

Levantamento das principais fontes de desperdício de unidades assistenciais de um hospital universitário

SURVEY OF THE MAJOR SOURCES OF WASTE IN THE HEALTH CARE UNITS OF A TEACHING HOSPITAL

RELEVAMIENTO DE LAS PRINCIPALES FUENTES DE DESPERDICIO EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Valéria Castilho¹, Liliana Cristina de Castro², Andréa Tamancoldi Couto³, Flávia de Oliveira Motta Maia⁴, Nair Yoko Sasaki⁵, Felícia Hiromi Nomura⁶, Antonio Fernandes Costa Lima⁷, Vera Lúcia Mira⁸, Paula Manzatti Loyolla⁹

RESUMO

Este estudo teve como principais objetivos levantar os diferentes tipos de desperdício, suas causas e sugestões para eliminá-los, segundo a opinião de profissionais de enfermagem e médicos atuantes em unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Alojamento Conjunto e Berçário; e estimar o custo da principal fonte de desperdício nessas unidades. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A amostra foi constituída por 189 profissionais de enfermagem e médicos. O desperdício relacionado aos materiais (36%) foi o mais apontado por todas as categorias profissionais seguido pelo desperdício de estrutura física (27%). Os materiais desperdiçados mais citados foram os medicamentos, pacotes de curativo, papel sulfite e dispositivos de infusão. O custo do desperdício anual com materiais nas unidades estudadas pode girar em torno de R\$ 479.262,86.

DESCRIPTORIOS

Custos e análise de custo
Controle de custos
Custos hospitalares
Enfermagem

ABSTRACT

The objectives of this study were to survey the different types of waste, their causes and suggestions to eliminate them according to the opinion of the nursing and medical staff from the Clinical Medicine, Surgery, Pediatrics, Rooming-In, and Nursery Units; and estimate the cost of the major source of waste found in the referred units. This descriptive, explorative study was performed at the University of São Paulo Teaching Hospital using a quantitative approach. The study sample consisted of 189 medical and nursing professionals. Material waste (36%) was the most often reported by all professional categories, followed by physical structure waste (27%). The most reported wasted materials were medicines, dressing packs, stationary paper, and infusion devices. The estimated annual cost of material waste in the studied units is about R\$ 479.262,86.

DESCRIPTORS

Costs and cost analysis
Cost control
Hospital costs
Nursing

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivos relevar los diferentes tipos de desperdicios, sus causas y las sugerencias para eliminarlos, según opinión de profesionales de enfermería y médicos actuantes en unidades de Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Pediatría, Internación Conjunta y Neonatología; y estimar el costo de la principal fuente de desperdicios en tales unidades. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cuantitativo, realizado en el Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo. La muestra se constituyó con 189 profesionales de enfermería y médicos. El desperdicio relacionado a los materiales (36%) fue el mayormente referenciado por todas las categorías de profesionales, seguido por el desperdicio de estructura física (27%). Los materiales desperdiciados más citados fueron los medicamentos, paquetes de vendajes, papel de impresora y dispositivos de infusión. El costo de desperdicios anuales con materiales en las unidades estudiadas giraría en torno a los R\$ 479.262,86.

DESCRIPTORIOS

Costos y analisis de costo
Control de costos
Costos de hospital
Enfermería

¹ Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. valeriac@usp.br ² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista CAPES. São Paulo, SP, Brasil. lilianacastro@usp.br ³ Enfermeira Chefe de Seção do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. andreaatcouto@hu.usp.br ⁴ Enfermeira Diretora da Divisão de Enfermagem Clínica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. flaviamaia@hu.usp.br ⁵ Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. nairys@hu.usp.br ⁶ Enfermeira Chefe de Seção da Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. feliciahn@hu.usp.br ⁷ Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. tonifer@usp.br ⁸ Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. vimirag@usp.br ⁹ Enfermeira da Prefeitura de Guararema. São Paulo, SP, Brasil. paulaloyolla@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A elevação dos custos tem sido objeto de atenção por parte dos gestores hospitalares, profissionais de saúde e, também, das fontes pagadoras da assistência, seja o Sistema Único de Saúde (SUS) ou o Sistema Suplementar, por meio das operadoras de planos e convênios.

Os hospitais da rede pública têm enfrentado dificuldades para gerirem seus recursos escassos em consequência da diminuição dos gastos federais com saúde, frente às demandas da população por serviços de saúde.

Em decorrência de uma conjuntura econômica nacional complexa, o setor da Saúde, no âmbito privado, tem enfrentado grandes dificuldades financeiras, sem poder repassar seus aumentos de custos automaticamente para os preços devido, principalmente, a fatores relacionados à competitividade do mercado, à pressão da sociedade e dos planos de saúde e a certo controle de preços do governo⁽¹⁾.

