

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gestão de Hemocentros: Relatos de Práticas Desenvolvidas no Brasil

I Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros

RESUMOS DAS MONOGRAFIAS FINAIS

BRASÍLIA – DF
2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada

Gestão de Hemocentros: Relatos de Práticas Desenvolvidas no Brasil

I Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros

RESUMOS DAS MONOGRAFIAS FINAIS

Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série G. Estatística e Informação em Saúde.

Tiragem: 1.^a edição – 2010 – 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Especializada

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 946

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2428

Fax: (61) 3315-2290

E-mail: sangue@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br

Coordenação:

Jussara Cargnin Ferreira – CGSH/DAE/SAS

Márcia Teixeira Gurgel do Amaral – CGSH/DAE/SAS

Mônica Baeta Silveira Santos – CGSH/DAE/SAS

Colaboração:

Bárbara de Jesus Simões – CGSH/DAE/SAS

Edição:

Djalma Agripino de Melo Filho

Fotografia da capa:

Fabiano Bastos

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Fabiano Bastos

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada.

Gestão de hemocentros : relatos de práticas desenvolvidas no Brasil : I curso de especialização em gestão de hemocentros : resumos das monografias finais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

674 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1727-4

1. Sangue. 2. Hemoderivados. 3. Hematologia. 4. Hemoterapia. I. Título. II. Série.

CDU 612.1

Catalogação na fonte - Coordenação-Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2010/0518

Títulos para indexação:

Em inglês: Management hemocentres: reports of practices developed in Brazil: 1st specialized course in management of hemocentres: summary of final papers

Em espanhol: Gestión de los bancos de sangre: informes de las prácticas desarrolladas en Brasil: I curso de especialización en la gestión de bancos de sangre: resumen de los trabajos finales

À querida Profª Luci, uma homenagem
das turmas de 2006 e 2010

“ Tenho apenas duas mãos e todo
o sentimento do mundo”.

Carlos Drummond de Andrade

Sumário*

*Os conteúdos dos textos desta publicação são de responsabilidade dos autores.

Apresentação	11
Nota Introdutória	15
PARTE I – Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde: Clima Organizacional (I)	19
Cultura e Clima Organizacionais: considerações teóricas	21
Clima Organizacional do Hemocentro João Pessoa: enfoque nos Farmacêuticos-Bioquímicos	29
Clima Organizacional do Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul – Acre	45
Clima Organizacional do Hemocentro Coordenador do Estado do Amapá: enfoque no Corpo Técnico	57
Clima Organizacional do Hemolacen – Hemocentro de Sergipe: enfoque no Corpo Técnico da Diretoria de Atividades Hemoterápicas	71
Clima Organizacional do Hemocentro Coordenador do Estado do Acre – Hemoacre	85
Clima Organizacional do Hemocentro de Roraima – Hemoraima	97
Clima Organizacional do Hemocentro Coordenador da Bahia – Hemoba: enfoque nos profissionais da área técnica do setor de coleta	109
Referências	123
PARTE II – Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde: Clima Organizacional (II)	129
Satisfação do Paciente Internado em Relação ao Serviço de Hemoterapia: o Caso do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Recife-PE)	131

O Olhar do Profissional da Agência Transfusional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco sobre a Qualidade de seu Agir	141
Clima Organizacional na Qualidade do Serviço Prestado: o caso do Hemope (Caruaru-PE)	159
O Doador de Sangue com Sorologia Reativa para Hepatite “B” e a Qualidade do Serviço Prestado	173
O Olhar do Doador de 2ª Amostra com Sorologia Positiva em DST e AIDS sobre a Qualidade dos Serviços de Atendimento no Hemepar	185
Referências	201
PARTE III – Planejamento e Gestão da Hemorrede Pública	213
Análise do Processo de Planejamento e Gestão dos Investimentos do Ministério da Saúde na Cobertura Hemoterápica Pública dos Leitos do SUS (2000 a 2005)	215
Análise das Condições Operacionais e da Cobertura Hemoterápica nos Núcleos de Hemoterapia do Piauí	241
A Rede de Hemoterapia Pública e o Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná	271
Referências	301
PARTE IV – Administração de Insumos Críticos na Hemorrede Brasileira	311
Administração de Insumos Críticos na Hemorrede Brasileira com Ênfase no Hemocentro de Natal – RN	313
Administração de Materiais na Hemorrede Brasileira com Ênfase no Hemocentro do Maranhão	337
Administração de Materiais na Hemorrede Brasileira com Ênfase no Hemocentro de Campinas – SP	351
Referências	365

PARTE V – Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública: Aquisição de Recursos Materiais	371
Considerações sobre a Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública Brasileira	373
Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública: Aquisição de Recursos Materiais no Hemocentro de Pernambuco	385
Estrutura Jurídica da Hemorrede pública – aquisição de recursos materiais na Fundação HEMOPA	397
Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública: Aquisição de Recursos Materiais do Hemocentro de Mato Grosso do Sul	407
Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública: Aquisição de Recursos Materiais no Hemocentro do Acre	415
Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública: Aquisição de Recursos Materiais no Hemonorte	423
Referências	431
PARTE VI – Avaliação do Cumprimento da Legislação do Sinasan Frente ao Modelo de Gestão da Hemorrede Pública	437
Marcos Legais da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados	439
Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo de Gestão da Hemorrede Pública do Estado do Pará	447
Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo de Gestão da Hemorrede Pública do Estado de Pernambuco	461
Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo de Gestão da Hemorrede Pública do Estado do Mato Grosso do Sul	477
Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo de Gestão da Hemorrede Pública do Estado do Rio Grande do Sul	495
Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo de Gestão da Hemorede Pública do Estado da Paraíba	513
Referências	527

PARTE VII – Custo Médio de Módulo de Coleta de Sangue Total pelo Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC)	533
Fundamentação Teórica sobre Custos	535
Custo Médio do Módulo de Coleta de Sangue Total no Hemocentro Regional de Ribeirão Preto (SP) pelo Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC)	543
Custo Médio do Módulo de Coleta de Sangue Total no Hemocentro de Amazonas pelo Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC)	563
Custo Médio do Módulo de Coleta de Sangue Total no Hemocentro Regional de Joaçaba (SC) pelo Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC)	581
Referências	599
PARTE VIII – Financiamento e Produção de Serviços	603
Forma de financiamento do Sistema Único de Saúde para custeio de Unidades Hemoterápicas da Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins	605
Financiamento: um desafio para a hemorrede pública	625
Produção de Serviços da Hemorrede Pública Municipal do Rio de Janeiro: Análise Comparativa	645
Referências	663
Participantes	671

O I Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros constitui a efetivação de um projeto pioneiro no Brasil relacionado à qualificação de gestores vinculados à política de sangue e hemoderivados. Produto da parceria estabelecida entre a Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados – DAE/SAS do Ministério da Saúde, o Departamento de Medicina Social/CCS/UFPE, a Fundação HEMOPE e o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, o Curso, desenvolvido no Recife (PE), entre os meses de março e dezembro de 2006, foi operacionalizado em 10 módulos nos quais foram ministradas oito disciplinas, perfazendo uma carga horária total de 405 horas.

Essa iniciativa promoveu, no contexto da gestão de hemocentros no Sistema Único de Saúde, a reflexão sobre configurações político-institucionais; reorganização das práticas e inovação tecnológica; planejamento, gestão e administração de serviços; controle, avaliação e financiamento.

Setenta e dois candidatos se inscreveram para seleção, dos quais 45 foram selecionados. Trinta e nove alunos, procedentes de 21 Unidades Federadas, efetivaram a matrícula. Ao final, registraram-se três desistências e 35 alunos cumpriram com os requisitos necessários para conclusão do curso.

Este livro registra de forma sistematizada as 35 monografias apresentadas pelos alunos ao final do curso. Nesse sentido, acreditamos que essa produção intelectual qualificada, tornada pública, contribua para o fortalecimento da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados

Os textos originais das monografias, apresentadas ao final do I Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros, foram editados durante o processo de produção deste livro. Destaca-se que alguns grupos de alunos se organizaram em torno de campos temáticos e desse contexto recortam objetos específicos para investigação. Nesse sentido, é natural que grupos de monografias, não obstante a especificidade dos objetos, apresentem o mesmo referencial teórico. Com o propósito de evitar repetições, procedeu-se, quando pertinente, à fusão de textos no início de cada bloco temático, antes, portanto, da apresentação das monografias. Nesse caso, a autoria tornou-se coletiva. Além disso, os textos foram padronizados, especialmente em seus aspectos metodológicos, eliminaram-se anexos e alguns títulos foram alterados. Enfim, a edição manteve a singularidade dos objetos investigados, além da autoria individualizada de cada monografia.

Cultura e Clima Organizacionais: considerações teóricas¹



Célia Maria Araújo Ferreira
Edwin Vivanco Valenzuela
Maria da Conceição Pereira Passos
Maria de Fátima Lopes Rosa
Roselene Marreira Moreira
Sandra Regina Prates de Andrade Rodrigues

¹ Este referencial teórico orientou um conjunto de seis monografias (apresentadas a seguir). Nesse sentido, a autoria da redação final, produto da síntese ou fusão de textos, é coletiva.

O HOMEM NAS ORGANIZAÇÕES

O homem é o principal foco para qualquer doutrina que envolva organizações de trabalho e, segundo Bastos (2001), é um ser ativo capaz de traçar sua trajetória no mundo social constituído de símbolos, significados, mitos, valores, crenças e rituais construídos através de suas interações sociais.

Pires e Macedo (2006) afirmam que uma organização é o sistema de atividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas em que, devido às limitações pessoais, os indivíduos são levados a cooperarem uns com os outros para alcançar certos objetivos que pela ação individual não os conseguiria.

A organização depende das pessoas para atingir seus objetivos e é por meio da interação entre que se definem os propósitos das organizações. Por este motivo, é que as ideias sobre tarefas, metas, propósitos e objetivos se tornaram conceitos organizacionais tão fundamentais (PIRES; MACEDO, 2006).

Segundo Saldanha (1989), a administração de uma organização pública ou privada, que vise ao bem-estar dos clientes externos e servidores, tem a necessidade de manter um clima saudável, favorável ao cumprimento da missão e visão e das metas do seu planejamento estratégico. Nesta conjuntura, o conhecimento da satisfação material e emocional das pessoas no trabalho apresenta-se como tema relevante.

As organizações, segundo Chiavenato (2005), são grupos de pessoas que trabalham em conjunto para utilizar e aplicar recursos organizacionais e alcançar propósitos comuns.

A saúde organizacional depende dos mais diversos fatores, variando a cada ambiente, situação, grupo. Numa organização extremamente formal, as pessoas tendem a exercer poucas aptidões e se adaptar ao conformismo e à apatia. Uma vez que se encontram limitadas a externar sua criatividade, podem, em algumas ocasiões, apresentarem um sentimento de frustração e até mesmo de conflito, pois as expectativas e sentimentos humanos não são valorizados na organização, podendo inclusive gerar distúrbios emocionais. Segundo Saldanha (1989), assim se apresenta grande parte das organizações da área pública onde em vez das pessoas assumirem a organização, frequentemente é a organização que assume e consome as pessoas.

Chiavenato (2005) ressalta que as organizações necessariamente precisam ser administradas por permitir proporcionar sentido, direção e coordenação nesse trabalho conjunto e levar a organização exatamente onde ela precisa chegar, requerendo um profundo conhecimento do Clima Organizacional (CO), sem o que, a organização pode tornar-se fria, desumana, mecânica, ineficiente e ineficaz.

As organizações são estudadas pela Teoria da Organização (TO) e a administração das organizações é estudada pela Teoria Geral da Administração (TGA), em que cada teoria administrativa tem a sua própria definição de organização (CHIAVENATO, 2005).

O desenvolvimento da TGA, que levou ao CO de hoje, surgiu no final do século XIX e início do século XX, com a Revolução Industrial, ocasião em que a Era da Agricultura deu lugar à Era Industrial e as fábricas surgidas nessa nova Era concentraram grandes contingentes de pessoas, necessitando, para a melhoria do trabalho, selecionar e treinar os trabalhadores.

Chiavenato (2005) destaca que houve quatro momentos até a chegada aos tempos modernos e à infundável busca da eficiência e eficácia, cada momento deixando sua contribuição para o CO. No primeiro momento a Teoria da Administração Científica de Taylor com ênfase na tarefa individual do trabalhador, constituindo-se no primeiro passo para a formação da teoria administrativa atual, introduzindo o conceito de *Homo Economicus*.

No segundo, o momento do Homem Organizacional com ênfase na Estrutura Organizacional, constituído de quatro movimentos distintos: a Teoria Clássica de Fayol, com os conceitos de organização, administração e funções da empresa; o Modelo Burocrático de Max Weber, com a excessiva autoridade burocrática e controle das pessoas; a Teoria Estruturalista considerando pela primeira vez o contexto externo e que vivemos numa sociedade de organizações, e; a Teoria Neoclássica, a chamada Administração por Objetivos, enfatizando os fins e objetivos a serem alcançados pela organização, o que ocasionou uma revolução dentro das organizações, sendo uma das suas maiores contribuições para o CO.

No terceiro momento com ênfase nas pessoas e mudou radicalmente a Teoria Administrativa ao valorizar as pessoas e suas diferenças individuais. É a Escola das Relações Humanas com duas teorias: Teoria da Escola das Relações Humanas, com o *Homo Social*, desviando a atenção do método de trabalho para o fator humano com o aumento da satisfação das pessoas; e a Teoria Comportamental, desenvolvida por Maslow e Herzgerb, contribuindo para o CO ao considerar a satisfação das necessidades humanas, a motivação, o comportamento organizacional, a administração participativa e o conceito de *Homem Administrativo*.

No quarto momento a ênfase é no ambiente, tendo contribuído para o CO com: análise sistêmica das organizações; conceito de *Homem Funcional*; e conceito da organização como um sistema aberto em constante interação com seu ambiente, em contraposição ao ambiente interno, Conceito também chamado de cultura organizacional o que foi decididamente reforçado pela Teoria de Sistemas. Neste momento, surge ainda a Teoria da Contingência com o conceito de *Homem Complexo*, modelos contingenciais de motivação e de liderança, adaptabilidade ambiental.

Chiavenato (2005) relata que as organizações mais admiradas detêm como principal atributo a responsabilidade social seguido dos investimentos realizados no longo prazo e considerando já em terceiro lugar a valorização de talentos humanos.

Segundo Luz (2003), o conjunto de preceitos, políticas administrativas, valores e crenças é que dá forma ao modo especial e único de como as pessoas agem e interagem dentro de uma cultura e CO. Clima e cultura são fenômenos complementares.

Para poder compreender e intervir melhor em uma organização se faz necessário investigar e estudar sua cultura e CO considerando o contexto histórico e cultural em que a organização está inserida.

CULTURA ORGANIZACIONAL

Motta (1991) define cultura organizacional como o conjunto de ideias, crenças, conhecimentos, costumes, hábitos, aptidões, valores, símbolos e ritos que caracterizam a organização e a diferenciam de qualquer outra.

Para Chiavenato (1994), “a cultura organizacional consiste em padrões explícitos e implícitos de comportamentos adquiridos e transmitidos ao longo do tempo que constituem uma característica própria de cada empresa”.

A cultura organizacional é coletiva, compartilhada e ideacional, refere-se aos valores, crenças, conhecimentos e outros aspectos mais profundos e é holística e subjetiva, ao invés de estritamente racional e analítica (FERREIRA et al, 2002).

Segundo Pires e Macedo (2006), pode-se dizer que cultura é um conjunto complexo e multidimensional de tudo o que constitui a vida em comum nos grupos sociais.

Cultura é a capacidade de adaptação do indivíduo à realidade do grupo no qual está inserido. A cultura, como significado social e normativo, possibilita que um grupo se fortaleça ou se desintegre. A cultura expressa os valores e crenças que os membros desse grupo partilham, manifestando-se por meio de símbolos, como mitos, rituais, histórias, lendas e uma linguagem especializada, orientando os indivíduos de uma referida organização na forma de pensar, agir e tomar decisões (PIRES; MACEDO, 2006)

CLIMA ORGANIZACIONAL

Segundo Chiavenato (1994), clima “é o meio interno da organização, a atmosfera psicológica e característica que existe em cada organização”, constituído de um ambiente humano, não podendo ser tocado ou visualizado, mas percebido, podendo ser: favorável quando proporciona satisfação das necessidades pessoais dos participantes produzindo elevação do moral interno; neutro quando é indiferente aos participantes; e desfavorável quando proporciona frustração das necessidades pessoais contribuindo para a baixa do moral interno, influenciando a motivação, o desempenho humano e a satisfação no trabalho. Ainda de acordo com Chiavenato (1994), o CO depende entre outros aspectos, da escolha, preparo e treinamento da equipe e da participação pessoal.

