao realce que o preto faz de qualquer alimento que nele é colocado. Além da agradável sensação estética que a cor e o alimento trazem, já usamos canecas e xícaras em preto e branco, ficando fácil repor os utensílios no mesmo tom.

Outro item importante são os talheres em inox, cujo uso vinha sendo substituído por descartáveis (por falta de reposição dos permanentes), e mesmo os existentes em uso estavam com modelos todos misturados. Isso na apresentação remete a falta de cuidado, gera desequilíbrio na harmonia visual.

Solicitei amostras de modelos ao nosso comprador, preferindo as linhas de mais baixo custo porque a reposição de talheres tem uma média de reposição de todo o lote a cada seis meses. Quando há necessidade de reposição de talheres, se padronizado talheres mais caros, mais pesados, de maior empunhadura, a reposição se configura mais custosa, mais cara.

Mesmo as linhas mais simples oferecem modelos muito bonitos, e dentro destas linhas escolhemos a que possuía menos detalhes (ou menores chances de acumular resíduo), colheres de sopa e sobremesa mais funda, garfos mais largos e de maior cabo, e facas com boas serras e poder de corte. Tais decisões foram pensadas com base na dificuldade em se comer com talheres pequenos, curtos ou rasos quando se está acamado, se alimentando na cama.

Dentro disso, é importante o registro de que os talheres já estão escolhidos, comprados e devem ser entregues em breve.

Os pratos de porcelana poderiam ter sido importados juntamente com os utensílios. O custo ficaria um pouco maior então foi escolhido adquirir localmente, porque são itens que também envolvem grande reposição, e na reposição pretendo seguir a mesma linha de material e modelo. Existe uma porcelana em alacite que tem todas as características de retenção térmica e aparência da porcelana comum, porém com um índice de quebra e lascas até três vezes menor. Ela custa quase o dobro da comum, mas se exige reposição de um terço se comparada com a outra, compensa ao final.

Estou na fase de encontrar o diâmetro certo desse prato, que deve ser de nove polegadas ou 22,5 cm (fora do padrão brasileiro). Serão testados pratos nas bases importadas que receberemos, para adquirir o produto certo. Também é um item praticamente definido.

O último item a definir são as capas para os carros abertos de distribuição. Não são absolutamente necessários, porque as bases saem tampadas da distribuição, bem como os utensílios acessórios (sopeiras). Porém o uso de capas aumenta a segurança higiênica, porque no percurso dos carros existe muita circulação de funcionários, pacientes, acompanhantes. Tais capas também poderiam ter sido adquiridas da Aladdin®, mas novamente por questões de reposição em mesmo modelo, preferi usar um fornecedor local. O próprio representante da empresa nos forneceu o contato do fabricante das capas nacionais, fiz contato, cadastrei o item e estou aguardando a entrega. Serão em vinil, mas também poderiam ser em PVC, menos resistente que o vinil. Novamente foi o fator custo comparado à durabilidade que me fez escolher o vinil.

### 6.3 PROPONDO UMA NOVA FORMA DE FLUXO DE INFORMAÇÃO

A integração da prescrição eletrônica, dietas prescritas e a Nutrição Produção vêm sendo discutidas e prometidas há meses. O último prazo era janeiro, mas por questões internas do serviço de tecnologia de informática não foi possível desenvolver as solicitações.

Em nova reunião, em janeiro de 2008, com o Comitê de Prescrição Eletrônica tal necessidade da Nutrição foi considerada simples de ser atendida. A solicitação foi refeita formalmente, descrevendo as seguintes necessidades:

a) geração e emissão de mapas de dietas via prescrição eletrônica, ou seja, formulário com a identificação do leito, nome do cliente, dieta prescrita – com possibilidade de escolher na hora da impressão o dia, horário, e classificar por ala ou unidade de internação;

b) geração e emissão de etiquetas individuais, por leito, cliente e dieta;

c) possibilidade de incluir via sistema informatizado características individuais da alimentação de cada cliente, seja preferências, intolerâncias, ou cardápio escolhido – eliminando assim o risco de envio de algum alimento não tolerado ou esquecimento de envio de algo previamente escolhido ou preferido – também com a possibilidade de incluir tais informações nos mapas e etiquetas.

O Serviço de Tecnologia da Informática recebeu a solicitação e o desenvolvimento do processo já está em andamento. O prazo para a conclusão desse material se estende até o final de março, quando os equipamentos e utensílios da hotelaria serão entregues e o projeto de hotelaria posto em prática.

#### 6.4 VISUALIZANDO O NOVO SISTEMA EM OPERAÇÃO

Concluídas as aquisições, entregas e os materiais de apoio, a hotelaria será efetivamente implantada.

O fluxo de atendimento ocorrerá de forma diferente da atual. Abaixo, está a descrição do novo fluxo:

a) A prescrição da dieta ocorre;

b) O sistema então informatizado atualiza a informação para a Nutrição Produção, que pode gerar três ações:

b1) se é a primeira refeição que o cliente irá receber, a Nutrição faz uma visita pessoal para informá-lo dos horários, rotinas, e do funcionamento do cardápio optativo, bem como escolhe no momento os cardápios pra aquele dia;

b2) se já recebeu a visita, já escolheu o cardápio, a Nutrição Produção providencia o preparo das dietas prescritas e cardápios escolhidos;

b3) emite as etiquetas que irão identificar as bandejas;

c) As dietas são colocadas nos banhos-maria da esteira de montagem e identificadas;

d) As copeiras se posicionam na esteira, cada uma responsabilizada por um grupo de alimentos, e iniciam a montagem das dietas, na seqüência de distribuição nas alas, de acordo com o cardápio escolhido por cada cliente;

e) Os carros vão sendo montados, e saem para distribuição;

f) As dietas, já completas nas bandejas, são entregues conforme identificação, individualmente a cada usuário;

g) Após uma hora as bandejas são recolhidas, e as toalhas que tiveram a pesquisa de satisfação preenchida, são organizadas e têm suas informações trabalhadas – se forem queixas o nutricionista vai pessoalmente conversar com o usuário, se elogio é transmitido à equipe, e se sugestão registrado na estatística;

Particularidades: um dia antes, no horário do jantar, o cardápio optativo do dia seguinte é enviado ao usuário, e recolhido pela manhã, gerando toda a previsão de preparo de dietas para cada um dos cinco horários de refeição.

#### **6.4.1 Explicando o esquema de montagem de dietas**

A nova proposta de montagem de dietas em linha contínua é algo que a visualização permite melhor compreensão. No entanto, é indispensável que seja explicado passo a passo nessa dissertação.

Têm-se ao centro uma esteira automática, que funciona continuamente durante a montagem de dietas. Nas laterais da esteira são posicionados os banhos-maria, com os gastronorms (cubas em inox) de alimentos, organizados por tamanhos e seqüência de colocação no prato (figura 45).

A organização planejada prevê, do início para o fim da esteira, o porcionamento seqüencial de todas as dietas, organizadas por alas de distribuição. No caso de dietas líquidas, pastosas ou especiais são porcionadas as sopas, papas ou itens particulares.