Este cenário trouxe aos gerentes e profissionais de saúde a necessidade de aquisição de conhecimentos sobre custos, a busca de medidas para equilibrá-los com os recursos financeiros, a competência na alocação de recursos e a otimização de resultados⁽¹⁾.

Assim, as preocupações dos gestores da saúde têm se voltado para apuração e controle dos custos hospitalares e também para medidas de contenção de custos enfocando, principalmente, o desperdício⁽²⁾.

Desperdício pode ser definido como sendo o uso dos recursos disponíveis de forma descontrolada, abusiva, irracional e inconsequente. É o uso sem necessidade, sem finalidade e sem objetivo definido. O desperdício não está ligado, necessariamente, ao uso da quantidade acima das necessidades que se tem. Às vezes se gasta pouco, mas se gasta mal, e isso também é desperdício⁽³⁾.

Nesta perspectiva, entende-se que o desperdício na área de saúde é representado pelo gasto desnecessário de recursos na produção de processos, produtos, procedimentos ou serviços destinados à assistência aos clientes. Na verdade, o desperdício na área da saúde vem agravar as dificuldades já existentes devido aos recursos escassos.

Ele pode ocorrer de diferentes formas. Há desperdícios relacionados a materiais e medicamentos, desde a compra de grandes estoques, que dificulta o controle, até a aquisição de material de qualidade questionável, bem como devido ao uso de forma inadequada.

A compra de equipamentos sem um estudo sobre a sua viabilidade econômica, relacionada ao custo da aquisição, demanda de utilização, preços de acessórios e com-

ponentes a serem continuamente substituídos, é uma prática dispendiosa nos serviços de saúde, além da falta de manutenção preventiva dos mesmos.

Desperdícios mais dispendiosos podem ocorrer devido à utilização inadequada dos leitos. Esse desperdício pode ocorrer de duas maneiras diferentes: a subutilização quando o hospital não utiliza os leitos em um nível aceitável, isto é, trabalha com percentagem de ocupação abaixo do recomendável, e a utilização inadequada que pode ocorrer em hospitais com elevada percentagem de ocupação devido ao tempo de internação maior que a necessária. Em ambos os casos, deixa-se de atender outro paciente⁽⁴⁾.

Outra fonte de desperdício na área da saúde pode ser os processos assistenciais que, por excesso de etapas, tornam os processos confusos, ocasionando ineficiência no atendimento e gerando atraso na prestação de serviços. Sendo assim, os processos devem ser analisados constantemente⁽⁵⁾.

A apuração das fontes de desperdício hospitalares relacionados aos recursos materiais, equipamentos, processos, estrutura física, pessoal e leitos em organizações públicas e privadas constitui uma absoluta necessidade, visto a carência de recursos frente às demandas da clientela por atenção à saúde e os altos custos da mesma.

Mais complexa é a questão dos recursos humanos que, devido a sua diversidade e importância inquestionável em qualquer processo organizacional, pode também constituir-se em fonte de diferentes tipos de desperdício, tais como: retrabalho, baixa produtividade, absenteísmo, alta rotatividade e acidentes de trabalho.

Ressalta-se que o desperdício está diretamente atrelado ao desenvolvimento de ações que não favorecem e não agregam valor ao produto ou serviços produzidos, mas sim custos e despesas desnecessárias sem que a necessidade do cliente seja efetivamente satisfeita⁽⁵⁾.

A negligência e a falta de controle gerencial têm sido apontadas como causas de ineficiência dos serviços de saúde, tanto pública como privada, sendo imprescindível a adoção de estratégias que auxiliem na descoberta mais rápida de desperdícios e falhas que aumentam os gastos nas organizações⁽⁶⁾.

A apuração das fontes de desperdício hospitalares relacionados aos recursos materiais, equipamentos, processos, estrutura física, pessoal e leitos em organizações públicas e privadas constitui uma absoluta necessidade, visto a carência de recursos frente às demandas da clientela por atenção à saúde e os altos custos da mesma.

Não foi encontrado na literatura internacional nenhum estudo sobre fontes de desperdícios em organizações hospitalares, e na literatura nacional apenas dois⁽²⁻³⁾. Esses estudos levantaram a opinião dos funcionários de diferentes hospitais sobre os tipos de desperdícios que eles percebiam em seus ambientes de trabalho, com a finalidade de criarem programas de orientação para minimizá-los.

OBJETIVOS

Levantar os diferentes tipos de desperdício, suas causas e sugestões para eliminá-los, segundo a opinião de profissionais de enfermagem e médicos atuantes de unidades assistenciais de um hospital universitário.

Estimar os custos das principais fontes de desperdício apontadas nas unidades estudadas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa.

O local da pesquisa foi o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), hospital geral, de nível terciário, localizado na cidade de São Paulo. As unidades do HU-USP que compuseram esta pesquisa foram: Clínica Médica (CI Méd), Clínica Cirúrgica (CI Cir), Pediatria (Ped), Alojamento Conjunto (AC) e Berçário (Ber).

