

Editora Poisson

Gestão da Produção em Foco Volume 13

1ª Edição

Belo Horizonte

Poisson

2018

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
Dra. Cacilda Nacur Lorentz – Universidade do Estado de Minas Gerais
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393

**Gestão da Produção em Foco- Volume 13/
Organização Editora Poisson - Belo
Horizonte - MG : Poisson, 2018
293p**

Formato: PDF

ISBN: 978-85-93729-54-6

DOI: 10.5935/978-85-93729-54-6.2018B001

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

**1. Gestão da Produção 2. Engenharia de
Produção. I. Título**

CDD-658.8

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

www.poisson.com.br

contato@poisson.com.br

SUMÁRIO

Capítulo 19: Gestão da Inovação: um estudo de caso sobre a Incubadora de Empreendimentos Tecnológicos de Macaé..... (Victor Araújo dos Santos, Luciano José de Oliveira, Ailton da Silva Ferreira, Denise Cristina de Oliveira Nascimento)	183
Capítulo 20: Gestão da qualidade em nutrição hospitalar..... (Rodrigo Godoy de Lima, André de Melo Silva Paulo, Thaís Spiegel, Elaine de Oliveira Pinto, Dércio Santiago da Silva Jr.)	192
Capítulo 21: A utilização do fluxograma como ferramenta auxiliar da qualidade para a identificação de problemas operacionais..... (Antônio José de Sousa Filho, Simone Veloso Silva, Francisco das Chagas Rodrigues Oliveira Filho)	202
Capítulo 22: Práticas de sustentabilidade nas estratégias competitivas: uma perspectiva da logística reversa verde e produto verde (Adriana Karin Goelzer Leinig, Edelvino Razzolini Filho)	211
Capítulo 23: Oportunidades para desenvolvimento do mercado de <i>jerked beef</i> no Brasil (Shirley Martins Menezes, Carmen Josefina Contreras Castillo, Sergio De Zen)	221
Capítulo 24: Planejamento tático de centro cirúrgico: a decisão de alocação de salas cirúrgicas (Daniel Bouzon Nagem Assad, Ana Carolina Pereira De Vasconcelos Silva, Thaís Spiegel, Leonidas Cardoso)	229
Capítulo 25: Ferramenta de análise econométrica para previsão de vendas de apartamentos em goiânia..... (Marcilon Fonseca de Lima, Raphael Vasconcellos Ludovico de Almeida, Rodrigo Propicio Carneiro Filho, Priscilla Borges de Freitas Rodrigues, Clarimar José Coelho)	241
Capítulo 26: Perfil industrial da região metropolitana do Cariri – Ceará (Tamara Sampaio Alves De Lima, Priscilla De Oliveira Sales, Diego Santos Da Silva, Cicero Thercio Rodrigues De Assis, Savio De Brito Fontenele)	251
Capítulo 27: Métodos para aumento da produtividade dos terminais de contêineres baseado em Lean Service..... (Roquemar de Lima Baldam, Moacyr Reis Neto, Luciano Lessa Lorenzoni, Lourenço Costa, Thalm de Paiva Coelho Júnior)	260
Autores	274

Capítulo 20

GESTÃO DA QUALIDADE EM NUTRIÇÃO HOSPITALAR

Rodrigo Godoy de Lima

André de Melo Silva Paulo

Thaís Spiegel

Elaine de Oliveira Pinto

Dércio Santiago da Silva Jr.

Resumo: O presente trabalho consiste na identificação e análise de problemas na divisão de nutrição de um hospital público com o objetivo de propor melhorias para a gestão. Como metodologia utilizou-se a revisão da literatura para o embasamento teórico da aplicação do método de identificação, análise e solução de problemas (miasp). Baseado neste, foi possível modelar os processos, fazer análises quantitativas e qualitativas, estruturar a árvore de realidade atual (ara) e elaborar um plano de ação. Dentre os problemas identificados, escolheu-se atuar sobre a causa-raiz de falta de rastreabilidade das informações, sendo esta responsável direta ou indiretamente por aproximadamente 50% dos principais problemas encontrados. Para isso, foram projetados novos controles e melhorias aos já existentes para a construção de um painel de indicadores que apoiem a tomada de decisão da alta gestão.

1 INTRODUÇÃO

Um hospital pode ser definido como uma organização de prestação de serviços à saúde que agrupa saberes, profissionais, tecnologia e infraestrutura diversificados. Dentro do processo de atenção à saúde, os hospitais atuam como subsistemas de cuidados secundários (cura e tratamento) e terciários (reabilitação e reintegração), e para lugar de ensino e investigação biomédica (VENDEMIATTI, 2010).

