

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE
UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE**

**GERENCIAMENTO DE SUPRIMENTOS DE UMA UTI: PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PROPOSTAS PARA REDUÇÃO DE RISCOS DE
INFECÇÃO RELACIONADA À SAÚDE**

WALQUIRIA BARCELOS DE FIGUEIREDO

São Paulo

2014

Discente: Walquiria Barcelos de Figueiredo

**GERENCIAMENTO DE SUPRIMENTOS DE UMA UTI: PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PROPOSTAS PARA REDUÇÃO DE RISCOS DE
INFECÇÃO RELACIONADA À SAÚDE**

**SUPPLY MANAGEMENT OF AN ICU: PERCEPTION OF HEALTH
PROFESSIONALS AND PROPOSALS FOR REDUCTION OF INFECTION RISK
RELATED TO HEALTH**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão de Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Aquino.

**São Paulo
2014**

Figueiredo, Walquiria Barcelos de.

Gerenciamento de suprimentos de uma uti: percepção dos profissionais de saúde e propostas para redução de riscos de infecção relacionada à saúde. /Walquiria Barcelos de Figueiredo. 2014.

61 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2014.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Simone Aquino.

1. ICU. 2. HAI. 3. Inputs. 4. Criticality. 5. Failure to supply.

I. Aquino, Simone.

II. Titulo

CDU 658

DEDICATÓRIA

À minha mãe Marina Barcelos de Figueiredo, que sempre estimulou a semente da perseverança (*In Memoriam*).

Ao meu pai Adair Baccaro de Figueiredo, sem o qual eu não teria obtido a plenitude na vida pessoal e profissional e que foi extremamente paciente em minhas ausências em nossa vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me propiciou saúde e perseverança em busca de conhecimento.

Ao meu companheiro Claudio Ernesto Schustra Ansieta, que em momentos de estresse e agonia soube ser paciente.

Aos meus amigos de trabalho que estiveram presentes nos momentos felizes e também nos mais instáveis.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Simone Aquino, que nunca deixou de acreditar em mim, apesar das dificuldades.

À Universidade Nove de Julho pela oportunidade de oferecer um Mestrado Profissional em Administração voltado para a área de Gestão em Saúde e pela bolsa de estudos concedida.

À Dr.^a Renata Mahfuz Daud Gallotti, que abriu um caminho de possibilidades para a minha vida acadêmica.

RESUMO

O presente estudo objetivou levantar quais as razões das falhas de abastecimento dos insumos de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público terciário, identificando os riscos associados à falta de materiais essenciais na assistência ao paciente e na ocorrência de infecções relacionadas à saúde (IRAS). Para isso, foi realizado um estudo delineado como pesquisa-ação, além de levantamentos e análise documental dos casos registrados de IRAS na unidade entre 2012 e 2013, bem como análise de conteúdo das planilhas de fornecimento de insumos. Uma pesquisa bibliográfica também foi realizada, sobre normas, legislações e artigos científicos relacionados ao assunto. Com o objetivo de compreender a percepção do grupo profissional, um instrumento de pesquisa foi aplicado na forma de questionário semiestruturado à equipe da unidade estudada. Através das oportunidades de melhoria relacionadas à gestão e controle de materiais essenciais para o cuidado de pacientes, foi proposto um modelo de pontuação a esses materiais considerados fundamentais para a UTI, baseado no sistema de classificação em categorias ABC e XYZ. De acordo com a criticidade do material em falta a ser utilizado no setor, foi possível gerar um relatório à Subcomissão de Controle de Infecção Hospitalar e ao setor administrativo, para auxiliar na aquisição emergencial e distribuição dos materiais básicos para a assistência, e desta forma minimizar a ocorrência de eventos adversos e aumentar, conseqüentemente, a satisfação dos profissionais e segurança dos pacientes.

Palavras-chave: UTI, IRAS, insumos, criticidade, falha no abastecimento.

ABSTRACT

The present study aimed to point out the reasons of failure of supply of inputs to an Intensive Care Unit (ICU) of a tertiary public hospital, identifying the risks associated with lack of essential materials in patient care and the occurrence of Healthcare Associated Infection (HAI). For this purpose, a study delineated as action research was conducted, as well as surveys and document analysis of recorded cases of HAI in the studied unit between 2012 and 2013, apart from the content analysis of the spreadsheet input supply. A literature search was conducted on standards, legislation and scientific articles related to the subject. Aiming to understand the perception of the professional group, a survey instrument was applied to the staff of the unit in a form of a semi-structured questionnaire. Through opportunities for improvement related to the management and control of essential materials, care of patients, a scoring model to material considered essential to the ICU, based on the classification system into categories ABC and XYZ was proposed. According to the criticality of the missing material to be used in sector, it was possible to generate a report to the Sub Committee on Hospital Infection Control and the administrative sector, to help in emergency procurement and distribution of basic materials for the assistance and thus minimize the occurrence of adverse events and consequently increased professional satisfaction and patient safety.

Keywords: ICU, HAI, inputs, criticality, failure to supply.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Infecções Relacionadas à Saúde (IRAS) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	01
1.2 Compras e Gestão de Materiais da Administração Pública.....	02
1.3 Falhas no abastecimento de materiais hospitalares e riscos de IRAS	06
1.4 Formulação do problema.....	10
1.5 Objetivos.....	11
1.6 Justificativa.....	11
1.7 Proposições do estudo para a prática profissional	13
1.8 Estruturação dos capítulos	13
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
2.1 IRAS e seu impacto na gestão de suprimentos hospitalares.....	15
2.2 Gestão de suprimentos hospitalares.....	17
2.3 Programa Nacional de Segurança do Paciente	21
3. METODOLOGIA.....	23
3.1 Local	24
3.2 Descrição e delineamento da pesquisa	25
3.3 Estratégias de pesquisa	26
3.3.1 Pesquisa bibliográfica.....	26
3.3.2 Pesquisa documental	27
3.3.3 Levantamento	28
3.3.4 Pesquisa-ação	28
3.3.5 Proposição de planos e programas.....	30
3.7. Método de classificação de materiais de consumo hospitalar	31
3.7.1 Método de classificação pela curva ABC.....	31
3.7.2 Método de classificação XYZ	32
3.7.3 Entrevista.....	35
3.7.4 Limitações do estudo	38
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	39

4.1 Falta de insumos e casos de IRAS entre 2012 e 2013.....	39
4.1.2 Levantamento de insumos pela classificação ABC e XYZ.....	41
4.1.3 Percepção dos profissionais da UTI.....	49
5. CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	57
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	59
REFERÊNCIAS	61

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Não conformidades que levam ao surgimento de IRAS em uma UTI.....	09
Figura 2. Diferentes fontes de recomendações para uso de insumos e EPIS em ambiente hospitalar.....	16
Figura 3. Construto teórico sobre as características do estudo proposto.....	25
Figura 4. Fluxograma de abastecimento da UTI dentro de cada esfera administrativa.....	30
Figura 5. Classificação ABC e XYZ.....	33
Figura 6. Escore elaborado pela autora da classificação ABC e XYZ.....	34
Figura 7. Escore de pontuação para riscos de IRAS	34
Figura 8. Classificação de risco e medidas de ajuste.....	34
Figura 9. Referências associadas ao pressuposto do instrumento de pesquisa.....	36
Figura 10. Distribuição de fornecimento de aventais na UTI no período de julho de 2012 a junho de 2013.....	39
Figura 11. Distribuição de fornecimento de luvas na UTI no período de agosto de 2012 a dezembro de 2012.....	39
Figura 12. Distribuição de antibióticos devido à infecção por KPC (<i>Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase</i> resistente) no período estudado.....	40
Figura 13. Distribuição dos gastos (em reais) com antibióticos e dos pacientes infectados na UTI no ano de 2012.....	40
Figura 14. Total de itens de consumo da unidade com a Classificação de Custos ABC e Classificação de Criticidade do item em relação a assistência.....	42
Figura 15. Total de itens em falta de acordo com a Classificação ABC e XYZ no período de julho a setembro de 2014.....	46
Figura 16. Distribuição das infecções ITU a ACS e PNM no 3º trimestre de 2014.....	46
Figura 17. Demonstrativo dos pedidos de luvas não atendidos pelo almoxarifado no 3º trimestre de 2014.....	47
Figura 18. Modelo proposto para registro de notificação de falta de insumos.....	49
Figura 19. Número de profissionais da unidade que participaram da pesquisa.....	50
Figura 20. Distribuição dos itens em falta quanto à percepção do colaborador.....	51
Figura 21. Fluxograma do sistema de aquisição de materiais após intervenção.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Percepção dos profissionais sobre a disponibilidade de EPIs.....	50
Tabela 2. Percepção dos profissionais quanto à dificuldade na assistência por falta de materiais.....	51
Tabela 3. Percepção dos profissionais sobre a razão da falta de material.....	52
Tabela 4. Sugestões dos profissionais para melhorias no abastecimento de insumos.....	52
Tabela 5. Medidas apontadas na falta de suprimentos como tomada de decisão.....	53
Tabela 6. Itens considerados essenciais ou mais importantes para o profissional.....	53
Tabela 7. Expressão da percepção relatada pelos colaboradores na falha da assistência por falta de material.....	54
Tabela 8. Sugestões de melhorias apontadas pelos respondentes (em ordem decrescente).....	54
Tabela 9. Respostas quanto aos fatores considerados críticos da falta de abastecimento.....	55

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CDC – *Centers for Disease and Control* (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EAS – Evento Adverso de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individualizada

GRM – Gestão de Recursos Materiais

IH – Infecção Hospitalar

IPCS – Infecção Primária de Corrente Sanguínea

IRAS – Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

MV – Magnus e Vargas, Software de administração de informações em saúde

NNISS – *National Nosocomial Infection Surveillance System*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAV – Pneumonia Associada a Ventilação

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

SCCIH – Subcomissão de Controle de Infecção Hospitalar

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

ANEXO

ANEXO I. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	69
--	----

APÊNDICES

APÊNDICE I. Modelo de planilha de controle diário de materiais.....	72
APÊNDICE II. Roteiro semiestruturado do questionário.....	73
APÊNDICE III. Autorização para coleta de dados.....	74
APÊNDICE IV. Formulário de registro na Plataforma Brasil.....	75

1. INTRODUÇÃO

1.1 Infecções Relacionadas à Saúde (IRAS) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

O médico australiano Peter Safar, em 1962, estabeleceu oficialmente a primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cirúrgica em Baltimore (Moritz, Machado, Cherem, Anjos, & Júnior, 2010). No Brasil, as primeiras UTIs foram instaladas na década de 1970, com a finalidade de centralizar pacientes de alto grau de complexidade numa área de equipamentos e materiais, bem como a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de um trabalho com segurança, promovendo por meio de uma assistência contínua o restabelecimento das funções vitais do organismo (Lino & Silva, 2001).

Anos após a criação das primeiras UTIs, a palavra “segurança” ainda é o foco da assistência nos dias atuais devido aos casos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), que também se tornaram cada vez mais relevantes. A maioria dessas infecções não pode ser prevenida por razões inerentes aos procedimentos invasivos e aos próprios clientes. Todavia podem ser reduzidas e controladas. A implementação de medidas de prevenção baseadas em evidências científicas pode reduzir as IRAS de forma significativa e sustentada, o que traz segurança na assistência e redução de custos (Michels, Dick, Zimmerman, & Malinsky, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Entre as 13 ações que compõem o Programa Segurança do Paciente menciona-se o primeiro: “Desafio Global para a Segurança do Paciente” com foco na prevenção e redução das IRAS, ou seja, “uma assistência limpa é uma assistência mais segura”. Uma das ações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é programar iniciativas no sentido de estimular a adesão a práticas seguras, como a higienização das mãos pelos profissionais de saúde (Garcia, Gil, Laus, Haddad, Vannuchi, & Taldivo, 2013).

Portanto, insumos básicos para as práticas seguras em uma UTI, como sabão e antissépticos para as mãos, toalhas descartáveis, luvas, aventais descartáveis, etc., são fundamentais para o cuidado do paciente, pois a falta de um insumo básico pode causar efeitos adversos graves no paciente de uma UTI.

Eventos adversos (EAs) são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídos à evolução natural da doença de base, o que

afetam em média 10% das admissões hospitalares e constituem atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde, pois esses eventos refletem o marcante distanciamento entre o cuidar ideal e o cuidar real. Quando decorrentes de erros são denominados EAs evitáveis. Cabe ressaltar que 50% a 60% dos EAs são considerados passíveis de prevenção (Gallotti, 2004). A partir do conceito de “cuidar com segurança”, o Ministério da Saúde aprovou em abril de 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em âmbito nacional, em que há preocupação de minimizar os erros e estabelecer protocolos para realização do cuidado (ANVISA, 2013a).

1.2 Compras e Gestão de Materiais da Administração Pública

Materiais são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada. Baseados nesse conceito estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos, portanto, os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, vidraria, etc., classificados por grupos (Lima & Rodrigues, n.d.).

As estratégias de aquisição de suprimentos adotadas pelos serviços públicos no Brasil se reportam à Lei nº 4.401 (1964) que, apesar de ter sido publicada na década de 1960, ainda é a lei que regimenta as compras dos insumos para os setores públicos (Silva, 2012). De acordo com Paulus Jr. (2005), nos hospitais públicos as compras públicas exigem um formalismo maior dado a previsão legal que o administrador público deve seguir, ou seja, o princípio da legalidade vincula as ações do administrador às formalidades da lei. O estatuto das compras públicas concentra-se na Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, alterada pelas Leis nº 8.883/94, 9.032/95 e 9.648/98. Mais recentemente a Lei nº 10.520/02 introduziu a modalidade de compras através do pregão. Em resumo, para a Administração Pública, a Lei nº 8.666 institui normas para licitações e contratos para aquisição de materiais, conforme as fases abaixo (Departamento Nacional de Auditoria do SUS [DENASUS], 2004):

- Requisição (pedido de compra de material, prestação de serviços ou obra);
- Autorização para abertura da licitação;
- Estimativa do valor;
- Enquadramento na modalidade de licitação adequada;
- Elaboração do instrumento convocatório;
- Elaboração do instrumento contratual;

- Parecer prévio da Assessoria Jurídica sobre as minutas dos editais e dos contratos.

Segundo Paulus Jr (2005), a formalidade do processo é entendida como um mal necessário. Um processo de compra de 50 itens pode ter aproximadamente 250 páginas, levar em média 60 dias para o recebimento e ter cerca de 300 assinaturas. O objetivo geral da licitação é a busca da proposta mais vantajosa para a Administração Pública, observando alguns princípios fixados em lei. A licitação pública é o instrumento legal que visa atender à necessidade do interesse público em contratar junto aos demais agentes econômicos. O requisito fundamental é o interesse público que deve ser formalmente manifestado no processo de compra. As possibilidades de operações manifestas na lei são: obras, serviços, compras, alienações, locações, permissões e concessões. Observe que a lei diferencia compra de bens da compra de serviços.

A regra geral é sempre licitar conforme o mandamento constitucional (artigo 37, XXI, e artigo 175 da Constituição Federal) que admite algumas formas de dispensa de licitação (artigo 24, Lei nº 8666/93) ou de inexigibilidade (artigo 25, Lei nº 8.666/93). A primeira leitura da lei de licitação pode apresentar certa dificuldade ao pronto entendimento de seus artigos, parágrafos e incisos. Entretanto, ao prestar atenção aos princípios que a regem, o entendimento dos seus 126 artigos será facilitado. Alguns dos princípios são derivados da Constituição e outros foram contemplados diretamente na lei. De qualquer forma, eles se completam. Se compreendemos os princípios, compreendemos a lei (Paulus Jr., 2005, p. 36).

O resultado de uma atividade, em seu sentido econômico, deve ser mensurado pelos benefícios obtidos com os recursos disponíveis, ou seja, esperamos que a produtividade dos recursos aplicados seja máxima para obtenção do menor custo unitário e do maior lucro ou benefício possível. A unidade hospitalar consome recursos materiais e de medicamentos que integram o conceito de capital de giro da instituição (Honório & Albuquerque, 2008). De acordo com os autores, o capital de giro combinado com o capital fixo – as instalações e os equipamentos – constitui o investimento total realizado. Assim, para maximizar a relação benefícios por investimentos (B/I) é conveniente que o denominador seja o menor possível, isto é, pretende-se usar a menor quantidade de capital. Com o aprimoramento do gerenciamento dos recursos materiais podemos reduzir o capital de giro necessário e com isso reduzir o investimento total (I) na unidade de saúde, o que implicará em aumento da eficiência econômica do capital aplicado.

O objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. Em um hospital, os gastos com materiais representam

aproximadamente 15% a 25% das despesas. Em um ambulatório, a estimativa varia de acordo com a forma de prestação do serviço. A dispensação de medicamentos é um dos itens que afetam de forma fundamental os gastos da unidade. Ainda assim, pode-se dizer que os materiais comprometem entre 2% e 5% do total de despesas correntes de uma unidade ambulatorial. O sistema de materiais de um hospital registra de 3.000 a 6.000 itens de consumo adquiridos com certa frequência; um ambulatório, entre 200 e 500 itens. Apenas como comparação, um caminhão médio se compõe de aproximadamente 10.000 peças. Esses números mostram que a complexidade de um sistema não está restrita à quantidade de variáveis ou ao seu custo – é necessário considerar também a complexidade do seu processo produtivo corrente (Honório & Albuquerque, 2008).

Busca-se a otimização organizacional que reduza as necessidades de estoques. No limite, a situação ideal é a do estoque zero. Neste sentido, a Administração de Materiais objetiva a otimização do atendimento aos serviços com os mínimos custos de aquisição, de armazenamento e distribuição, com qualidade, conformidade e continuidade. Nas instituições de saúde, especialmente nos hospitais, a Gestão de Recursos Materiais (GRM) constitui-se em uma questão particularmente importante, considerando a diversidade de materiais utilizados, seu elevado custo, especialmente daqueles ligados à assistência das pessoas hospitalizadas. A administração destes, normalmente, é realizada pela área administrativa, sem o envolvimento devido das áreas técnicas (Honório & Albuquerque, 2008).

Um estudo recente concluiu que o conhecimento de conceitos fundamentais e aplicação de modelos de gestão que priorizam a redução de margem de erro, segurança e aplicação de medicina baseada em evidência para o paciente crítico, podem estar relacionados a melhor utilização de recursos em medicina intensiva, colaborando na solução do dilema de área da saúde, manter qualidade e conter ou reduzir custos (Fernandes, Silva, Capone Neto, Pimenta, & Knobel, 2011).

De acordo com Barbieri e Machline (2005 como citado em Lanna, 2010), a gestão eficiente de materiais exige por parte dos responsáveis constantes esforços. A diretoria não pode escapar de estabelecer diretrizes básicas, como, por exemplo, não deixar faltar qualquer item vital para a saúde do paciente, o que significa, traduzindo essa política em indicador, visar um nível de serviço de 100%. Outros parâmetros que a cúpula da instituição necessita definir são os estoques mínimo e máximo que se devem manter, por exemplo, durante uma semana e um mês de consumo médio.

A gestão de materiais na área de saúde é mais complexa do que a de outros segmentos da economia, pois os medicamentos e materiais de enfermagem têm exíguo prazo de validade;

requerem conservação a baixa temperatura; devem ser passíveis de rastreabilidade; são facilmente furtados; apresentam-se sob as formas mais diversas, desde comprimidos até injetáveis; as doses individuais devem ser diariamente prescritas, preparadas, baixadas dos estoques, ministradas ao paciente e faturadas sem omissão nem erro; e, finalmente, os resíduos contaminados devem ser removidos e incinerados com extremo cuidado (Lanna, 2010).

Os questionamentos que envolvem o gerenciamento de recursos materiais e a prática assistencial devem ser estimulados na instituição, objetivando aprimorar o fornecimento de produtos que efetivamente correspondam às necessidades dos usuários, entre eles a higienização das mãos (Garcia *et al.*, 2013).

Alguns instrumentos gerenciais disponíveis poderiam ser introduzidos nestas organizações, os quais contribuiriam para maior racionalização na utilização dos recursos disponíveis (por exemplo, os métodos e técnicas de administração de materiais). De pouco adianta o repasse de maior quantidade de recursos se não houver uma adequada utilização dos mesmos. Indiscutivelmente há uma concordância sobre a necessidade de mudar, de encontrar formas apropriadas de gerenciar as organizações públicas de saúde, que possibilitem introduzir uma lógica de prestação de contas para seus usuários e financiadores, necessária para toda a Administração Pública nos seus três poderes, e que contribuam para elevar os níveis de eficiência, eficácia e efetividade dessas organizações (Lima, & Rodrigues, n.d.).

Certamente, há uma grande diferença entre as atividades de gestão logística de uma empresa e do setor público. Por outro lado, é preciso recordar que a logística é componente essencial de políticas públicas uma vez que grande parte das políticas públicas depende da movimentação de materiais, documentos, informações e pessoas. Some-se a isso outro elemento de necessidade: as aquisições de bens e serviços são um importante gargalo na implementação e operação de políticas públicas (Vaz & Lotta, 2011).

Administrar os recursos materiais com o mínimo de recursos alocados em estoques é evitar a falta de materiais médico-hospitalares, e medicamentos são, sem dúvida, a principal missão do gestor de materiais hospitalares. A falta de materiais tem muitos motivos, desde falta de recursos financeiros até falta de atenção gerencial, falta de treinamento do pessoal da farmácia e do almoxarifado, falta de cultura de planejamento/programação por parte dos usuários que solicitam materiais de última hora, a falha ocasional de fornecedores, as dificuldades logísticas como alagamentos e queda de barreiras, a ausência de estoques de segurança no hospital exatamente para prevenir essas faltas (Lanna, 2010).