A população do estudo foi constituída por 425 profissionais, sendo 61 (14,36%) enfermeiros, 106 (24,94%) técnicos de enfermagem, 73 (17,18%) auxiliares de enfermagem e 185 (43,52%) médicos atuantes nas unidades estudadas.

A perda amostral – 236 (56,7%) – deu-se pela não-devolução dos instrumentos preenchidos. A categoria profissional com maior perda amostral foi a de médicos, com 149 (80,54%), seguido pelos enfermeiros, com 17 (27,86%), técnicos, com 43 (40,56%), e a menor foi dos auxiliares de enfermagem, com 27 (36,98%). Os 189 questionários devolvidos representaram 43,3% da população.

Em relação à participação das diferentes categorias profissionais na pesquisa (n=189), a equipe de enfermagem representou 81%, com 63 de técnicos de en-

fermagem (33%), 46 auxiliares de enfermagem (25%) e 44 enfermeiros (23%), e a equipe médica 19%, com 36 médicos.

A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP (Processo nº 631/05).

A coleta foi realizada no período de agosto de 2008 a março de 2009, por meio de um questionário composto por questões abertas sobre quais eram as fontes de desperdício nas unidades estudadas, o motivo de sua ocorrência e sugestões para minimizá-lo. Os questionários foram distribuídos pelas pesquisadoras aos funcionários que concordaram em participar e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As variáveis categóricas foram analisadas descritivamente e apresentados sob a forma de número absoluto e percentual.

A moeda corrente utilizada para o cálculo do custo direto do desperdício foi o Real, unidade monetária brasileira.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados segundo a distribuição do total de participantes da pesquisa, com os principais tipos de desperdícios, as causas e as sugestões. As variáveis categóricas de interesse nesse estudo foram analisadas pelo número absoluto e relativo das respostas, demonstrados em tabelas e gráficos. Ressalta-se que, para a mesma pergunta, houve mais de uma resposta em relação ao tipo, causa e sugestões.

O desperdício relacionado a materiais foi o mais apontado (36%), seguido pela estrutura física (27%), e o tipo de desperdício menos citado foi relativo ao pessoal (3%), em todas as unidades e por todas as categorias profissionais, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da frequência dos principais tipos de desperdícios por unidade estudada – São Paulo – 2009

Tipo	CI Méd f	CI Cir f	Ped f	AC f	Berf	Total	%
Materiais	41	36	26	38	22	163	36%
Estrutura física	29	34	25	17	17	122	27%
Leitos	13	17	18	3	10	61	13%
Equipamentos	16	7	10	6	10	49	11%
Processo de trabalho	12	8	11	7	6	44	10%
Pessoal	2	3	3	5	2	15	3%
Total	113	105	93	76	67	454	100%

Desperdícios relacionados aos materiais

O total de respostas quanto aos tipos de materiais desperdiçados na CI Méd foi 60. Os mais citados foram os medicamentos – 8 (13%) – devido à forma de apresentação. Dentro desta categoria está a xilocaína, que é desprezada após o cateterismo vesical, conforme recomendação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Instituição. Outro desperdício importante relatado foi o de papel sulfite – 7(10%) – atribuído ao fato de uma solicitação de

exame efetuada pelo médico gerar um impresso na unidade e outro no laboratório ou nas unidades de exames complementares, sendo descartados após a execução do mesmo. Observa-se também que 10% dos materiais utilizados no isolamento de contato na unidade são desprezados ao término do isolamento, sem uso, por acúmulo dos mesmos no quarto do paciente, sendo 5% relativos a luvas e 5% a aventais de proteção; pois poderiam estar abastecendo o isolamento de modo parcimonioso, evitan-

do a perda desses materiais quando o paciente recebe alta ou é transferido.

As principais causas de desperdício alegadas, entre as 48 respostas, foram percepção errônea sobre custos dos materiais – 7 (15%) e falta de conscientização do impacto sobre os custos da unidade – 6 (12%). Outra causa citada foi a presença de estagiários, uma vez que há aumento do consumo de materiais por falta de destreza ou inexperiência dos estudantes; no entanto, devido a missão do hospital, isso é reconhecido como necessário para o aprendizado. Infelizmente, não existem estudos sobre o impacto do consumo nos hospitais de ensino.

Os respondentes da CI Méd realizaram as seguintes sugestões, entre as 38 citadas, visando à minimização dos desperdícios de materiais: treinamento multiprofissional – 8 (21%) quanto à contenção do uso dos materiais e orientação sobre custos – 5 (13%), conscientização sobre desperdício – 4 (10%) e melhor supervisão dos estudantes – 3 (8%).