Johnston & Clark (2002) afirmam que organizações hospitalares são instituições de elevada complexidade para administrar, já que são compostas por um grande número de funcionários que prestam uma grande variedade de serviços, lidando com uma grande quantidade de fornecedores.

Dentre os serviços observados nos hospitais, tem-se o nutricional, que constitui parte fundamental dentro da estrutura organizacional de um hospital, visto que a alimentação está diretamente ligada a recuperação da saúde do enfermo. É de suma importância que nas primeiras horas após a entrada em uma unidade de internação, o paciente seja avaliado por uma equipe médica e tenha sua dieta prescrita, de acordo com o seu estado nutricional atual (restrição ou inclusão de alimentos específicos), capacidade de ingestão e digestão de alimentos e também absorção intestinal de nutrientes (BRYLINKSY, 2000).

Nota-se, em muitas organizações, os profissionais presos a rotinas de trabalho, sem tempo hábil para refletir sobre os problemas que enfrentam, assim como suas possíveis soluções. Esses problemas não solucionados, muitas vezes invisíveis aos olhos dos gestores em seu cotidiano, podem causar perdas e instabilidade nos processos, afetando o desempenho da organização e gerando maiores custos.

A partir dessa necessidade, este trabalho teve por objetivo a proposição de melhorias que possibilitem um aumento da qualidade dos serviços de cuidado nutricional e a redução de seus custos, por meio da explicitação dos processos e da utilização da metodologia sistemática de resolução de problemas MIA SP, em um hospital público de grande porte.

Incluído na concepção do Controle de Qualidade Total (*Total Quality Control* - TQC), o MIA SP tem sido amplamente difundido e

utilizado, geralmente por grandes empresas, com o objetivo de eliminar os diversos impactos dos problemas existentes nas organizações. Baseado nos moldes do *Plan, Do, Check, Act* (PDCA), é traçada uma metodologia objetiva e sistemática de melhoria contínua, evitando sua obsolescência e se adequando às diferentes mudanças, algumas delas inevitáveis, que ocorrerão na organização. Segundo Campos (2014, p. 41), “Controle total é o controle exercido por todas as pessoas da empresa, de forma harmônica (sistêmica) e metódica (baseada no ciclo do PDCA)”.

2 CONTEXTO: A NUTRIÇÃO NO ÂMBITO HOSPITALAR

É inegável a importância da alimentação para a sobrevivência de todos os seres vivos. Esta se faz mais importante ainda em um hospital, onde, em grande parte dos casos, há necessidades especiais e restrições que precisam ser atendidas para o reestabelecimento dos enfermos.

De acordo com Nonino-Borges (2006) são muito complexos os processos que garantem a compatibilidade entre a oferta e as necessidades nutricionais e terapêuticas dos clientes/pacientes, assim como as responsabilidades econômico-administrativas e programação e execução de refeições de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN). Nonino-Borges (2006) ainda aponta que há estudos que demonstram a subavaliação do estado nutricional e da capacidade de ingestão alimentar dos clientes/pacientes, resultando em ingestão inadequada dos nutrientes necessários, bem como na produção superestimada de alimentos, resultando em desperdício.

Para Leandro-Merhi, Morete & Oliveira (2009, p. 219) o “[...] *déficit nutricional acarreta o aumento da incidência de infecções hospitalares, cicatrização de feridas mais lentas, aumentando ainda mais o tempo de internação, além de contribuir para o aumento dos custos hospitalares*”.

Segundo Nonino-Borges (2006) o desperdício de alimentos pode ser gerado por planejamento inadequado de refeições, preferências alimentares, treinamento de funcionários para produção e porcionamento dos alimentos.

Levando em consideração esses fatores, algumas questões que precisam ser avaliadas:

- O levantamento/ atualização de necessidades dos pacientes está adequado?
- A rotina de visita aos leitos está sendo respeitada?
- A previsão e planejamento dos tipos e quantidade de alimentos consideram dados históricos e sazonalidade?
- Como é a comunicação entre clínica, planejamento e produção?
- São realizados levantamentos qualitativos e/ou quantitativos?

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 MÉTODO DE IDENTIFICAÇÃO, ANÁLISE E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Tendo por base o ciclo PDCA, o MIASP pode ser entendido como um roteiro estruturado

para a resolução de problemas complexos em processos, produtos e serviços em organizações.