No caso de dietas de consistência geral seguem uma seqüência previamente definida por categoria de preparação, conforme segue:

- Porcionamento de arroz (que pode ser normal, integral, pastoso, e duplicados os hipossódicos de cada tipo);
- Feijão (normal, hipossodico ou caldo), já na sopeira;
- Guarnições;
- Carnes (que serão opção 1 e 2, normais, hipossódicas e pastosas).

Ao final da esteira ficam os itens frios (sobremesa e saladas), que já ficam porcionados e tampados nas sopeiras (tem vários tamanhos). Ficam organizados em carros esqueleto, onde se encaixam bandejas já com os potes de saladas e sobremesas porcionados e decorados. Eles entram como último item na composição das bandejas, quando são colocadas nos carros.

No início da esteira (fora dela), são posicionadas o sistema ativador de aquecimento de bases *heat on demand*, e a prateleira móvel com as bases e bandejas.

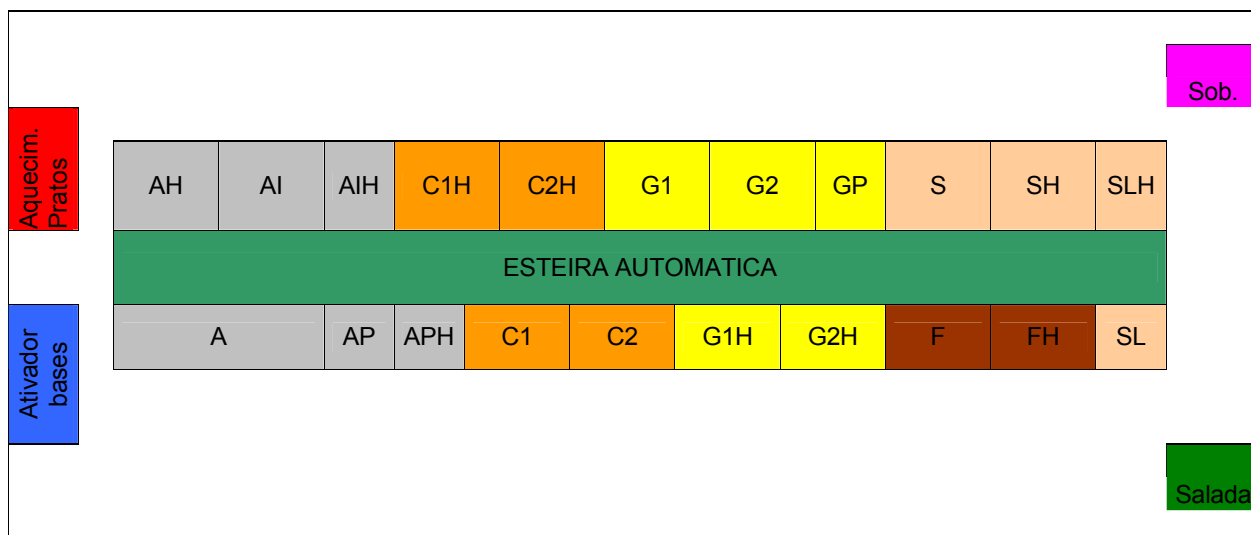


Figura 41 – Desenho esquemático da montagem de dietas

Legenda:

A	Arroz
AP	Arroz pastoso
APH	Arroz pastoso hipossodico
AH	Arroz hipossodico
AI	Arroz integral
AIH	Arroz integral hipossodico
C1	Carne opção 1
C2	Carne opção 2
C1H	Carne opção 1 Hipossódica
C2H	Carne opção 2 Hipossódica
G1	Guarnição opção 1
G2	Guarnição opção 2
G1H	Guarnição opção 1 Hipossódica
G2H	Guarnição opção 2 Hipossódica
GP	Guarnição pastosa
S	Sopa
SH	Sopa Hipossódica
SLH	Sopa liquida Hipossódica
SL	Sopa liquida
F	Feijão
FH	Feijão hipossodico
SOB	Sobremesas (carros)
SAL	Saladas (carros)



Figura 42 - Linha de montagem em operação - Hospital Caridade



Figura 43 - Final de montagem - rack de tampas à direita da imagem, carro de sobremesas à esquerda, esteira ao centro



Figura 44 - Organização do carro de distribuição – bandejas prontas

### 6.4.2 Sistema de identificação das dietas – Cores e cartões

A esteira irá funcionar com um sistema de identificação das dietas e cardápios baseado em cores e siglas.

Para isso foi estipulado que cada serviço de refeição a pacientes e acompanhantes possuirá um cartão de identificação com nome, leito, data, e tipo de dieta.

As dietas com maior frequência estarão associadas a uma cor, conforme tabela 15.

Serão utilizados cartões de papel com a cor referente à dieta, com a etiqueta de identificação do usuário colada sobre o cartão, contendo nome, leito, dieta. Em caso de dietas associadas, por exemplo, hipossódica para diabetes, a cor de base será verde com duas tarjas vermelhas sobrepostas ao verde, e assim por diante.

Para dietas ocasionais será usada a cor preta, onde poderão conter informações específicas da referida dieta.

Tabela 15 – Classificação das dietas por cores

COR	DIETA
BRANCO	LIVRE
VERDE	HIPOSSÓDICO
VERMELHO	PARA DIABETES
AMARELO	CONSISTÊNCIA
AZUL	PARA DOENÇA RENAL
ALARANJADO	LEVE
PRETO	OCASIONAL
AZUL ESCURO	ACOMPANHANTE DE PACIENTE

Fonte: Serviço de Nutrição Produção

Os cartões de usuários SUS serão compostos somente do cartão colorido mais a etiqueta. Os cartões de usuários convênio-privado e particulares possuirão, além da cor, a identificação dos itens escolhidos no cardápio optativo, tendo um modelo para lanches, desjejum e lanche da tarde (figura 46), e outro para refeições – almoço e jantar (figura 45).

As informações serão transcritas para o cartão anteriormente à montagem da linha de produção, conforme o serviço seja desjejum, almoço, lanche ou jantar. Colação e ceia não utilizarão o sistema, porque são compostos de um a dois itens, sem maiores especificidades, e sem escolha prévia pelo cardápio.

Os cartões possuem várias siglas invertidas, e assim foram confeccionados estrategicamente de acordo com a lateralidade onde estarão os itens referentes a cada sigla. Por exemplo: as siglas FE (feijão) e Caldo FE (caldo de feijão) estão posicionados para leitura dos copeiros posicionados do lado direito da esteira, onde estarão as referidas preparações. Já as siglas de Carne 1 e 2 (opções 1 ou 2), estão posicionados para leitura dos copeiros pelo lado oposto da esteira, onde estarão tais preparações.

Isso posto pressupõe que as preparações terão uma seqüência e um posicionamento pré-definido, e quando alterados, conseqüentemente gerarão alteração dos cartões.

A idéia para tal processo é tornar a montagem algo dinâmico, rápido, que minimize perdas nutricionais, de temperatura e de qualidade sensorial, porque quem está servindo arroz já identifica qual é o tipo de arroz, e assim sucessivamente.