O CO, segundo Luz (2003), “retrata o grau de satisfação material e emocional das pessoas no trabalho, e influencia profundamente a produtividade do indivíduo e consequentemente da empresa”.

O CO refere-se a um determinado momento e influencia a conduta das pessoas da organização. O CO é um elemento fundamental às percepções que o trabalhador tem das estruturas e processos que se produzem no ambiente de trabalho. A importância deste enfoque está no fato que o comportamento de um trabalhador não é um produto dos fatores organizacionais, senão que depende mais das atividades, interações e outra série de experiências que cada membro tenha com a organização. Ninguém duvida atualmente da importância que as pessoas têm em qualquer organização, seja pública ou privada, para conseguir seus objetivos. Pessoas motivadas e satisfeitas com seu trabalho e com a organização aumentam certamente seu rendimento e qualidade do serviço que prestam (ROBLES-GARCIA et al, 2005).

Segundo Luz (1995), o enfoque na gestão de pessoas coloca o conhecimento do CO como importante termômetro para a proposição e condução de ações de mudanças e deixa de ser preocupação e responsabilidade exclusiva dos profissionais de RH, tornando-se papel gerencial fundamental e, portanto, possuir tais informações permite ao gestor planejar e desenvolver relações de trabalho produtivas e proativas com seus trabalhadores como condição básica para a satisfação dos clientes externos.

O CO é uma área recente do saber humano que proporciona condições para o conhecimento da dinâmica organizacional (CHIAVENATO, 2005) e cuja literatura específica ainda é escassa. Quando bem trabalhado, o CO mantém alta a satisfação dos trabalhadores, podendo trazer alguns benefícios para a organização como a retenção de talentos, diminuição das doenças psicossomáticas, treinamentos sintonizados com o objetivo da organização, o que leva à melhoria dos resultados e da comunicação interna, aumento da produtividade e do comprometimento dos

trabalhadores que se sentem coautores e responsáveis pela organização, elevando a credibilidade, integração e adequação do processo de seleção/premiação, sendo o maior agente de motivação.

O estudo da satisfação no ambiente interno do trabalho é uma tarefa difícil, mas pode ser realizada por alguns instrumentos sendo, segundo Luz (1995), o mais importante deles a Pesquisa do CO por servir de apoio a implementações consistentes de processo de melhoria contínua. A pesquisa objetiva identificar os aspectos críticos que configuram o momento motivacional do trabalhador, identificando: pontos fortes, deficiências, expectativas, aspirações, satisfações e insatisfações. Torna-se um agente motivador por, intrinsecamente, sugerir que a organização está querendo ouvi-lo. Assim, leva-o a sentir-se corresponsável pelos resultados obtidos, elevando seu índice de satisfação vez que o trabalhador sente-se participativo, ouvido e respeitado em suas opiniões. Consequentemente eleva também a crença na organização, desde que o resultado da pesquisa seja divulgado aos servidores e, mais ainda, se a organização elaborar um plano de ação para melhoria do CO.

Pesquisas indicam que trabalhadores com baixo nível de satisfação tendem a se sentirem desmotivados, utilizando somente 8% de sua capacidade de produção enquanto nos trabalhadores com alto nível de satisfação este percentual pode alcançar níveis de 60%, citando ainda a nítida correlação entre o baixo nível de satisfação e o elevado índice de doenças psicossomáticas.

A importância da investigação de CO é relevante devido à influência que exerce sobre o comportamento e o desempenho dos trabalhadores, podendo refletir-se na efetividade da organização. Pesquisas demonstram as relações entre CO e envolvimento, práticas administrativas, estresse ocupacional e comportamentos organizacionais e individuais (LAROS; PUENTE-PALACIOS, 2004).

O estudo periódico do CO deve ser uma prática obrigatória em qualquer organização, estabelecendo mecanismos de ações corretivas nos aspectos com piores resultados e ações preventivas para a sua melhoria (ROBLES-GARCIA et al, 2005).

Clima Organizacional do Hemocentro João Pessoa: enfoque nos Farmacêuticos-Bioquímicos

Autora: Célia Maria Araújo Ferreira¹

Orientador: Professor Oscar Bandeira Coutinho Neto²

¹Hemocentro João Pessoa

²Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

INTRODUÇÃO

O estudo enfoca a importância de avaliar o Clima Organizacional do Hemocentro Coordenador de João Pessoa por não se ter conhecimento preciso da relevância e magnitude desse tema, utilizando uma abordagem qualitativa. Como referencial teórico para interpretar o clima organizacional, foram utilizados os conceitos teóricos dos seguintes autores: Vanti, Robles-Garcia, Loros, Luz e Chiavenato.

A categoria funcional escolhida para avaliação foi a dos Farmacêuticos- Bioquímicos por representar o maior número de profissionais que atua, nos diversos setores da organização.

O Centro de Hematologia e Hemoterapia da Paraíba/Hemocentro Coordenador/ João Pessoa é definido segundo a Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº. 151/2001, como:

Entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital e referência no Estado na área de Hemoterapia e (ou) Hematologia ligada à rede de serviços de saúde. Deverá prestar serviços de assistência às áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas, e apoio técnico à Secretaria de Saúde na formulação da política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados/SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados/PLANASHE e em articulação com a Vigilância Sanitária e Epidemiológica. (BRASIL, 2001).

A busca por um ambiente de qualidade é uma preocupação cada vez mais frequente dos administradores para atingir os objetivos das organizações que presidem de forma eficiente. O estilo norte-americano, voltado exclusivamente para a organização, estaria ultrapassado, cedendo lugar a outras maneiras de administração, mais centradas nas relações humanas (VANTI, 1999).

O clima organizacional reflete a história dos tipos de pessoas que a organização atrai, dos seus processos de trabalho, das modalidades de comunicação e também reflete a história de quem reflete a autoridade dentro do sistema, resumindo, é o meio ambiente da organização.

A importância da sua investigação é decorrente da influência que exerce tanto sobre o comportamento como sobre o desempenho dos trabalhadores, podendo refletir-se na efetividade da organização. Pesquisas deste campo investigam as relações entre clima organizacional e envolvimento, práticas administrativas, estresse ocupacional e comportamentos organizacionais e individuais (LAROS; PUENTE-PALACIOS, 2004).

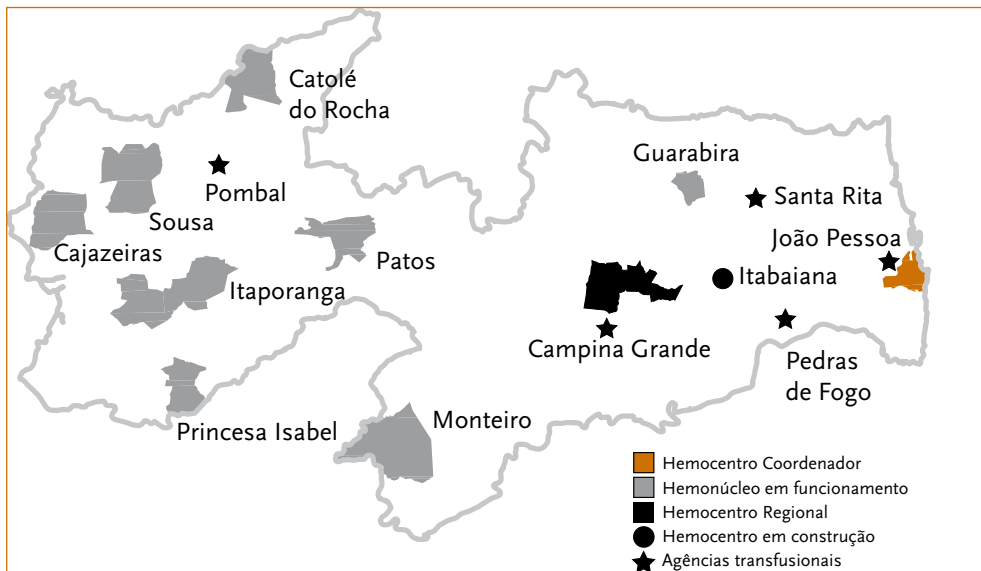
Dos 230 (duzentos e trinta) funcionários do Hemocentro Coordenador de João Pessoa, 60 (sessenta) são Farmacêuticos-Bioquímicos. Esta categoria profissional é a de maior representatividade na Instituição, equivalente a 26% dos funcionários, o que justifica ser de grande relevância o estudo do Clima Organizacional entre os Farmacêuticos-Bioquímicos considerando que esses profissionais executam atividades de alta responsabilidade e qualificação exigindo atenção, concentração e controle emocional, sendo necessário um planejamento para a melhoria do ambiente organizacional e melhor qualidade de vida no trabalho. É importante serem motivados constantemente se mapeando e retratando pontos fortes, deficiências, expectativas e aspirações para que felizes e orgulhosos compartilhem da melhoria do clima organizacional e consequentemente do aumento da produtividade da instituição.

HISTÓRIA CONTEXTUALIZADA DA INSTITUIÇÃO

O Centro de Hematologia e Hemoterapia da Paraíba – Hemocentro Coordenador de João Pessoa é um órgão público, vinculado a Secretaria de Estado da Saúde, criado em fevereiro de 1991, pela Lei no. 6.306, para ser referência na Assistência hemoterápica do Estado. A instituição desempenha importante função dentro do Sistema Único de Saúde – SUS – responsável pela Captação, Coleta, Processamento, Armazenamento e Distribuição do sangue dos doadores, assim como a cobertura hemoterápica dos hospitais com leitos públicos e privados conveniados com o SUS da cidade de João Pessoa e cidades circunvizinhas; atende a população disponibilizando ambulatório médico, odontológico e fisioterápico para pacientes portadores de doenças hematológicas, desenvolvendo inclusive um acompanhamento aos portadores de hemofilias e outras coagulopatias cadastrados na Instituição.

O Hemocentro Coordenador, desde 1996, coordena e integra a Hemorrede Estadual que é estrategicamente distribuída nas Microrregionais de Saúde, com a finalidade de atender a demanda de solicitação de hemocomponentes em todo Estado. É composta pelo Hemocentro Coordenador (João Pessoa), localizado na capital do Estado, 01 (um) Hemocentro Regional em Campina Grande; 10 (dez) Hemonúcleos nas cidades de: Patos; Cajazeiras; Catolé do Rocha; Picuí; Piancó; Guarabira; Princesa Isabel; Sousa; Itaporanga e Monteiro. A Hemorrede conta também com 23 Agências Transfusionais (intra-hospitalar) oferecendo uma cobertura eficiente, acesso imediato e disponibilizando sangue de qualidade, distribuídas da seguinte forma: onze em João Pessoa, nove em Campina Grande, Uma em Pedra de Fogo, Uma em Pombal, e Uma, em Santa Rita (Figura 1).

Figura 1. Localização Geográfica da Hemorrede do Estado da Paraíba.



Fonte: Mapa cedido pelo Setor de Informática e Estatística do Hemocentro Coordenador da Paraíba.

OBJETIVO

Identificar o Clima Organizacional nos Farmacêuticos-Bioquímicos do Hemocentro-Coordenador de João Pessoa considerando quatro aspectos: material, psíquico, qualidade e comunicação, e social, para subsidiar os gestores do Hemocentro com informações que apontem para construção de indicadores de melhoria para política de gestão de pessoas.

MÉTODO

Área de Estudo: Hemocentro-Coordenador de João Pessoa.

População de Estudo: composta de 60 bioquímicos que compõem o quadro organizacional e que atuam em vários setores do Hemocentro. Desse grupo, 45 responderam ao questionário. Dos 15 profissionais que não participaram da pesquisa, dois foram excluídos por pertencerem ao quadro Diretivo da Instituição e os outros não devolveram o questionário por motivos diversos: férias, licenças médicas e recusas em participar da pesquisa.

Desenho: descritivo, exploratório e transversal.

Coleta de Dados: Esta pesquisa foi realizada em setembro de 2006 com os Farmacêuticos-Bioquímicos do Hemocentro-Coordenador de João Pessoa. Utilizou-se como instrumento um questionário estruturado constituído por trinta e cinco perguntas avaliando os aspectos: material, psíquico, qualidade e comunicação e social, relacionando-os aos atributos remuneração, condições de trabalho, participação e envolvimento com o trabalho, desenvolvimento e segurança, comunicação interna, qualidade e organização, integração social, equipe, ética e resultados e valor social do trabalho. Para cada atributo estão relacionados indicadores que podem permitir identificar com maior precisão os níveis de satisfação dos funcionários. As opções para cada indicador foram apresentadas em três blocos: discordo totalmente e discordo, discordo em parte e concordo em parte, concordo e concordo totalmente.

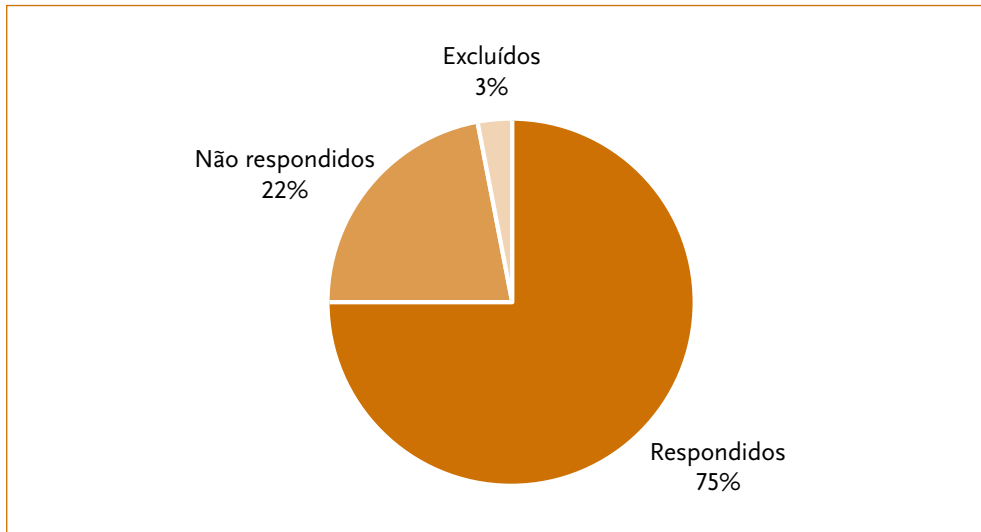
Plano de descrição e análise: o que foi considerado como satisfação foi somatório das alternativas concordo e concordo totalmente, que serviram de referência na identificação do nível de satisfação. Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas relacionando os aspectos, atributos e indicadores com a referência satisfação (concordo e concordo totalmente). O questionário tem na sua primeira página uma folha de rosto com dados explicativos orientando os respondentes quanto à finalidade do estudo, a não obrigatoriedade de sua participação e identificação, a legalidade do documento e forma de avaliação dos formulários. As caracterizações dos recursos humanos foram definidas quanto ao sexo, idade, formação, vínculo empregatício e tempo de trabalho no Hemocentro.

Aspectos operacionais e éticos: O estudo seguiu os diversos passos metodológicos: autorização da Direção Geral do Hemocentro; informação e explicação da finalidade da pesquisa aos coordenadores dos setores que se encarregaram de distribuir os questionários para posterior coleta de dados juntamente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo. Devido a variedade de dados que nos permitiu levantar o instrumento de pesquisa utilizado, procuramos demonstrar os resultados por meio de gráficos e figuras para facilitar a compreensão dos diversos indicadores avaliados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram respondidos e analisados 45 (quarenta e cinco) questionários do universo de bioquímicos, perfazendo um total de 75% de questionários respondidos, 13 (22%) não responderam e 2 (3%) (Figura 2).

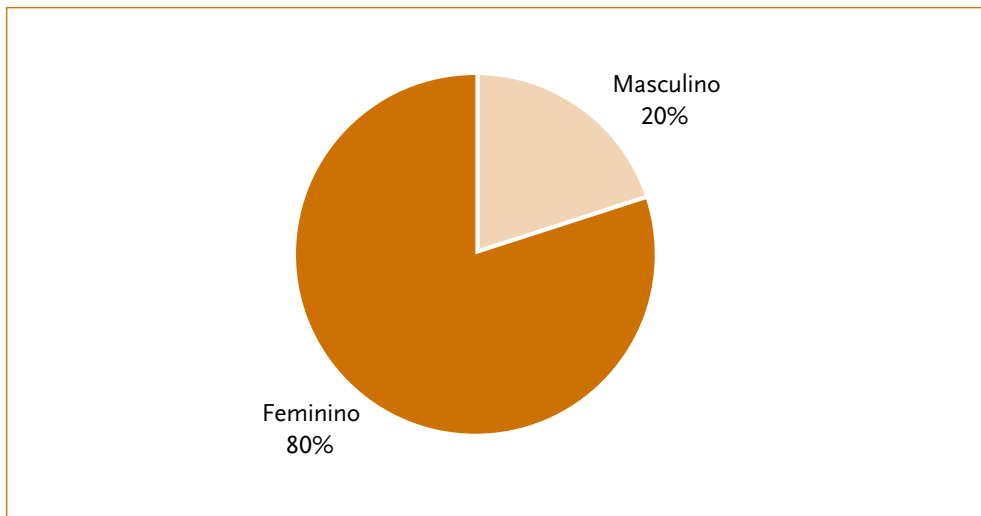
Figura 2. Número de Questionários Aplicados.



