

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A REDAÇÃO FINAL DA
TESE DEFENDIDA POR Guiomar Terezinha
Carvalho Aranha E APROVADA PELA
COMISSÃO JULGADORA EM 20 de agosto de

ORIENTADOR

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA MECÂNICA
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA MECÂNICA

Estudo de Um dos Indicadores do Custo da Qualidade: O Desperdício

Autor: **Guiomar Terezinha Carvalho Aranha**
Orientador: Prof. Dr. Reinaldo Wilson Vieira

55/01

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA MECÂNICA
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA MECÂNICA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA TÉRMICA E FLUIDOS

Estudo de Um dos Indicadores do Custo da Qualidade: O Desperdício

Autor: Guiomar Terezinha Carvalho Aranha
Orientador: Prof. Dr. Reinaldo Wilson Vieira

Curso: Engenharia Mecânica - Mestrado Profissional
Área de Concentração: Gestão da Qualidade Total

Trabalho Final de Mestrado Profissional apresentada à comissão de Pós Graduação da Faculdade de Engenharia Mecânica, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Engenharia Mecânica/ Gestão da Qualidade Total.

Campinas, 2001
S. P. – Brasil

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	Ar14e
V	
TOMBO BCI	48313
PRDOC.	
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	17-04-02
Nº CPD	

CM00166090-B

BIB ID 236376

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA ÁREA DE ENGENHARIA - BAE - UNICAMP

Ar14e

Aranha, Guiomar Terezinha Carvalho

Estudo de um dos indicadores do custo da qualidade: o desperdício / Guiomar Terezinha Carvalho Aranha. -- Campinas, SP: [s.n.], 2001.

Orientador: Reinaldo Wilson Vieira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Mecânica.

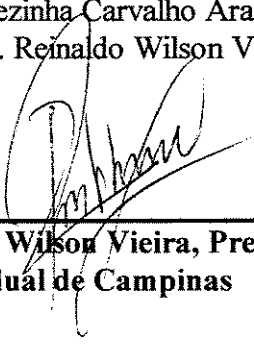
1. Desperdício na despesa pública - Custos. 2. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. 3. Indicadores de saúde. I. Vieira, Reinaldo Wilson. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Engenharia Mecânica. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA MECÂNICA
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA MECÂNICA

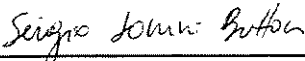
Trabalho Final de Mestrado Profissional

**Estudo de Um dos Indicadores do Custo da
Qualidade: O Desperdício**

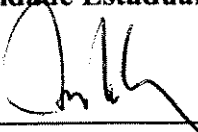
Autor: Guiomar Terezinha Carvalho Aranha
Orientador: Prof. Dr. Reinaldo Wilson Vieira



Prof. Dr. Reinaldo Wilson Vieira, Presidente
Universidade Estadual de Campinas



Prof. Dr. Sergio Tonini Button
Universidade Estadual de Campinas



Prof. Dr. João José Fagundes
Universidade Estadual de Campinas

Campinas, 20 de agosto de 2001

Dedicatória:

Dedico este trabalho à Deus, minha força; à memória de meu pai, exemplo de honestidade, à minha querida mãe, companheira e incentivadora e ao meu irmão, modelo de perseverança.

Agradecimentos

Este trabalho, sem a solidariedade de diversas pessoas que se envolveram com este assunto, às quais presto minha homenagem, não teria atingido a sua finalidade. São elas:

O meu orientador, Prof. Dr. Reinaldo Wilson Vieira, presença constante e fraterna, por acreditar neste estudo e pela sabedoria com que norteou a direção a ser trilhada.

O Prof. Dr. João José Fagundes/FCM/UNICAMP, pelo apoio preciso e valoroso.

A Profa. Dra. Eugênia M. Reginato Charnet, da COMVEST/UNICAMP, amiga confiante, pelas importantes contribuições que deu a este trabalho, enriquecendo-o.

O Prof. Dr. Sergio Tonini Button/FEM/UNICAMP, pelas valorosas contribuições para redação do texto final.

O coordenador do Curso de Pós-Graduação, Prof. Dr. Kamal Ismaiel, pela acolhida junto à renomada academia, dispondo de uma secretária atenciosa e dedicada a orientar a entrada do aluno no mestrado, tal como é Sonia Auxiliadora Galante de Oliveira.

O superintendente do Hospital de Clínicas, Prof. Dr. Paulo Eduardo Rodrigues Moreira da Silva, pela visão que teve da importância de estabelecer a qualidade como um dos projetos de sua gestão, o que permitiu a realização de vários trabalhos, através do “Programa de Qualidade do HC – Quali/HC”, sendo que um deles resultou em objeto desta tese.

Os amigos professores, profissionais estimados, que se envolveram sobremaneira com este trabalho e ajudaram no que foi possível para que tudo se realizasse juntamente com os seus conhecimentos, suas habilidades: Odail Pagliardi e Antonio Roberto Batista.

Os Profs. Drs. Sidney Ragazzi e Ademir Pettenate, do Departamento de Estatística/IMECC/UNICAMP, que sempre me apoiaram na confecção desta tese, indicando possíveis caminhos.

O Prof. Dr. Venâncio Dantas Pereira Filho, presidente da Comissão de Ética Médica do Hospital das Clínicas da UNICAMP, pela presteza e atenção na avaliação deste trabalho do ponto de vista da Ética Médica.

Os talentosos amigos, companheiros, que tendo especialidades diferentes, necessárias a este trabalho, puderam contribuir com o que há de melhor em suas atividades: Terezinha Aparecida Barreto da Costa, tradutora; Isabel Gardenal, jornalista e revisora; Sergio Simionato, editor; José do Nascimento Oliveira, suporte computacional; Marisabel Regina Rodrigues do Amaral, referências bibliográficas; Edna Gabriel, documentação acadêmica, além de uma grande amiga dos tempos universitários e Maria Aparecida Januário pelo companheirismo.

Os médicos e funcionários do HC em geral, que dedicam com empenho as suas atividades, em prol dos pacientes.

Os pacientes, humanidade de Cristo, que encontro diariamente nos corredores do Hospital, que não me deixam esquecer que é para eles, em última instância, a minha dedicação, o meu trabalho, em particular este estudo.

A minha família, minha mãe e meu irmão, mais uma vez, pelo encorajamento e incentivo em meus projetos. A ambos, minha infinita gratidão.

A Deus, acima de tudo, em especial meu agradecimento, a minha homenagem, pela vida, por caminhar lado a lado junto a mim em todos os instantes e, principalmente, por permitir que este momento se realize.

*Quando do milagre da multiplicação dos pães, “... todos comeram o quanto queriam”. Jesus disse aos discípulos: “Recolham os pedaços que sobraram, para não desperdiçar nada”. Eles recolheram os pedaços e encheram doze cestos com as sobras dos cinco pães que haviam comido”.
(Jô 6, 11 – 12)*

Resumo

ARANHA, Guiomar Terezinha Carvalho, Estudo de um dos Indicadores do Custo da Qualidade: O Desperdício, Campinas, Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, 2001. 156 p. Trabalho Final de Mestrado Profissional.

Entre as mais relevantes políticas públicas, no sentido de promover o bem estar social, estão o planejamento e as ações voltadas para educação e saúde. O crescimento populacional, assim como o imperativo ético de estender plenamente os recursos médico-assistenciais modernos a todas as camadas da população, exige investimentos elevados e crescentes. Assim, é fundamental que os Hospitais Públicos avaliem seus custos visando a otimização da qualidade dos serviços prestados à sociedade. Neste sentido, este trabalho abordará a importante questão relacionada ao desperdício na área da Saúde. O “tubo de ensaio” para a coleta de informações foi o Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Após definir, classificou o desperdício nos seus diferentes componentes. O desperdício foi analisado nos diversos serviços do Hospital, sendo que o Centro Cirúrgico tornou-se, segundo a percepção dos funcionários, o principal consumidor de materiais hospitalares e conseqüentemente um local prioritário para a análise de potencial desperdício. Neste trabalho estão expostas algumas discussões e sugestões, procurando oferecer subsídios para o equacionamento dos problemas relacionados ao desperdício nos hospitais públicos.

Palavras Chave

- Desperdício na despesa pública — Custos, Garantia da Qualidade dos cuidados de saúde, Indicadores de saúde

Abstract

ARANHA, Guiomar Terezinha Carvalho, Study of an Indicative of the Cost of the Quality: The Waste, Campinas, Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, 2001. 156 p. Trabalho Final de Mestrado Profissional.

Among the most important public politics, in the sense of promoting the good to be social, they are the planning and the actions gone back to education and health. The population growth, as well as the ethical imperative of extending the resources fully doctor-assistent modern the all the layers of the population, it demands high and growing investments. Like this, it is fundamental that the Public Hospital evaluation its costs seeking the otimization of the quality of the services rendered the society. In this sense, this work will approach the important subject related to the waste in the area of the Health. The “rehearsal tube” for the collection of information it was the Hospital of Clinics of the State University of Campinas–UNICAMP. After defining, was classified the waste in its different components. The waste was analyzed in the several services of the Hospital, and the Surgical Center became, according to the employees' perception, the principal consumer of materials hospitalizes and consequently a priority place for the analysis of potential waste. In this work they are exposed some discussions and suggestions, trying to offer subsidies for the equacionation of the problems related to the waste in the public hospital.

Key Words

- Waste in public expense – Cost, Insurance of Quality of health care, Indicative of health

Índice

Lista de Tabelas	ix
Lista de Gráficos	x
Lista de Quadros	xi
1 Introdução	1
2 Objetivos	5
3 Histórico e Bioética	6
4 Reforma da Assistência à Saúde no Brasil	15
5 A Medição e sua Importância	23
6 Área da Saúde e o “Controle da Qualidade”	41
7 Desperdício Propriamente Dito	49

8 Metodologia	84
9 Resultados Gerais da Pesquisa de Opinião	92
10 Discussão	117
11 Conclusão	131
Referências Bibliográficas	136
Anexos	144

Lista de Tabelas

1. Tabela I – Tipos de Desperdícios	97
2. Tabela II – Causas dos Desperdícios	105
3. Tabela III – Tipos de Desperdícios por Áreas em Ordem Decrescente de Frequência	111
4. Tabela IV – Áreas que mais causas detectaram em Ordem Decrescente de Frequência	113

Lista de Gráficos

1. Gráfico I – Tipos de Desperdícios/Dezembro/1999	98
2. Gráfico II – Tipos de Desperdícios (Percentuais)/Dezembro/1999	98
3. Gráfico III – Causas do Desperdício/Dezembro/1999	106
4. Gráfico IV – Causas do Desperdício/Dezembro/1999	106

Lista de Quadros

1. Quadro I – Áreas X Tipos de Desperdícios	115
2. Quadro II – Áreas X Causas	116

Capítulo 1

Introdução

Com o crescimento das despesas públicas, advindas do próprio crescimento de bens públicos, bem como crescimento das necessidades relacionadas à promoção do bem estar social, como Educação e Saúde, — está demandando do governo e em particular dos órgãos governamentais que o constitui, maior controle sobre seus investimentos, sobre suas despesas e sobre os custos de suas atividades.

Há um crescimento da procura por bens públicos, e isto devido também ao crescimento da população e mudança na base da pirâmide populacional, faixas etárias mais elevadas, fazendo com que haja aumento de produção de serviços a serem produzidos, e em particular na área da Saúde Pública, exigindo do Estado maior investimento na Saúde (como um todo), tanto em atendimentos em nível ambulatorial, como em aumento do número de leitos, de exames clínicos, exames de raios X, tomografia, medicina nuclear, ressonância magnética, transplantes (cardíaco, medula, fígado, rim, córnea), entre outros.

Nota-se de um lado, uma minoria populacional que tem acesso às sociedades de grupos, aos convênios. De outro, uma maioria populacional que busca as instituições públicas, que nem sempre tem nem mesmo o espaço físico suficiente para atendê-las, visto a carência de leitos existentes em muitos hospitais públicos, a uma fila de espera para agendamento de muitas

consultas, o número insuficiente de hospitais voltados para atendimento primário e secundário, superlotando com isso os hospitais de nível terciário.

Com o crescimento da demanda por bens públicos ou por serviços hospitalares, o controle sobre esses serviços se faz necessário para que os mesmos sejam realizados com eficiência e eficácia por parte do prestador. É necessário que haja um “Controle de Qualidade” que deverá Ter como primordial objetivo não só detectar a eficiência e eficácia da prestação de serviços, mas rever os processos existentes, eliminando suas falhas ou seus gargalos; bem como reduzir custos quer sejam os custos gerais, quer sejam o custo da qualidade (ou não qualidade) e em particular um determinado custo — o desperdício, que será abordado nesse estudo.

Nesse contexto, no momento em que a “Qualidade” como mudança de paradigma norteia decisões e impõe novos conceitos, revisão de métodos de trabalho, introdução de novas medições para melhoria do desempenho dos serviços; nova forma de gestão administrativa se faz necessária em benefício de toda uma coletividade.

É consenso que o “Desperdício” deva ser abordado por uma metodologia apropriada, para medi-lo, por se tratar, no momento, de um assunto de importância capital para as instituições e, em especial, para o local onde se desenvolveu o estudo, o HC/UNICAMP.

Esta dissertação, que é um estudo de um indicador de custo da qualidade, no caso o desperdício, fez uso de vários estudos referentes a esse assunto, já realizados e publicados em artigos, revistas, livros e jornais e mesmo em teses.

Por isso, quando preciso, inseriu-se a própria fala de seus autores, por acreditar que, resumindo o texto (devido à complexidade com que é tratado), ele perderia muito da sua essência, e, talvez, não pudesse ser tão fiel ao pensamento de seus autores de suas vivências.

Diante dos custos dos bens produzidos e da urgência da redução destes, sem perder a qualidade e frente a vários questionamentos internos, o HC quis ouvir a sua comunidade interna a respeito de sua percepção com relação aos desperdícios, tipos de desperdícios, suas causas e

sugestões. Teve também como objetivo criar indicadores/índices de avaliação dos desperdícios, de forma a fornecer subsídios para as áreas e para a Administração Superior.

A importância que esse assunto assume no momento é fundamental, pela escassez na literatura, mesmo em matéria de saúde pública, e por isso espera-se que essa dissertação traga contribuição em matéria de desperdício, utilizando métodos já conhecidos, como o Diagrama de Pareto, o Gráfico de Pareto, Diagrama de Ishikawa e “Matriz de Relação”.

Para o desenvolvimento desse trabalho, é necessário de início conhecer a instituição, no caso, o HC/UNICAMP, o seu perfil terciário, a sua relação com o Sistema Unificado de Saúde (SUS).

Os capítulos que se seguem, discorrerão sobre:

1. Objetivos desta dissertação, centralizada em um dos aspectos dos custos, que são os desperdícios, conhecer suas causas, além de criar indicadores.
2. Breve histórico do HC/UNICAMP, destacando a sua especificação como terciário e atendendo a tripla função: assistência, ensino e pesquisa. Também será observado o alcance da ética, norteando as ações sociais, harmonizando sua relação com a economia, tendo em vista o aumento das despesas públicas.
3. A Reforma da Assistência à Saúde no Brasil, destacando a visão da reforma na assistência e o financiamento público da assistência à saúde (resumidamente).
4. A medição e sua importância. A sua inserção e contribuição em todas as áreas do pensamento humano, destacando quais os critérios que se dispõem para medir a melhoria do desempenho dos serviços.
5. A questão do desperdício, dando destaque às suas raízes: como ocorre o desperdício, quais os tipos encontrados, como os desperdícios relativos aos recursos naturais são

originados pela própria cultura, advindos quando do descobrimento. Abordará no instante a seguir, brevemente, a administração de materiais, destacando a sua importância nas instituições e os custos da qualidade, a sua inserção neste contexto todo, já que dele resulta um dos itens que é o desperdício, objeto de estudo desta dissertação.

6. O desperdício propriamente dito, definindo-o, classificando-o nos seus diferentes componentes. Discorrerá sobre a administração dos tipos de recursos materiais na área hospitalar, destacando este item com suas características próprias, e dará destaque aos recursos humanos, agentes de mudança da cultura organizacional, que poderá em muito contribuir com a eliminação do desperdício. Dará ainda, ênfase, conjuntamente, aos indicadores prováveis de resolutividade das compras, para finalidade de gerenciamento.
7. Um estudo de uma Pesquisa de Opinião realizada no hospital, com exposição detalhada para a Central de Material Esterilizado — CME, além dos prováveis indicadores de resultados sugeridos.
8. Os resultados propiciados por essa análise, destacando o item “materiais”, que deve ser motivo de preocupação devido a grande quantidade de uso do Hospital, por conta de sua especificidade e importância.
9. As discussões, com levantamento de algumas hipóteses que servirão de subsídios para análises futuras, alertando para os custos que determinadas soluções envolvem.

Terá o subitem sugestões quando da finalização deste trabalho, com proposições para avaliações futuras.

10. As conclusões gerais acerca do estudo, revendo os pontos principais deste trabalho, finalizando com o tema proposto, onde reduzir custo é conhecer a onde ele ocorre, em especial um deles que é o desperdício, é de fundamental importância.

Capítulo 2

Objetivos

Objetivos gerais:

1. Conhecer as causas dos desperdícios nas áreas, avaliando-as de forma a eliminá-las;
2. Criar indicadores e/ou índices de avaliação dos desperdícios, de forma a fornecer subsídios para o melhor gerenciamento da área.

Esta dissertação será centralizada em um dos aspectos dos custos, que são os desperdícios, definindo-os, identificando os vários tipos, classificando-os em categorias, verificando suas causas, sugerindo soluções para erradicá-los, estabelecendo medições (indicadores/índices) de desempenho de gerenciamento das atividades, de forma a fornecer subsídios às ações da Administração.

Capítulo 3

Histórico e Bioética

3.1 Histórico

Esta seção introduz o HC dentro de um contexto histórico. Situa-o desde a sua fundação como Hospital Universitário, especializado, com tripla função: assistência, ensino e pesquisa.

Pelas suas características e pela sua vocação de instituição pública, de cumpridora das normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), traz para sua prática diária, a moderna Gestão da Qualidade, incorporando conceitos do paradigma que ele envolve.

O HC da UNICAMP, fonte das informações do trabalho pesquisado, é um Hospital Universitário Estadual especializado, ou seja, nível terciário. Foi criado por lei estadual como Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Campinas, como entidade autárquica. O corpo docente é composto tanto de profissionais médicos quanto não-médicos pertencentes à Faculdade de Ciências Médicas (FCM).

A fundação do HC/UNICAMP foi no ano de 1975 (início da construção do Hospital), com o lançamento da pedra fundamental pelo então criador da UNICAMP, na época o reitor Prof. Dr. Zeferino Vaz.

A primeira fase de funcionamento do Hospital coube à ao Ambulatório Geral de Adultos (AGA) e do Laboratório de Patologia Clínica, visto serem estas as partes do prédio que já estavam prontas.

O AGA do HC/UNICAMP foi inaugurado em 15/outubro/1979 pelo então reitor Prof. Dr. Plínio Alves de Moraes, na gestão hospitalar do superintendente o Prof. Dr. Manildo Fávero.

Foi construído para ser um hospital regional, universitário: níveis secundário e terciário, sendo um hospital-escola, com características de um centro de referência, prestando atendimento especializado a toda região abrangida pela Diretoria Regional de Saúde (DIR – XII). Mantém convênio com o SUS, convênio este celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade, através de um contrato de compra e venda de serviços.

O corpo docente do HC é composto por profissionais das diversas especialidades médicas e não-médicas, que atuam dentro das respectivas áreas a saber:

- Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cirurgia, Clínica Médica, Enfermagem, Farmacologia, Genética Médica, Medicina Legal, Medicina Preventiva, Neurologia, Oftalmologia/Otorrinolaringologia, Ortopedia, Patologia Clínica, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia e Tocoginecologia.

O corpo discente do HC é constituído de uma equipe multiprofissional, contratada pela Universidade para nele atuarem, dentro de suas especialidades. Tem capacidade para 403 leitos, incluindo leitos de UTI Adulto em número de 15, Unidade Coronariana - 5 e UTI Pediátrica - 10 leitos.

No ano de 2000 registrou-se os seguintes indicadores hospitalares:

Tipo de Informação	Anual – 2000
Internações	14.476
Consultas	292.455
Cirurgias	14.502
Exames de Laboratório Patologia Clínica	1.960.970
Exames de Radiologia (RX, Ressonância Magnética)	114.810
Transplante de Fígado	38
Transplante de Rim	87
Transplante de Medula	51
Transplante de Córnea	88
Transplante Cardíaco	4

Dentro da sua capacidade instalada, encontram-se equipamentos de alta tecnologia, que dão suporte tanto à medicina especializada quanto à medicina geral.

O planejamento de crescimento de suas atividades e organização, embora independentes em suas decisões internas, externamente cumpre as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, resoluções da Secretaria Estadual de Saúde, e dependendo de determinadas ações, da Secretaria Municipal de Saúde.

A gestão de qualidade no serviço público se faz mediante normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, como ditas anteriormente, e de uma aplicabilidade do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP). Esse programa surgiu da necessidade de modernização da gestão empresarial, da gestão de empresas estatais e, principalmente, para contemplar: a mobilização das empresas para um novo século, valorizando a gerência com o uso dos meios adequados, com vistas à qualidade total, além de que estabelece uma nova forma de planejamento, com visão gerencial.

Qualidade e Produtividade constituem uma nova filosofia, que orienta os segmentos da empresa a uma nova postura através de um compromisso de todos, desde gerentes e funcionários em todas as fases do processo produtivo, onde se assegura que produtos e serviços estejam dentro de especificações e normas exigidas pela normalização.

Este programa tem etapas a serem cumpridas tais como:

1. Estabelecimento de metas mobilizadoras nacionais em 13 setores, definidas de comum acordo com uma série de entidades da sociedade civil;
2. Criação de um modelo integrado de gerenciamento do programa, de tal forma a garantir a execução dos projetos, princípios, marcas e metas;
3. Estabelecimento de uma coordenação conjunta entre governo e sociedade civil, por meio do Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO) e do Instituto Brasileiro de Produtividade e Qualidade (IBPQ).

Para se entender e aprofundar como se dá esta gestão, primeiramente se faz necessário conceituar a Saúde em termos de qualidade e qual a dimensão que ela ocupa dentro do Serviço Público, como deve ser a gestão desse serviço, o que a caracteriza e qual o seu compromisso com a Saúde Pública.

Dentro deste contexto, e inerente a ele, de inter-relações que o sistema público possui com seus diversos usuários, dele também dependentes para a sua existência, as considerações passam pelo processo de administração e de gerência dos serviços de saúde.

Como relatou Souza (1989) em seu artigo, *“... o processo de gestão está subordinado à prática dominante em determinado período, isto é, cada época domina um tipo de política de interesse diverso da do outro, identificando as características dos vários modelos possíveis de gestão e suas diferenças de qualidade. O que implica em: adequação dos atos médicos, inserção de novas tecnologias, qualificação dos recursos humanos, que são agentes principais de mudanças”*.

O início deste processo se dá mediante a evolução das Ações Integradas de Saúde (AIS) para o Sistema Unificado de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, e hoje em operação. O SUS tem características próprias, surge como novo modelo assistencial, quando o Estado e os serviços de saúde se reestruturam e se alinham para melhor atender a comunidade.

Desta forma, segundo Souza (1989), os antigos Centros de Saúde transformam-se em Pronto Atendimento (Postos de Saúde) e Hospitais Municipais, caracterizando-se como se fossem privados e os Hospitais Universitários como modelo assistencial. Neste modelo de gestão, os recursos humanos se constituem na mola propulsora da eficácia dos serviços, destacando-se como principais agentes, os quais serão os responsáveis pela qualidade da prestação desses serviços.

O modo como se dá a gestão dos recursos humanos e a qualidade dos serviços de saúde é um círculo vicioso, não só com relação aos usuários como também com os governos que querem mais eficiência no uso dos recursos liberados para os serviços de saúde e dos prestadores desejosos de condições de trabalho mais propícias.

Também o comportamento dos prestadores de serviços é influenciado por suas características sócio-profissionais, pela estrutura organizacional e pelos recursos disponíveis.

Os vários recursos segundo Dussault (1994), para produzir bens e serviços destinados a criar um impacto sobre o nível de saúde dos indivíduos, são: “... *cognitivo (saber, tecnologia), físico (edifícios, materiais, suprimentos, etc.), financeiro e humano.*”

Apesar da tecnologia, os prestadores de serviço são os que orientam e determinam a “*produção de serviços*” de maneira mais adequada, influenciando-os.

De outra parte, o comportamento dos usuários dos serviços de saúde, é influenciado por suas características sócio-demográficas: idade, sexo, origem social, raça, etc, e por certos fatores organizacionais que exercem influência sobre a produção.

Normalmente, são os usuários que iniciam o contato com o sistema de serviços, formulam as demandas e pressionam os prestadores para receberem os serviços de sua preferência.

De acordo com o próprio Dussault (1994), os produtos desse processo são serviços utilizados por pessoas que esperam um impacto sobre o seu estado de saúde atual e futuro. Para elas, o que importa são serviços prestados de boa qualidade, produzindo o efeito esperado. Na realidade, segundo esse autor, a qualidade varia muito, o que dá margem aos administradores para intervirem, a fim de melhorar a qualidade dos serviços.

A noção de qualidade tem significado diferente para os diversos agentes sociais: prestadores, usuários, administradores, para os que pagam, e, variará também segundo o contexto sócio cultural.

As principais dimensões dessa variação da qualidade dos serviços de Saúde podem ser descritas a seguir:

1. Dimensões técnicas que dizem respeito à eficácia do serviço (respeito às normas profissionais decorrentes do exercício profissional, às normas técnicas em geral, além das relativas ao uso de equipamentos de proteção individual – EPI);
2. Dimensões de relacionamento referem-se à relação entre os prestadores e os usuários (pode-se medir a qualidade em termos de satisfação dos usuários, do caráter ético da prestação dos serviços, de sua continuidade, da empatia ou não manifestada e do aspecto de adaptação do serviço);
3. Dimensões econômicas, diz respeito à eficiência (tanto uma melhor relação custo-benefício, como um custo aceitável), à produtividade (que diz respeito à utilização da capacidade de produção dos recursos) e a acessibilidade econômica.

As normas correspondentes às dimensões variam. Normalmente, fazem referência ao conjunto de normas padronizadas por associações e organizações nacionais e internacionais.

Também as que incorporam a relação entre prestadores e usuários, as que dizem respeito ao credenciamento dos serviços prestados e as das associações de classe e instituições em geral.

Para Dussault (1994), não existe uma definição única de um serviço de boa qualidade, mas certamente será um serviço eficaz, produzido de maneira eficiente e que satisfaz ao usuário. Como toda ação humana, não pode ser destituída de valores morais; nas atividades ligadas ao trabalho, a ética é imprescindível e deve ser preservada. A seguir, será dada uma atenção a sua atuação.

3.2 Bioética

Neste momento, pelo tópico a ser apresentado, torna-se imprescindível a questão da ética e, mais especificamente, da bioética. Esta vem como referência nortear, orientar e limitar ações de caráter econômicas em geral, que, se levadas adiante, seriam prejudiciais à saúde, além do que a bioética se propõe numa amplitude maior.

A bioética vem harmonizar a ação da economia no campo da saúde, mediante o problema que surge da relação entre qualidade (eficiência dos tratamentos) do sistema de saúde, seus custos e as possibilidades de acesso a eles.

Sgreccia (1997) afirmou, em seu Manual de Bioética de 1997: *“A ética é uma exigência intrínseca e encontra seu espaço na mediação entre emprego dos recursos e objetivos do sistema de saúde”*.

Alguns entendimentos sobre a ética se farão necessários antes de ser abordada a questão da bioética no seu todo. Preliminarmente, nenhuma atividade a que se dedique deve deixar de contemplar a questão da ética.

Na área da Saúde, e, portanto muito mais com apreço, se faz refletir sobre sua atuação, principalmente quando a economia caminha junto das decisões gerenciais.

No Manual de Ética Médica, e em particular no capítulo 9, dedicado a Bioética, Economia e Saúde, Sgreccia (1997) debate questões relativas a esta tríade. Neste capítulo em particular, que interessa de sobremaneira a este estudo, o autor faz considerações a respeito do paradoxo médico. Para o autor, as premissas do que considera como paradoxo médico, são as que advêm inicialmente da concepção do Estado Social, entendida como *Welfare State*.

A partir da década de 70, vários países ocidentais, e em especial a Europa, dispuseram para a população em geral o acesso a um serviço gratuito, de forma a atender aos menos favorecidos principalmente. Com isso, houve aumento de despesas públicas. Paralelamente, com a diminuição do crescimento da economia medido pelo Produto Interno Bruto (PIB) e pela renda per capita, esses países passaram por dificuldades financeiras, repercutindo-se na saúde.

Junta-se a isso, por exemplo, as características demográficas e epidemiológicas que passaram por mudanças: por exemplo, o envelhecimento da população, o aumento da incidência de doenças crônicas e degenerativas, novas doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), determinando um investimento maior, ou seja, aumento das despesas com a saúde.

Com a revolução tecnológica pela qual passaram as nações, exigiram-se investimentos em equipamentos sofisticados, os quais alavancaram os custos. Nesta situação, os gastos crescentes com a saúde se elevaram e continuam se elevando. Sgreccia (1997) debate a questão econômica, qual seja: se e como a economia se ajusta a ética.

Como estabelecer a propalada relação custo e benefício na Saúde? Certamente a “... *justificação das despesas com a saúde não pode ser relacionada ao rendimento anual de cada um*”, como ocorre no sistema produtivo manufatureiro. Assim, colocam-se em cheque conceitos de avaliação econômica como critérios custos/benefícios e custos/eficácia, entre outros.

O princípio ético emerge quando levantadas tais questões em relação à qualidade do sistema vigente e os seus custos.

Em 1983, em Paris, na 10ª. Sessão Parlamentar promovida pelo Conselho da Europa foram estabelecidas “... responsabilidades individuais e coletivas em nível qualitativo e sobre os custos de assistência, educação sanitária e prevenção, racionalização dos serviços, economia do sistema de saúde, humanização da assistência”.

O *paradoxo da medicina* se torna visível quando, segundo Sgreccia (1997), ao relatar o pensamento de Aldo Fancini “... quanto mais se progride nesse campo, mais difícil se torna tratar de todos os doentes nas sociedades avançadas”.

“Se o nível de um sistema de saúde é considerado em relação à qualidade ou eficiência dos tratamentos, o seu custo e às possibilidades de acesso a ele”, a ética passa a ser uma exigência intrínseca e encontra “... seu espaço na mediação entre emprego dos recursos e objetivos do sistema de saúde”.

Em suma, para Sgreccia (1997), “... os valores éticos animam, motivam, finalizam as próprias intervenções políticas e administrativas, não as substituem. Antes, devemos reconhecer que, se determinados valores não são expressos também em fatos operacionais correm o risco de permanecer ineficazes e marginalizados”.

Capítulo 4

Reforma da Assistência à Saúde no Brasil

4.1 Introdução

Neste capítulo, será abordado o Resumo Executivo do Banco Mundial, pela relevância de questões levantadas na área da Saúde. Este relatório dá suporte para se ter uma visão das mudanças pelas quais passou a Saúde, desde a Reforma Sanitária, até as mudanças institucionais

Pela amplitude do tema, ele foi dividido em Visão da Reforma da Assistência à Saúde no Brasil, Financiamento Público, Qualidade da Assistência Médica e Regulamentações.

Durante a década de 80, segundo o Banco Mundial, o governo brasileiro implementou uma ampla reforma financeira, organizacional e institucional na área de Saúde Pública, conhecida como Reforma Sanitária, que tinha três objetivos principais: transferir a responsabilidade pela prestação de assistência médica do centro para a periferia, consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos e tornar mais equânime o acesso aos serviços de saúde.

No âmbito dessa reforma houve outras modificações na área da Saúde, dependente das receitas gerais do governo.

Esse relatório examina o financiamento e a prestação da assistência pública e privada, identificando questões relacionadas ao custo, à qualidade e à regulamentação do setor Saúde, que

foram cruciais para a implementação e continuidade das reformas, as quais exigiram grandes recursos governamentais destinados à área da Saúde, devido à alta inflação e à recessão das décadas de 80 e 90, não conseguindo acompanhar a crescente demanda dos pacientes.

Segundo o relatório, a “... erosão do valor dos reembolsos governamentais aos hospitais e clínicas, assim como dos laboratórios médicos, levou a um declínio da qualidade da assistência, o que, por sua vez, ocasionou um acelerado aumento das alternativas de financiamento privado, especialmente junto à classe média. A falta de regulamentação adequada no setor de assistência médica tornam agudos esses problemas de custos ascendentes e qualidade em declínio”.

Ele, portanto, enfoca questões institucionais assim como a formulação e implementação de políticas governamentais, enfatizando principalmente o controle dos custos. O conceito de controle de custos, para o Banco Mundial, deve ser entendido como um conjunto de atividades destinadas a:

- Monitorar os custos incorridos;
- Obter o maior volume de produção possível para um dado volume de recursos;
- Eliminar desperdícios.

A contenção de custos, por sua vez, enfatiza melhoria da qualidade e a regulamentação da assistência médica – questões-chave que devem ser respondidas para facilitar a reforma de assistência à saúde no Brasil.