O treinamento e exercício de tal procedimento é fundamental para o sucesso da operação. Além de identificar a sigla, estará relacionada à dieta à cor do cartão. Por exemplo: um cartão verde com vermelho, com círculo identificando que o usuário escolheu A1, significa arroz hipossódico, integral. No final da esteira, onde ficam as sobremesas, quando chega o mesmo cartão identificando sobremesa 2, informa que é sobremesa dietética (sem sacarose), opção doce, ou seja, “doce” dietético.

<b>Sobremesa 1</b>	<b>Sobremesa 2</b>
<b>Salada 1</b>	<b>Salada 2</b>
<b>1 Guar</b>	<b>2 Guar</b>
<b>Sopa 1</b>	<b>Sopa 2</b>
<b>Carne 1</b>	<b>Carne 2</b>
<b>Caldo FE</b>	<b>FE</b>
<b>AN</b>	<b>AI</b>

Figura 45 – Cartão de opção de cardápio de refeições - usuário convênio-privado

Legenda de cada sigla:

- AN: Arroz normal
- AI: Arroz integral
- FE: Feijão
- Caldo FE: Caldo de feijão
- Carne 1: opção 1 (vermelha)
- Carne 2: opção 2 (branca)
- Sopa 1: Sopa opção 1
- Sopa 2: Sopa opção 2
- Guar 1: opção 1 (amiláceo)
- Guar 2: opção 2 (vegetal)
- Salada 1: Salada opção 1
- Salada 2: Salada opção 2
- Sobremesa 1: opção 1 (fruta)
- Sobremesa 2: opção 2 (doce)

<b>Su</b>	<b>Man</b>	<b>Aç</b>	<b>Bco</b>	<b>Mu</b>	<b>Crois</b>	<b>Doce</b>	<b>Int</b>	<b>Ma</b>
<b>Vit</b>								
<b>Chá</b>	<b>Ge</b>	<b>Ad</b>	<b>Cremoso</b>	<b>Pr</b>	<b>Fat</b>	<b>Leite</b>	<b>Fr</b>	<b>Me</b>
<b>Le</b>								
<b>Ca</b>								

Figura 46 - Cartão de opção de cardápio de lanches – usuário convênio-privado

Legenda de cada sigla:

- Ma: Mamão
- Me: Melão
- Int: pão integral
- Fr: pão francês
- Doce: pão doce
- Leite: pão de leite
- Fat: pão fatiado
- Crois: croissant
- Mu: queijo mussarela
- Pr: queijo prato
- Bco: queijo branco
- Cremoso: queijo cremoso
- Aç: sachê de açúcar
- Ad: sachê de adoçante
- Man: sachê de manteiga
- Ge: sachê de geléia
- Ca: café
- Le: leite

- Chá: chá
- Vit: vitamina
- Su: suco

	<b>AN</b>	<b>AI</b>
	<b>Caldo FE</b>	<b>FE</b>
	<b>Carne 1</b>	<b>Carne 2</b>
	<b>Sopa 1</b>	<b>Sopa 2</b>
	<b>Guar 1</b>	<b>Guar 2</b>
	<b>Salada 1</b>	<b>Salada 2</b>
	<b>Sobremesa 1</b>	<b>Sobremesa 2</b>

	<b>AN</b>	<b>AI</b>
	<b>Caldo FE</b>	<b>FE</b>
	<b>Carne 1</b>	<b>Carne 2</b>
	<b>Sopa 1</b>	<b>Sopa 2</b>
	<b>Guar 1</b>	<b>Guar 2</b>
	<b>Salada 1</b>	<b>Salada 2</b>
	<b>Sobremesa 1</b>	<b>Sobremesa 2</b>

	<b>AN</b>	<b>AI</b>
	<b>CF</b>	<b>F</b>
	<b>C1</b>	<b>C2</b>
	<b>M1</b>	<b>M2</b>
	<b>Sp1</b>	<b>Sp2</b>
	<b>G1</b>	<b>G2</b>
	<b>S11</b>	<b>S12</b>
	<b>Sb1</b>	<b>Sb2</b>

Figura 47 - Modelo dos cartões de escolha de cardápio usuário convênio-privado, classificados pelas cores das dietas: verde hipossódica, vermelho diabetes e azul renal

The figure displays five distinct colored cards, each with a white text box containing patient information. The cards are arranged vertically. The top card is green, the second is red, the third is white, the fourth is purple, and the bottom card is yellow. Each text box contains the following fields: 'Nome:', 'Quarto/leito:', and 'Dieta:'. The diet types listed are HIPOSSÓDICA, PARA DIABETES, GERAL LIVRE, RENAL, and (CONSISTENCIA).

Card Color	Nome:	Quarto/leito:	Dieta:
Green			HIPOSSÓDICA
Red			PARA DIABETES
White			GERAL LIVRE
Purple			RENAL
Yellow			(CONSISTENCIA)

Figura 48- Modelo cartão de identificação dietas usuário SUS

### **6.4.3 Simulando tempos de distribuição**

Um dos principais objetivos do novo sistema de montagem e distribuição é melhorar tempo e conseqüentemente temperatura de consumo de alimentos.

Os tempos atuais são muito longos, resultando em perdas importantes de temperatura conforme citado no capítulo II.

Os novos tempos foram projetados com base em quantidade de leitos a serem atendidos, quantidade de carros e pessoal na distribuição, bem como experiências anteriores nesse sistema de distribuição (figuras 49 e 50).

Podemos notar que com a implantação do sistema, teremos para o Hospital Universitário uma redução da média geral de 49 (quarenta e nove) para 23 (vinte e três) minutos e no Hospital de Caridade de 37,5 (trinta e sete e meio) pra 17,5 (dezessete e meio) minutos. Os tempos de montagem são os que menos alteram, mas os tempos de distribuição reduzirão consideravelmente.

Ressalto que tais tempos serão atingidos porque as bandejas sairão prontas da cozinha, montadas na totalidade, identificadas, o que tornará a entrega muito simples: basta levar o carro com as bandejas até a entrada de cada quarto, entregar a bandeja de acordo com a numeração e nome do usuário. Isso também complementa um atendimento mais humanizado, porque as copeiras poderão se dirigir ao usuário pelo nome, dizer palavras de estímulo ao consumo da dieta, enfim, dará mais segurança ao atendimento por elas prestado.

Os fatores tempo e temperatura precisam caminhar juntos para que atinjam resultados favoráveis na alimentação. Quanto menores os tempos de distribuição, melhores as temperaturas das refeições.

### **6.4.4 Simulando temperaturas na distribuição**

Mesmo com o novo sistema prevendo agilidade na distribuição, também foi preciso prever um sistema independente de manutenção da temperatura, porque tínhamos varias questões a considerar: estar na região Sul do país, onde as

temperaturas ambientais no inverno ficam muito baixas. Mesmo que a entrega seja ágil, muitas vezes o usuário está em procedimento, banho, precisa de auxílio para se alimentar, e isso gera atrasos no consumo do alimento. Por isso foi adquirido o sistema que aquece as bases dos pratos, e essas bases prevêm manter a temperatura por no mínimo uma hora. Conforme o modelo do *heat on demand* esse tempo pode ser ampliado para uma hora e meia (foi esse o modelo adquirido), cuja evolução de temperatura prevista será de pequenas perdas (em torno de dez por cento no máximo), realidade muito diferente da que tínhamos (figura 51), onde a redução média era de 50° C (cinquenta graus Celsius), ou seja, quase sessenta por cento de perda.