O MIASP É uma peça fundamental no controle da qualidade, sendo possível sua utilização com o intuito de manter a qualidade e eliminar os erros crônicos para melhorá-la, usando o método e redirecionando o processo.

Previamente conhecido apenas como MASP, o método teve seu nome modificado para MIASP para destacar a importância da fase de identificação do problema. Sendo assim, o presente projeto tomou a decisão de referi-lo apenas como MIASP.

Segundo Campos (2004), a grande importância do MIASP está no fato dele se alimentar de fatos e dados para nortear a tomada de decisão, que muitas vezes possuem cunho puramente subjetivo, incorrendo em custos.

O MIASP pode ser dividido entre oito fases:

QUADRO 1 - As 8 fases do MIASP.

PDCA	FLUXO	MIASP	
		ETAPA	OBJETIVO
P	① ↓	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	Definir claramente o problema e reconhecer a sua importância.
	② ↓	OBSERVAÇÃO	Investigar as características específicas do problema, com uma visão ampla e sob vários pontos de vista.
	③ ↓	ANÁLISE	Descobrir as causas fundamentais.
	④ ↓	PLANEJAMENTO DA AÇÃO	Fazer um Plano de Ação para bloquear as causas fundamentais.
D	⑤ ↓	AÇÃO	Executar o Plano para bloquear as causas fundamentais.
C	⑥ ↓	VERIFICAÇÃO	Verificar se o bloqueio foi efetivo.
		(O bloqueio foi efetivo?)	
A	⑦ ↓	PADRONIZAÇÃO	Prevenir contra o reaparecimento do problema.
	⑧ ↓	CONCLUSÃO	Recapitular todo o processo de solução do problema visando trabalho futuro.

Fonte: Adaptado de Campos (2004)

Devido à restrição de tempo por se tratar de um projeto de graduação este trabalho se concentra nas 4 primeiras fases, indo até a proposição de melhorias e elaboração de um plano de ação. Não houve a execução das ações e nem o acompanhamento dos resultados para atestar a eficácia das mesmas.

No contexto do MIASP vale ressaltar a modelagem de processos e a árvore de realidade atual, ferramentas utilizadas no desenvolvimento do Projeto para a identificação dos problemas e suas causas raízes, respectivamente.

3.1.2 BUSINESS PROCESS MANAGEMENT (BPM)

De acordo com Paim (2007) os processos servem de base de registro para aprendizado sobre como atua, o histórico de como atuava e como atuará no futuro, dentro do seu ambiente organizacional.

Sousa Neto e Medeiros Júnior (2008), afirmam que o BPM está se tornando a abordagem de gestão de processos mais popular pelas organizações, tornando-se a abordagem com perspectiva para o futuro.

Instituições hospitalares são organizações complexas de se administrar (JOHNSTON; CLARK, 2002), visto que envolvem um grande

número de pessoas, oferecendo uma variedade de serviços e lidando com uma grande quantidade de fornecedores. Além disso, é exigido um cuidado especializado com atenção e eficaz, visto que um erro em uma atividade que cuida de vidas pode ser fatal. Um grande desafio enfrentado pelos hospitais é um melhor controle dos custos e a manutenção da qualidade da atenção prestada ao paciente. Desafio este, que por meio da gestão adequada dos processos pode ser resolvido (LAGOIA et al, 2008).

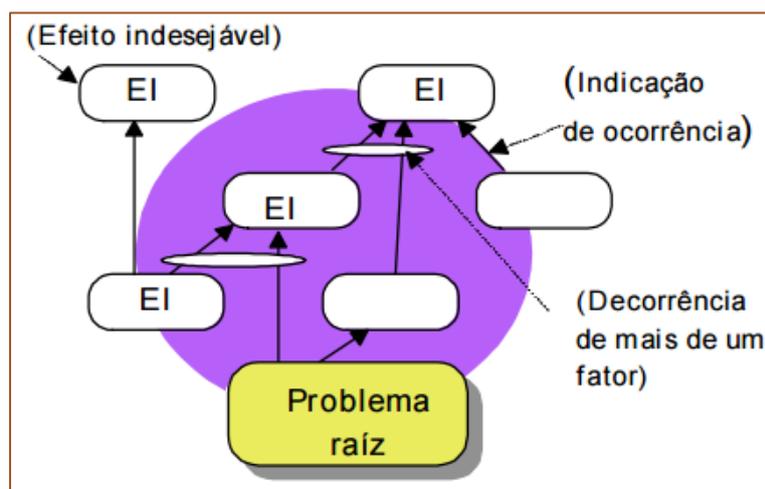
A partir da modelagem de processos será possível identificar lacunas e pontos de melhorias nos processos.