4.2 Visão da Reforma da Assistência à Saúde no Brasil

Após ter tido uma idéia da Reforma da Saúde, será abordada a Reforma da Assistência à Saúde no Brasil.

O Sistema de Saúde está baseado substancialmente em reembolsos públicos para serviços prestados por instituições privadas. Este sistema é semelhante ao programa Medicare, para idosos dos Estados Unidos, segundo o qual os prestadores de serviços recebem como pagamento uma

quantia pré-determinada para um dado procedimento ou diagnóstico – chamado Sistema de Pagamento Prospectivo ou simplesmente SPP.

Aproximadamente 70% da assistência exclusivamente ambulatorial é do setor público.

Em 1990, o Brasil gastou aproximadamente 4,8% do Produto Interno Bruto (PIB) em assistência médica, embora os níveis de gastos não reflitam a eficiência dos serviços ou eficácia na utilização de recursos. Aproximadamente 66% dos dispêndios com saúde foram feitos por entidades públicas e 34% por pessoas físicas.

Os gastos públicos na área de saúde provêm das receitas gerais dos governos federal, estaduais e municipais, assim como dos três “fundos sociais” federais: Fundo de Assistência Social (FAS), Fundo de Previdência e Ação Social (FPAS) e Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL).

O financiamento da assistência médica que provinha do Governo Federal, desde meados de 1993, começou a financiar diretamente a partir da receita geral, ao invés de fazê-lo por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). As receitas estaduais baseiam-se substancialmente em impostos sobre o valor agregado.

Com a Reforma, uma parcela maior da população passou a ter acesso à assistência financiada por recursos federais, e o gasto por paciente aumentou menos do que a despesa per capita, após 1986.

No período de 1980 a 1990, o valor real do gasto público com saúde nos três níveis de governo aumentou. Após esse período, ocorreram mudanças institucionais, ou seja, se deu a reforma no sistema. A primeira fase da reforma foi a implantação do Programa de Ações Integradas da Saúde, AIS, de 1984, estimulando a descentralização e eficiência na prestação de serviços.

De 1987 a 1988, surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), constituindo-se na segunda fase da reforma, e sendo mais abrangente que as Ações Integradas da Saúde (AIS), transferindo pessoal e unidades da previdência social (INAMPS) para o controle das Secretarias de Saúde municipais e estaduais.

Mais tarde, surgiu o Sistema Unificado de Saúde (SUS), ou seja, com novo Sistema de Saúde, passou-se a exigir transferências financeiras para os Estados e Municípios muito mais volumosos do que anteriormente.

Em 1990, o SUS foi visto como uma consolidação dos esforços iniciados sob as AIS e os SUDS, criando com isso, na população, uma expectativa em relação ao novo sistema descentralizado, que é o de oferecer assistência médica a todos os cidadãos.

As implicações da Reforma Institucional levantaram questões, em relação à assistência médica no Brasil, sobre a definição de quais poderes o Governo Estadual deve transferir para os municípios e quais devem manter para si. Esta questão suscitou debate, pois muitos municípios necessitam de assistência técnica estadual e federal, sendo que algumas operações dos serviços de Saúde, não deveriam ser descentralizadas, segundo foi relatado.

Outra questão levantada referia-se à firme tendência para a universalização de cobertura, *“... a menos que seja revestida por políticas eficazes de contenção de custos, os quais trará, por si só, um aumento significativo nas despesas se as promessas públicas forem mantidas”*. Argumenta-se que o acesso irrestrito aos serviços, sem atenção às limitações de recursos, resultará em uma combinação de baixa qualidade.

Também a questão relativa à administração de cada hospital assumirá importância à medida que o sistema se torne mais descentralizado e o nível federal assuma cada vez mais um papel financeiro e regulador.

Para finalizar, as AIS e o SUDS atribuíram responsabilidades aos estados pela prestação de serviços.

Depois de ter uma visão do que foi a Reforma Sanitária, suas implicações e com questões relevantes sendo levantadas, será descrito o Financiamento Público, para compor a tríade citada anteriormente.

4.3 Financiamento Público da Assistência à Saúde

Nesta seção, será relatado brevemente o financiamento na área da Saúde no Brasil, para que se possa ter uma idéia de como ele se processa.

O setor público compreende todos os prestadores de serviços públicos em todos os níveis de governo, incluindo universidades públicas, atividades e programas de órgãos públicos fora da área da Saúde.

Com relação ao financiamento público, o Brasil possui um dos maiores sistemas públicos de seguro de saúde entre os países emergentes, e atualmente cobre toda a população mediante um sistema nacional de pagamento prospectivo, considerado um dos mais sofisticados dos países emergentes.

As vantagens desse sistema entre tantas, são: a possibilidade que oferecem de prever e controlar o montante das despesas e o potencial para a utilização de incentivos para melhorar a produtividade hospitalar; redução de incidência de exames de diagnósticos desnecessários, diminuição do período de permanência dos pacientes (em hospitais), visando uma melhor utilização dos leitos existentes, além dos ganhos de eficiência.

O sistema de pagamento prospectivo, relatado pelo Banco Mundial, serve de base para a geração de dados, melhoria da eficiência e controle de custos, desde que não haja comprometimento da qualidade dos serviços prestados.

“O crescimento do seguro privado é atribuído substancialmente à deterioração da qualidade dos serviços financiados pelo INAMPS. Essas tendências têm sérias implicações para a viabilidade do sistema, pois não apenas acarretam a deterioração das estruturas físicas, mas

também são responsáveis pela baixa qualidade de pessoal, bem como a ausência de novas tecnologias e equipamentos apropriados e pela deterioração tanto da reputação da rede hospitalar quanto da relação entre os setores público e privado que é tão importante para o funcionamento eficaz de um sistema de assistência médica como o brasileiro".(RESUMO EXECUTIVO DO BANCO MUNDIAL, 1994).

Para que a reforma do sistema de saúde brasileiro tivesse êxito, três áreas deveriam ser monitoradas, segundo o Banco Mundial: a referente a custos, que deveriam ser contidos, a referente à qualidade da assistência e a da regulamentação da prestação da assistência médica.

A seguir, para dar suporte a este trabalho, será abordada a Qualidade da Assistência Médica e as Regulamentações.

4.4 Qualidade da Assistência Médica e Regulamentações

Por ter sido tema do relatório do Banco Mundial e pelo espaço que a qualidade dos serviços com a saúde ocupa num mundo globalizado, algumas considerações serão feitas a seguir.

A definição da qualidade da assistência médica compreende significados diferentes, conforme dito em capítulo anterior, apresentando dimensões clínica, administrativa, ambiental e interpessoal ou dimensões técnicas, de relacionamento e econômicas.

Fatores importantes para a qualidade, e que nela interferem, tem a haver com o financiamento da assistência médica, padrão de alocação de recursos, responsabilização e prestação de contas dentro do sistema. Estes elementos, proporcionais aos incentivos e que promovem os padrões e o respeito a estes, constituem a qualidade.

Além disso, a qualidade baseia-se em percepções. Logo, os pacientes avaliam o ambiente físico e o tratamento dispensado pelos profissionais, pois não possuem o conhecimento necessário para avaliar a qualidade clínica.

Ainda, segundo o BANCO MUNDIAL (1994), existe uma série de fatores que contribuem para a deterioração da qualidade do sistema de assistência médica no Brasil.

Primeiro, há uma combinação ineficiente de mão-de-obra neste setor.

Em segundo lugar, situam-se os principais problemas com qualidade, seleção, distribuição, manutenção e utilização de tecnologias de assistência médica, tais como equipamentos de diagnóstico (as redes públicas têm poucos incentivos ou interesse para usar e manter apropriadamente os equipamentos).

Em terceiro lugar, ocorrem sérios lapsos de qualidade na prestação do serviço. Há dois estudos que resumem alguns destes lapsos: um deles identificou serviços desintegrados e uma indiferença à qualidade básica e aos consumidores, enquanto o outro apontou deficiências na programação, administração e participação comunitária em todos os serviços. Outras constatações semelhantes, em relação aos prontuários médicos, apontam que muitos hospitais não registram informações sobre o paciente e o tratamento.

Como quarto fator, há indicações de que os valores dos reembolsos podem representar incentivos perversos.

Apesar do fato da maior parte dos determinantes importantes da qualidade no setor saúde estarem fora do alcance de iniciativas diretas, regulamentações são essenciais para assegurar a qualidade da assistência, que tem como um dos objetivos assegurar o respeito a padrões mínimos de qualidade na prestação da assistência médica.

A qualidade inclui, como dito anteriormente, toda uma gama de fatores financeiros, médicos e ambientais. Além de regulamentações, normas técnicas e ética que devem cuidar de todas essas questões.

O setor público tem uma importante função, no que se refere à responsabilidade na regulamentação das normas, de orientar, a quantidade e qualidade da assistência médica prestada pelos hospitais, que fazem parte do SUS.

O sistema regulador mais abrangente para garantia de qualidade em assistência médica no Brasil é o dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, o dos Conselhos Profissionais de Saúde e o das Comissões de Ética.

Como proposição sobre estratégias, iniciou-se uma parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em especial, objetivando um levantamento da demanda da assistência médica para determinar onde os pacientes buscam assistência, onde a obtêm, quem paga por esta assistência, e quanto colocam de recursos de seus próprios bolsos.

Atualmente, o Ministério da Saúde dispõe da Agência Nacional da Saúde (ANS), criada em 26 de janeiro de 2000, uma autarquia operando sob regime especial, com autonomia administrativa e financeira para atuar como regulador do setor.

Capítulo 5

A Medição e sua Importância

5.1 Introdução

Antes de abordar a questão da medição, algumas considerações devem ser feitas à escola taylorista, pela importância histórica que teve ao introduzir novos conceitos da forma de trabalho, representando um marco no pensamento administrativo. Posteriormente, serão abordados: a Medição e sua Importância; a Evolução dos Acontecimentos que se realizaram ao longo do Tempo, no Século XX; a Globalização; o Raciocínio Sistemático, que é marco na forma de pensar, para finalmente encerrar esse capítulo com a Medição e Melhoria do Desempenho dos Serviços.

5.2 A Medição

Os modelos de organização de trabalho foram impregnados ao longo do tempo com critérios envolvendo a produção industrial, ou seja, estão impregnados principalmente pelo taylorismo (abordagem clássica da administração) ou a Escola da Administração Científica, que tinha como proposição o aumento da eficiência da indústria, por meio, inicialmente da racionalização do trabalho. Ao mesmo tempo em que aparece esta Escola nos Estados Unidos, na Europa, Fayol desenvolve a chamada Escola de Anatomia e Fisiologia da Organização, preocupada em aumentar a eficiência da empresa através da sua organização e da aplicação de princípios gerais de Administração em bases científicas.

Para a que se propôs esta colocação, Chiavenato (1979), descreveu que a Escola de Taylor tinha como preocupação básica aumentar a produtividade da empresa através do aumento de eficiência no nível operacional, resultando, daí, a ênfase na análise e divisão do trabalho. Predominava nesta abordagem a atenção para o método de trabalho, para os movimentos necessários para sua execução.

Já a Escola de Fayol, tinha como preocupação aumentar a eficiência da empresa por meio da forma e disposição dos órgãos componentes da organização e das suas inter-relações estruturais. Daí ter-se a ênfase na estrutura e no funcionamento da organização.

“Predominava a atenção com a estrutura organizacional, com os elementos da administração, com os princípios gerais da administração, com a departamentalização”. (Chiavenato, 1979).

As origens da Abordagem Clássica da Administração remontam à Revolução Industrial. Decorreu dela as colocações:

1. O crescimento acelerado e desorganizado das empresas: com a grande empresa de dimensões mais amplas, surgiram as condições iniciais de planejamento a longo prazo da produção, reduzindo a instabilidade e a improvisação.
2. A necessidade de aumentar a eficiência e competência das organizações: no sentido de obter o melhor rendimento possível dos seus recursos e fazer face à concorrência e competição que se avolumavam entre as empresas.

Entre 1880 a 1890, nos Estados Unidos, com a substituição do capitalismo liberal pelos monopólios, a produção em massa, aumentando o número de assalariados nas indústrias “... torna-se necessário evitar o desperdício e economizar mão-de-obra”. Surge o início da divisão de trabalho entre os que pensam e os que executam.

Ainda para Chiavenato (1979), o panorama industrial no início deste século tinha características e elementos para poder inspirar uma ciência da administração: uma variedade incrível de empresas, com tamanhos altamente diferenciados, problemas de baixo rendimento da maquinaria utilizada, desperdício, insatisfação generalizada entre os operários, concorrência interna, etc.

Taylor, dentro deste cenário, desenvolveu o estudo cronometrado, ao qual chamou de Análise de Trabalho, dos Tempos e Movimentos. Este trabalho recebeu muitas críticas, pois fazia com que o homem se confundisse com uma máquina, ou dela fizesse parte, ocorrendo a mecanização do homem. Uma dessas críticas é retratada no filme de Charles Chaplin em *Tempos Modernos*.

Embora tivesse extrapolado os limites do homem no trabalho, o controle dos tempos e movimentos trouxe vantagens, destacando-se a racionalização dos métodos de trabalho e a fixação dos tempos padrões para execução das operações.

Taylor, com seu estudo, procurava entre outros fins: “...a eliminação do desperdício de esforço humano, maior insistência em que os operários se adaptassem à própria tarefa, maior cuidado em treinar os operários de maneira que respondessem às exigências de seus respectivos trabalhos, maior especialização de suas atividades e estabelecimento de normas de atuação laboral bem detalhadas”.

Quando Taylor, em 1911, publicou seu livro *Princípios de Administração Científica*, concluía que a racionalização do trabalho operário deveria ser acompanhada de uma estruturação geral da empresa e que seus princípios se tornassem coerentes. Começava o segundo período de Taylor, onde desenvolveria seus estudos sobre a administração geral, a qual foi denominada Administração Científica.

Taylor afirmava que as indústrias de sua época padeciam de males, sendo que um deles dizia respeito ao comportamento dos operários, que não eram muito voltados para o trabalho, ociosos portanto. A isso atribuíam-se três causas determinantes:

- “os operários erram ao pensar que quanto maior o rendimento do homem e da máquina gera desemprego”;
- “sistema defeituoso de trabalho”, que faz com que os operários se tornem ociosos;
- “métodos empíricos ineficientes”, utilizados nas empresas em geral, faz com que os operários desperdicem grande parte do seu esforço e do seu tempo.

Para resolver o que chamou de males, idealizou o seu famoso sistema de administração — “Organização Racional do Trabalho”.

Pelo exposto acima, vê-se o alcance que a Administração Científica teve no passado e ainda, atualmente, impregnando os critérios da produção industrial em quase todas as atividades do homem, em particular os modelos de “organização do trabalho”, até os dias de hoje, na busca da produtividade e da eficiência, os critérios tayloristas estão presentes.

Fatos novos foram acrescentados à história do homem. A gestão da qualidade total vem com outro princípio, com novos conceitos, porém, se colocados de forma não adequada, farão com que o embrião continue sendo o mesmo, ou melhor, os conceitos de Taylor apenas sofrerão transformações, mas não deixarão de perder a sua essência.

Por isso, deve-se ter muito cuidado ao implementar novos conceitos que tem a qualidade como pressuposto. No bojo, existe um princípio, uma teoria de administração que modificou o comportamento do homem, mudou a concepção de trabalho e que não deve e nem pode ser esquecida, pois foi o início de ruptura e criação de novo paradigma que sofreu transformação com a implantação da Qualidade Total.

Assim transferidos para o hospital, os conceitos novos (gestão da qualidade) devem necessariamente sofrer adaptações: não se está numa fábrica ou numa indústria manufatureira, e não se tem produção em série. A produtividade deve ser vista e avaliada sob outra ótica. Embora o hospital mantenha conceitos relacionados como a divisão do trabalho, turnos de trabalho, a

especialização das tarefas, a impessoalidade, a “massificação de algumas relações” para reduzir custos, etc, ele não pode ser confundido com uma fábrica.

5.3 A Importância da Medição

Assim, como Taylor teve uma ruptura na maneira de trabalhar, incorporando as idéias de Adam Smith — como a divisão do trabalho, a moderna administração, a Gestão da Qualidade “rompe” com o passado, ou melhor, transforma-o, amplia-o.

O trabalho até então executado pelo homem era um trabalho sistemático, repetitivo. O homem parecia uma extensão da máquina. Era apenas parte da produção. O que ocorre hoje, é uma ruptura com essa concepção de trabalho. Ele é visto dentro de sua totalidade, de sua complexidade, com direitos e deveres, de suas relações sociais: família, sociedade e de princípios éticos e morais.

A ética passou a ser a referência para as ações antes desprezadas, tidas apenas como normais, no que se refere à relação de trabalho. Passou-se, então, a representar uma nova maneira de administrar, baseada numa nova forma de pensar e de tomada de decisões, pautadas em medições, com novos processos de trabalho sendo incorporados nas atividades diárias e precisando, naturalmente, serem controlados.

Resultado disso é que a medição alcança importância. Medir, avaliar, analisar e criar indicadores passam a fazer parte da melhoria do desempenho dos serviços. Medir o desempenho passa a ser essencial dentro de uma economia altamente competitiva, globalizada.

O sistema de medição, pelas suas características, traz objetivos básicos que, se cumpridos, representa ferramenta poderosa no apoio a tomada de decisões.

Pode-se, por exemplo, elencar três principais delas:

1. Gerar instrumentos de mensuração, de avaliação, controle e melhoria do desempenho dos diferentes serviços (hospitalares), de forma a fornecer subsídios para tomada de decisões junto à Administração (no caso a do HC);
2. Munir os diferentes serviços, de instrumentos de gerenciamento;
3. Estabelecer um sistema de análise permanente da melhoria do desempenho dos serviços, dentro de critérios tais como: eficiência — eficácia — produtividade — qualidade.

Saber medir, para que medir, por que medir, passam, portanto, a serem questões básicas para se iniciar a avaliação do desempenho de qualquer processo.

Entender como a medição foi tendo importância, é refletir no modo como se deu a transformação neste século XX, que é o próximo estudo a ser abordado.

5.4 A Evolução dos Acontecimentos no Século XX

O século XX registrou acontecimentos marcantes para a história do homem, em nível de descobertas tecnológicas, na forma de evolução do pensamento, no nascimento de novos paradigmas.

Este século XX menciona eventos que modificaram as ações, valores, cultura, costumes, paradigmas até então existentes, lançando o homem ao encontro de um novo horizonte.

A seguir será feita referência a uma breve história da evolução da Administração ocorrida neste período, segundo Morana (1996).

Em meados deste século, surgiram dois fatos novos conhecidos como doutrina do lucro de Sloan, decisivos para a evolução:

- O pensamento econômico tornou-se comum às sociedades;

- Começaram as contribuições intelectuais voltadas a estabelecer a administração como ciência e como atividade especializada.

Contudo, nos primórdios da década de 1900, surgiram os antigos paradigmas que marcaram o sistema produtivo, a saber:

- *“A empresa, para ser produtiva, devia ser grande, originando o paradigma da economia de escala;*
- *A empresa devia ser dividida em divisões e departamentos, para que as diversas tarefas fossem executadas por pessoas especializadas. Resultou na invenção do organograma;*
- *Toda tarefa podia ser subdividida em tarefas mais simples”.*

O novo mundo, que surgiu do período de 1989-1993, tem como base novos paradigmas:

- *“O achatamento da pirâmide;*
- *Os gerentes são fornecedores;*
- *A terceirização total;*
- *A administração a custo zero;*
- *O princípio da maratona (vendendo aos clientes desses concorrentes escolhidos). Isso implica na melhoria da qualidade dos próprios produtos, maior e melhor prestação de serviços e redução de preços;*
- *A limitação à essencialidade. Toda empresa realiza, pelo menos, uma tarefa melhor do que qualquer concorrente;*
- *A busca do defeito zero”.*

Aliado a estes novos paradigmas tem-se os seguintes fatos:

- *“As empresas ideais são aquelas consideradas médias (muda-se a ênfase que se dava às grandes empresas);*

- *A introdução do computador para outros fins além do produtivo. Assim, em 1948 entrou em uso, em Boston, o primeiro computador aplicado ao estudo da Economia: o ENIAC.*
- *O surgimento do primeiro microcomputador em 1980. Conseqüentemente, durante os anos 80, os microcomputadores foram evoluindo muito rapidamente, tornando-se a cada dia mais rápidos, mais poderosos, com mais recursos. No final de 80 e início de 90, foi lançado o conceito de transmissão de dados entre microcomputadores, redes de micro, aumentando assim o alcance e o poder de cada microcomputador”.*

O conceito de Administração neste período também se amplia, passando a ser o conjunto das pessoas e de suas tarefas voltadas a:

- *“Registrar os eventos de qualquer natureza, cujos dados interessam a qualquer executivo para tomar decisões e executar serviços;*
- *Produzir listagens e relatórios necessários aos executores dos serviços e aos “tomadores” de decisões”.*

Nesse contexto, advoga-se: "trabalho em equipe" e "administração participativa".

A administração participativa por resultados, por exemplo, tem por objetivo, definir "como" certos resultados podem ser alcançados. O Conselho de Administração e a Diretoria, que é seu braço executivo, dizem "quais os resultados" que esperam.

Os gerentes e técnicos dizem se os resultados são viáveis ou apenas sonhos, e, se viáveis como podem ser alcançados.

Dentro desse conceito de Administração, os relatórios que devem conter a situação da empresa, devem incluir,:

- *“Indicadores de Crescimento (relativos à Produção e aos Meios);*
- *Evolução da Produção e dos Custos (onde se deve estudar ao longo tempo, que fatores estarão influenciando nos mesmos);*
- *Os meios de obter os resultados;*
- *A produtividade decorrente dos resultados obtidos em relação aos meios”.*

Diante dos recentes acontecimentos, e de novos conceitos de Administração, surge a globalização, que acaba por direcionar os mercados, suscitando novas questões éticas a serem debatidas, novos conceitos a serem introduzidos.

5.5 A Globalização

Como este tema é amplo, no momento cabe alguma digressão breve. Ele será subdividido em Mudanças Gerais e Mudanças na Área da Saúde.

5.5.1 Mudanças Gerais

A Era da Globalização traz mudanças que atingem o mundo todo e que, por sua natureza, devem ser consideradas. E é a partir delas que surgem as tendências que influenciam o ambiente com que as empresas se relacionam diariamente. Preocupações que antes nem se cogitavam, passam a ser importantes tais como: meio-ambiente, hábitos de vida, solidariedade, etc. O homem passa a tomar mais consciência de seus atos, impondo a si mesmo transformações antes impensadas, como se preocupar com a qualidade de vida que ele tem e com o mundo em que ele vive.

Surgem, neste novo horizonte, novos conceitos, uma nova Era de expectativas. Surge a globalização, com novos desafios e implicações, cujo século é das pessoas rápidas, que se adaptam com facilidade às situações novas, que têm rapidez de raciocínio, criatividade.

A globalização representa a nova fase do capitalismo no século XXI. A universalização dos mercados, um mundo sem fronteiras, moeda única, transnacionalização são novas situações em que as pessoas terão que se adaptar. Hoje, a União Européia está estendendo suas ações em nível de uma única moeda, Banco Central único e normas diversas, como taxas inflacionárias comuns a todos os países membros.

Na América do Sul, forma-se também um único mercado comum, através de alguns países, constituindo o MERCOSUL, onde as regras de competição estão restritas às normas pré-estabelecidas pelos países membros. Nesta área de mercados, a globalização vai forçar as empresas adotarem padrões mundiais de qualidade, preços e serviços, que demandarão dramáticas reduções de custos.

A concepção de emprego também muda. Passa não mais existir o emprego “vitalício”. Os contratos passam a ser temporários, a fim de atender a própria economia de mercado.

Há necessidade de novas oportunidades e situações de trabalho e de negócios. Não se tem mais uma profissão. Existem habilidades que devem ser constantemente monitoradas e compatibilizadas. A questão deixa de ser apenas de ‘emprego’. É de ‘trabalho’, de criar novas ‘formatações’ de trabalho e de negócios, de desenvolver e facilitar o desenvolvimento do ‘empreendimento’, no sentido de ampliar as alternativas e opções de ‘ocupação’ econômica. Além disso, de demonstrar como a ação empreendedora pode ser uma alternativa de sustentação econômica, de proporcionar condições para o autodesenvolvimento de habilidades (competência/saber fazer) e motivação (querer fazer) para o sucesso num mundo novo de trabalho.

“O momento é de aprendizagem permanente, de busca contínua de nível de capacitação profissional que facilite a realocação e/ou montar o próprio negócio, num mundo em que o universo do emprego tradicional está diminuindo. No Brasil, onde o desemprego deixou de ser conjuntural para ser estrutural, a emprego deixou de ser moda para ser necessidade e o negócio próprio uma opção de vida” (Ianni, 1996).

Para ser bem sucedido tem que empreender e estar atento a conjuntura econômica. Contudo, em síntese, segundo J. C. Braga (divulgado na imprensa, em 1997), vários cuidados devem ser considerados na globalização:

“A globalização é um fenômeno mais fundo do próprio desenvolvimento capitalista e enquanto tal, ela tem dimensões irreversíveis, como a interdependência econômico-produtiva e monetário financeira das nações. As tarefas complexas da própria globalização acabarão por derrotá-la se não regredirmos ao século 19, quando se chegou a pretender que a economia mandasse na sociedade. Já é crescente mesmo no âmbito do governo brasileiro, a percepção de que, na globalização, para um país ser vitorioso é preciso ser soberano sem xenofobismo, mas também sem cosmopolitismo de araque”.

De acordo com Ianni (1996), *“aos poucos, as mais diversas esferas da vida social são burocratizadas, organizadas em termos de cálculo, contabilidade, eficácia, produtividade, lucratividade”.*

5.5.2 Mudanças na Área da Saúde

Como visto, a globalização dos mercados, com o grande e único mercado, trouxe transformações tecnológicas importantes, além de outras como as culturais, financeiras e sociais.

Com mudanças sendo realizadas, as empresas ou instituições, foram compelidas a estabelecer alianças comerciais, principalmente no que se refere a um importante ramo da tecnologia. Mais especificamente, a biotecnologia.

Novos centros de pesquisas foram criados com a junção dos já existentes, para colaborar em novos avanços científicos, como o Projeto Genoma (estudo do código genético), por exemplo. Com esse estudo, as possibilidades de cura de muitas doenças já passam a se tornar uma realidade.

A “biotecnologia” está realizando grandes avanços na pesquisa agropecuária, quer na biotecnologia animal ou vegetal, quer com a produção de hormônios diversos pela indústria farmacêutica; quer nas pesquisas genéticas, como o estudo de proteínas, entre outras. E é novamente a ética que deverá estar muito mais sendo usada para orientar os novos rumos da ciência.

Por exemplo, em matéria publicada pelo Jornal *Folha de São Paulo*, no dia 25 de maio de 2001, na página intitulada *Folha Ciência*, com relação aos “Transgênicos”, tem-se que “A Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) está elaborando as regras que definirão o tamanho das áreas de plantio experimental de organismos geneticamente modificados (OGMs). O anúncio foi feito pelo presidente da CTNBio, Éspér Cavalheiro, numa audiência pública que contou com a participação de representantes do Ibama, da Universidade Federal de Santa Catarina e da ONG ambientalista Greenpeace. A comissão também está preparando um livro com os cuidados a serem tomados por produtores e consumidores, além de um código de ética para a manipulação genética de seres vivos. Os dois documentos deverão ser submetidos à discussão pública. A comissão pretende rever, ainda, as regras para avaliação dos riscos dos organismos transgênicos”.

Mais avanços são relatados neste mesmo dia e, na mesma imprensa, como o título do artigo indica, “Fapesp anuncia rede para estudar proteína”. Diz, o referido artigo que “Agora é a vez das proteínas. Depois de tantos projetos genomas – que estudam os genes, ou DNA – a Fapesp, em parceria como o LNLS (Laboratório Nacional de Luz Síncrotron), divulgou ontem a lista dos 16 laboratórios do Estado que farão parte da Rede de Biologia Molecular Estrutural.

A rede vai determinar, em quatro anos, a estrutura tridimensional de até 200 proteínas, a maioria associada a genes identificados pelos projetos genoma patrocinada pela Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa). Mas cada laboratório também estudará proteínas relacionadas à própria linha de pesquisa.

As proteínas controlam os processos biológicos. Para entender como funcionam, é preciso decifrar a sua estrutura. Para isso usam-se técnicas como cristalografia – a luz síncrotron é uma

radiação de alta intensidade, útil pra “radiografar” a estrutura molecular – e ressonância magnética”.

Segundo Rogério Meneghini, diretor do Centro de Biologia Molecular Estrutural do LNLS, este projeto visa “... *aumentar a participação brasileira na produção mundial de estruturas de proteínas. Hoje ela corresponde a apenas 0,25%*”.

A área de saúde pública não pode ficar desatenta a estes ‘conceitos econômicos’. Basta observar as doenças comuns a vários países, como a bactéria do cólera. Seu ‘vibrião’, é imbatível em velocidade de propagação, devido aos meios de transportes.

No caso especificamente deste ‘vibrião’, pode ocorrer uma epidemia generalizada de proporções globais.

“O calor não só facilita os deslocamentos do vibrião do cólera, mas também causa preocupação pela ajuda que dá a movimentação dos mosquitos transmissores de doenças como a malária ou o dengue. Com o aumento da temperatura, a malária poderá voltar a ser transmitida em áreas onde eram consideradas erradicadas há anos”. Jornal Folha de São Paulo (1997).

Dentro dessa mudança globalizada, incorporada a ela está embutido o novo paradigma, o raciocínio sistêmico, que será visto a seguir.

5.6 Raciocínio Sistêmico

O raciocínio sistêmico trouxe uma nova abordagem dentro da visão “da arte de ver a floresta e as árvores”, isto é, ensina que se deve identificar o que é realmente importante num volume excessivo de informações. Ele auxilia o que deve ser preservado e o que deve ser descartado numa avalanche de informações.

Senge (1990), na “Quinta Disciplina”, no tópico “A Arte de ver a floresta e as árvores”, discursou à respeito das mudanças e as implicações do raciocínio sistêmico adotado dentro das organizações no que se refere à informação, a determinar o que é importante.

Segundo este autor, o raciocínio sistêmico ajuda:

- A encontrar as mudanças de altas e baixas alavancagem em situações extremamente complexas;
- Enxergar através da complexidade;
- Ver as estruturas que geram a mudança.

Assim, o raciocínio sistêmico não significa ignorar a complexidade, mas antes, organizá-la numa história coerente, que evidencie as causas dos problemas e a forma de remediá-los com eficiência.

A crescente complexidade do mundo atual leva muitos administradores a suporem que lhes falta informação suficiente para agir com eficiência, mas, segundo Senge (1990), o problema que os aflige não é a falta e, sim, de excesso de informação. O fundamental é saber o que é importante e o que não é, em quais variáveis mexer e quais abandonar — e aprender os meios de fazê-lo.

“Todos na organização devem cumprir o ciclo de pensar, executar, avaliar, refletir, sem o que não haverá uma aprendizagem válida” (Senge, 1990).

Entre as leis que regem a “Quinta Disciplina” (pensamento sistêmico) destacam-se que:

- O problema de hoje provém de soluções de ontem;
- Causa e efeito não estão intimamente relacionados a tempo e espaço;
- Pequenas mudanças podem produzir grandes resultados.

Dentro desta concepção, pode-se definir a visão sistêmica, como sendo a incorporação da visão holística mais o entendimento das interações do sistema, dos desempenhos das diferentes partes do sistema. O processo sistêmico serve para captar os custos totais.

O pensamento sistêmico é um pensamento de processo; a forma torna-se associada ao processo, a inter-relação à interação, e os opostos são unificados através da oscilação.

"Para que os vários 'sistêmicos' garantam a estabilidade de diferentes complexidades, é preciso criar a cultura da participação e passar as informações necessárias aos funcionários (gerência participativa). A participação fortalece decisões, mobiliza forças e gera compromisso de todos com os resultados. Resumindo numa única palavra: responsabilidade".

Com uma efetiva participação por parte dos funcionários, é que se conseguirá realmente medir de forma correta as atividades por eles realizadas, que gerarão indicadores de melhoria do desempenho destes serviços, objeto de estudo a seguir.

5.7 Medição e Melhoria do Desempenho dos Serviços

A abordagem da medição incorpora a necessidade de melhoria. Medição é um instrumento para melhorar o desempenho dos serviços, para eliminar perdas, para corrigir falhas de processo, para eliminar desperdícios ou para reduzir custos, entre tantos objetivos que se queira de acordo com a finalidade do estudo.

Segundo Sink & Tuttle (1993), importante fonte de referência para este estudo desenvolvido, os gerentes, pessoal de chefia e funcionários, devem encarar a medição como parte natural e necessária de suas tarefas e de seu papel na organização. As metas primordiais dos gerentes (e todos os funcionários em geral) em todas as áreas e em todos os níveis da organização devem ser duas:

- Executar o trabalho;
- Esforçar-se continuamente para melhorar o desempenho (sua própria, de seus grupos, dos sistemas, da organização).

A essência do gerenciamento, por sua vez, é: não se pode gerenciar aquilo que não se pode medir.

O principal objetivo da medição, muitas vezes desprezado, é melhorar.

A razão mais importante para se medir o desempenho é, indubitavelmente a melhoria do desempenho.