Quando existem novas marcas ou modelos de materiais, amostras são disponibilizadas para o uso e avaliação. Algumas enfermeiras relataram que esta avaliação é feita pela equipe de enfermagem, pode conter opiniões de outros profissionais que também utilizam o produto. Posteriormente, é preenchido um documento ou elaborado um parecer sobre a qualidade do material e, através da chefia de enfermagem, é encaminhado ao setor de compras. Entende-se que pode existir uma importante relação entre qualidade e preço sendo esta a justificativa para a enfermeira conhecer o processo de compra, pois acredita-se que a qualidade do material disponível é indispensável para qualificar a assistência de enfermagem prestada, viabilizar cuidado ao paciente e a atuação da equipe dentro dos padrões desejáveis de segurança (Oliveira & Chaves, 2009).

O termo qualidade faz referência a uma melhor conveniência de um produto ou serviço em relação ao uso que lhe vai ser dado, isto é, à sua eficácia. Quanto mais adequado é um produto, presume-se que maior é a sua qualidade. As decisões que envolvem qualidade nascem dos objetivos do hospital e do seu nível de complexidade, devem estar presentes em todos os planos de compras que se materializam a partir de especificações detalhadas para as solicitações de aquisição (Oliveira & Chaves, 2009).

Por outro lado, a falta de envolvimento da equipe de enfermagem com a GRM pode ter contribuído para que a equipe de enfermagem assumira uma postura passiva frente a esse aspecto. Assim, a equipe alimenta a expectativa de que os materiais adquiridos atendam às reais necessidades da assistência, sem que se percebam corresponsáveis pelo processo de escolha sobre o que adquirir, formas de armazenar, controle quantitativo e monitoração da eficácia dos produtos após a aquisição. Esse quadro pode estar relacionado à maneira como a enfermagem tem se organizado ao longo dos anos e pelas influências do modo capitalista de produção em sua prática (Honório & Albuquerque, 2008).

1.3 Falhas no abastecimento de materiais hospitalares e riscos de IRAS

Segundo De Figueiredo e Zuffi (2012), além do conhecimento tecnocientífico, é preciso que os profissionais tenham boas condições de trabalho para prestar uma assistência satisfatória. Relatos de dificuldades em relação à falta de material, local adequado para realização do curativo, número insuficiente de profissionais e falta de padronização do tratamento foram apontados em mais de 50% das entrevistas aplicadas pelos autores. Segundo Garcia *et al.* (2013), a oferta de produtos com qualidade para higienização das mãos, além de promover segurança para o profissional e para o paciente, pode ser traduzida por satisfação e incentivo ao seu comprometimento.

De acordo com Silveira e Maciel (2006), dois aspectos críticos relacionados a técnicas assépticas referem-se à lavagem das mãos e à manipulação de seringas, agulhas, ampolas e frascos. O “toque em locais críticos” é o meio mais comum de contaminação em preparações estéreis manipuladas. Antes de iniciar uma preparação estéril, as mãos, unhas, pulsos e antebraços devem ser lavados com agente bactericida, utilizando-se escova apropriada. Como não é possível “esterilizarmos” as mãos, luvas estéreis devem ser vestidas assepticamente, tendo-se o cuidado de proteger as faces externas do contato com as mãos. As luvas são eficazes em proteger o ambiente externo de microrganismos, fragmentos de pele e outras partículas liberadas mesmo por mãos rigorosamente limpas. Contudo, as superfícies externas não permanecem sempre estéreis uma vez que entram em contato com o ar da sala, com materiais, bancadas de trabalho, etc. Para manter a superfície da luva livre de contaminação, deve-se utilizar repetidamente sobre ela um agente desinfetante como o álcool 70% (Silveira & Maciel, 2006, p. 2).

Logo, como descrito neste cenário, a simples preparação de uma injeção ou a lavagem das mãos sistemática entre os cuidados prestados depende de instalações adequadas, material de consumo como sabão e toalhas de boa qualidade, tempo razoável para procedimentos padronizados e para o pessoal de enfermagem prestar os cuidados e uma supervisão constante e enérgica. Também seria interessante o envolvimento de todo o pessoal, médico e de enfermagem, nas discussões de caso clínico quando houvesse suspeita de infecção adquirida no hospital para melhorar a adequação entre as medidas prescritivas e as observadas (Kamada & Rocha, 1997).

Ainda de acordo com Kamada e Rocha (1997, pp. 43-44), a lavagem das mãos pelos profissionais também não está sendo observada como deveria, devido à instalação inadequada de torneiras e pias (infraestrutura), falta de material descartável de boa qualidade, e pela resistência do pessoal no cumprimento desta medida. A qualificação profissional parece não ser fator que diferencie o comportamento, porque tanto o auxiliar de enfermagem como o residente de medicina não lavam as mãos, conforme é recomendado. Logo, não se trata de desconhecimento de medidas profiláticas para prevenir infecções, e sim de falta de boas práticas. O fator humano é o mais frequentemente citado nas falhas da assistência, porém os problemas relacionados aos equipamentos, ao processo de trabalho e a própria condição clínica do paciente não devem ser desconsiderados.

Visto sob este ângulo, faz-se necessário a implementação de medidas preventivas de forma a identificar e intervir nos pontos vulneráveis de qualquer um dos elementos

constitutivos do cuidado, sejam os recursos humanos, recursos materiais e equipamentos, administrativos e técnicos (Silva & Padilha, 2001).

O serviço ou política pública, para ser distribuído e fruído pelos cidadãos/usuários, depende de uma organização que envolva as várias etapas e processos, cuja responsabilidade é desempenhada pelos agentes estatais. Mesmo quando atua de maneira delegada, o Estado assume, naturalmente, o papel de organizador da cadeia de suprimentos. Podem ser considerados naturais ou não totalmente evitáveis e, muitas vezes, se sobrepõem a critérios de ordem logística na tomada de decisão. Essa situação faz com que os agentes públicos não sejam capazes de assumir em plenitude a tarefa de organizar e controlar a cadeia de suprimentos de um dado serviço ou política pública, o que reduz seu nível de integração e, por consequência, o patamar de eficiência atingido e o nível de serviço finalmente ofertado (Vaz & Lotta, 2011).

Apesar de muitos esforços, o Brasil ainda enfrenta uma realidade adversa daquilo que se pode julgar satisfatório: carência de recursos humanos e materiais nas instituições de saúde (principalmente nas públicas), ausência de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs) atuantes em grande parte dos hospitais, ou ainda profissionais que exercem a função sem conhecimento adequado da atividade – o que resulta em elevadas taxas de infecção hospitalar, ocorrência de surtos não detectados em berçários e unidades de terapia intensiva, emergência de bactérias resistentes a diversos antibióticos e elevado risco ocupacional. Por um lado, torna-se necessário maior compromisso dos dirigentes, tanto com a administração dos hospitais, visando maior qualidade do atendimento ao paciente, quanto pelo cumprimento da legislação para a implantação de CCIHs, em todas as instituições, com profissionais capacitados. A epidemiologia das infecções hospitalares é dinâmica e vem sofrendo evolução constante. Além do controle das infecções hospitalares, é possível aplicar princípios epidemiológicos para avaliar a qualidade dos cuidados ao paciente, proporcionando uma assistência eficaz em relação ao custo – elemento fundamental na assessoria do administrador hospitalar (Batista, 2004).

Conforme a Portaria nº 2616 (1998), cabe à CCIH a adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares. É importante que profissionais do controle de infecção estejam envolvidos na seleção de materiais diretamente relacionados na assistência ao paciente, pois critérios rigorosos e baseados em pesquisas devem direcionar a escolha destes materiais.

Outro item fundamental na assistência ao paciente em ambiente hospitalar se refere aos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). O EPI é uma barreira mecânica entre a

transmissão de patógenos de materiais biológicos potencialmente contaminados (sangue, secreções, etc.) e o profissional da saúde. Portanto, o uso de EPI (luvas, avental, máscara e óculos) deve estar disponível para todos os profissionais e deve ser utilizado em situações ou procedimentos de risco. Por exemplo, na aspiração endotraqueal recomenda-se o uso de luvas, óculos, máscara e avental. O treinamento é importante para que o profissional conheça e avalie as situações de risco para adequação do EPI que será utilizado (Batista, 2004). O não uso ou o uso inadequado do EPI poderá favorecer a contaminação do profissional e permitir a transmissão de infecção relacionada à assistência à saúde.

Portanto, os itens que compõem os EPIs (luva, máscara, avental, óculos, etc.) devem estar disponíveis ao profissional de saúde durante todo o tempo de trabalho. A relação entre falhas no abastecimento de insumos, não conformidades no atendimento pelo profissional de saúde e ausência de medidas corretivas na assistência ao paciente podem acarretar como pior desfecho o surgimento de casos de IRAS em uma UTI, conforme demonstrado na Figura 1:

O atendimento exige rapidez e habilidade técnica no desempenho da ação. Falhas nas condições de trabalho e provisão inadequada de materiais e equipamentos, torna o processo de cuidar frustrante e causa prejuízo na qualidade do cuidar (Lopes, 2010).



Figura 1. Não conformidades que levam ao surgimento de IRAS em uma UTI.

Fonte: Elaborada pela autora com base nos apontamentos de Lopes (2010), Lanna (2010) e Paulus Jr. (2005).

Conforme o exposto, diversos materiais são imprescindíveis no cuidado e prevenção das IRAS. Nesse sentido, o presente estudo foi realizado em uma UTI, composta por 14 leitos, a fim de compreender as razões nas falhas de abastecimento diário de materiais básicos (luvas, gaze, sabão líquido, preparações alcoólicas, etc.) usados nas ações de assistência aos pacientes hospitalizados e relacionar as não conformidades com o aumento de casos de IRAS na unidade estudada, além de propor melhorias nos sistemas e nos processos de abastecimento de insumos essenciais.

1.4 Formulação do problema

Vecina e Reinhardt (1998) também já consideraram em um estudo prévio as possíveis falhas no abastecimento de materiais para uso na assistência à saúde. A resposta ao questionamento dos autores, na ocasião, foi:

“A administração de materiais possui os elementos adequados para evitar as faltas? Se a resposta for positiva, a administração de materiais, equipada de tecnologia adequada, poderá evitar, em parte, a falta de materiais, porém essa ação isolada não é suficiente sem a eliminação das causas. A administração de materiais isoladamente não é capaz de evitar as faltas. O sistema de materiais deve ser entendido como um subsistema do sistema de produção que funciona como meio para que se alcancem os objetivos. Trata-se, portanto, de uma área que depende do processo de formulação de objetivos e metas da organização”.

A falta de insumos no almoxarifado dos serviços força os profissionais de saúde a quebrar protocolos (padronização de um processo para uniformizar uma ação) e técnicas, muitas vezes improvisadas por materiais similares aos ideais para realização dos procedimentos, o que por sua vez acarretam riscos de falhas/eventos adversos ao paciente, bem como possível elevação de custos devido ao tratamento destes efeitos gerados (Vecina & Reinhardt, 1998).

Na UTI estudada observa-se que o abastecimento de alguns insumos (luvas, sabão líquido e preparações alcoólicas, por exemplo) não ocorre de forma sistemática. Além disso, não é permitido estoques de materiais em armários no interior da UTI, sendo o abastecimento em fluxo constante advindo de um almoxarifado central.

Para realização da assistência segura ao paciente é necessário o cumprimento de regras e técnicas específicas para cada procedimento; cada ação requer a utilização de vários materiais, portanto em cada unidade de assistência deve existir o mínimo de materiais de consumo diário, necessários para realização correta dos procedimentos, o que evita, também, a ausência do profissional para prover o material em sua UTI junto às outros departamentos

de forma emergencial, pois a unidade deve estar sempre abastecida com os insumos solicitados pelo almoxarifado.

As falhas no fluxo de abastecimento de materiais essenciais para a assistência ao paciente são constantes na unidade estudada, porém nunca foram mensuradas. Por esse motivo, a incidência de IRAS na unidade de estudo tem períodos de oscilação e pode estar relacionada às falhas de abastecimento. Tal situação crítica leva às seguintes perguntas: Qual a percepção dos profissionais de uma UTI perante a falta de materiais na assistência durante a ocorrência de IRAS? E como minimizar os riscos pela falta de insumos?

1.5 Objetivos

Objetivo Geral:

- ✓ Realizar um levantamento da falta de insumos no período de 2012 a 2013.
- ✓ Realizar um levantamento dos insumos e dos casos de IRAS de julho a setembro de 2014.
- ✓ Elaboração de um modelo de relatório para a diretoria e Subcomissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH) com escore de pedido emergencial de insumos, baseados na classificação ABC e XYZ e no risco de IRAS.
- ✓ Estabelecer novo fluxo de notificação de falta de insumos e fluxo de abastecimento no setor da UTI.

Objetivos Secundários:

- ✓ Classificar os itens apontados como críticos pela classificação ABC e XYZ.
- ✓ Conhecer a percepção dos profissionais sobre riscos de IRAS na UTI por falta de abastecimento de materiais.

1.6 Justificativa

Os questionamentos que envolvem o gerenciamento de recursos materiais e a prática assistencial devem ser estimulados na instituição, objetivando aprimorar o fornecimento de produtos que efetivamente correspondam às necessidades dos usuários (Garcia *et al.*, 2013).

Os recursos materiais têm sido um tema que vem ganhando espaço nas discussões entre os profissionais de saúde, e, principalmente, entre os administradores hospitalares. Isto se deve à tendência de maior utilização desses recursos na atenção à saúde que influencia o crescimento de seus custos, o que tem gerado a necessidade de uma reflexão constante sobre gastos, captação de recursos financeiros e otimização de resultados. A utilização de um

Sistema de Gestão de Materiais informatizado tem se mostrado um fator de extrema importância e tem sido a possibilidade de conhecer o consumo real de materiais consumidos, o custo dos estoques, além de permitir o uso de indicadores da gestão organizacional, promovendo maior eficácia no serviço de gestão de materiais e recursos financeiros do hospital (Paschoal & Castilho, 2010).

Tendências mais modernas das iniciativas da qualidade na cadeia de suprimentos deixam de ter um foco exclusivamente intraorganizacional para tentar promover a interação e sincronia ao longo de toda a rede de organizações, processos e pessoas que integram essa cadeia. O desfecho esperado do consumo de um produto ou conjunto de produtos seria a melhora do estado de saúde do paciente, no entanto é definida pelo profissional de saúde. Comprometer o profissional com uma visão crítica e responsável sobre a necessidade e a melhor seleção dos produtos, na perspectiva do resultado sobre a saúde do paciente, é sempre o objetivo central das ações da qualidade em organizações de saúde (Infante & Santos, 2007).

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) ou infecções relacionadas à saúde (IRAS) constituem um problema de saúde devido à elevada morbimortalidade e custos associados. Por se tratar de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados e porque a prevenção é possível, as IRAS devem ser um dos componentes críticos de qualquer programa de segurança do doente. Os principais riscos são aqueles associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infecções por microrganismos multirresistentes que, na atualidade, representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam. As principais medidas de prevenção e controle assentam, por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controle ambiental) e isolamento, e, por outro, no uso racional de antimicrobianos (Matos, 2010).

Quanto às ações para reduzir os riscos e mitigar os efeitos adversos, a OMS priorizou duas, que foram denominadas de desafios globais: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos, e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico (ANVISA, 2013a).

A preocupação com as medidas de biossegurança é observada em hospitais, principalmente quanto às orientações para a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPIs). Contudo, ainda não existe um nível de conscientização formado acerca da importância do uso desse mecanismo de proteção por parte de alguns profissionais, principalmente de enfermeiros e médicos, que ainda realizam procedimentos sem o uso de

EPIs, fato este justificado pela não disponibilização no suprimento de materiais de segurança pela direção do hospital (Ferreira, & Bezerra 2000).

1.7 Proposições do estudo para a prática profissional

A fim de manter uma comunicação entre os setores de compras, almoxarifado e SCCIH, foi elaborado um modelo de ficha de consumo por item diário para o atendimento aos pacientes internados na UTI, proporcionando uma previsibilidade para o profissional do almoxarifado sobre o material que será utilizado no turno de 24 horas de funcionamento.

Neste modelo de solicitação é considerando a classificação ABC e XYZ para a avaliação de risco da falta de abastecimento, através de um escore de criticidade do insumo pelo custo do mesmo, a fim de notificação à SCCIH.

Com isso, o presente estudo busca soluções de melhorias no processo de planejamento e reposição de estoque de materiais essenciais numa UTI, principalmente em serviços públicos em que há ocorrência de IRAS.

Espera-se que os serviços de saúde tenham o mínimo de insumos para que o paciente receba a melhor assistência e os profissionais possam executar seus trabalhos guiados pelas boas práticas com os materiais básicos, como luvas, aventais, soluções alcoólicas, sabão, papel toalha, etc., e que desta forma possam dedicar maior tempo à assistência do que ao processo logístico, na busca ou reposição de materiais essenciais.

1.8 Estruturação dos capítulos

O presente estudo está estruturado em cinco capítulos. O capítulo um é de caráter introdutório e contextualiza o tema de pesquisa, objetivos e a estrutura do trabalho, bem como a questão principal de pesquisa. O capítulo dois é composto pela revisão teórica sobre os principais tópicos relacionados ao trabalho, dentre os quais se destacam: as falhas no abastecimento de suprimentos essenciais no ambiente hospitalar; a incidência de IRAS nos serviços que são atingidos pelas falhas no abastecimento; e os principais tópicos da cadeia de suprimentos de uma instituição pública.

O capítulo três detalha os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa. Em especial, este capítulo trata da elaboração das questões de estudo, da definição das proposições, da unidade de análise, da lógica que une os dados às proposições, dos critérios para a interpretação dos achados do estudo e da construção do instrumento de previsão de materiais.

O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos e uma discussão sob a óptica da literatura pertinente. O capítulo cinco irá explicitar as conclusões da pesquisa, embasadas pela teoria correlata e as recomendações. E, finalmente, no capítulo seis apresentam-se sugestões para futuras pesquisas sobre o tema abordado.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 IRAS e seu impacto na gestão de suprimentos hospitalares

A cada ano ocorrem nos EUA entre 5 a 10 episódios de pneumonia relacionada à assistência à saúde por 1.000 admissões. Estas infecções são responsáveis por 15% das Infecções Relacionadas à Saúde (IRAS) e aproximadamente 25% de todas as infecções adquiridas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Dados do Estado de São Paulo em 2008 mostraram que a mediana da incidência de Pneumonia Associada à Ventilação mecânica (PAV) foi de 16,25% casos por 1.000 dias de uso de ventilador em UTIs de adulto, mas alcançou até 21,06% casos por 1.000 dias de uso de ventilador em UTIs coronarianas. Estes números sugerem que a incidência nacional pode ser ainda mais elevada do que a desejada. Infelizmente, não há dados nacionais por falta de uma coleta sistemática e padronizada em todos os estados. A mortalidade global nos episódios de PAV variam de 20 a 60%, refletindo em grande parte a severidade da doença de base destes pacientes, a falência de órgãos e especificidades da população estudada e do agente etiológico envolvido, o que traduz-se no prolongamento da hospitalização, em torno de 12 dias e no aumento de custos em torno de 40.000 dólares por episódio (ANVISA, 2013a).

Cabe ressaltar a importância da educação da equipe de saúde e seu envolvimento na prevenção de IRAS, de acordo com o nível de responsabilidade do profissional. Alguns estudos observaram importante impacto de programas educacionais na redução de PAV. A higiene das mãos deve fazer parte de todas as campanhas educativas tanto para fortalecer os conceitos da periodicidade como da técnica (ANVISA, 2009). Muitos estudos recomendam a utilização de sabonete líquido com antissépticos como a clorexidina em locais onde é frequente a presença de bactérias multirresistentes como uma prática de diminuir a transmissão cruzada. A utilização de preparação alcoólica para as mãos deve ser estimulada em todas as áreas do serviço de saúde, principalmente no ponto de assistência/tratamento (ANVISA, 2013).

Segundo a ANVISA (2010) a Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) está entre as mais comumente relacionadas à assistência à saúde. Estima-se que cerca de 60% das bacteremias nosocomiais sejam associadas a algum dispositivo intravascular. Dentre os mais frequentes fatores de risco conhecidos para IPCS, podemos destacar o uso de cateteres vasculares centrais, principalmente os de curta permanência. A IPCS associa-se a importante excesso de mortalidade, a maior tempo de internação e a incrementos de custos relacionados à assistência. A mortalidade varia entre pacientes, conforme a existência ou não de outros

fatores de risco associados (como, por exemplo, internação em terapia intensiva, onde a mortalidade por IPCS pode atingir até 69%).

O custo deste evento adverso também é variável na dependência do país, centro e unidade em que se encontra o paciente. Algumas estimativas norte-americanas apontam para gasto extra de US\$ 50.000,00 por episódio de IPCS. Mais recentemente, uma revisão sistemática conduzida apenas em países em desenvolvimento demonstrou que a incidência de IPCS pode ser até maior em nosso meio do que o observado em países desenvolvidos. Desta forma, seu impacto em relação à morbimortalidade e aos excessos de custo pode ser ainda mais expressivo do que o evidenciado pela literatura estrangeira. Vários estudos demonstraram que a aplicação conjunta de medidas preventivas por meio de pacote de medidas, os chamados *Bundles*, houve a redução da IPCS de modo consistente e duradouro. O pacote de medidas compreende cinco componentes (ANVISA, 2010):

1. Higiene das mãos;
2. Precauções de barreira máxima: higiene das mãos, uso de gorro, máscara, avental e luvas estéreis e campos estéreis grandes que cubram o paciente;
3. Preparo da pele com gluconato de clorexidina;
4. Seleção do sítio de inserção de Cateter Venoso Central (CVC): utilização da veia subclávia como sítio preferencial para CVC não tunelizado;
5. Revisão diária da necessidade de permanência do CVC, com pronta remoção quando não houver indicação.