3.2.2 ARA (ÁRVORE DE REALIDADE ATUAL)

A Árvore da Realidade Atual (ARA) é uma ferramenta lógica desenvolvida por Eliyahu Goldratt que usa os princípios da Teoria das Restrições. Ela é uma ferramenta de análise de problemas que permite examinar lógicas de causa e efeito que caracterizam uma situação.

O objetivo desta ferramenta é inter-relacionar os problemas levantados, procurando a partir das relações de causa e efeito, identificar as causas raízes dos problemas.

FIGURA 16 - Estrutura da Árvore de Realidade Atual.



Fonte: Souza, Rentes e Filho (1997)

Quando utilizada em conjunto com o MIASP, a ARA possui vital importância nas fases de identificação do problema, listando os problemas encontrados, e de análise, permitindo de forma estruturada encontrar as causas raízes.

3.2.3 GESTÃO PELA QUALIDADE EM NUTRIÇÃO

Segundo Campos (1999) o controle de qualidade é um conjunto de técnicas gerenciais que tem por objetivo otimizar o fazer humano, no sentido de se alcançar a qualidade. Além disso, consiste também em exercer o controle sobre as dimensões da qualidade, ou seja, localizar o problema, analisar o processo, padronizar e estabelecer itens de controle de tal forma que o problema não volte a ocorrer.

Dentro da nutrição clínica, os conceitos de gestão e garantia da qualidade podem ser explicados pela necessidade de desenvolvimento de: Protocolos de avaliação nutricional; Manuais de procedimento; Indicadores clínicos gerenciais e de qualidade; Verificações do cumprimento das rotinas descritas como atividade privativas do nutricionista.

3.2.3.1 INDICADORES DE QUALIDADE

Indicadores de qualidade são ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional. São medidas que descrevem a situação atual de um determinado problema

e permitem fazer comparações, verificar mudanças ou tendências, além de avaliar a execução das ações planejadas durante determinado período de tempo, em termos de qualidade e quantidade.

Há indicadores de qualidade que podem ser implementados na prática clínica e administrativa e que servem para a monitoração da assistência nutricional, a coleta criteriosa de dados e a posterior análise crítica dos dados, com identificação de possibilidade de melhorias.

Segundo o manual de Sistematização Orientativo do Cuidado Nutricional, mensurar a qualidade e os resultados na assistência da nutrição, consiste em adequar o produto às características que vão ao encontro da necessidade dos clientes e, dessa forma, proporcionar a adequada recuperação nutricional e a garantia da satisfação do paciente e familiar.

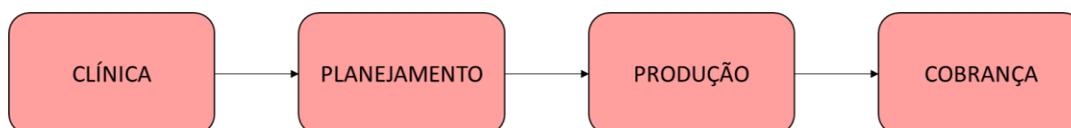
Uma gestão com foco na qualidade fornece ferramentas que possibilitam a verificação de conformidades e não conformidades nos diferentes serviços em que o nutricionista atua.

4 ESTUDO DE CASO

4.1 A DIVISÃO DE NUTRIÇÃO DO HOSPITAL

Atualmente, a DINUTRI pode ser representada por quatro macroprocessos:

FIGURA 17 – Macroprocessos da DINUTRI.



Fonte: os autores.

A Clínica é composta por nutricionistas e residentes que têm por função fazer a avaliação do paciente, diagnosticar, prescrever a dieta e registrá-las no sistema que servirá de insumo para o planejamento das refeições.

O Planejamento e a Produção atualmente estão sob a responsabilidade de empresa terceirizada. A empresa tem como atribuições a realização dos pedidos à sua sede determinando o volume de alimentos,

processo este realizado de forma quinzenal, como também as requisições ao almoxarifado das quantidades que serão necessárias para atender aos pacientes, efetuando também uma função de controle destes processos.