O desempenho de um sistema organizacional, segundo o próprio Sink & Tuttle (1993), é função de um complexo inter-relacionamento de vários critérios, os quais discriminados podem ser para a finalidade deste trabalho:

- Eficácia;
- Eficiência;
- Qualidade;
- Produtividade.

cujas definições estão dentro do bom senso do leitor, sendo que a produtividade e qualidade, aqui adotada, é a do autor citado acima, as quais serão descritas logo mais.

Para Sink & Tuttle (1993), a “Organização do Futuro” exigirá que todas as pessoas, em todos os níveis de organização, pensem, controlem e executem suas tarefas. O planejamento de uma contínua melhoria do desempenho deve ser uma importante responsabilidade de todos os empregados nesta Organização.

Hoje, ainda não se consegue transmitir as informações necessárias de forma adequada, frente à representação que é dada às mesmas. Necessário se faz que se amplie a abrangência daquilo que se está medindo, que se aperfeiçoe as ferramentas e técnicas usadas para medir e

melhorar a eficiência das próprias ferramentas e técnicas específicas. Em 1987, os conceitos como valores, culturas e princípios tornaram-se palavras fundamentais na área de produtividade e qualidade.

Sabe-se que é imprescindível a mudança na cultura da organização, a qual, sem ela, não há mudança de paradigma, não há uma organização voltada para a incorporação de novas técnicas, de novas ferramentas.

O novo aprendizado é um desafio constante. É preciso aprender como utilizar bem a medição para melhorar constantemente a qualidade, produtividade e desempenho dos sistemas organizacionais, dos quais todos participam, quer seja de forma direta, principalmente os gerentes, quer indiretamente.

A medição também é usada, entre outras finalidades, para realizar previsões, análise de variações, estimativa de custos, planejamento, avaliação de desempenho de pessoal, testes, controle de qualidade, controle de produção, análise e controle orçamentário, análise de custo/benefício, análise econômica de engenharia, eliminação de desperdícios ou redução de custos da não qualidade, etc.

O processo de medição consiste não só de decidir o que constitui o desempenho, mas de criar indicadores para comparar e avaliar os desempenhos ao longo do tempo, a fim de melhorar os sistemas organizacionais.

Com relação à teoria estatística, todas as medidas e processos apresentarão variações inerentes. *“Medir essa variação e defini-la com parâmetros estatísticos constitui em saber quantitativamente o que o sistema, processo ou pessoa está fazendo em relação a uma certa medida. Aprende-se o que se pode esperar do processo no estado atual”*. (Berwick, 1995).

Neste estudo desenvolvido, assumiu-se a seguinte definição de produtividade de Sink & Tuttle (1993):

Produtividade: Resultados/Recursos, onde o objetivo é buscar a maximização de resultados, entendendo-se esses dois parâmetros como:

Resultados: aquilo que tiver no final do processo;

Recursos: aquilo que é utilizado para a obtenção dos resultados, para a melhoria ou incremento da Produtividade. Aqui, porém deve-se buscar a sua minimização.

Esta colocação de produtividade torna clara a afirmação de Deming, citado por (Berwick, 1995), de que a “... *produtividade é aumentada pela melhoria da qualidade e que este fato era de domínio de uma seleta minoria*”.

Em síntese, qualidade para Sink & Tuttle (1993):

- Compreende atividades como: projeto e desenvolvimento de produtos e serviços, comunicação de especificações e requisitos, vendedores e fornecedores, comunicação com os clientes a respeito de suas expectativas, especificações, necessidades, requisitos, etc.
- Enfoca a confirmação de que o sistema organizacional está recebendo, aquilo que necessita, quer, espera e merece.
- Compreende o gerenciamento de qualidade total que enfoca a criação de qualidade no produto ou serviço. Neste momento são utilizadas as metodologias estatísticas ou mais particularmente falando, o “controle de qualidade do processo”.
- Concentra-se em garantir que o que está sendo gerado pelo sistema organizacional satisfaça às especificações e requisitos estabelecidos.
- Compreende a descrição detalhada e proativa daquilo que os clientes querem, precisam, esperam e exigem, e de como eles estão reagindo à entrega dos bens e serviços que estamos fornecendo.
- Compreende o processo de gerenciamento da qualidade. É a coordenação e gerenciamento global do processo.

Capítulo 6

Área da Saúde e o “Controle da Qualidade”

6.1 Introdução

Neste capítulo se discorrerá, em primeiro lugar, sobre a utilização do “Controle da Qualidade” nos hospitais, fazendo um estudo de sua utilização na área hospitalar. A seguir se demonstrará que a aplicação desse método passa por transformações ao ser utilizado na área da Saúde. Também se discorrerá sobre a administração de materiais, de sua capacidade de gerir os custos dos materiais, e por fim, dos custos da qualidade. Como este trabalho tem a estudar um dos indicadores deste custo, ele caminhará por estudar o desperdício.

O desperdício é comum à área da Saúde como em outras áreas. E eles são de vários tipos, dependendo do enfoque dado, ou dependendo do ângulo que se quer estudá-lo.

6.2 A Área da Saúde e o “Controle da Qualidade”

Será nesta seção, discorrido como os hospitais, área estritamente da saúde, sempre trabalharam com “controle da qualidade”, e que a aplicação deste método faz parte de suas ações para a própria sobrevivência do hospital.

Se fizer uma releitura do passado desde os tempos mais remotos, constata-se que os hospitais e mesmo os centros de saúde, clínicas médicas, de uma forma ou de outra, quase

sempre aplicaram, na maioria das vezes, em maior ou menor grau, os princípios elementares do controle de qualidade, embora não enfocados com esse nome, mas intuitivamente e praticamente concebidos e percebidos.

Nenhum serviço pode atuar com segurança, se não se monitorar constantemente a qualidade do que é feito, do que é processado, do que é oferecido à comunidade.

O hospital, dentre seus objetivos, tem por missão também conseguir uma maior confiabilidade em todos os serviços em que oferece à população, principalmente no que diz respeito ao tempo de atenção ao usuário do serviço, ou seja, tempo de espera para agendamento de uma consulta ou tempo em que se aguarda para ser feita uma consulta estando ela prevista para acontecer em determinado dia e hora agendados.

E para que suas metas sejam alcançadas, deve-se também evitar toda sorte de desperdícios, quer seja de material hospitalar, quer com esforços desnecessários, quer com o uso indevido do tempo, quer com próprio trabalho empregado em uma atividade (quando há o retrabalho), quer com processos ineficientes entre tantos outros, que precisam ser melhorados, quer com o uso de equipamentos obsoletos, que necessitam de constante manutenção, quer com a falta de cuidado com o meio ambiente, no caso do lixo hospitalar.

E é através do uso de técnicas ou métodos utilizados pelo “controle da qualidade” aplicados nos serviços hospitalares, que os funcionários que são os agentes de mudanças, movidos por uma nova motivação, com novos paradigmas, conseguirão ter uma maior produtividade, eliminando falhas, desperdícios, retrabalhos, etc, realizarão suas atividades em menor tempo, com menores custos e mais eficácia.

A explosão dos custos com assistência médica associada a previsões econômicas pessimistas, têm levado vários governos centrais a adotarem medidas de restrição e controle nos seus sistemas de saúde.

No Brasil, além desses fatores, estima-se que há “... desperdício de 30-40% dos recursos públicos alocados nos serviços governamentais e contratados”. (Akerman, 1995).

“Como instrumentos eficazes para o aprimoramento de produtos industriais e o fornecimento de serviços, são apontadas as iniciativas de inovação técnica como gestão da qualidade”. (Akerman, 1995).

6.3 Aplicação do Método de “Controle da Qualidade” na Saúde

A aplicação de qualquer método seja ele de qualidade ou não, deve ter em conta as características das áreas, respeitar o que a ela é pertinente e que a utilização ou aplicação de métodos deve estar centrada nesta realidade.

“Na indústria, a gestão da qualidade é entendida como uma avaliação contínua do processo produtivo para se precaver de erros que porventura possam causar danos irreparáveis no produto, cujo objetivo seria alcançar a perfeição máxima na direção do defeito zero”. (Akerman, 1995).

Na Saúde surgem alguns complicadores e a transposição do método trazido da indústria manufatureira para a mesma, sofre adaptações, pois tem seus complicadores, “... pois a implantação pura e simples desse tipo de inovação (gestão da qualidade), pela qual passa o processo de produção é aprimorado, talvez não seja suficiente para iniciarmos algo novo. Á que se pensar numa mudança cultural na direção do serviço de saúde que a sociedade deseja e está preparada para financiar (Kaluzny e outros, 1992). Em outras palavras, quais são os processos de produção que estamos interessados em aprimorar e quais devemos destacar. Exemplificando, “... de que adianta ter uma máquina de Raios-X convencional, produzindo impecáveis chapas, livres de defeitos de revelação, se nesse mesmo serviço essa máquina produz uma alta porcentagem de chapas normais, que podem ser um indicador de pedidos desnecessários (e aí teríamos desperdícios de chapas)?”. O que se quer dizer é que a intervenção na cultura do processo de produção de pedidos de exames radiológicos talvez seja mais relevante que o aprimoramento na produção das chapas de raios-x na direção do defeito zero”.

Na Saúde, a busca do defeito zero é um ponto polêmico, por exemplo, Akerman (1995) cita como exemplo, a visita que foi feita a uma indústria responsável pela fabricação de bolsas para diálise peritonial, onde todo o processo de gerenciamento da produção se dá através da qualidade total. Segundo consta, *“... que toda produção é custeada com o dinheiro público, que paga as bolsas para 2 mil pacientes em todo o Brasil, no valor aproximado de US\$ 40 milhões. Essa indústria vem reduzindo o número de bolsas defeituosas produzidas em cada milhão desde a implantação da qualidade total, mas pode-se afirmar que, em nenhum momento, parou para pensar que, nos seus 10 anos de existência, quase 8 mil pacientes constaram de seus arquivos e que hoje apenas 2 mil são seus clientes.*

Onde estariam os outros 6 mil? Alguns tiveram a ventura do transplante, outros se transferiram para a hemodiálise, uns poucos passaram a usar bolsas dos concorrentes, mas muitos faleceram. Sabe-se que esse é um ponto polêmico, mas vale a pena levantá-lo. De posse de todos os dados relativos a essa terapêutica e seus benefícios, estaria a sociedade interessada em financiar fábricas desse tipo, apesar de todo esforço para se alcançar o defeito zero na sua linha de produção?”.

Pela necessidade de estabelecer o que é prioritário na área da Saúde, é que se deve ter claro quais os objetivos a serem priorizados, do que uma aplicação direta das ferramentas da qualidade. E é nesta visão na busca da melhoria dos serviços prestados nesta área, é que se dará o enfoque da qualidade total.

De outra forma, as prestadoras de serviços também devem não só conhecer as expectativas dos usuários com relação às suas atividades, quando deverão satisfazê-los oferecendo serviços eficientes, eqüitativos, com segurança, com baixo custo, e no menor tempo possível, enfim com qualidade, mas procurar conhecer o que os funcionários pensam à cerca do atendimento prestado à população, já que eles têm um grande contato com a realidade hospitalar. Devem procurar descobrir e demonstrar as prováveis falhas dos diferentes processos existentes nas atividades do dia a dia, em tempo hábil, a fim de determinar o que esteja causando dificuldades no atendimento aos pacientes, a fim de solucioná-las.

Com a otimização dos processos, e recursos existentes tais como humanos, financeiros, a instituição como um todo, proporcionará melhoria, por exemplo, menor tempo de espera de consulta e melhor atendimento aos pacientes, além de tantos outros benefícios, como o bem estar dos próprios pacientes, que se sentirão seguros da resolutividade de suas doenças ou dos males que os afligem; visto que eles deverão estar sendo atendidos dentro de um padrão de qualidade, com menor custo e no menor tempo possível, tendo com isso eliminadas situações de retrabalho, desperdício de tempo de espera para fazer uma consulta entre outras.

Pela visão que se tem da “Gestão de Qualidade” e pela sua adaptação na instituição pública, observam-se diversas variáveis atuando nesta prestação, e que se não alinhadas, ocasionam desperdícios, seja com o uso indevido dos recursos públicos, de tempo mal empregado, seja num processo que precisa de redesenho em busca de uma melhoria contínua.

Para que haja um uso correto dos recursos públicos, a administração de materiais vem dar suporte ao controle do processo das atividades realizadas num hospital, para também evitar desperdícios e controlar os custos.

6.4 Administração de Materiais

Administrar materiais hospitalares é uma das peculiaridades da área da Saúde, que consome uma quantidade enorme desses bens, e sabendo administrá-los de forma correta, é permitir que a instituição tenha agilidade de decisões.

No hospital quando se refere à percepção que os funcionários tem do desperdício, o que vem à mente, é a utilização basicamente do uso de recursos de materiais hospitalares em primeiro plano, já que o gasto com eles é maior, e dele também se faz maior uso devido à própria atividade da instituição.

Posto isso, julgou-se importante minimamente compreender como é a administração de materiais, como se dá, o que a ela é pertinente.

Os recursos materiais, ao lado dos recursos humanos e financeiros, são essenciais para o bom desempenho da instituição.

Da otimização desses recursos resultará o menor custo gerido pelas instituições, e na maior produtividade e qualidade de suas atividades, na prestação de serviços à comunidade e no emprego ou uso correto do dinheiro público.

Nas instituições de saúde, a administração de materiais adquire importância vital, pois resultante do uso correto desses bens não só com relação à própria atividade hospitalar, permitirá gerir os custos hospitalares de forma associada aos programas de qualidade, produtividade e reengenharia.

Do estudo desses recursos se processará a medição de desempenho das atividades próprias da prestação dos serviços.

Por fim, a administração de materiais irá propiciar a criação de indicadores, que sinalizarão o desempenho dos serviços, e permitirá avaliar a correta utilização desses bens que tem um custo alto para o hospital, e para o Estado. E para que isto ocorra, deve-se conhecer o custo da qualidade e sua composição para gerenciar um dos importantes indicadores, que é o desperdício, a ser analisado a seguir.

6.5 Custos da Qualidade

Não se deve menosprezar a análise dos custos da qualidade. Conhecê-los e identificá-los, é básico. Nos dias atuais, isso se torna imprescindível, devido à necessidade de monitoramento constante, a fim de controlá-los.

Ao longo das décadas dos anos 50 até os dias atuais, a evolução do conceito do custo da qualidade trouxe algumas surpresas, que serão discriminadas a seguir:

- Os custos relacionados à qualidade eram maiores do que se julgava, quando eram apresentados na contabilidade;
- Os custos da qualidade tinham em seu componente não só o que era resultado das atividades, mas também outras atividades que davam suporte para a realização das mesmas, contribuindo de forma acentuada para a elevação desses custos;
- A maior parte dos custos era resultado da má qualidade.

Para se quantificar a má qualidade, os especialistas equipararam os custos da qualidade com o custo da má qualidade, principalmente para se encontrar e corrigir trabalho defeituoso.

“Nos custos da qualidade são considerados a medida de desempenho e de monitoramento da qualidade da empresa/instituição ao longo do tempo” (Juran & Gryrna, 1991).

Armand Feigenbaum, segundo Barreto & Soares (1996), por sua vez, equacionou as categorias dos custos da qualidade em custo de prevenção e custo de avaliação.

Segundo ele, quando a empresa busca o controle de qualidade, ela se onerará com gastos de prevenção e avaliação. São eles:

- Custos de Prevenção: são todos os esforços despendidos pela empresa para evitar que produtos/serviços sejam elaborados/prestados de modo insatisfatório.
Exemplos: retrabalho, perda da produção em decorrência de haver refugo, danificação, desperdícios, sucata, etc.
- Custos de Avaliação: são os gastos associados à verificação da conformidade dos produtos, serviços aos requisitos exigidos.

Quando a não conformidade é observada internamente na empresa, classificam-se esses gastos como custos de falhas internas. Se a não conformidade é observada pelo cliente, externamente à empresa, através de queixas e reclamações, os gastos necessários para o atendimento às exigências ou requisitos do cliente podem ser classificados como custos de falhas externas.

“Os Custos de Prevenção e Avaliação têm como finalidade única evitar a possibilidade de produtos insatisfatórios”, segundo Barreto & Soares (1996).

Também, para esses autores, a busca do nível ótimo dos custos da qualidade (ponto de inflexão do Modelo de Juran do Custo) não é a mesma defendida por Deming, *“... para quem se deve investir na qualidade sem limites, pois para ele os custos diminuem com o aumento da qualidade. Aliás, esse cientista só se refere aos custos das falhas que, logicamente, diminuem com o aumento da qualidade. A empresa não poderá investir indefinidamente e infinitamente volumes vultosos de recursos na prevenção e avaliação, sob pena de atuar fora do nível ótimo dos custos da qualidade, o que significará desperdício de recursos”.*

Concluindo, *“... é importante e fundamental para uma visão estratégica de gestão da qualidade que as empresas apurem seus custos, sejam eles provenientes do controle da qualidade (prevenção e avaliação), sejam eles decorrentes da falta de controle da qualidade (falhas internas e externas)”* (Barreto & Soares, 1996).

Desta forma, conhecendo os custos da qualidade, identificando quais são os seus determinantes, o próximo passo consiste em estudar o desperdício propriamente dito, que é um dos seus indicadores e objeto de estudo deste trabalho.

Capítulo 7

Desperdício Propriamente Dito

7.1 Introdução

Falar sobre desperdício desconhecendo historicamente como ele se incorporou à cultura de um país é tirar do foco da discussão argumentos que levam a um entendimento maior de suas causas, principalmente num País como o Brasil, rico em recursos naturais e que nos dias atuais tem sido objeto de debates.

Para compreensão da proposta deste estudo, este capítulo será dividido em duas partes: uma sobre o desperdício em geral e outra sobre desperdício na área da Saúde.

7.2 Desperdício em Geral

Cabe agora, preliminarmente, definir o que é desperdício, conceitualmente falando, para que, o conhecendo, possa ser identificado em suas variantes e em suas diversas causas. Assim diante dos pressupostos iniciais, partir então, para um estudo mais específico, tendo como base a área da Saúde.

Segundo artigo publicado no Jornal Folha de São Paulo, na Folha Sebrae, de 20 de março de 1994 – “Que tal combater o desperdício?”, tem-se que:

“Desperdício é todo e qualquer recurso que se gasta na execução de um produto ou serviço além do estritamente necessário (matéria-prima, materiais, tempo, dinheiro, energia, etc.). É um dispêndio extra, acrescentado aos custos normais do produto/serviço, sem trazer qualquer tipo de melhoria ao cliente”.

Para que se pudesse compreender melhor esta questão — o desperdício, buscou-se conhecer as suas raízes e, para tanto, os artigos publicados sob a coordenação de Eigenheer (1993) foram de suma importância para o presente trabalho, conforme relatado logo mais, no decorrer dessa reflexão.

Rever essa “cultura de desperdício” é também se voltar para o passado e buscar as suas origens, as origens de um comportamento baseado no desperdício.

Para isso, o desperdício tem várias conotações e algumas delas serão relatadas segundo seus autores.

1. Desperdício com relação às raízes históricas

Segundo Silva (1993) transmite no livro *Raízes do Desperdício*, uma característica da “moderna miséria” é o desperdício de recursos e bens naturais convivendo com elevadas taxas de mortalidade infantil em muitas regiões do País. Pode-se até dizer que existe uma “consciência social” de que a fome poderá ser erradicada, com o pleno aproveitamento dos recursos existentes, sendo necessária uma política adequada de infra-estrutura. Assim, entre tantas resoluções a serem tomadas pelo governo brasileiro, uma política de transportes tanto em nível viário, no que se refere à conservação de estradas, principalmente nas regiões mais afastadas dos grandes centros industriais e tecnológicos, como transporte náutico, investindo na melhoria e conservação dos portos, na construção e melhor aproveitamento dos silos existentes, favoreceria o melhor aproveitamento desses recursos em regiões menos favorecidas, com reflexos diretos na área da Saúde.

É descrita pela mídia a situação em que vivem muitas das populações em nível abaixo da subsistência, como a do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais, onde a terra é seca e improdutiva, onde um contingente enorme de pessoas vivem marginalizadas, sem recursos, principalmente os naturais.

As conseqüências das longas secas durante determinados períodos fazem com que o governo lance programas de combate à fome. Ao mesmo tempo, aparecem notícias nos jornais alertando para as perdas de alimentos nos vários silos existentes: “... toneladas apodrecem nos silos enquanto cresce o número de flagelados” (Silva, 1993).

O sinônimo “fome-desperdício” parece revelar que não há um comprometimento social nos programas de governo, alguns sofrem paralisação quando recém-iniciados. E a justificativa maior é a falta de planejamento de recursos para esses programas, especificando a origem de suas receitas. *“Portanto, não basta criar os programas de combate a fome. É preciso mantê-los operando”*.

Vive-se à “sombra do desperdício”, quando não se respeitam os recursos naturais existentes, destruindo-os muitas vezes em nome da ambição, haja visto grandes áreas desmatadas, reservas naturais sendo apropriadas indevidamente.

“De outra maneira, obras iniciadas através de programas, como represas que podem abastecer vários municípios, encontram-se paradas, inacabadas. Há uma sangria de recursos financeiros revelando desperdício de grandes somas de dinheiro público. Quando não há uso racional dos recursos naturais, se destrói a capacidade potencial de reprodução do recurso”.

Também, segundo o mesmo autor, o início do desperdício se dá historicamente no princípio da Colonização, quando traz o “... ufanismo como método de abordagem das possibilidades do país. Um país que até o século XX apresentou-se como capaz de sustentar não só a sua própria população como a do mundo inteiro com a égide de ‘celeiro do mundo’”, vive hoje dias de preocupação quanto ao futuro de seus recursos naturais.

A maneira de pensar a abundância do País baseava-se na “forma de pensar e de apropriar-se da natureza”. E é sob essa forma que se deve compreender o desperdício.

Na época do Brasil-Colônia, com a escravidão, com o uso do trabalho escravo, nada se fez para “qualificar, melhorar, aperfeiçoar o trabalhador”. Não se preocupava em ensinar a ler e a escrever. Só se preocupava com o que se produzia. Os interesses eram comerciais.

Silva (1993) relatou que poucas pessoas, quando da Abolição em 1888, sabiam ler e escrever. Com a Abolição, não podendo mais empregar trabalho escravo, o País abriu as portas à imigração e, com isso vieram, para colonizar o Brasil: os pobres, os incultos, os que fugiam da guerra, além de outras classes sociais.

De lá para cá, a situação de desperdiçar continua no Brasil moderno: faltam escolas, faltam salas de aulas, faltam vagas nas escolas, faltam cursos de aprimoramento aos profissionais de ensino básico, além de faltar salários mais condizentes para os professores, faltar merenda escolar. E isto só na educação do ensino básico.

“Num país soberbo de recursos naturais, o Brasil se dá ao luxo de desperdiçar povo” (Silva, 1993).

2. Desperdício com relação à posse

O desperdício também tem a ele associada a questão da posse: *“Sem possuir, não poderíamos desperdiçar”* (Wahba, 1993).

Acrescida a uma ambição cada vez maior de possuir e a uma necessidade maior de segurança, os grupos humanos formaram comunidades que se fixaram ao redor de grandes centros de consumo e, conseqüentemente, o consumo abriu as portas para o desperdício, ao se consumir mais que o necessário. *“É a sociedade consumista, moderna”*.

Para Wahba (1993): “o desperdício começa e se instala quando se consome mais do que o necessário. Mas, como estamos no terreno da subjetividade, é muito difícil determinar o necessário”.

Como a posse está intrinsecamente unida a domínio, desperdiçam-se capacidade de discernimento e de comando, e desperdiçam-se lideranças, talentos.

3. Desperdício com relação ao lixo

O “lixo é o principal símbolo do desperdício”. Eigenheer (1993) caracterizou o lixo e o desperdício como faces de uma mesma moeda: “... grande parte do que desperdiçamos vai para o lixo”.

Grandes quantidades de lixo são produzidas diariamente, pelas indústrias, residências, demandando altos custos para o seu tratamento. Há falta de espaços para serem colocados, não só para os lixos que precisam ser reciclados, mas para aqueles que já se tornaram praticamente indestrutíveis, como as embalagens à base de isopor. São estes que passam a poluir o meio ambiente, tornando-o insuportável e inócuo para a vida.

“Despoluir e manter o meio ambiente habitável já está apresentando um alto custo para os governos. O desperdício é o resultado da sobra para aqueles que têm uma necessidade sempre maior de consumir. Desperdício representa lixo”.

4. Desperdício em relação a um bem comum

“Cria-se a abundância criando escassez, fruto de nossa sociedade moderna, tecnológica” (Bonder, 1993). Para este autor, o que define o desperdício é o raio de interesse em relação a um bem comum. Para além das fronteiras deste bem comum, há, por definição, desperdício. Quanto mais fragmentado for um processo de produção, maiores serão os seus níveis de desperdício. *“O desperdício é gerado pela não compreensão de que o desperdício é um desperdício”* (Bonder, 1993).

Bonder (1993) resumiu a concepção de desperdício dentro da visão do que é um bem comum: *“... qualquer consciência produtiva que seja menor, minimamente menor, que seu verdadeiro universo de interesse e compromisso, gera desperdício. Ou o desperdício é gerado pela não compreensão de que o desperdício é um desperdício. Caso fosse assim compreendido, seria eliminado pela consciência”*.

5. Desperdício com relação ao tempo ou desperdício planejado

Outra questão colocada em relação ao desperdício é aquela devido ao tempo. Tempo gasto com processos não bem sucedidos, tempo gasto com retrabalho, tempo gasto com projetos mal definidos, ou mal-estruturados.

“Toda vez que se desperdiça tempo desperdiçam-se ações humanas em empreendimentos que resultarão quase sempre em fracassos”.

Também, sempre que se consomem recursos naturais, financeiros e mesmo matérias-primas desnecessariamente, empregando para isso tempo, que não gera utilização racional desses recursos, estará sendo desperdiçado trabalho na realização dos processos produtivos.

“A maximização do exercício da racionalidade exige cuidadoso projeto de socialização dos indivíduos, com apurados programas educacionais que formam os atores sociais para além de sua individualidade, estimulando-os, por um lado, ao estabelecimento e dignificação dos imprescindíveis laços de solidariedade que os unem em sociedade e, por outro, à diuturna reconstrução de suas relações com o Estado, visando à manutenção da lealdade política, enfim, da cidadania. Nesse sentido, a capacitação profissional, condição fundamental à eficiência de qualquer processo produtivo, é parte de um projeto maior, que, por sua vez, estimula e influencia outros projetos, que, juntos, constituem o suporte racional necessário à viabilização de cálculos cotidianos, minimamente seguros, de curto, médio e longo prazos” (Augusto, 1993).

A capacitação profissional passa a ser parte de um projeto maior em busca da realização de outros projetos, com a utilização do uso racional e científico das ferramentas ou metodologias colocadas à disposição dos profissionais a ela habilitados.

Duas importantes classes de desperdícios que estão inter-relacionadas, que no momento merecem considerações, são as relativas à cultura do desperdício em relação à energia e a cultura do desperdício em relação à água descritas abaixo:

Cultura do Desperdício em relação à Energia

Trazem os artigos publicados em jornais, em matéria de energia e crise energética pela qual passa o país, as seguintes colocações “formas de economizar energia e evitar situação pior”, “período de contenção do consumo de eletricidade”, ou mais ainda “aprender a cortar desperdícios e evitar riscos de apagões para os próximos anos”, “acionamento de energia”.

Além disso, um artigo publicado pelo Jornal *O Estado de São Paulo*, no dia 20 de maio de 2001, sobre o racionamento, com o título “Racionamento é um velho conhecido do Brasil”, descreve que a crise que vive o País é antes de tudo histórica. Ela acontece desde o ano de 1879, quando D. Pedro II acendeu seis lâmpadas na Estação Ferroviária Central no Rio, inaugurando a Era da Eletricidade no Brasil, até os dias de hoje, passando pelos blecautes da Segunda Guerra Mundial. Desde os tempos passados, o País enfrenta problemas com energia, incluindo aí os apagões, racionamentos e economia. *“Com o fim da guerra, intensificou-se a industrialização do Brasil. Logo surgiram previsões de que a geração de energia não estava acompanhando o crescimento econômico e um colapso seria inevitável em breve.”*

Em 1952, com a falta de chuvas, São Paulo enfrentava um grande racionamento de energia, porque os níveis dos reservatórios das hidrelétricas estavam baixos. Em 1985 e 1986, foram os Estados do Sul que sofreram cortes de energia. Em 1987, foi o Nordeste que teve que conviver com o racionamento durante dez meses, *“... com as emissoras de rádio saindo do ar mais cedo para economizar energia. Quem gastasse além da conta corria o risco de ter o fornecimento cortado”*.

Na década de 90, foram muitas as ameaças de racionamento e corte em vários Estados.

“Em 1996, o horário de verão chegou a ser antecipado em duas semanas para permitir mais economia. Mas o Amazonas não escapou. Em 1997, os habitantes de Manaus tinham duas horas sem energia diariamente”. “... e neste ano, o primeiro do século XXI, três apagões do País estão apagando as luzes para enfrentar mais um racionamento na história brasileira.”

Para entender os racionamentos que houve em várias décadas devido à crise energética, vários fatores contribuíram e continuam contribuindo, tais como:

1. O governo brasileiro repetiu os mesmos erros que levaram ao racionamento de energia elétrica das décadas de 40, 50 e 60. *“A forte estiagem de agora também ocorreu em décadas passadas, mas apenas revelam os problemas estruturais crônicos do setor elétrico brasileiro. Tanto naquela época quanto hoje havia uma capacidade de geração energética insuficiente para atender ao aumento da demanda, os empresários privados nutriam uma grande desconfiança em relação à política tarifária vigente e investia pouco, bem como havia a dependência quase total à energia hidrelétrica.”*
2. *“Um trabalho elaborado em 1996, pelo Centro de Memória da Eletricidade no Brasil da Eletrobrás, mostra semelhanças entre as várias medidas de racionamento adotadas nas principais capitais do País entre 1940 e 1965, tais como: cotas de consumo, cortes de luz individual e apagões generalizados.”*
3. A estiagem sempre foi o principal motivo para o início das medidas.
4. Na década de 80, ocorreram problemas de racionamento no País. A partir de 1985, a Região Sul entrou em estado crítico.
5. No período que vai de março de 1987 a janeiro de 1988, portanto 11 meses, ocorreu no Nordeste o mais grave racionamento que *“... afetou 5,3 milhões de pessoas com graves restrições aos usuários. Os motivos, além da seca no rio São Francisco, foram o adiamento de obras consideradas prioritárias para o atendimento ao mercado da região.”*

Concluindo, dependência das hidrelétricas e política tarifária provocaram os racionamentos, aliadas aos problemas de estiagem ocorridas em várias décadas, além de uma capacidade de geração energética insuficiente para atender ao aumento da demanda, o que faz com que as crises se repitam com menor ou maior capacidade que em décadas passadas. Casos há em que, com crise energética, é possível sobreviver sem usar os mesmos recursos de limite ao consumo.

Com o título “O que os outros fazem para driblar o breu”, o Jornal *Folha de São Paulo* no encarte *Folha Equilíbrio*, de 24 de maio de 2001, inicia com o lead “*Desperdício, guerra, seca, falta de planejamento, privatização mal conduzida. As razões variam de país para país, mas o resultado é o mesmo: populações forçadas a repensar os hábitos no consumo de luz para escapar da mais temida consequência da crise energética, os blecautes*”.

O artigo relata que a crise energética não é apenas nacional, mas mundial, e como os Estados Unidos conseguiram vencê-la, como com a criação de produtos que garantam eficiência e baixo consumo e a conscientização do usuário para a mudança de hábitos. Exemplos dessa medida são o uso dos eletrodomésticos, que, segundo o artigo, diz que “... o americano possui hoje muito mais bens (incluindo eletrodomésticos) do que há 27 anos, mas o consumo de energia não cresceu. Isso foi possível graças ao aumento da eficiência dos eletrodomésticos, que funcionam com cada vez menos energia”. No caso da indústria, “... a energia usada na produção de uma tonelada de aço caiu de 25%, entre 75 e 94, e 27% para produzir uma tonelada de papel. A política de conservação de energia nos Estados Unidos serve de modelo porque, à exceção da Califórnia, não coloca em risco o fornecimento de luz nem estabelece limites ao consumo individual”.

Essas medidas foram bem-sucedidas, devido, em parte, à fixação de limites de eficiência para os eletrodomésticos produzidos no país. No Brasil, a partir de 1993, como relata a autora deste artigo, os eletrodomésticos que consumiam pouca energia passaram a receber o selo do Programa de Combate ao Desperdício de Energia Elétrica (Procel). Mas, como não há limite mínimo obrigatório, fica a cargo do cidadão optar pelos mais econômicos.

Os trabalhos educativos do governo americano e das Organizações Não-Governamentais (ONGs) têm sido de grande importância, pois, *“... voltados para a educação do cidadão, cartilhas e sites produzidos pelo governo e por ONGs, orientam o americano a escolher equipamentos eficientes e a evitar o desperdício, com dicas de reformas que diminuem o uso da eletricidade, como a instalação de coletores solares e de termostatos que desligam o aquecedor ou o ar-condicionado quando a temperatura no quarto chega ao patamar desejado”*.