Perfil sociodemográfico dos bioquímicos.

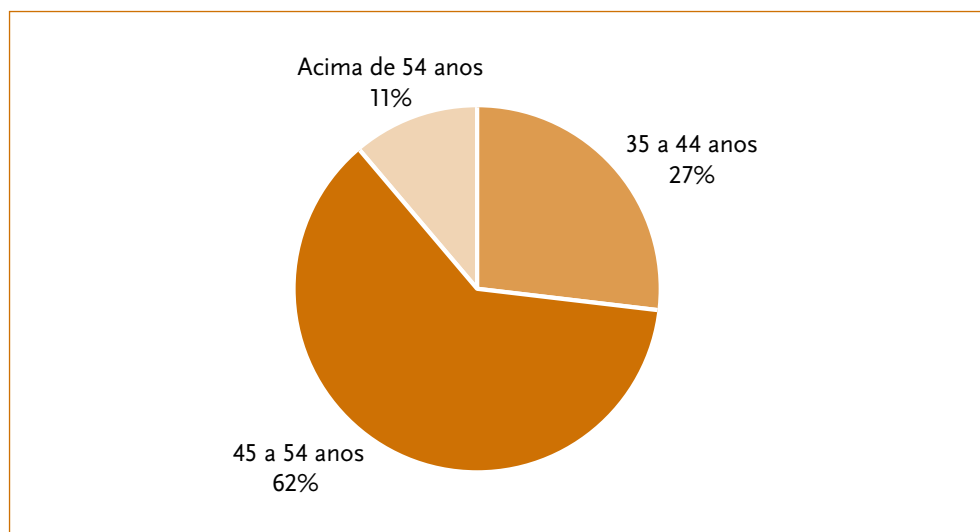
Em relação ao sexo, 36 (80%) são sexo feminino e 9 (20%) são do sexo masculino (Figura 3).

Figura 3. Distribuição por sexo.



Com relação à idade, 28 (62%) pertencem à faixa etária de 45 a 54 anos, 12 (27%) têm entre 35 e 44 anos e 5 (11%) estão acima de 54 anos numa demonstração que prevalece a idade acima de 40 anos (Figura 4).

Figura 4. Distribuição etária.



Ao se tratar de profissionais farmacêutico-bioquímicos a formação dos profissionais abordados foi de 100% nível superior.

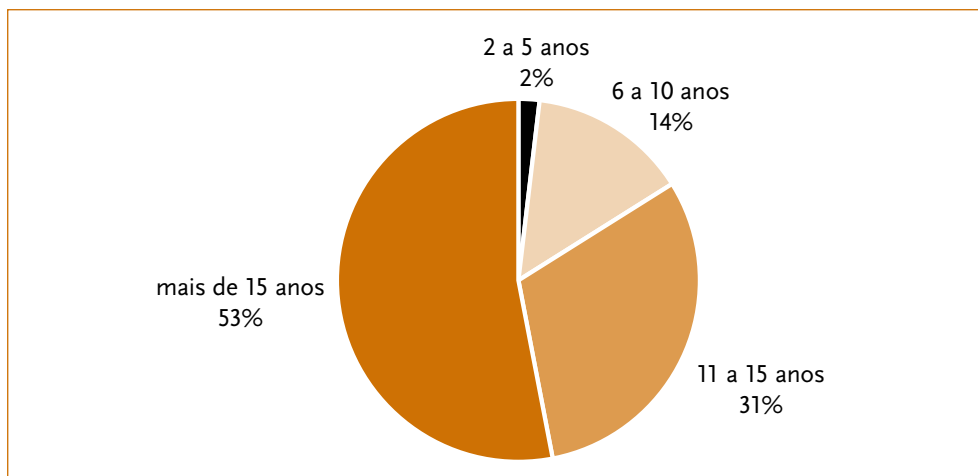
Ao serem perguntados sobre o vínculo empregatício 44 (98%) dos bioquímicos relataram que são servidores do Estado e apenas 1 (2%) tem cargo comissionado (Figura 5).

Figura 5. Vínculo Empregatício.



Há uma variedade de valores com relação ao tempo de serviço, pois 23 (51%) trabalham no Hemocentro há mais de 15 anos, 13 (29%) trabalham de 11 a 15 anos, 6 (13%) de 6 a 10 anos e apenas 1 (2%) de 2 a 5 anos. Os resultados demonstraram que a maioria trabalha no Hemocentro há mais de 15 anos (Figura 6).

Figura 6. Tempo de serviço.

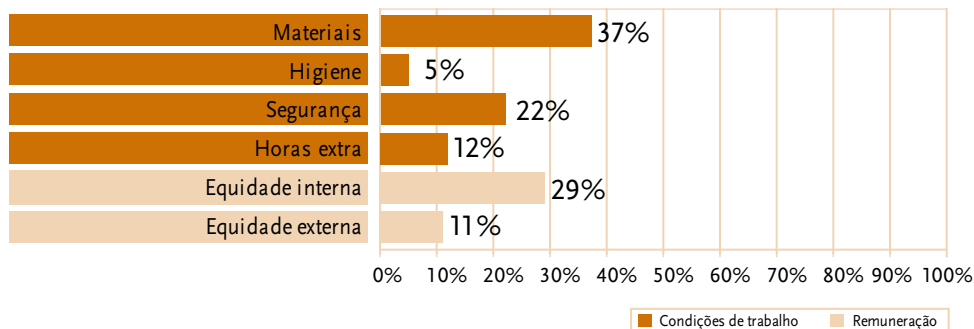


Indicadores do clima organizacional

O resultado geral é composto por diversos indicadores. A análise de cada um desses indicadores permite avaliar quais pontos necessitam de revisão para aumentar o nível de satisfação dos funcionários. Os quatro aspectos são: material, psíquico, qualidade e comunicação e social.

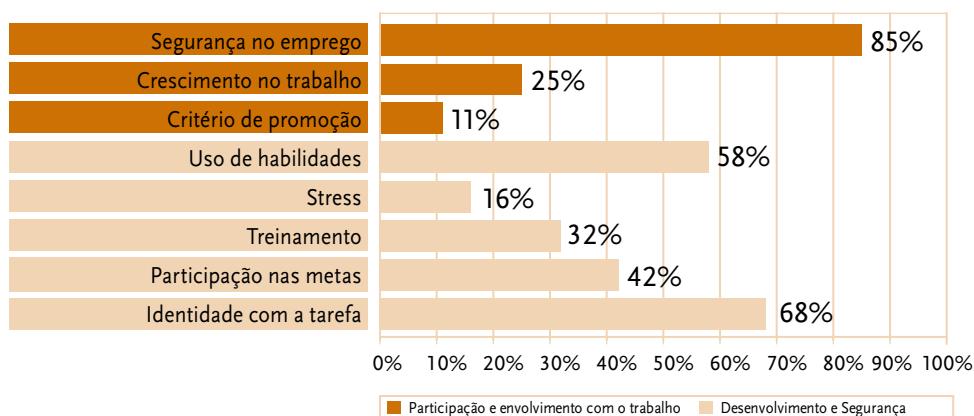
Com relação à Figura 6, no aspecto “Material”, o atributo “Remuneração” apresenta o indicador “Equidade externa” com 11% de satisfação e o de “Equidade interna” com 29% de satisfação. Comparando os indicadores, chama atenção o baixo nível de satisfação com relação à “Equidade externa”. Em relação ao atributo “Condições de trabalho”, a satisfação constatada foi de 22% para a segurança; 12% de hora extra; 5% higiene e; de 37% com relação aos materiais. Observa-se que a baixa satisfação com relação ao indicador higiene é notória (Figura 7).

Figura 7. Distribuição do aspecto “Material” por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação.



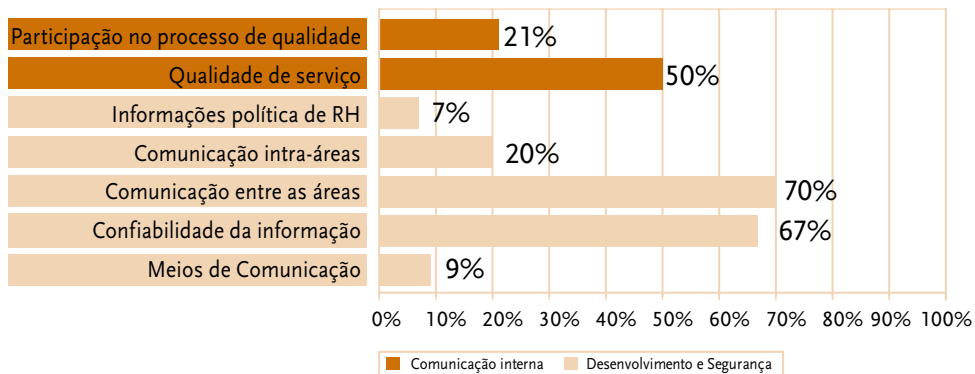
Em relação ao aspecto “Psíquico”, no que diz respeito ao atributo “Participação e envolvimento com o trabalho”, o indicador “estresse em não poder resolver algumas situações de trabalho” (16%), apareceu como o de menor satisfação, já com o atributo “Desenvolvimento e segurança”, o indicador “Critério de promoção” (11%) aparece também com um nível ainda menor de satisfação, o que significa a não aceitação dos critérios atuais de promoção dentro da instituição. Ainda dentro do aspecto psíquico, visualizamos que os maiores índices de satisfação obtidos foram no atributo “Participação e envolvimento com o trabalho” nos indicadores “Identidade com a tarefa” e “Uso de habilidades” (58%) e, no atributo “Desenvolvimento e segurança”, o indicador com maior índice de satisfação foi “Segurança no emprego” (85%) (Figura 8).

Figura 8. Distribuição do aspecto “Psíquico” por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação.



Avaliando o aspecto “Qualidade e comunicação”, a Figura 9 retrata os atributos “Comunicação interna”; e “Qualidade e organização”, dos quais os indicadores “meios de comunicação”; “Comunicação intra-áreas”; e “informação sobre política dos recursos humanos” foram os que obtiveram menor satisfação, perfazendo – respectivamente – a porcentagem de 9%, 20% e 7%. Retrata também que, no atributo “Comunicação interna”, os indicadores “Confiabilidade da informação” e “comunicação entre áreas” perfizeram os maiores índices de satisfação, correspondendo – respectivamente – a 67% e 70% da satisfação dos bioquímicos abordados.

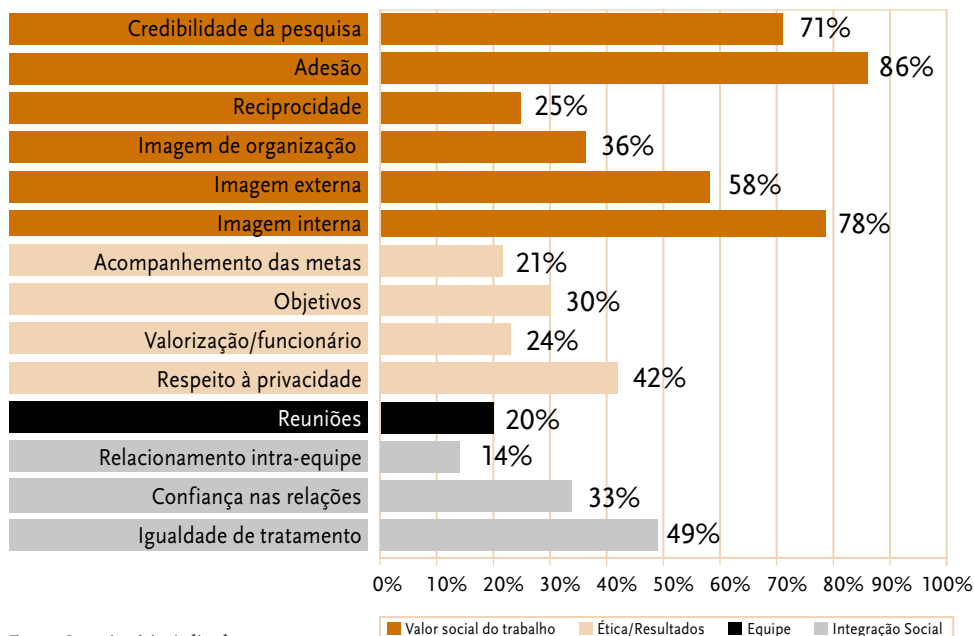
Figura 9. Distribuição do aspecto “Comunicação” por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação.



Fonte: Questionários Aplicados.

No aspecto “Social”, os bioquímicos responderam sobre os atributos “Integração social”; “Equipe, ética/resultados”; e “Valor social do trabalho”. Desses atributos, os indicadores que apresentaram menor grau de satisfação foram: “Relacionamento intraequipe” (14%); “reunião nos setores e colaboração entre os setores” (20%); “Acompanhamento das metas” (21%); “Reciprocidade” (25%), como visualizamos na Figura 10. Os maiores índices de satisfação foram observados nos seguintes indicadores: “Imagem interna” (78%); “Imagem externa” (58%); “Adesão” (86%); e “Credibilidade da pesquisa” (71%).

Figura 10. Distribuição do aspecto “Social” por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação.



Fonte: Questionário Aplicado.

CONCLUSÃO

Diante da relevância e importância dos Farmacêuticos-Bioquímicos na Instituição, a pesquisa do Clima Organizacional entre esses profissionais serviu para levantar dados dentro dos aspectos material, psíquico, qualidade e comunicação social, adquirindo informações atuais dos indicadores que certamente deixará claro o grau de satisfação entre eles.

De acordo com os resultados da pesquisa do clima organizacional entre os Farmacêuticos – Bioquímicos do Hemocentro Coordenador de João Pessoa, constatou-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, ainda em idade produtiva, com bastante experiência devido ao longo tempo de serviço na Instituição, o que se pressupõe serem profissionais que trabalham no Hemocentro desde a sua fundação. Aproximadamente 98% são servidores do Estado, o que não causa insegurança com relação ao vínculo empregatício conforme mostrou o aspecto “Psíquico” no atributo “Desenvolvimento e segurança”.

Um dos fatores apontados pelos profissionais, como causador de menor satisfação no trabalho, foi a remuneração no indicador “Equidade externa”, quando comparado com a “Equidade interna”, essa insatisfação foi identificada ao alegarem a

existência de desigualdade com relação ao salário pago para o mesmo cargo em outras instituições públicas do Estado. Isso demonstra que a questão salarial é objeto de insatisfação e que sugere a necessidade de discussão sobre o referido indicador com os profissionais para que se faça entender como é determinado o valor de suas remunerações na instituição.

Outro fator que obteve baixo percentual de satisfação foi o aspecto “*Condições de trabalho*”, no tocante à “*Higiene*”, em relação à limpeza e organização do ambiente físico. As respostas foram equânimes na percepção desse fato e nos leva a perceber a forte influência destes indicadores no Clima Organizacional da Instituição, visto que reflete diretamente na rotina diária dos farmacêuticos-bioquímicos em seus respectivos setores.

A pesquisa revelou que no aspecto “*Psíquico*”, atributo “*Participação e envolvimento com o trabalho*”, a impossibilidade de resolver algumas situações de trabalho leva ao sentimento de estresse, gerando um baixo nível de satisfação e mostra que os bioquímicos não concordam com a questão que afirma ser as pessoas mais capacitadas aquelas promovidas. Revelou-se ser de grande importância, aos farmacêuticos-bioquímicos da instituição, a necessidade de sentirem-se mais seguros ao fazerem sugestões e a certeza de que seriam ouvidos caso as situações questionadas estivessem realmente interferindo no desenvolvimento de suas funções, visto que o clima organizacional, neste caso, é rigorosamente afetado, pois o sentimento de estresse, poderá prejudicar a produtividade e a qualidade dos serviços desenvolvidos por eles.

Em relação à promoção, conclui-se que os farmacêuticos-bioquímicos ressentem-se de não haver uma descrição precisa dos perfis e capacitações de cada cargo na instituição, mostrando que se faz necessário mecanismos de informação para demonstrar o porquê que determinado profissional estaria habilitado a exercer cargos e funções nos diversos setores do Hemocentro.