Em relação à CI Cir, com 53 tipos de tipos de desperdícios de materiais referidos, 10 (18%) foram os relacionados aos pacotes de curativo, seguido por gases – 8 (15%) devido à realização diária de inúmeros curativos. Sobre as causas dos desperdícios, com 42 respostas, a abertura desnecessária de materiais – 10 (24%) nos procedimentos representou a principal causa, evidenciando a falta de conscientização – 6 (14%) dos profissionais, que não realizam avaliação criteriosa antes da execução devido ao fácil acesso aos materiais – 2 (5%). O retrabalho (2%) foi correlacionado ao fato da equipe de enfermagem realizar os curativos e em seguida os médicos internos reabrirem para avaliação, demandando nova confecção de curativo. As principais sugestões, entre as 27 citadas, foram as orientações aos profissionais, com 7 (26%), por meio de reuniões, treinamento 4 (14%) e supervisão pelos enfermeiros – 3 (11%). Foi mencionada a questão da padronização dos horários de execução dos curativos – 1 (4%), evitando a exposição da ferida e riscos de infecção devido à manipulação excessiva, o retrabalho e o consumo de materiais.

Na Ped obteve-se 56 respostas quanto ao tipo de desperdício de materiais. Os mais citados foram medicamentos – 10 (17%), seringas – 7 (12%) e dispositivos de punção – 6 (10%). O total de causas foram 35, sendo as mais citadas a falta de conscientização – 7 (18%) e mau uso dos materiais – 4 (10%) que se refere ao uso abusivo, indevido ou inadequado, uso indiscriminado e falta de avaliação da necessidade do material nos procedimentos. Dentre as 25 sugestões mais citadas para a minimização das perdas, está o treinamento – 6 (24%) e a conscientização – 5 (20%), perfazendo 44% das respostas.

Obteve-se 60 citações quanto aos tipos de desperdícios de materiais no AC. Os mais referidos foram papel

sulfite – 12 (20%), medicamentos – 7 (11%), equipo de soro – 6 (10%), soro – 6 (10%) e dispositivo de infusão e fios de sutura, ambos com 5 (8%). Verificou-se 31 respostas sobre as causas. As causas mais apontadas foram a falta de conscientização – 7 (23%), abertura desnecessária de materiais nos procedimentos – 4 (13%) e programa de informática ineficaz – 4 (13%), que gera a necessidade de impressões repetidas. Em relação ao sulfite, além do problema com a informática, há utilização desse papel como rascunho. Entre as 33 sugestões para as mudanças destaca-se o treinamento – 15 (45%), a conscientização – 7 (22%), a consulta da necessidade do uso dos materiais antes da sua abertura – 2 (6%), supervisão como controle – 2 (6%), e a padronização dos procedimentos médicos – 1 (3%), entre outras.

Os tipos de desperdícios referentes aos materiais no Ber (40) foram os dispositivos de punção – 8 (21%), medicamentos – 7 (19%) e luvas – 4 (10%). As causas (19) foram relacionadas às constantes mudanças na prescrição de medicamentos – 3 (16%), justificadas por serem realizadas após a avaliação clínica pelo médico; a presença de estagiários – 2 (10%) como fonte de desperdício foi atribuída ao despreparo destes na coleta de sangue e na avaliação dos recém-nascidos, ocasionando grande consumo de materiais, mesmo tratando-se de um hospital universitário. A falta de treinamento 3 – (17%) relaciona-se ao despreparo dos funcionários e a inexperiência profissional, pois trata-se de uma unidade especializada que demanda treinamentos específicos e frequentes. Como sugestões de mudanças (18) foram propostas a conscientização – 7 (39%) e a totalização dos medicamentos – 4 (21%), ou seja, a utilização do mesmo frasco para outros pacientes com a mesma prescrição médica, diminuindo assim, o desperdício.

Desperdícios relacionados à estrutura física

Nas unidades estudadas houve pouca variabilidade em relação aos desperdícios estruturais. Assim, das 258 respostas, o desperdício de água correspondeu a 91 (35,3%), luz 77 (29,3%), gases medicinais 47 (18,2%) e telefone 45 (17,2%).

As causas do desperdício na estrutura física, citadas pelas unidades, foram a falta de manutenção, vazamentos nas válvulas de gases e torneiras pingando, luz acessa sem necessidade e demora no aquecimento de água. Os vazamentos de gases foram atribuídos a fluxômetros com defeito. O desperdício de água e luz foi associado ao sistema de caldeira utilizado pela instituição, que demanda a abertura de chuveiros e torneiras até o aquecimento da água, que é demorado. Foi destacado o uso abusivo do telefone com ligações particulares, tanto para telefones fixos como celulares, por não haver controle institucional sistematizado. Esses dados estão demonstrados na Tabela 2.