A partir da implantação a temperatura deixará de ser um problema e o motivo de baixa aceitação e satisfação dos usuários com a alimentação.

## 6.5 VISLUMBRANDO UM NOVO PERFIL DE ATENDIMENTO

O principal fator em um atendimento de qualidade é o humano.

Com toda a programação de desenvolvimento de pessoal que já começou a ser executado, com a chegada dos novos uniformes cuja escolha teve participação dos funcionários, novos equipamentos, melhores condições de trabalho nos quesitos organização e estrutura, vislumbro uma melhoria importante no atendimento prestado a todos os usuários.

Tal melhoria só pode acontecer com funcionários motivados, treinados, bem informados, e que gostem e valorizem o que fazem.

Serão ações continuadas, sem prazo para conclusão, porque envolve comportamentos e emoções, e isso pode e deverá ser trabalhado incansavelmente.

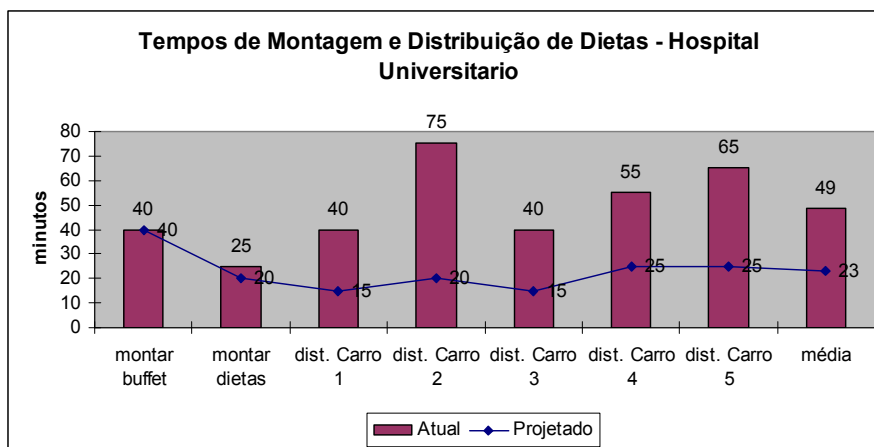


Figura 49 – Tempos de montagem e distribuição de dietas Hospital Universitário

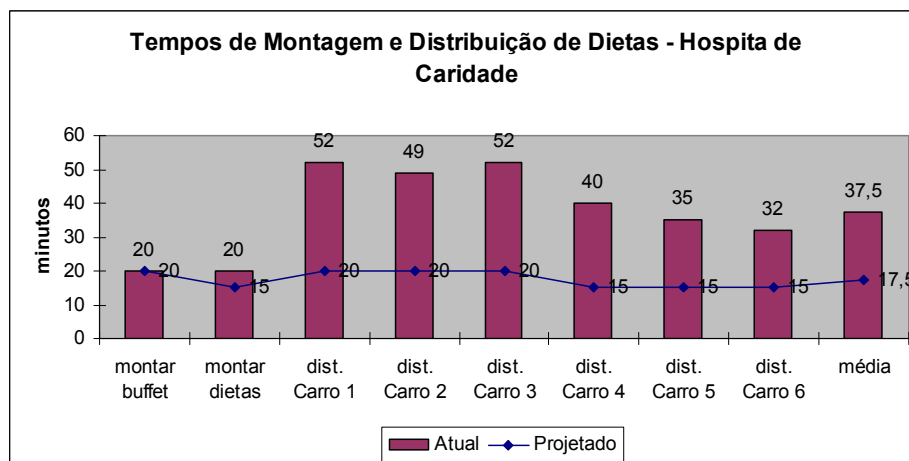


Figura 50 – Tempos de montagem e distribuição de dietas Hospital de Caridade

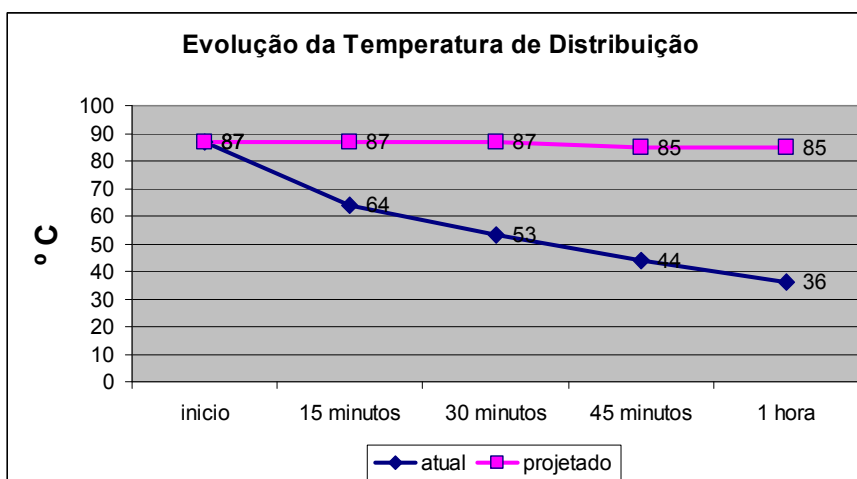


Figura 51 – Evolução da temperatura de distribuição

## 6.6 REVITALIZANDO O CONCEITO DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR

Finalmente, é considerável que todas as ações anteriores poderiam ser resumidas ao resultado desse item: como a alimentação será recebida, vista e percebida pelo usuário de saúde.

O grande objetivo de todas as melhorias foi imaginando a refeição chegando ao usuário como em breve chegará: bonita, apetitosa, com aroma agradável, sabores próprios e bem trabalhados, arrumada e servida num prato de porcelana, para ser degustada com talheres de qualidade, acompanhada de saladas e sobremesas também decoradas e saborosas, em temperatura idêntica a que acabou de sair do forno, segura higienicamente, e o melhor – alimentos escolhidos previamente dentro de preferências individuais. Além disso, a refeição que será entregue terá as características nutricionais e dietéticas conhecidas e reconhecidas.

Ao final da refeição, o usuário poderá opinar sobre o que consumiu, delimitando as próximas condutas que a Nutrição Produção deverá tomar com aquele cliente em especial.

O conjunto de características supracitadas pretende deixar na memória do usuário uma nova concepção de alimentação hospitalar, que associa o saudável, o gastronômico e o respeito à individualidade.

Esse capítulo tomou forma de acordo com a ansiedade e a vontade de ver tudo sendo transformado e melhorado. No próximo capítulo, serão apresentadas as considerações finais do presente trabalho.

## 7. CAPITULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação propôs como objetivo principal implantar um sistema de nutrição hospitalar sob o eixo da integralidade.

A implantação aconteceu, assim como houve o esforço em fazê-la com o foco de uma abordagem integral. Conceitos de integralidade estiveram presentes o tempo todo, guiando principalmente a organização do novo sistema. Segundo Mattos (2004), ao se buscar orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se também ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades, e tal busca efetivamente aconteceu.