Cultura do Desperdício em relação à Água

Relata artigo publicado no Jornal *Folha de São Paulo*, no dia 24 de junho de 2001, sobre a crise energética pela qual passa o País no momento: *“A crise energética acelerou o projeto do Governo Federal e dos comitês que gerenciam as bacias hidrográficas no País de cobrar pelo uso das águas dos rios.”* Diz ainda que *“... com a cobrança, o governo e os representantes dos comitês afirmam que pretendem promover o uso racional da água – ainda mais necessário em tempos de crise energética. Por causa da estiagem, parte dos reservatórios está com níveis críticos, tanto para o consumo como para a geração de energia”*. Esta tarifa deverá entrar em vigor no ano de 2002, *“... segundo anúncio feito semana anterior à publicação desta matéria, para 9 milhões de pessoas no interior de São Paulo e para 2 milhões no Rio de Janeiro. São moradores de áreas abastecidas pelos rios que fazem parte da bacia hidrográfica do Paraíba do Sul (o rio passa por cidades do Vale do Paraíba, pelo Rio e por parte de Minas). O Ceará é o único Estado no País que já realiza a cobrança”*.

Para Marcos Aurélio Vasconcelos de Freitas, diretor da ANA (Agência Nacional de Águas), os efeitos da cobrança sobre o consumidor serão insignificantes perto dos benefícios. Relata que a cobrança é a saída para evitar o colapso no abastecimento, já que combate a *“cultura do desperdício”*. Segundo ele, os recursos obtidos devem ser aplicados, prioritariamente, na recuperação das próprias bacias onde foram gerados. *“As regiões metropolitanas das grandes cidades são as que mais correm risco de colapso. Nesses locais, a capacidade de fornecimento diminui por causa de uma série de fatores: despejo de esgoto sem tratamento – que inviabiliza a retirada de água de trechos dos rios, assoreamento, perda de água tratada por causa de tubulações precárias e falta de estrutura adequada, entre outros.”*

No mesmo artigo, Paulo Renato Paim, ex-coordenador do Fórum Nacional dos Comitês de Bacias Hidrográficas, fala que “... o racionamento [de energia] vai acelerar a cobrança. Só agora a sociedade está amadurecida para enfrentar os fatos de que a água é um bem escasso e de que é preciso usá-la racionalmente”.

Oportuno será acrescentar que o estoque disponível de água no País é cada vez menor, em razão, principalmente, do desperdício e da poluição dos rios, que comprometem a qualidade dos mananciais; e que medidas para evitar a escassez se fazem urgentes, desde o racionamento com o próprio uso racional da água até a cobrança pelo seu uso, conforme está previsto pelo Governo, visto que a economia se tornou prioridade e a distribuição de água tornou-se um problema preocupante. *“O Brasil possui água em abundância. Pelo menos 8% da reserva de água doce do mundo está no País, segundo o documento O Estado das Águas no Brasil, produzido em 1999 pela Agência Nacional de Energia Elétrica. O problema é a distribuição. De todo o volume disponível, 80% está na região amazônica e os demais nas regiões onde estão concentrados 95% dos brasileiros.”*

Diante do exposto, pode-se ter uma idéia do que foram as raízes do desperdício e como elas continuam ainda atuando nos tempos atuais. Partindo dessa visão, a seguir será realizado um estudo sobre a classificação do desperdício em geral, para posteriormente fazer um estudo do desperdício na área da Saúde, e, depois fazer a classificação dos mesmos nesta área.

7.2.1 Classificação dos Desperdícios em Geral

Cabe agora classificar os desperdícios que comumente acontecem e buscar, baseado nesta classificação, uma identificação na área hospitalar, objeto de estudo em seção posterior.

De maneira geral, o desperdício terá aqui, a seguinte classificação, sugerida pelo encarte Folha/SEBRAE (1994):

1. Relativos ao estoque de bens/materiais:

- Cresce o investimento em estoques, imobiliza capital antes do tempo, aumenta as despesas financeiras;
- Ocupa maior espaço e amplia desnecessariamente instalações;
- Estoques excessivos desestimulam a alta produtividade das equipes;
- Desperdício é sinônimo de improdutividade e de falta de qualidade.

2. Produtos ou serviços em fila esperando para serem executados:

- O cliente enfrenta uma longa espera porque a empresa não dispõe de processo ágil de atendimento. Muitos não se submetem a isso e acabam procurando o concorrente;
- Inflação elevada gera aumento de custos, com atraso entre pedido e entrega do produto/serviço. Os custos financeiros aumentam e a margem de lucro reduz-se.

3. Transportar produtos ou serviços entre máquinas e seções:

- Desperdício de tempo que não agrega valor ao cliente e gera custos extras.

4. Movimento das mãos e do corpo, além do necessário:

- Quando o processo de trabalho não é adequado, as pessoas acabam trabalhando além do necessário, com menor produtividade.

5. Problemas e definição de planejamento do produto:

- Erros na concepção do produto e/ou nas diversas etapas de sua elaboração acarretam grandes perdas: de material, tempo, hora/homem e hora/máquina, elevando os custos.

6. Produção com defeitos:

- Este é o pior dos desperdícios. Gera retrabalho, custo de recuperação ou mesmo perda total do esforço e do material. O risco de perder clientes, no caso, é elevadíssimo.

7. Estoques além do necessário:

- Para compensar erros e defeitos de produção, precisa-se de mais matérias-primas.

7.2.2 Classificação dos Materiais em Geral

Quanto aos materiais, segundo Moura (1989), estes podem ser classificados, e agrupados em categorias de acordo com a conveniência do serviço. Eles podem ser classificados quanto à finalidade, à duração, ao porte, ao custo, à matéria-prima utilizada: o material permanente faz parte da particularidade do Patrimônio e seu controle é realizado através do controle de extravios, saídas de equipamentos para conserto (consertos externos e consertos internos na instituição).

Tem-se em conta que a duração do material permanente é superior a dois anos. Como exemplos de materiais permanentes, há: equipamentos, mobiliários, instrumentais, suportes de soro, macas, entre outros. Já os materiais de consumo são aqueles que têm duração prevista para dois anos no máximo, sendo consumíveis pelo uso. Exemplos de materiais de consumo: materiais hospitalares, de escritório, entre outros.

O material de consumo pela sua própria particularidade está ligado diretamente ao Almoxarifado e seu controle é feito através do controle de estoque, em níveis ideais.

7.3 Desperdício na Área da Saúde

Esta seção, pelo destaque que ocupa no presente trabalho, traz questões importantes a serem analisadas e que serão motivos de reflexões.

O desperdício na área da Saúde não é diferente do que ocorre em qualquer outra área ou atividade. Há desperdício das mais variadas formas: com internações e exames complementares desnecessários, principalmente quando há cobrança por consultas, operações indevidas,

duplicidade de exames, etc. Isto pode ocorrer em qualquer instituição onde não existe ou existe pouca fiscalização por parte dos órgãos governamentais.

Há ainda, outros tipos de desperdícios área da Saúde: materiais hospitalares, energia, água, telefone, compra de material de qualidade questionável (quando o preço passa a ser o diferencial), falta de manutenção, medicação, alimentos, trabalhos repetitivos.

Essa cultura do desperdício é difícil de ser combatida, como foi analisada anteriormente, já que parece estar arraigada na consciência das pessoas e, segundo a visão de Batista (1994): *“Isso requer investimento em capacitação gerencial, mínima previsibilidade como insumo fundamental de planejamento, profissionalismo, alguma continuidade administrativa, política adequada de recursos humanos, etc. Requer, também, metodologia racional e apropriada nas decisões que envolvem cálculos de custo-benefício. A instalação de equipamentos de alta tecnologia, por exemplo, não deve ser feita sem uma avaliação séria da viabilidade do investimento. É comum, não apenas no serviço público, mas mesmo na iniciativa privada, considerar apenas o valor inicial de compra sem estudar devidamente as repercussões em termos de incorporação de recursos humanos, manutenção, capital de giro, etc.*

Se é possível, através de mecanismos de competição, exercer uma pressão positiva sobre esse aperfeiçoamento na iniciativa privada, o mesmo não ocorre no serviço público. Neste, é preciso, ao lado de uma doutrina que defina apropriadamente o papel dos órgãos públicos, reabilitar o moral e a qualidade de trabalho de um funcionalismo que deve ser profissionalizado, para que possam ser cobrados padrões satisfatórios de desempenho. Várias coisas têm conspirado para a decadência dos padrões do funcionalismo público brasileiro: crise fiscal do Estado, empreguismo e clientelismo, reformas administrativas desastrosas, grevismo, etc. Na nossa visão, a mais grave delas é a corrosão da memória, com raízes na deterioração dos recursos humanos, mas, também, na inexistência de sistemas de informação eficientes e confiáveis. A própria previdência social luta, constantemente, contra as incongruências apresentadas nos levantamentos feitos em seus diversos bancos de dados.

Na área de Saúde, em especial, são comuns os descumprimentos inconseqüentes de contratos de trabalho, principalmente no que se refere à pontualidade e assiduidade, sob a alegação de insuficiência de remuneração.

Os médicos, em particular, freqüentemente são desatentos a questões ligadas a custos e desperdícios. A indispensável autonomia de decisão, para o bom exercício das suas funções, torna-os pouco permeáveis às medidas de contenção de despesas e, por isso, requer, em contrapartida, uma maior consciência da importância de tais problemas, para que o controle não seja imposto de fora, em prejuízo do desempenho profissional e dos pacientes.

De certa forma, muitos problemas gerenciais nos remetem ao desafio seguinte.

A inexistência de um hospital-escola digno desse nome é o drama de muitas das novas escolas médicas; compatibilizar o interesse didático com a demanda assistencial é a dificuldade de todas, novas e antigas. O hospital-escola não pode ser um local de atendimento de simples trivialidades, mas, também, não deve se tornar um reduto exclusivo de moléstias raras. É nele, e na rede ambulatorial interligada, que o futuro médico, assim, como o novo profissional, terão contato e se exercitarão nos fundamentos da profissão, desenvolverão os conhecimentos básicos próprios de cada especialidade e, sob supervisão, praticarão seus primeiros atos de maior responsabilidade. É nesse ambiente que eles moldarão seus primeiros e mais marcantes conceitos de exercício profissional, menos pelo que lhes for dito e mais pela vivência e convivência proporcionada. Se a observação clínica for menosprezada, saltando-se rapidamente para o uso indiscriminado de exames, será esse o hábito consolidado; se os pequenos problemas e incômodos dos pacientes forem ignorados, sendo valorizadas apenas as moléstias complexas e graves, é assim que passarão a ser vistos; se a preocupação de apresentar-se adequadamente perante o doente, respeitá-lo em coisas elementares como, por exemplo, não fumar à sua cabeceira não for lembrado ao aluno, só será praticado, posteriormente, pelos que se dedicarem à clínica privada; se o desperdício de material, a repetição de exames por simples extravio, sua execução sem razão de ser forem "coisas normais", tenderão a sê-lo pelo resto da vida sempre que alguém estiver pagando por isso; se a importância de bem informar e orientar o paciente e a sua família não for ensinada, sua cobrança será, posteriormente, vista como uma impertinência;

se o docente mais graduado não participa das tarefas assistenciais, não examina doentes e jamais comparece a um plantão, tais obrigações passarão a ser vistas como um fardo a ser descartado, decorrência apenas, inevitável e temporária, do baixo "status" profissional. Enfim, é nesse período de formação que conceitos, atitudes e comportamentos são incorporados com maior intensidade. Os ensinamentos, palavras e ações transmitidas pelos docentes e profissionais mais antigos, assim como a própria cultura organizacional existente nos locais de ensino, moldam, em boa medida, a forma de ser dos mais jovens. A cultura acadêmica nem sempre será predominante na sociedade e nos locais de trabalho, mas sempre será a cultura de referência."

Pode-se dizer que a assim chamada "cultura do desperdício" tem seus dias contados, embora ela esteja tão incorporada e presente no dia-a-dia de cada cidadão, a tal ponto de não mais sensibilizá-lo. Os benefícios a serem alcançados para reduzir esta cultura são muitos, destacando-se: redução de custos, principalmente custos da qualidade; aumento de produtividade; melhor gerenciamento dos recursos humanos; e planejamento mais eficiente de materiais.

De outra forma, resumidamente falando, administradores de instituições e funcionários em geral, conscientes de suas obrigações com o meio ambiente, com o bom uso dos bens à disposição, garantem o melhor aproveitamento de suas atividades. Com a melhor utilização da capacidade criativa do homem, otimização dos processos, eliminação de perdas, utilização mais eficiente da medição, para garantir a melhoria de desempenho dos serviços são proporcionados ganhos notáveis.

No que diz respeito em particular à medição e como se deve evitar desperdícios de qualquer natureza, o que os causam, necessário se faz conceituá-los, identificando seus vários tipos, bem como utilizar as ferramentas adequadas ao método de medição, na busca de indicadores que dêem suporte às atividades gerenciais dentro do contexto da Qualidade Total.

7.3.1 Classificação dos Prováveis itens de desperdícios na Área Hospitalar

Expostas as classificações dos desperdícios em geral e na área hospitalar, dado que nesta área não existe produção em série, serão feitas as devidas colocações pertinentes a ela.

Esta seção traz considerações relevantes e, naturalmente, por ser extensa, trará mais detalhes a serem relatados.

Os prováveis itens de desperdícios que podem ser classificados em termos de gerenciamento da Qualidade Total, cuja transposição dos conceitos utilizados de maneira geral é quase que direta para a área da Saúde, embora tendo que fazer algumas adaptações devido às particularidades desta área serão abordados pelo método dos (6 M's) de um Diagrama de Ishikawa.

Para melhor compreensão do que ocorre na área hospitalar, com o uso do material hospitalar, em especial, o mesmo é objeto de estudo detalhado, e mesmo porque fará uso do texto de Castilho (1991), por considerá-lo propício a esta reflexão, detalhando-o quando necessário para facilitar o desenvolvimento deste estudo.

Os conceitos de Ishikawa (6 M's) parecem adequados para o estudo do desperdício na área hospitalar, sendo subdividido em seus diversos componentes: materiais, recursos humanos/mão de obra, métodos de trabalho/medições, equipamentos/máquinas, meio-ambiente e fornecedores.

7.3.2 Estudo da Administração dos Recursos Materiais na Área Hospitalar

Para que se possa ter uma idéia, pelo menos superficialmente do gerenciamento dos recursos materiais nas instituições da área da Saúde, alguns aspectos devem ser destacados como as funções relativas aos materiais, que compreendem: compra, armazenamento, distribuição e controle.

O serviço de compras faz a aquisição de material mediante as solicitações enviadas pelos demais serviços da organização e providencia a reposição de estoque. As solicitações de reposição de estoque são emitidas pelo Almoxarifado ou por um outro serviço que necessite de um item que não faça parte do estoque. Este serviço levanta todos os gastos necessários para que a organização se assegure de que seus fornecedores lhes garantam a qualidade especificada. As atividades específicas deste serviço são:

- Revisão e avaliação dos fornecedores, a fim de que atenda a todos os requisitos de qualidade da instituição;
- Revisão de dados técnicos da ordem de compra e planejamento da qualidade do fornecedor.

Estas atividades irão influenciar os custos da qualidade, que por sua vez irão influenciar os demais custos ABC. Estes custos se transformarão em custos de preparação de documentos e de desenvolvimento de inspeções em equipamentos de testes necessários à verificação da qualidade dos produtos fornecidos.

A revisão dos dados técnicos da ordem de compra será feita mediante a especificação do material (conformidade dos produtos, serviços com requisitos exigidos). Esta revisão irá influenciar também os custos da qualidade, que estará subdividido em custos de falhas internas e em falhas externas, custos estes denominados custos de avaliação (são os custos incorridos na determinação do grau de conformidade aos requisitos da qualidade, conforme relatado no CAPÍTULO 6).

De posse dessas informações, pode-se sugerir alguns indicadores de resolutividade de compra de materiais, que serão úteis na avaliação dessa atividade.

7.3.3 Índices Prováveis de Resolutividade de Compra de Materiais

Parece ser interessante, pelo menos neste trabalho, para fins de gerenciamento, identificar alguns índices com relação a compras, discriminados a seguir:

Para compras:

- Índice de resolução = quantidade de material comprado (no mesmo período) / quantidade de material requisitado x 100%. Exemplos: material de escritório, material de infraestrutura (copo, papel higiênico), etc.
- Índice de importância = quantidade de material comprado (quais pedidos foram realmente atendidos) / quantidade de material requisitado pelas áreas x 100% (ou porcentagem de pedidos de compra entregue em tempo hábil).
- Índice de rejeição de pedidos de compra = 100% - quantidade de material comprado / quantidade de material requisitado = 100% - Índice de resolução.

Com base em uma potencial administração de materiais, encontra-se o momento propício para que se faça a reflexão sobre a classificação dos materiais em geral e, posteriormente, para a área da Saúde, resguardadas as suas especificidades.

7.3.4 Classificação dos Materiais na Área Hospitalar

O material de consumo, segundo Castilho (1991), tem duração de até dois anos. Como exemplos, há: esparadrapos, seringas, agulhas inaladores, extensões de oxigênio e ar comprimido e outros. Os materiais são também classificados, além da finalidade (com relação ao uso a que se destinam), duração (com relação ao agrupamento em materiais permanentes ou de consumo) segundo:

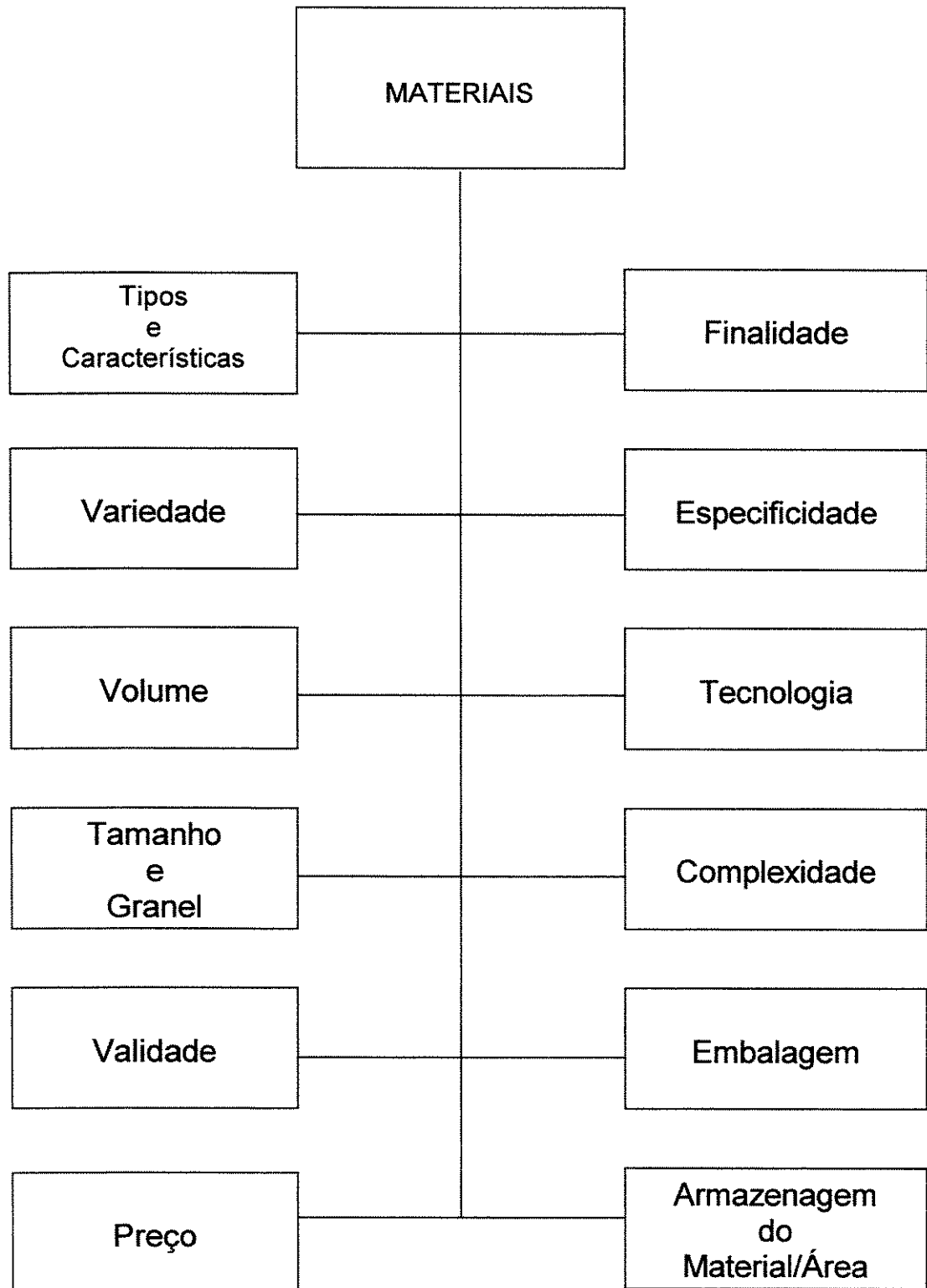
- Porte: pequeno, médio e grande porte.
- Custo, basicamente o preço do produto.

- Matéria-Prima: vidro, cerâmica, plásticos, silicone, metais, tecido.

Quanto ao estudo em si do material, baseando-se em Moura (1989), ele pode ser feito segundo:

- Tipo:
 1. Papel
 2. Plástico
 3. Vidro
 4. Ferro
 5. Alumínio
- Características:
 1. Cor
 2. Espessura
 3. Componentes (material do que é feito o produto)
 4. Padronização (fornecida pelo INMETRO)
 5. Variedade
 6. Volume
 7. Tamanho e granel (medidas padronizadas)
- Processo (causa e efeito):
 1. Validade (tempo)
 2. Finalidade
 3. Tecnologia
 4. Especificidade
 5. Complexidade
 6. Embalagem
 7. Preço
 8. Armazenagem

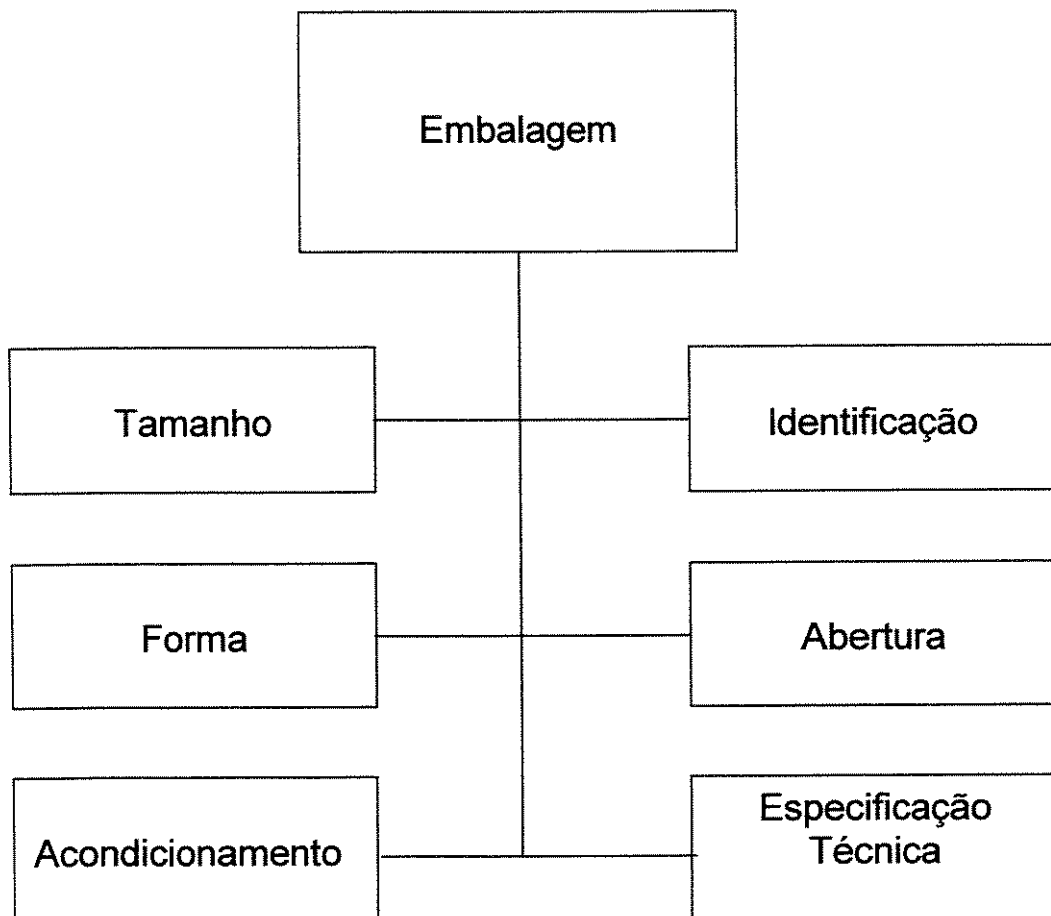
Desta forma, tem-se o esquema abaixo, que representa o que foi dito anteriormente:



Dentro do estudo do material, sua composição e mais especificamente a embalagem do material têm suas características, que se seguem, quanto à:

1. Tamanho
2. Forma
3. Acondicionamento
4. Identificação (cores/números/códigos de barras)
5. Abertura da própria embalagem (manuseio: facilidade de uso),
6. Especificação Técnica

Esquemáticamente, tem-se:



- Avaliação do material:
 1. Forma física;
 2. Natureza do material;
 3. Forma como o material pode ser avaliado pela área em estudo;
 4. Coeficiente de volume em relação ao peso.

Parte importante de qualquer processo que envolve custos, as compras, é necessário analisar os fornecedores, cabendo aqui algumas considerações devido ao fato deles pertencerem a esta cadeia que envolve compras de materiais e usuário final, que, em última instância, estará avaliando também a qualidade do material fornecido.

Para o estudo dos fornecedores, que é feito de forma mais completa, segundo Moura (1997), existem:

- As necessidades básicas de:
 1. Levantar a quantidade de fornecedores existentes;
 2. Rever critérios utilizados para selecionar e avaliar os fornecedores;
 3. Estabelecer o desempenho dos fornecedores nos últimos 12-18 meses, por exemplo;
 4. Avaliar/reavaliar o tempo de entrega (isto é, porcentagem dos pedidos de compra entregue em tempo hábil);
 5. Avaliar/reavaliar os pedidos de urgência, isto é, o tempo de entrega para pedidos de urgência e porcentagem de compra relativa ao pedido de urgência.

Os possíveis indicadores de gerenciamento para a classificação dos fornecedores, o qual é adotado neste trabalho, estão especificados a seguir:

- Indicadores e índice de gerenciamento relativos aos materiais
 1. Tempo de ciclo de pedido (porcentagem de pedidos recebidos em tempo);
 2. Índice de satisfação dos pedidos recebidos (pedidos entregues sem itens faltantes, ou seja, entrega de todos os itens solicitados na compra, dentro do critério de qualidade já previsto);

3. Desempenho da entrega do pedido feita pelo fornecedor, isto é, se ele entregou o pedido dentro do prazo solicitado.

Pelo exposto acima, tem-se em conta o valor da administração de materiais, pois dela depende gastar mais ou menos materiais, e portanto, economizar ou desperdiçar em termos financeiros.

No próximo item, serão feitas reflexões sobre o desperdício com relação aos materiais.

7.3.5 Desperdício com Relação aos Materiais

Materiais, por suas peculiaridades e por se tratar de um dos itens que mais demandam recursos, tanto em volume quanto financeiros, são os que mais provavelmente constarão como significativos na escala de itens de desperdício a ser averiguado neste momento.

Pode-se medir a demanda segundo as variáveis quantidade e preço. Assim, se só tivesse havido diferença na quantidade e nenhuma no preço, qual seria o comportamento do custo do material? Ao contrário, se tivesse havido somente variação no preço, e não na quantidade, o comportamento anterior do custo se manteria?

Como a variação no preço independe da instituição, constituindo assim num fator externo, não controlável, mede-se a variação na quantidade, variável esta mais fácil de mensuração, de forma a facilitar o conhecimento dos reais motivos da sua variação e de sua viabilidade, ou seja, buscando suas causas que poderão estar entre outras, destacando-se:

- Se superior ao material adequado, pode significar maior investimento para o mesmo resultado;
- Se inferior, o material pode não atender à necessidade e trazer perda total do produto ou exigir reparos.

Quantidades incorretas de material, a qual constituem também desperdícios, pois:

- Sobra ou excesso não garante a qualidade do produto;
- Escassez de material pode prejudicar a execução do serviço e alterar o resultado final.

Do exposto acima, deverá ser feita uma verificação da possibilidade de ser a quantidade (e não o preço) controlável pela instituição, motivo de desperdício, para que se possa tomar as medidas cabíveis.

Se a causa não for controlável, nada restará fazer, a não ser anotar o ocorrido para uma modificação nos padrões futuros (como no caso do preço, por exemplo, aumentado por ordem governamental).

Porém, não só ocorre desperdício com materiais, ocorrendo também com os recursos humanos ou mão-de-obra, a qual desperdiçam sobretudo talentos, conhecimentos, técnicas.

A questão “desperdício com recursos humanos”, pela sua importância, absorverá considerações adicionais e que serão argumentadas a seguir.

7.3.6 Desperdício com Relação aos Recursos Humanos (Mão-de-Obra)

Aqui será analisado um tipo de desperdício comum às empresas privadas e públicas, tanto na Saúde como fora dela. O Quadro A descreve bem esta situação:

Quadro A – Indicadores de Desperdícios com relação aos Recursos Humanos

Causa	Efeito	Solução
1. Ignorar talentos, idéias, conhecimento, informações	Retrabalho	Valorização de talentos, idéias, informações
2. Trabalho ineficaz e/ou falta de capacidade/qualificação	Retrabalho e risco na execução da tarefa	Treinamento (investimento) e/ou treinamentos extras
3. Ausência de ações inovadoras	Desconhecimento de novos procedimento	Estimular a busca de novos conhecimentos
4. Inexperiência (pouco tempo na função designada)	Demora na realização das tarefas	Acompanhamento na atividade e treinamento
5. Processo antigo/obsoleto	Demora na realização das tarefas	Redesenho do processo de trabalho ou padronização do processo de trabalho
6. Sub utilização da força de trabalho	Baixa produtividade	Acompanhamento do desempenho
7. Superutilização da força de trabalho por longo período	Estresse, ocasionando falhas e erros	Revisão do processo de trabalho e/ou das horas extras
8. Excesso de capacidade (excesso de qualificação)	Uso de mão-de-obra mais cara que a necessária Sub aproveitamento de pessoas, desestímulo	Reavaliar os funcionários existentes, empregando-os em nova função
9. Individualismo	Não alinhamento com a equipe de trabalho (não se está integrado com a equipe de trabalho)	Integração ou reintegrar com a equipe de trabalho ou desligamento da equipe ou incorporação de novo

		funcionário
10. Insatisfação	Ineficiência e ineficácia	Adicional por horas-extras Revisão de horário do 'ambiente de trabalho' (adicional de horas, horário, insalubridade, etc)
11. Causas diversas: - Doença efetivamente comprovada - Doença não comprovada - Razões diversas de caráter familiar - Atrasos involuntários por motivos de força maior - Faltas involuntárias por motivos pessoais, - Dificuldades e problemas financeiros - Problemas de transporte - Baixa motivação para trabalhar - Supervisão precária da chefia - Políticas	Absenteísmo.	- Reavaliação por parte das chefias diretas dos funcionários, elencando os motivos das ausências, faltas, buscando soluções conjuntas junto à Área de Recursos Humanos no sentido de eliminá-las totalmente ou em parte - Reavaliação da própria supervisão exercida sobre o funcionário - Re-alocação de funcionário ou rodízio nas tarefas correlatas - Revisão do trabalho conjunto com a Área de Saúde Ocupacional - Revisão do número de funcionários na área, devido a afastamentos prolongados por doença

inadequadas de recursos humanos (da organização) - Acidentes de trabalho - Doenças Ocupacionais (afastamentos) - Licenças, férias (afastamentos previstos)		
12. Causas relativas à rotatividade: - Tipo de supervisão exercida sobre o funcionário - Relacionamento humano dentro da instituição - Falha na seleção de funcionário ou recrutamento - Baixo salário devido à política salarial da instituição - Demissão voluntária ou não	Rotatividade	- Fazer entrevistas sobre o motivo de desligamento com funcionários que se retiram, a fim de diagnosticar as falhas e corrigir as causas que estão provocando a saída de pessoal - Revisão do processo de trabalho - Revisão da carga horária - Revisão do programa de treinamento - Ouvir funcionários para detectar suas

- Aposentadoria - Política de benefícios da instituição - Oportunidades de crescimento profissional oferecidas pela instituição - Falta de ética - Desrespeito às normas e rotinas do trabalho e da instituição - Falhas no programa de treinamento - Método de avaliação e desempenho - Oportunidade de progressão na carreira - Falta de estratégia de fixação do funcionário numa atividade - Horário de trabalho inadequado - Inadaptação às		necessidades profissionais
--	--	-----------------------------------

atividades		
Atraso no início de trabalho – falta de pontualidade.		

Segundo Chiavenato (1994), as definições de eficiência e eficácia mais adequadas para recursos humanos são as que se seguem:

Eficiência: É uma medida normativa da utilização dos recursos nos processos. É uma relação técnica entre entradas e saídas. Nestes termos, a eficiência é uma relação entre custos e benefícios. Assim, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos) a fim de que os recursos (pessoas, máquinas, matérias-primas) sejam aplicados da forma mais racional possível.