Tabela 2 – Causas de desperdícios relacionados à estrutura física das unidades assistenciais – São Paulo – 2009

Causas	f	f acumulada	%	% acumulada
Falta de manutenção	39	39	21,55	21,55
Vazamentos nos fluxômetros e torneiras	35	74	19,33	40,88
Luz acessa sem necessidade	28	102	15,47	56,35
Demora no aquecimento da água para banho	20	122	11,05	67,40
Falta de conscientização	20	142	11,05	78,45
Uso abusivo	9	151	4,98	83,43
Falta de compromisso com a instituição	7	158	3,87	87,30
Falta de educação em custos	7	165	3,87	91,17
Falta supervisão	5	170	2,77	93,94
Equipamentos ligados 24 horas sem necessidade	4	174	2,20	96,14
Livre acesso ao telefone	3	177	1,66	97,80
Torneiras sem sensor	2	179	1,10	98,90
Outros	2	181	1,10	100

A falta de compromisso e envolvimento com a instituição foi apontada pelos participantes, uma vez que reconhecem que esta cultura relacionada ao patrimônio público ainda está presente. Em relação aos gases medicinais, as respostas relatam a permanência dos fluxômetros abertos sem uso, porque os pacientes ficam deambulando

do pelos corredores e os acompanhantes ou mesmo os profissionais esquecem-se de fechá-los, além da presença de vazamentos.

As principais sugestões propostas pelas unidades estudadas estão na Tabela 3.

Tabela 3 – Sugestões de mudanças para os desperdícios relacionados à estrutura física na Unidade de Clínica Cirúrgica – São Paulo – 2009

Sugestões	f	f acumulada	%	% acumulada
Programar visitas preventivas da manutenção	45	45	39,48	
Treinamento	17	62	14,91	
Conscientização	12	74	10,52	
Melhorar aquecimento da água	11	85	9,64	
Restrição ao uso do telefone	11	96	9,64	
Instalação de torneiras com sensores	5	101	4,38	
Adequação da estrutura física	4	105	3,51	
Supervisão	3	108	2,64	
Publicar relatórios com os custos	2	110	1,76	
Instalação de luzes com “timer”	1	111	0,87	
Educação ambiental	1	112	0,87	
Educação de familiares	1	113	0,87	
Controlar uso da internet	1	114	0,87	

Desperdícios relacionados aos equipamentos

Os desperdícios de equipamentos da CI Méd, com 13 respostas, relacionam-se a quebras de cabos de monitores – 4 (30%), bombas de infusão – 3 (23%), sensores de oxímetro de pulso – 3 (23%), aparelhos de pressão – 2 (15%) e campainhas – 1 (9%).

Na CI Cir obteve-se apenas três respostas, sendo cadeiras de rodas – 1 (34%), aparelho de glicemia – 1 (33%) e macas – 1 (33%), que apresentam defeitos constantemente e estão sem condições de uso. Isto demonstra a necessidade de acompanhamento e avaliação do desempenho desses equipamentos para futuras aquisições.

Na Ped, com seis respostas, os tipos de desperdício mais citados foram referentes a poltronas e cadeiras – 2 (34%), que estão quebradas e, mesmo assim, permanecem na unidade.

No AC, os desperdícios (9) são referentes a rodas dos suportes para hamper – 2 (22%), rodas dos berços – 2 (22%), cardiocógrafa – 2 (22%), monitores fetais – 1 (11%), aparelho de ultrassom – 1 (11%) e foco – 1 (11%).

Os tipos de desperdícios relacionados aos equipamentos do Ber (10) foram as incubadoras – 3 (30%), equipamento de fototerapia – 3 (30%), berços – 2 (20%) e monitores – 2 (20%).

As causas dos desperdícios receberam 42 respostas, sendo 20 (47,61%) manuseio incorreto, 10 (23,81%) falta de manutenção, falta de conhecimento sobre o manuseio – 3 (7,16%), falta de padronização – 2 (4,76%), sobrecarga de trabalho – 2 (4,76%), falta de conhecimento sobre custos – 2 (4,76%), indicação inadequada – 1 (2,38%). Destaca-se, neste estudo, que a maioria das respostas responsabilizou a equipe pelo mau uso dos equipamentos.

As sugestões (39) para minimização destes desperdícios foram: investimentos em treinamento para a manipulação dos equipamentos – 16 (41,02%), programa de manutenção preventiva – 11 (28,21%), conscientização e educação da equipe para o uso correto – 8 (20,52%) e orientação e supervisão quanto ao armazenamento dos mesmos – 4 (10,25%).