Com relação ao aspecto “*Qualidade e comunicação*”, o indicador “*meios de comunicação*” reflete diretamente na baixa satisfação dos profissionais, já que traduz a falta de socialização de informações que leve ao conhecimento das decisões internas dos setores, interferindo diretamente no bom andamento da rotina.

Um indicador de suma importância e que precisa ser melhorado na instituição, segundo a pesquisa, é com relação à informação sobre política de RH, aparecendo com um nível de satisfação baixo, principalmente no que diz respeito à pouca informação sobre remuneração, benefícios e produtividade.

Existe no Hemocentro-Coordenador boa comunicação entre os setores, aparecendo com nível alto de satisfação, da mesma forma a confiabilidade das informações fornecidas pelos gerentes e pelos administradores da organização demonstram uma boa aceitação da gestão técnica e dos coordenadores pelos bioquímicos.

O aspecto “*Social*” levou em consideração vários atributos, entre eles a “*interação social*”, com um destaque especial para o indicador “*Relacionamento intraequipe*” que deixou claro ser deficiente o relacionamento e o respeito entre as pessoas no mesmo setor, gerando um dos menores níveis de satisfação entre os bioquímicos. A análise dos resultados sobre aspecto “*Social*” demonstra também que os bioquímicos estão pouco satisfeitos com relação ao reconhecimento das contribuições e valorização de seu trabalho e ainda que alguns se sentem insatisfeitos por não se sentirem recompensados pela dedicação com o Hemocentro. Houve um percentual considerável de satisfação em se trabalhar no Hemocentro e um alto nível de satisfação alcançado na pesquisa no diz respeito à intenção de trabalhar por longo tempo no Hemocentro.

Os resultados da pesquisa, apresentados anteriormente, comprovam a importância de se analisar e identificar os fatores que geram insatisfação no trabalho. A partir do diagnóstico dos problemas apontados, e a busca de soluções dos mesmos, se obterá a melhoria no Clima Organizacional entre os Farmacêuticos-Bioquímicos do Hemocentro Coordenador de João Pessoa.

Com este trabalho levantamos considerações que nos permitem as seguintes sugestões e reflexões com relação à melhoria do Clima Organizacional entre os bioquímicos:

- ▶ O principal fator apontado pelos profissionais como o de menor satisfação entre eles foi ao tocante a Higiene, isso sugere a necessidade de uma atuação mais eficaz em relação a um plano de higienização e uma melhor organização do espaço físico.
- ▶ Outros pontos críticos apontados foram a remuneração e o critério de promoção, o que revela problemas circunscritos a certos limites por se tratar de um órgão público vinculado à Secretaria da Saúde do Estado.
- ▶ O estresse gerado diante da impossibilidade de resolver certas dificuldades e/ou problemas de seus setores poderia ser resolvido com a aplicação de algumas ferramentas administrativas que permitissem ao profissional se expressar sobre seus conflitos.
- ▶ A dificuldade com a comunicação interna parece ser bastante crítica. Medidas que visem à melhoria da comunicação, a integração entre setores e a valorização dos funcionários precisam ser trabalhadas.
- ▶ Promover oficinas de motivação profissional aos bioquímicos.

Existem também pontos fortes apresentados na pesquisa em relação a Identidade Institucional, uma vez que os Bioquímicos questionados se sentem muito orgulhosos de trabalhar no Hemocentro. Uma Instituição cuja identidade é muito forte, tende a fortalecer os seus valores, sua cultura e é isso que geralmente pre-

serva as instituições ao longo do tempo. No contexto geral, pode-se apontar que o Clima Organizacional entre os Bioquímicos precisa ser melhorado e os pontos de menor índice de satisfação revelados poderão colaborar com a Instituição para melhoria do clima organizacional, abrindo caminho para realização de um planejamento para corrigir os aspectos que mostraram resultados negativos, visto que, como sugere Robles-Garcia et al (2005), deve ser uma prática obrigatória de qualquer equipe de gestão estabelecer mecanismos de medição periódica do clima organizacional e de desenho de ações de melhoria para corrigir os aspectos que mostraram piores resultados.

A pesquisa propôs revelar o clima organizacional do momento, revelando assim, os sentimentos dos bioquímicos com relação à atuação deles no Hemocentro. Este estudo pode ser um instrumento de fortalecimento gerencial na resolução de conflitos.

Clima Organizacional do Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul – Acre

Autor: Edwin Vivanco Valenzuela¹

Orientador: Professor Oscar Bandeira Coutinho Neto²

¹ Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul (AC)

² Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

INTRODUÇÃO

O clima organizacional expressa o conjunto de pessoas que a organização atrai, incluindo processos de trabalho, modalidades de comunicação e, também, a história de quem detém a autoridade no sistema, constitui, pois, o meio ambiente da organização.

O clima organizacional é a chave para o sucesso de uma empresa porque condiciona as atitudes e o comportamento dos seus colaboradores. Por isso, estabelecer mecanismos de medição periódica do clima organizacional e de desenho de ações de melhoria para corrigir os aspectos que mostram piores resultados deve ser uma prática obrigatória para qualquer equipe de gestão (ROBLES-GARCIA et al, 2005).

Como exercem influência no comportamento e no desempenho dos trabalhadores, o que se reflete na efetividade da organização, é necessário estudar as relações entre clima organizacional e envolvimento, práticas administrativas, estresse ocupacional e comportamentos organizacionais e individuais (LAROS; PUENTE-PALACIOS, 2004).

Nesse sentido, o presente estudo se justifica, uma vez que se desconhece o clima organizacional do Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul (Acre) e os principais fatores que o influenciam. Considerando-se que os profissionais dessa área executam atividades de alta responsabilidade e qualificação, com exigência de atenção, concentração e controle emocional, entre outros, é necessário identificar fatores específicos que influenciam, positiva ou negativamente, o nível de satisfação e motivação deles, oferecendo aos gestores uma visão abrangente do clima organizacional. Os resultados podem subsidiar as ações gerenciais, além de sugerir melhorias nos aspectos considerados pelos participantes da pesquisa como insatisfatório e reforçar os aspectos considerados satisfatórios pelos participantes.

OBJETIVO

Diagnosticar o clima organizacional do Hemonúcleo de Cruzeiro do Sul (AC) segundo os aspectos: “Material”; “Psíquico”; “Qualidade e comunicação”; e “Social”, relacionados aos atributos: “Remuneração”; “Condições de trabalho”; “Participação e envolvimento”; “Desenvolvimento e segurança”; “Comunicação interna”; “Qualidade na organização”; “Integração social”; “Equipe”; e “Ética e resultados”.

MÉTODO

Área de Estudo: Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre.

População de Estudo: todos os servidores (total = 20) com exercício efetivo na unidade, incluindo os estatais, com vínculo permanente, e os terceirizados.

Desenho: Estudo de caso do tipo descritivo com abordagem quantitativa.

Coleta de Dados: Os questionários foram autoaplicados, em outubro de 2006, e foi dada uma tolerância de três dias úteis para que os colaboradores pudessem responder as questões em tempo disponível. Após preenchimento, foram recolhidos e guardados em local específico e seguro. Ao final, obteve-se 100% de participação.

Instrumento de Coleta de Dados: questionário semiestruturado, constituído por 5 questões para caracterizar o perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, tipo de vínculo e tempo de trabalho na instituição) e 35 perguntas para avaliar os aspectos: “Material”; “Psíquico”; “Qualidade e comunicação”; e “Social”, relacionados aos atributos: “Remuneração”; “Condições de trabalho”; “Participação e envolvimento”; “Desenvolvimento e segurança”; “Comunicação interna”; “Qualidade na organização”; “Integração social”; “Equipe”; e “Ética e resultados”. Para cada atributo, estão relacionados indicadores que permitem identificar com maior precisão os níveis de satisfação dos funcionários. Esse questionário fundamentou-se no instrumento utilizado pelo consórcio da Fundação Getúlio Vargas FGV – EPOS, em pesquisa de Clima Organizacional do Hospital de Emergência e Trauma “Senador Humberto Lucena”, João Pessoa (PB), em 2002. As 35 questões fechadas com seis alternativas de respostas: “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Discordo em parte”, “Concordo” e “Concordo totalmente”, nas quais o respondente deveria assinalar apenas uma das alternativas. Ao final duas questões abertas permitiam informar, livremente, sua opinião sobre fatores que lhes trazem mais e menos satisfação no trabalho, possibilitando assim que outros fatores desconhecidos fossem mencionados.

Plano de Descrição e Análise: Foram estabelecidos três níveis de satisfação sobre cada aspecto estudado (baixo, médio e alto). O nível baixo correspondeu à soma-tória das respostas dadas às alternativas “Discordo totalmente” e “Discordo”, o nível médio, às respostas referentes às alternativas “Discordo em parte” e “Concordo em parte” e, finalmente, o nível alto, às respostas referentes às alternativas “Concordo” e “Concordo totalmente”. Os dados foram processados pelo software Excel e apresentados em tabelas e gráficos, relacionando os aspectos, atributos e indicadores, com a referência ao nível alto de satisfação: “Concordo” e “Concordo totalmente”.

Aspectos Operacionais e Éticos: A pesquisa seguiu os seguintes passos: autorização da Gerência-Geral do Hemoacre para aplicação da pesquisa; reunião com os colaboradores explicando a finalidade da pesquisa e esclarecimento dos itens do

questionário; assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido TCLE e, finalmente, coleta de dados.

RESULTADOS

A maioria dos funcionários é do sexo feminino (80%) e, a maior proporção (40%) deles se encontra na faixa etária entre 45 e 54 anos. Predominam os funcionários com segundo grau completo (65%) (Figuras 1, 2 e 3).

Figura 1. Distribuição segundo sexo.

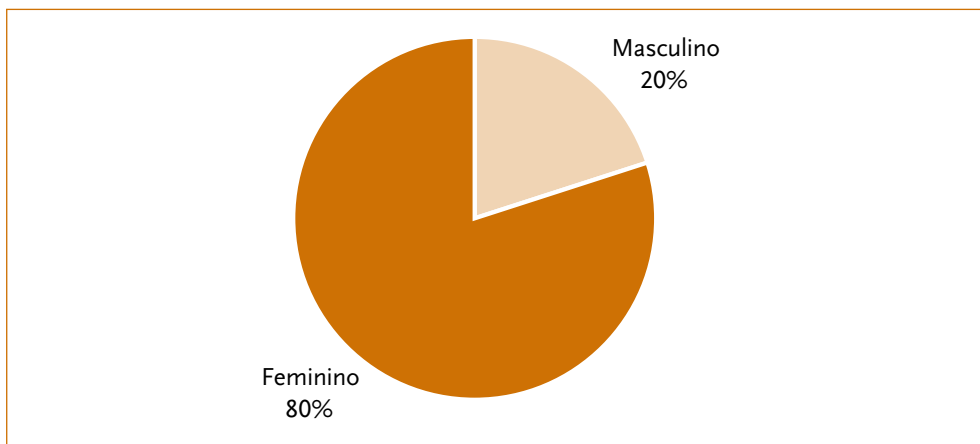


Figura 2. Distribuição segundo idade.

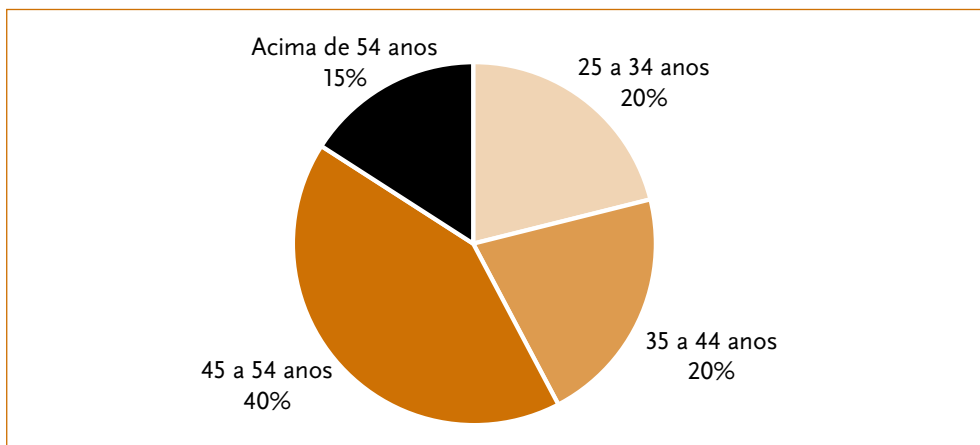
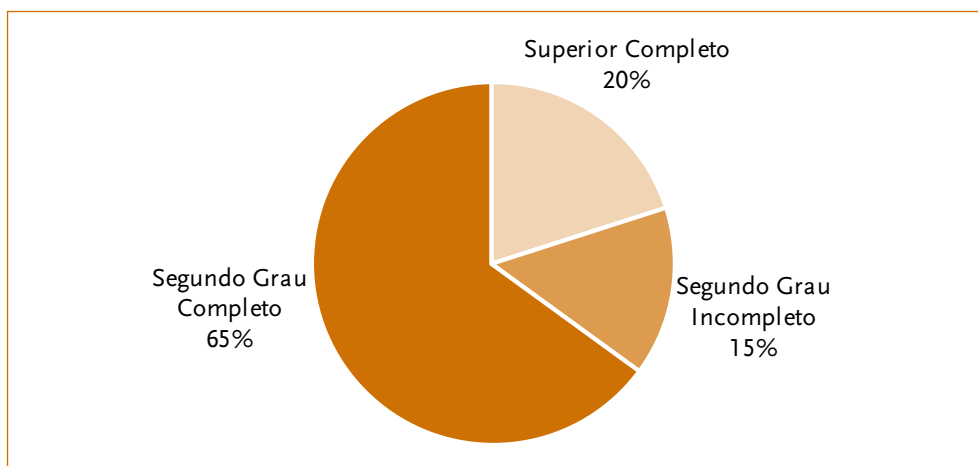


Figura 3. Distribuição segundo escolaridade.



O vínculo predominante é o contrato estadual (80%); os terceirizados correspondem a 20%. Do total dos funcionários 40% deles têm entre 2 e 5 anos de trabalho, 35% entre 6 e 10 anos e 25% têm menos de 2 anos. O Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul foi fundado em setembro de 2001, portanto tem cinco anos de existência, idade inferior ao tempo de trabalho de alguns funcionários, pois antes da criação do Núcleo as atividades de coleta de sangue eram realizadas num Hospital Geral (Figuras 4 e 5).

Figura 4. Distribuição segundo vínculo empregatício.

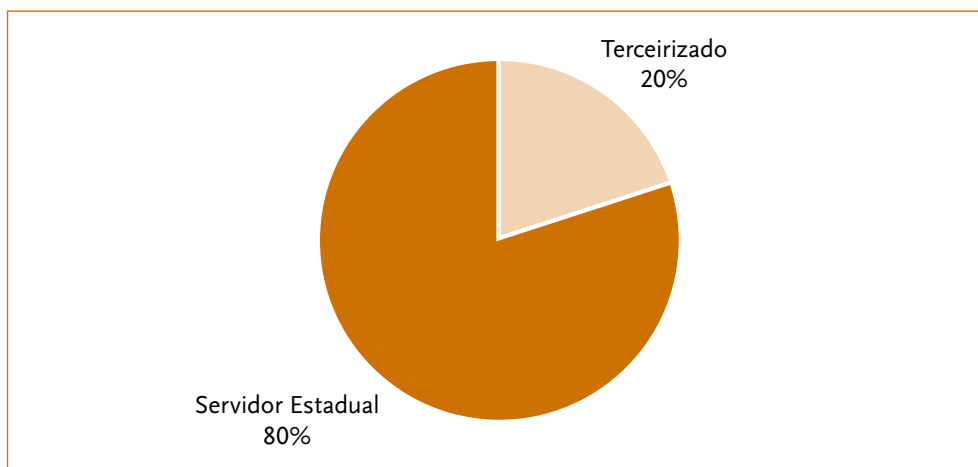
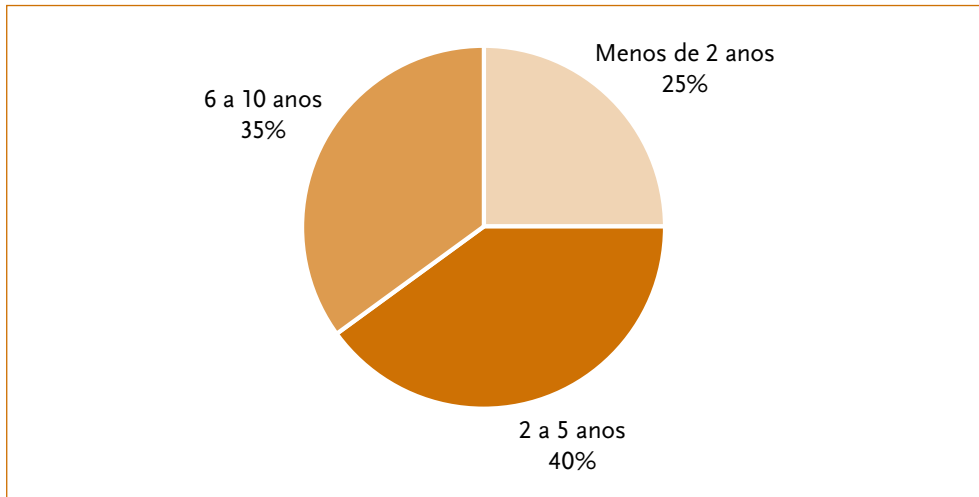


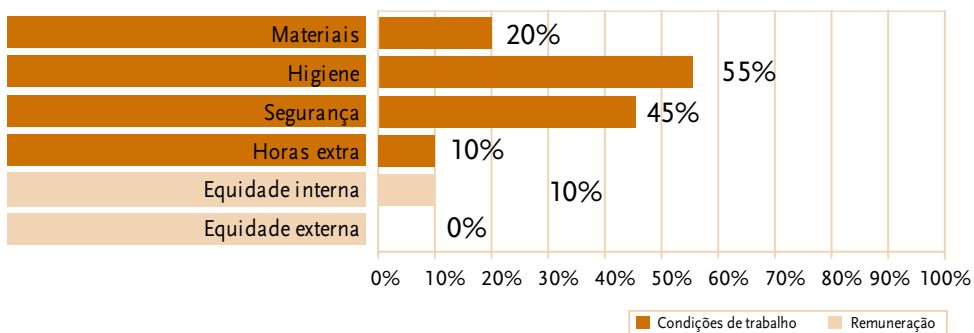
Figura 5. Distribuição segundo tempo de serviço.