Eficácia: É uma medida normativa do alcance de resultados. Refere-se à sua capacidade de satisfazer a uma necessidade da sociedade através do suprimento de seus produtos (bens ou serviços).

Em suma, com relação aos Recursos Humanos, deve-se, em última instância:

- Estimular a responsabilidade e o trabalho de equipe das áreas entre si, para melhorar os níveis de qualidade e serviço, e reduzir custos;
- Elaborar manuais para uso interno e externo, com a finalidade de assegurar que as pessoas saibam o que é esperado com o trabalho;
- Esclarecer a especificação do produto – para que serve ou como deve ser usado;
- Trabalhar com padronizações;
- Identificar a periculosidade ligada ao trabalho.

Quando se faz alguma análise ou algum comentário, por mais sutil que seja com relação aos recursos humanos, assume-se proporção inesperada, por se tratar da base de qualquer estudo. É fundamental estudá-lo, sendo um item de importância inigualável, pois dele dependem as

resoluções a serem tomadas em qualquer esfera administrativa. A questão sobre recursos humanos é inesgotável e abrange particularidades que interessam a este estudo no presente momento, por isso foi mais restritivo. Desnecessário dizer que ele é inevitavelmente um dos causadores do desperdício. A medição, que é feita por pessoas, não deixa de ser menos importante, mas é um item que deve necessariamente ser considerado e estudado em seção à parte.

7.3.7 Desperdício com Relação aos Métodos de Trabalho/Medições

As medições tiveram um capítulo à parte, sendo apresentada a sua importância e a sua excelência, e, portanto aqui terão apenas algumas considerações adicionais, agregando sugestões do encarte do Jornal Folha/SEBRAE (1994), adaptadas para a área hospitalar.

Com relação aos Métodos de Trabalho/Medições, seu descuido pode acarretar situações indesejáveis como:

- Sofisticação técnica que pode produzir custos de implantação e manutenção além dos necessários,
- A falta de sofisticação necessária pode não garantir a qualidade final do serviço prestado;
- Falta de etapas no processo normalmente acarreta gargalos, ou seja, etapas sobrecarregadas que não acompanham o ritmo do processo, causando perda de tempo e recursos;
- Excesso de etapas no processo gera custos maiores que os necessários e pode causar atrasos diversos na elaboração dos serviços prestados;

Do exposto, e acrescido ao que foi dito anteriormente, essas situações são causadoras de desgastes diversos dentro de uma instituição, ora com relação às decisões a serem tomadas pela Administração, ora embutidas a ela, como o retrabalho a que são expostos os funcionários, por uma medição falha.

A “medição é a decisão de uma escolha”. Pode haver perdas, com escolha incorreta por determinados métodos de trabalho, desde as pequenas até aquelas em que compromete toda uma estrutura organizacional.

Dentro do quadro desperdício e complementando uma situação de desperdício, será visto um outro, o causado por equipamentos/máquinas.

7.3.8 Desperdício com Relação aos Equipamentos/Máquinas

O item equipamentos/máquinas, a ser relatado como um dos causadores do desperdício, merece sua parte de destaque, visto que não só o manuseio incorreto, mas uma não manutenção preventiva, também pode causar sérios transtornos numa instituição, principalmente quando ocorre na área da Saúde, ele é mais alarmante, por tratar de vidas humanas. Se houver falhas nos equipamentos, isso acarretará danos irreversíveis ao paciente, bem como atraso nos atendimentos, criação de filas de espera de pacientes, etc. Como na seção anterior, incorporou-se, nesta, sugestões do encarte do Jornal Folha/SEBRAE (1994).

Quanto ao desperdício com o item equipamentos/máquinas, as seguintes colocações acredita-se serem válidas também para a área hospitalar:

- Com equipamento obsoleto, a quantidade, ou a qualidade obtida, fica abaixo da média de instituições semelhantes, e isso reduz competitividade;
- Com equipamento excessivamente avançado, o volume e a qualidade absorvidos pela instituição não justificam o aumento de custos associados;
- Excesso de equipamentos aumenta a necessidade de espaço para os equipamentos que, se não usados, podem sofrer degradação, e, portanto cresce o custo unitário.

O item equipamentos, como relatado acima, por causar danos diversos no hospital e, enfim, à saúde, é relevante a sua avaliação. Também não menos importante é o item meio ambiente, tratado a seguir. Também há prejuízos outros, e esses são tão daninhos quanto aqueles.

7.3.9 Desperdício com Relação ao Meio Ambiente

Os diferentes desperdícios, principalmente o causado pelo lixo hospitalar, causarão prejuízos irreversíveis ao meio ambiente. O uso indevido de materiais, que se tornam desperdiçados, faz com que haja um acúmulo de lixo hospitalar, ocasionando grande impacto no meio ambiente e na saúde pública. Esse lixo pode ser devido a:

1. Agente infeccioso: organismos (tais como vírus e bactérias)
2. Armazenamento em local propício ao aumento de infecções

As classes de desperdício biomédico podem ser as relativas a:

- Cultivos, cepas e produtos biológicos;
- Desperdícios patológicos;
- Sangue humano e produtos derivados de sangue;
- Objetos cortantes;
- Fluídos corporais.

Quanto aos desperdícios biomédicos, considerando a apreciação da Junta de Qualidade Ambiental de Porto Rico (1991), perfeitamente aplicável ao caso em questão, o lixo hospitalar em geral é classificado segundo grupos de segregação, como sendo os desperdícios:

- De tipo ‘filoso’;
- Líquidos;
- Biomédicos gerais.

Outras classes há de desperdício, como o devido aos resíduos sólidos que precisam absorver técnicas e cuidados próprios para proteção do meio ambiente e da saúde do trabalhador.

Como há diferentes desperdícios encontrados, além dos vistos até o momento, e em particular com relação ao meio ambiente, sendo, neste caso, o causador a área hospitalar, outro

há, que dela não é particular, mas que deve ser levado em consideração. É o que diz respeito a fornecedores, que, se escolhidos de forma incorreta, leva as instituições a prejuízos financeiros vultosos, incompatíveis com a redução de custos. Esta classe de desperdício será tratada a seguir.

7.3.10 Desperdício com Relação aos Fornecedores

Identificar os fornecedores quanto ao seu desempenho, ou seja, quanto ao material fornecido na instituição, assunto a ser tratado a seguir.

A classificação incorreta de fornecedores (sua má avaliação) pode causar transtornos quanto ao seu desempenho e deve observar os seguintes itens:

1. Agilidade de atendimento (tempo de entrega do material);
2. A própria qualidade do material vendido (cujo material pode não corresponder ao que foi solicitado na compra);
3. Padrão do material vendido pelos fornecedores não corresponde ao padrão nacional.

Também outras questões relevantes devem ser observadas:

- Base com número excessivo de fornecedores, não permitindo uma correta avaliação deles;
- As parcerias junto aos fornecedores não correspondem à qualidade da compra realizada, ou seja, a especificidade do material não é a adequada, visto não ser a que foi solicitada e acordada com o fornecedor;
- Seleção incorreta de fornecedores, entre outros, quanto a: preço, serviço e entrega;
- Negociação incorreta de compra de material (com volume excessivo a ser adquirido) — há necessidade de negociação, pois o preço torna-se cada vez mais competitivo, frente à aquisição do pedido. Afinal, esta compra estará

influenciando na curva de custo da empresa fornecedora (em termos de economia de escala);

- Classificação incorreta/Avaliação incorreta de fornecedores;
- Compras não realizadas com critérios de qualidade total, ocasionando entre outros problemas, além de custo alto de aquisição, desperdícios de materiais, administração adicional, retrabalho, tempo aumentado na realização de uma determinada tarefa, além de expor, em particular, o paciente às situações indesejadas, como, por exemplo, esperar mais tempo para realizar determinado procedimento, visto que o material não atendendo às especificações, leva a um tempo maior do que o normalmente esperado;
- Compras desnecessárias, pagando mais por uma característica de que não se necessita;
- Avaliação e negociação incorreta de novos fornecedores gerando altos custos para a instituição;
- Altos custos de administração, com compras não realizadas adequadamente, dentro dos padrões pré-estabelecidos;
- Confiabilidade precária dos fornecedores;
- Disponibilidade dos materiais/produtos oferecidos pelos fornecedores estão aquém da desejada. Reavaliação necessária dos fornecedores que não atende este critério;
- A embalagem do material/produto não atende às encomendadas junto aos fornecedores.

A base de fornecedores existente se correta, evitará prejuízos à instituição, que melhor gerará seus custos.

Concluído este capítulo, será estudada uma pesquisa de opinião baseada nas reflexões feitas até o momento.

Capítulo 8

Metodologia

8.1 Apresentação

O presente trabalho teve como fonte de coleta de informações uma Pesquisa de Opinião realizada no Hospital das Clínicas/UNICAMP no ano de 1999, junto aos funcionários. Foram distribuídos 2.000 questionários, cópia em anexo, com retorno de 1.042, os quais foram enviados a todas as áreas do Hospital: Administrativa, Operacional e Assistencial (ROGANTE, DREYER, ARANHA, 1999).

Neste trabalho, as questões eram abertas e anônimas, apenas se identificando a área que respondia, desconhecendo-se a identificação dos funcionários que estavam respondendo. As questões constavam em número de três e referiam-se aos desperdícios, causas e sugestões. Os questionários exigiam, portanto, a identificação das áreas apenas. Foi considerado importante o conhecimento da percepção que os funcionários tinham quanto aos diferentes e prováveis desperdícios, causas e sugestões.

Levou-se em conta que algumas áreas receberam questionários e os devolveram em branco, não perfazendo os 2.000 previstos. Foram considerados dados perdidos para a análise esses questionários, visto que o não preenchimento implicou em dupla resposta: ou não havia problemas de desperdício e por isso deveriam ser consideradas áreas de excelência, o que

constituiu-se motivo de observação para levantar informações adicionais sobre desperdícios que poderiam ser relevantes para outras áreas; ou porque houve desinteresse em responder ao questionário.

Em qualquer análise estatística realizada através de levantamento de dados diretamente da fonte, ou por pesquisa de opinião, permeando-a existe a relação custo – benefício – qualidade, que deve ser sempre alcançada e vindo a se constituir no objetivo a ser buscado neste estudo.

A aplicação estatística foi desenvolvida, obedecendo a três etapas básicas:

1. Coleta de dados
2. Apuração e exposição
3. Análise dos dados.

Como a pesquisa foi realizada por meio de questionário, que trouxe clareza na apresentação do seu propósito, respeitou-se ao que ele se propôs, bem como o ponto de vista dos que os responderam, não alterando a sua fala.

O questionário, por ser uma das fontes de observação para coleta de dados, levará a conhecer a percepção do desperdício por parte dos funcionários. Como o que estava sendo questionado era a percepção que as pessoas tinham do desperdício, classificou-se os desperdícios em tipos e causas, utilizando-se o Digrama de Pareto:

1. Classificação dos itens de acordo com o seu grupo. Exemplo: Tudo o que se referia ao desperdício com água foi colocado no item água e com um código numérico.
2. Coleta dos desperdícios segundo os itens já estabelecidos e causas já classificadas.
3. Análise propriamente dita através do próprio Diagrama de Pareto. O benefício de se utilizar este digrama é o de obter de imediato a identificação do problema mais significativo.

A área de estudo piloto foi a Central de Material Esterilizado — CME, que serviu de exemplo para as demais áreas hospitalares.

A Tabela da CME – Tipos de Desperdícios revelou os itens de maior destaque como:

- Material Hospitalar, com 36,4%;
- Material de Escritório, com 15,2%;
- Esterilização de Material, com 14,1%.

Esses perfazem um total, no conjunto, de aproximadamente 66%¹.

Por outro lado, as causas também significativas quanto ao desperdício vão desde qualidade do material (fator externo) devido à compra, até qualidade do material (fator interno), designação assumida pelos que estavam realizando o estudo, por facilitar a compreensão e evitar dúvidas quando se referia à percepção que tinham de qualidade devido à prestação de serviço das áreas entre si.

Estudo do Material e Estudo de Recursos Humanos

Os pontos que se destacaram foram abaixo relatados e ações foram sugeridas:

1. Avaliar novamente a qualidade do material (fator externo), já que se sinalizou, no caso da CME, que o subitem de desperdício relativo aos materiais, referia-se à fita e etiqueta que não colam.
2. Daí se concluir pela fala dos respondentes que o material comprado de determinada empresa, com preço competitivo, não apresenta qualidade (esta é uma premissa extrema que pode até ser verdadeira, porém terá necessariamente que ser verificada). A fala, por outro lado, argumenta que o material é usado também de forma abusiva, como já foi relatada entre as causas de maior frequência. Portanto, é recomendável fazer a revisão dos materiais disponíveis no

¹ Vide TABELA DA CME – TIPOS DE DESPERDÍCIOS em anexo.

mercado, tendo-se em consideração o preço, a sua funcionalidade e a qualidade do próprio material.

3. Avaliar as requisições feitas junto à Área de Planejamento/Divisão de Suprimentos. Coletar dados dos últimos três meses, ou de um período relevante para o estudo, a respeito do material, baseando-se na quantidade solicitada e na quantidade enviada, comparando-as, e observando alguma irregularidade. Verificar, paralelamente, quais foram os fornecedores. Pode ser que tenha havido falta do material que costumeiramente se adquire e que a necessidade de comprar de outro fornecedor contribuiu para a queda da qualidade do material. Desta forma, pode-se eliminar o argumento de que não há qualidade do material (fator externo).
4. Outrossim, a área que está com problema de desperdício, o seu responsável, deve conferir a validade do material e o local de armazenamento do mesmo, que pode estar sendo inadequado².

Sugestões outras do que poderá ser apoio para avaliação das requisições solicitadas pelas áreas serão apreciadas a seguir:

1. Verificar no relatório de custo da própria área, como está sendo o custo dos materiais e quantidades, objeto de estudo, ao longo dos três últimos meses, mês a mês, ou conforme um período sugerido para uma possível análise posterior ao critério da administração. Comparar o crescimento do custo para os itens em questão e observar os de maiores gastos.

Neste momento, já é possível fazer uma análise de custos de materiais, comparando qual está crescendo mais, bem como qual custo está onerando mais. Por exemplo, o custo do Serviço de Lavanderia pode estar sendo alto e, portanto, o Serviço de Lavanderia aparece como item de desperdício. Pode não ser um dos

² Vide TABELA DE CONTRÔLE DAS REQUISIÇÕES e TABELA DE MATERIAL POR FORNECEDOR X CUSTO DO MATERIAL em anexo

maiores, mas pode estar influenciando o custo da área, pelo desperdício que foi declarado como uso abusivo do material e que também reflete numa causa, que é o da fita adesiva não colar, estar sendo porque as compressas não estarem limpas de acordo, o que deverá estar acarretando maiores pedidos de compressas junto ao Serviço de Lavanderia e, conseqüentemente, não ser problema de qualidade do material (fator externo), isto é, relativo à compra de material.

2. Também observar que no frio, como foi declarado, há uso indiscriminado do material — avental está sendo usado como vestuário. Novamente, verificar, através do relatório de custo, o item Serviço de Lavanderia, se continua alto. Uma das causas é que se está usando o vestuário na enfermaria com finalidade adversa a dele e, em decorrência, está havendo uso inadequado do material com custo alto para este item³.
3. Para controlar os desperdícios devidos à manutenção de equipamentos elétricos/eletrônicos, é interessante avaliar o que está causando a manutenção, quer seja a própria manutenção que não foi adequada, quer seja o término da vida útil do equipamento, quer seja o manuseio feito pelo próprio usuário. Nada mais útil que avaliar a própria ordem de serviço emitida pelas áreas junto à Divisão de Engenharia e Manutenção.

Sendo assim, os **prováveis indicadores e índices de resultados ou indicadores e índices de desempenho de gerenciamento das atividades**, sugeridos para a área em estudo e para as demais áreas, como forma de gerenciamento das mesmas e também porque estes fazem parte dos objetivos deste trabalho, foram:

- Índice de tempo parado da área (devido à demora do conserto do equipamento). Este índice aponta, como conseqüência imediata à desestabilização da relação custo x benefício, devido ao tempo ocioso pela espera do conserto do equipamento, além de outros transtornos, tal como remarcação de exame para os

³ Vide TABELA DE CONTRÔLE DE CUSTOS DOS MATERIAIS, em anexo.

pacientes, fazendo com que se aumente a fila de espera para a realização do mesmo.

- Índice de incidência de manutenção por equipamento. Demonstra quantas vezes aquele equipamento foi para o conserto e quais as providências tomadas, e a sua frequência de consertos. Este índice pode indicar se o problema continua sem solução ou se houve um conserto paliativo, implicando em aumento de custo para o Hospital; ou pode indicar também e às vezes conjuntamente, que não está havendo um treinamento adequado para o manuseio do equipamento;

Para a área com problemas de manutenção, identificar, através de uma tabela, as ordens de serviços emitidas e o que está ocorrendo naquele momento, de acordo com a solicitação emitida. Esta tabela oferecerá uma visão, por exemplo, do manuseio do equipamento: quem o utiliza com mais frequência, com quem o defeito ocorreu e que tipo de manutenção foi feita, se preventiva ou corretiva. Pode ser que o defeito apresentado pelo equipamento seja devido ao seu mau uso, fazendo ocorrer manutenções constantes. Isto implica que deverá haver treinamento do usuário, ou seja, treinamento do funcionário para manuseio do mesmo.

Um possível longo período para a manutenção ou conserto do equipamento, previsto pela assistência técnica, permitirá à área em questão saber administrar a sua falta, procurando, talvez, fazer uma reposição por empréstimo, até a volta do equipamento em condições de uso. Outrossim, permitirá à Administração do Hospital saber como planejar os seus futuros investimentos, bem como trabalhar com reserva financeira para agilizar o conserto, principalmente quando este é de grande porte.

- Revisão periódica da classificação de fornecedores ou base de fornecedores, considerando o preço, o serviço prestado, o custo e a qualidade do material. Por exemplo, no caso da peça comprada para reposição no equipamento, pode não estar apresentando a qualidade esperada, fazendo com que a manutenção do equipamento seja constante.

A revisão periódica da classificação de fornecedores aplica-se principalmente com relação à compra dos materiais, já que eles são de suma importância e necessidade para o Hospital.

Este índice deverá conter: as qualidades exigidas do fornecedor e seu desempenho medido através de pontuação, tempo de atendimento do pedido de compra, em tempo comum e em tempo de urgência;

- Índice de controle dos custos dos materiais, permitindo comparar a evolução dos custos para os itens em estudo, que apresentam problemas de desperdício e ao mesmo tempo fazer correlações entre as áreas, objetivando verificar porque o custo de uma área que recebe uma prestação de serviço de uma outra está crescendo. Vide TABELA DE CONTROLE DOS CUSTOS DOS MATERIAIS e idem para TABELA DE MATERIAL POR FORNECEDOR X CUSTO DOS MATERIAIS em anexo.
- Tempo de espera do material (advindo do Estoque/Compra) com compras realizadas pelo mesmo fornecedor ou outro. Este indicador permite controlar o uso abusivo do material, devido ao fato de ter a qualidade do material (fator externo) estar sendo contestada e ter que se realizar nova aquisição do material;
- Índice de acompanhamento da evolução do pedido de aquisição dos materiais e quais fornecedores. Identificação da queda/aumento na quantidade, devido à existência de diferentes fornecedores para o mesmo material;

8.2 Sugestões Enviadas pelas Áreas

As sugestões enviadas apontam com clareza, como já foi identificado anteriormente, por exemplo, que não há qualidade de material ou uso inadequado do material, que há necessidade também de rever a rotina de trabalho da área, o processo de prestação de serviço oferecido, olhando para as pessoas que estão executando as mais diversas tarefas, como está sendo feita a

comunicação interna entre as pessoas e, inclusive, como estão sendo feitos os relacionamentos com as demais áreas envolvidas no processo de trabalho. As conclusões dessas sugestões são:

- Orientar o funcionário como utilizar o material e qual a sua funcionalidade, lembrando que não é substituindo um material pelo outro que se terá o efeito desejado, visto que a função do material pode ser uma, e não a imaginada pelo funcionário;
- Conscientizar o funcionário para que ele possa fazer um bom uso do bem público. Este bem será compartilhado com outros funcionários, que terão que encontrá-lo em perfeita ordem para o bom funcionamento do setor;
- Treinar adequadamente o funcionário, utilizando os recursos que estão disponíveis na área, sem recorrer a substituições que utilizem apenas critérios pessoais.

Finalizando esta apresentação, atendendo aos objetivos deste trabalho, no próximo capítulo, serão analisados os resultados obtidos.

Capítulo 9

Resultados Gerais da Pesquisa de Opinião

Serão descritos os oito itens que tiveram, em termos de frequência, maior proporção e os cinco primeiros itens que, pela sua relevância, mereceram considerações à parte, vindo a extrapolar os resultados obtidos na pesquisa realizada. Imaginou-se que, ao incorporando na análise, daria não só a importância devida à pesquisa, conforme relatado nas Tabelas, como lhes agregaria o valor devido.

Primeiramente, será descrita a observação feita para o item considerado e, a seguir, será feita a consideração pertinente.

Os resultados obtidos, conforme TABELA I, revelaram que os oito maiores tipos de desperdícios percebidos (em termos de frequência), representando 76,2% do total dos desperdícios, foram: material hospitalar, com 32,1%; energia elétrica, 8,6%; água, 8,5%; medicação, 7,2%; alimentos, 6,5%; material de higiene e limpeza, 4,8%; impressos, 4,8%; e material de escritório, 3,7%.

Em primeiro lugar no desperdício aparece a categoria material hospitalar, com 32,1%, percentual este esperado pois, estando num hospital, local onde se usa muito este material, é de se esperar que tal item tenha maior representatividade ou maior destaque entre os demais.

Como material hospitalar, os itens mais representativos, em ordem de frequência, foram: luva estéril, seringa, esparadrapo, gaze estéril, materiais em geral, luva para procedimento, equipo, agulhas, cateter venoso, atadura de crepe e gaze. Embora este item mereça uma reflexão à parte, cremos que o mesmo tenha sido exaustivamente abordado em tópicos anteriores (CAPÍTULO 7, Seção 7.3.4 e 7.3.5).

Logo a seguir, apresenta-se a energia elétrica, com 8,6%, também como no anterior era esperado. Já faz parte da cultura brasileira o gasto excessivo de energia elétrica, visto que há riqueza e abundância de recursos naturais neste país. Cabem, nesse item, algumas considerações adicionais sobre a importância da própria energia elétrica e a qualidade de energia que chega não só nas residências, mas nos mais variados locais em que dela se faz uso, tais como: hospitais, bancos, indústrias, escolas, etc. O uso racional da energia elétrica se reflete diretamente no meio ambiente, pois o uso inadequado dos recursos naturais provoca danos à natureza.

Ainda, o uso correto e sem desperdício desse recurso certamente reduzirá os gastos com a conta de luz entre outros benefícios, e contribuirá para um melhor compartilhamento desse bem natural, principalmente em situações adversas, no caso de se ter uma estiagem prolongada e os níveis dos reservatórios das hidrelétricas estarem baixos.

O terceiro item, a água, representou um desperdício de 8,5%, de igual importância ao da energia elétrica, citado no capítulo 5.2, já que o uso indevido desse recurso natural pode prejudicar o meio ambiente, a ponto de causar um desastre de proporções assustadoras, como adverte a Organização das Nações Unidas – ONU: *“As próximas guerras serão motivadas pela necessidade de acesso às fontes de água.”*

O item medicação, correspondente a 7,2% e específico da área hospitalar, tem razão quanto aos questionamentos a ele feitos, já que faz parte do tratamento dos pacientes que utilizam medicamentos intensivamente. Analisando os mais representativos, em relação à ordem de frequência de uso, pode-se tecer as seguintes considerações:

- Medicamentos injetáveis cuja crítica maior foi para sobras desprezadas como causa, seguidos por:
- Drogas anestésicas — desprezadas quando a cirurgia é suspensa;
- Soro — soro quente aberto, que esfria sem ser usado;
- NPP (Nutrição Parenteral Prolongada) — inutilizadas após o preparo;
- Medicação em geral — abuso de uso por residentes/R2, medicamentos vencidos são desprezados e ocorre excesso de medicamentos nas unidades.

Notou-se que essa problemática toda, com relação ao que foi considerado desperdício com medicamentos, tem como líder a Pediatria, seguida do Centro Cirúrgico, com relação a medicamentos injetáveis e drogas anestésicas respectivamente; em seguida, vem a Farmácia e Serviço de Enfermaria Médico e Cirúrgica – SEMC(2), com relação à Nutrição Paraenteral Prolongada (NPP), e Farmácia e Pediatria, com relação a medicamentos em geral.

Segundo Cordeiro (1985), “... *a questão do consumo de medicamentos tem sido abordada de forma crescente nos últimos anos, face à importância que assume como prática terapêutica dominante. À importância médico-epidemiológica, acrescentam-se dados da participação crescente dos medicamentos na estrutura dos gastos em saúde*”.

Os medicamentos estão incorporados na prática diária dos médicos e enfermeiros, além de se constituírem objeto de planejamento dos administradores da área da Saúde. Portanto, qualquer pesquisa que aborde as necessidades, com demanda da saúde, como é o caso do desperdício na área médica, inevitavelmente se confrontará com a questão dos medicamentos e a ela serão feitas objeções.

No CAPÍTULO II, Cordeiro (1985), item I, argumentou que “os *modelos de estudo da conduta dos indivíduos face às necessidades e consumo em saúde baseiam-se nas relações entre variáveis econômicas, sócio demográficas, psicossociais, culturais e referidas ao sistema de saúde se incluem dentro dos modelos de estudo sobre utilização de serviços de saúde*”.

A questão medicamentos pela ótica do custo demonstra a preocupação com a sua administração, visto que esses custos são altos, não só para os hospitais em geral como para o consumidor, e ainda para o próprio Ministério da Saúde. Neste sentido, o *Jornal Correio Brasiliense*, do dia 17/1/2001, relatou o Ministro da Saúde, José Serra, defendendo lista mundial: *“O governo brasileiro defendeu ontem a criação de uma lista mundial de preços de remédios. A proposta foi apresentada na reunião do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra. O objetivo seria a formação de um banco de dados com preços de medicamentos em diferentes países. Dessa forma, seria possível comparar os valores praticados pelos laboratórios em diferentes partes do mundo”*, explicou o Ministro da Saúde José Serra. Segundo ele, com a lista, países em desenvolvimento teriam a possibilidade de comprar medicamentos mais baratos, já sabendo qual o valor praticado no mundo. O problema é que os fabricantes contam com a exclusividade da patente e da comercialização do produto. *“A diferença de preços de um mesmo remédio pode ser de até 100% entre países”*, afirmou o ministro, que participou da reunião. De acordo com o *The New York Times*, a Pfizer, por exemplo, *“... fatura US\$ 1 bilhão por ano com o fluconazol – medicamento contracandidíase, eficaz contra meningite criptocócica – e o preço do comprimido varia de US\$ 3,60 na Tailândia, cerca de US\$ 7,00 no Brasil; US\$ 18,00 no Quênia; US\$ 27,00 na Guatemala. Em média, custa US\$ 10,00 e chega ao consumidor por US\$ 40,00. Os norte-americanos são os que costumam pagar mais caro pelos produtos. Pesquisas indicam que eles respondem por mais de 50% dos lucros das grandes empresas farmacêuticas.”*

O item alimentos, com 6,5%, revelou, pela percepção das áreas, que os maiores tipos de desperdícios mais representativos (em ordem decrescente de frequência) foram com relação à dieta do paciente, seguida de alimentos em geral, alimentos do restaurante, lanche, água mineral, dieta do acompanhante, marmítex, carne e frutas.

Com relação a este item, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 6 de maio de 1999, estabelece em sua Base Conceitual:

- *“Alimentação e Nutrição são direitos humanos fundamentais, consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e constituem requisitos básicos para a Promoção e a Proteção à Saúde;*
- *Cabe ao Estado e à sociedade respeitar, proteger e facilitar a ação de indivíduos e comunidades em busca da capacidade de nutrir-se de forma digna, colaborando para uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade;*
- *Ações voltadas a garantir a Segurança Alimentar e Nutricional da população viabilizam a prática ao direito humano à Alimentação e Nutrição, extrapolando o setor Saúde e alcançando um caráter Intersetorial;*
- *Esta PNAN, a ser implementada pelo setor Saúde, procura identificar o recorte e contornos da atuação deste setor neste contexto da garantia de Segurança Alimentar e Nutricional;*
- *Assim, a PNAN integra a Política Nacional de Saúde, inserindo-se no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional”.*

O item material de higiene e limpeza, com 4,8%, revelou que saquinho plástico, papel toalha, papel higiênico, sabão líquido, sabonete, detergente, esponja de aço foram os itens de desperdício mais significativos (em ordem de frequência).

O item impressos, com 4,8%, revelou desperdícios cuja ordem decrescente de frequência foram impressos em geral, seguidos de folha azul, etiquetas e folhas de computador.

O item material de escritório, com 3,7%, por sua vez revelou os desperdícios (em ordem decrescente de frequência), que são: papel de impressora, material de escritório em geral, fita de impressora, etiqueta adesiva, envelope, clipe, elástico e cartucho de tinta.

A seguir a TABELA I e os GRÁFICOS I e II demonstram os valores encontrados na pesquisa, corroborando o que foi dito anteriormente.