Nota-se que para a execução deste pacote, insumos básicos são necessários, como sabonete e clorexidina para higienização das mãos; EPIs (gorro, máscaras, luvas e aventais) e campos estéreis para cobrir os pacientes. Outras medidas específicas para a prevenção e o controle da disseminação/propagação do agente infeccioso são recomendadas por diferentes fontes, conforme demonstrado na Figura 2:

Segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013a)	Enfatizar a importância da higienização das mãos para todos os profissionais de saúde, visitantes e acompanhantes.
RDC nº 42/2010	Disponibilizar continuamente insumos para a correta higienização das mãos.
Nota Técnica nº 01/2013	Disponibilizar continuamente EPIs para o manejo de pacientes e suas secreções, além da correta paramentação para lidar com o ambiente em torno do paciente, colonizado ou infectado.

Nota Técnica nº 01/2013	Aplicar, durante o transporte intrainstitucional e interinstitucional, as medidas de precaução de contato, em adição às precauções padrão, para os profissionais que entram em contato direto com o paciente, incluindo o reforço nas medidas de higiene do ambiente.
-------------------------	---

Figura 2. Diferentes fontes de recomendações para uso de insumos e EPIs em ambiente hospitalar.

Fonte: Elaborada pela autora.

2.2 Gestão de suprimentos hospitalares

A apuração dos custos dos produtos e serviços e a avaliação dos seus resultados vão contribuir para a redução do grau de incerteza nos processos decisórios. Isso sem perder de vista a otimização do uso dos recursos disponíveis e a melhor funcionalidade e qualidade dos produtos oferecidos e serviços prestados. Para um melhor entendimento, algumas definições são necessárias (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais [FHEMIG], 2009):

- Gasto – palavra usada para representar genericamente os investimentos, as despesas e as perdas, além dos custos. O desembolso e o recebimento são palavras reservadas para, como os próprios nomes dizem, saída e entrada de dinheiro na organização.
- Investimento – é toda aquisição de equipamentos, materiais (insumos) utilizados na prestação de serviços ou na produção de um bem (produto), aquisição e/ou adequação de infraestrutura (predial, tecnológica), dentre outros, buscando um ganho maior de resultados. Como exemplo de investimento, podemos citar, também, a aquisição de um tomógrafo ou de instrumental cirúrgico resultando em benefício maior para a assistência. Ainda, a adequação de uma UTI às normas técnico-sanitárias é um investimento em direção ao bem-estar do paciente, à qualidade da assistência e ao atendimento das exigências legais. Porém, não deixa de ser um gasto.
- Depreciação – é uma forma de recuperação do valor do investimento pelo uso. Por exemplo, o dinheiro gasto na aquisição de um tomógrafo não pode ser definido como custo quando da sua aquisição ou desembolso.

Madureira, Veiga e Sant’ana (2000) referem que o processo de gerenciamento visa, entre outros aspectos, a otimização dos recursos, aumentando, conseqüentemente, a produção dos serviços, reduzindo custos e possibilitando a eficiência e eficácia dos procedimentos, o que resulta em qualidade da assistência. Assim sendo, faz-se necessário a integração entre os

Nota Técnica nº 01/2013	Aplicar, durante o transporte intrainstitucional e interinstitucional, as medidas de precaução de contato, em adição às precauções padrão, para os profissionais que entram em contato direto com o paciente, incluindo o reforço nas medidas de higiene do ambiente.
-------------------------	---

Figura 2. Diferentes fontes de recomendações para uso de insumos e EPIs em ambiente hospitalar.

Fonte: Elaborada pela autora.

2.2 Gestão de suprimentos hospitalares

A apuração dos custos dos produtos e serviços e a avaliação dos seus resultados vão contribuir para a redução do grau de incerteza nos processos decisórios. Isso sem perder de vista a otimização do uso dos recursos disponíveis e a melhor funcionalidade e qualidade dos produtos oferecidos e serviços prestados. Para um melhor entendimento, algumas definições são necessárias (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais [FHEMIG], 2009):

- Gasto – palavra usada para representar genericamente os investimentos, as despesas e as perdas, além dos custos. O desembolso e o recebimento são palavras reservadas para, como os próprios nomes dizem, saída e entrada de dinheiro na organização.
- Investimento – é toda aquisição de equipamentos, materiais (insumos) utilizados na prestação de serviços ou na produção de um bem (produto), aquisição e/ou adequação de infraestrutura (predial, tecnológica), dentre outros, buscando um ganho maior de resultados. Como exemplo de investimento, podemos citar, também, a aquisição de um tomógrafo ou de instrumental cirúrgico resultando em benefício maior para a assistência. Ainda, a adequação de uma UTI às normas técnico-sanitárias é um investimento em direção ao bem-estar do paciente, à qualidade da assistência e ao atendimento das exigências legais. Porém, não deixa de ser um gasto.
- Depreciação – é uma forma de recuperação do valor do investimento pelo uso. Por exemplo, o dinheiro gasto na aquisição de um tomógrafo não pode ser definido como custo quando da sua aquisição ou desembolso.

Madureira, Veiga e Sant’ana (2000) referem que o processo de gerenciamento visa, entre outros aspectos, a otimização dos recursos, aumentando, conseqüentemente, a produção dos serviços, reduzindo custos e possibilitando a eficiência e eficácia dos procedimentos, o que resulta em qualidade da assistência. Assim sendo, faz-se necessário a integração entre os

profissionais da equipe de saúde para que estes atuem, concretamente, de acordo com a filosofia e objetivos da instituição. O compromisso dos profissionais da equipe de saúde no gerenciamento de recursos que viabilizam o processo de cuidar é indispensável para uma assistência isenta de riscos; e o uso racional dos materiais e equipamentos, indispensáveis ao desenvolvimento das atividades envolvidas neste processo.

Segundo Donabedian (1980 como citado em ANVISA, 2013a), o cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o bem-estar máximo e mais completo, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão. Ampliando seu escopo de modo a incluir o coletivo, define ainda boa qualidade como aquela que produz, dado um volume específico de recursos para os cuidados de saúde, os melhores resultados de saúde (entre benefícios e danos) para a população como um todo. Em sua última publicação destacou ser a qualidade do cuidado de saúde um produto de dois fatores:

- (i) Ciência e a tecnologia (C&T);
- (ii) Aplicação destas nas práticas de saúde.

O crescente aumento da complexidade estrutural e do funcionamento dos hospitais ocasionou uma mudança baseada em tecnologias e novas estratégias de negócio para adequação à realidade de mercado, principalmente na área de gestão logística. A tecnologia aplicada à área de saúde, embora moderna e eficiente, fez com que houvesse um aumento de custos e, não sendo a diretoria quem define qual caso será atendido, o estoque de produtos médico-hospitalares tem que estar pronto para qualquer tipo de atendimento. Nos momentos de emergência não podem ocorrer faltas de produtos; além disso, o que sobra no estoque não pode ser simplesmente descartado. Portanto, a previsão de demanda deve ser bem feita, bem como a garantia da qualidade oferecida por seus fornecedores (Brandalise, Pertile, & Bortoli, 2009).

O estoque é um investimento que envolve o comprometimento de recursos que poderiam ser aplicados em outras atividades. Porém, sua existência é indispensável ao funcionamento de um hospital. Para o funcionamento do estoque é importante ter dados históricos de consumo de cada item, para projeções de demanda dentro de níveis adequados, que permitam suprir as necessidades de consumo com estoques menores (Paschoal & Castilho, 2010).

Administrar materiais em ambientes hospitalares, principalmente os mantidos com verbas públicas, representam aos gestores um desafio constante, pois as necessidades impostas pelas políticas públicas de saúde, as demandas da população mais carente, as formas legais de aquisição dos medicamentos e materiais necessários, bem como os anseios dos profissionais de saúde, devem se constituir no principal direcionamento das ferramentas de administração de materiais. O estabelecimento de médias para gerenciamento do estoque de segurança e do ponto de reposição dos diversos itens poderá representar uma medida absolutamente capaz de indicar aos administradores os valores a serem empenhados em exercícios futuros, uma vez que possibilitam uma programação antecipada de compras, em que um constante levantamento de todas as ações envolvidas no processo de gerenciamento de materiais, com o objetivo de se apurar o nível de desempenho dos estoques, além de representar uma forma de corrigir eventuais falhas no processo, propicia uma fonte de divulgação das boas práticas conseguidas com as ferramentas de gestão de estoques. Os autores acreditam que estas medidas devem ser suficientes para normalizar as constantes reclamações de falta de material e excesso de gastos com estoques (Meaulo & Pensutti, 2011).

Com o aprimoramento do gerenciamento dos recursos materiais podemos reduzir o capital de giro necessário e com isso reduzir o investimento total na unidade de saúde, o que implicará em aumento da eficiência econômica do capital aplicado. Busca-se a otimização organizacional que reduza as necessidades de estoques. No limite, a situação ideal é a do estoque zero (Paulus Jr., 2005).

De acordo com Vecina e Reinhardt (1998), o objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. O grande desafio é manter o equilíbrio entre os quatro objetivos pretendidos. O diagnóstico inadequado leva a uma ação que não produzirá os efeitos desejados. Materiais são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada. As causas da falta de materiais podem ser identificadas em três diferentes grupos:

✓ Causas estruturais:

- Falta de prioridade política para o setor: baixos investimentos, baixos salários, corrupção, serviços de baixa qualidade, etc.
- Clientelismo político: diretores incompetentes, fixação de prioridades sem a participação da sociedade, favorecimentos, etc.

- Controles burocráticos: que agem sobre os instrumentos, particularmente naqueles de caráter econômico, levando à desvalorização das ações executadas e invertendo o referencial das organizações. É importante lembrar que não basta fazer as coisas corretamente: deve-se também fazer as coisas certas. A burocracia somente se preocupa com o rito – a ela não interessa o produto final.

- Centralização excessiva: produz danos imensos na área de materiais. Compras centralizadas e baseadas exclusivamente em menores preços são exemplos que devem ser evitados.

✓ Causas organizacionais: Decorrem, em geral, das descritas anteriormente.

- Falta de objetivos: quando os objetivos não estão claros, cada unidade cria seu próprio sistema de referência. Como consequência, pode ocorrer uma dissociação entre a área fim e as áreas meio.

- Falta de profissionalismo da direção.
- Falta de capacitação e de atualização do pessoal.
- Falta de recursos financeiros.
- Falta de controles.
- Corrupção.
- Falta de planejamento.
- Rotinas e normas não estabelecidas adequadamente.

✓ Causas individuais: Em parte, também derivam das anteriores.

- Diretores improvisados: inseguros ou incapazes de inovar, sem condições de manter um diálogo adequado com a área fim.

- Funcionários desmotivados: sem compromisso com a instituição. Seu principal objetivo é a manutenção do emprego.

Para que possamos planejar, comprar e distribuir para atender a uma determinada demanda, é fundamental que os quantitativos apontados nos relatórios gerenciais como os apontados em nossos almoxarifados de fato existam. Os seguintes fatores contribuem para o aparecimento de diferenças entre a contagem física e o apontado no relatório gerencial e ajudam a solidificar a mística da lei de Murphy:

- Erro de contagem;

- Erro de endereçamento;
- Divergência entre o quantitativo existente e o valor lançado;
- Desvios internos;
- Erro de processamento (Burmester, Hermini, & Fernandes, 2013).

2.3 Programa Nacional de Segurança do Paciente

No Brasil, os órgãos e os serviços responsáveis por transfusões de sangue, pelo controle e prevenção da infecção associada ao cuidado em saúde e pelos serviços de anestesia podem ser considerados pioneiros no que tangem as medidas que promovem a segurança do paciente. Estes, há anos, adotam medidas para garantir a segurança dos processos de cuidado, com bons resultados. Infelizmente, muitas dessas medidas ainda são pouco valorizadas por gestores e profissionais da saúde (ANVISA, 2014).

O maior desafio dos especialistas em segurança do paciente, que buscam a redução dos eventos nas instituições de saúde, tem sido a assimilação, por parte dos dirigentes, de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. Os sistemas fracassam em todo o mundo e desde que a assistência seja prestada por seres humanos há a possibilidade de promoção de riscos e danos aos pacientes, embora o que seja de fato importante neste momento é que esta realidade não seja mais ignorada. As investigações sobre a segurança do paciente devem subsidiar as tomadas de decisão e as intervenções da gestão modificando a prática do cuidado. As ações adotadas precisam gerar resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, minimizando os riscos e alterando o quadro atual de eventos indesejáveis (Silva, 2010).

Para elaboração do plano de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) deverão consultar os programas de saúde do trabalhador/ocupacionais dos estabelecimentos de saúde. Muitas medidas que protegem a saúde do profissional de saúde ajudam a proteger a saúde do paciente e vice-versa (ANVISA, 2014).

Existem iniciativas específicas no campo da segurança do paciente. A Rede Sentinela compõe-se de instituições que, desde 2002, trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde. Na forma de projeto foi inicialmente voltado para os hospitais públicos, filantrópicos ou privados, de média e alta complexidade, que pudessem desenvolver um

conjunto de atividades no sentido de fortalecer a cultura da vigilância pós-uso/pós-comercialização de produtos sob vigilância sanitária (Vigipós), funcionando como observatório do uso de tecnologias para o gerenciamento de riscos à saúde. Os hospitais aderiram voluntariamente e criaram uma estrutura responsável por fazer a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e das queixas técnicas (“desvios de qualidade”), ligadas aos produtos sob vigilância sanitária. Posteriormente desenvolveram eixos: 1) prioridade para o gerenciamento de risco em três áreas – medicamentos, sangue e produtos para a saúde, desenvolvendo ações de farmacovigilância, de hemovigilância e de tecnovigilância; 2) uso racional de medicamentos; 3) uso racional de outras tecnologias em saúde; 4) qualidade em serviços sentinela (ANVISA, 2014).

Visando a diminuição dos riscos associados ao trabalho dos profissionais lotados na UTI, é importante a adesão a medidas preventivas durante a realização da assistência a pacientes, como as precauções padrão. Para a Escala de Disponibilidade de EPI, o escore médio foi de 4,31 (DP = 0,69), ou seja, embora as respostas tenham sido positivas, ainda há falta de EPIs totalmente disponíveis e facilmente acessíveis nas unidades (Pereira, Malaguti, Toffano, Silva, Canini, & Gir, 2013).

Os resultados demonstraram que os profissionais de enfermagem estão expostos aos materiais biológicos durante a execução de suas atividades laborais corriqueiras e que esta exposição é potencializada pela interação com as cargas psíquicas. Os processos de desgaste referidos foram as infecções, doenças infectocontagiosas e parasitárias, estresse, preocupação e ansiedade (Sarquis, Baptista, Mininel, Silva, & Felli, 2013).

Oferecer equipamentos e materiais de consumo nas condições e em número adequados atende a uma premissa básica solicitada no processo de acreditação, que é estrutura básica (recursos), capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas. Atualmente existe uma mobilização nos hospitais para atender às solicitações impostas pela Norma Regulamentadora 32 (NR 32) (Campos & David, 2011).

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente no Brasil depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, geridos por uma instância (núcleo) responsável e com uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas (ANVISA, 2014).

3. METODOLOGIA

O estudo dá ênfase à avaliação qualitativa, dada à natureza do tema e questão de pesquisa proposta, referente ao fenômeno de ocorrência das falhas de abastecimento de insumos essenciais em uma UTI, relação com IRAS e percepção dos profissionais quando ocorrem essas falhas.

Quando a abordagem metodológica ou o tipo de estudo envolver análises de informações, dados e evidências empíricas, o investigador deverá escolher técnicas necessárias para a coleta ao desenvolvimento e conclusões de sua pesquisa. Em uma pesquisa com estratégia convencional, a coleta de dados ocorre após a definição clara e precisa do tema-problema, composição da plataforma teórica, abordagem metodológica definida, bem como escolhidas as opções por técnicas de coleta de dados e evidências. Nos casos de investigações orientadas por estratégias não convencionais, como, por exemplo, estudo de caso, pesquisa-ação, a coleta de dados poderá ser desenvolvida concomitantemente com outras etapas da pesquisa (Martins & Theóphilo, 2001, p. 85). Ainda segundo Martins e Theóphilo (2009, p. 86):

Dependendo do objeto de estudo, características e natureza do tema sob investigação, o pesquisador-autor poderá dar mais ênfase à avaliação quantitativa, e assim procurará mensurar, ou medir, variáveis. Por outro lado, o enfoque da avaliação poderá ser qualitativo, e nesse caso buscará descrever, compreender e explicar comportamentos, discursos e situações. Geralmente, os estudos comportam tanto uma avaliação quantitativa, quanto avaliação qualitativa.

O presente estudo é considerado exploratório, pois consiste no estudo de um fenômeno em si, entendido como aquilo que se manifesta como é. O que propicia a compreensão de um dado fenômeno são as essências, ou seja, o sentido verdadeiro de alguma coisa. A ênfase da fenomenologia (originada no campo da filosofia) recai sobre o mundo da vida, o mundo cotidiano. Como método filosófico, a fenomenologia estuda o fenômeno como ele é. Como método científico, se o estuda como ele é dado não ao pesquisador, mas ao sujeito da pesquisa. Conhecimentos originados no âmbito da fenomenologia podem ser explorados por outros enfoques, em um contexto de complementaridade de métodos, agregando substancial contribuição à pesquisa em administração (Vergara, 2012).

Ainda de acordo com Vergara (2012, p. 77), o estudo sob a ótica da fenomenologia segue alguns passos:

“- Definem-se o tema e o problema de pesquisa.

- Procede-se a uma revisão da literatura pertinente ao problema de investigação e escolhe-se as orientações teóricas que darão suporte ao estudo.
- Selecionam-se os sujeitos da pesquisa.
- Elaboram-se questões gerais de pesquisa para orientar a coleta dos dados.
- Coletam-se os dados, em geral, por meio da realização de entrevistas abertas ou semiestruturadas, bem como observação participante.
- Procede-se à identificação de clusters ou grupos de análise.
- Interpretam-se os dados da pesquisa.
- Elaboram-se proposições relativas à pesquisa, ou seja, enunciados que permitem a compreensão do fenômeno estudado.
- Resgata-se o problema que suscitou a investigação.
- Confrontam-se os resultados obtidos com as teorias que deram suporte à investigação.
- Formula-se a conclusão.
- Elabora-se o relatório de pesquisa”.

Compreender quais as percepções dos profissionais de saúde que não conseguem seguir protocolos seguros de assistência aos pacientes de uma UTI, por falta de insumos básicos associando aos riscos de ocorrência de IRAS, é fundamental para um gestor hospitalar. Um instrumento de coleta (questionário) baseado em um roteiro semiestruturado foi aplicado aos funcionários da UTI. Uma apreciação final sobre o tema permitiu que cada entrevistado falasse livremente, registrado como observações no final do roteiro aplicado.

Uma das mais básicas e importantes decisões para o pesquisador é a seleção das unidades de análise. Nos estudos qualitativos, o investigador é orientado pelas questões de pesquisa que necessitam ser respondidas. Mais frequentemente, as unidades de análises incluem palavras, sentenças, frases, parágrafos ou um texto completo de entrevistas, diários ou livros (Downe-Wamboldt, 1992).

Segundo Campos (2004), no universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta. Um método muito utilizado na análise de dados qualitativos é o de análise de conteúdo, compreendido como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento. Bardin (2009) descreve a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

3.1 Local

Este estudo ocorreu em uma UTI de Clínica Médica de Emergência composta por 14 leitos preenchidos em sua maior parte de pacientes provenientes do pronto-socorro. Esta UTI está inserida em um hospital terciário público estadual, atuante como hospital de ensino de grande porte, localizado na cidade de São Paulo, que possui 980 leitos e um total de nove

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) distribuídos em 92 leitos ativos. Para a execução do estudo, este projeto foi submetido para a apreciação e autorização da comissão de ética interna denominada Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) e registrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE 39216814.1.0000.0068, seguindo as determinações do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução CNS nº 466 (2012). Aprovado em 06/01/2015 sob o número de parecer 928557, registro *online* número 12900.

3.2 Descrição e delineamento da pesquisa

Esta é uma pesquisa positivista, orientada como pesquisa-ação com levantamento bibliográfico, documental, explicativo, exploratório, e analisado de forma qualitativa, para avaliação dos achados nas planilhas e dados coletados nos períodos propostos do estudo. O construto relaciona as características deste estudo justificadas conforme demonstrado na Figura 3:

Autor	Justificativa	Consideração
Martins e Theóphilo (2009, p. 54)	Bibliográfica	“A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um assunto, tema ou problema com base em referências publicadas em livros, periódicos, revistas, enciclopédias, dicionários, jornais, sites, CDs, anais de congressos, etc. Busca conhecer, analisar e explicar contribuições sobre determinado assunto, tema ou problema. A pesquisa bibliográfica é um excelente meio de formação científica quando realizada independentemente – análise teórica – ou como parte indispensável de qualquer trabalho científico, visando à construção da plataforma teórica do estudo.”
Martins e Theóphilo (2009, p. 55)	Documental	“A estratégia documental é característica dos estudos que utilizam documentos como fontes de dados, informações e evidências. Os documentos são os mais variados tipos, escritos ou não, tais como: diários; documentos arquivados em entidades públicas e privadas; gravações; correspondências pessoais e formais; fotografias; filmes; mapas, etc.”