A implantação perseguiu continuamente a sugestão de Cecílio, Pinheiro e Mattos (2006, p. 122), em “radicalizar a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do sistema de saúde”, mas essa foi, na minha percepção, o maior e mais contínuo desafio. Peguei-me por várias vezes indo na contramão da integralidade, tanto por pensamentos quanto por atitudes, influenciada provavelmente pela vivência e formação reducionista à qual fui submetida.

Além do desafio pessoal em me orientar continuamente pela integralidade, outro desafio foi conseguir fazer aquilo que Cecílio (2006, p. 115) orienta quanto às equipes e profissionais de saúde, sobre a importância de uma “conceituação de necessidades de saúde que possa ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde nos seus cotidianos”. Durante vários momentos da pesquisa foi observado posicionamento como que “de esquecimento” de que o motivo do hospital existir é a saúde do usuário. Muitas vezes o processo em si do trabalho é o mais valorizado, ficando o usuário como secundário na atenção.

A Nutrição Produção possui características que compartilham dessa visão reducionista, muitas vezes sequer conhecendo quem é o usuário, quais são suas expectativas e demandas alimentares, e muito menos quais são suas outras demandas.

A visão de uma Integralidade ampliada, como “uma relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, equipe e da rede de serviços de saúde e outros” (CECILIO; PINHEIRO;

MATTOS, 2006, p. 122) precisa ser construída continuamente no exercício cotidiano de nossas práticas, mas antes de tudo a integralidade precisa ser conhecida enquanto princípio, para então poder ser buscada.

Percebi que o termo integralidade não é desconhecido, mas é interpretado de várias maneiras. Atores da área hospitalar em sua maioria o desconhecem como princípio, ou como passível de eixo norteador em saúde pública.

Pensando os hospitais da referida pesquisa como de ensino, e pertencentes a um grupo de ensino, compartilho da opinião de autores que consideram que o compromisso (e antes o entendimento) com o eixo da integralidade virá exatamente dos “vários atores que com ela se comprometerem, principalmente os que estão nas interfaces da formação: docentes, dirigentes de ensino, estudantes, gestores de educação e do SUS” (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, não paginada). Digo mais: dos gestores dos serviços de saúde que são os preceptores dos alunos e futuros profissionais na prática profissional.

Neste quesito considero que um dos objetivos da pesquisa, o estímulo à prática da integralidade na área hospitalar, foi parcialmente atingido: o estímulo aconteceu, mas atingiu somente os atores envolvidos na implantação naquele momento, e de acordo com o entendimento individual de cada um, baseado em seus conceitos prévios, em seu caldo cultural.

O desafio a essa conclusão é pensar a estrutura de como manter, ampliar e “contaminar” mais atores com tal visão, e como estruturar a formação dos alunos que semestralmente chegam a estes serviços para aprender sua futura prática.

Novamente citando Ceccim e Feuerwerker (2004, não paginada), trata-se de enfocar modos de cuidar, tratar e ensinar na construção da mudança na formação. “É nossa tarefa reverter as teorias biologicistas da educação na saúde para uma teoria da *integralidade* na educação dos profissionais de saúde”. Saliento que não somente dos futuros profissionais, mas também daqueles que já são atores no cenário hospitalar.

Outro objetivo da pesquisa era experienciar a incorporação de novas tecnologias no cuidado nutricional.

Tal característica assumiu destaque durante a implantação, que foi a nova tecnologia de montagem e distribuição de dietas. Infiro que permanece muito forte a relação de importância de tecnologias (duras) associadas ao atendimento hospitalar, e

estas como sendo resolutivas no processo saúde-doença. Lembro que segundo Merhy (2000), tecnologia dura são equipamentos tecnológicos.

A valorização da tecnologia dura é tão presente no hospital que a implantação de novas tecnologias no serviço de nutrição foi, a meu ver, o ponto alto da pesquisa. De tudo que foi implantado, a mudança tecnológica (dura) foi a mais comentada, mais percebida e mais reconhecida como sendo fundamental na mudança.

Partilho do reconhecimento que a tecnologia implantada realmente foi importante; sem ela, os outros conceitos de atendimento, organização, gastronomia (que podem ser chamadas de tecnologias – leves e leve-duras), não teriam o mesmo valor ao final do processo, e talvez fossem menos percebidos pelos usuários.

Talvez outro motivo de tal valoração foi o fato de que o grande investimento financeiro se destinou exatamente à aquisição da nova tecnologia, o que pode determinar seu destaque.

Particularmente continuo considerando que foi o conjunto dos conceitos, o esforço da implantação com abordagem integral o diferencial do sistema.

Tecnologia dura precisa estar alinhada às tecnologias leves e leve-duras, mas somente ao final da reflexão sobre a pesquisa é que fiz tal analogia: que o que nomeei de conceitos tangenciais – gastronomia, hotelaria, humanização – nada mais foi que implantação de tecnologia também – mas nesses casos tecnologias leves e leve-duras. Fica claro que eu também sofro influências do caldo cultural hospitalar, enxergando ainda tecnologia como equipamentos ou materiais “concretos”.

Concluo que ao menos à pesquisadora o objetivo de repensar a noção da integralidade a partir deste estudo foi alcançado. Fica a pretensão que a divulgação do presente material auxilie na ampliação de tal repensar.

No item gastronomia a conquista foi a padronização e melhoria de sabores, aromas e apresentação, além da opção de escolha de cardápios. Tanto os usuários de saúde quanto os profissionais da assistência ficaram positivamente impressionados com a possibilidade de escolha antecipada das refeições, o que deve melhorar a aceitação da alimentação, e conseqüente melhor resposta ao tratamento.

Vários profissionais comentaram que assim até eles gostariam de assumir o papel de usuários de saúde, porque se sentiriam “num hotel”, escolhendo a alimentação, e por alguns momentos esquecendo a hospitalização.

Outra percepção dos profissionais e usuários foi o aroma que passou a ser sentido durante a distribuição das refeições, já no projeto piloto usando o novo

material, ou “nova tecnologia térmica” de manter os pratos aquecidos. Aparentemente foi exatamente o sistema de aquecimento que passou a dispersar mais os aromas que a gastronomia, com novas ervas e temperos, incorporou às preparações.

O desafio gastronômico será a formação de toda a equipe em gastronomia, adequados às funções e cargos de cada ator. Além dos cozinheiros, copeiros e nutricionistas irão passar por desenvolvimento na área, desde o conhecimento mais aprofundado em molhos, que foi o início do trabalho, até a estruturação de um módulo de ensino no curso de gastronomia, intitulado Gastronomia Hospitalar, onde os preceptores do ensino prático serão todos os envolvidos na Nutrição Produção dos hospitais.

O novo uniforme e apresentação das copeiras também foi notado e comentado. A unificação do uniforme a todos os cargos conseguiu quebrar uma errônea noção de estratificação que existia, e somada ao uso de uma vestimenta aprovada pelos usuários (funcionários da Nutrição), trouxe valorização aos atores operacionais da Nutrição Produção. A idéia é continuamente valorizar a apresentação e auto-imagem dos atores operacionais. Já durante o fechamento da dissertação, houve um treinamento alinhado ao uso do novo uniforme que foi de auto-maquagem. Como a maioria dos colaboradores é do gênero feminino (torno de 97%), tal iniciativa foi muito bem aceita. Tanto que foi estendida a outros departamentos da empresa, o que entendemos também como uma dimensão da integralidade trabalhando a intersetorialidade.