TABELA I
TIPOS DE DESPERDÍCIOS

DESPERDÍCIO	FREQ.	TOTAL ACUM.	%	(%) ACUM.
Material Hospitalar	1128	1128	32,1%	32,1%
Energia Elétrica	303	1431	8,6%	40,8%
Água	298	1729	8,5%	49,3%
Medicação	252	1981	7,2%	56,4%
Alimentos	229	2210	6,5%	63,0%
Material Higiene e Limpeza	168	2378	4,8%	67,7%
Impressos	167	2545	4,8%	72,5%
Material Escritório	131	2676	3,7%	76,2%
Exames Laboratoriais	106	2782	3,0%	79,3%
Equipamentos Móveis	94	2876	2,7%	81,9%
Oxigênio	83	2959	2,4%	84,3%
Exames de Raio X	71	3030	2,0%	86,3%
Roupa	70	3100	2,0%	88,3%
Pessoal/Tempo	66	3166	1,9%	90,2%
Ar Comprimido	42	3208	1,2%	91,4%
Telefone	39	3247	1,1%	92,5%
Copos	37	3284	1,1%	93,6%
Diária de Enfermaria	30	3314	0,9%	94,4%
Desperdício Geral	20	3334	0,6%	95,0%
Total (1)	3334			
Outros	72		2,1%	97,0%
Não há Desperdício	104	3510	3,0%	100%
TOTAL GERAL	3510		100%	

Fonte: Relatório Geral de Desperdício-dezembro/99/Serviço de Estatística/Hospital das Clínicas/UNICAMP

Nota: No percentual acumulado, há diferenças de décimos

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

GRÁFICO I
TIPOS DE DESPÊNDIOS
DEZEMBRO/1999

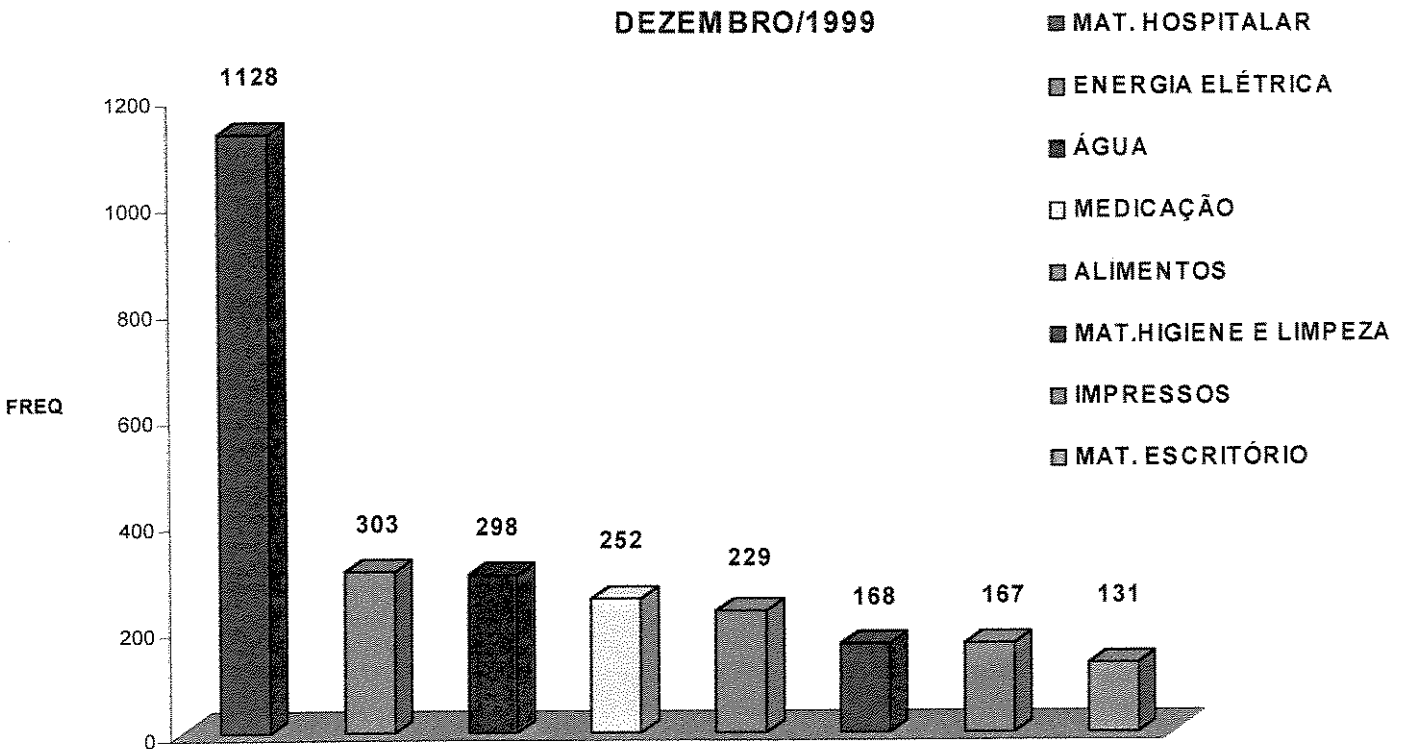
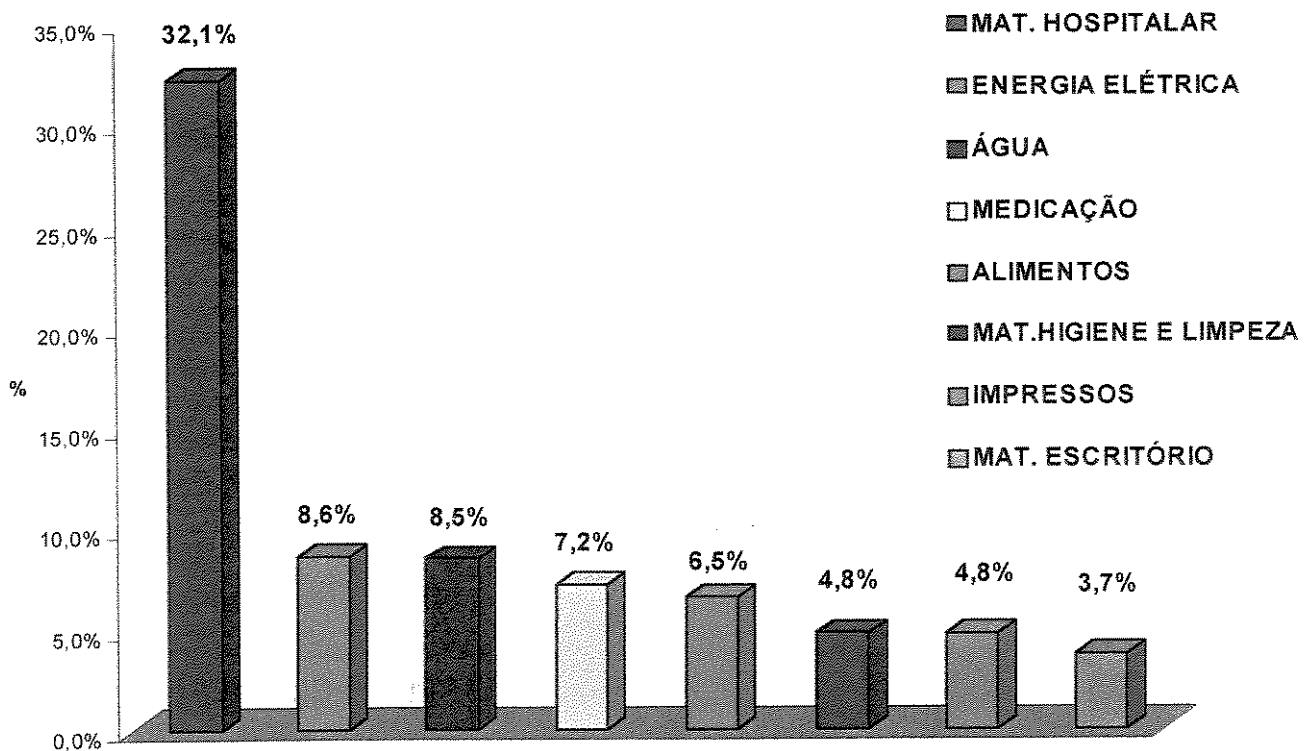


GRÁFICO II
TIPOS DE DESPÊNDIOS (Percentuais)
DEZEMBRO/1999



A TABELA II – CAUSAS DOS DESPERDÍCIOS, por estar ligada intrinsecamente à TABELA I – TIPOS DE DESPERDÍCIOS, cabe as considerações seguintes quanto às funções das áreas envolvidas:

Áreas assistenciais: Agendamento — AGEN e Ambulatório — AMB do Núcleo de Supervisão dos Ambulatórios, Central de Material Esterilizado — CME, Centro Cirúrgico — CCIR, Enfermaria de Emergência/Cirurgia do Trauma — EE/CT, Enfermaria de Pediatria — PED, Serviço de Enfermaria Médica e Cirúrgica 1 e 2 — SEMC(1) e SEMC(2), Pronto Socorro — PS, Laboratórios — LABS, Núcleo de Procedimentos Especializados — NAPE, Fisioterapia — FISIO, Farmácia — FARM, Unidade de Terapia Intensiva — UTI e Serviço Social — SSOCIAL.

Áreas operacionais: Divisão de Engenharia e Manutenção — DEM, Divisão de Nutrição e Dietética — DND, Divisão de Serviços Gerais — DSG.

Áreas administrativas: Curso de Auxiliares de Enfermagem — CAUX, Estatística e Informática — INFORM e Outros Serviços (Almoxarifado, Arquivo Médico, Contas e Convênio, Educação Continuada, Patrimônio, Protocolo, Recursos Humanos, Relações Públicas) — OUTROS.

Observa-se que em OUTROS foram colocadas as áreas menores que pouco acrescentaram em questionamentos à respeito do desperdício.

Os resultados relativos à TABELA II – CAUSAS DOS DESPERDÍCIOS relatam que os oito primeiros itens maiores em frequências, são: Uso Inadequado, correspondendo a 19,9%; Manutenção, 13,1%; Material Não Usado (perda), 11,1%; Uso Abusivo, 10,3%; Luzes Acesas Desnecessárias, 10,0%; Falta de Material (Fator Externo), 5,3%; Qualidade Material (Fator Externo), 3,8%; e Desorganização 3,6%. No total, o percentual acumulado somou 77,2%.

Identificando as causas por áreas, com relação ao primeiro item, Uso Inadequado, tem-se:

- Área Assistencial (em termos de frequências) teve 580 questionamentos
- Área Operacional, 68

- Área Administrativa, 21.

No total, constituíram-se 669 questionamentos com relação às causas (possíveis), sendo que a área assistencial teve participação de 87%, a área operacional de 10% e a área administrativa de 3% aproximadamente.

O Uso Inadequado deveu-se praticamente, em sua maioria, aos materiais hospitalares como: luva estéril, agulha, seringa, esparadrapo/micropore, gaze, gaze estéril, cateter venoso periférico/scalp, luva para procedimento estéril, em sua maioria.

A Manutenção (falta) faz parte das argumentações das áreas, com ou sem pesquisa de opinião. É um item preocupante, visto os excessivos pedidos de consertos identificados através de Ordem de Serviço, cabendo críticas quanto à falta de manutenção preventiva. Consequência imediata é o alto custo que determinadas áreas têm mensalmente com a quebra de equipamentos e, em especial, as áreas assistenciais.

Identificando as causas por áreas, com relação ao segundo item, Manutenção, tem-se:

- Área Assistencial (em termos de frequências), a qual teve 367 questionamentos
- Área Operacional, 44
- Área Administrativa, 30.

No total, constituíram-se 441 questionamentos com relação às causas (possíveis), sendo que a área assistencial teve participação de 83%, a área operacional de 10% e a área administrativa de 7%, aproximadamente.

A Falta de Manutenção é argumento para os seguintes tipos de desperdícios: equipamentos em geral, energia elétrica (falhas), vazamento de oxigênio e ar comprimido, defeitos de válvulas e fluxômetros, móvel, aparelho eletrônico, torneira com relação a vazamento e torneira mal fechada.

Identificando as causas por área, com relação ao terceiro item, Material não Usado (perda), tem-se:

- Área Assistencial teve 358 questionamentos
- Área Operacional, idem 12
- Área Administrativa, 4.

No total, constituíram-se 374 questionamentos, sendo que a área assistencial teve participação de 96%, a área operacional de 3% e a área administrativa de 1%.

O Material não Usado (perda) deveu-se basicamente: a cirurgias suspensas com o material já preparado, ao sistema montado e desprezado sem uso, ao soro preparado e não usado, à abertura de kit antecipada entre outros, ao papel de impressora, entre outros.

Identificando as causas por áreas, com relação ao quarto item, Uso Abusivo, tem-se:

- Área Assistencial (em termos de frequências) teve 288 questionamentos
- Área Operacional, idem 29
- Área Administrativa, 31.

No total, constituíram-se 348 questionamentos com relação às causas (possíveis), sendo que a área assistencial teve participação de 83%, a área operacional de 8% e a área administrativa de 9% aproximadamente.

Comparando as áreas: operacional e administrativa, percebe-se que praticamente estão empatadas em seus questionamentos com relação às causas.

O Uso Abusivo é argumento para os seguintes tipos de desperdícios: impressos, material de higiene e limpeza (sabonete líquido e sabonete comum), material hospitalar (agulha, seringa, atadura de crepe, esparadrapo/micropore, fralda descartável, gaze estéril, luva, luva de procedimento, lençol, entre outros). Pela totalização de argumentos, os mesmos se referem à área assistencial. Já, na área operacional e área administrativa, foram: alimento, copo, sanito, papel de impressão.

Identificando as causas por áreas, com relação ao quinto item, Luzes Acesas Desnecessárias, tem-se:

- Área Assistencial (em termos de frequências) teve 264 questionamentos
- Área Operacional, 43
- Área Administrativa, 30.

No total, constituíram-se 337 questionamentos com relação às causas (possíveis), sendo que a área assistencial teve participação de 78%, a área operacional de 13% e a área administrativa de 9% aproximadamente.

A Luz Acesa Desnecessária é o argumento central para um dos tipos de desperdícios classificados como Energia Elétrica.

Considerações sobre a Energia Elétrica já foram feitas anteriormente, sendo desnecessário apontar suas características.

Identificando as causas por áreas, com relação ao sexto item, Falta de Material/Administração de Cota, tem-se:

- Área Assistencial (em termos de frequências) teve 171 questionamentos
- Área Operacional, idem 1
- Área Administrativa, 5.

No total, constituíram-se 177 questionamentos com relação às causas (possíveis), sendo que a área assistencial teve participação de 97%, a área operacional de 0% e a área administrativa de 3%, aproximadamente.

A Falta de Material/Administração de Cota é argumento para um dos tipos de desperdícios classificados basicamente, dentro de Material Hospitalar como: atadura de crepe, fita crepe, etiqueta, pincel atômico, esparadrapo/micropore, lâmina de bisturi, luva de procedimento, luva cirúrgica/luva estéril usada por falta de luva de procedimento.

Para a Qualidade de Material (fator externo), para o sétimo item, foi usado o termo fator externo, devido ao fato da qualidade ter sido usada concomitantemente para produção interna de serviço de uma área para outra, como, por exemplo, Central de Material Esterilizado produzindo/enviando caixa de material esterilizado para o Centro Cirúrgico.

Identificando as causas por áreas, com relação a este item, Qualidade de Material (fator externo), tem-se:

- Área Assistencial (em termos de frequências) teve 109 questionamentos
- Área Operacional, 13
- Área Administrativa, 7.

No total constituíram-se, 129 questionamentos com relação às causas (possíveis), sendo que a área assistencial teve participação de 85%, a área operacional de 10% e a área administrativa de 5% aproximadamente.

A Qualidade de Material (fator externo) é argumento para um dos tipos de desperdícios de material em sua maioria constituído de: papel toalha, defeito do dispensador de sabão, esparadrapo/micropore, fitas adesivas, etiqueta não cola, cateter venoso periférico/scalp, luva de procedimento, entre outros.

Identificando as causas por áreas, com relação ao oitavo item, Desorganização, tem-se:

- Área Assistencial (em termos de frequências) teve 85 questionamentos
- Área Operacional, 28
- Área Administrativa, 7.

No total, constituíram-se 120 questionamentos com relação às causas (possíveis), sendo que a área assistencial teve participação de 71%, a área operacional de 23% e a área administrativa de 6% aproximadamente.

A Desorganização a que o termo se referia deveu-se: à falta de responsabilidade, a perdas e falta de controle, ao mau uso do horário de atendimento do paciente. Ela foi atribuída a kit desatualizado, incompleto ou com material inútil; à dieta do paciente, quando não comunicam adequadamente o jejum e alta; a etiqueta e formulário contínuo; a material hospitalar tais como: espirômetro de curativo, fluter, máscara, conector entre outros, além das relativas a pessoal/tempo.

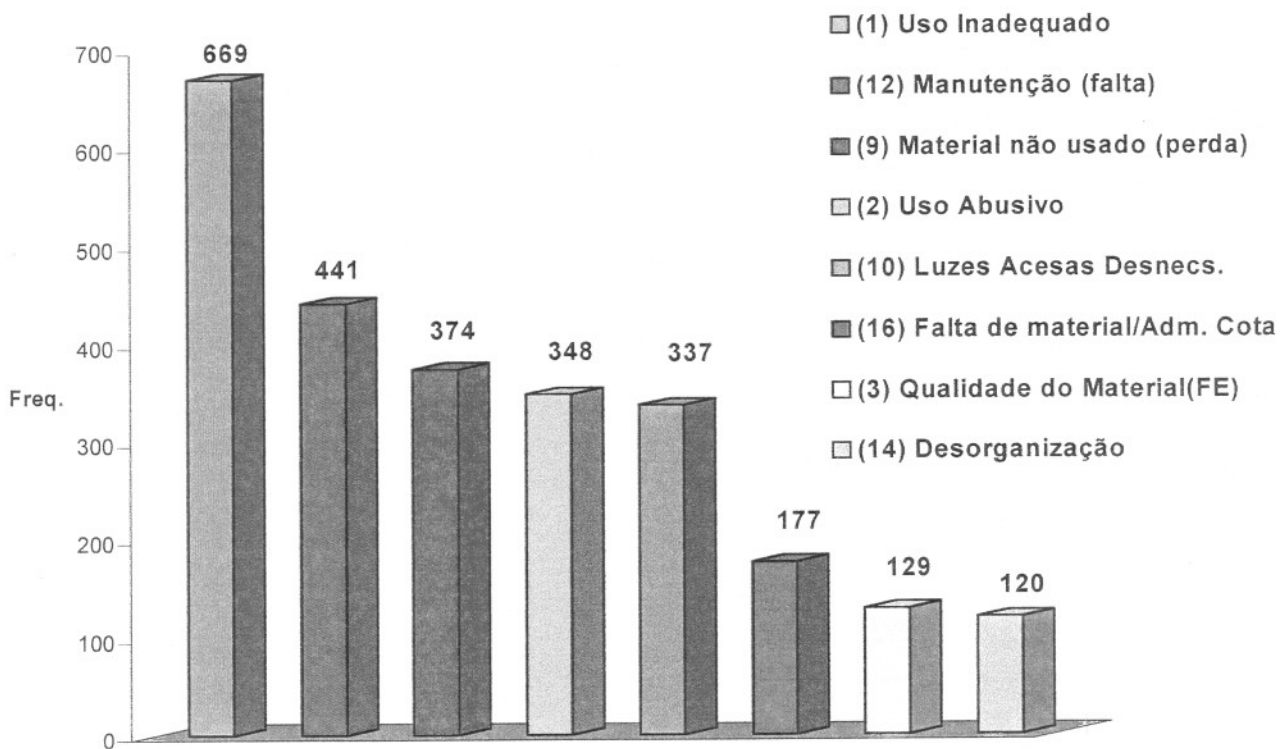
TABELA II
CAUSAS DOS DESPERDÍCIOS

CAUSAS	FREQ.	TOTAL ACUM.	%	% ACUM.
(1) Uso Inadequado	669	669	19,9%	19,9%
(12) Manutenção (falta)	441	1110	13,1%	33,0%
(9) Material não Usado (perda)	374	1484	11,1%	44,1%
(2) Uso Abusivo	348	1832	10,3%	54,5%
(10) Luzes Acesas Desnecessárias	337	2169	10,0%	64,5%
(16) Falta de Material/Administração Cota	177	2346	5,3%	69,8%
(3) Qualidade Material (fator externo)	129	2475	3,8%	73,6%
(14) Desorganização	120	2595	3,6%	77,2%
(4) Tamanho Inadequado Embalagem	73	2668	2,2%	79,3%
(11) Qualidade Material (fator interno)	65	2733	1,9%	81,3%
(18) Falta de Identificação	47	2780	1,4%	82,7%
(6) Equipamento Elétricos/Eletrônicos	45	2825	1,3%	84,0%
(23) Falta de Técnica	44	2824	1,3%	84,0%
(15) Impressos Excessivos	39	2863	1,2%	85,1%
(8) Tempo de Validade do Produto	33	2897	1,0%	86,1%
(17) Falta de Orientação	27	2929	0,8%	87,1%
(25) Cancelamento de Cirurgias	23	2958	0,7%	88,0%
(7) Abertura de Caixa Desnecessária	22	2986	0,7%	88,8%
(21) Repetição de Exames	22	3012	0,7%	89,6%
(19) Problema de Planta Física	20	3033	0,6%	90,2%
(5) Corte Inadequado (papel)	19	3052	0,6%	90,8%
(20) Número Excessivo de Funcionárias	19	3093	0,6%	92,0%
(13) Carregamento de Bateria de Celular	6	3099	0,2%	92,1%
(24) Dieta Inadequada	6	3105	0,2%	92,3%
(22) Reformas Repetidas	4	3109	0,1%	92,4%
Total (1)	3109		92,4%	
(99) Outros/Diversos	254	3363	7,6%	100%
TOTAL GERAL	3363		100%	

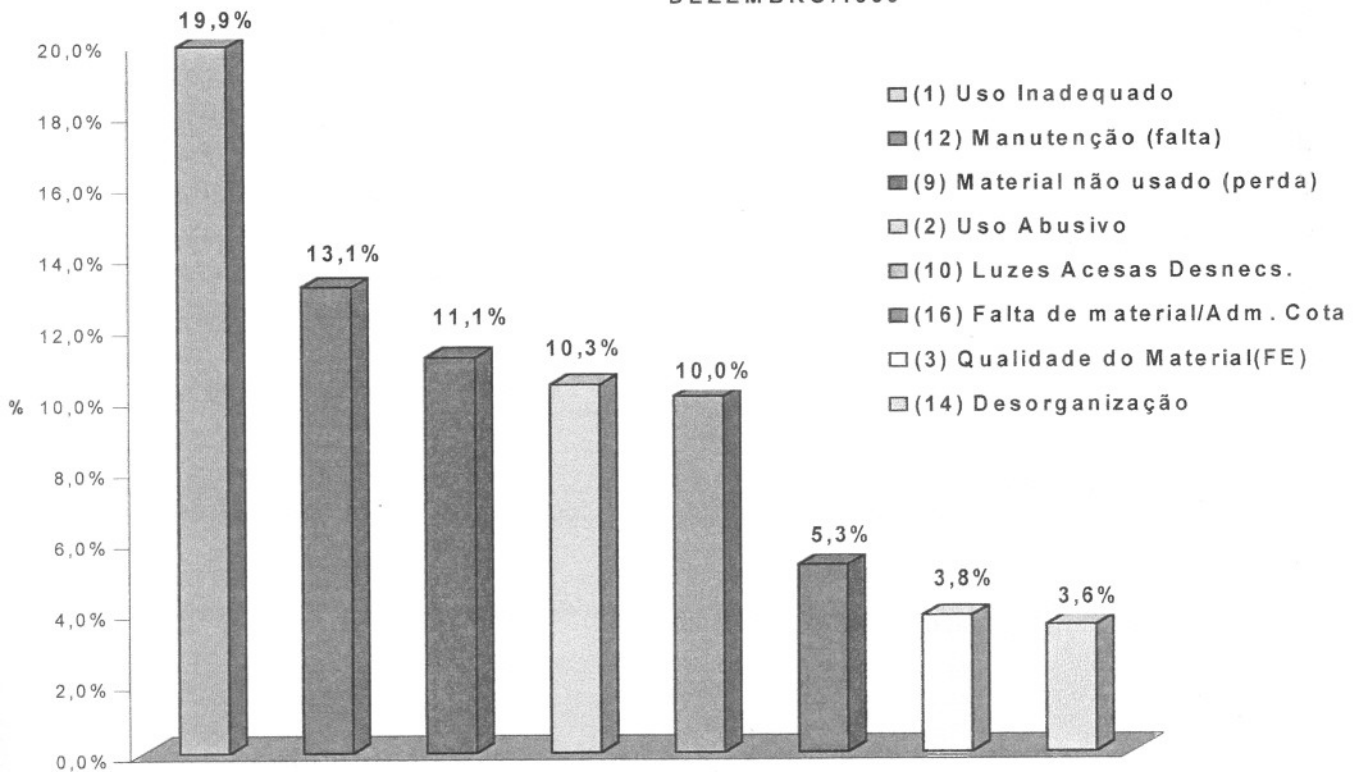
Fonte: Relatório Geral de Desperdício-dezembro/99/Serviço de Estatística/Hospital das Clínicas/UNICAMP

Nota: No percentual acumulado há diferenças de décimos

**GRÁFICO III
CAUSAS DO DESPERDÍCIO
DEZEMBRO/1999**



**GRÁFICO IV
CAUSAS DO DESPERDÍCIO (Percentual)
DEZEMBRO/1999**



A TABELA III – Tipos de Desperdícios por Áreas em Ordem Decrescente de Frequência apresenta uma característica própria, qual seja a de apontar para as áreas que estão quase juntas sempre sequencialmente em termos de frequências, ou seja, quando aparece um item de maior frequência para uma área, logo em seguida aparece para a outra. Ao analisá-las, verifica-se que são áreas distintas e com administrações distintas, não havendo nada em comum, a não ser um consumo maior de materiais entre elas, tendo em consideração que a especificidade de material da área é a que alavanca o maior desperdício. Exemplo disso, se levado conta o Centro Cirúrgico, onde mais se consome ou mais se “desperdiça”, evidentemente que será a luva cirúrgica/luva estéril. Em contraposição, na Pediatria, os materiais mais consumidos são esparadrapo/micropore (embora não seja comum apenas desta área, mas de todas as áreas assistenciais em geral) e fralda descartável.

Observa-se, neste íterim, que quase todas as áreas consomem mais ou menos os mesmos materiais, só que em proporções diferentes, de acordo com suas necessidades.

As mesmas cores foram utilizadas para as áreas diferentes com a finalidade de ressaltar que estas, embora tendo características próprias, tinham algo em comum, que era o “desperdício” de quase todos os materiais que ambas consumiam e que, por conseguinte, eram da mesma especificação, além de que em termos de frequências estavam praticamente seguidas umas das outras.

Analisando os resultados obtidos na TABELA III – Tipos de Desperdícios por Áreas em Ordem Decrescente de Frequência, vê-se, no item material hospitalar, que é o Centro Cirúrgico – CCIR que mais desperdiça (na ótica da percepção dos funcionários). Indubitavelmente, é o que mais consome, conforme foi verificado pela perspectiva do consumo junto à área que faz a administração de cotas. Por sua vez, o Centro Cirúrgico, que consome mais materiais, é uma área candidata natural a “desperdiçar” mais. O desperdício desta área estaria, segundo a mesma avaliação, girando em torno de 20%, vindo, em seguida, a Enfermaria de Pediatria – PED, com 14%, Enfermaria Médica Cirúrgica 2 – SEMC(2) com 12%; Enfermaria de Emergência/Cirurgia do Trauma – EE/CT, com 12%, Enfermaria Médica Cirurgia 1 — SEMC(1), com 10%, Pronto-Socorro – OS, com 7%, e Unidade de Terapia Intensiva, com 7%.

Ao se verificar o que ocorreu no Centro Cirúrgico — CCIR, analisando o questionário para os materiais hospitalares mais freqüentes, para o item material hospitalar, em primeiro lugar se encontra a luva cirúrgica/luva estéril, com 39 questionamentos, seguida de fio cirúrgico, com 25; material para cirurgia em geral, com 21; gaze estéril, com 15; seringa, com 15; acessórios PAM (Pressão Arterial Média), com 10; esparadrapo/micropore, com 10; caixa instrumental, com 9; cateter venoso periférico, com 7; equipo, com 7; luva procedimento, com 6, entre outros.

Na Enfermaria de Pediatria – PED, encontra-se a seguinte caracterização para os materiais mais freqüentes: esparadrapo/micropore, com 15 questionamentos; gaze estéril, com 14; cateter venoso periférico, com 11; fralda descartável, com 10; agulha, com 10; seringa, com 10; atadura de crepe, com 9; ortoplast, com 9; luva estéril, com 9; bandeja de curativo, com 8; extensão PVC para aspiração, com 8; luva procedimento, com 8; tampinha de torneira/prolifix, com 8; bolsa de colostomia não estéril, com 6; equipo bomba, com 6, entre outros.

Na Enfermaria Médica e Cirúrgica 2 – SEMC(2), encontrou-se para os materiais mais freqüentes: seringa, com 23 questionamentos; esparadrapo/micropore, com 17; atadura de crepe com 10; cateter venoso periférico/scalp, com 10; luva procedimento, com 10; material em geral com 8; agulha, com 7; lâmina de bisturi, com 7; luva de procedimento estéril, com 7; gaze estéril, com 6, gaze, com 6; entre outros.

Na Enfermaria de Emergência e Cirurgia do Trauma – EE/CT, as especificações foram: seringa, com 16 questionamentos; esparadrapo/micropore, com 14; gaze, com 14; luva estéril, com 12, luva de procedimento, com 10; tiras de glicemia, com 9; agulha, com 7; equipo, com 7; máscara com 5, entre outras.

Na Enfermaria Médica Cirúrgica 1 – SEMC(1), teve como especificações: esparadrapo/micropore, com 15 questionamentos; material em geral, com 15; equipo, com 14; luva de procedimento, com 10; atadura de crepe, com 9; seringa, com 8; gaze estéril, com 7; agulha, com 6, entre outros.

No Pronto-Socorro – PS, encontraram-se as especificações como argumentos: gaze estéril, com 10 questionamentos; seringa, com 9; esparadrapo/micropore, com 6; luva estéril, com 6; gaze, com 5; cateter venoso periférico/scalp, com 4; luva de procedimento, com 4, entre outros.

Na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, as especificações foram: luva estéril, com 19 questionamentos; gaze estéril, com 10; equipo, com 9; seringa, com 8; esparadrapo/micropore com 5; sonda de aspiração, com 5, entre outros.

Tendo-se em consideração as classificações das áreas com relação aos materiais hospitalares mais freqüentes observou-se que o item seringas foi apontado por todas as áreas assistenciais envolvidas [CCIR, PED, SEMC(2), EE/CT, SEMC(1), PS e UTI]. Seguidamente apareceram: materiais em geral, luva de procedimento, luva estéril, gaze estéril, gaze, esparadrapo/micropore, equipo, equipo bomba e equipo de PVC, cateter venoso periférico/scalp, atadura de crepe, agulha.

Com esses resultados, chega-se à conclusão de que esses materiais poderão estar alavancando os custos hospitalares e merecem especial atenção, principalmente quando são feitas as requisições. Um acompanhamento mensal de item consumido em termos de previsão de consumo deste item para determinadas áreas merece análise. Paralelamente, pode-se sugerir uma revisão de cotas das áreas, além de uma análise custo-benefício para tais gastos, que parecem conduzir a desperdícios.

A TABELA III, diretamente unida à TABELA I, de imediato apresenta, em uma rápida leitura, que a área assistencial consome mais ou tem propensão maior a “desperdiçar” em material hospitalar. Nota-se nesta TABELA III, com relação aos demais tipos de desperdícios, que determinadas áreas aparecem em destaque quando o tipo de desperdício faz referência ao que lhe é peculiar. Exemplo disso está com o segundo e terceiro tipo, que é energia e água. Era de se esperar que a Divisão de Serviços Gerais – DSG ocupasse destaque dentro das demais áreas, bem como para o tipo classificado como higiene e limpeza em particular.

O quarto tipo de desperdício – alimentos, traz a Divisão de Nutrição e Dietética — DND ocupando a posição de destaque, estando em primeiro lugar.

Acredita-se que as áreas envolvidas com os itens que lhe são próprios apresentaram-lhes essa projeção, achando que o item de maior uso pela área seja um tipo de desperdício relativo à mesma. Portanto, é motivo de desperdício, diante da quantidade alta usada por ela própria.

Seqüencialmente, o tipo impressos coloca o Ambulatório – AMB, em termos de frequência, em primeiro lugar, usado no atendimento do paciente, e que são os colocados no prontuário do paciente, para uso imediato ou não.

Quanto ao material de escritório, há uma heterogeneidade no uso entre as áreas assistencial, operacional e administrativa que dele necessariamente faz em uso, sendo que a Farmácia utiliza-se mais dele para suas necessidades.

TABELA III

Tipos de Desperdícios por Áreas em Ordem Decrescente de Frequência

Tipos	Áreas						
Material Hospitalar (Frequência: 1128)	CCIR	PED	SEMC(2)	EE/CT	SEMC(1)	PS	UTI
	223	163	138	132	116	84	81
	20%	14%	12%	12%	10%	7%	7%
Energia (Frequência: 303)	SEMC(1)	DSG	AMB	SEMC(2)	PED	CCIR	EE/CT
	50	33	32	29	25	23	22
	17%	11%	11%	10%	8%	8%	7%
Água (Frequência: 298)	SEMC(1)	DSG	SEMC(2)	PED	AMB	LABS	CCIR
	48	33	30	28	28	25	21
	16%	11%	10%	9%	9%	8%	7%
Medicação (Frequência: 252)	PED	UTI	CCIR	SEMC(2)	FARM	SEMC(1)	NAPE
	52	37	33	25	24	23	19
	21%	15%	13%	10%	10%	9%	8%
Alimentos (Frequência: 229)	DND	SEMC(1)	SEMC(2)	UTI	NAPE	EE/CT	PS
	68	46	37	20	10	7	7
	30%	20%	16%	9%	4%	3%	3%
Higiene e Limpeza (Frequência: 168)	DSG	SEMC(2)	UTI	NAPE	AMB	EE/CT	LABS
	43	25	13	13	12	10	9
	26%	15%	8%	8%	7%	6%	5%
Impressos (Frequência: 167)	AMB	DSG	SEMC(2)	EE/CT	CCIR	SEMC(1)	NAPE
	46	16	13	12	12	10	10
	28%	10%	8%	7%	7%	6%	6%
Material Escritório (Frequência: 131)	FARM	CME	SSOCIAL	INFORM	DND	CCIR	AGEN
	20	15	15	9	8	7	7
	15%	11%	11%	7%	6%	5%	5%

Fonte: Relatório de Desperdícios-dezembro/99/Serviço de Estatística/Hospital das Clínicas/UNICAMP.

4

⁴ Abreviaturas: AGEN – Agendamento; AMB – Ambulatórios; CCIR – Centro Cirúrgico; CME – Central de Material Esterilizado; DND – Divisão de Nutrição e Dietética; DSG – Divisão de Serviços Gerais; EE/CT – Enfermaria de Emergência/Cirurgia do Trauma; FARM – Farmácia; INFORM – Informática; LABS – Laboratórios; NAPE – Núcleo Administrativo de Procedimentos Especializados; PS – Pronto-Socorro; PED – Pediatria; SEMC (1) – Serviço de Enfermaria Médico e Cirúrgica (1); SEMC (2) – Serviço de Enfermaria Médico e Cirúrgica (2); SSOCIAL – Serviço Social; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

Analisando a TABELA IV – Áreas que mais Causas Detectaram em Ordem Decrescente de Frequência, para as oito maiores causas, percebeu-se o predomínio das áreas assistenciais, bem como o foi para a TABELA III – Tipos de Desperdícios por Áreas em Ordem Decrescente de Frequência. Esta tabela é uma forma diferente de ler a TABELA II – CAUSAS DOS DESPERDÍCIOS, ou seja, é a própria TABELA II descrita de maneira mais detalhada, apresentando as áreas envolvidas em termos de maiores questionamentos apresentados para uma determinada causa.

As causas já foram exaustivamente estudadas na TABELA II, sendo desnecessário especificá-las neste momento.

A TABELA IV traz essa visão diferenciada por áreas, o que permite otimizar soluções. As cores tornaram mais videntes o que foi dito anteriormente: áreas aparentemente diversas apresentam as mesmas causas, além de estarem em termos de frequência próximas, possibilitando soluções conjuntas e com menor custo para o Hospital.

TABELA IV

Áreas que mais Causas Detectaram Ordem Decrescente de Frequência.