Andrade (2002, p. 20)	Explicativo	“A pesquisa explicativa é um tipo de pesquisa mais complexa, pois além de registrar, analisar, classificar e interpretar os fenômenos estudados, procura identificar seus fatores determinantes. A pesquisa explicativa tem por objetivo aprofundar o conhecimento da realidade, procurando a razão, o porquê das coisas, e por esse motivo está mais sujeita a erros.”
Raupp e Beuren (2003, p. 80)	Exploratório	“Uma característica interessante da pesquisa exploratória consiste no aproveitamento de conceitos preliminares sobre determinada temática não contemplada de modo satisfatório anteriormente. Assim contribui para o esclarecimento de questões superficialmente abordadas sobre o assunto.”
Martins e Theóphilo (2009, p. 41)	Positivista	“O positivismo lógico não aceita outra realidade que não seja a dos fatos que podem ser observados, rejeita a compreensão subjetiva dos fenômenos, a pesquisa intuitiva das essências.”
Thiollent (como citado em Martins & Theóphilo, 2009, p. 73)	Pesquisa-ação	“Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.”
Martins e Theóphilo (2009, p. 140)	Qualitativa	“A pesquisa qualitativa também é conhecida como pesquisa naturalística, uma vez que para estudar um fenômeno relativo às ciências humanas e sociais é necessário que o pesquisador entre em contato direto e prolongado com o ambiente no qual o fenômeno está inserido.”

Figura 3. Construto teórico sobre as características do estudo proposto.

Fonte: Elaborada pela autora.

3.3 Estratégias de pesquisa

3.3.1 Pesquisa bibliográfica

Foi realizado um levantamento bibliográfico referente à questão de pesquisa com os descritores: insumos hospitalares, gestão de compras, IRAS, artigos referindo-se ao problema de questão de pesquisa relacionado à logística de insumos e as IRAS, porém pouco se

explorou a respeito da relação entre os dois temas. No período do estudo foram comparados os dados da comissão de infecção hospitalar a qual segue os parâmetros de classificação dos dados segundo o *National Nosocomial Infection Surveillance System* (NNISS), que atualmente o Sistema NNISS verifica taxas de ISC, estratificadas, por índice de risco que é dirigido à população de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos. Estas taxas de ISC, separadas em agrupamentos ou classes, levam em conta diferentes riscos de infecção (Freitas, Campos, & Cipriano, 2000).

3.3.2 Pesquisa documental

Para este estudo foram analisadas as planilhas de registro das notificações laboratoriais de bactérias multirresistentes, fornecidas pelo Serviço de Comissão e Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH). Os insumos utilizados pelos profissionais, para isolamento de contato, foram levantados através de planilha cedida pelo setor de insumos e os registros de dispensação de antibióticos, administrados aos pacientes, no ano de 2012 e 2013, que foram cedidos pela farmácia hospitalar, onde 324 itens estão listados com o valor unitário e o total utilizado mensalmente.

Os registros de abastecimento de insumos foram utilizados para a elaboração de uma planilha de pontuação que associa a solicitação de um material com a classificação ABC e XYZ, para a criação de um plano de contingência e notificação das falhas de abastecimento, a fim de evitar a ocorrência de IRAS na UTI. Com esses dados, foi elaborado um novo fluxo de notificação para a Subcomissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH) baseado no levantamento de novos casos de infecções, da unidade em estudo, no período, para que assim seja associado o número de casos novos de IRAS no mesmo período das ocorrências de falta de material de consumo, considerados essenciais.

O período analisado compreende os meses entre janeiro a junho de 2014, baseado nos relatórios informatizados disponibilizados pela instituição e existentes no módulo do sistema de administração hospitalar, denominado sistema MV, que, no ano de 1987, Paulo Magnus e Valdir Vargas uniram-se com o objetivo de criar uma empresa de *software* e consultoria que crescesse lado a lado com seus clientes. Tem como atividade principal o desenvolvimento de *softwares*, complementado por serviços de consultoria. A justificativa deste período é que houve uma mudança no segundo semestre de 2013 devido à instalação de um novo *software* para a solicitação de materiais da organização pública, onde a unidade de estudo está inserida, o que, a princípio, poderia melhorar as condições de trabalho e evitar ocorrências de falta de materiais para solucionar problemas relacionados aos insumos nas unidades hospitalares.

3.3.3. Levantamento

Martins e Theóphilo (2009, p. 60) descrevem que os levantamentos são próprios para os casos em que o pesquisador deseja responder a questão a cerca de uma variável ou das relações entre as características de pessoas ou grupos da maneira como ocorrem em situações naturais. Embora os levantamentos possam ser planejados para estudar a relação entre as variáveis, inclusive as de causa e efeito, são estratégias mais apropriadas para análise de fatos e descrições.

Segundo Campana (1999), as investigações da área médica podem corresponder a estudos primários ou a estudos secundários. Estudos primários correspondem a investigações originais, que constituem a maioria das publicações encontradas nos periódicos médicos. Estudos secundários são os que procuram estabelecer conclusões a partir de estudos primários, com o registro resumido de achados que são comuns a eles.

Para Mattar (1999, p. 134):

“Dados primários são aqueles que não foram antes coletados, estando ainda em posse dos pesquisadores, e que são coletados com o propósito de atender as necessidades específicas da pesquisa em andamento. E dados secundários são aqueles que já foram coletados, tabulados, ordenados e, às vezes, até analisados, com propósito outro ao de atender pesquisa em andamento, e que estão à disposição dos interessados”.

Através dos relatórios e registros de notificações de casos de infecção hospitalar (IH), relacionadas a agentes multirresistentes na unidade em questão (dados secundários), o levantamento de ocorrência da falta de insumos essenciais no mesmo período de notificações será referente ao período de janeiro a junho de 2014. Os dados primários obtidos com a planilha de falta de abastecimento de insumos também serão levantados pelo estudo proposto.

3.3.4 Pesquisa-ação

Nos últimos anos, a pesquisa-ação tem sido pensada como instrumento adaptado ao estudo, em situação real, das mudanças organizacionais que acompanham a introdução de novas tecnologias, principalmente as baseadas na informática. Com ela pretende-se facilitar a implementação e a assimilação das novas técnicas informáticas, a circulação da informação, a aprendizagem coletiva, a organização do trabalho em grupos com reunião de competências variadas (Thiollent, 2011, p. 97).

A pesquisa-ação se mostra como uma possibilidade metodológica na enfermagem, pois envolve pessoas na resolução de problemas, desenvolve grupos interessados em

mudanças, reduz a distância entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa e assegura que a pesquisa não se torne assunto para poucas pessoas. Por embasar as mudanças em fatos e não apenas em ideologias, tem caráter emancipatório, que ocorre por meio do reconhecimento profissional, com a superação de obstáculos (Grittem, Meier, & Zagonel, 2008).

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa interpretativa que abarca um processo metodológico empírico. Compreende a identificação do problema dentro de um contexto social e/ou institucional, o levantamento de dados relativos ao problema, a análise e significação dos dados levantados pelos participantes, a identificação da necessidade de mudança, o levantamento de possíveis soluções e, por fim, a intervenção e/ou ação propriamente dita no sentido de aliar pesquisa e ação simultaneamente (Koerich, Backes, Sousa, Erdmann, & Albuquerque, 2009).

Há na verdade duas metodologias a serem descritas e justificadas numa proposta de pesquisa-ação: os processos de pesquisa-ação a serem utilizados em campo e o método de estudo de caso (narrativo) que será empregado para contar a história do projeto e seus resultados. Uma proposta de pesquisa-ação é, pois, diferente de outros tipos de proposta na medida em que uma porção muito maior dela é mais metodológica do que substantiva, o que é o contrário de uma pesquisa tradicional (Tripp, 2005).

A pesquisa-ação enquanto ferramenta metodológica realizada por meio do agir comunicativo e participativo favorece o compartilhamento de saberes, além de tecer uma estrutura relacional de confiança e comprometimento com os sujeitos que integram a realidade a ser transformada. O objeto da pesquisa-ação, nesse caso, consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada. Há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação. Sob esse enfoque, a pesquisa não se limita a uma forma de ação, mas visa aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o nível de consciência das pessoas/grupos envolvidos (Koerich *et al.*, 2009).

Na busca de soluções aos problemas colocados, os pesquisadores, especialistas e participantes devem chegar a um relacionamento adequado entre o saber formal e o saber informal. Tal relacionamento pode ser estudado, a nível sofisticado, a partir de considerações de psicologia da cognição, psicologia social, sociolinguística, etc. Como nossa preocupação é, aqui, de ordem mais prática, vamos sugerir uma técnica bastante rudimentar que consiste em comparar a temática do especialista e a do participante comum (Thiollent, 2011, pp. 77-78).

Na enfermagem existem divergências sobre a aplicabilidade da maioria das pesquisas na prática, devido ao distanciamento do pesquisador da realidade estudada, entretanto na

pesquisa-ação há a inserção do pesquisador no campo de coleta de dados. Este método de pesquisa vem mostrar a possibilidade da utilização do conhecimento dos participantes, ou seja, dos sujeitos envolvidos na pesquisa como agente colaborador e capaz de compor e implementar mudanças de suas atividades práticas, o que gera satisfação, possivelmente superior às pesquisas convencionais que apresentam relatórios e dados, sem o comprometimento dos resultados (Grittem, Meier, & Zagonel, 2008).

3.3.5 Proposição de planos e programas

O sistema de notificação de não conformidade na entrega de materiais na UTI ocorre apenas através de envio de *e-mail* (Figura 2). Não há um sistema de registro das falhas de entrega de materiais, como uma ferramenta de medidas corretivas administrativas. O planejamento para o desenvolvimento do estudo teve como foco uma estratégia de observação participante no período de julho a novembro de 2014 do fluxo de solicitação de materiais, registrando os pedidos e não conformidades na entrega de materiais essenciais. Os materiais que não foram entregues pelo almoxarifado à unidade, mesmo após os pedidos de urgência, foram pontuados de acordo com a classificação ABC e XYZ, a fim de elaboração de relatório para encaminhamento ao setor administrativo e SCCIH.

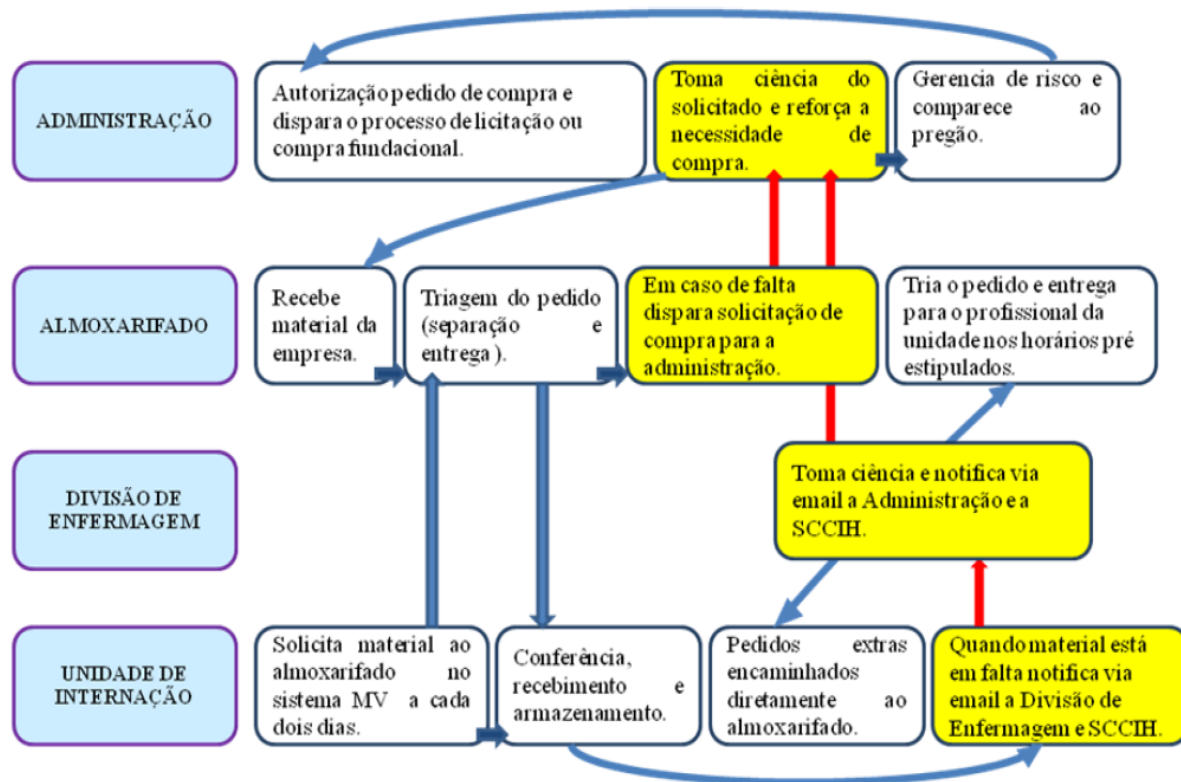


Figura 4. Fluxograma do sistema de aquisição de materiais para a UTI.

Fonte: Elaborada pela autora.

O levantamento de dados do número de infecções no período foi realizado pela análise documental dos dados registrados e fornecidos pela subcomissão de controle de infecção hospitalar. Foram criadas planilhas de registros de recebimento de materiais, em que constam as datas e horários dos pedidos e entregas, além do registro da falta do material solicitado considerado não conformidade.

Após a análise dos dados, foi elaborado um novo fluxograma para o abastecimento de insumos na UTI, baseado no consumo diário da unidade. No período de julho a setembro de 2014, foi analisado os resultados aparentes na nova logística de suprimento da UTI. Com os resultados obtidos, o novo fluxograma de gerenciamento de insumos hospitalares permite a comunicação de risco pelo escore de cada item para as instâncias administrativas responsáveis pelo gerenciamento de recursos para a UTI, na melhoria do abastecimento nas unidades (SCIH e setor administrativo).

3.7. Método de classificação de materiais de consumo hospitalar

3.7.1 Método de classificação pela curva ABC

Os hospitais universitários, em especial, são estruturas caras que dependem, para sobreviver, de uma adequação entre custos e receitas, o que geralmente não ocorre. Uma das maneiras de buscar o equilíbrio dessas finanças é a operacionalização de ações voltadas para a detecção de fontes e formas de desperdício de materiais, procurando reduzir esta espoliação por meio de medidas administrativas que objetivem a eficiência e a eficácia hospitalar e da colaboração dos trabalhadores (Vaghetti, 2011).

O grande e novo desafio dos administradores de materiais e recursos patrimoniais é manter as cadeias produtivas utilizando melhor os recursos. Este estudo foi realizado com o objetivo de verificar como a curva ABC pode ajudar o administrador de estoques a analisar as condições e necessidades dos estoques em relação aos itens que demandam maior consumo e valor financeiro (Oliveira, 2011).

A implementação de sistemas que auxiliam no gerenciamento de custos é importante para a área de saúde, quando visa contenção de gastos e melhoria da qualidade do serviço. A classificação ABC dos materiais é uma estratégia aplicada para controle de gastos com estoque (Lourenço & Castilho, 2006).

Classicamente uma análise ABC consiste da separação dos itens de estoque em três grupos de acordo com o valor de demanda anual, em se tratando de produtos acabados, ou valor de consumo anual quando se tratarem de produtos em processo ou matérias-primas e

insumos. O valor de consumo anual ou valor de demanda anual é determinado multiplicando-se o preço ou custo unitário de cada item pelo seu consumo ou sua demanda anual (Dias, 1995).

Segundo Dias (1995, p. 86), como resultado de uma típica classificação ABC, os grupos são divididos em três classes, como segue:

- a) Classe A: Grupo de itens mais importantes que devem ser tratados com uma atenção bem especial pela administração.
- b) Classe B: Grupo de itens em situação intermediária entre as classes A e C.
- c) Classe C: Grupo de itens menos importantes que justificam pouca atenção por parte da administração.

Portanto, como metodologia, após o levantamento dos itens que frequentemente faltam ao atendimento na UTI estudada, foi aplicado o sistema ABC com a finalidade de classificar tais materiais de consumo, baseados no grau de imprescindibilidade, e assim oferecer ferramenta importante para uma gestão adequada dos materiais desta instituição, a qual permite visualizar quais os materiais imprescindíveis que não poderiam faltar e que estão mais relacionados à prevenção das IRAS. Ainda no presente estudo, além da classificação dos itens citados, também foi usado o método de classificação XYZ para os mesmos itens.

3.7.2. Método de classificação XYZ

De acordo com Mendes e Castilho (2009), a classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou imprescindibilidade do material no desempenho das atividades realizadas da seguinte forma:

- Itens Classe Z: A característica desses itens é a máxima criticidade, são imprescindíveis, não podem ser substituídos por outros equivalentes, em tempo hábil para evitar transtornos. A falta desses materiais provoca a paralização das atividades essenciais da instituição colocando em risco tanto os profissionais e clientes quanto o ambiente e o patrimônio organizacional.

- Itens Classe Y: A característica desses materiais é o grau de criticidade médio ou intermediário entre os imprescindíveis e os de baixa criticidade. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade, embora sejam vitais para a realização das atividades.

- Itens Classe X: Os itens dessa classe são de baixa criticidade, que sua falta não acarreta em paralizações nem riscos à segurança pessoal, ambiental e patrimonial. Possuem

elevada possibilidade de serem substituídos por outros equivalentes e elevada obtenção no mercado.

A Classificação XYZ emprega como critério o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do material no processo produtivo, uma vez que a falta de alguns materiais pode provocar a paralisação de atividades essenciais em uma empresa. Essa classificação vem sendo mais utilizada no gerenciamento de materiais de consumo, com a finalidade de minimizar falta de itens imprescindíveis à produção e elaborar alternativas para aqueles itens passíveis de substituição. O método permite aos gestores fixar níveis de atendimento adequados aos diferentes itens utilizados que possuem diferentes graus de criticidade. As crescentes medidas de redução de custos observadas nos últimos anos em todas as esferas organizacionais foram também sentidas no setor de panificação. Vários fatores tornam imprescindível a profissionalização da gestão de estoques nas organizações, dois deles merecem ser mencionados. Primeiro o problema causado por escassez ou excesso de materiais no processo produtivo, sobretudo nas pequenas empresas. O segundo decorre da necessidade de investimentos na área operacional, com objetivo de reduzir custos, o que exige aplicar técnicas de estratégias nos estoques (Capellato & Airton, 2012).

Comparando as classificações ABC e XYZ, podemos observar que o custo de um insumo pode ser alto, não está diretamente relacionado a necessidade que o insumo tem na assistência (criticidade baixa). Podemos dizer que para alguns itens a criticidade do material poderá ser inversamente proporcional ao custo que ela representa. Para aferir se esta afirmação é real, e qual a tendência da unidade, cada material consumido na unidade no período do estudo será classificado com os dois tipos de sistema, o de custo e o de criticidade. Desta forma, a Figura 5 representa ambos os métodos de classificação dos insumos hospitalares:

Classificação	Custo	Classificação	Característica
A	Alto custo	X	Criticidade Baixa
B	Médio custo	Y	Criticidade Média
C	Baixo custo	Z	Criticidade Alta

Figura 5. Classificação ABC e XYZ.

Fonte: Elaborada pela autora.

Após a avaliação de cada um dos insumos, foram listados os materiais que mais faltam na assistência ao paciente e se estes têm alguma associação com o seu custo. Além disso, nos

permitiu observar se os materiais faltantes fazem parte dos insumos necessários para a prevenção das IRAS, já descritas anteriormente.

Para isso, foi elaborado um escore entre as duas classificações para a seleção de insumos críticos na assistência, conforme apresentado na Figura 6:

Descrição	Característica/ Escore	Descrição	Característica/Escore
A	Alto custo (3)	X	Criticidade Baixa (1)
B	Médio custo (2)	Y	Criticidade Média (5)
C	Baixo custo (1)	Z	Criticidade Alta (10)

Figura 6. Escore elaborado pela autora da classificação ABC e XYZ.

Fonte: Elaborada pela autora.

Como critérios de valores (alto, médio e baixo custo) foi considerado o item de menor valor e o de custo mais elevado usado na assistência da UTI estudada.

A partir destas classificações, o presente estudo propõe um instrumento de coleta de pontuação de risco para ocorrência de IRAS, onde, após o levantamento realizado, colocaremos cada item com a sua respectiva classificação para elaboração de um protocolo de gerenciamento interno de controle de insumos essenciais para a assistência na UTI, a ser encaminhado à SCCIH, levando em conta os atrasos na entrega, após a solicitação, de acordo com a pontuação calculada por item (Figura 7).

Item	Classificação ABC	Classificação XYZ	Entrega no prazo	Escore de risco IRAS
Luvas	Exemplo: C (= 1)	Exemplo: Z (= 10)	Sim () = 0 Não (X) = 5	1+10+5 = 16
Caneta	Exemplo: C (= 1)	Exemplo: X (= 1)	Sim (X) = 0 Não () = 5	1+1+0 = 2

Figura 7. Escore de pontuação para riscos de IRAS.

Fonte: Elaborada pela autora.

A Figura 8 demonstra a classificação de risco para definir as tomadas de decisões de acordo com a pontuação da falta de abastecimento da UTI.

Escore: de 7 a 9	Risco baixo	Ações corretivas: Registro sem notificação
Escore: de 11 a 13	Risco médio	Ações corretivas: notificação ao departamento de compras
Escore: de 16 a 18	Risco alto	Ações corretivas: notificação imediata à CCIH

Figura 8. Classificação de risco e medidas de ajuste.

Fonte: Elaborada pela autora.