Aspecto Material

No aspecto “Material”, foram considerados dois atributos: “Remuneração” e “Condições de trabalho”. O atributo “Remuneração” considera dois indicadores: “Equidade externa” e “Equidade interna”. As respostas referentes à “Remuneração” mostram insatisfação tanto no indicador “Equidade externa” (0% de satisfação), quanto na “Equidade interna” (10% de satisfação). O atributo “Condições de trabalho” envolve quatro indicadores: “Horas extras” (10%); “Segurança” (45%); “Higiene” (55%); e “Materiais” (20%) (Figura 6).

Figura 6. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “Material”.

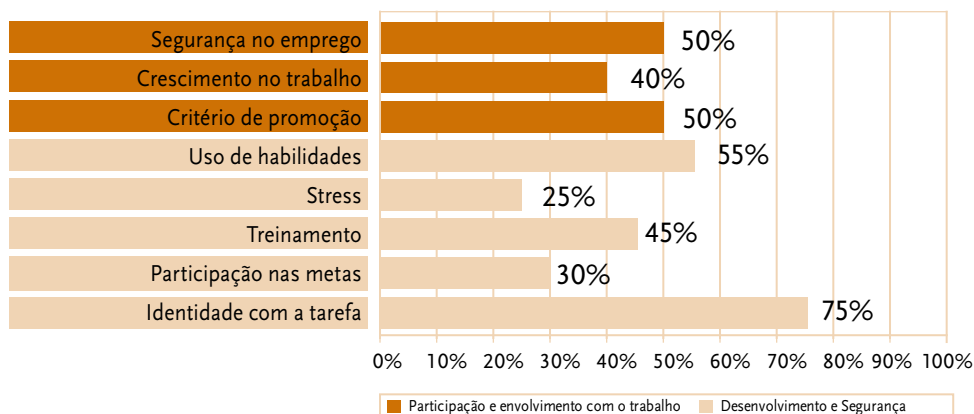


Aspecto Psíquico

No aspecto “Psíquico”, foram abordados dois atributos: “Participação e envolvimento com o trabalho” e “Desenvolvimento e segurança”. O atributo “Participação e

envolvimento com o trabalho” foi avaliado por quatro indicadores: “Identidade com a tarefa”; “Participação nas metas”; “Treinamento”; “Estresse”; e “Uso de habilidades”. O indicador “Identidade com a tarefa” obteve 75% de alto nível de satisfação; a “participação das metas”, 30%; o “Treinamento”, 45%; o “Estresse”, 25%; e o “Uso de habilidades”, 55%. Quanto ao atributo “Desenvolvimento e segurança”, três indicadores foram considerados: “Critério de promoção” (50%); “Crescimento no trabalho” (40%); e “Segurança no emprego” (50%) (Figura 7).

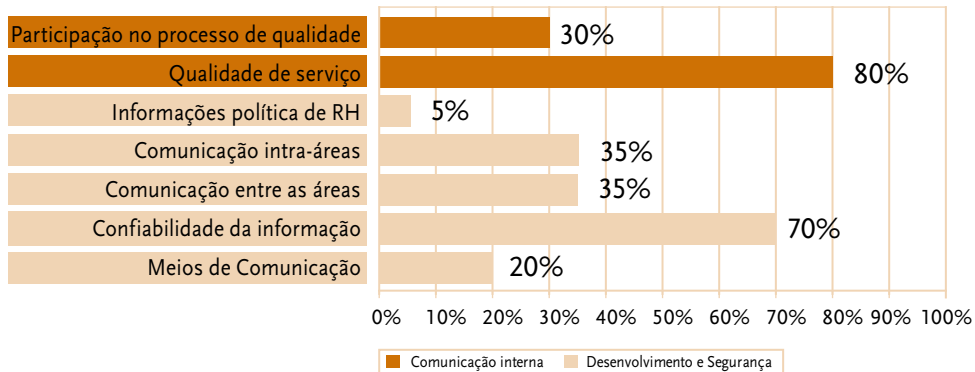
Figura 7. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “Psíquico”.



Aspecto Qualidade e Comunicação

No aspecto “Qualidade e comunicação”, foram considerados dois atributos: “Comunicação interna” e “Qualidade e organização”. Da “Comunicação interna” destacaram-se cinco indicadores: “meios de comunicação” (20%); “confiabilidade de informação” (70%); “comunicação entre áreas” (35%); “Comunicação intra-áreas” (35%); e “informações sobre a política de RH” (5%). Da “Qualidade e organização” foram considerados dois indicadores: “Qualidade do serviço” (80%) e “participação no processo de qualidade” (30%) (Figura 8).

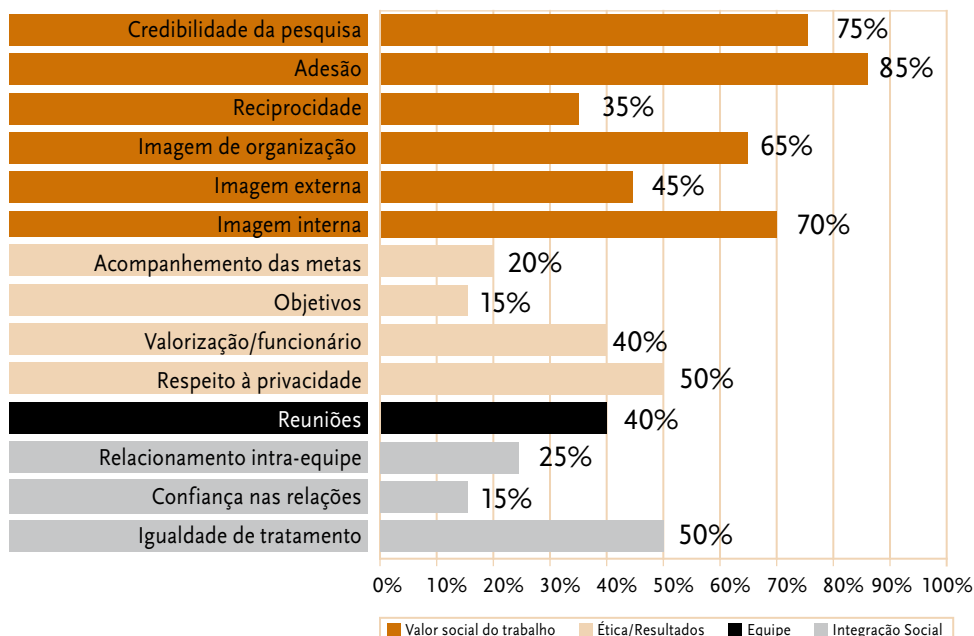
Figura 8. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “Qualidade e comunicação”.



Aspecto Social

No aspecto “Social”, foram destacados quatro atributos: “Integração social”; “Equipe”; “Ética e resultados”; e “Valor social do trabalho”. No atributo “Integração social”, destacaram-se três indicadores: “Igualdade de tratamento” (50%); “Confiança nas relações” (15%); e “Relacionamento intraequipe” (25%). No atributo “Equipe”, um indicador “Reuniões” com 40% de respostas de satisfação. No atributo “Ética/ Resultados”, quatro indicadores; “Respeito à privacidade” com 50%; “Valorização do funcionário” com 40%; “Objetivos” com 15%; e “acompanhamento de metas” com 20% de respostas de satisfação. No atributo “Valor social do trabalho”, seis indicadores; “Imagem interna” com 70%; “Imagem externa”; com 45%; “Imagem da organização” com 65%; “Reciprocidade” com 35%; “Adesão” com 85%; e “Credibilidade da pesquisa”, com 75% de respostas de satisfação (Figura 9).

Figura 9. Proporção do nível de satisfação referente ao “Aspecto social”.



CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Nos resultados está demonstrada a insatisfação no clima organizacional da unidade. Em apenas nove indicadores, dos trinta e cinco analisados (quase uma quarta parte), mais de 50% dos entrevistados revelaram estar satisfeitos. Os indicadores que mostraram alta satisfação, como “*Identidade com a tarefa*”, “*Confiabilidade da informação*”, “*Qualidade do serviço*”, “*Imagem interna*”, “*Imagem da organização*”, “*Adesão*” e “*Credibilidade da pesquisa*”, são pontos fortes que precisariam ser reforçados pela gestão.

Ao analisar o clima organizacional do Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul, observam-se além da alta insatisfação em quase todos os aspectos estudados, muitas deficiências, pois a gestão pública está condicionada à dependência de poucos recursos materiais e financeiros.

Nesse sentido, o que pode ser melhorado é o tipo de gestão, institucionalizando a participação de todos, promovendo uma administração profundamente democrática, na qual os membros da organização possam manifestar suas opiniões em relação aos caminhos a serem seguidos.

O gestor deve criar possibilidades para que cada um gerencie seu próprio tempo, torne as tarefas compatíveis com suas habilidades, estimule processos empáticos, gerencie de forma amigável e fomenta a participação dos funcionários nas decisões. Essa atitude contribui para a melhoria contínua do contexto social de trabalho e da redução da alienação.

Clima Organizacional do Hemocentro Coordenador do Estado do Amapá: enfoque no Corpo Técnico

Autor: José Roldão Silva Brito¹

Orientador: Professor Oscar Bandeira Coutinho Neto²

¹ HEMOAP

² Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata de clima organizacional, no Hemocentro Coordenador do Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá. Para melhor compreensão, utiliza o conceito de Hemocentro Coordenador orientado pela RDC 151/2001 (BRASIL, 2001). Segundo o Ministério da Saúde pela Resolução da ANVISA RDC o Hemocentro é uma entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência na área de hemoterapia e (ou) hematologia com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e (ou) hematológico à rede de serviços de saúde. Deverá prestar serviço de assistência às áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas e apoio técnico à Secretaria da Saúde na formulação da política do sangue e hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados – SINASAN e Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados – PLANASHE e em articulação com as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas.

A pesquisa de clima organizacional em hemocentro coordenador é importante por ser uma das principais ferramentas de diagnóstico organizacional. Por meio de entrevistas individuais e (ou) questionários, é possível extrair as impressões dos funcionários sobre a organização. Para qualquer organização, o objetivo principal da pesquisa é maximizar cada vez mais a relação com os funcionários, oferecendo condições de trabalho adequadas, proporcionando oportunidades de desenvolvimento e estabelecendo um ótimo ambiente de trabalho, o que proporcionará o alcance e a superação dos objetivos organizacionais alinhados aos objetivos individuais. Normalmente, a própria organização percebe a necessidade de mudança e resolve fazer a pesquisa. Mas é bom deixar claro que não adianta apenas aplicá-la com base nos resultados, é preciso implementar ações necessárias. Com base no resultado, é preciso implantar as ações necessárias, seja a necessidade de treinamento de liderança para a alta-direção, seja a melhoria na comunicação interna. Só assim é possível analisar como foi o retorno e saber se as ações atenderam às expectativas.

Neste contexto, clima organizacional pesquisado em nosso hemocentro busca retratar o nível de satisfação dos funcionários em relação aos diversos aspectos pesquisados e utilizá-lo como ferramenta de gestão e melhoria da qualidade do atendimento pelo Hemocentro.

Histórico do Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá-Hemoap

Em 3 de março de 1988, foi inaugurada a sede própria do Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amapá, entidade sem fins lucrativos, vinculada a Secretaria de Saúde do Estado, que realiza atividades de Hematologia e Hemote-

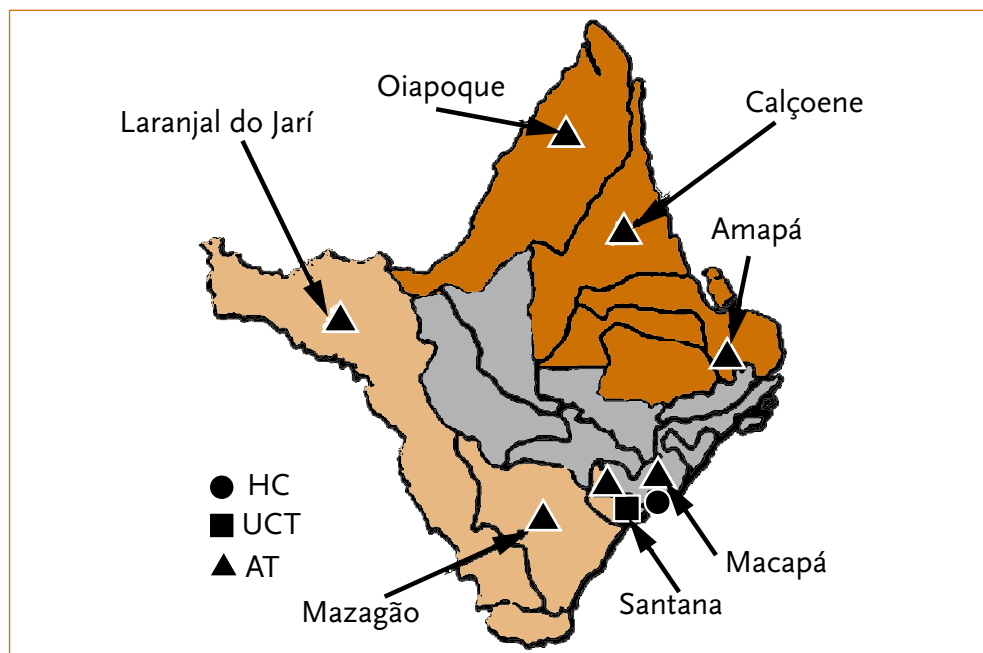
rapia, com o objetivo de fornecer sangue, componentes e derivados, em qualidade e quantidade necessárias. A qualidade do sangue a ser processado e transfundido depende da realização das etapas: pré-triagem, triagem clínica (entrevista), testes sorológicos, imunoematológicos e hematológicos, além do processo de produção, prescrição médica e transfusão de hemocomponentes. Os procedimentos hemoterápicos estão regulamentados pela Portaria 153, de 14 de junho de 2004 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

O HEMOAP tem como função principal o desenvolvimento da política estadual de saúde e hemoderivados, com base na Legislação brasileira que preconiza que testes sorológicos devam ser realizados a cada doação de sangue, com a finalidade de detecção de doadores portadores de doenças hemotransmissíveis.

Como o Hemocentro coordenador tem sua missão *garantir a produção de sangue e Hemocomponentes de qualidade a toda rede estadual de saúde*. Conhecer o clima organizacional de forma sistemática é elemento essencial para o sucesso do Hemocentro Coordenador do Amapá.

Um outro elemento essencial na gestão de qualquer organização com foco em resultado, é o uso de indicadores de desempenho institucionais no processo de tomada de decisão. Portanto, a realização do diagnóstico de clima organizacional objetivou dar subsídios aos gestores para a construção de objetivos organizacionais a serem alinhados à motivação e interesse de cliente internos, além de uma boa relação entre estes e a organização.

Figura 1. Distribuição das Unidades Hemoterápicas no Estado do Amapá.