Desperdício relacionado aos leitos

Quanto ao desperdício de leitos, na CI Méd, obteve-se 11 respostas. A maioria das citações referiu ocupação por tempo prolongado – 4 (36%), ocupação por internação menor de 24 horas – 3 (27%) e ocupação por pacientes de alta – 3 (27%). A ocupação por tempo prolongado ocorre quando o paciente permanece internado aguardando exames complementares; as ocupações por internações menores de 24 horas ocorrem por falta de avaliação e por critérios médicos. Outro desperdício citado diz respeito à permanência dos pacientes na unidade após a alta hospitalar quando os familiares não os buscam por questões sociais. As causas de desperdícios de leitos ocorrem por falta de critérios de avaliação dos médicos para a internação (40%) e tempo prolongado de investigação diagnóstica (20%), acarretando internações curtas e prolongadas, respectivamente. Para mudanças nos desperdícios de leitos na instituição foi sugerido o estabelecimento de critérios para internação (23%) e a comunicação eficiente com os familiares para programação da alta (15%).

Na CI Cir foi apontado ocupação por internação menor de 24 horas – 6 (60%), ocupação por tempo prolongado – 3 (30%) e suspensão de cirurgias – 1 (10%). As ocupações por internação menor de 24 horas são decorrentes das cirurgias de pequeno porte que poderiam ser realizadas no Hospital Dia (HD). As internações por tempo prolongado relacionam-se à demora na realização de exames complementares para a cirurgia. Os leitos ocupados com pacientes de alta – 7(41%), cirurgias ambulatoriais e de pequeno porte – 4 (23%), falta de comunicação entre os membros da equipe – 2 (12%) e problema social – 1 (6%) representam algumas das 17 respostas sobre as causas destes desperdícios. Como proposta de mudança (13), as mais citadas foram o estabelecimento de critérios para internação, com 3 (23%) respostas, a fim de evitar as que perfazem menos de 24 horas; o aperfeiçoamento das condutas médicas, com 3 (23%), para evitar a ocupação por tempo prolongado, sistematização da marcação de cirurgias pelo hospital dia –2 (15%) e maior atuação do serviço social – 2 (15%).

Esse tipo de desperdício na Ped é representado, principalmente, pela ocupação de leitos por internações desnecessárias por um curto período, devido a condutas precipitadas após avaliação clínica, totalizando 78% das respostas. A ocupação de leitos por problemas sociais (11%) foi associada à demora na tomada de decisão do Conselho Tutelar para encaminhamento da criança. As causas citadas foram faltas de critério e avaliação dos médicos para internação (58%) e tempo prolongado de investigação diagnóstica (14%). Conscientização e treinamento da equipe médica representaram 63% das sugestões de mudança.

No AC, os tipos de desperdícios mencionados foram as transferências desnecessárias – 1 (50%) e pacientes internados sem indicação – 1 (50%), como exemplos, aqueles sem avaliação e aguardando exames para alta. Para as

transferências desnecessárias não foram citadas causas. Em relação aos pacientes internados sem indicação, foram citados falta de envolvimento e compromisso com a instituição (50%) e falta de comunicação entre as equipes médicas (50%). Para minimização dos desperdícios relacionados aos leitos, foi sugerido o gerenciamento dos leitos – 1 (34%), avaliação das transferências – 1 (33%) e estabelecimento de critérios para internação pela equipe médica – 1 (33%).

Com relação ao Ber, as mais apontadas foram os leitos ocupados por falta de vagas no AC (38%) e internações desnecessárias (26%) decorrentes de condutas médicas inadequadas. As causas apontadas foram a falta de vagas no AC – 2 (33%), não-acompanhamento adequado pelos médicos residentes – 2 (33%), falta de critério e avaliação dos médicos para internação – 1 (17%) e a falta de agilidade no processo de alta – 1 (17%). Como sugestões, a reavaliação das indicações de internação – 3 (30%), acompanhamentos pelos médicos assistentes – 2 (20%) e educação contínua dos médicos residentes – 1 (10%) foram as mais frequentes de um total de 10 respostas.

Desperdício relacionado ao processo de trabalho

O tipo de desperdício relacionado aos processos de trabalho mais citado pela equipe de CI Cir (50%) e Ped (37%), foi a solicitação frequente de medicamentos à farmácia, pois após a realização ou modificação da prescrição médica os profissionais de enfermagem se deslocam até a farmácia para buscar os medicamentos. O encaminhamento de exames ao laboratório por profissionais de enfermagem foi o segundo mais frequente na CI Cir (25%) e Ped (27%).

Outra questão colocada é o excesso de papéis a serem preenchidos, tornando burocrática a documentação das ações desenvolvidas. A lavagem de materiais e a limpeza de leitos por profissionais de enfermagem também foram considerados desperdícios, visto que poderiam ser realizados por outros profissionais e este tempo poderia ser perdido na assistência direta ao paciente.