Com este sistema de pontuação é possível identificar, na notificação de falta de insumos para a SCCIH, a criticidade de cada item em relação à prevenção de IRAS. Quanto à relevância do estudo há uma preocupação mundial com as infecções que progressivamente assolam os hospitais e por isso temos um aumento significativo dos casos de óbito, que não são mensurados por não haver como imputar o valor a uma vida. Este quadro mostra que o custo, apesar de alto, não está diretamente relacionado à necessidade do insumo em si e também no impacto da falta deste, no cuidado ao paciente. Podemos dizer que a criticidade do material, em vários momentos, está inversamente proporcional ao custo que ela representa.

3.7.3 Entrevista

A entrevista tem sido um procedimento de coleta de dados amplamente utilizado em pesquisa em ciências humanas. Segundo Manzini (2012) muitos autores definem como um método; para outros, um instrumento de pesquisa; ou, ainda, uma técnica. A definição de entrevista a ser adotada em um trabalho de pesquisa dependerá do enfoque teórico que o pesquisador queira imprimir. Diversos autores apontam que a entrevista pode ser fundamentada em uma abordagem etnográfica, em uma abordagem psicológica, uma abordagem fenomenológica, dentre outras possíveis vertentes teóricas (Manzini, 2012).

Para entender o envolvimento e o posicionamento dos profissionais da unidade de estudo foi aplicado um questionário semiestruturado com a intenção de analisar a percepção dos profissionais quanto à falta de insumos utilizados na unidade e os riscos associados aos casos de IRAS.

Portanto, ao definir a abordagem teórica, estar-se-á atrelando-a, também, a uma matriz metodológica. Exemplo disso se refere à entrevista clínica de Piaget. Essa abordagem teórica irá, metodologicamente, indicar algumas ações do entrevistador dentro da entrevista e uma das técnicas pode ser a problematização. Independente da abordagem teórica adotada, principalmente quando a entrevista é do tipo semiestruturada, são necessários cuidados que envolvem questões da linguagem e o roteiro a ser utilizado necessita ser planejado cuidadosamente (Manzini, 2003). Além disso, as falhas na assistência por falta de material causam também uma instabilidade e insegurança no profissional da saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem), e para que essas falhas sejam também compreendidas sob o ponto de vista destes profissionais foi aplicado um instrumento de pesquisa a fim de conhecer o real impacto da falta de um insumo ou EPI na condução do

trabalho de assistência, para a garantia da saúde do paciente, conforme o construto elaborado com base em diversas fontes da literatura (Figura 9).

CONSTRUTOS	AUTOR(ES) e ANO DE PUBLICAÇÃO	PASSAGEM DO TEXTO (citação direta ou indireta)	QUESTÃO DE PESQUISA ASSOCIADA
Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e biossegurança no atendimento ao paciente.	Batista (2004)	“O uso de EPI (luvas, avental, máscara e óculos) deve estar disponível para todos os profissionais, pois é uma barreira mecânica entre o agente biológico – presente nas secreções, excreções e demais fluidos – e o profissional da saúde. O EPI (Equipamento de Proteção Individual) é uma barreira mecânica entre a transmissão de patógenos de materiais biológicos potencialmente contaminados (sangue, secreções, etc.) e o profissional da saúde”.	Quanto ao uso de EPIs, quais os usualmente disponíveis em sua unidade?
Falta de insumos e EPIs para a execução do trabalho em uma UTI.	De Figueiredo e Zuffi (2012)	“É preciso que os profissionais tenham boas condições de trabalho para prestar uma assistência satisfatória. Relatos de dificuldades em relação à falta de material, local adequado para realização do curativo, número insuficiente de profissionais e falta de padronização do tratamento foi apontado em mais de 50% das entrevistas aplicadas pelos autores”.	Quais as dificuldades na prestação de assistência relacionadas com a falta de material em sua unidade?
Ação dos colaboradores frente às falhas de abastecimento de insumos na UTI.	Honório e Albuquerque (2008)	“A falta de envolvimento da equipe de enfermagem com a GRM pode ter contribuído para que a equipe de enfermagem assumisse uma postura passiva frente a esse aspecto”.	Na falta de um item, qual a atitude da equipe de trabalho?
Percepção da qualidade de insumos e EPIs na assistência.	Honório e Albuquerque (2008)	“A equipe alimenta a expectativa de que os materiais adquiridos atendam às reais necessidades da assistência, sem que se percebam corresponsáveis pelo processo de escolha sobre o que adquirir, formas de armazenar, controle quantitativo e monitoração da eficácia dos produtos após a aquisição”.	Você relaciona a qualidade do produto com o risco de IRAS em sua UTI?

Percepção sobre as razões das falhas de abastecimento.	Lanna (2010)	“A falta de materiais tem muitos motivos, desde falta de recursos financeiros até falta de atenção gerencial, falta de treinamento do pessoal da farmácia e do almoxarifado, falta de cultura de planejamento/programação por parte dos usuários que solicitam materiais de última hora, a falha ocasional de fornecedores, as dificuldades logísticas como alagamentos e queda de barreiras, a ausência de estoques de segurança no hospital exatamente para prevenir essas faltas”.	Por quais motivos você acredita que os materiais faltam?
Percepção da forma de aquisição dos insumos e EPIs de serviço.	Oliveira e Chaves (2009)	“Considerando que no processo de licitação são oferecidos materiais de preços e qualidade variados, o que dificulta o julgamento das propostas, é de grande importância a avaliação feita pelas enfermeiras e estabelecimento de especificações técnicas exatas em relação aquilo que se deseja adquirir. Para esse detalhamento, é importante consultar normatizações técnicas dos fabricantes”.	Quais as sugestões que você daria para a melhoria no abastecimento de materiais de consumo da UTI?
Relacionar risco de IRAS com falta de insumos e EPIs.	Ferreira & Bezerra (2000)	“Enfermeiros e médicos ainda realizam procedimentos sem o uso de EPIs, fato este justificado pela não disponibilização no suprimento de materiais de segurança pela direção do hospital”.	Quais os obstáculos que mais o incomodam no desempenho de suas funções relacionada com a não utilização de material na assistência ao paciente?
Participação no processo de aquisição e gestão de suprimentos do setor.	Oliveira e Chaves (2009)	“A administração de recursos materiais está dividida em quatro grupos ou subsistemas: subsistema de normalização, subsistema de controle, subsistema de aquisição e subsistema de armazenamento. A classificação de materiais em diferentes grupos ou classes possibilita estabelecer instrumentos de planejamento e controle adequado”.	Você conhece e participa do planejamento e gerenciamento dos recursos materiais para a melhor assistência ao paciente?

Percepção da biossegurança e importância de EPIs no cuidado e assistência ao paciente.	Oliveira e Chaves (2009)	“A preocupação com as medidas de biossegurança foi observada no hospital, principalmente, quanto às orientações para a utilização dos EPIs, contudo ainda não existe um nível de conscientização formado acerca da importância do uso desse mecanismo de proteção por parte de alguns profissionais, principalmente de enfermeiros e médicos”.	Qual sentimento você tem quando nota a falta de materiais ou de um EPI?
--	--------------------------	--	---

Figura 9. Referências associadas aos pressupostos do instrumento de pesquisa.

Fonte: Elaborada pela autora.

3.7.4 Limitações do estudo

Yin (2007, p. 173) ressalta que a capacidade de rastrear mudanças ao longo do tempo é um ponto importante dos estudos de caso que não são limitados a investigações transversais ou estáticas de uma determinada situação.

O presente estudo propõe uma nova abordagem para o gerenciamento de suprimentos de materiais de uma UTI, levando em consideração os efeitos da falta de abastecimento na ocorrência de IRAS registradas, e classificar os insumos de acordo com sua criticidade de suprimento da unidade.

Porém, promover a sensibilização, o envolvimento e as mudanças pretendidas nos sistemas de informação, nos processos de trabalho e nos próprios servidores do sistema público não é tarefa fácil e tampouco se espera que aconteça de forma rápida.

O estudo, devido ao seu caráter exploratório, analisa os fenômenos restritos ao *modus operandi* da relação entre a equipe da UTI, participação da SCCIH, do departamento de compras e do almoxarifado de um sistema público, diferentemente do sistema privado, onde há a possibilidade de aquisições sem os trâmites de processos licitatórios e maior liberdade de negociação por compra direta.

Neste aspecto, pode-se afirmar que o gerenciamento de compras e suprimento de insumos hospitalares ocorre de forma distinta do sistema público, onde a relação entre fornecedores e departamento de compras, cronograma de entrega e negociação de preços, difere totalmente.

O estudo foi desenvolvido em uma UTI, não sendo possível a verificação do fenômeno em outras unidades hospitalares por diferentes gestores.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Levantamento sobre a falta de insumos e casos de IRAS entre 2012 e 2013

Durante os anos de 2012 e 2013, os pedidos eram feitos apenas duas vezes por semana e com um quantitativo de material maior, o que ocasionava acúmulo de determinados itens e perpetuava a falta de outros. A análise documental das planilhas de solicitações de materiais mostra que no segundo semestre de 2012, entre os meses de agosto e novembro de 2012, houve um período crítico de desabastecimento de aventais impermeáveis de mangas longas (não estéril) para a UTI (Figura 10).

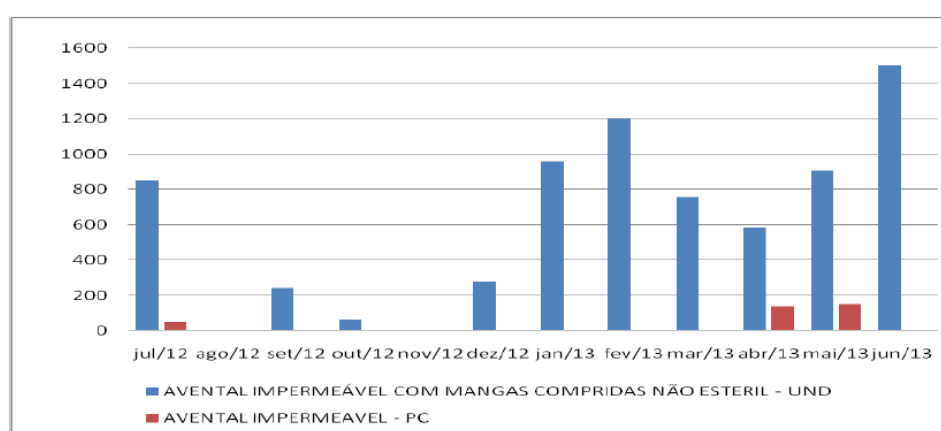


Figura 10. Distribuição de fornecimento de aventais no período de julho de 2012 a junho de 2013.
Fonte: Elaborada pela autora.

Ainda no mesmo período, nota-se que, entre agosto e dezembro de 2012, a falta de abastecimento de aventais parece ter sido compensada pelo aumento de abastecimento de luvas (Figura 11).

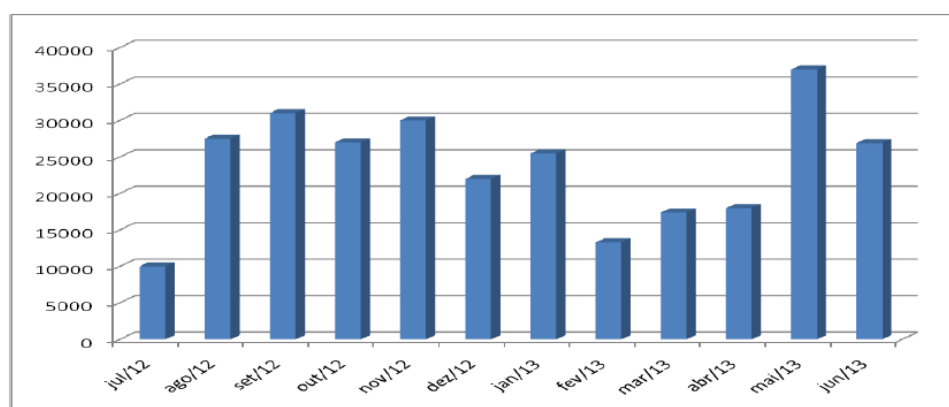


Figura 11. Distribuição de fornecimento de luvas no período de agosto a dezembro de 2012.
Fonte: Elaborada pela autora.

Após o mês de agosto (período de falta de aventais), houve um aumento do número de prescrições de dois antibióticos, a Colistina e o Carbapenem, muito empregados no controle de infecção hospitalar causado pela bactéria *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* resistente (KPC), comum em casos de infecções hospitalares (Figura12).

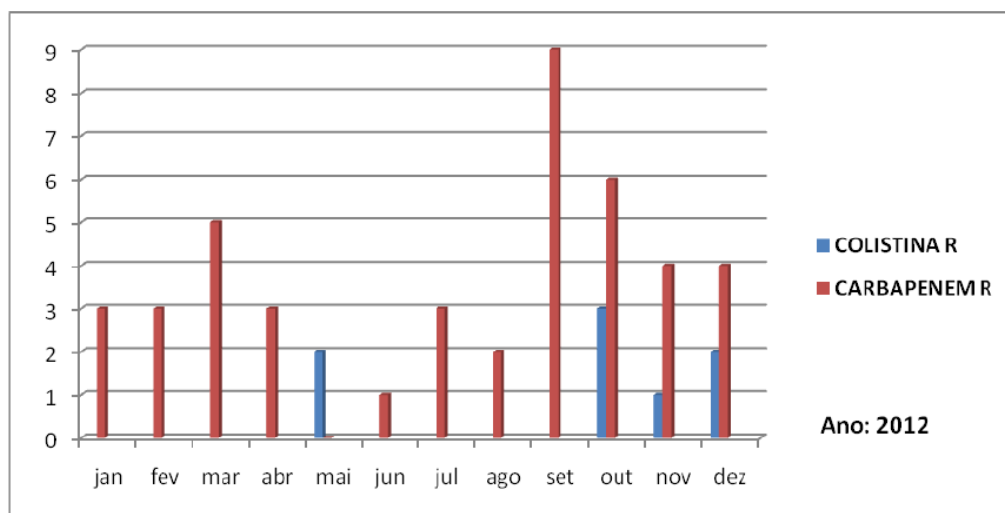


Figura 12. Distribuição de antibióticos devido à infecção por KPC (*Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* resistente) no período estudado.

Fonte: Elaborada pela autora com dados publicados pela SCCIH.

O custo com pacientes com infecção, no período de fevereiro a dezembro de 2012, estão representados na Figura 13, onde se observa dois picos de consumo dos antibióticos Linezolida e Colistina, nos meses de agosto e setembro (respectivamente). Entre os meses de julho e outubro também é observado um maior consumo do antibiótico Meropenem.

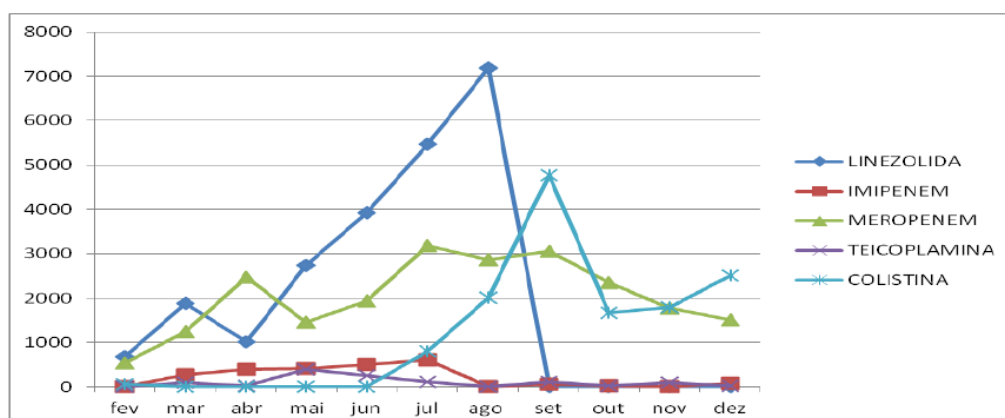


Figura 13. Distribuição dos gastos (em reais) com antibióticos e dos pacientes infectados na UTI no ano de 2012.

Fonte: Elaborada pela autora com base em dados fornecidos pela farmácia hospitalar.

O custo no mês de agosto de 2012 com o antibiótico Linezolida foi de R\$ 7.181,00, sendo o gasto total na aquisição de todos os antibióticos, no mesmo mês, o valor de R\$ 12.060,35. Comparado com o mês de fevereiro de 2012, o custo mensal com o mesmo antibiótico (Linezolida) foi de R\$ 683,96, segundo dados fornecidos pela farmácia hospitalar.

No primeiro semestre de 2012 foi detectada a ocorrência da falta de avental (como item de EPI), devido a um problema de abastecimento do fornecedor para o almoxarifado central. Foi observado que a falta de abastecimento de aventais foi compensada pelo aumento de consumo de luvas descartáveis, fato esse que não evitou o aumento de casos de infecção hospitalar, ao contrário, observa-se que após o mês de agosto de 2012 houve um elevado número de prescrições de antibióticos indicados para o tratamento por infecção e/ou colonização pela bactéria KPC nos pacientes, de acordo com a Figura 3, onde se observa (após o mês de outubro) a elevação de prescrição dos antibióticos Colistina e Carbapenem.

No mesmo período, devido às infecções por microrganismo multirresistente, a *Klebsiella pneumoniae* (KPC), ocorreu o pior dos desfechos, como óbitos de pacientes, onde foram notificados nos relatórios da SCCIH um total de 44 pacientes com infecção por KPC, sendo 18 com desfecho em óbitos.

4.1.2 Levantamento de insumos pela classificação ABC e XYZ

O custo (custo/preço) tem como aspectos: o custo para a organização e o preço para o cliente. É importante considerar que embora o custo e o preço não sejam em muitos casos explícitos, como nos serviços públicos, há meios de apurar a sua magnitude (Roberto & Lira, 2010).

A Figura 14 demonstra que os itens de menor custo (C) são os mais críticos e os que mais faltaram no período estudado. Podemos considerar que a criticidade dos materiais se dá pela característica dos clientes, que estão em estado grave, o que justificaria a alta incidência de materiais classificados como Z (alta criticidade).

Quanto à classificação dos custos, os valores utilizados foram os de dezembro de 2013, gerados pelo sistema SAM, pois os valores recentes não puderam ser disponibilizados pelo setor de suprimentos devido às dificuldades em gerar relatórios de custos para unidades individualizadas no MV, sistema implantado na instituição em janeiro de 2014.

Os insumos solicitados passaram a ser computados de acordo com a classificação ABC e XYZ, conforme planilha elaborada pela autora.