OBJETIVO

Identificar o Clima Organizacional do corpo técnico do Hemocentro Coordenador do Amapá, levando em consideração quatro aspectos: material, psíquico, qualidade e comunicação e social, além de descrever o perfil sociodemográfico dos funcionários, para subsidiar os gestores do Hemocentro Coordenador para melhoria da política da gestão de pessoas.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada em 2006, no Hemocentro Coordenador do Amapá – Hemoap, com objetivo de avaliar o clima organizacional.

Trata-se de um estudo tipo descritivo, exploratório e de corte transversal, utilizando como instrumento um questionário estruturado, constituído por 35 perguntas, avaliando os aspectos materiais, psíquico, qualidade e comunicação e social, relacionando-os aos atributos: remuneração, condições de trabalho, participação e envolvimento, desenvolvimento e segurança, comunicação interna, qualidade na organização, integração social, equipe, ética e resultados. Para cada atributo, estão relacionados indicadores que permitem identificar, com maior precisão, os níveis de satisfação dos funcionários. Este instrumento utilizado no estudo foi uma adaptação do consórcio Fundação Getúlio Vargas FGV-EPOS, aplicado em pesquisa do clima organizacional do Hospital de Emergência e Trauma de Senador Humberto Lucena, de João Pessoa – PB.

As opções para cada indicador foram apresentadas em três blocos: discordo totalmente e discordo, discordo em parte e concordo em parte, concordo e concordo totalmente. Os que foram considerados como satisfação foram as alternativas:

concordo e concordo totalmente, que serviram de referência na identificação do nível de satisfação. Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas, relacionando os aspectos, atributos e indicadores, com a referência satisfação (concordo e concordo totalmente).

O questionário tem na sua primeira página, uma folha de rosto com dados explicativos orientando os respondentes quanto à finalidade do estudo, a não obrigatoriedade de sua participação e assinatura, a legalidade do documento e forma de avaliação dos formulários. As caracterizações dos respondentes foram definidas quanto ao sexo, idade, formação, vínculo empregatício e tempo de trabalho no hemocentro.

O universo da pesquisa foi formado por 36 pessoas, que se encontravam no exercício de suas atividades, excluindo os servidores em férias, os com atestado médico, os de licença-prêmio e aqueles que se recusaram a responder o questionário.

O estudo seguiu os seguintes passos metodológicos: autorização da diretoria geral do hemocentro; reunião com os colaboradores, explicando a finalidade e esclarecendo os itens dos questionários; assinatura do termo livre e esclarecido pelos respondentes e a operação da coleta de dados; os dados foram processados pelo software Excel e apresentados em tabelas e gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população pesquisada foi formada por 36 técnicos que se encontravam no exercício efetivo de suas atividades na ocasião da coleta de dados, excluindo os servidores em férias e os afastados por motivos diversos.

RECURSOS HUMANOS

O estudo demográfico demonstrou que os funcionários em sua maioria, são do sexo feminino com (69%), com idade entre 35 e 44 anos (45%). A maior parte dos funcionários tem o curso superior completo (41%), e pertencem ao quadro do Governo Estadual (72%) (Figuras 2 a 5).

Figura 2. Perfil Sócio Demográfico do Corpo Técnico do Hemoap por Sexo.

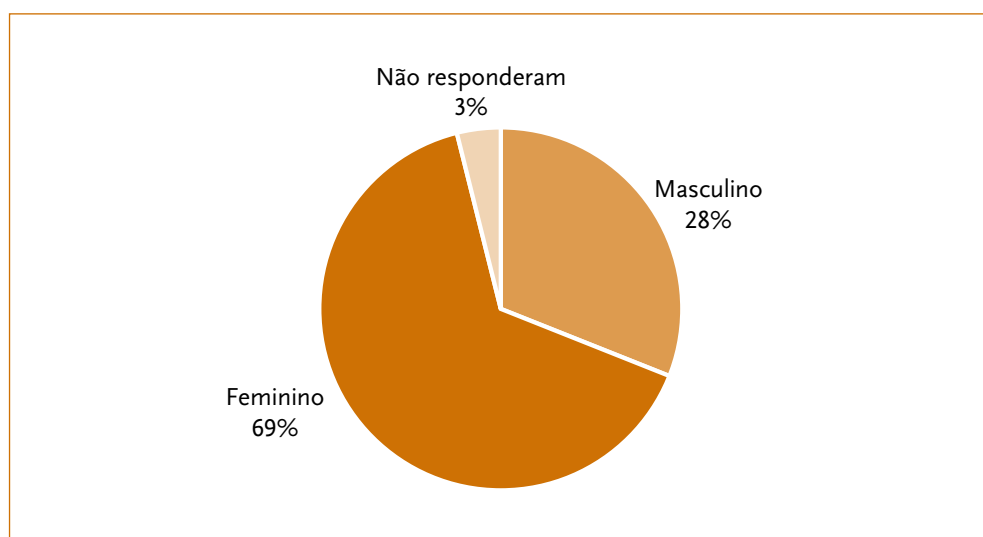


Figura 3. Perfil Sócio Demográfico do Corpo Técnico do Hemoap por Idade.

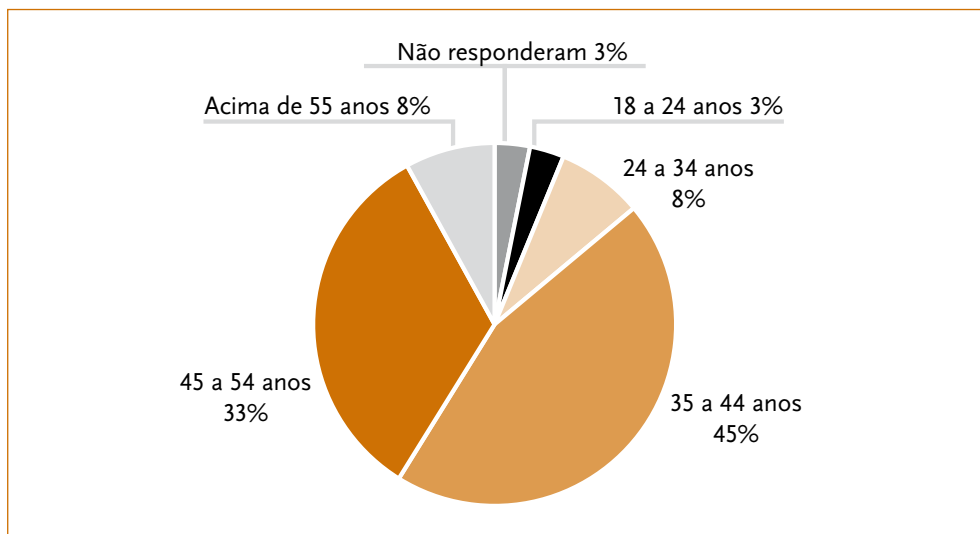


Figura 4. Perfil Sócio Demográfico do Corpo Técnico do Hemoap por Escolaridade.

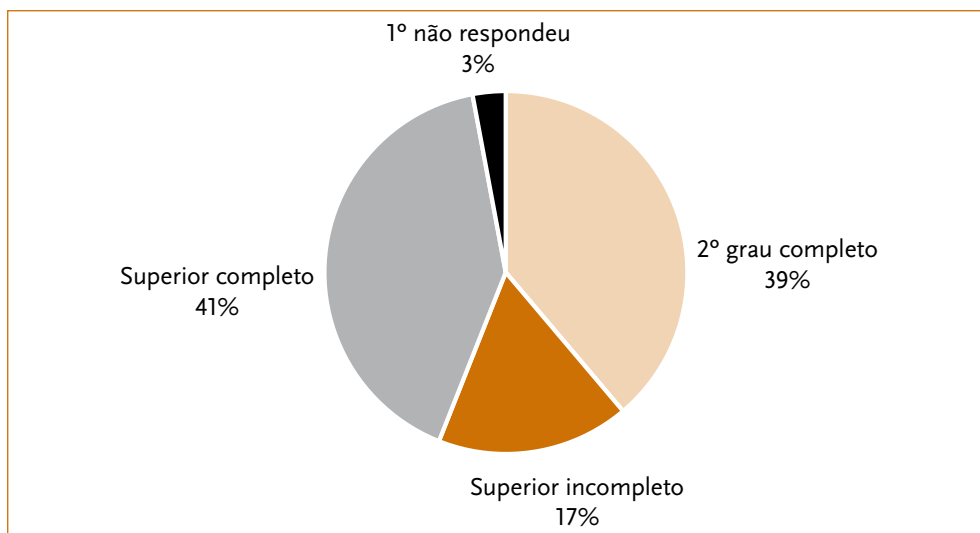
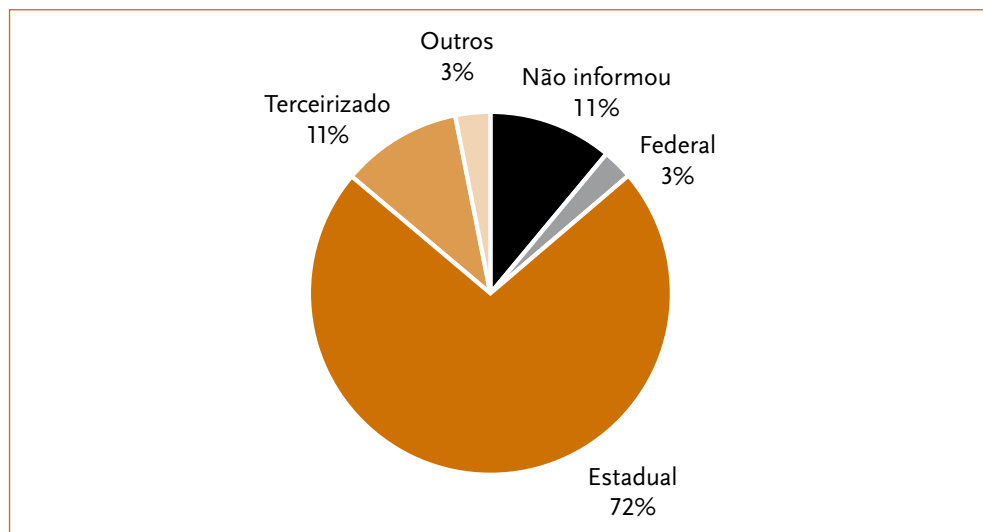
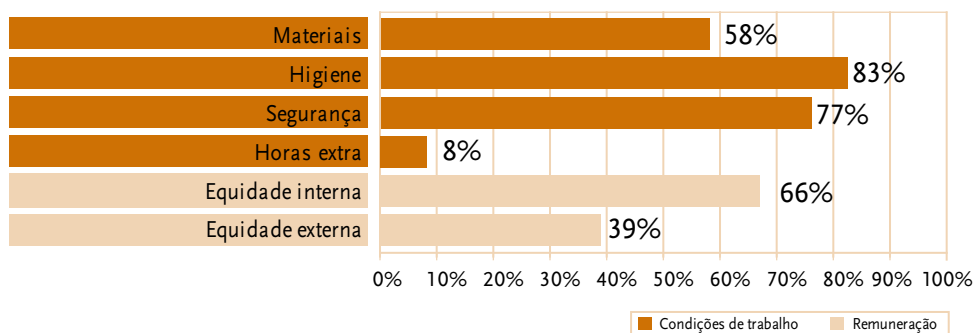


Figura 5. Perfil Sócio Demográfico do Corpo Técnico do Hemoap por Vínculo empregatício.



Para o Aspecto Material os resultados de satisfação obtidos são apresentados na Figura 6.

Figura 6. Distribuição do Aspecto Material por Atributos e seus Indicadores Segundo o Nível de Satisfação dos Funcionários.

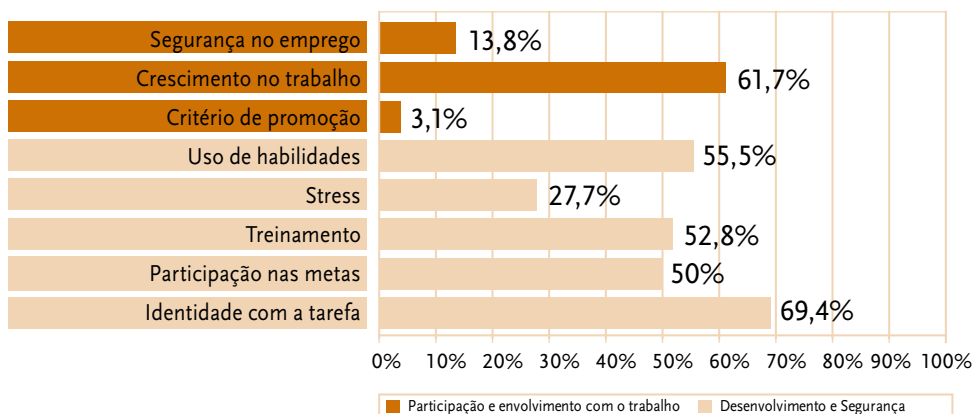


Na Figura 6, no aspecto material, no atributo remuneração, observa-se a percepção dos funcionários quanto à desproporção entre a equidade interna e externa, mostrando uma grande diferença quando comparado o seu salário com os dos profissionais que ocupam o mesmo cargo em outras instituições (39,3%). Esta diferença é menor quando o seu salário é comparado com os salários dos colegas de trabalho de sua instituição (65,7%) de satisfação.

Neste aspecto, o atributo condição de trabalho e higiene do ambiente foi apontado com o maior índice de satisfação (83%) enquanto mostra menor satisfação relacionada às horas extras (7,6%).

Para o Aspecto Psíquico os resultados de satisfação obtidos são apresentados na Figura 7.

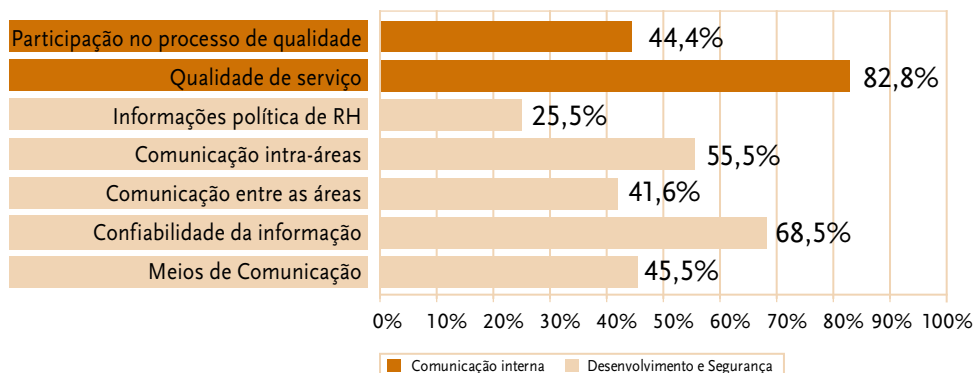
Figura 7. Distribuição do aspecto psíquico por atributos e seus indicadores segundo o nível de satisfação dos funcionários.



Na Figura 7, com relação ao aspecto psíquico, no atributo participação e envolvimento com o trabalho, os funcionários mostram-se satisfeitos com o aproveitamento de seus conhecimentos e suas habilidades (55,5%) pela organização, equiparando-se à realização profissional. No que se refere à identificação com a tarefa que executam (69,4%) chama atenção para os menores níveis de satisfação obtidos nos indicadores participação nas metas (50%) e treinamentos (52,8%), referindo-se a oportunidades necessárias para a realização de suas tarefas. Também neste atributo, chama atenção o indicador critério de promoção com (3,1%) de satisfação dos funcionários, obtendo o menor nível de satisfação, onde as pessoas não são consideradas pela organização para este fim, seguidos de segurança no emprego com (13,3%).

Para o Aspecto Comunicação e Qualidade os resultados de satisfação obtidos são apresentados na Figura 8.

Figura 8. Distribuição do aspecto qualidade e comunicação por atributos e seus indicadores segundo o nível de satisfação dos funcionários.