Baseada nas informações do planejamento, a produção é responsável por produzir todos os alimentos que serão utilizados para atender às diferentes dietas, que podem ter restrições e limitações incluídas. Realizam também a

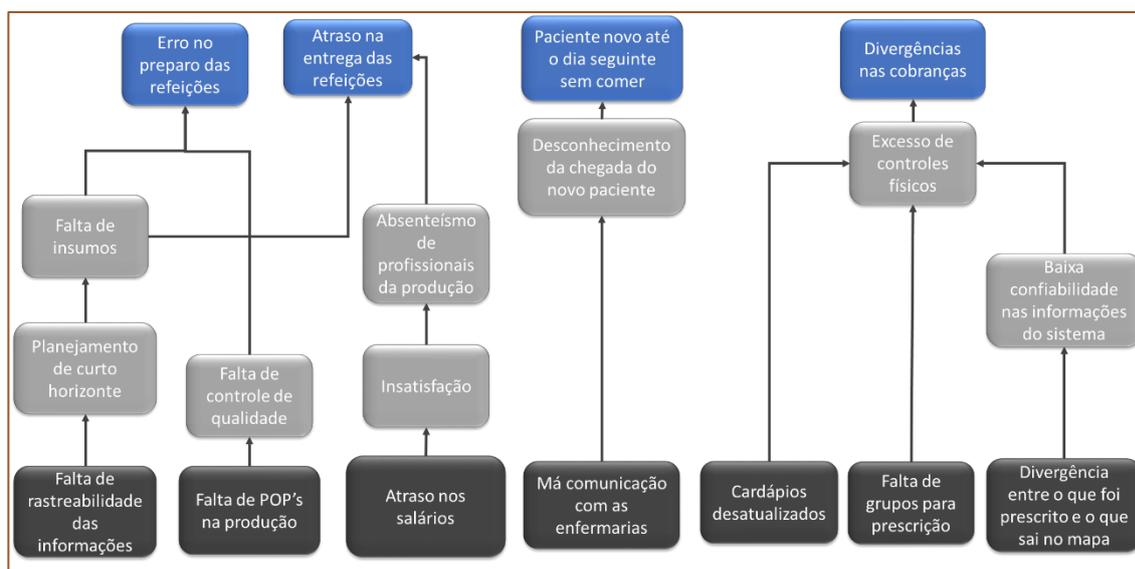
entrega dos alimentos aos pacientes em seus leitos.

A Cobrança tem por objetivo a fiscalização e conferência da entrega dos alimentos que estão sendo cobrados. É uma forma de assegurar que a empresa está prestando os serviços prometidos, de acordo com o Edital. Além disso, a área também é responsável por fazer alguns controles físicos, uma vez que o sistema de prescrição ainda não está implementado em sua plenitude.

4.2 PROBLEMATIZAÇÃO

A partir do mapeamento dos processos, foi possível identificar alguns efeitos indesejáveis e suas possíveis causas. Por meio da árvore de realidade atual (ARA), foram construídas relações de causa-efeito entre eles até que as causas fundamentais fossem encontradas, de acordo com o modelo abaixo:

FIGURA 18 - Árvore de Realidade Atual DINUTRI.



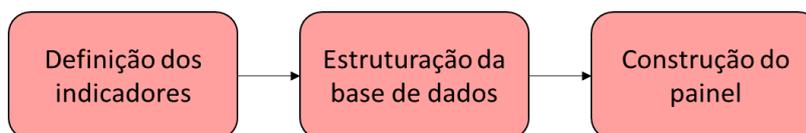
Fonte: os autores.

Entre as causas fundamentais encontradas, o foco deste trabalho foi a “Falta de rastreabilidade das informações” por dois motivos: (1) seu impacto, visto que responde direta ou indiretamente por 50% dos principais problemas identificados e (2) pela relativa facilidade de implementação das mudanças propostas, visto que já existem rotinas dessa natureza, ainda que neste momento estejam desestruturadas.

5 PROJETO DE MELHORIA

Tendo como base a frase “Se não puder medir, não pode controlar, senão controlar, não pode gerenciar, se não gerenciar, não pode melhorar (HARRINGTON, 1993), propõe-se o estabelecimento de uma gestão por indicadores para a DINUTRI. Isso foi feito em três etapas:

FIGURA 19 - Etapas para a implementação do sistema de medição de desempenho.



Fonte: os autores.