A nova organização dos processos de montagem utilizando cores e cartões para identificação das dietas trouxe soluções e desafios. As soluções foram a padronização da montagem da esteira, do posicionamento das preparações e respectivas dietas nos bufês, da seqüência de porcionamento dos alimentos nos pratos. O desafio foi e ainda será a melhoria contínua no processo, para aumentar a agilidade na montagem. No piloto o tempo foi de 45 minutos, e a meta é 30 minutos. Os cartões coloridos ajudam muito, mas já percebemos uma tendência a “cantar as dietas”, e não usar somente os cartões. Esse “cantar” é ler em voz alta os itens dos respectivos cartões, o que atrasa a montagem. É uma característica que foi presenciada em serviços visitados, e que talvez mereça um estudo.

O processo de montagem foi estruturado sem seguir uma base conceitual formal. Após apresentação dos “conceitos” de cor e cartões, descobrimos que integram conceitos do sistema Toyota de Produção, desenvolvido na área

automobilística, mas já estudado e adaptado a várias outras áreas, inclusive cozinhas. Tal estrutura gerou interesse em projeto futuro de Implantação de Sistema Toyota na Nutrição Hospitalar, que ocorrerá a partir do próximo ano. Em processos de montagem e distribuição, esse será o desafio, sem esquecer de tê-lo sob o eixo da integralidade.

Entendo que a pesquisa ao seu final acabou estruturando um modelo de implementação, apesar deste não ter sido o objetivo. É a partir desse momento que surgem as principais dúvidas quanto à consistência e continuidade do “modelo”, porque segundo Pinheiro e Luz (2003) “condições institucionais, materiais e informacionais” nem sempre se apresentam da forma como foi sugerida, e se transformam ao longo do tempo. Se já existem desencontros dos objetivos pré-definidos pela atual gestão da nutrição com as práticas efetivamente exercidas na execução do trabalho, no futuro tais objetivos podem sim perder seu eixo estrutural.

Concluo minhas reflexões registrando que talvez o maior ganho da pesquisa tenha sido a integralidade de algo que eu não tive a “audácia” de sugerir e chegava a ser somente uma utopia: estender toda a proposta de implantação ao usuário SUS. Isso ainda não é realidade porque permanece o diferencial da escolha de cardápio, mas para um projeto que tencionava somente aproveitar a segurança e agilidade gerados pelo novo sistema, ter a oportunidade de oferecer todo o sistema, excetuando somente e temporariamente a opção de cardápio, foi uma grande realização.

Ficam aqui registradas reflexões, experiências, planos e desejos para o futuro. Que essa pesquisa possa servir como mais um exemplo de experiência de conexão entre teoria e prática profissional, e que possa ter trazido um novo ou diferente olhar sobre a alimentação hospitalar.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, R. T. **Avaliação de tecnologia em saúde**. In: BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. 2 ed. Brasília: 2006.

AYRES, J. R. C. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, p. 63-72, 2001.

BALDISSERA, R, BRAGA, L. V. **Comunicação, Conforto Visual e Hospitalidade**. IV SeminTUR – Seminário de Pesquisa em Turismo do MERCOSUL. Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, RS, julho de 2006.

BOIANOVSKY, D. **Benefícios da alimentação**. Cozinha Industrial. 5, p. 24-25, 1989.  
BOOG, M. C. F; CAMPOS, S. H. **Cuidado Nutricional na visão de enfermeiras docentes**. Nutrição, Campinas, n. 19, v. 2, p. 145-155, mar./abr. 2006.

BOWEN, D.; YOUNGDAHL, W.E. **Lean service**: in defense of a production-line approach. International Journal of Service Industry Management, 9, (3), 207-25, 1998.

BRASIL. **Constituição república federativa do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Humanização**. 2000. Disponível em: [http://www.portalhumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80\\_2.doc](http://www.portalhumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80_2.doc). Acesso em 20/11/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. 2 ed. Brasília: 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

CAMARGO, K. R. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

CAMARGO, L. O. L. Os domínios da hospitalidade. In DENCKER, A. F. M, BUENO, M.S. (org.) **Hospitalidade: cenários e oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CAMPOS, C.E.A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde da família**. Ciência e Saúde Coletiva, n. 8, v. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva. V. 9, n. 3, 2004.

CASTELLI, G. **Excelência em hotelaria**: uma abordagem prática. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

CASTELLI, G. **Hospitalidade**: na perspectiva da gastronomia e da hotelaria. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, jan./set./out. 2004. Não paginado. (publicação sem numero de paginas)

CECILIO, L. C. O.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

CECILIO, L.C. O. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Atribuições do nutricionista por área de atuação**. Resolução CFN Nº 380/2005. ANEXO II. 2005. Disponível em <<http://www.cfn.org.br>>. Acesso em: 11 nov. 2007.

DEMARIO, R. L. **Comer no hospital**: percepções de pacientes em um hospital com atendimento humanizado. Dissertação de mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

DIAS, C. M. M. O modelo de hospitalidade do Hotel Paris Ritz: um enfoque especial sobre a qualidade. In DIAS, C.M. M (org.). **Hospitalidade: Reflexões e perspectivas**. Manole: São Paulo, 2002.

DIAS, M. A. **Novos conceitos em hotelaria hospitalar**. Noticias Hospitalares, set, 2003. Disponível em <http://www.noticiashospitalares.com.br/set2003/pgs/hotelaria>. Acesso em 12/09/2007

FONSECA, P. C. **Estado nutricional e adequação da ingestão alimentar em pacientes submetidos a laparotomia**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

FRANCO, T. B.; MAGALHAES JR, H. M. M. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas do cuidado. In MERHI, E.E; FRANCO, T.B. ET AL. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec: São Paulo, 2003. Não paginado. (publicação sem numero de paginas)

GADELHA, C. A. G. Complexo Industrial da Saúde: desafios para uma política de inovação e desenvolvimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. 2 ed. Brasília: 2006.

GARCIA, R.W.D. **A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento**. Nutrição, Campinas, v. 19, n. 2, p. 129-144, mar./abri. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A-P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 20, suppl 2, 2004. Não paginado. (publicação sem número de páginas)

JONES, P.; LOCKWOOD, A. Hospitality Operations Management. In: **Hospitality Management: The State of the Art**, convened by Prof. K. Michael Haywood, University of Guelph, Canada; Perry Hobson, Southern Cross University, Australia; and P. Jones, University of Brighton, United King-dom, 10 april 1996 until 10 August 1996, disponível em <<http://www.mcb.co.uk/services/conferen/apr96/hospitality/conhome.htm>>. Acesso em 13 ago. 2007.

JORGE, A. L; MACULEVICIUS, J. **Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal na Área de Nutrição Hospitalar**. Nutrição em Pauta, julho/agosto 2000.