Causas	Áreas/Ranking						
	1o.	2º.	3o.	4º.	5o.	6o.	7o.
(1) Uso Inadequado (Frequência: 669)	PED	AMB	CCIR	SEMC(2)	DSG	SEMC(1)	EE/CT
	18%	12%	11%	10%	9%	9%	9%
(12) Manutenção (falta) (Frequência: 441)	PED	SEMC(1)	SEMC(2)	CCIR	DSG	AMB	EE/CT
	16%	16%	14%	12%	9%	6%	6%
(9) Material não usado (perda) (Frequência: 374)	CCIR	SEMC(2)	PED	SEMC(1)	FARM	EE/CT	OS
	31%	18%	16%	14%	4%	4%	4%
(2) Uso Abusivo (Frequência: 348)	PED	EE/CT	CCIR	SEMC(2)	UTI	PS	SEMC(1)
	18%	16%	9%	9%	7%	7%	6%
(10) Luzes Acesas Desnecessárias. (Frequência: 337)	SEMC(1)	PED	CCIR	DSG	AMB	SEMC(2)	EE/CT
	16%	15%	11%	11%	10%	7%	6%
(16) Falta de Material (Frequência: 177)	SEMC(2)	UTI	CCIR	EE/CT	SEMC(1)	AMB	PED
	28%	20%	18%	8%	6%	6%	5%
(3) Qualidade do material(FE) (Frequência: 129)	SEMC(2)	EE/CT	UTI	CME	SEMC(1)	PED	DSG
	12%	12%	12%	11%	9%	9%	6%
(14) Desorganização (Frequência: 120)	CCIR	DND	FISIO	AMB	SEMC(1)	LABS	CAUX
	23%	21%	13%	8%	8%	6%	5%

Fonte: Relatório de Desperdícios-dezembro/99/Serviço de Estatística/
Hospital das Clínicas/UNICAMP

5

⁵ Abreviaturas: AGEN – Agendamento; AMB – Ambulatórios; CCIR – Centro Cirúrgico; CME – Central de Material Esterilizado; DND – Divisão de Nutrição e Dietética; DSG – Divisão de Serviços Gerais; EE/CT – Enfermaria de Emergência/Cirurgia do Trauma; FARM – Farmácia; INFORM – Informática; LABS – Laboratórios; NAPE – Núcleo Administrativo de Procedimentos Especializados; PS – Pronto-Socorro; PED – Pediatria; SEMC (1) – Serviço de Enfermaria Médico e Cirúrgica (1); SEMC (2) – Serviço de Enfermaria Médico e Cirúrgica (2); SSOCIAL – Serviço Social; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

As TABELAS I e II propiciaram uma visualização dos tipos e causas dos desperdícios, caracterizando-os dentro de uma unidade hospitalar.

As TABELAS III e IV permitiram ampliar a visão sobre os tipos e causas dos desperdícios, de forma a fornecer elementos para discussão entre as áreas e para o gerenciamento dos materiais, esclarecendo a onde pode estar havendo um possível desperdício. Essas tabelas fornecem argumentos para uma análise mais detalhada.

Os Quadros I – Áreas X Tipos de Desperdícios e Quadro II – Áreas X Causas, logo abaixo expostos, permitiram transpor as TABELAS III e IV para a forma matricial, quando várias ‘matrizes de relação’ ou ‘inter-relação’ foram obtidas para os tipos e causas comuns das áreas de intersecção.

A importância da criação desses Quadros foi a de possibilitar uma visualização ampliada do que se percebe que deva estar ocorrendo na prática do dia-a-dia das áreas pesquisadas, mais a solução conjunta dos problemas entre as áreas, além de permitir uma otimização de tempo e recursos financeiros para administração do que foi apontado como tipos e causas de desperdícios, facilitando a tomada de decisões, na busca de soluções em comum que poderão demandar menores despesas na compra de materiais em geral, por exemplo, ou na administração do uso discriminado dos recursos naturais.

De outra forma, esses Quadros auxiliaram na previsão de cotas de suprimentos para as áreas. Também esses Quadros permitiram, em suma, visualizar o que poderá estar ocorrendo nas áreas, de forma prática, com menor custo e em curto espaço de tempo.

Quadro I - Áreas X Tipos de Desperdícios

Áreas	Tipos							
	Material Hospitalar	Energia	Água	Medicação	Impressos	Alimentos	Higiene e Limpeza	Material de Escritório
CCIR	X	X	X	X	X	X		
PEDIATRIA	X	X	X	X				
SEMC (2)	X	X	X	X				
SEMC (1)	X	X	X	X	X	X	X	
EE/CT	X	X			X	X	X	
UTI	X			X		X	X	
PS	X					X		
CME								X
AMB		X	X		X		X	
FARMÁCIA				X				X
LABS			X			X	X	
NAPE				X	X	X	X	
DND						X		X
DSG		X	X		X		X	
AGEN								X
SSOCIAL								X
INF								X

Fonte: Relatório de tipos de desperdícios-dezembro/99/Serviço de Estatística/Hospital das Clínicas/UNICAMP

Nota: Áreas coloridas são áreas com Tipos de Desperdícios em comum.

Quadro II – Áreas X Causas

Áreas	Causas							
	* (1) *	* (12) *	* (9) *	* (2) *	* (10) *	* (16) *	*(3) *	*(14) *
CCIR	X	X	X	X	X	X		X
PEDIATRIA	X	X	X	X	X	X	X	
SEMC (2)	X	X	X	X	X	X	X	
SEMC (1)	X	X	X	X	X	X	X	X
EE/CT	X	X	X	X	X	X	X	
UTI				X	X	X	X	
PS			X	X				
CME							X	
AMB	X	X			X	X		X
FARMÁCIA			X					
LABS								X
DND								X
DSG	X	X			X		X	
FISIO								X

Fonte: Relatório de causas de desperdícios-dezembro/99/Serviço de Estatística/Hospital das Clínicas/UNICAMP.

Nota: O Curso de Auxiliar de Enfermagem não existe mais, donde não aparecer na tabela, e idem à tabela anterior.

⁶ Códigos utilizados no Quadro II: (1) – Uso Inadequado; (12) Manutenção; (9) Material não usado; (2) Uso Abusivo; (10) – Luzes Acesas Desnecessárias; (16) – Falta de Material/Administração de Cota; (3) – Qualidade do Material (Fator Externo); (14) – Desorganização.

Capítulo 10

Discussão

A metodologia adotada para este tipo de estudo traz como subproduto indicadores que servirão de apoio para a elaboração de um relatório gerencial das áreas, e de avaliação do desempenho das mesmas para a Administração do Hospital.

Os resultados obtidos revelaram, em alguns instantes, o que era esperado; contudo, em algumas situações, o que não se podia imaginar era que, no uso diário com os materiais, por exemplo, houvesse questões levantadas quanto à qualidade (fator externo) do próprio material comprado, visto que sempre há uma pesquisa de compra dos mesmos, bem como se faz um teste destes materiais antes da compra, pois se espera também que o resultado final de uma atividade tenha o mínimo de qualidade (fator interno), quando uma área é prestadora de serviço para outra.

Para obtenção dos resultados apresentados e na forma em que foram expostos, fez-se uso do Diagrama de Pareto, pela sua finalidade, já que o princípio de Pareto também se aplica aos problemas de qualidade nos processos, e porque é útil em vários pontos do processo de melhoria.

Para atender aos objetivos a que foram propostos nesse trabalho e pela aplicabilidade da análise de Pareto, foram feitas adaptações para a área da Saúde segundo sua especificidade. Desta forma, os resultados expostos nessa análise transmitiram os que foram considerados os tipos e causas dos desperdícios.

A questão da qualidade levantada nessa pesquisa de opinião remete à moderna teoria da qualidade, que é “centralizada no cliente”. “Hoje, administrar a qualidade é tentar melhorar a capacidade e confiabilidade dos processos, e a principal fonte de falhas da qualidade são os problemas no processo.”

É de conhecimento público que em todo processo e em toda medição existe variabilidade. Deixar de identificar e controlar fontes importantes de variação é ignorar a causa de muitos problemas de qualidade. E é através desta moderna abordagem da qualidade fundamentada no pensamento científico e estatístico que se pode avaliar os resultados e confrontá-los com a literatura, quando existe.

Este trabalho de pesquisa de opinião parece ser inédito, já que não foram encontrados resultados ou pesquisas semelhantes voltadas para a área da Saúde, nem mesmo uma dissertação específica que se aproximasse desse assunto. Os resultados apresentados anteriormente foram considerados importantes, pela própria carência de pesquisa bibliográfica, e, portanto, descritos um tanto exaustivamente.

A bibliografia pesquisada em comparação para essa dissertação leva a crer que o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade do Ministério da Saúde é uma importante fonte de orientação para que, no mínimo, os serviços em geral se adaptem à realidade atual nacional, hoje uma realidade globalizada, que está dentro de um contexto internacional e já faz parte do dia-a-dia de qualquer cidadão.

Os questionamentos apresentados com relação à qualidade conduzem, em determinado instante, quando a crítica se torna contundente, a falhas de processo. Ditas de forma clara, elas estão fortemente presentes na mente da maioria das pessoas, o que faz com que um dos tipos de desperdícios se volte para a qualidade do material (fator externo) referente à compra deste ou para a qualidade do material (fator interno) levando a crer que hajam falhas no processo ou resultantes falhas da qualidade.

Com relação ao primeiro tipo de desperdício detectado, relativo a materiais, era de se esperar que isso ocorresse, devido ao volume de compra desses bens, pois se trata de um hospital especializado, prestador de serviços para a comunidade e tendo que adquirir vários tipos de materiais para suas necessidades.

Houve itens que surpreenderam na pesquisa, os quais não se esperava encontrar, como telefone, por exemplo, mas que também se constituiu objeto de avaliação.

Embora uma parte das pessoas não estivessem inteiramente conscientes de que a opinião delas era e é importante, o questionário revelou uma crítica consistente por parte dos que responderam, e isso foi satisfatório, não só porque detectaram os diversos tipos de desperdício, mas também porque avaliaram as causas dos mesmos.

A questão do desperdício em si traz como subjacente a ela a questão do custo dos materiais, que são altos e que, se não contidos, acarretam sérios danos à administração geral de um hospital.

Os custos dos materiais em particular passaram a ser objeto de preocupação constante da administração vindo, a todo o momento, controlar seus gastos e, conseqüentemente, monitorar seus processos, visando à eliminação de desperdícios.

Congressos e seminários de enfermagem e qualidade têm incentivado a discussão da questão do treinamento dos recursos humanos e a questão do uso de materiais. Isso ocorre devido aos escassos recursos financeiros existentes nas instituições, principalmente no que tange ao recurso orçamentário. As instituições de Saúde dispõem de recursos cada vez mais limitados, apesar do recurso extra-orçamentário gerado pelo convênio SUS, como é o caso da instituição objeto de estudo. Contudo, esses recursos são muitas vezes insuficientes, pois o valor pago por uma consulta está aquém do custo real, por exemplo.

Certo é que as instituições não públicas e as de medicina de grupo, por serem entidades privadas, não visam somente ao cuidado relativo à saúde do paciente, mas visam também ao lucro. Nas instituições públicas, isso não acontece. Afinal, elas são instituições sem fins

lucrativos, tendo, entre outros objetivos, a busca da melhoria da saúde do paciente que a elas recorre ou a melhoria da assistência, além de que um hospital universitário tem uma tríplice finalidade: assistência, ensino e pesquisa.

O relatório do Banco Mundial, no que se refere à reforma da assistência à saúde, relata que o governo brasileiro implementou uma ampla reforma financeira, conjuntamente com a reforma organizacional e institucional. Este relatório enfoca questões institucionais “... *assim como a formulação e implementação de políticas governamentais, enfatizando principalmente o controle de custos, a melhoria da qualidade e a regulamentação da assistência médica*”.

A busca pela eliminação de desperdícios ficou presente nos resultados apresentados, conforme verificado no item material hospitalar, e continua sendo debatida largamente pelos profissionais de enfermagem, tendo em vista o que ocorre diariamente. Paralelamente, tendo em conta a preocupação da administração com relação aos custos, trabalha-se para a sua redução.

Com relação aos recursos humanos, quanto à medição de seu desempenho, o estudo realizado por Chiavenato (1994) foi relevante para a elaboração de um dos (6 M's) do Diagrama de Ishikawa. Por ele pode-se construir uma grade de causa e efeito, com sugestões para os possíveis problemas que ocorrem costumeiramente e que foram levantados da pesquisa realizada.

A adaptação do Diagrama de Ishikawa, assim conhecido pelo seu idealizador na década de 50, traz como benefício a “... *obrigação da equipe a parar, considerar a complexidade do problema e fazer um exame objetivo de todos os fatores que podem causá-lo. Da mesma forma que o fluxograma dá à equipe uma forma estruturada e disciplinada de entender o processo existente, o diagrama de causa e efeito oferece uma maneira estruturada de gerar hipóteses sobre as fontes de uma falha no processo*” (Berwick, 1995).

E foi isso o que ocorreu, apesar de forma isolada, com cada área, elaborando os seus questionamentos e suas percepções. Nesta pesquisa, colocaram conjuntamente sugestões de tal forma que foi possível aliar a literatura, no que diz respeito ao “Sistema de Administração de Recursos Humanos, Subsistema de aplicação de Recursos Humanos e o Subsistema de

Desenvolvimentos de Recursos Humanos”, com as colocações sugeridas e argumentadas como causas de desperdícios.

As “matrizes de relação”, se assim podem ser chamadas, revelaram a similaridade dos tipos e causas dos desperdícios mais freqüentes existentes nas diversas áreas hospitalares, além da possibilidade de se poder realizar resoluções conjuntas acerca dos problemas encontrados, otimizando, com isso, a busca racional de soluções conjuntas ao mesmo tempo. Também estas ‘matrizes de relação’ facilitam a discussão e tomada de decisões por parte das gerências representadas por áreas/serviços diferentes, bem como da própria administração do Hospital em primeira instância.

Essas ‘matrizes de relação’ colocam uma dinâmica nova de racionalização do uso de materiais, ao levantar questões, que no primeiro instante, parecem não possuir nenhum nexo, como as devidas aos primeiros tipos de desperdício em áreas tão distintas como Centro Cirúrgico e Enfermaria de Pediatria.

Na literatura estudada, não se encontrou nada a respeito de formação de ‘matrizes de relação’ nem mesmo na forma como foi apresentada para a área da Saúde. Estas matrizes foram de utilidade para avaliar também a requisição de materiais por parte das áreas/serviços.

10.1 Hipóteses Levantadas

As hipóteses foram levantadas na confecção deste trabalho e necessitam ser testadas partindo dos seguintes pontos:

1. Com relação aos cuidados, pode-se perguntar:
 - O que faz com que áreas tão distintas caminhem quase sempre juntas, com relação aos desperdícios?
 - O que de particular acontece nessas áreas, se possuem chefias diferentes, se têm funções diferentes, como, por exemplo, uma que trata de cirurgias e a outra de pacientes internados ou de crianças?

- O que faz com que os gastos sejam excessivos? Embora a sobrevivência dos pacientes seja a meta, parece existir farto material não racionado no exercício de cada uma das atividades das áreas. Se assim o for, porque as demais áreas distintas, ou não, têm percepções diferentes de desperdício dessas duas e por que também existe similaridade de áreas como as enfermarias médico cirúrgicas do SEMC(1) e SEMC(2) (essas estão em andares distintos e agrupam determinadas enfermarias) com os mesmos problemas com materiais?

Essas hipóteses baseiam-se no Quadro I – Áreas X Tipos de Desperdícios e no Quadro II – Áreas X Causas, onde, cruzando as matrizes em algumas de suas múltiplas matrizes, encontram-se pontos de intercepto em comum com relação, por exemplo, às áreas Centro Cirúrgico – CCIR e Enfermaria de Pediatria – PED, com tipos comuns de desperdícios para material hospitalar, energia, água e medicação, com exceção de impressos para o Centro Cirúrgico.

No caso de duas enfermarias médicas e cirúrgicas, similares como Enfermaria Médico Cirúrgica(2) – SEMC(2) e Enfermaria Médico Cirúrgica(1) – SEMC(1), foi usada esta ordem em obediência à quantidade de questionamentos para cada uma delas. Apresentam quase todos os mesmos tipos de desperdícios, com exceção do tipo higiene e limpeza que aparece para a SEMC (2). Tanto para CCIR e PED, que são áreas distintas, não tendo nada em comum, com gerências distintas e que têm quase os mesmos problemas.

Hipóteses são levantadas, visto que se gasta muito com os tipos apresentados, propiciando chance maior de desperdício. Ao contrário, se novas matrizes forem feitas, como “olhando” só para o tipo material hospitalar vê-se que quase todas as áreas assistenciais têm problemas semelhantes. Assim, implica-se que soluções semelhantes possam ser achadas num menor espaço de tempo e com custo menor do material. Algo acontece e precisa ser investigado, porque quase todas as enfermarias que estão representadas em SEMC(2), SEMC(1), PED, EE/CT, UTI, de um lado, PS, CCIR de outro lado, e áreas que não são enfermarias, estão apresentando o mesmo problema de consumo de materiais tendo o mesmo tipo de desperdício.

2. Com relação aos custos de materiais:

- Devido aos custos significativos em todas as áreas, elas acarretam um grande dispêndio para o Hospital. Contudo, permanece a pergunta do por quê a prevalência é para o Centro Cirúrgico? Seriam apenas os custos normais existentes ou não estaria existindo uma otimização de recursos compatíveis com estes gastos (otimização de recursos humanos, atividades, horário de funcionamento, salas disponíveis para cirurgias e materiais, por exemplo)?
- O que faz com que o gasto do Centro Cirúrgico, por exemplo, seja alto com o item materiais? Falta melhor aproveitamento desses recursos?

Se o custo é alto no Centro Cirúrgico, dada a percepção de desperdício ser alta e novamente “olhando” as “matrizes de relação” expressas nos Quadros I e II, é apontado como primeiro lugar no *ranking*, é de se esperar que hipóteses sejam testadas para uma compreensão destes custos, no que se pode reduzir ou eliminar o desperdício.

Uma das hipóteses seria a de averiguar a previsão de cirurgias para o uso das salas existentes. Rever a prioridade das cirurgias segundo o porte e segundo o horário ou o número de salas cirúrgicas para cirurgias eletivas e de urgência, precisa ser revisto.

Essa revisão de cotas de materiais não deve ser exclusiva do Centro Cirúrgico, mas para todas as áreas que estão com custo alto de materiais, já que os gastos com materiais parecem estar sendo degenerados em desperdícios.

Paralelamente, deve-se levantar a questão treinamento e normalização das atividades, hipóteses estas que deverão ser confrontadas, pois a falta de uma delas provoca atraso no processo, falhas na execução das tarefas e, sobremaneira, gastos desnecessários de recursos materiais.

3. Com relação aos métodos de trabalho:

- Seriam os métodos de trabalho mais eficientes de uma área do que outra para atender ao menor tempo possível às necessidades dos pacientes, e isto demandaria menores gastos de algumas áreas em relação às outras?
- Se o serviço trabalha com qualidade, seria o caso determinar quais tipos e componentes de processos são mais importantes para controlá-los?
- Estaria o pré-operatório com um ponto de stress (em se tratando de Centro Cirúrgico)?
- Haveria falha no processo, e isto poderia estar demandando atrasos no Centro Cirúrgico, por exemplo?

Novamente, a base para a discussão dessas hipóteses é a “matriz de relação” dos Quadros I e II. Ela permite fazer também uma leitura com relação aos métodos de trabalho. Hipóteses são levantadas com a finalidade de achar soluções que venham a otimizar o método de trabalho existente.

Quando se levanta a hipótese de tempo atrelada ao método de trabalho, ela está associada não só ao próprio processo de execução de determinado trabalho/atividade, que poderá estar gerando falhas como desperdícios, mas no processo geral. Um tipo particular de desperdício é o retrabalho, que é facilmente identificável em um fluxograma bem construído. Sabe-se que estudar o fluxo dentro de um processo é evitar passos desnecessários, é evitar tipos de erros que podem dar origem aos denominados *loops* de retrabalho, que reduz tanto os custos como os atrasos no processo. Faz-se necessário perguntar durante o estudo do processo existente, “... o que sai errado nesta atividade e o que está causando atrasos ou o que está comprometendo a qualidade do serviço (fator interno)?”

Transpondo o estudo do trabalho projetado para a área industrial, para a área da Saúde, adaptando-o e utilizando o discorrido por Fullmann (1975) — “... planejar a utilização dos homens, recursos, ferramentas, dispositivos e posicionadores, para obter a qualidade e quantidade de produção ao mínimo custo”— se terá a realização adequada de um método de medição.

As etapas sugeridas neste estudo são: a) Estudo de Métodos; b) Arranjo Físico; c) Medida de Trabalho; d) Estudo do Manuseio do Material; e) Fabricação e Reparação de Ferramentas, Dispositivos, Posicionadores e Gabaritos.

Descreve também este autor para o Estudo de Métodos: “... *estabelecer os melhores métodos para o desempenho das necessárias tarefas diretas ou indiretas de produção, exceto manuseio de materiais:*

- *Estabelecer as operações e processos necessários;*
- *Estabelecer os recursos necessários;*
- *Desenhar ferramentas, dispositivos, posicionadores e gabaritos;*
- *Estabelecer movimentos para operações padronizadas.”*

Tendo-se em consideração o que foi dito acima, deve-se testar o método de trabalho quando falhas começam a ocorrer e quando se leva muito tempo para a execução de determinada atividade. Este é um indicador de que algo não está sendo esperado acontecer e que uma revisão de método se faz necessária.

Um controle do processo para mantê-lo dentro dos limites desejados deve ser realizado com a finalidade de resolver os problemas tão logo ocorram, relativos aos tipos e componentes do próprio processo, evitando perdas.

1. Com relação ao tempo:

- Estariam as áreas assistenciais tendo maior tempo de permanência dos pacientes no Hospital? E isto, indubitavelmente, estaria acarretando maiores gastos de materiais com pacientes?
- Haveria atrasos nas cirurgias, não devido ao método de trabalho, mas de outros fatores, fazendo com que o gasto com materiais fosse maior do que em outras áreas? Sabe-se que se um paciente, não estando em condições satisfatórias para se submeter à cirurgia, ele volta para o seu leito, aguardando até que seu estado de saúde permita a cirurgia. Isso evidentemente pode ser

um dos itens a justificar um gasto maior de materiais e haver maior tempo de permanência dos pacientes no hospital.

- Haveria atrasos nas cirurgias, devido ao fato do paciente não estar em condições satisfatórias e com isso ter que preparar a sala cirúrgica para receber outro paciente de outra especialidade, fazendo com que o que estava na sala (kit cirúrgico para determinada cirurgia) não pudesse ser mais utilizado, uma vez que cirurgia é de outro tipo e exige outros materiais? (o que implicaria estar o Centro Cirúrgico também com maior “desperdício” de materiais?).
- Haveria padronização de tempo para tarefas de rotinas que não estão sendo respeitadas?

Com relação ao que foi dito anteriormente e ao tempo, juntamente com a análise do processo, deve-se fazer um estudo de tempos e movimentos ou estudo do trabalho, estabelecer padrões de tempos para execução de determinadas tarefas de rotinas e monitorá-las para descobrir as possíveis falhas ou causas que produzem atrasos na execução das tarefas que porventura estejam gerando desperdícios.

Tornar o trabalho prático, executável em menor espaço de tempo e com baixo custo é qualidade que deve ser alcançada. Batista (1994) relata a importância dos aspectos gerenciais, quando de sua efetiva aplicação.

Com relação à média de permanência dos pacientes no Hospital, cabe uma análise específica, com relação ao desperdício, a qual será logo mais discutida no próximo capítulo, com base em estudo realizado por Fávero (1975), que são de extrema importância.

As hipóteses acima podem ser estendidas para áreas, que estatisticamente apresentaram na medição, em termos de frequência, maiores questionamentos com relação aos tipos e causas de desperdícios.

10.2 Soluções Possíveis para as Hipóteses Levantadas

1. Antes de escolher a solução alternativa a ser tomada, frente aos diferentes diagnósticos levantados, à equipe da área que está com problemas, deve antecipar e pesar os custos associados a cada solução, o tempo exigido para implementá-la e os meios para avaliar a efetividade de cada solução (e isto para todas as hipóteses levantadas).
2. Geradas as hipóteses que foram, elas devem ser testadas, seja por pesquisas ou coleta de dados, para estreitar o escopo da investigação. A coleta de dados nessa fase do trabalho de diagnóstico do problema é uma maneira de testar hipóteses para identificar a causa fundamental do problema. A exposição dos dados ajuda as equipes a exibirem seu significado – a entender o que eles transmitem. O diagrama de causa e efeito, por exemplo, é uma maneira útil de descrever os fatores que contribuem para determinado problema.

O formulário de coleta de dados, na fase preliminar, segundo Berwick (1994) deverá atender às questões:

1. À qual pergunta se deve responder?
2. Quais ferramentas de análise de dados (Diagrama de Pareto, Gráfico de Pareto, fluxogramas e outros) se pretende usar?
3. Que tipos são necessários para construir essa ferramenta e responder a essa pergunta?
4. Onde, no processo, pode-se obter esses dados?
5. Quem, no processo, pode fornecer esses dados?
6. Em qual formato mais simples pode-se reunir os dados dessas pessoas?
7. Quais outras informações (mínimas) é preciso captar no formulário para consulta e rastreamento futuros?
8. Planejadas e implementadas as soluções, como etapa posterior, deve-se realizar um teste para medir a eficácia da solução.

9. Descobrir antes de tudo se o problema é de processo. Sendo de processo, exige solução de processo, evitando desperdício em resoluções que ao primeiro momento demandam investimentos novos, que podem ser desnecessários, ou até mesmo aumento do número de funcionários.
10. Realizar pesquisas de opinião entre os funcionários que atuam na área para descobrir que tipo de problema ocorre com mais frequência, o que sentem que os afetam mais e que podem estar exigindo gastos desnecessários, conseqüentemente maiores custos.
11. Implantar um amplo programa de orientação e de educação continuada que, não existindo, está contribuindo de forma indireta para desperdício e, conseqüentemente aumento de custos.
12. Estudar a evolução dos custos para os principais itens de desperdício identificados, considerando a variação na quantidade, qualidade e preço unitário do material. Paralelamente, deve-se acompanhar a evolução dos pedidos de aquisição dos materiais.
13. Realizar estudos sobre a média de permanência dos pacientes para verificar se a ocupação dos leitos está dentro do padrão geral dos hospitais universitários.

Do exposto, sugere-se:

1. Ensinar aos funcionários as técnicas mais simples de controle de qualidade que, se aplicadas adequadamente, podem ser muito úteis no dia-a-dia de seus trabalhos, de tal forma que sejam bem-feitos. Usadas de forma correta, os resultados aparecerão satisfatoriamente.
2. Fazer uso de diagrama de fluxo num determinado processo. Avaliadas as falhas observadas e corrigidas, buscar soluções de tal forma que venham atender a uma necessidade real e prioritária dos pacientes, ou seja, receber uma prestação de serviços melhor. Para que se possa avaliar as falhas, deverá se fazer uso de metodologias estatísticas adequadas ao momento, como: histogramas, gráficos de controle, Diagramas de Pareto.

3. A instituição deverá possuir um manual de normas técnicas atualizado, de acordo com novas técnicas introduzidas ou de acordo com o novo redesenho de processo, caso seja feito, de tal forma que venha facilitar o trabalho, evitando, com isso, o retrabalho e facilitando a otimização das atividades.
4. Introduzir normas nacionais e internacionais que venham ao encontro com a família das ISO's do setor privado, recebendo, para a área da Saúde, o nome de Acreditação Hospitalar, baseada no manual de Acreditação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), (normas sobre instalações, manutenção, aspectos arquitetônicos, segurança entre outros serviços institucionais).
5. Monitorar sempre os custos da qualidade nos seus mais variados tipos: custo das falhas e, por outro, os custos para preveni-las (custos de planejamento, inspeção, capacitação, etc). Comparando estes custos, será possível saber se a ação do controle de qualidade está sendo eficaz, ou não.
6. Avaliar a confiabilidade e segurança dos processos, de tal forma que se eliminem gargalos que poderão trazer desperdícios.
7. Estabelecer claramente qual é a responsabilidade dos envolvidos numa atividade, para que se cumpra o desenvolvimento pleno do que foi proposto.
8. Fazer, periodicamente, o levantamento da satisfação dos pacientes, a fim de eliminar qualquer atraso, falhas na execução das atividades do Hospital e no atendimento ao paciente. E isso pode ser feito através de técnicas que envolvam pesquisa de opinião, quer seja através do uso de questionários ou de entrevistas diretas. Também se pode avaliar as queixas dos pacientes através do uso das caixas de sugestões. Desta maneira, seja com pesquisa de opinião, seja com caixas de sugestões, poderá ser feita uma aplicação do controle de qualidade.

9. Utilizar-se modernos métodos de motivação, que deverão ser aplicados para envolvimento do pessoal na realização do trabalho com eficiência e eficácia.
10. Implantar a filosofia ou Programa 5'S em todos os serviços do Hospital, como forma de eliminar os desperdícios. Os 5'S possibilitam o estabelecimento de ambiente favorável à instalação da qualidade total.

Este programa é a prática dos bons hábitos e “... *parte do princípio de que as pessoas mudam o comportamento, influenciadas por projetos bem sucedidos de comportamento grupal e pelas condições ambientais que as cercam*”, de acordo com Mello & Camargo, (1998). Segundo este autor, com o uso dos 5'S, há diminuição dos desperdícios e redução do risco de acidentes, como também a “... *liberação de espaço e melhor organização, racionalização do uso de materiais e equipamentos, melhor controle de estoques e documentos, redução do ciclo de processos, crescimento da auto-estima e melhoria nos hábitos de higiene pessoal e nas relações humanas*.”.

As etapas a serem seguidas serão:

- 1º SEIRI (descarte): tenha só o necessário na quantidade certa.
 - 2º SEITON (arrumação): um lugar para cada coisa e cada coisa em seu lugar.
 - 3º SEISO (limpeza): gente merece o melhor ambiente.
 - 4º SEIKETSU (higiene): qualidade de vida no trabalho.
 - 5º SHITSUKE (disciplina). ordem, rotina e constante aperfeiçoamento.
11. Implantar a coleta seletiva (quando não existe) e treinar os funcionários em como proceder com relação ao lixo hospitalar.
 12. Estabelecer regulamento para o manejo de desperdícios biomédicos, em particular, em benefício da qualidade ambiental e da saúde pública.

Capítulo 11

Conclusão

O Hospital das Clínicas da UNICAMP é caracterizado por sua capacidade de recursos humanos, constituído não só de pessoal médico, mas de profissionais especializados em diversas áreas, por sua capacidade instalada (leitos para internação dos pacientes, locais destinados aos atendimentos ambulatoriais, procedimentos, exames laboratoriais, etc.) e por seus recursos assistenciais, atendendo a uma demanda crescente da população que, muitas vezes, torna-se uma demanda reprimida. Devido a esse aumento contínuo da demanda por serviços públicos, o Hospital não tem sempre disponíveis meios para ampliar o atendimento.

(1) O Hospital em si é extremamente dispendioso, tanto só pela sua estrutura física, como sobretudo pela sua manutenção exigida, *“... o que leva diferentes países, principalmente nos menos desenvolvidos, à falta de leitos hospitalares, necessários para cuidar da saúde de seu povo. Mesmo nos Estados Unidos, com maiores recursos diante da elevação dos preços, através de lei Federal P.L. 92-603, foi criada a chamada Professional Standards Review Organization (PSPO), com o objetivo de reduzir os custos, implementar qualidade à assistência médica e maximizar o uso eficiente dos serviços”*.

(2) A falta de leitos, em geral nos hospitais, tendo por base outras considerações, ainda segundo Fávero, ainda é agravada pelo desperdício no uso dos existentes. *“... de maneira geral, pode-se dizer que este desperdício ocorre de duas maneiras: uma chamada subutilização e outra*

que poderíamos chamar utilização inadequada. A subutilização ocorre quando o hospital não chega a utilizar seus leitos em um nível aceitável. Em outras palavras, trabalha com percentagem de ocupação abaixo da recomendável”. Seria este o primeiro tipo de desperdício com relação à utilização dos leitos.

“... o segundo tipo de desperdício, que chamamos utilização inadequada, pode ocorrer em hospitais com elevada percentagem de ocupação e diz respeito à duração da internação.”

(3) “Quando a duração da internação é maior que a necessária, são consumidos leitos-dia que poderiam beneficiar outro doente, em outras palavras, estamos jogando fora um recurso dispendioso e extremamente disputado, principalmente em países mais pobres. Este tipo de inadequação no uso dos leitos é mais sutil e difícil de ser percebido, a não ser quando os pacientes permanecem tempo exageradamente longo no hospital, como nos casos de alguns hospitais psiquiátricos. Dentre aqueles pacientes que deveriam ficar, por exemplo, cinco dias e permanecem seis ou sete, torna-se difícil perceber o problema. Nem por isso este tipo de desperdício deixa de ser importante. Talvez esta característica o torne ainda mais grave, uma vez que pode passar despercebido e sem correção por longo tempo.”

(4) Com relação aos aspectos gerenciais, esses levam também a situações de desperdício. “... os aspectos gerenciais crescem, também, de importância, quando sabemos que os recursos disponíveis para a Saúde são sempre considerados insuficientes. A boa aplicação desses recursos, portanto, se impõe, inclusive, como pré-requisito para sua ampliação.”

(5) Havendo também uma mudança da cultura organizacional, ou uma mudança de comportamento dos agentes de saúde, isso levaria a uma melhoria dos padrões de saúde pública. “Dispendios com saúde devem ser vistos como investimentos. Entretanto, é preciso estabelecer um mínimo de racionalidade nos gastos que, em determinadas condições, podem assumir proporções insuportáveis mesmo para uma economia próspera”.