5.1 DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

Por meio da análise dos principais problemas foram definidos os seguintes indicadores para serem medidos, assim como suas fórmulas de

cálculo, periodicidade das aferições e os responsáveis pela atualização de cada um deles, conforme a tabela abaixo:

TABELA 6 - Tabela de indicadores

Processo	Indicadores	Unidade	Fórmula de cálculo	Atualização	Responsável
Clínica	Tempo de internação dos pacientes no hospital	Dias	Data de saída do paciente - Data de entrada	Semanal	Profissional de Cobrança
Clínica	Satisfação dos pacientes	%	$\frac{\sum(\text{Notas por item} \times \text{peso})}{(\sum \text{pesos}) \times 5}$	Seg, Qua e Sex	Profissional da Clínica
Planejamento	Taxa de cartões recebidos	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cartões recebidos}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes}}$	2 vezes ao dia	Profissional do planejamento
Planejamento	Taxa de atraso na entrega dos fornecedores	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entregas com atraso}}{\text{N}^\circ \text{ de entregas totais}}$	A cada entrega	Profissional do planejamento
Planejamento	Média de atrasos	Dias	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de dias de atraso}}{\text{N}^\circ \text{ de entregas com atraso}}$	A cada entrega	Profissional do planejamento
Produção	Taxa de não conformidades de fornecedores	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entregas com não conformidades}}{\text{N}^\circ \text{ de entregas conformes}}$	A cada entrega	Fiscais da produção
Produção	Taxa de máquinas aptas	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de máquinas necessárias}}{\text{N}^\circ \text{ de máquinas aptas}}$	Mensal	Fiscais da produção
Produção	Taxa de utensílios aptos	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utensílios necessários}}{\text{N}^\circ \text{ de utensílios aptos}}$	Mensal	Fiscais da produção
Produção	Quantidade de refeições distribuídas	-	Nº total de refeições distribuídas (por tipo, por dia, por mês, por enfermaria)	Diário	Profissional da cobrança
Cobrança	Taxa de não conformidade no preparo das refeições	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de refeições com preparo não conforme}}{\text{N}^\circ \text{ total de refeições preparadas}}$ (por tipo, por dia, por mês, por enfermaria)	Diário	Fiscais da Produção
Cobrança	Quantidade de itens em falta nas refeições	-	Nº de refeições com itens que faltaram/ tipo de itens	Diário	Fiscais da produção
Cobrança	Média de absenteísmo	-	$\frac{\text{Qtde de faltas no mês}}{\text{N}^\circ \text{ total de funcionários}} \times \text{n}^\circ \text{ de dias do mês}$	Diário	Fiscais da produção
Cobrança	Nº médio de atraso nas refeições	min	Somatório dos tempos de atrasos/Nº de dias	Diário	Fiscais da produção

Fonte: os autores.

5.2 ESTRUTURAÇÃO DA BASE DE DADOS

Após a definição dos indicadores, fez-se necessário a estruturação de bases de dados

para que seja possível acompanhar essas métricas e posterior análise dessas informações. A tabela 2 mostra um exemplo do controle de satisfação dos pacientes:

TABELA 7 - Categorias do nível de satisfação dos pacientes

Categorias	Peso	Descrição
Sabor da comida	7	Se a comida está ou não saborosa. Possui alto peso devido ao impacto que pode gerar no paciente.
Quantidade de comida	5	Se a quantidade de comida foi suficiente/ insuficiente para alimentar o paciente.
Temperatura da comida	5	Se a temperatura está no ponto certo ou distante do esperado.
Facilidade para comer	3	Quanto à facilidade de ingestão da comida. Uma comida difícil de comer pode resultar em uma má alimentação.
Pontualidade da refeição	3	Quanto ao atraso ou não da refeição, em relação ao horário estabelecido.

Fonte: os autores.

Inicialmente foram criadas algumas categorias com pesos variados. A partir disso, foi elaborado um questionário opcional de satisfação. Ele será entregue ao paciente junto com a refeição, durante o almoço, sendo

recolhido o formulário do jantar do dia anterior. Na hora do jantar, o paciente receberá um novo formulário, e o formulário do almoço é recolhido, mantendo assim um ciclo. A Figura 5, a seguir, mostra o formulário:

FIGURA 20 - Formulário de pesquisa de satisfação.