Número de itens	Unidade de Terapia Intensiva Descrição	Classificação	
		ABC	XYZ
1	CATETER P/ HEMOD. TRIPLO LUMEN 11/12FR – 15 CM – KIT	A	Z
2	CATETER P/ TROCA DE TUBO DE ENDOTRAQUEAL TAMANHO 19, Nº 7 OU MAIOR – PC	A	Z
3	CONJUNTO DE CATETER P/ HEMOD. TRIPLO LUMEN 11/12FR – 20 CM – CJT	A	Z
4	CONJUNTO DE CATETER P/ HEMOD. TRIPLO LUMEN – 15 CM	A	Z
5	CONJUNTO DE CATETER P/ HEMOD. DUPLO LUMEN 11/12FR – 15 A 17 CM – CJT	A	Z
6	CONJUNTO DE CATETER VENOSO CENTRAL T.L. 7FR – KIT	A	Z
7	CONJUNTO DE TRAQUEOSTOMIA PERCUTÂNEA – CJT	A	Y
8	ENXAGUATÓRIO BUCAL – FR	A	Y
9	EQUIPO PARA BOMBA INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE COM DOIS CANAIS – PC	A	Z
10	EQUIPO PARA SOLUÇÕES FOTOSSENSÍVEIS PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE – PC	A	Z
11	ESCOVA DESCARTÁVEL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% – PC	A	Z
12	FILTRO PARA REMOÇÃO DE LEUCÓCITOS – CONCENTRADO DE PLAQUETAS – PC	A	Z
13	FILTRO PARA REMOÇÃO DE LEUCÓCITOS – CONCENTRADO DE HEMÁCIAS – PC	A	Z
14	FRASCO COM CALDO PARA HEMOCULTURA DE MICROORGANISMOS ANAERÓBIOS – FR	A	Z
15	FRASCO COM CALDO PARA HEMOCULTURA DE MICROORGANISMOS AERÓBIO – FR	A	Z
16	GRAL DE PORCELANA C/ PISTILO CAPACIDADE 100 ML – PC	A	Y
17	MÁSCARA LARÍNGEA DE INTUBAÇÃO TAMANHO 4 – PC	A	Z
18	ÓCULOS DE SEGURANÇA, CONFECCIONADO EM PVC MACIO, CINZA CLARO – PC	A	Z
19	SABONETE LÍQUIDO DE CLOREXIDINA 2% (C/ DISPENSER TIPO "PUMP") – L	A	Z
20	ÁLCOOL ETÍLICO 70% P/P (INPM) 1.000 ML – L	B	Z
21	ÁLCOOL ETÍLICO 70% P/P (FR/100 ML) – L	B	Z
22	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM – BLO	B	Z
23	ATADURA DE CREPOM TIPO I, 20 CM x 180 CM – ROL	B	Z
24	ATADURA ELÁSTICA/ADESIVA 10 CM x 4,5 M – ROL	B	Y
25	AVENTAL DESCARTÁVEL, CONFECCIONADO EM TNT, COM MANGA LONGA – UND	B	Z
26	AVENTAL IMPERMEÁVEL – PC	B	Z
27	BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO 2000 ML – PC	B	Z
28	CAT. INTRAV. DESCART. CAL. 20 G (0,8 x 1,9 CM) – PC	B	Z
29	CAT. INTRAV. DESCART. CAL. 22 G (0,8 x 1,9 CM) – PC	B	Z
30	CATETER ARTERIAL FEMURAL CAL. 18 GA – PC	B	Y
31	CATETER ARTERIAL RADIAL 20 GA – PC	B	Y
32	CATETER ARTERIAL RADIAL 22 GA – PC	B	Y
33	CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% A 2% (100 ML) – FR	B	Z
34	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% (1.000 ML) – L	B	Z
35	COLETOR DE SECREÇÕES 1.200 A 1.500 ML – CJT	B	Y
36	COLETOR PLÁSTICO DESCARTÁVEL CAPACIDADE 70 ML – PC	B	Z
37	COPO MEDIDOR DE URINA – UND	B	Z
38	CURATIVO P/ CATETER CENTRAL 7 x 9 CM – PC	B	Z
39	CURATIVO PARA CATETER CENTRAL, MEDIDA APROX. DE 9 x 11 CM – PC	B	Z
40	DISPOSITIVO MULTIPLO P/ COLETA DE SANGUE A VÁCUO COM MECANISMO DE SEGURANÇA CAL. 23 G – PC	B	Y
41	DISPOSITIVO MULTIPLO P/ COLETA DE SANGUE A VÁCUO COM MECANISMO DE SEGURANÇA CAL. 21 G – PC	B	Y
42	DISPOSITIVO P/ COL/MAT. P/ CULTURA ESTERIL. – PC	B	Z

43	EQUIPO C/ RESERVATORIO GRADUADO 100/150 ML – PC	B	Z
44	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR OU CASSETE – PC	B	Y
45	EQUIPO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SISTEMA LINEAR – PC	B	Y
46	ESPARADRAPO DE <i>RAYON</i> 10 CM x 450 CM – ROL	B	X
47	FILTRO BACTERIANO E VIRAL ESTERIL ADULTO – PC	B	Z
48	FIO DE <i>NYLON</i> 3/0 C/1 AG 3,0 CM 3/8C TR 45 CM – ENV	B	Z
49	FITA ADESIVA CIRÚRGICA MICROPOROSA 25 x 10 – ROL	B	Y
50	FITA ADESIVA CIRÚRGICA MICROPOROSA, MEDIDA APROXIMADA DE 100 MM x 10 M – ROL	B	Y
51	FRALDA GERIÁTRICA DESCARTÁVEL, TAMANHO GRANDE, ACIMA DE 80 KG – PC	B	Z
52	FRASCO DESCARTÁVEL P/ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS, CAPACIDADE 500 A 600 ML – PC	B	Y
53	GRAMPO DE ARAME GALVANIZADO PARA GRAMPEADOR 26/6 – CX	B	X
54	<i>KIT</i> DESCART. P/ MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA – <i>KIT</i>	B	Y
55	M1-032 CONTROLES ESPECIAIS – U.T.I. – BLO	B	Z
56	M1-038 EVOLUÇÃO FISIOTERÁPICA – BLO	B	Z
57	MA2-001 SOLICITAÇÃO GERAL DE EXAMES – BLO	B	Z
58	MA2-003 SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE URGÊNCIA – BLO	B	Y
59	MANTA TÉRMICA DESCART. ADULTO P/ U.T.I, CORPO INTEIRO – PC	B	Y
60	MÁSCARA P/ TRAQUEOSTOMIA, TAM. ADULTO – PC	B	Y
61	PAPAGAIO DE POLIPROPILENO ATÓXICO S/ GRADUAÇÃO, CAPAC. 1.000 ML – PC	B	Z
62	PAPEL <i>OFFSET</i> 75 G/M ² , 21,0 x 29,7 CM (PAPEL A4), BRANCO – PCT	B	Z
63	REQUISIÇÃO DO CENTRO DE MATERIAL	B	Y
64	SISTEMA DE ASPIRAÇÃO OROTRAQUEAL TIPO <i>TRACH CARE</i>	B	Z
65	SONDA DE <i>FOLEY</i> DE SILICONE CAL. 14 – PC	B	Y
66	SONDA P/ NUTRIÇÃO ENTERAL EM POLIURETANO	B	Z
67	T1-009 REQUISIÇÃO DO CENTRO DE MATERIAL – BLO	B	Z
68	T4-106 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	B	Y
69	T4-076 GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER AO SVO/IML	B	Y
70	UMIDIFICADOR CONDENSADOR COM FILTRO BARREIRA PARA BACTÉRIA	B	Z
71	ABSORVENTE HIGIÊNICO 40 x 14 x 5 CM	C	X
72	ADAPTADOR INTERMEDIÁRIO P/ INFUSÃO PARENTERAL C/ CONEXÃO 2 VIAS	C	Z
73	AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTAVEL 13 x 4,5 – PC	C	Z
74	AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTAVEL 30 x 7 – PC	C	Y
75	AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTAVEL 40 x 12 – PC	C	Z
76	APARELHO DE BARBEAR DESCARTÁVEL – PC	C	Y
77	AVENTAL IMPERMEÁVEL COM MANGAS COMPRIDAS NÃO ESTÉRIL – UND	C	Z
78	BATERIA ALCALINA DE 9 V, ANSI 1604 A OU IEC 6LR61 – PC	C	Y
79	BOLSA COLETORA DE URINA 28 x 20 CM – PC	C	Z
80	CADARÇO DE ALGODÃO BRANCO CHATO 16 MM DE LARG. – M	C	Y
81	CATETER PARA OXIGÊNIO DESCARTÁVEL C/ PRONG. NASAL TIPO ÓCULOS – PC	C	Y
82	CLIPS P/ PAPÉIS N, 2/0 – PCT	C	X
83	COLCHETE LATONADO Nº 12 – CX	C	X
84	COLCHETE LATONADO Nº 9 – CX	C	X
85	COMPRESSA DE GAZE E ALGODÃO 50 x 10 CM – PC	C	Y
86	COMPRESSA DE GAZE ESTÉRIL 7,5 x 7,5 CM (PCT./10) – PCT	C	Z
87	CONECTOR SISTEMA FECHADO PARA CATETERES CENTRAIS E PERIFÉRICOS VALVULADO – PC	C	Y

88	COPO DESCARTÁVEL, CAPACIDADE 200 ML – PC	C	X
89	COPO PLASTIFICADO, CAPACIDADE 50 ML – PC	C	X
90	CORTADOR ESTERILIZADO P /BICO DE AMPOLA – PC	C	Y
91	DISPOSITIVO INTRAVENOSO 14 G – PC	C	Y
92	DISPOSITIVO INTRAVENOSO 20 G – PC	C	Z
93	DISPOSITIVO INTRAVENOSO 22 G – PC	C	Z
94	DISPOSITIVO P/ INCONT/URIN/DESC. TAM. GRD. – PC	C	Y
95	DISPOSITIVO P/ INCONT/URIN/DESC. TAM. MED. – PC	C	Y
96	ELETRODO DESC. P/ MONITORIZAÇÃO CARDÍACA C/ AG/AGCL (ADULTO) – PC	C	Z
97	ELETRODO DESCARTÁVEL PARA ECG. TAMANHO NEONATO/PEDIÁTRICO – PC	C	Z
98	EQUIPO MACROGOTAS E INJ. LAT. INF. 130 CM – PC	C	Y
99	EQUIPO ESPECIAL P/ USO EM DIETA ENTERAL – PC	C	Y
100	EQUIPO P/ TRANSFUÇÃO DE SANGUE – PC	C	Z
101	FIO DE NYLON 4/0 C/1 AG 2,0 CM 3/8 C TR 45 CM – ENV	C	Z
102	FITA ADESIVA P/ USOS DIVERSOS 16 MM LARG. – ROL	C	Z
103	FITA ADESIVA TRANSP. 45 MM x 50 M – ROL	C	X
104	FIXADOR PARA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ADULTO – PC	C	X
105	FIXADOR PARA TUBO ENDOTRAQUEAL – PC	C	X
106	FRALDA GERIÁTRICA DESCARTÁVEL 40 A 80 KG	C	Y
107	GEL ALCOÓLICO, ALCÓOL ETÍLICO OU ISOPROPÍLICO ENTRE 65%P/P A 85%P/P – ML	C	Z
108	GORRO CIRÚRGICO DESCARTÁVEL – PC	C	Z
109	LÂMINA (ESTÉRIL) P/ BISTURI Nº 15 – PC	C	Y
110	LÂMINA (ESTÉRIL) P/ BISTURI Nº 23 – PC	C	Y
111	LÂMINA ESTÉRIL P/ BISTURI Nº 11 – PC	C	Y
112	LANCETADOR DESCARTÁVEL C/ LANCETA ESTÉRIL (USO HOSPITALAR) – PC	C	Y
113	LUVA CIRÚRGICA, ESTÉRIL, TAM. 6,5 – PAR	C	Y
114	LUVA CIRÚRGICA, ESTÉRIL, TAM. 7,0 – PAR	C	Y
115	LUVA CIRÚRGICA, ESTÉRIL, TAM. 7,5 – PAR	C	Z
116	LUVA CIRÚRGICA, ESTÉRIL, TAM. 8,0 – PAR	C	Z
117	LUVA P/ PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, ESTÉRIL, TAM. M – PAR	C	Z
118	LUVA P/ PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, ESTÉRIL, TAM. P – PAR	C	Z
119	LUVA P/ PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, NÃO ESTÉRIL, COM PÓ, TAM. G – PC	C	Z
120	LUVA P/ PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, NÃO ESTÉRIL, SEM PÓ, TAM. G – PC	C	Z
121	LUVA P/ PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, NÃO ESTÉRIL, SEM PÓ, TAM. M – PC	C	Z
122	LUVA P/ PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO, NÃO ESTÉRIL, SEM PÓ, TAM. P – PC	C	Z
123	LUVA SINTÉTICA (NITRÍLICA) P/ PROC. NÃO CIRÚRGICO, NÃO ESTÉRIL, TAM. M – PC	C	Z
124	LUVA SINTÉTICA (NITRÍLICA) P/ PROC. NÃO CIRÚRGICO NÃO ESTÉRIL, TAM. P – PC	C	Z
125	LUVA SINTÉTICA (NITRÍLICA) P/ PROC. NÃO CIRÚRGICO, NÃO ESTERIL, TAM. G – PC	C	Z
126	MA4-003 REQUISIÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO – JGO	C	Z
127	MA5-036 REQUISIÇÃO DE TRANSFUÇÃO – JGO	C	Z
128	MÁSCARA DESCARTÁVEL PARA PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (RESPIRADOR SEMIFACIAL FILTRANTE) – PC	C	Z
129	MINIEQUIPO CONEXÃO 2 VIAS – PC	C	Y
130	PAPEL MILIMETRADO P/ ECG. 217 x 280 MM TP. A4 – FLH	C	Y
131	PAPEL TIPO TÉRMICO PARA DESFIBRILADOR – UND	C	Y
132	PILHA PEQUENA REF. 915-1,5 V M/EVEREADY – PC	C	Y

133	PILHAS ALCALINAS TP. AA 1,5 V DURACEL – PC	C	Y
134	REAGENTE P/ URINA C/ 5 ÁREAS DE DETERMINAÇÃO – TIR	C	Y
135	RECIPIENTE COLETOR UNIVERSAL P/ MICROBIOLOGIA (ESTÉRIL) – PC	C	Z
136	SERINGA DESCARTÁVEL 5 ML – PC	C	Z
137	SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML – PC	C	Y
138	SERINGA DESCARTÁVEL 20 ML – PC	C	Z
139	SOLUÇÃO ALCOÓLICA – ML	C	Z
140	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DESCART. CAL. 10 – PC	C	Y
141	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DESCART. CAL. 12 – PC	C	Z
142	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DESCART. CAL. 14 – PC	C	Z
143	SONDA DE FOLEY C/ BALÃO DE 30 CC CAL. 18 – PC	C	Z
144	SONDA DE FOLEY C/ BALÃO DE 5 A 15 ML CAL. 16 – PC	C	Z
145	SONDA ENDOT. DE MURPHY O/NAS C/ BAL. CAL. 7 – PC	C	Z
146	SONDA ENDOT. DE MURPHY O/NAS C/ BAL. CAL. 7,5 – PC	C	Z
147	SONDA ENDOT. DE MURPHY O/NAS C/ BAL. CAL. 8 – PC	C	Z
148	SONDA ENDOT. DE MURPHY O/NAS C/ BAL. CAL. 8,5 – PC	C	Z
149	SONDA GÁSTRICA Nº 16 – PC	C	Y
150	SONDA GÁSTRICA Nº 18 – PC	C	Z
151	SONDA RETAL DESCARTÁVEL Nº 24 – PC	C	Y
152	SONDA RETAL DESCARTÁVEL Nº 30 – PC	C	Z
153	SONDA URETRAL DESCARTÁVEL Nº 8 – PC	C	Z
154	SONDA URETRAL DESCARTÁVEL Nº 10 – PC	C	Y
155	SWAB (DENTA SWAB POLY PLUS) DENTIFRÍCIO – PC	C	Y
156	TAMPA PROTETORA EM PLÁSTICO ESTÉRIL – PC	C	Z
157	TIRA PARA MEDIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR – TIR	C	Z
158	TUBO LÁTEX 5 MM RF. 200 – M	C	Y
159	TUBO P/ COL. DE SANGUE A VÁCUO S/ ANTICOAG. ENTRE 4 ML 5 ML – PC	C	Z
160	TUBO PARA COLETA DE SANGUE A VÁCUO C/ ANTICOAGUL. CIT/SOD 3,5 A 4,5 ML – PC	C	Z
161	TUBO PARA COLETA DE SANGUE A VÁCUO COM ANTICOAGUL. EDTA ENTRE 4 A 5 ML – PC	C	Z
162	TUBO PARA COLETA SANGUE A VÁCUO COM GEL SEPARADOR ENTRE 5 E 6 ML – PC	C	Z
163	TUBO POLIPROPILENO P/ CENTRÍFUGA CAP. 15 ML – PC	C	Z
164	TOUCA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL	C	Z

Figura 14. Total de itens de consumo de acordo com a classificação de custos ABC e classificação de criticidade XYZ.

Fonte: Elaborada pela autora.

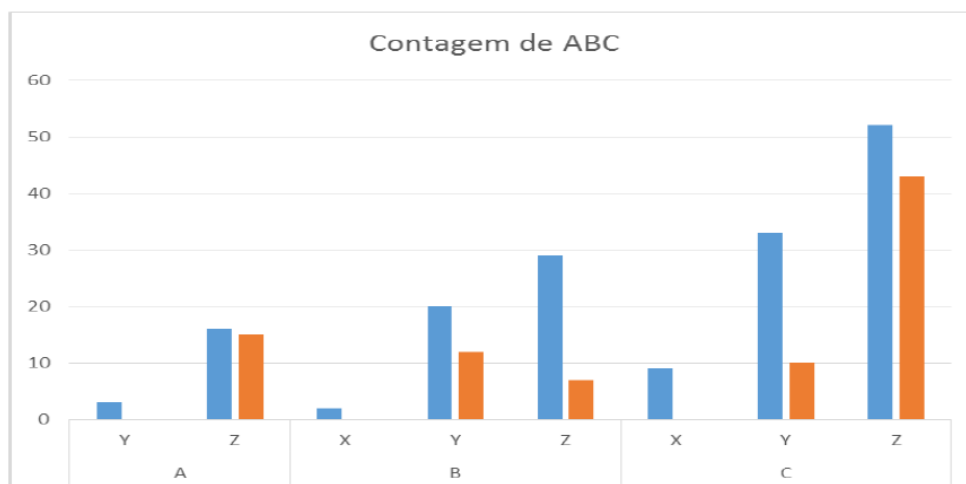


Figura 15. Total de itens em falta de acordo com a classificação ABC e XYZ no período de julho a setembro de 2014.

Fonte: Elaborada pela autora.

A ANVISA nos últimos anos vem instituindo uma sequência gradativa e ordenada de ações voltadas para a segurança do paciente. A ocorrência de eventos adversos tem um importante impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) por acarretar o aumento na morbidade, na mortalidade, no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos assistenciais, além de repercutir em outros campos da vida social e econômica do país. A intervenção efetiva nas situações de crise provocada pela ocorrência de surtos infecciosos requer uma cultura fundamentada na segurança do paciente e na qualidade das técnicas, dos processos e das tecnologias usadas em serviços assistenciais (ANVISA, 2011).

Quanto às ocorrências de infecção no 3º trimestre de 2014, a Figura 15 demonstra um aumento de casos de Infecção do Trato Urinário (ITU) e Infecção de Corrente Sanguínea (ICS) nos meses de julho e agosto, reportados pela SCCIH.

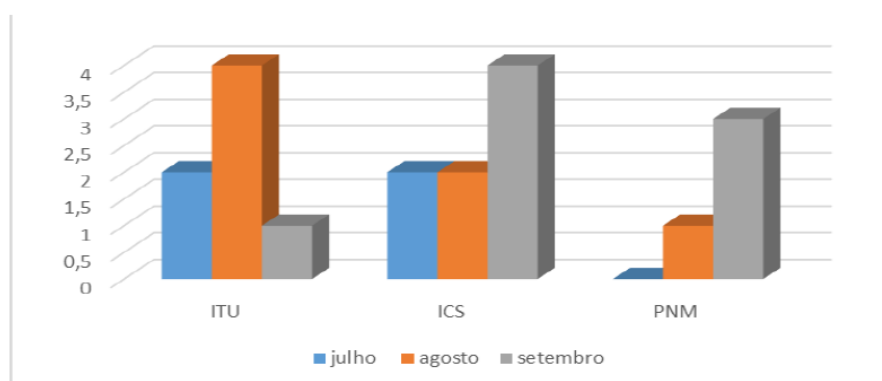


Figura 16. Distribuição das infecções ITU, ICS e PNM no 3º trimestre de 2014.

Fonte: Elaborada pela autora.

No mesmo período de aumento de ITU e ICS, as luvas na unidade de realização de estudo, além de serem utilizadas de maneira inapropriada, como para garrote em punções venosas, em outras situações (devido à falta do tamanho ideal) faziam com que os profissionais aumentassem o consumo, pois as mesmas rasgavam ao serem colocadas em mãos maiores do que a numeração real. E ainda há risco para acidentes, pois luvas muito grandes em mãos muito pequenas reduzem a área de contato e dificultam a precisão da atividade a ser realizada, podendo sim estar relacionada com a incidência de infecções, como a Figura 17 demonstra:

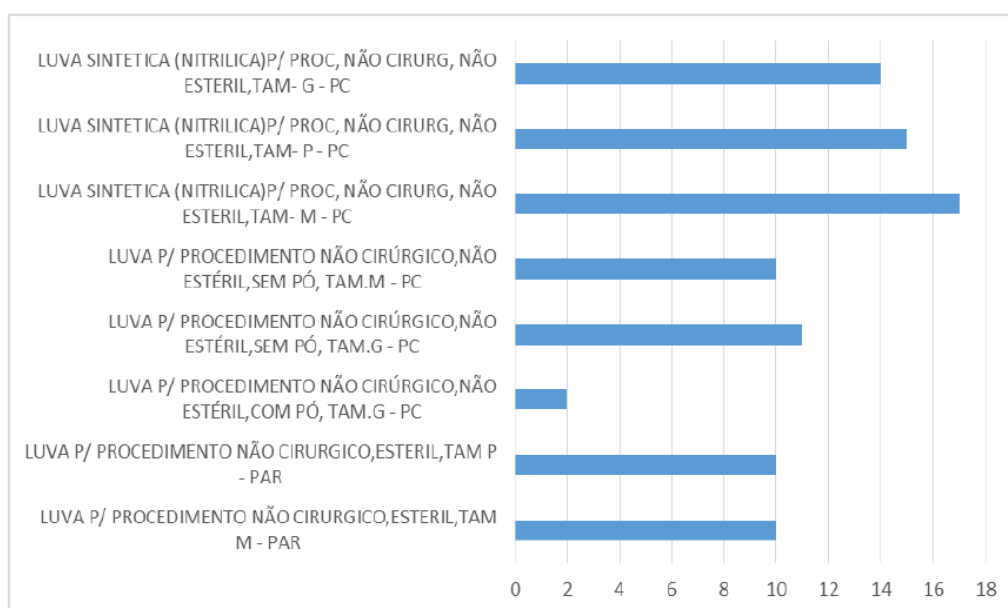


Figura 17. Demonstrativo dos pedidos de luvas não atendidos pelo almoxarifado no 3º trimestre de 2014.
Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com as requisições internas, houve uma necessidade de substituição de materiais no decorrer dos dias para manter a assistência aos clientes, o que pode ter alguma interferência no desempenho adequado e seguro da assistência. Os resultados revelaram o emprego indevido de materiais de consumo; uso de materiais de baixa qualidade; uso irracional; e improvisos; além de falhas no manuseio por profissionais, que corroboram com os apontamentos de Lopes, Dyniewicz e Kalinowski (2010).

Para estas situações, os mesmos autores sugerem que o gestor da unidade em conjunto com o setor de compras organize um portfólio qualificado de fornecedores de produtos, além de programas internos de conscientização sobre o uso racional dos materiais (Lopes, Dyniewicz, & Kalinowski, 2010).

De acordo com a ANVISA (2013b), a investigação dos possíveis fatores de risco, fontes e causas dos episódios, como um dos instrumentos utilizados para intervir nas questões

da segurança e da qualidade, contribui para o entendimento da dinâmica da ocorrência dos danos, orientando as mudanças nas práticas assistenciais e nas regulamentações com vistas a evitar a sua recorrência.