Esta pesquisa, intitulada “Desperdício: Uma pesquisa de opinião em um hospital-escola”, revelou a percepção que boa parte dos funcionários têm com a instituição em que trabalham, apontando o que devem ser considerados desperdícios e o que os causam.

(6) Estando os hospitais com escassos recursos financeiros, é necessário reduzir custos sem comprometer a qualidade do atendimento, e, principalmente, devem estar constantemente atentos a toda uma questão ética, que permeia as ações e tomada de decisões, visto que a saúde não deve ser tratada como uma questão puramente econômica ou de lógica de matemática financeira.

Este trabalho permitiu conhecer as causas dos desperdícios nas áreas, avaliando-as de forma a eliminá-las e criar indicadores e/ou índices de avaliação dos desperdícios de forma a fornecer subsídios para o melhor gerenciamento das áreas. Aplicando o Diagrama de Pareto e dos 6 M's do Diagrama de Ishikawa, transpondo para a área da Saúde, para os itens mais relevantes, que transpareceram nesta pesquisa de opinião, classificaram-se os desperdícios segundo: materiais, recursos humanos/mão-de-obra, métodos de trabalho/medições, equipamentos/máquinas, meio ambiente e fornecedores.

(7) Desperdício com relação aos materiais, destacando-se neste íterim os itens: materiais hospitalares, impressos e material de escritório, pudemos observar com material hospitalar maior representatividade em relação aos demais itens classificados, com 32%. Isso já era esperado, pois enquadra luvas, seringas, gazes, agulhas, esparadrapos, entre outros.

(8) Com impressos em geral, a representatividade foi de 4,8% para impressos em geral, “folha azul”, etiqueta e papel impresso utilizado no computador. As áreas líderes no consumo destes itens foram registradas no Ambulatório (AMB) e Divisão de Serviços Gerais (DSG).

(9) Com relação ao material de escritório, com 3,7%, incluiu: papel de impressora, material de escritório em geral, fitas de impressora, etiquetas adesivas entre outros. Para este item, as áreas que mais apareceram em destaque foram a Farmácia (FARM) e a Central de Material Esterilizado (CME).

(10) Desperdício com relação aos recursos humanos foi caracterizado por retrabalho, desinteresse dos funcionários em conhecerem novos procedimentos, demora na realização das tarefas, levando a uma produtividade aquém do potencial de seus funcionários, trazendo como consequência desperdícios outros dos demais itens classificados.

(11) Desperdício com relação aos métodos de trabalho/medições. Se a “medição é a decisão de uma escolha”, escolhendo métodos de trabalho não tanto eficazes, se terá um causador de perdas consideráveis de recursos em geral, o que poderá comprometer toda uma estrutura organizacional.

(12) Desperdício com relação aos equipamentos/máquinas. Conforme relatado no trabalho, este item mereceu atenção, visto que tanto o manuseio incorreto quanto a falta de manutenção representam desperdícios. Este item esteve entre os dez mais representativos, com 2,7%, dos questionamentos.

(13) Desperdício com relação ao meio ambiente. Como foi descrito com relação ao lixo, ele é o principal símbolo do desperdício. Classe há de lixo, como aquela advinda dos alimentos, em que representou 6,5% com relação à dieta do paciente, seguida de alimentos em geral, alimentos do restaurante, lanche, água mineral, dieta do acompanhante, marmitex, carne e frutas. Este número significativo mereceu destaque nas impressões dos funcionários.

(14) O item medicamentos teve representatividade de 7,2% entre os demais itens, destacando-se medicamentos injetáveis, com sobras desprezadas, seguidos por drogas anestésicas, soro, Nutrição Parenteral Prolongada (NPP), inutilizadas após o preparo, e medicamentos em geral.

(15) A existência de desperdício com energia elétrica e água, ou com relação ao meio ambiente, ou seja, com recursos naturais, como segundo e terceiro itens, foram altamente expressivos. Neste caso, o desperdício percebido foi de 8,6 e com relação à água, aparentemente o terceiro item representativo de desperdício, apareceu com 8,5%.

(16) Importante também foi o item material de higiene e limpeza, com 4,8% de representatividade, incluindo os saquinhos plásticos, papel toalha, papel higiênico, são líquido, sabonete, detergente, esponja de aço, entre outros, quando revelaram causas diversas que vão desde mau uso, qualidade do papel até separação mal feita do lixo em sanitos coloridos.

(17) Desperdício com relação aos fornecedores. Os desperdícios têm ocorrido porque, se fosse efetuada a compra de determinados produtos com preços ligeiramente superiores, haveria vantagens, por sua qualidade superior em relação a seus similares.

(18) O custo efetividade parece ser a metodologia mais adequada para um estudo mais apropriado no levantamento dos desperdícios existentes no HC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia sem números, São Paulo, Campus, 1989, 108 p.

ALPERSTEDT, C. A questão das competências na área da saúde: um convite à reflexão, O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 185 – 186 maio/junho, 1999.

AKERMAN, M. Determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde: um desafio contemporâneo, São Paulo, v.29, n.2, p. 126-136, abr/jun, 1995.

AUGUSTO, C. F. O desperdício planejado, In: Raízes do Desperdício. Rio de Janeiro, Instituto de Estudos da Religião, 1993, 102 p.

BANCO MUNDIAL. A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90, resumo executivo – uma reporte del banco mudial, 30 de junho, 1994, p. 1- 23.

BARRETO M. G. e SOARES F. A importância da mensuração, CQ-Qualidade, Junho/1996 p. 72-82.

BATISTA, A. R. Desafios sociais à medicina atual, 1994. 148 f. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo.

BERWICK, D. M. et al. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**, São Paulo, Mackron Books, 1994, v. 1, 296 p.

BITTAR O.J. **Hospital: qualidade e produtividade**, São Paulo, Sarvier, 1997, 137 p.

BONDER, N. **Melhor nada fazer do que transformar algo em nada**, In: Raízes do Desperdício. Rio de Janeiro, Instituto da Religião, 1993, 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliações de Política de Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**, 2ª. ed., 1999, 159 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento. Secretaria da Ciência e Tecnologia. **Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade: Exposição de Motivos**, Brasília, 1990, 5 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento. Secretaria da Ciência e Tecnologia. **Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade: Termo de Referência do Programa**, Brasília, 1990, 10 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento. Secretaria da Ciência e Tecnologia. **Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade: Termos de Referência dos Subprogramas Gerais**, Brasília, 1990, 41 p.

CAPRA, F. **Ponto de mutação**, 9ª. ed., São Paulo, Cultrix, 1993, 447 p.

CASTILHO, V. e LEITE, M. M. J. **A administração de recursos materiais na enfermagem**, In: Administração em Enfermagem. São Paulo, E.P.U., 1991, 237 p.

CONTROLE DO DESPERDÍCIO. **Boletim Informativo do Hospital das Clínicas/UNICAMP**, Campinas, ano 2, n.5, março de 2000.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE-CBA.
Acreditação: Um novo conceito de qualidade em saúde, Rio de Janeiro, 2000, 39 p.

CORDEIRO, Hésio. **A indústria da saúde**, 3^a. ed., Rio de Janeiro, Graal, 1994, 229 p.

CHARNET E. **Estatística industrial**, Apostila do Curso de Estatística Industrial/Departamento de Estatística/IMECC/UNICAMP, Campinas, 1997, 12 p.

CHIAVENATO I. **Recursos humanos**, 3^a. ed., São Paulo, Atlas, 1994, 525 p.

DUSSAULT G. **Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde**, v.28, no. 4, Educación Médica y Salud, 1994, 478 – 489 p.

EIGENHEER E. M. et al. **Raízes do desperdício**, Rio de Janeiro, Instituto de Estudos da Religião, 1993, 102 p.

FARIA, F. P. et al. **Um caso de gestão de custos da qualidade**, In: Congresso Brasileiro de Gestão Estratégica de Custos, 4 p., 1987, Anais..., Belo Horizonte, PUCMINAS, 1997.

FÁVERO, M. **Estudo da duração da internação em hospitais gerais de Ribeirão Preto**, 1975. 185 f. Tese (Livre docência) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERNANDES, L. O. **Contabilidade hospitalar – custos e seus problemas**, LN Padronizações Hospitalares, 1972, 305 p.

FERNANDES, J. H. **A produtividade nos hospitais da Fundação Hospitalar do Distrito Federal**, São Paulo, Brasileira de Medicina, 29 págs. 3-4; 5-9, julho-dezembro, 1992, 29(5-9) p.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**, 3^a. ed. Rio de Janeiro, Forence-Universitária, 1987, 242 p.

FULLMANN, C. **Estudo do trabalho**, 2ª. ed., São Paulo, IMAM, 1975, 87 p.

FUNDAP. **Gestão pública no setor saúde: um plano estratégico**, São Paulo DT/QS, 1992, n. 14, 139 p.

FREITAS FILHO, F. **Estado, sociedade e subsistema de saúde no Brasil**, 1995. Tese de doutorado, Fundação Getúlio Vargas, 1995, 260 p.

GAUTHIER, P. H. **Análise do desempenho hospitalar**, São Paulo, CEDAS, 1979, 111 p.

GAUTHIER, P. H. et al. **O controle de gestão hospitalar**, São Paulo, CEDAS - Sociedade Beneficente São Camilo, 1979, 218 p.

GERENCIAMENTO DA LOGÍSTICA E CADEIA DE SUPRIMENTOS. Tradução de Sonia Mello. São Paulo, IMAM, 1997, 285 p.

GOODMAN, J. e MUSGRAVE, G. L. **Patient power: the free-enterprise alternative to Clinton's health plan**, United States of America, 1994, 3ª. ed., 134 p.

GRYNN, F. M. **Custos da qualidade**, In: Juran, J. e Gryna, F. **Controle da Qualidade**. São Paulo, Makron Books, 1991, Cap. 4, v.1, p. 83-133.

IANNI O. **Teorias da globalização**, São Paulo, Civilização Brasileira, 1996, 3ª. ed., 228 p.

JIMENEZ, J. D. et al. **Inluenzia de los factores ambientales en el número de ingresos por urgencias em el complejo hospitalario "Juan Canelejo" de A Coruña: elaboración de um modelo de predicción**, Madri, Española de Salud Pública, 1999, p. 1-18.

JIMENEZ SAAVEDRA, N. A. **Importancia de recursos humanos capacitados para el manejo integral de los residuos sólidos hospitalarios**, In: CONGRESSO NACIONAL, LOS RESIDUOS SÓLIGOS Y PELIGROSOS RECURSO O DESPERDICIO?, 1., 1991, México.

Resumo...México, Asociación Mexicana para el Control de los Residuos Sólidos y Peligrosos, 1991, p. 1-5.

JONHSON, A. C. e Schulz, R. **Administração de hospitais**, São Paulo, Pioneira, 1979, 345 p.

JUNTA DE CALIDAD AMBIENTAL. **Reglamento para el manejo de desperdicios biomedicos**, Puerto Rico, 1991, 55 p.

KUME, H. **Métodos estatísticos para a melhoria da qualidade**, São Paulo, Gente, 1993, 5ª. ed., 245 p.

KURCGANT, P. C. **Administração em enfermagem**, Cap. 6, São Paulo, E.P.U., 1991, 237 p.

LÓPEZ ACOSTA, A. **Los residuos solidos y peligrosos recurso o desperdicio?, motivacion para el personal de aseo urbano**, In: Congreso Nacional, Los Residuos Solidos y Peligrosos Recurso o Desperdicio?, 1., 1991, Mexico, Asociacion Mexicana Para El Control de Los Residuos Solidos y Peligrosos, 1991, 9 p.

LOYOLA, A. E. e URRIGA, R. R. **Segurança nos serviços hospitalares**, Saúde Ocupacional e Segurança, v. 22, n. 5, julho 1987, p. 8-11.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos – inclui o abc**, São Paulo, Atlas, 1996, 5ª. ed., 381 p.

MELLO, J. B. e CAMARGO M. **Qualidade na saúde: práticas e conceitos normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**, São Paulo, Best Seller, 1ª. ed., 1998, 435 p.

MERHY, E. E. et al. **Inventando a mudança na saúde**, São Paulo, Hucitec, 1997, 2ª. ed., 333 p.

MINAYO, M. C. **O Desafio do conhecimento**, São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1999, 6ª. ed., 255 p.

MONTONE, J. **ANS, a que será que ela se destina?** São Paulo, Jornal Folha de São Paulo, outubro de 2000.

MORAES, I. H. **Informações em saúde da prática fragmentada ao exercício da cidadania**, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1994, 172 p.

MORANA, S. **Administração a custo zero**, São Paulo, STS Publicações e Serviços Ltda., 1996, 3^a. ed., 203 p.

MORGAN, G. **Imagens da organização**, São Paulo, Atlas, 1996, 421 p.

MOURA R. **Logística: suprimentos, armazenagem, distribuição física**, caps. 1 ao 5, São Paulo, IMAM, 1989, 343 p.

MOURA, E. **As sete ferramentas gerenciais da qualidade**, São Paulo, Makron Books, 1994, 118 p.

MOURA, R. A. e BANZATO, J. M. **Embalagem: acondicionamento, utilização e containerização - Manual de Movimentação de Materiais**, Vol. II, IMAM, 1990, 354 p.

PEREIRA, J. C. **Análise de dados qualitativos**, São Paulo, EDUSP/FAPESP, 1999, 156 p.

QUALITY PROGRESS. **Health care: the quality Rx.**, Milwaukee, WI, may 1987, 92 p., Special Issue.

RAGAZZI, S. **Contrôle estatístico do processo**, Apostila do Curso de Contrôle de Qualidade/Departamento de Estatística/UNICAMP, 1997.

RAGAZZI, S. **Estatística básica industrial**, Apostila do Curso de Estatística Industrial/Departamento de Estatística/UNICAMP, 1997, 108 p.

REBELO, P. **Qualidade em Saúde**, Rio de Janeiro, Qualitymark, 1996, 179 p.

RÊGO, E. C. **Políticas de Regulação do Mercado de Medicamentos: A Experiência de Medicamentos**, BNDES, Rio de Janeiro, v. 7, n. 14, 367 – 400 p., dez/ 2000.

ROGANTE, M., DREYER, B. e ARANHA, G. T. C. **Desperdício: pesquisa de opinião em um hospital escola**. In: CONGRESSO QUALIHOSP - Seminário de qualidade para serviços hospitalares, 2000. São Paulo (Pôster).

ROGANTE, M., DREYER, B. e ARANHA, G.T.C. **Desperdício: pesquisa de opinião em um hospital escola**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2000. Pernambuco (Pôster).

SACRAMENTO, F. **O que vem depois da qualidade? Uma organização sem cercas, onde o importante é o cliente!**, O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 22, n. 3, maio/junho 1998.

SEBRAE. **Que tal combater o desperdício?**, Folha de São Paulo, 10 de abril 1994, Encarte Qualidade Total, 5º. fascículo, p 3-5.

SENGE, P. **A quinta disciplina**, São Paulo, Best Seller, 1990, 12ª. ed., 352 p.

SINK, D. S. et al. **Planejamento e medição para a performance**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1993, 343 p.

SILVA, F. C. T. **O Desperdício no reino da necessidade**, In: Raízes do Desperdício. Rio de Janeiro, Instituto da Religião, 1993, 102 p.

SOUZA, G. W. **Planejamento sem normas**, São Paulo, Hucitec, 1989, 134 p.

SCHEKENBACH, W. W. **O Caminho de Deming para a qualidade e produtividade**, Rio de Janeiro, Qualitymark, 1992, 5ª. rei., 152 p.

SGRECCIA, E. **Bioética, economia e saúde**, In: Manual de Bioética. São Paulo, Loyola, 1997, 377 – 401 p.

VIANA, A L. **As políticas Sociais e as Políticas de Saúde no Contexto do Processo de Globalização**, In: Democracia, Reforma do Estado e Globalização, Dilemas e Perspectivas. Rio de Janeiro, UERJ, ENSP, Junho de 1995, 14 p.

WAHBA, L. L. **A sombra do desperdício**, In: Raízes do Desperdício. Rio de Janeiro, Instituto da Religião, 1993, 102 p.

ANEXOS

CLASSIFICAÇÃO DOS TPOS DE DESPERDÍCIOS

1. Vazamentos/água
2. Energia elétrica
3. Alimentos
4. Equipamentos
5. Impressos
6. Lixo
7. Papel
8. Dispensador de toalha/material de higiene e limpeza
9. Material hospitalar
10. Roupas
11. Medicação
12. Material de escritório
13. Pedidos de exames de laboratório
14. Pedidos de exames de raios X
15. Pedidos de exames de procedimentos especializados
16. Outros pedidos
17. Médicos não habilitados tecnicamente
18. Enfermagem não habilitada tecnicamente
19. Copos plásticos
20. Vazamentos/oxigênio
21. Ar comprimido
22. Pessoal
23. Procedimentos médicos
24. Gerência
25. Atendimento ao paciente
26. Internet
27. Telefone
28. Tempo
29. Diária
30. Terceirização

31. Remuneração

32. Condução

33. Informações

99. Não tem desperdício.

CLASSIFICAÇÃO DAS CAUSAS DOS DESPERDÍCIOS

1. Uso inadequado = mau uso
2. Uso abusivo = uso indiscriminado = uso exagerado
3. Má qualidade do produto (fator externo)
4. Embalagem de tamanho inadequado
5. Tamanho inadequado de papel, cateter, luva
6. Equipamentos eletrônicos/elétricos com problemas
7. Abertura de caixa desnecessária
8. Tempo de validade do produto
9. Material não usado = perda de material pela não utilização, excesso de material
10. Luzes acesas desnecessárias = desligamento de aparelho
11. Má qualidade do produto (fator interno = produção de serviço interno. Exemplos: compressas, refeições)
12. Falta de manutenção
13. Carregamento de bateria de celular/TV nos quartos de enfermarias
14. Desorganização/falta de controle/falta de comunicação/má administração/falta de padronização
15. Impressos excessivos
16. Cota inadequada de material/falta de material adequado
17. Falta de orientação (no manuseio do material)
18. Falta de identificação do material,
19. Interruptores mal distribuídos/problema de planta física
20. Número excessivo de funcionários/chefes/ociosidade
21. Repetição de exames
22. Reformas repetidas
23. Erros na dosagem/na técnica
24. Dieta não adequada aos hábitos
25. Cancelamento de cirurgia
99. Outras (causas diversas).

TABELA DA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

TABELAS SUGERIDAS PARA GERENCIAMENTO DAS ÁREAS

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

TABELA DA CME - TIPOS DE DESPERDÍCIOS

DESPERDÍCIO	FREQ.	TOTAL ACUM.	%	% ACUM.
Material Hospitalar	36	36	36,4%	36,4%
Material de Escritório	15	51	15,2%	51,5%
Esterilização de Material	14	65	14,1%	65,7%
Energia Elétrica	7	72	7,1%	72,7%
Pessoal/Tempo	7	79	7,1%	79,8%
Material de Higiene e Limpeza	6	85	6,1%	85,9%
Água	4	89	4,0%	89,9%
Copos	1	90	1,0%	90,9%
Não há desperdício	9	99	9,1%	100,0%
TOTAL	99		100%	

Fonte: CME – dezembro/99/Hospital das Clínicas/UNICAMP

TABELA DE CONTRÔLE DAS REQUISIÇÕES

(evolução dos três últimos meses)

REQUISIÇÃO (materiais)	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE RECEBIDA	TEMPO DE ESPERA PARA/RECEBIMENTO
---------------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------

Tipo 1

Tipo 2

.

.

.

Tipo n

Total Geral

Fonte: Planejamento de Materiais/Divisão Suprimentos

Obs.:

Finalidades:

1. Identificar queda/aumento na quantidade, devido a fornecedores e preço de materiais diferentes, para o mesmo material nos diversos meses.
2. Estudo do tempo de espera: é um indicador de falta de material no estoque. Pode, não se ter o material no estoque ou pode não se ter para comprar o material no mercado, e tem-se que esperar a compra, que poderá ser feita através do mesmo fornecedor ou não.

TABELA DE MATERIAL POR FORNECEDOR X CUSTO DO MATERIAL

MESES	FORNECEDOR	TIPO DE MATERIAL	QUANTIDADE SOLICITADA	CUSTO DO MATERIAL
--------------	-------------------	-------------------------	------------------------------	--------------------------

Mês 1

Mês 2

.

.

.

Mês n

Total

Fonte: Planejamento/Divisão de Suprimentos

Obs.:

Finalidades:

1. Identificar queda/aumento na quantidade, devido a fornecedores e preço de materiais diferentes, para o mesmo material, nos diversos meses.
2. Gerenciar os consertos realizados que podem estar sendo a causa de desperdícios com material, ou mesmo gastando o tempo do funcionário com o uso de equipamento que constantemente está indo para o conserto. É um indicador do tipo de consertos que estão sendo realizados, ou se terá quanto tempo está levando o conserto de determinado bem, e indica o tempo do funcionário gasto para realizar a tarefa.
3. Controlar os equipamentos que foram para o conserto, para poder planejar a reposição dos mesmos junto ao CEB/DEM/INFORMÁTICA e saber a quanto está a vida útil dos mesmos.
4. Monitorar o manuseio dos equipamentos pelos funcionários.

Nota: CEB: Centro de Engenharia Biomédica

PAT: Patrimônio

DEM: Divisão de Engenharia e Manutenção

TABELA DE CONTROLE DOS CUSTOS DOS MATERIAIS

(evolução dos três últimos meses)

CUSTO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	VARIAÇÃO (%) [(MÊS 3/MÊS 2)X100% -100%]
-------	-------	-------	-------	--

Material 1

- quantidade

- valor

- preço

Material 2

.

.

.

Material n

Fonte: Relatório de Custo/Serviço de Orçamento e Finanças

Obs.:

Finalidades:

1. Comparar a evolução dos custos para os itens principalmente em estudo, com problemas de desperdícios, observando os maiores custos, considerando a quantidade e o valor unitário do bem.
Deve-se observar se não houve alteração na moeda. Caso houver, é claro que se tem que pensar na inflação da moeda deflaciona-la, caso seja necessário, para poder trabalhar na comparação entre os meses. Usar então um outro indicador que possa medir inflação da moeda, como por exemplo, o Índice de Fisher, que leva em consideração a oscilação dos preços.
2. Fazer correlações entre as áreas para verificar porque o custo de uma área que usa o serviço de outra está crescendo. Identificar o que está ocasionando o aumento, ou o que está inflacionando o aumento.

QUESTIONÁRIO

ÁREA: UNIDADE: 1

1. IDENTIFIQUE SITUAÇÕES DE DESPÉRCIO EM SUA ÁREA; AS CAUSAS DOS DESPÉRCIOS CITADOS E QUAIS SÃO SUAS SUGESTÕES PARA ELIMINAR AS CAUSAS DOS DESPÉRCIOS.

[illegible]

OUTRAS SUGESTÕES: (SE NECESSÁRIO USAR O VERSO)

OBS: DEVOLVER ATÉ 10/06/99 – SUPERINTENDÊNCIA C/ ENFA MARILENE

Controle do Desperdício

Até meados de 1986, quando ainda funcionávamos nas dependências da Santa Casa de Campinas, nossa realidade financeira em muito diferenciava dos anos 90. Nessa época, éramos obrigados a escolher quais pacientes poderiam utilizar agulhas descartáveis ou ainda quais pacientes teriam "direito" ao esparadrapo mais delicado, tipo micropore.

Entretanto, a partir de 1986, especialmente 1988 com a autonomia das Universidades, passamos a ter um suprimento de materiais do qual jamais tínhamos experimentado antes.

Essa modificação, com materiais em abundância, apesar de ter permitido ao HC um avanço significativo na qualidade da assistência hospitalar, desenvolveu também, na comunidade, uma cultura de desperdício bastante significativa e prejudicial. Os profissio-

nais que antes pouco tinham para oferecer, passaram a fazer estoques de materiais.

Na realidade, não nos preparamos para gerenciar produtos e materiais fornecidos em abundância. Saber usar o material com critério também é uma disciplina e consciência que precisamos ter. Com o passar dos anos, os recursos financeiros também foram ficando escassos, o que nos obrigou a pensar seriamente em atuar na área de Educação em Serviço para reduzirmos o desperdício. Promover a conscientização da equipe de enfermagem no uso adequado dos materiais, evitando perdas e desperdícios, bem como cuidando da conservação dos equipamentos, é um processo educativo contínuo (ROGANTE et al., 1998).

Nos últimos 3 anos, passou a ser uma reivindicação da assistente de re-

ursos materiais do DENF., M. Marilene Rogante, a implementação de sistema de distribuição de material por paciente/turmo, assim como a designação de uma enfermeira que atuasse exclusivamente nessa área. Dessa forma, com o apoio da Superintendência/Coordenação de Administração, o DENF. selecionou, a partir de Dez./99, a enf. Elisabeth Dreyer, para atuar na Seção de Enfermagem em Educação Continuada (SEEC).

A sua ação na educação dos usuários da enfermagem é planejada a partir do diagnóstico resultante dos questionários de desperdício passado a todos os funcionários das diversas áreas do hospital, com o objetivo de conhecer as causas de desperdício.

Este trabalho encontra-se atualmente na terceira fase, a implementação de ações de controle.

Resultados da segunda fase da pesquisa de opinião sobre desperdício

Continuação da matéria, inicialmente divulgada no jornal "HC Informa" número 9 - dezembro/99

Ao término da segunda fase, que contou com a participação ativa de Guiomar T.C. Aranha para análise estatística e das enfermeiras Elisabeth Dreyer, Maria Marilene Rogante, Ana Maria Câmio e Filomena Godoy Pereira para a tabulação dos dados, os resultados das áreas foram entregues em reunião para os respectivos diretores, para implementação de medidas de redução dos desperdícios levantados.

A análise, pelo diagrama de Pareto, de todos os dados estatísticos obtidos, permitiu a identificação das 10 maiores causas de desperdício no hospital, totalizando 81 % (veja tabela 1 ao lado) e dos 10 maiores itens de desperdício (veja tabela 2 ao lado).

Destaca-se o "uso inadequado de materiais" como primeira causa de desperdício, evidenciando a urgência da realização de um programa amplo de orientação e educação abrangendo todas as áreas do hospital, com ênfase especial para o material hospitalar.

Tabela 1 - As 10 principais causas de desperdício no HC

CAUSA	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Uso inadequado	669	20 %
Falta de manutenção	441	13 %
Material não usado (perda)	374	11 %
Uso abusivo	348	10 %
Luzes acesas desnecessariamente	337	10 %
Falta de material/ administração da cota	177	5 %
Qualidade do material (fator externo)	129	4 %
Desorganização	120	4 %
Tamanho inadequado de embalagens	73	2 %
Qualidade do material (fator interno)	65	2 %

Tabela 2 - Os 10 maiores itens de desperdício

ITEM DE DESPÉRCIO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Material hospitalar	1128	32 %
Energia elétrica	303	9 %
Água	298	8 %
Medicação	252	7 %
Alimentos	229	7 %
Material de higiene e limpeza	168	5 %
Impressos	167	5 %
Material de escritório	131	4 %
Exames laboratoriais	106	3 %
Equipamentos e móveis	94	3 %

Obs.: os números acima se referem ao percentual percebido nas respostas dos questionários.

Desenvolvimento de um programa educacional para o uso racional de materiais e equipamentos

Este programa educacional foi desenvolvido pela SEEC (Seção de Enfermagem em Educação Continuada) para a equipe de enfermagem. A mesma estratégia deverá ser utilizada nas demais áreas do hospital. O programa está sendo aplicado pela enfermeira Elisabeth Dreyer, da SEEC, na Enfermaria de Emergência e Cirurgia do Trauma e tem os seguintes objetivos:

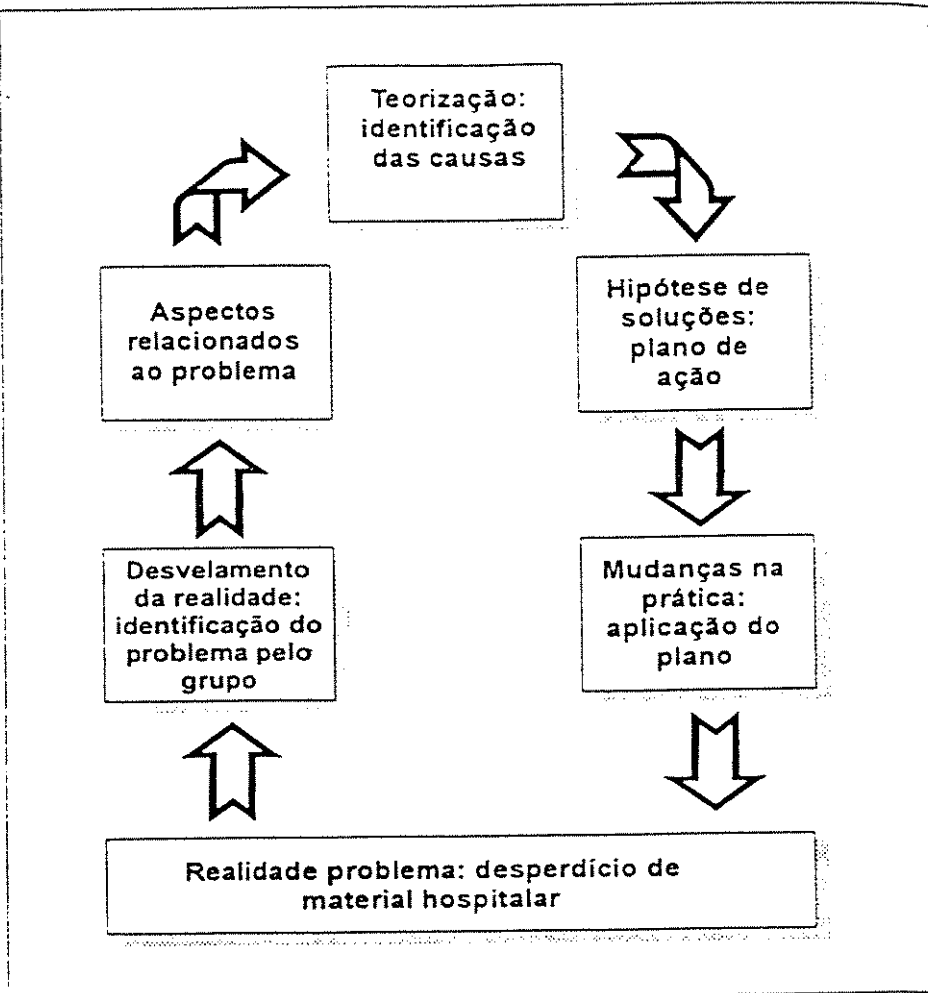
Objetivo geral:

- Problematicar o desperdício de materiais para as equipes de enfermagem de diversas unidades do HC.
- Objetivos específicos:
- Favorecer o conhecimento da realidade do desperdício no Hospital, enfocando custo, cota e uso adequado de material,
- Favorecer a realização de um plano de ação coletiva,
- Favorecer mudanças culturais relacionadas ao desperdício.

O método utilizado é a estratégia problematizadora descrita por BORDENAVE & PEREIRA (1993) e adotada pela SEEC para o desenvolvimento de suas atividades educativas. Segundo PEREIRA (1996), essa estratégia propõe a resolução de problemas através de idas e vindas até a realidade representadas por um arco com os passos necessários para a aplicação da pedagogia problematizadora. Neste projeto, a estratégia pode ser representada pelo seguinte arco para cada tipo de material/equipamento considerado (veja ilustração ao lado).

Na primeira etapa, pretende-se que o grupo identifique situações cotidianas de desperdício envolvendo o material estudado. Já na segunda fase, solicita-se que os participantes identifiquem fatores institucionais, culturais e pessoais causadores de desperdício bem como fatores favoráveis ao uso racional dos materiais. Na terceira etapa, ou teorização, os participantes devem identificar as causas de desperdício de cada material em sua área e recebem informações sobre o custo, a taxa de consumo no hospital e na área, o uso adequado e as condutas possíveis em caso de falta.

Em seguida, os participantes devem levantar possíveis soluções visando promover o uso adequado e racional do material, e estabelecer um plano de ação baseado nas principais causas identificadas. A aplicação desse plano (última fase) será monitorada através da avaliação de mudanças ocorridas na prática e das planilhas de custo.



Outras ações priorizadas pelo programa de redução de custo

Com a avaliação dos resultados da pesquisa, o grupo estabeleceu a necessidade de implementar outras ações:

- capacitação dos gerentes quanto a avaliação do desperdício e a utilização da análise realizada como instrumento gerencial,
- reformulação do relatório de divulgação de custo da área e avaliação,
- manutenção predial e de bens patrimoniais,
- revisão da administração de cotas,
- substituição e adequação de materiais e equipamentos.

Referências Bibliográficas

BORDENAVE, J.D., PEREIRA, A.M., *Estratégias de Ensino e Aprendizagem*. 13. Ed. Petrópolis, Vozes, 1993.

PEREIRA, F.B.G. *Pedagogia problematizadora na educação continuada em enfermagem no Hospital das Clínicas - Unicamp*. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1996.

ROGANTE, M.M.; FURCOLIN, M.I.R.; PEREIRA, F.B.G.; *Buscando a qualidade na administração de recursos materiais*. Trabalho não publicado, 1998.