Pesquisa de satisfação				
Enfermaria - Tipo de dieta				
Favor avaliar a refeição pelos critérios abaixo:				
☹		☺		☺
1 - Muito insatisfeito	2 - Insatisfeito	3 - Indiferente	4 - Satisfeito	5 - Muito satisfeito
Sabor da comida				
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
OBS:				
Quantidade de comida				
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
OBS:				
Temperatura da comida				
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
OBS:				
Facilidade para comer				
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
OBS:				
Pontualidade da refeição				
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
OBS:				
Obrigado!				
Sua opinião é muito importante, buscamos sempre melhorar nossas refeições!				

Fonte: os autores.

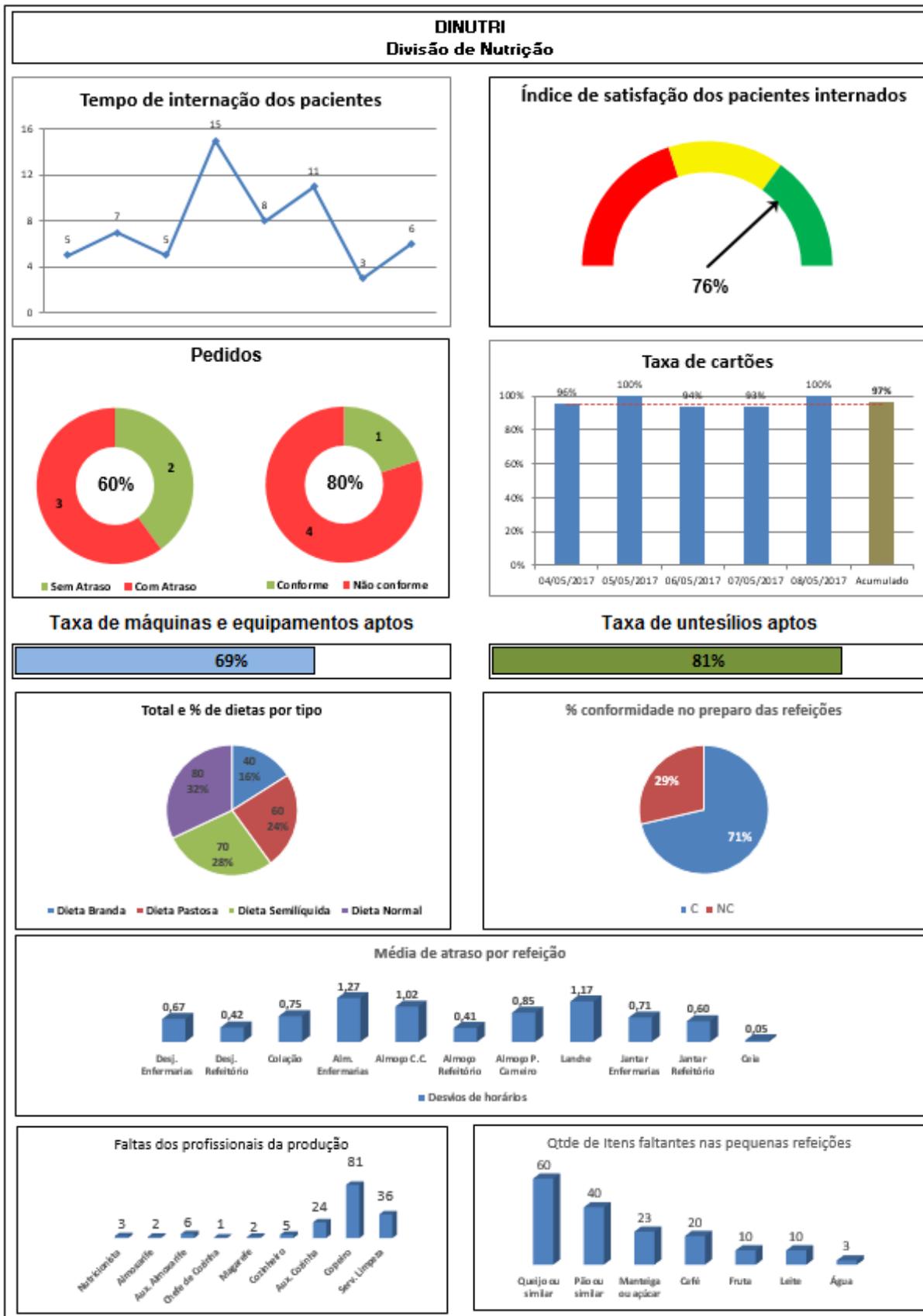
O mesmo princípio foi seguido para os outros indicadores. Foram criadas tabelas para que houvesse a inserção de dados que fossem facilmente parametrizados para a construção de gráficos.