Os gestores (responsáveis pelas aquisições hospitalares) precisam ser informados a respeito das falhas na compra, entrega e distribuição, e devem buscar alternativas de controle de compras. O gerenciamento de materiais tem como finalidade suprir os recursos materiais necessários para a organização de saúde, com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo certo e, sobretudo, ao menor custo (Paschoal & Castilho, 2010; Vecina Neto & Reinhardt Filho, 1998).

Além das estratégias para planejamento das verbas anuais, destinadas a insumos essenciais, para que não haja desabastecimento nas UTIs, a renovação dos *softwares*, para que informem a baixa dos estoques num limite mínimo seguro para propiciar novos pedidos de compra, geraria uma margem de segurança para garantir as boas práticas dos profissionais, salvaguardando os usuários hospitalizados de efeitos adversos (aqueles que ocorrem durante a internação, mas não associados à doença de base) (ANVISA, 2013b).

Administrar passou a ser uma tarefa das mais complexas e vai além da burocracia ou do tecnicismo. Administrar, atualmente, é gerir com ênfase nos recursos humanos, no capital intelectual e nos processos. Entre este último encontra-se o de suprir, adequadamente, o ambiente hospitalar com materiais adequados que garantam a qualidade, a produtividade, a satisfação dos pacientes e a prestação de serviços pela equipe hospitalar (Roberto & Lira, 2010).

Desta forma, propomos um impresso para conferência diária, para ações corretivas ao processo de notificação de falta dos insumos, conforme a Figura 18.

Notificação de Falta de Insumos			
Data _/_/____	Código	Descrição do material	Escore de Risco para IRAS
Quantidade			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Assinatura e Carimbo			
Escore: de 7 a 9	Risco Baixo	Ações corretivas: Registro sem notificação	
Escore: de 11 a 13	Risco Médio	Ações corretivas: Notificação ao departamento de compras	
Escore: de 16 a 18	Risco Alto	Ações corretivas: Notificação imediata à SCCIH	
Classificação ABC	Classificação XYZ	Falta	Escore de Criticidade
A (=3)	X (=1)	5	9 (Baixo Risco)
A (=3)	Y (=5)	5	13 (Médio Risco)
A (=3)	Z (=10)	5	18 (Alto Risco)
B (=2)	X (=1)	5	8 (Baixo Risco)
B (=2)	Y (=5)	5	12 (Médio Risco)
B (=2)	Z (=10)	5	17 (Alto Risco)
C (=1)	X (=1)	5	7 (Baixo Risco)
C (=1)	Y (=5)	5	11 (Médio risco)
C (=1)	Z (=10)	5	16 (Alto Risco)

Figura 18. Modelo proposto para registro de notificação de falta de insumos.

Fonte: Elaborada pela autora.

4.1.3 Percepção dos profissionais da UTI

Dos profissionais existentes na unidade (Figura 19), os respondentes da pesquisa foram:

- 35% enfermeiros;
- 9% médicos;
- 9% fisioterapeutas;
- 17% técnicos em enfermagem;
- 30% auxiliares de enfermagem.

O tempo médio de exercício profissional na instituição e na unidade estudada entre os profissionais entrevistados foi de 6 anos e meio. Não foram considerados os médicos residentes, devido ao fato de serem profissionais em constante rodízio entre diferentes setores,

e outros profissionais, como uma nutricionista, devido à reduzida carga horária semanal no setor. Dos participantes, 100% relataram que as luvas, as máscaras e os aventais são disponíveis na unidade em boa parte do tempo. Porém, o item mais apontado como em falta é o avental de isolamento, o qual não é solicitado pela enfermagem ao almoxarifado, e sim requerido à rouparia, a qual apresenta alguns intervalos para entrega dos enxovais em períodos longos, devido à terceirização da empresa que realiza a higiene.

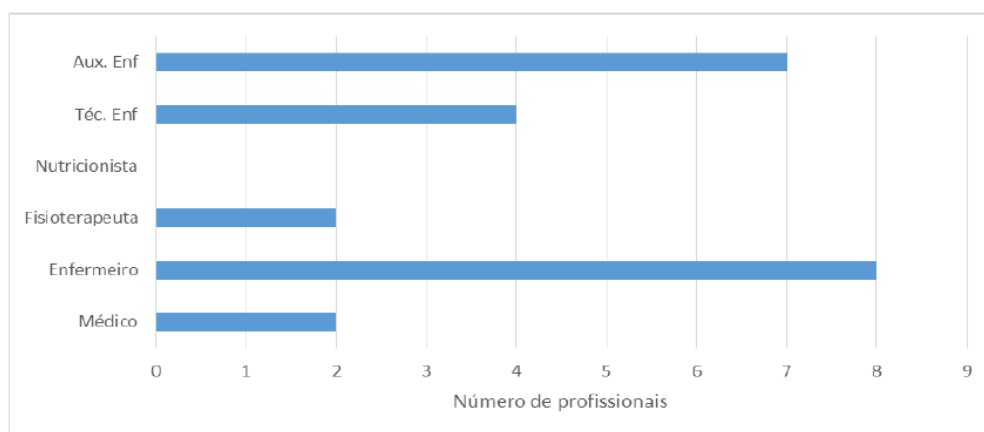


Figura 19. Número de profissionais da unidade que participaram da pesquisa.

Fonte: Elaborada pela autora.

A seguir, as respostas são apresentadas de acordo com o roteiro semiestruturado. A primeira questão se refere à percepção sobre o abastecimento de EPIs, cujas respostas estão na Tabela 1.

Questão 1. Quanto ao uso de EPIs, quais os usualmente disponíveis na sua unidade?

Tabela 1. Percepção dos profissionais sobre a disponibilidade de EPIs.

Insumos para EPI	Total	%
Luvas de procedimento e estéreis	19	83
Óculos	14	61
Máscara	17	74
Gorro	5	22
Avental	19	83
Máscara nº 95	1	4
Álcool gel	1	4

Questão 2. Quais os materiais cujas faltas são observadas com mais frequência em sua unidade?

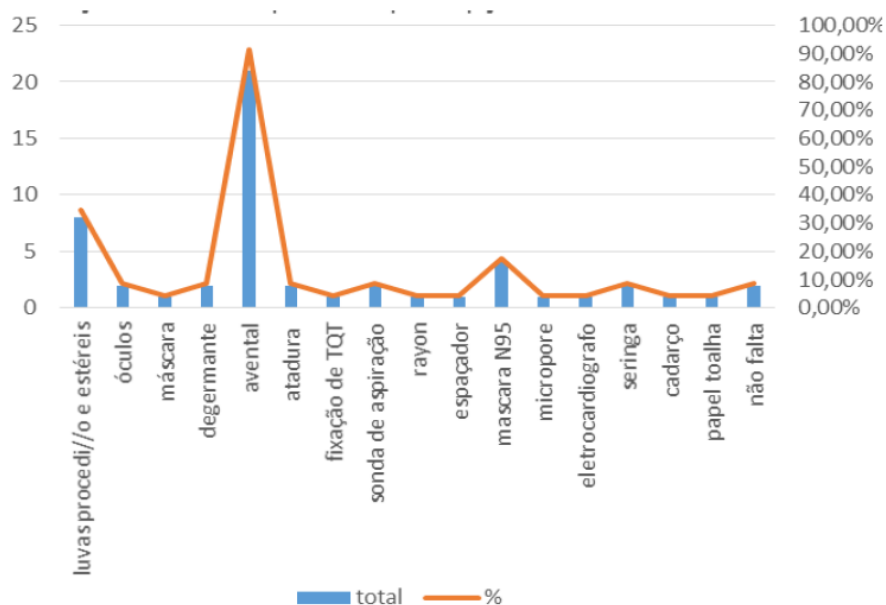


Figura 20. Distribuição dos itens em falta quanto à percepção do colaborador.

Fonte: Elaborada pela autora

O avental de manga longa foi apontado como item crítico em 90% das respostas, conforme demonstra a Figura 20. A particularidade deste item é que a instituição assumiu o avental de tecido (higienizado em empresa terceirizada) como o principal material a ser utilizado, este é pelo setor de rouparia, por meio telefônico, o que inviabiliza a quantificação do volume entregue, bem como a falta. A maioria dos participantes, 19 (83%), afirma que há EPIs disponíveis e quantidade suficiente de luvas e aventais (Tabela 1), porém, na Figura 19, está pontuada a percepção dos colaboradores quanto aos quesitos que apresentam o maior percentual de falta, não entregues pelo Serviço de Suprimentos, são os materiais que fazem parte dos EPIs, dentre eles o avental.

Questão 3. Quais as dificuldades na prestação de assistência relacionadas com a falta de material em sua unidade?

Tabela 2. Percepção dos profissionais quanto à dificuldade na assistência por falta de materiais.

Percepção	Total	%
Demora no atendimento	6	26,08
Qualidade da assistência	1	4,34
Falta de materiais	4	17,39
Dificuldade em organizar o atendimento	1	4,34
Precaução de contato	2	8,69
Infecção cruzada	6	26,08
Exame do paciente	1	4,34
Medicação	1	4,34
Reposição de material	2	8,69

Adaptação de equipamentos	1	4,34
Não há falta	1	4,34
Uso inadequado	1	4,34

Questão 4. Por quais motivos você acha que os materiais faltam?

Tabela 3. Percepção dos profissionais sobre a razão da falta de materiais.

Percepção	Total	%
Má administração e planejamento	7	30,43
Previsão inadequada do consumo	7	30,43
Desperdício de material e improvisação	8	34,78
Falta de prioridades	1	4,34
Verbas insuficientes	1	4,34
Falta de pessoal treinado na entrega	7	30,43
Falta de organização e controle do estoque	7	30,43
Não sabe	1	4,34
Não há falta	1	4,34

É importante salientar que a falta de material pode ser produzida, também, pela demora na entrega dos mesmos pelos fornecedores terceirizados, reiterando a necessidade de um planejamento de materiais que inclua este problema a ser levado em conta. Independentemente dos motivos, a realidade é que a carência de recursos financeiros determina a diminuição ou mesmo a supressão da aquisição de materiais, fazendo com que os profissionais de enfermagem utilizem o artifício da improvisação na assistência para substituir o material ausente (Vagheti, Roehrs, Pires, & Rodriguez, 2011).

Questão 5. Sugestões que você daria para a melhoria do desempenho em sua unidade?

Tabela 4. Sugestões dos profissionais para melhorias no abastecimento de insumos.

Percepção	Total	%
Planejamento e organização	9	39,13
Compromisso	1	4,32
Adequação do setor de compras	2	8,69
Controle da distribuição e agilidade	5	21,73
Controle da utilização e estoque	14	60,86
Educação p/ uso consciente	7	30,43
Previsão do consumo	4	17,39
Almoxarifado 24 horas	2	8,69
Horário fixo de entrega e reposição pelo almoxarifado	4	17,39
Comunicação efetiva	1	4,32
Visualização do estoque	1	4,32
Objetivos claros	1	4,32
Confecção de kits para procedimentos	1	4,32

Os respondentes discorreram sobre a necessidade de um maior planejamento e organização do abastecimento e sobre o controle do uso e estoque pelo setor. Quanto a essa visão, Paschoal e Castilho (2010) afirmam que:

“O SGM, além de aprimorar o controle de material, devido à agilidade e praticidade, induz o profissional refletir suas atitudes no dia a dia do trabalho, devido a sua responsabilização no processo. Outro aspecto é que a partir do momento que o usuário adquire confiança no sistema de gestão de material, ele deixa de solicitar o material em abundância para se sentir seguro ao prestar assistência ao paciente”.

Questão 6. Na falta de um item, qual a atitude da equipe de trabalho?

Tabela 5. Medidas apontadas na falta de suprimentos como tomada de decisão.

Percepção	Total	%
Substitui por similar ou improvisa	7	30,43
Solicita ao almoxarifado/rouparia	7	30,43
Empresta de outra unidade	12	52,17
Não realiza o procedimento	2	8,69
Comunica a chefia, a SCCIH e a escriturária	9	39,13

Na tentativa de minimizar esse problema ocorrem empréstimos de materiais entre algumas unidades hospitalares, mas nem sempre isso é possível, porque na maioria das vezes há falta de material em todas as unidades, devido ao déficit no estoque do almoxarifado (Mendes & Castilho, 2009).

Questão 7. Quais os itens de consumo mais importantes na sua atividade diária?

Tabela 6. Itens considerados essenciais ou mais importantes para o profissional.

Insumos	Total	%
Todos	6	26,08
Luvas de procedimento e estéreis	16	69,56
Avental de isolamento	16	69,56
Soro fisiológico	3	13,04
Óculos	4	17,39
Máscara	10	43,47
Filtro HME	1	4,32
Seringas	3	13,04
Agulhas	2	8,69
Swab alcoólico/álcool	3	13,04
Degermante/Clorexidina	1	4,32
Gaze	1	4,32
Ataduras	1	4,32

Lençóis	1	4,32
---------	---	------

Questão 8. Qual sentimento você tem quando deixa de prestar assistência de qualidade pela falta de insumos?

Tabela 7. Expressão da percepção relatada pelos colaboradores na falha de assistência por falta de material.

Percepção	Número de respostas	%
Impotência	5	21,73
Tristeza	2	8,69
Raiva/revolta	3	13,04
Frustração	4	17,39
Inconformismo	1	4,32
Indignação	1	4,32
Desânimo	1	4,32
Preocupação	1	4,32
Assistência prejudicada	3	13,04
Não se envolve emocionalmente	3	13,04
Não realiza o procedimento	3	13,04

Questões nevrálgicas como essa são comuns na realidade dos hospitais públicos e devem ser cuidadosamente consideradas, sob a pena de serem mais um fator de estresse para a equipe de enfermagem, que já trabalha em situações que envolvem os limites da vida, e de descrença desses hospitais (Vaggetti, Roehrs, Pires, & Rodriguez, 2011). Além de causar estresse na equipe multiprofissional, a falta de um material de consumo nas unidades hospitalares leva à descontinuidade da assistência prestada e consequentemente danos ao paciente (Mendes & Castilho, 2009).

Questão 9. O que poderia melhorar em relação ao abastecimento de insumos em sua unidade?

Tabela 8. Sugestões de melhorias apontadas pelos respondentes (em ordem decrescente).

Sugestões de melhorias	Total	%
Agilidade na reposição do material	1	4,32
Nada	1	4,32
Compromisso e conscientização dos profissionais	3	13,04
Controle diário dos estoques	3	13,04
Redução do desperdício	6	26,08
Administração direta das compras e estoque	9	39,13
Organização do atendimento	9	39,13
Planejamento institucional	13	56,52

Contudo, a contínua busca pela eficiência tecnocientífica requer uso racional de recursos, sem aquisição de arranjos ou improvisações indevidas de materiais e equipamentos que possam provocar práticas inconsequentes em serviços de saúde (Oliveira & Chaves, 2012).

Questão 10. Aponte uma situação crítica (que mais o incomoda) no desempenho de suas funções relacionadas à utilização de materiais.

Tabela 9. Respostas quanto aos fatores considerados críticos da falta de abastecimento.

Pontos críticos	Total	%
Falta de material	15	65,21
Desperdício/uso inadequado	14	60,86
Má qualidade do material	4	17,39
Perda de tempo	2	8,69
Assistência inadequada	2	8,69
Qualidade	2	8,69
Quantidade insuficiente	2	8,69
Indisponibilidade	2	8,69
Comunicação/informação	1	4,32
Nenhum	2	8,69

Os trabalhadores entendem que o desperdício tem se tornado uma prática inevitável, mesmo que não intencional, pois necessitam, cotidianamente, subutilizar e até inutilizar materiais para garantir o exercício do cuidado (Vagheti *et al.*, 2011). Dentre as reformulações necessárias em busca da qualidade do material oferecido está a melhora nas especificações dos materiais padronizados e não padronizados, sendo possível obter materiais de qualidade superior e conseqüentemente melhora da assistência oferecida (Garcia, Haddad, Dellaroza, Costa, & Miranda, 2012).

A reposição contínua leva ao aumento da frequência das entregas dos materiais sincronizando-as com a demanda, reduzindo drasticamente os estoques (Barbieri & Machline, 2006). A qualidade é um aspecto importante não apenas no teste de materiais durante o processo de compra, mas também durante o acompanhamento do uso destes materiais com visitas à segurança do paciente e da equipe (Oliveira & Chaves, 2012).

Apesar dos entrevistados mostrarem “conhecimento” ou “consciência” sobre os riscos aos quais estão expostos ao prestarem assistência na UTI de adultos, constata-se que ainda é preciso ampliar as discussões sobre biossegurança, através da adoção de medidas voltadas para educação permanente. A instituição deve proporcionar aulas, cursos, seminários e palestras com o objetivo de evidenciar a importância da adoção e implementação de medidas

visando à proteção e segurança não só dos profissionais como também dos pacientes que estão sob seus cuidados. Além disso, é preciso que haja reformulação de políticas de prevenção de riscos ocupacionais, avaliação contínua da saúde dos trabalhadores e dos ambientes hospitalares (Amaral, Pinheiro, & Cava, 2012).

No estudo apresentado por Roberto e Lira (2010), e também na opinião dos entrevistados, o ideal é que o processo de controle de materiais num hospital esteja sobre a responsabilidade técnica de um profissional preparado e que se conte com um número suficiente de pessoas, com formação adequada, de acordo com a complexidade e as funções desenvolvidas em cada processo. Um ponto importante para ressaltar é que a Gestão de Suprimento de Materiais não tem recebido o devido trato profissional, desvalorizando-se o setor, por conseguinte a empresa hospitalar. Por vezes, delega-se essa responsabilidade a colaboradores não qualificados para o exercício da função. Os conceitos básicos, a linguagem técnica e os conhecimentos necessários devem ser adquiridos através de cursos especializados, o que resulta em ganhos de qualidade, produtividade, investimento no capital humano, eficiência e eficácia (Roberto & Lira, 2010).

Na UTI estudada, em abril de 2014, houve a admissão de um novo profissional oficial administrativo e, com mais esse apoio, foi possível realizar a solicitação e conferência de materiais diariamente, além de reduzir a quantidade de material estocado na unidade, adequando as necessidades aos pedidos. Com o apoio de mais um profissional para conferência de entrega e, inclusive, estocagem, foi possível também observar as falhas relacionadas aos prazos de entrega do material na unidade de estudo, pois os mesmos apresentaram (em sua maioria) um período de falta incompatível com o período de compras e entrega do material pelas empresas.

O atendimento ou entrega (em prazo certo, local certo e quantidade certa) é a dimensão da qualidade em que são medidas as condições de entrega dos produtos ou serviços finais e intermediários de uma organização: índices de atrasos na entrega, índices de entrega em local errado e índices de entrega de quantidades erradas. Nessa dimensão estão incluídas as questões relativas à acessibilidade aos serviços e o tempo de espera para o atendimento (Roberto & Lira, 2010).

5. CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

A assistência ao paciente não é apenas o exercício do cuidado em si, mas atender de forma satisfatória e sem incidentes que ocasionem prejuízo ao paciente. Este cenário é o esperado, uma vez que a administração hospitalar buscar, através de recursos materiais e humanos, a segurança do paciente, minimizar o risco de IRAS, entre outros objetivos. O levantamento realizado no período de 2012 a 2013 demonstrou falhas de abastecimento, principalmente entre o 3º e 4º trimestre de 2012, como observado com os aventais, considerados insumos fundamentais para assistência ao cliente.

Se as unidades puderem utilizar um sistema que as auxilie na classificação de custo/criticidade, isso facilitará a observação do perfil específico do cliente e suas prioridades de atendimento, para que tenham disponibilidade do material mais utilizado, pois a gama de materiais existentes em um hospital de grande porte é imensa, tendo um universo específico para cada unidade.

A atualização do valor de compra dos materiais é necessária uma vez por ano, quando a compra ocorre por licitação, já que o registro de preço garante ao serviço de compras o valor por um determinado período.

A flexibilidade dos serviços de suprimento em estabelecimentos de saúde deve permitir que os profissionais tenham suas necessidades assistenciais atendidas ao máximo, para que haja otimização do tempo, que pode e deve ser dedicado com mais afinco aos pontos que impactam na segurança do paciente, na confiança do colaborador, na gestão dos processos e na atualização constante das técnicas e conhecimentos gerenciais e assistenciais.

A ocorrência de IRAS apresentada no período do estudo denota que a incidência é alta e que, apesar de em julho não haver nenhuma pneumonia associada à ventilação mecânica, as infecções relacionadas à corrente sanguínea e ao trato urinário, porém, foram mantidas. Coincidentemente, culminou com a substituição das luvas de procedimento e estéreis por falta dos tamanhos adequados para manutenção da assistência prestada.

Na percepção dos colaboradores, foi pontuado o interesse em conhecer e manusear os *softwares* de suporte à logística, os quais devem ser introduzidos para atender às necessidades de todos os *stakeholders* envolvidos no processo do cuidar, e, desta forma, consigam alimentar planilhas eletrônicas com os dados essenciais, para uma gestão não apenas assistencial e logística, mas administrativa, financeira e pública, e, principalmente, assegurem as premissas de acesso, equidade e integralidade da assistência à saúde.

A aquisição de *softwares* que forneçam consumo e custo individualizado por setor e por paciente auxiliaria os gestores locais a visualizarem as contas, gerando uma demanda de controle maior que a atual, pois hoje não se sabe na instituição estudada quanto se gasta com insumos.

Estudos complementares devem ser realizados na UTI após a implantação da escala ABC e XYZ associada ao risco de IRAS por um período de análise maior. Porém, a percepção sobre o insumo, levando em consideração a sua criticidade, faz com que os colaboradores fiquem alertas para a falta do mesmo, pois deixa claro o maior risco de ocorrência de IRAS, mesmo se o insumo for considerado de menor custo.