JORGE, A. **Nutrição Hospitalar**. Nutrindex, n. 174, set. 2000, disponível em <http://www.nutrindex.com.br/edicoes/Ed174/mat02SET00.html> . Acessado em dezembro de 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

LASHLEY, C.; MORRISON, A. (orgs.). **Em busca da hospitalidade**: perspectivas para um mundo globalizado. São Paulo: Manole, 2004.

LEVITT, T. **Production line approach to service**. Harvard Business Review, 50, 5, 20-31. 1972

MACIEL, M. E. Identidade Cultural e Alimentação. In: CANESQUI, A. M. **Antropologia e Nutrição**: um dialogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MAES, G. A Sopa no Hospital: testemunho. In CANESQUI, A. M. **Antropologia e Nutrição**: um dialogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARINS, L.A. **Socorro!** Preciso de motivação. Harbra, 13ª Edição: São Paulo, 1995.

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática** (ou sobre a pratica da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 5, Jan/Set./Out. 2004. Não paginado. (publicação sem número de páginas)

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003.

McLAUGHLIN, C.P. **Why variation reductions is not everything**: a new paradigm for service operations. International Journal of Service Industry Management, 7, 3, 17-30, 1996.

MERHY, E. E. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas**. Interface, V. 6, 2000.

MERHY, E. E. e CECILIO, L. C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, UMS ABRASCO, 2003.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Terra, 1995.

MEZOMO, J. C. **Hospital Humanizado**. Fortaleza: Premius Ed, 2001.

PAIM, J.S. Bases **conceituais da Reforma Sanitária Brasileira**. Organizado por Fleury, S.A. Luta do Cebes. São Paulo, 1997, p. 11-24.

PANERAI, R.; MOHR, P. J. **Health Technology Assessment. Methodologies for Developing Countries**. PAHO: Washington DC, 1989.

PINHEIRO, R. **Integralidade no Ensinasus**: experiências inovadoras no ensino da saúde. Radis, n. 49, setembro, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e praticas no cotidiano. In PINHEIRO, R e MATTOS, R. A. (org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. Laboratório de Pesquisas de Praticas de Integralidade em Saúde, 2003. Disponível em [www.lappis.org.br/artigo\\_madel\\_roseni.pdf](http://www.lappis.org.br/artigo_madel_roseni.pdf), acessado em março de 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. **Aliança Saúde**. Disponível em <<http://www.pucpr.br/cursos/graduação/ccbs/nutricao/index.php>>. Acesso em 12 jul. 2007.

PUBENZA, L.C. **Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a avaliação gerencial dessa satisfação**. Dissertação. São Paulo, SP: Escola de Administração da Fundação Getúlio Vargas, FGV, 2002.

QUEVEDO, M. F. **Hospitalidade**: um estudo de caso do Hospital Unimed Nordeste RS. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós Graduação em Turismo, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2006.

RITZER, G. **The McDonaldization of Society**. Pine Forge, Califórnia. 1993.

SAMPAIO, H. A. C. In MEZZOMO, A. A. **Fundamentos da Humanização hospitalar**: uma versão multiprofissional. Local: Editora, 2003.

SAVARIN, B. **A fisiologia do gosto**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SCHLESINGER, L.A.; HESKETT, J.A. **The service driven company**. Harvard Business Review, 69, 5, 71-81. 1991.

SENAC, DN. **A história da Gastronomia**. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 1998.

SERSON, Fernando. **Hotelaria**: a busca da excelência. São Paulo: Marcos Cobra, 1999.

SILVA, Charles Grazziotin. **A importância dos serviços de alimentação junto aos meios de hospedagem gaúchos** – estudo de caso de hotéis na cidade de Porto Alegre. Dissertação. Caxias do Sul, RS, 2006.

SILVA, J. F. Apresentação. In BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar**: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2004.

TEICHMANN, I. **Tecnologia culinária**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. **Concepção, objetivos, grupos e linhas de pesquisa**. Disponível em [www.univali.br](http://www.univali.br) acessado em 30/03/2008.

VIEIRA, E.; CANDIDO, Í. **Glossário Técnico** – gastronômico, hoteleiro e turístico. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

WAITZGERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I.T.D. **Hospital malnutrition**: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*, n. 17, v. 7-8, p. 573-80, 2001.

WATANABE, S. **Hospitalidade**: uma abordagem para melhoria da qualidade. *Hospitalar*, 2005. Disponível em [http://www.hospitalar.com/opiniao/opiniao\\_1176.html](http://www.hospitalar.com/opiniao/opiniao_1176.html)>. Acesso em 14 set. 2007, 12h16min horas.

WATANABE, S. **Hotelaria Hospitalar**: avaliação dos pacientes sobre a qualidade nos serviços. Dissertação – Programa de Mestrado em Hospitalidade, Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo, 2004.

ZANON, Uriel. **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar**: Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de Qualidade. Rio de Janeiro: Medsj, 2001.

**ANEXOS**

**ANEXO A - Modelo de Pesquisa de Satisfação do Hospital de Caridade (novo formulário)**

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE**

POR FAVOR, DEIXE SUA OPINIÃO. QUEREMOS QUE VOCÊ E SUA FAMÍLIA RECEBAM UM SERVIÇO CADA VEZ MELHOR NA SANTA CASA DE CURITIBA.

DATA:     /     /

Qual foi o serviço utilizado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como você avalia o atendimento que recebeu?

Ótimo    Bom    Regular    Ruim

No que precisamos melhorar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL):**

Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leito \_\_\_\_\_ Telefone (   ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Deposite este cartão em uma das caixas de sugestão do hospital. Muito obrigado pela colaboração!

**Ouvidoria Hospitalar**  
**Telefone: (41) 3320-3527**  
**E-mail: ouvidoria.santacasa@pucpr.br**

**ANEXO B - Modelo de Pesquisa de Satisfação Hospital de Caridade (formulário anterior - frente)**

Você já havia utilizado os nossos serviços anteriormente?  Sim  Não

Caso houvesse necessidade, você voltaria a este hospital?  Sim  Não

Porquê? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sugestões / Comentários: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Se desejar, identifique-se:

Nome: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_



**Aliança SAÚDE**  
PUCPR - SANTA CASA

**HOSPITAL DE CARIDADE**

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

A sua opinião é fundamental para mantermos e melhorarmos a qualidade dos nossos serviços.

Deposite o folheto preenchido nas urnas que se encontram nos setores ou procure o SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente.