5.3 CONSTRUÇÃO DO PAINEL

Todas as tabelas que gerarão os indicadores estarão reunidas em diferentes planilhas e serão consolidadas automaticamente por

meio de fórmulas em uma planilha única, o que permitirá a elaboração de gráficos. Essa planilha consolidada e seus gráficos facilitarão a visualização dos indicadores, assim como a criação de metas a serem alcançadas dentro das áreas, realçando a importância de cada parte do processo dentro do todo. A Figura 6 exemplifica como poderia ser utilizada essa ferramenta.

FIGURA 21 - Dashboard dos indicadores.



Fonte: os autores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor o estabelecimento uma gestão por indicadores na DINUTRI, esperou-se atingir os seguintes objetivos:

Melhorar a qualidade das informações, permitindo um planejamento de longo prazo para a produção das refeições, evitando a falta de insumos nas mesmas

Melhorar entendimento sobre os principais motivos que levam a não conformidade atualmente do preparo das refeições para poder tornar esse processo o melhor possível

Melhorar dimensionamento da quantidade de profissionais necessários presentes por dia para a execução das atividades da produção

Melhorar seleção de fornecedores que atendam às exigências de qualidade de insumos e pontualidade nas entregas.

Desta forma, este projeto se propôs em estabelecer ferramentas para exercer o controle sobre as dimensões da qualidade, ou seja, para identificar o problema e estabelecer controles para que eles sejam monitorados.

Ou seja, com o projeto do sistema de medição de desempenho, foram planejadas melhorias na organização das informações da DINUTRI, permitindo um melhor acompanhamento gerencial, baseado em dados estruturados, apoiando à tomada de decisão, visando sempre a prestação de um serviço cada vez melhor e a menores custos.

Contudo, para se ter uma completa gestão de qualidade na assistência clínica nutricional, faz-se necessário o estabelecimento procedimentos, tais como: elaboração e padronização de guias de boas práticas; procedimentos operacionais padrão (POPs); Instruções de serviços; avaliação de resultados nutricionais; ações preventivas e corretivas; objetivos bem traçados da assistência de nutrição ao paciente internado.

Enfim, a sistematização proposta deverá garantir ao paciente o acesso à assistência de nutrição ainda melhor, tendo como resultado a recuperação clínica mais rápida, gerando menos custos.

REFERÊNCIAS

- [1]. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO; Fidelix MSP, organizadores. Manual Orientativo: Sistematização do cuidado de nutrição. São Paulo: Asbran; 2014.
- [2]. BRYLINSKY, C. The nutritional care process. In MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. Krause's food, nutrition, and diet therapy. 10th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000, cap.20, p431-451.
- [3]. CAMPOS, Vicente Falconi, TQC - Controle da Qualidade Total (no estilo japonês). Belo Horizonte: Ed. Desenvolvimento Gerencial; 1999.
- [4]. CAMPOS, Vicente Falconi. Gerenciamento da rotina do trabalho do diadista. 9.ed. Nova
- [5]. Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2004.
- [6]. HARRINGTON, J. Aperfeiçoando Processos Empresariais. São Paulo: Makron Books, 1993.
- [7]. JOHNSTON, Robert. e CLARK, Graham. Administração de operações de serviços. São Paulo: Atlas, 2002.
- [8]. LEANDRO-MERHI, Vânia Aparecida; MORETE, Juliana Luisi; OLIVEIRA, Maria Rita Marques de. Avaliação do estado nutricional precedente ao uso de nutrição enteral. Arq. Gastroenterol., São Paulo, v. 46, n. 3, p. 219-224, Sept. 2009. Available from <<http://www.scielo.br>>. access on 19 June 2017.
- [9]. NONINO-BORGES, Carla Barbosa et al. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. Rev. Nutr., Campinas, v.19, n.3, p. 349-356, June 2006. Available from <<http://www.scielo.br>>. access on 19 June 2017
- [10]. PAIM, Rafael Cunha S. As tarefas para gestão de Processos. Tese de Doutorado de Engenharia de Produção – COPPE/UFRJ. Rio de Janeiro, 2007.
- [11]. SOUSA NETO, Manoel Vera; MEDEIROS JÚNIOR, Josué Victor; Afinal, o que é o Business Process Management (BPM)? Um novo conceito para um novo contexto. Revista Eletrônica de Sistemas de Informação. V.7, N.2, 2008.
- [12]. VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, 2010.