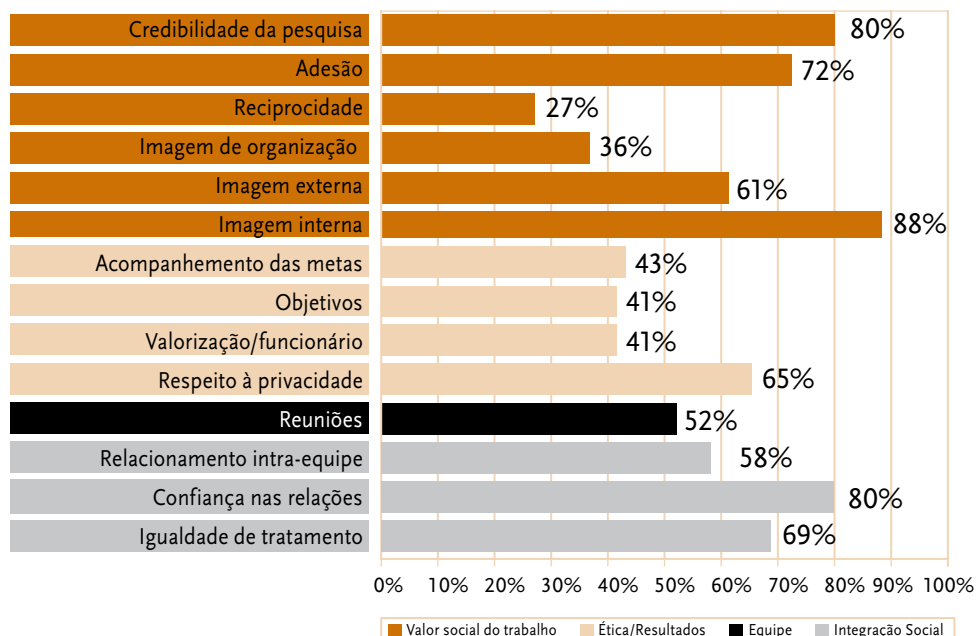
No aspecto Qualidade e Comunicação os indicadores Meios de Comunicação (45,5%), Comunicação Entre as Áreas (41,6%), Comunicação Intra Área (55,5%) apresenta níveis de satisfação baixos que podem afetar o sucesso da organização, seguido de confiabilidade da informação (68,5%).

Observamos na Figura 8 que para o atributo qualidade na organização, o indicador qualidade no serviço aponta para um maior nível de satisfação dos funcionários considerando-os competentes na execução de suas tarefas (82,8%) e demonstra menor satisfação quanto a sua participação no processo da qualidade no que refere ao estímulo da organização à criatividade e inovação pelos funcionários para melhoria da mesma (44,4%).

Ainda na Figura 8, para o aspecto qualidade e comunicação, chama a atenção também para o menor nível de satisfação a política de RH (25,5%) da organização quanto às informações sobre benefícios, remuneração e qualidade.

Para o Aspecto Social os resultados de satisfação obtidos são apresentados na Figura 9.

Figura 9. Distribuição do aspecto social por atributos e seus indicadores segundo o nível de satisfação dos funcionários.



Na Figura 9, no atributo integração social, o indicador igualdade de tratamento com (69%), o de confiança nas relações (80%) e o de relacionamento interequipe (58%), chama a atenção pelo bom nível de satisfação relacionada às relações intraequipes e confiança entre as mesmas. Para o atributo ética e Resultados, os indicadores respeito à privacidade (65%), valorização dos funcionários (41%), cumprimento aos direitos trabalhistas (41%) apresentam-se equiparados.

O atributo Equipe, no que se refere à colaboração dos outros setores quando solicitados apontam para um nível de satisfação de (58%).

Observa-se que para o atributo imagem externa da organização (61%), imagem da organização no que se refere à eficiência da administração (88%) e a reciprocidade relacionadas ao relacionamento pela dedicação (27%) há uma grande diferença no nível de satisfação.

Na mesma Figura observamos que os indicadores imagem interna (88%), adesão ao serviço (72%) e credibilidade na pesquisa (80%), apresentam maior nível de satisfação para atributo e aspecto.

CONCLUSÕES

O clima organizacional é a chave para o sucesso de uma empresa, pois condiciona as atitudes e o comportamento dos seus trabalhadores. Por isso, estabelecer mecanismos de medição periódica do clima organizacional e o desenho de ações de melhoria para os aspectos que mostram piores resultados deve ser uma prática obrigatória para qualquer uma equipe de gestão (ROBLES-GARCIA et al, 2005). Não se faz citação em conclusão.

Nesta medida para o aspecto material, o atributo remuneração referente ao indicador equidade externa, representou apenas 39,3%, demonstrando baixo nível de satisfação quando o servidor compara a sua remuneração com a remuneração de outras organizações equivalentes a que ele trabalha. No atributo condição de trabalho, as horas extras com nível de satisfação 7,6%, necessita de ações de melhoria. Neste aspecto, o indicador material referente à disponibilidade de equipamentos necessários para a execução da tarefa só 50,3% e segurança física no trabalho 77,1%, tem alcançado bom nível de satisfação, merece atenção considerando as atividades exercidas insalubres para os funcionários, condicionando insegurança e insatisfação.

No aspecto psíquico, verifica-se que os fatores de satisfação motivacionais estão relacionados a identidade com a tarefa (69,4%), treinamento (52,8%) uso de habilidade (55,5%) e crescimento no trabalho (64,7%). Conclui-se que a maioria dos funcionários gostam do que fazem identificando-se com a tarefa, comprometidos com o cargo, refletindo favoravelmente no clima organizacional. Porém, os resultados aspecto psíquico stress (27,7%) de satisfação, critérios de promoção e segurança no emprego, estes resultados podem influenciar na motivação e, portanto no clima organizacional.

No aspecto qualidade e comunicação os resultados obtidos refletem uma satisfação parcial entre as áreas, porém quando questionado sobre o indicador informação sobre a política de RH vindas da organização os resultados foram (25,5%) de satisfação, refletindo a necessidade de ações de melhoria neste indicador.

No atributo qualidade do serviço a maioria dos funcionários demonstraram um bom nível de satisfação (82,8%), demonstrando eficiência no que fazem.

Para o aspecto social, o atributo integração social, as relações de confiança e interpessoais representa um bom nível de satisfação (80%), mostrando uma agregação das relações intraequipes. Este atributo agregado aos de ética e resultados no que se refere ao reconhecimento da organização pelos seus esforços (71,9%), eficiência da administração (27,2%) e a definição de objetivos que impactam nos resultados dos processos (42,8%) apontam para a importância da busca de soluções com investimentos em programas voltados para melhoria da integração, fortalecimento

do trabalho em equipe e valorização profissional, além de implementar medidas que proporcione uma melhor gestão participativa integrando a equipe na construção de objetivos realísticos e metas bem definidas para que as práticas sejam voltadas para resultados efetivos da organização.

Ainda neste aspecto, observa-se que a maioria dos funcionários tem orgulho do que faz (61,7%), pretende trabalhar por muito tempo na organização (80%) e acreditam que os resultados da pesquisa serão totalmente bem utilizados (100%).

Estes resultados podem orientar as ações de um plano de melhoria de gestão, contribuindo para um bom clima organizacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisa de Clima Organizacional é uma das principais ferramentas de diagnóstico organizacional, mas não adianta apenas aplicá-la com base nos resultados, é preciso implementar ações necessárias. Só assim é possível analisar como foi o retorno e saber se as ações atenderam às expectativas.

A valorização é uma necessidade humana suficientemente forte para criar um clima adequado à superação dos desafios nesta época de grandes mudanças.

Quando o processo participativo é bem trabalhado, os índices de satisfação e motivação tendem a manter-se em patamares bastante elevados, pois os trabalhadores passam a ser co-responsáveis pelo seu crescimento.

Muito mais do que liderar a mudança, o gestor deverá estar pessoalmente comprometido com os resultados, assumindo que é de responsabilidade sua e de sua equipe todas as manobras realizadas na organização. Identificar atividades críticas que agregam valor para o cliente interno e, conseqüentemente, impactam no resultado final.

Medidas que visem à melhoria na integração entre as áreas e intrasetores tornando um fator positivo para a melhoria do clima organizacional.

Neste contexto, o clima organizacional busca retratar o estado de satisfação dos colaboradores em relação a diversos aspectos. Alguns deles: o trabalho que desempenha, a organização, ele mesmo, os colegas de trabalho, as condições de trabalho, a chefia. Também é possível visualizar e identificar o grau de alinhamento entre a cultura definida pela organização e as ações realizadas no dia-a-dia.

Clima Organizacional do Hemolacen – Hemocentro de Sergipe: enfoque no Corpo Técnico da Diretoria de Atividades Hemoterápicas

Autora: Maria da Conceição Pereira Passos¹

Orientador: Professor Oscar Bandeira Coutinho Neto²

¹ Hemocentro Sergipe

² Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

INTRODUÇÃO

O Hemocentro de Sergipe – Hemose, criado em 1980, sem fins lucrativos e vinculado à Secretaria da Saúde, objetivava a assistência hemoterápica e fornecimento de sangue à Maternidade Estadual H. F. Batista, iniciando suas atividades em 1981.

Em virtude da credibilidade conquistada, o Hemose logo se tornou um Hemocentro Coordenador, ampliando sua assistência à rede hospitalar, tendo sido transformado em autarquia em 1982. No início deste século tornou-se responsável por toda assistência hemoterápica de Sergipe, no âmbito público e privado. A qualidade do sangue a ser transfundido depende da atividade das três áreas do Hemocentro: ciclo do doador, ciclo do sangue e ciclo do paciente. Atualmente, o Sistema Estadual de Sangue (Hemorrede) de Sergipe é composto do Hemocentro Coordenador, onze Agências Transfusionais e em implantação, três Unidades de Coleta e Transfusão.

Em dezembro de 2004, houve a fusão súbita do Hemocentro de Sergipe com o Laboratório de Saúde Pública Instituto Parreiras Horta – IPH, constituindo uma nova autarquia estadual, o “Instituto de Hemoterapia e de Atividades de Laboratório Central de Saúde Pública Parreiras Horta” onde o Hemocentro de Sergipe corresponde à Diretoria de Atividades Hemoterápicas.

Quando da fusão, o Hemocentro de Sergipe incorporou no seu quadro funcional, profissionais remanejados do IPH e novos profissionais terceirizados ou nomeados em cargos comissionados, de modo que, em curto espaço de tempo, absorveu um grande número de pessoas advindas de culturas organizacionais distintas.

O maior patrimônio de uma organização são os Seres Humanos e no processo de fusão não houve investimento nas pessoas, adaptando-as à nova cultura, posto que as mudanças comportamentais se refletiriam no clima organizacional (CO). Sabe-se que a cultura expressa a identidade da organização, sendo construída ao longo do tempo, impregnando as práticas, constituindo um sistema coerente que une os membros em torno dos mesmos objetivos e modo de agir, sendo o elo entre o presente e o passado, contribuindo para a permanência e a coesão da organização, sendo aprendida, transmitida e partilhada entre os membros da organização.

As duas organizações remanescentes tinham grandes diferenças culturais. O IPH era um órgão antigo, formal, tido como mais importante, porém com dificuldades financeiras e baixa credibilidade, ao contrário do Hemocentro, órgão relativamente jovem, não formal, com recursos próprios e grande credibilidade da população.

Diante desse contexto, utilizando uma abordagem descritiva e os conceitos de vários autores como referencial teórico, um estudo eficaz e eficiente de CO do corpo técnico do Hemocentro de Sergipe, visando à obtenção de resultados fidedignos

e confiáveis que atenda as expectativas dos seus servidores, ao tempo que é uma necessidade, constitui-se um grande desafio.

O estudo do CO no corpo técnico do Hemocentro de Sergipe é de grande relevância, considerando-se que os profissionais desta área executam atividades de alta responsabilidade e qualificação, com exigência de atenção, concentração e controle emocional, sendo necessário um planejamento para a melhoria do ambiente e da qualidade de vida no trabalho.

OBJETIVO

Identificar o clima organizacional do corpo técnico do Hemocentro de Sergipe considerando-se quatro aspectos: material, psíquico, qualidade e comunicação e aspecto social para fornecer subsídios aos gestores dos diversos setores do Hemocentro para melhoria da política de gestão de pessoas.

MÉTODO

Área de Estudo: Hemocentro de Sergipe – Hemose.

População de estudo: composta da totalidade dos profissionais técnicos integrantes da força de trabalho do Hemocentro que se encontrava em atividade no momento da aplicação do questionário, constituindo-se de 55 dentre um total de 60 servidores que compõem o quadro organizacional. Os cinco servidores que não participaram do estudo encontravam-se em licença ou em período de férias.

Desenho: A pesquisa trata-se de um estudo de caso de análise organizacional no que tange à satisfação dos servidores, é do tipo descritivo, de corte transversal com desenho quantitativo.

Coleta de Dados: a realização da coleta ocorreu entre setembro e outubro de 2006. O estudo teve como instrumento um questionário constituído de uma folha de rosto, onde consta a finalidade e importância da pesquisa, itens para identificação do perfil sociodemográfico referente ao sexo, idade, escolaridade, tipo de vínculo empregatício, tempo de trabalho no Hemocentro. O questionário propriamente dito constituiu-se de 35 questões fechadas e mais duas questões abertas. Cada questão fechada possuiu seis alternativas de resposta, devendo ser assinalada apenas uma delas: discordo totalmente, discordo em parte, discordo, concordo, concordo em parte e concordo totalmente.

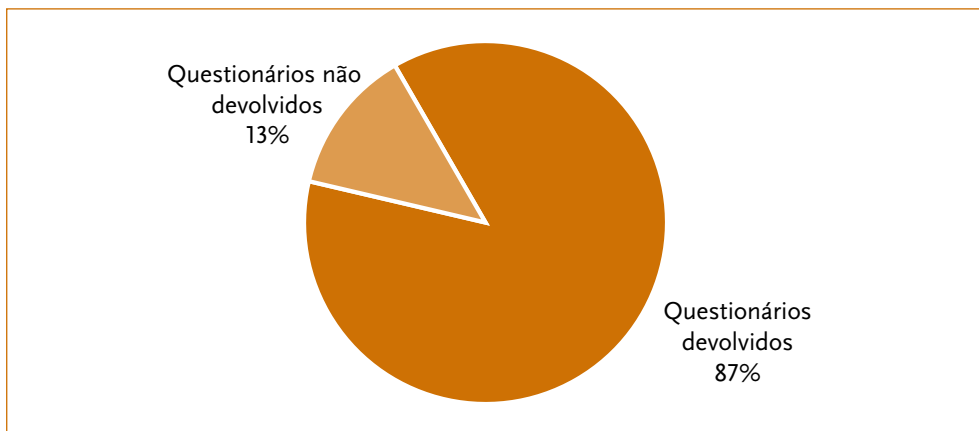
Plano de Descrição e Análise: Os dados foram processados em Excel, versão 2003, tendo como base os 35 indicadores e em níveis sucessivos, os dez atributos e os quatro aspectos. A análise quantitativa do questionário produziu resultados sintéticos e globalizantes, apresentando o número de respostas válidas e as não respondidas, relacionando o percentual de satisfação favorável por indicador. Foram consideradas como satisfação favorável as alternativas: “*Concordo em parte*” e “*Concordo totalmente*”. As questões fechadas analisaram quatro aspectos: material; psíquico; qualidade e comunicação; e aspecto social. O aspecto material foi analisado observando seis questões agrupadas em dois atributos: “*Remuneração*” e “*Condições de trabalho*”. O aspecto “*Psíquico*”, foi analisado por meio de oito questões agrupadas em dois atributos: “*Participação e envolvimento com o trabalho*”; e “*Desenvolvimento e segurança*”. O aspecto “*Qualidade e comunicação*” foi analisado por sete questões agrupadas em dois atributos: “*Comunicação interna*” e “*Qualidade na organização*”. O aspecto “*Social*” foi analisado por quatorze questões agrupadas em quatro atributos: “*Integração social*”; “*Equipe*”; “*Ética/resultados*”; e “*Valor social do trabalho*”.

Aspectos Operacionais e Éticos: o estudo seguiu os seguintes passos metodológicos: autorização do presidente do HEMOLACEN, comunicação escrita da realização da pesquisa aos gerentes e (ou) responsáveis pelos setores técnicos do Hemocentro e reuniões com os servidores das três áreas envolvidas, informando o objetivo e a importância do estudo. Garantiu-se o anonimato dos participantes em todo o processo da pesquisa e obteve-se sua autorização pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 55 questionários distribuídos, foram devolvidos 48 (Figura 1).

Figura 1. Percentual relativo à devolução dos questionários.



Em relação ao perfil sociodemográfico do corpo técnico do Hemocentro de Sergipe, observa-se que os servidores na sua maioria são do sexo feminino, idade entre 45 e 54 anos, nível superior completo, servidor com vínculo empregatício efetivo e menos de dois anos de trabalho no Hemocentro (Figuras 2, 3, 4, 5 e 6).

Figura 2. Distribuição dos servidores quanto ao sexo.