No AC foram citados, principalmente, ausência de protocolos médicos (29%) e excesso de papéis a preencher (29%). As orientações aos pacientes foram mencionadas como atividades repetitivas realizadas por diferentes profissionais. Os médicos do AC referiram o excesso de solicitação de exames sem necessidade (14%). A principal causa de desperdício apontada foi o sistema de informática ineficaz (44%), seguida de despreparo do profissional médico (14%) e falta de empenho dos médicos em desenvolver protocolos (14%). Como sugestões estão: a implantação de prontuário eletrônico (30%), treinamento (14%), desenvolvimento de protocolos médicos (14%), melhora na comunicação entre as equipes (14%) e adequação do agendamento do consultório de ginecologia (14%).

As causas de desperdícios no processo de trabalho apontadas foram burocracia, falta de comunicação entre

enfermagem e serviços de apoio, falta de sistema informatizado para documentação e desorganização dos serviços de apoio, como exemplos: Central de Material e Esterilização (CME) e Farmácia. Na perspectiva dos participantes, a burocracia com excesso de papéis a preencher e a falta de um sistema informatizado integrando serviços de apoio (farmácia, almoxarifado, laboratório) gera perda de tempo na execução do trabalho.

A contratação de mais pessoal para a execução das atividades relacionadas aos serviços de apoio; a revisão dos processos de trabalho, almejando melhorar a comunicação e obter maior entrosamento entre os diferentes serviços, e a informatização dos serviços para minimizar a necessidade de saídas dos profissionais das unidades foram sugeridas para diminuir o desperdício nos processos de trabalho.

Desperdício relacionado ao pessoal

Na CI Méd este tipo de desperdício foi correlacionado com a má distribuição da mão-de-obra masculina no quadro de pessoal (100%). As atividades desenvolvidas na unidade requerem força e a mão-de-obra masculina e precisaria ser escalada em todos os períodos. A causa atribuída a este desperdício é a falta de organização da escala de trabalho – 2 (70%), ocasionando sobrecarga de trabalho e enfermidades ocupacionais – 1 (30%). As sugestões de mudanças é que se distribua equitativamente a mão-de-obra masculina por período – 2 (50%) e também se realize a readaptação e treinamento do pessoal com restrição – 2 (50%) para viabilizar a execução das atividades, não gerando sobrecarga de trabalho.

A falta de organização na distribuição da escala de trabalho (100%) foi a única citação na CI Cir e apontada uma única causa a sobrecarga de trabalho que gera enfermidades ocupacionais. Como sugestões estão otimizar a escala de trabalho (67%) e redimensionar o quadro de pessoal (33%).

Já na Ped, a má distribuição do quadro de pessoal foi relatada devido à diferenciação do número de profissionais nos períodos de trabalho. As causas foram a falta de organização e distribuição de escala de pessoal (50%) e a falta de reposição das licenças médicas (50%). As sugestões de mudanças abrangeram avaliação do serviço pela chefia de enfermagem (34%), otimização no encaminhamento de pacientes aos exames (33%) e reposição de funcionários de licenças médicas (33%).

No AC foram referidas as atividades não realizadas (50%) e profissionais sem perfil para atuar na unidade (50%). As causas foram falta de supervisão (75%) como controle e a falta de organização (25%). Como sugestões foram apresentadas: melhoria da supervisão (50%), realocação dos funcionários segundo perfil (25%) e maior rigor quanto às atividades não desenvolvidas (25%), no sentido de controle e punição, uma vez que estas são delegadas aos profissionais por fazerem parte das suas funções.

No Ber foi citada a divisão inadequada de tarefas (100%), sendo apresentada como causas a falta de priorização das atividades (50%) e pessoas inflexíveis com postura profissional inadequada (50%), que dificultam a realização das escalas de trabalho. Como sugestão foi apontada a necessidade de treinamento (100%).

O custo da principal fonte de desperdício

Para o cálculo do custo desse desperdício, foi levantado o custo dos materiais consumidos pelas unidades no último ano, de 2008, junto aos serviços de almoxarifado e contabilidade do hospital.

Na ausência de índices de desperdício em relação a esses materiais, devido ao HU-USP não contar com nenhum sistema de rastreamento de uso e controle de consumo real, por meio de um sistema informatizado, adotou-se nesse estudo o índice de desperdício de materiais de 20%, única referência encontrada na literatura mencionando um índice de desperdício no setor da saúde⁽²⁾. Destaca-se o fato do Hospital da UNICAMP, campo do estudo citado⁽²⁾ também ser uma organização pública voltada ao ensino. Portanto, a estimativa do custo do desperdício de material foi calculada utilizando essa percentagem sobre os custos totais anual, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Setores assistenciais estudados segundo custo anual de materiais médico-hospitalar e medicamentos em 2008* – São Paulo – 2009

Unidade	Custo Anual	Custo do Desperdício
Cl. Méd	875.799,78	175.159,95
Cl. Cir	718.322,35	143.664,47
Ped	421.587,73	84.317,54
Ber	220.367,47	44.073,94
AC	160.234,82	32.046,96
Total	2.396.312,00	479.262,86

* Fonte: fornecida pelo setor de Almoxarifado do HU-USP.