A assistência segura ao paciente deve ser responsabilidade de todos os envolvidos intra e extrasetor, sendo o novo fluxograma proposto das relações entre diferentes setores responsáveis pelo abastecimento a forma encontrada para agilizar o sistema de solicitações e logística dos insumos para a UTI estudada (Figura 21).

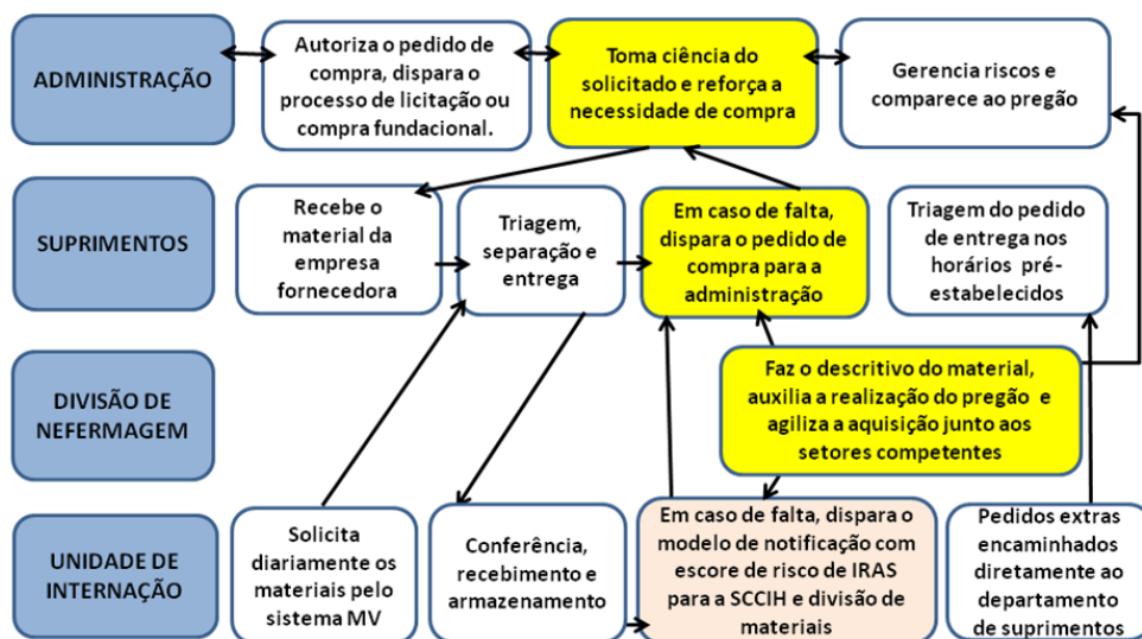


Figura 21. Fluxograma do sistema de aquisição de materiais para a UTI após a intervenção.
Fonte: Elaborada pela autora.

Com esse novo fluxo, o tempo de entrega de insumos na UTI diminuiu (passando a ser diário) e o profissional da assistência ganhou mais tempo para se dedicar ao cuidado do paciente, sem ter que empregar parte dele em busca de insumos em outros setores, na tentativa de solucionar problemas administrativos de abastecimento.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste momento de adequação das áreas de atendimento ao cliente, pensar em formas de melhorias na elaboração das requisições de insumos demanda solucionar problemas diretamente relacionados ao funcionamento dos programas informatizados e seus recursos, além do maior envolvimento dos colaboradores externos e internos do Serviço de Terapia Intensiva no reconhecimento das possibilidades para resolver problemas de abastecimento de insumos.

Devido ao problema ocorrido pela falta de abastecimento de aventais em 2012, as lições aprendidas serviram como sinalizadores da falta de um insumo com os riscos de IRAS em uma UTI. É importante ressaltar que qualquer material usado na assistência ao paciente é de suma importância, mas a análise das classificações ABC e XYZ dos 164 itens colocaram alguns materiais em maior relevância, mais do que o seu valor unitário, como no caso das luvas (C, Z) e aventais descartáveis (B, Z) pelo nível de criticidade. Isso não estava claro na percepção dos profissionais, que apenas associaram a falta dos aventais com o aumento de casos de IRAS no ano de 2012.

Ficou evidente ainda que o aumento do aporte de luvas, no momento da falta de abastecimento de aventais, não torna o item avental passível de substituição, corroborando com a classificação Z, ou seja, não pode ser substituído por outro equivalente em tempo hábil para evitar transtornos, o que poderia causar paralisações e riscos na assistência. A utilização do escore de criticidade e custo é também um facilitador para o profissional da administração de materiais e do setor de suprimentos, e permite utilizar adequadamente as verbas públicas e ter maior controle e participação da SCCIH. Esse sistema de pontuação permite, também, vislumbrar o nível crítico a que chega a ausência de insumo básico de baixo custo, porém fundamental para a assistência.

Em momento algum se deve descuidar do processo de orientação e conscientização dos colaboradores em reduzir o desperdício e a improvisação, pois esse mecanismo fará com que gradualmente os envolvidos no processo acabem sugerindo melhorias para a manutenção da assistência com segurança.

Conhecer a percepção dos colaboradores evidencia a necessidade de orientação contínua a respeito das possibilidades de melhoria, atraem o gestor a investir e viabilizar as soluções encontradas pela equipe, otimizando os processos para atingir os objetivos a que se destinam as instituições de saúde.

Munidos de planilhas de classificação de custo e criticidade, registro do consumo diário e mensal e atuando juntamente com o setor de suprimentos, as requisições elaboradas pela autora usadas na UTI poderiam ser digitalizadas por um *software* que calculasse automaticamente a quantidade diária e, a partir daí, gerasse um alerta de pedido ao setor de abastecimento. As notificações manuais apenas seriam feitas quando houvesse necessidade de materiais especiais e/ou de alto custo. Com isso, o tempo e o direcionamento das atividades dos profissionais na assistência seriam exclusivamente voltados para o cuidado do paciente, não mais para resoluções de ordem administrativa, como ocorria antes da implantação da planilha de notificação e do novo fluxo de trabalho.

Dado que poucos estudos nesta área foram encontrados na literatura especializada, outra limitação desta pesquisa foi a não inclusão da análise quantitativa associando os casos de IRAS à falta individual de algum tipo de insumo ou EPI, o que possibilita a oportunidade de estudos futuros sob essa ótica. Ainda estudos complementares que comparem os sistemas de abastecimento de insumos em UTIs em hospitais privados poderiam ser explorados, dado que outros fatores de falhas no abastecimento podem ser sinalizados, pois o sistema de aquisição de materiais (compras) da iniciativa privada difere muito do setor público, baseado em licitações.

REFERÊNCIAS

- Amaral, M. H. de S. P., Pinheiro, M. D. P., & Maria La Cava, A. (2012). Riscos inerentes ao trabalho da equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. *Acreditação*, 1(1), 29-45.
- Andrade, M.M. (2002). *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas* (5ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2014). *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Recuperado em 5 novembro, 2014, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2013a). *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática* (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 1a ed.). Recuperado em 15 junho, 2014, de <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%20%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2013b). *Medidas de prevenção de infecção relacionada à saúde*. Recuperado em 20 outubro, 2014, de: <http://portal.ANVISA.gov.br/wps/content/ANVISA+Portal/ANVISA/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Aulas+Cursos+Cartazes+Publicacoes+e+Seminarios/Controle+de+Infeccao+em+Servicos+de+Saude/Manuais>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2011). Prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. *Boletim informativo Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde*, 1(2). Brasília, DF.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). *Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea*. Brasília. Recuperado em 15 junho, 2014, de: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef02c3004a04c83ca0fda9aa19e2217c/manual+Final+preven%C3%A7%C3%A3o+de+infec%C3%A7%C3%A3o+da+corrente.pdf?MOD=AJPERES>.

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2009). *Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos*. Brasília. Recuperado em 18 junho, 2014, de: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf.
- Baldy, J. L., Russo, S., Jabur, A., Fantinato, I. C., & Yamamura, M. (1990). Comunicação visual na prevenção de infecções hospitalares: um estudo realizado no centro de terapia intensiva do hospital evangélico de Londrina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 36(3/4), 144-149.
- Barbieri, J. C., & Machline, C. (2006). *Logística hospitalar: teoria e prática* (pp. 51-191). São Paulo: Saraiva.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, R. E. A. *Módulo 1. Legislação e criação de um programa de prevenção e controle de infecção hospitalar (Infecção relacionada à assistência à saúde – IRAS)*. Recuperado em 17 abril, 2014, de <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/iras/M%F3dulo%20%20%20Legisla%20e%20Programa%20de%20Preven%20e%20Controle%20de%20Infec%20Hospitalar.pdf>.
- Brandalise, L. T., Pertile, A., & Bortoli, D. (2009). Gestão hospitalar e a logística: um estudo de caso. *Ciências Sociais em Perspectiva*, 8(13).
- Campana, Á. O. (1999). Metodologia da investigação científica aplicada à área biomédica: investigações na área médica. *Jornal de Pneumologia*, 25(2), 84-93.
- Campos, J. F., & David, H. S. L. (2011). Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 363-8.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614.
- Capellato, C., & Airton, J. (2012). Organização de arranjo físico em armazém de panificação: uma proposta empregando a classificação de materiais XYZ. *Revista Negócios em Projeção*, 3(1), 51-67.

- De Figueiredo, M. L., & Zuffi, F. B. (2012). Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Enfermería global*, 28:147-158.
- De Oliveira, C. M. (2011). Curva ABC na gestão de estoque. *III Encontro Científico e Simpósio de Educação Unisaesiano*, Lins, SP, Brasil.
- Departamento Nacional de Auditoria do SUS (2004). *Manual de auditoria na gestão dos recursos financeiros do SUS*. Recuperado em 20 junho, 2014, de http://sna.saude.gov.br/download/Manual%20Recurso%20%20Financeiro_2004-jul.pdf.
- Dias, M. A. P. (1995). *Administração de materiais: resumo da teoria, questões de revisão, exercícios, estudos de casos* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care Women International*, 13(3), 313-321.
- Fernandes, H. da S., Silva, E., Capone Neto, A., Pimenta, L. A., & Knobel, E. (2011). Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 9(2), 129-37.
- Ferreira, R. S., & Bezerra, C. M. F. (2011). Atuação da comissão de controle infecção hospitalar (CCIH) na redução da infecção: um estudo no hospital da criança Santo Antônio. *Norte Científico*, 5(1), 30-45.
- Freitas, P. F., Campos, M. L., & Cipriano, Z. M. (2000). Suitability of the Hospital Infection National Surveillance System (NNISS) risk index for the prediction of the incidence of surgical site infection at a university hospital in Florianopolis, South Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 46(4), 359-362.
- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (2009). *Cartilha de Gestão de Custos Hospitalares*. Recuperado em 20 junho, 2014, de <http://www.fhemig.mg.gov.br/en/.../357-cartilha-gestao-de-custos-hospitalares>.
- Gallotti, R.M.D. (2004). Eventos adversos - o que são? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2): 109-126.

- Garcia, S. D., Gil, R. B., Laus, A. M., Haddad, M. C. L., Vannuchi M. T. O., & Taldivo, M. A. (2013). Gerenciamento de recursos materiais na prática da higienização das mãos. *Revista de Enfermagem da UFPE on-line*, 7(5), 1342-1348.
- Garcia, S. D., Haddad, M. C. L., Dellaroza, M.S.G., Costa, D. B., & Miranda, J.M. (2012). Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2): 339-346.
- Grittem, L., Meier, M. J., & Zagonel, I. P. S. (2008). Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17(4), 765.
- Honório, M. T., & Albuquerque, G. L. (2008). A gestão de materiais em enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 4(3), 259-268.
- Infante, M., & Santos, M. A. B. dos (2007). A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 945-954.
- Kamada, I., & Rocha, S. M. M. (1997). Assistência de enfermagem em unidade de internação neonatal: medidas para prevenção de infecções hospitalares. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(1), 37-48.
- Koerich, M. S., Backes, D. S., Sousa, F. G. M. D., Erdmann, A. L., & Albuquerque, G. L. (2009). Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3), 717.
- Lanna, E. (2010). *A importância da gestão eficiente de recursos materiais na área hospitalar*. Recuperado em 14 junho, 2014, de <http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/a-importancia-da-gestao-eficiente-de-recursos-materiais-na-area-hospitalar/50386/>
- Lei 4.401 de 1964*. Estabelece normas para a licitação e obras e aquisição de materiais no Serviço Público da União e dá outras providências. Recuperado em 20 junho, 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4401.htm.

- Lima, F.R.O, & Rodrigues, R.N.M. (n.d.). Almoxarifado Hospitalar. Recuperado em 25 agosto, 2014, de <http://www.administradores.com.br/.../almoxarifado-hospitalar/1679/download>.
- Lino, M. M., & Silva, S. C. da. (2001). Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Revista Nursing*, 4(41), 25-29.
- Lopes, L. A., Dyniewicz, A. M., & Kalinowski, L. C. (2010). Gerenciamento de materiais e custos hospitalares em UTI neonatal. *Cogitare Enfermagem*, 15(2).
- Lourenço, K. G., & Castilho, V. (2006). Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 52-5.
- Madureira, C. R., Veiga, K., & Sant'ana, A. F. M. (2000). Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. *Revista Latino-americana de Enfermagem de Ribeirão Preto*, 8(6), 68-75.
- Manzini, E.J. (2003). Análise de artigos da Revista Brasileira de Educação Especial (1992-2002). *Revista Brasileira de Educação Especial*, 9(1), 13-23.
- Manzini, E.J. (2012). Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. *Revista Percorso - NEMO*, 4(2),149-171.
- Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2009). Metodologia da investigação científica para Ciências Sociais Aplicadas (2a ed.). São Paulo: Atlas.
- Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático (10): 27-30*.
- Mattar, F. N. (1999). Pesquisa de Marketing (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Meaulo, M.P. & Pensutti, M. (2011). A gestão de estoques em ambientes hospitalares. In: *VIII Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração*. Recuperado em 23 agosto, 2014, de: <http://www.convibra.com.br>.
- Mendes, K.G.L., & Castilho, V. (2009). Determinação da importância operacional dos materiais de enfermagem segundo a Classificação XYZ. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 27(4):324-329.

ANEXO I. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M () F ()

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº: APTO.:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Falta de abastecimento de insumos hospitalares como fator de risco para a infecção relacionada à saúde (IRAS): novas propostas de gestão de compras de uma UTI.

PESQUISADOR: Walquiria Barcelos de Figueiredo

CARGO/FUNÇÃO: Enfermeira

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº COREN 48158-SP

UNIDADE DO HCFMUSP: UTI de Clínica Médica de Emergências

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO (X)

RISCO MÉDIO ()

RISCO BAIXO ()

RISCO MAIOR ()

DURAÇÃO DA PESQUISA: 4 meses

– Desenho do estudo e objetivo(s): “essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa conhecer a opinião do profissional que trabalha

na instituição, com o objetivo de melhorar o desempenho técnico das atividades diárias ao sugerir melhorias no processo de aquisição e distribuição de materiais”.

1. Descrição dos procedimentos que serão realizados com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros: Aplicação de questionário aberto relacionado ao desempenho dos processos de cuidar e relacionamento com os insumos na unidade;
2. Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados: Aplicação do conhecimento livre e esclarecido e aplicação do questionário pela pesquisadora mediante o aceite do participante;
3. Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3: não apresenta risco ao participante;
4. Benefícios para o participante: Não há benefício direto para o participante, apenas após o término do estudo e se for de interesse institucional a opção das implantações de melhorias sugeridas que poderão no futuro trazer benefícios para a equipe;
5. Garantia de acesso: Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas;
6. O principal investigador é a enfermeira Walquiria Barcelos de Figueiredo, que pode ser encontrada no endereço: Hospital das Clínicas, Instituto Central. Telefone(s): 2661-7233/7232. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar. Tel.: 2661-6442, ramais 16, 17, 18. *E-mail*: cappesq@hcnet.usp.br;
7. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, bem como a deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
8. Direito de confidencialidade: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante;
9. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
10. Despesas e compensações: Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação;
11. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Nos casos que se pretende armazenar o material coletado para pesquisas futuras deve-se colocar no TCLE uma breve justificativa sobre tipos de informação que poderão ser obtidos nas pesquisas futuras, utilizando o material biológico por ele doado, para fins de conhecimento e decisão autônoma do sujeito que deverá afirmar claramente:

“Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Falta de abastecimento de insumos hospitalares como fator de risco para a infecção relacionada à saúde (IRAS): novas propostas de gestão de compras de uma UTI”.

“Eu discuti com a Enfermeira Walquiria Barcelos de Figueiredo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento neste serviço.”

Assinatura do participante Data: ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data: ____/____/____

APÊNDICE I. MODELO DE PLANILHA DE CONTROLE DIÁRIO DE MATERIAIS

Item	Material	Data e horário do pedido	Data e horário da entrega	Entregue	Não entregue	A,B,C	X,Y,Z	Motivo/ Medida corretiva
1	Bloco de anotação	23/06/14 11:00 h	23/06/14 12:30 h	X		1	1	Não se aplica
2	Luva P	23/06/14 11:00 h	_____	_____	X	1	10	Não há no almoxarifado. Solicitar pedido emergencial ao departamento de compras
3	Álcool gel							
4	Gaze							
5	Máscara							
6	Touca Própé							
7	Clorexidine Alcoólico							

APÊNDICE II. QUESTIONÁRIO DE PESQUISA APLICADO

Questão 1. Quanto ao uso de EPIs, quais os usualmente disponíveis na sua unidade?

Questão 2. Quais os materiais cujas faltas são observadas com mais frequência em sua unidade?

Questão 3. Quais as dificuldades na prestação de assistência relacionadas com a falta de material em sua unidade?

Questão 4. Por quais motivos você acha que os materiais faltam?

Questão 5. Sugestões que você daria para a melhoria do desempenho em sua unidade?

Questão 6. Na falta de um item, qual a atitude da equipe de trabalho?

Questão 7. Quais os itens de consumo mais importantes na sua atividade diária?

Questão 8. Qual sentimento você tem quando deixa de prestar assistência de qualidade pela falta de insumos?

Questão 9. O que poderia melhorar em relação ao abastecimento de insumos em sua unidade?

Questão 10. Aponte uma situação crítica (que mais o incomoda) no desempenho de suas funções relacionadas à utilização de materiais.

APÊNDICE III. AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**Autorização para Coleta de Dados**

São Paulo, outubro de 2014.

Ilma. Dr^a Thaís Guimarães
Supervisora da Equipe Técnica
Subcomissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH) – ICHC FMUSP

Prezada Supervisora,

Encaminho para conhecimento e aprovação o projeto de Dissertação de Mestrado em Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade 9 de Julho, realizado por mim com orientação da Prof^a Dr^a Simone Aquino, que será desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de Emergências Clínicas 4GN, intitulado: Falta de abastecimento de insumos hospitalares como fator de risco para a infecção relacionada à saúde (IRAS): novas propostas de gestão de suprimentos de uma UTI.

Para viabilidade deste estudo solicitamos a V.S^a a autorização para utilização dos dados gerados pela SCCIH no período de 01/01/2014 à 30/09/2014 na UTI acima citada, os quais serão comparados no mesmo período com o fornecimento dos insumos pelo setor de Suprimentos do ICHC.

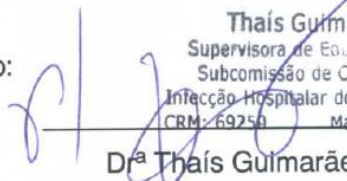
O projeto será submetido á aprovação da CAPPesq e previamente já registrado na Plataforma Brasil. Solicitamos a gentileza de retornar com o aceite e datado para dar prosseguimento ao estudo, conforme contato prévio.

Atenciosamente,



Walquíria Barcelos de Figueiredo

De acordo:



Thaís Guimarães
Supervisora de Equipe Técnica
Subcomissão de Controle de
Infecção Hospitalar do ICHC-FMUSP
CRM: 69250 Matr. HC: 47911

Dr^a Thaís Guimarães

APÊNDICE IV. FORMULÁRIO DE REGISTRO NA PLATAFORMA BRASIL

Plataforma Brasil

aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisa.jsf

Aplicativos GLPI - Autenticação Segurança do Pacie... cat FIAI HC - Mapa de Letos MV Portal NAS Dinamus.net - INSTL... http://programaaval... Plataforma Brasil e-CAC - Procurad...

Projeto de Pesquisa:

Título da Pesquisa: Número CAAE:

Pesquisador Responsável: Última Modificação: Tipo de Submissão:

Palavra-chave:



Situação da Pesquisa

Marcar Todas
 Aguardando para Tramitar
 Aprovado
 Em Apreciação Ética
 Em Edição
 Em Recepção e Validação Documental
 Não Aprovado - Não Cabe Recurso

Não Aprovado na CONEP
 Não Aprovado no CEP
 Pendência Documental Emitida pela CONEP
 Pendência Documental Emitida pelo CEP
 Pendência Emitida pela CONEP
 Pendência Emitida pelo CEP

Recurso Não Aprovado no CEP
 Recurso Submetido ao CEP
 Recurso Submetido à CONEP
 Retirado
 Retirado pelo Centro Coordenador

Projeto de Pesquisa:

Tipo	Número CAAE	Título da Pesquisa	Pesquisador Responsável	Versão	Última Modificação	Situação	Gestão da Pesquisa
P	30210014.1.0000.0008	FALTA DE ABASTECIMENTO DE INSUMOS HOSPITALARES COMO FATOR DE RISCO PARA A INFECÇÃO RELACIONADA...	Valquiria Barcelos de Figueiredo	1	27/11/2014	Em Apreciação Ética	 

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior).

Conselho Nacional de Saúde SUS Ministério da Saúde

PT 16:42 03/12/2014