Hospital de Caridade  
Praça Rui Barbosa, 694 - Centro  
CEP 80010-030 - Curitiba - PR

Telefone: (041) 3320 3500  
Fax: (041) 3222 1071

SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente  
Telefone: (041) 3320 3527  
Horário de atendimento: 9h às 18h.  
e-mail: [sachea@pucpr.br](mailto:sachea@pucpr.br)  
HICA.ADM15.FOR.04.03

**ANEXO C - Modelo de Pesquisa de Satisfação Hospital de Caridade (formulário anterior - verso)**

Recepção / Internamento	Limpeza / Higienização/ Rouperla	Nutrição / Copa
<p>1 - O atendimento e serviços prestados apresentaram:  Clareza nas informações <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2 - Como você classificaria o atendimento do serviço?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>	<p>1 - A higiene clínica dos aposentos foi satisfatória?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2 - As roupas de cama e banho estavam limpas e bem apresentadas?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3 - Como você classificaria o atendimento do serviço?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>	<p>3 - O que você achou do sabor da alimentação?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>4 - Como você classificaria o atendimento do serviço?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>
<p><b>Equipe Médica</b></p>	<p><b>UTI Geral / UTI Cardiovascular I e II</b></p>	<p><b>Telefonia</b></p>
<p>1 - O serviço médico dispensou-lhe a atenção necessária?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>1 - Recebeu as informações necessárias no serviço?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2 - Como você classificaria o atendimento do serviço?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>	<p>1 - Como você classificaria o atendimento do serviço?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Não utilizou</p>
<p>2 - Foram esclarecidas todas as suas dúvidas?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>Nutrição / Copa</b></p>	<p><b>Tesouraria</b></p>
<p>3 - Como você classificaria o atendimento do serviço?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>	<p>1 - O atendimento e serviços prestados apresentaram:  Aplicado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  Cortesia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2 - A refeição foi servida na: Temperatura adequada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  Quantidade suficiente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>1 - Foram esclarecidas todas as suas dúvidas?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não utilizou</p> <p>2 - Como você classificaria o atendimento do serviço?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Não utilizou</p>
<p><b>Equipe de Enfermagem</b></p>	<p>2 - A refeição foi servida na: Temperatura adequada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  Quantidade suficiente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Sua opção por este Hospital foi feita por sugestão de:  <input type="checkbox"/> Indicação do convênio  <input type="checkbox"/> Indicação médica  <input type="checkbox"/> Escolha pessoal  <input type="checkbox"/> Recomendação de um amigo ou familiar  Outros _____</p>
<p>1 - Durante o internamento foi atendido sempre que necessário?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>2 - A equipe demonstrou segurança na execução dos procedimentos?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>2 - A equipe auxiliou na higiene e alimentação do paciente sempre que necessário?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>		
<p>3 - Como você classificaria o atendimento do serviço?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>		
<p>4 - Como você classificaria o atendimento do serviço?  <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>		



## ANEXO E - Proposta comercial final da linha Aladdin® – importado pela J. Cobo

Date: December 12 <sup>th</sup> .,07	Proforma Invoice N°: 020/07-B	Validity: January 11th., 2008
3055 Enterprise Ave. , Suite 160 Ft. Lauderdale, FL 33331 Phone: (1 954) 202-7336 Fax: (1 954) 202-7337 <a href="http://www.jcobo.com">www.jcobo.com</a>	Ship to: Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz Rua Mal. Floriano Peixoto, 2.509 – Rebouças 80220-000 Curitiba- PR - Brasil Phone: 55 41 3271-5863 E.mail: cristina.lourenco@pucpr.br CGC: 76.613.835/0002-60	
Manufacturer: Aladdin Temp-Rite P.O. Box 2978, Hendersonville, Tennessee 37077-2978 USA	Exporter : <i>J. Cobo – at the top</i>	
Country of Ultimate Destination: <i>Brazil</i>	Forwarding Agent: <i>To be defined for the customer</i>	
Incoterm: Ex Works	Nashville, USA	<i>Payment Terms : ADVANCED</i>

Item nr.	Sales Code	Part Number	Qty. Unit.	Description	Net Weight (Kgs.)	Gross Weight (Kgs.)	Unit Price USD	Total Price USD
1	IND600	97325	2	Heat on Demand Ultra Heat Activator with Heat Sensor			8,442.00	16,884.00
2	IHBR98	93044	6	Heat on Demand Base Storage/ Transport Rack for base - Capacity 104			1,765.00	10,590.00
3	Y104S	93397	4	Pellet Dome Storage Cady – Stainless Steel			1,200.00	4,800.00
4	J88	75081	16	Wire Rack for 104S – Dome Cady			115,00	1,840.00
5	L04A	29366	18	Denesting Delivery Carts – capacity 20 trays			1,200.00	21,600.00
6	IHB24K	97429	504	Heat on Demand Ultra Pellet Base, box w/12, Black colour			41,66	20,996.64
7	ALD170	98314	504	Allure Dome, box w/12, Black colour			13,67	6,889.68
8	ALB270	93685	528	Allure 8 oz., Round Soup Bowl, box w/48, Black colour			1,90	1,003.20
9	ALC370	97324	528	Allure 5 oz., Round Soup Bowl, box w/48, Black colour			1,81	955,68
				<b>Net Order:</b>			USD	<b>85,559.20</b>
				<b>Handling &amp; Care:</b>			USD	<b>500,00</b>
				<b>Total Order:</b>			USD	<b>86,059.20</b>

## ANEXO F - Proposta comercial final da linha Rieber® – representado pela Engefood



Rua dos Azevedos | 123 | Centro |  
 São Caetano do Sul | São Paulo | CEP: 02570-000  
 Fone: (11) 4775-0490 | www.engefood.com.br

DIC 23225

São Paulo, segunda-feira, 26 de novembro de 2007

À

**Immandade Santa Casa Hospital Nossa Senhora da Luz**

Rua Marechal Floriano Peixoto, 2509

Rexouças - Curitiba - PR - CEP: 80220-000

Fone: (041) 3271-5809

Att: Sr. Sérgio

Ref: Proposta comercial para Importação Direta

**Prezado cliente:**

A Engefood agradece sua consulta e coloca-se à disposição para eventuais dúvidas ou esclarecimentos quanto aos nossos equipamentos e serviços. Nosso objetivo é oferecer soluções adequadas para o seu negócio, priorizando o melhor custo benefício aliado à tecnologia de ponta com um atendimento exclusivo através de nossas equipes experimentais, onde podemos demonstrar e comprovar a qualidade de nossos equipamentos, os quais atendem à resolução da ANVISA RDC N.º 218, em vigor a partir de 15 de março de 2005. Conforme solicitado segue proposta comercial.

**Relação de Preços para Importação Direta em EUR**

ITEM	DESCRIÇÃO	QTD	UNITÁRIO EUR	SUBTOTAL EUR	
01	BASE MODELO PP89080233 – COR CINZA CLARO	160	39,17	6.267,20	X
02	TAMPA MODELO PP89080231 – COR CINZA CLARO	160	44,00	7.040,00	X
03	SOUPEIRA MODELO PP89080231 – COR CINZA CLARO	160	37,17	5.947,20	X
04	TAMPA PARA SOUPEIRA MODELO PP89080230 – COR CINZA CLARO	160	37,17	5.947,20	X
05	CARRO ELEVACÃO DE BANDEJAS Cód. 89020301	02	2.158,33	4.316,66	
06	CARRO RRU2 Cód. 89010154	02	3.688,33	7.376,66	X 1574,73
07	DISCO PARA AQUECIMENTO Cód. 89080168	160	95,75	15.320,00	X

Validade da proposta: 5 dias

Condições de pagamento: ANTECIPADO

Entrega: 45 DIAS

**Assistência Técnica:**

A Engefood dispõe de profissionais capacitados e atualizados através de cursos periódicos pelos fabricantes.