Assim, aplicando o índice de 20% sobre o custo total, o custo do desperdício anual com materiais nas unidades estudadas poderia girar em torno de R\$ 479.262,86.

DISCUSSÃO

O desperdício relacionado aos materiais (36%) foi o mais citado por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Estudos anteriores⁽²⁻³⁾ evidenciaram que o tipo de desperdício mais citado também foi relacionado ao material. Destaca-se que o gerenciamento dos recursos materiais tem sido motivo de preocupação por parte dos administradores das instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas, devido ao alto custo que eles têm representado para essas instituições⁽⁷⁾.

O custo do desperdício anual com materiais nas unidades estudadas poderia girar em torno de R\$ 479.262,86; se fosse aplicado o índice de 36%, apontado pelos funcionários

do HU-USP, esse valor poderia subir para R\$ 862.672,32. Ressalta-se que esses valores são considerados elevados para os hospitais privados, que contam com um sistema de gerenciamento de custos por paciente, onde se sabe que as perdas com materiais estão em torno de 5%.

A baixa participação dos profissionais neste estudo mostrou que as equipes ainda não estão sensibilizadas quanto aos possíveis desperdícios existentes nas unidades em que atuam. A preocupação com os custos na saúde é relativamente nova, principalmente nas instituições públicas, pois não havia o hábito de se avaliar e relacionar a quantidade de material utilizado, a produção e os custos, ou seja, trabalhar com eficiência. Por isso, a conscientização da equipe de saúde se faz necessária para definir e reavaliar processos de trabalho.

Os participantes sugeriram, frequentemente, investimentos no treinamento da equipe como importante estratégia para a diminuição ou combate ao desperdício. Acredita-se que por meio de programas de capacitação pode-se fornecer aos profissionais ferramentas que os auxiliem, na dimensão individual e coletiva, a buscar elementos facilitadores para percepção da importância deste tema, a fim de alcançar a qualidade assistencial e reduzir os custos.

Um estudo desenvolvido em hospitais público e privado mostrou que, embora 66,67% das instituições estivessem envolvidas em programas já institucionalizados de combate ao desperdício, 100% afirmaram encontrar dificuldades na implantação do processo de identificação e combate aos desperdícios. O estudo associou essas dificuldades ao fator humano, ou seja, à relação deficiente entre a chefia e os profissionais, ao descompromisso da equipe com a instituição e vice-versa e a falta de visão administrativa dos funcionários⁽³⁾.

REFERÊNCIAS

1. Francisco IMF, Castilho V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(3):240-4.
2. Aranha GTC, Vieira RW. Estudo de um dos indicadores do custo da qualidade: o desperdício. *Rev Adm Saúde*. 2004;23(6):43-55.
3. Sacramento FJS. Identificação de fontes de desperdício em instituições hospitalares [dissertação]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2001.
4. Fávero M. Estudo da duração da internação em hospitais gerais de Ribeirão Preto [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1975.
5. Ishikawa K. Controle da qualidade total à maneira japonesa. Rio de Janeiro: Campus; 1993.
6. Barreto MGP. Controladoria na gestão: relevância dos custos da qualidade. São Paulo: Saraiva; 2008.
7. Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 155-67.

Ambos os estudos desenvolvidos nessa temática concluíram que um programa de orientação e educação continuada abrangendo todas as áreas do hospital poderá conduzir a uma visão mais clara da realidade do desperdício⁽²⁻³⁾.

A pesquisa desenvolvida no HU-USP avançou em relação aos estudos anteriores, pois, além de se buscar apenas a indicação dos profissionais sobre onde consideravam haver perdas, mostrou os motivos e sugestões.

No entanto, os próximos estudos devem aprofundar esse tipo de estudo junto aos setores hospitalares e buscar evidências que auxiliem na proposição de ações mais particularizadas de combate ao desperdício.

Assim, a intenção é que o aprofundamento desse estudo no HU-USP possibilite, além do mapeamento dos tipos de desperdícios comuns e os específicos de cada unidade; mensurar a quantidade real; verificar se há uma perda importante ou não e propor medidas eficazes com a finalidade de minimizá-los, se não houver possibilidade de eliminá-los.

CONCLUSÃO

O levantamento das fontes, causas e sugestões foi escolhido como o primeiro passo do processo de minimização de desperdício. Pretende-se com esses dados estudar junto às equipes a proposição de desenhos de processos para a minimização dos diferentes desperdícios apontados e o estabelecimento de indicadores de acompanhamento e de índices de desperdícios, para a implementação de um programa formal com a intenção de diminuí-los. Esse processo já está sendo iniciado na Unidade de Centro Cirúrgico do hospital em questão, devido ao alto gasto de materiais nessa unidade.

Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2008/01338-7.