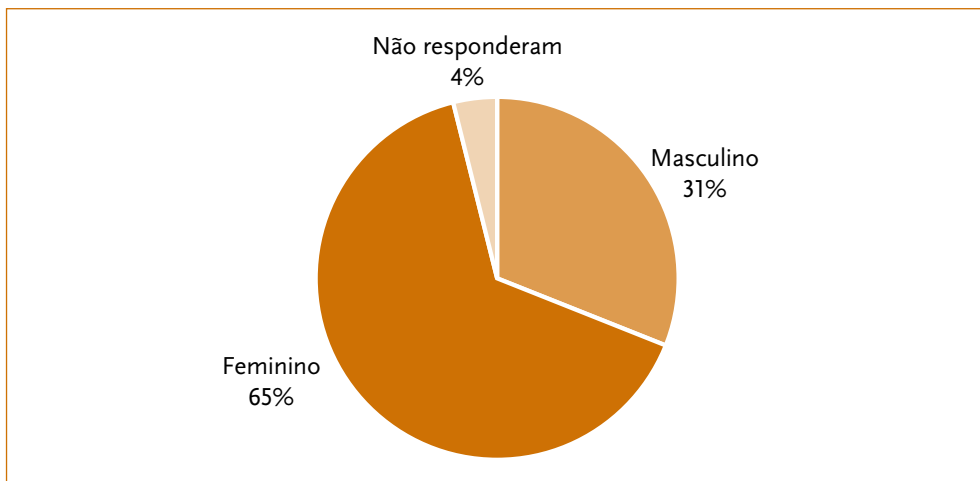


Figura 3. Distribuição dos servidores quanto à idade.

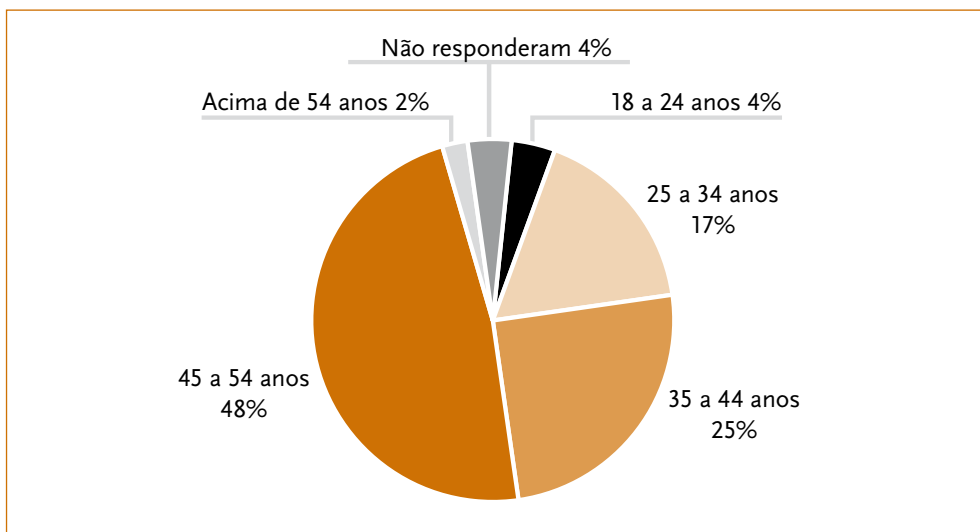


Figura 4. Distribuição dos servidores quanto à escolaridade.

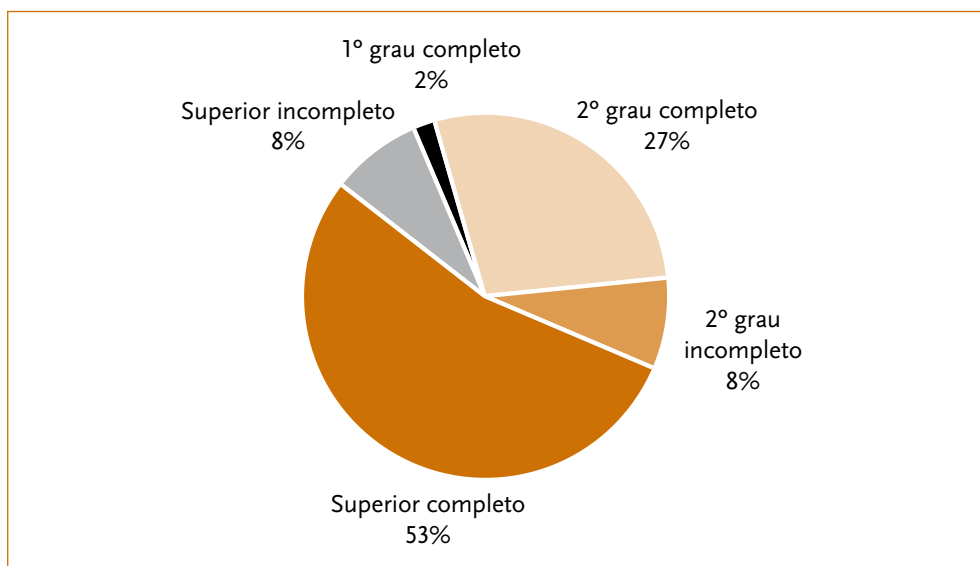


Figura 5. Distribuição dos servidores quanto ao vínculo empregatício.

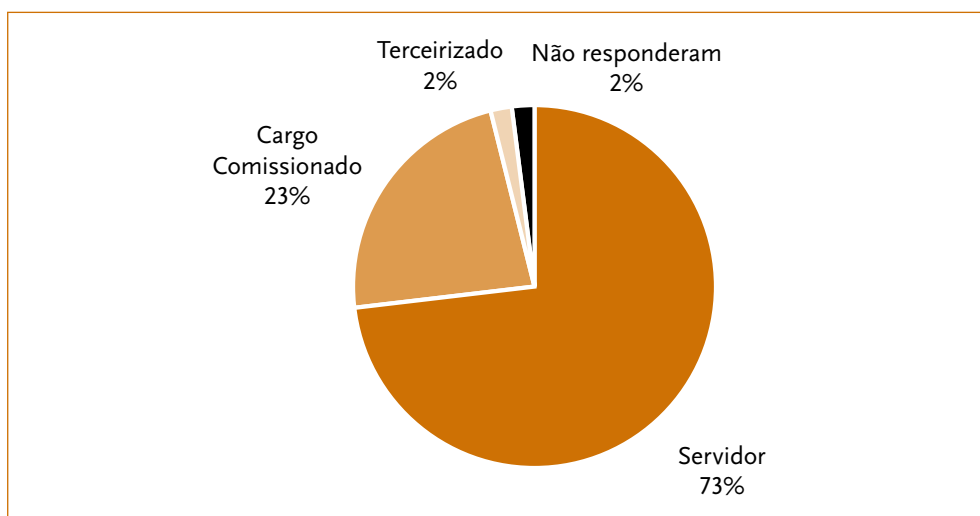
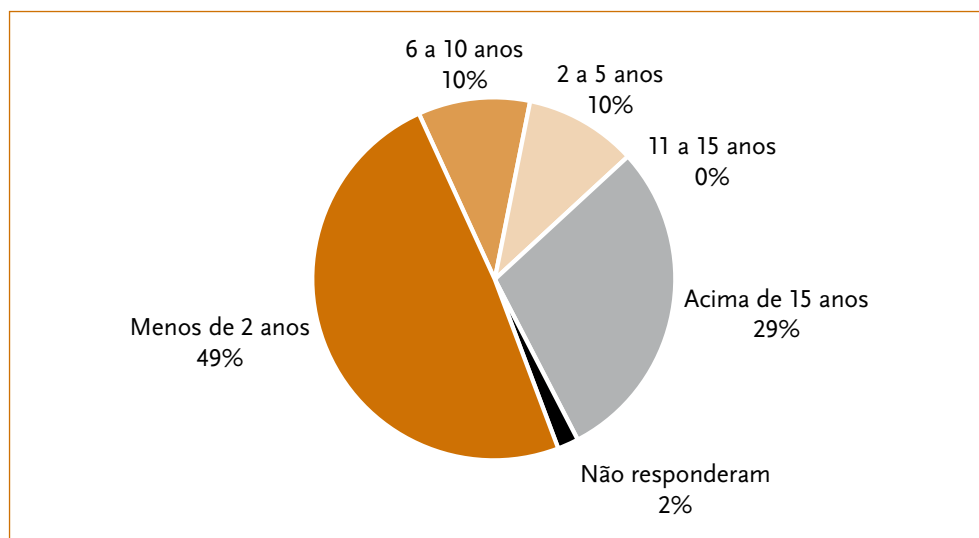


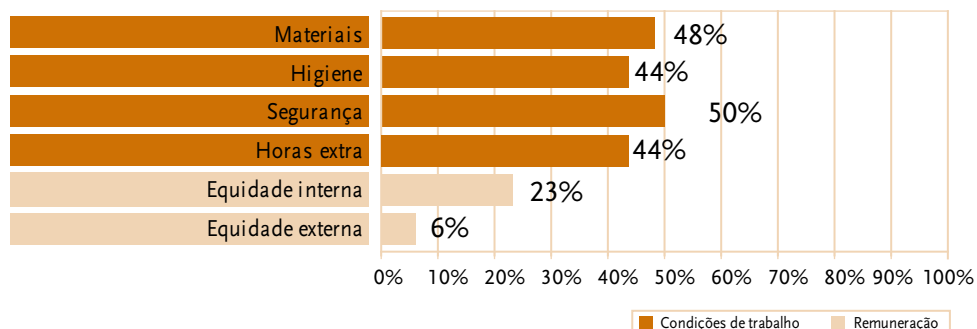
Figura 6. Distribuição dos servidores quanto ao tempo de serviço.



Aspecto Material

Quando o estudo reportou-se aos atributos do aspecto “Material” (Figura 7), observa-se que o atributo “Remuneração” apresenta os menores percentuais de satisfação. O percentual de satisfação do indicador “Equidade interna” (23%) é maior em relação ao percentual de satisfação do indicador “Equidade externa” (6%), demonstrando que o salário pago ao servidor do Hemocentro, para o mesmo cargo, quando comparado ao salário de serviços públicos semelhantes, possui grau inferior, apontando que, em relação aos colegas de trabalho, há uma tendência a serem equânimes. Os percentuais de satisfação dos indicadores do atributo “Condições de trabalho” demonstram que – pelo menos em parte – “Horas extras” (44%), a sua realização não tem sido maior do que o produtivo, não comprometendo o tempo de dedicação à família e ao lazer; “Higiene” (44%), o ambiente físico é limpo e organizado; “materiais” (48%), há disponibilidade de equipamentos e materiais adequados para a realização do trabalho; e “Segurança” (50%), existe preocupação com a segurança física no trabalho. No atributo “Remuneração” chama atenção o indicador “Equidade externa” (6%), menor percentual de satisfação do aspecto “Material” e de toda a pesquisa.

Figura 7. Distribuição do aspecto “Material” por atributos e seus indicadores segundo o percentual de satisfação dos servidores.

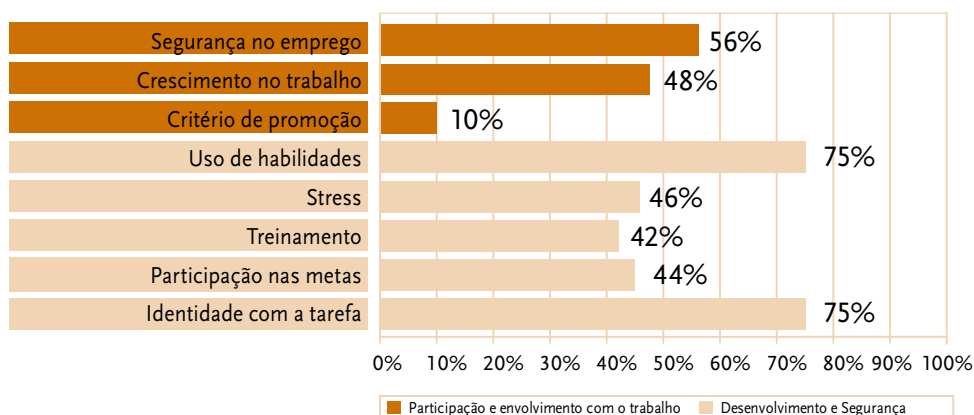


Aspecto Psíquico

Quando o estudo reportou-se aos atributos do aspecto “Psíquico” (Figura 8), observava-se que os percentuais de satisfação dos indicadores do atributo “Participação e envolvimento com o trabalho”: “Identidade com a tarefa” (75%), e “Uso de habilidades” (75%) se equivalem e são os mais elevados no aspecto “Psíquico”, demonstrando, respectivamente, que o trabalho traz realização pessoal e que o potencial e experiências do servidor são utilizados no setor de trabalho. Os percentuais de satisfação dos outros três indicadores deste atributo demonstram que, pelo menos em parte: “Participação nas metas” (44%), há oportunidade de participar dos objetivos e metas do Hemocentro; “Treinamento” (42%), há treinamento adequado e suficiente para a realização do trabalho; “Estresse” (46%), há situações de trabalho que o servidor não pode resolver o que lhe traz tensão. O que chama atenção no atributo “Participação e envolvimento com o trabalho” é que a soma dos indicadores de menor percentual de satisfação: “Treinamento” (42%); “Participação nas metas” (44%); e “Estresse” (46%), resultando 32%, ou seja, menor que a soma dos percentuais de satisfação dos demais indicadores deste atributo: “Identidade com a tarefa” (75%), e “Uso de habilidades” (75%), resultando 150%.

Ainda no aspecto “Psíquico”, os indicadores do atributo “Desenvolvimento e segurança”, apresentam os percentuais de satisfação: “Critério de promoção”, 10%, demonstrando que no Hemocentro as pessoas mais capacitadas não são as que são promovidas; “Crescimento no trabalho” (48%), demonstrando que, pelo menos em parte, há oportunidade de melhorar os conhecimentos trabalhando no setor; e “Segurança no emprego” (56%), demonstrando que, pelo menos em parte, não há insegurança quanto ao vínculo empregatício. Chama atenção, no atributo “Desenvolvimento e segurança”, o percentual de satisfação do indicador critério de promoção (10%), o menor percentual do aspecto psíquico.

Figura 8. Distribuição do aspecto psíquico por atributos e seus indicadores segundo o nível de satisfação dos servidores do corpo técnico do Hemocentro de Sergipe no período de setembro a outubro de 2006.



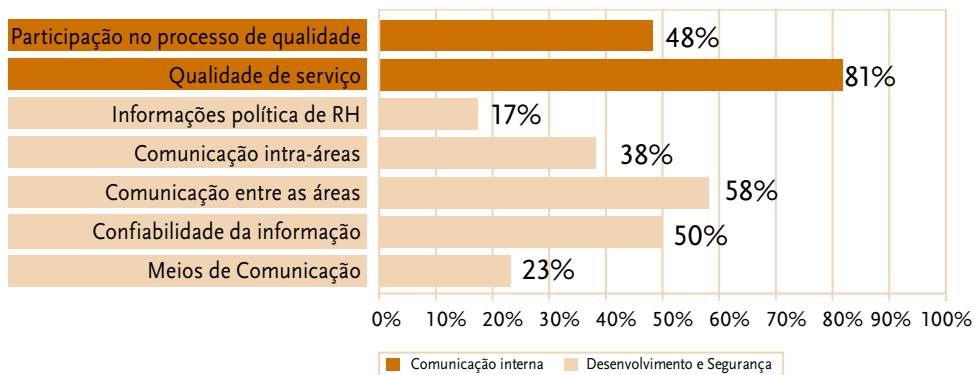
Aspecto Qualidade e Comunicação

Quando o estudo reportou-se aos atributos do aspecto “Qualidade e comunicação” (Figura 9), observou-se que, no atributo “Comunicação interna”, o percentual de satisfação do indicador “comunicação entre áreas” (58%) foi maior em relação ao percentual de satisfação do indicador “Comunicação intra-áreas” (38%), demonstrando que a comunicação entre áreas é maior que a comunicação intra-áreas. Os percentuais de satisfação dos outros três indicadores deste atributo demonstraram que, pelo menos em parte: “meios de comunicação” (23%); “comunicação interna no serviço” não foi clara sobre o que acontece no Hemocentro; “Confiabilidade da informação” (50%), houve confiança nas informações; “Informação sobre política de RH” (17%), as informações sobre remuneração, benefícios e produtividade no Hemocentro não foram claras, chamando atenção o percentual de satisfação desse indicador, o menor do atributo “Comunicação interna” e do aspecto “Qualidade e comunicação”. Chama atenção, ainda no atributo “Comunicação interna”, a soma dos menores percentuais, indicadores: “Informação sobre política de RH” (17%) e “meios de comunicação” (23%), resultando 40%, ou seja, menor que os percentuais dos demais indicadores do aspecto “Qualidade e comunicação”, sendo maior que o percentual do indicador “Comunicação intra-áreas” (38%) em apenas 2%. Isso indica que as informações sobre remuneração, benefícios e produtividade não são claras e que os meios de comunicação interna no serviço não mantêm o servidor informado sobre o que acontece no Hemocentro.

Ainda no aspecto “Qualidade e comunicação”, os indicadores do atributo “Qualidade na organização” apresentaram percentuais de satisfação: “Qualidade do serviço” (81%), demonstrando que o servidor tem competência e autonomia para realizar o

trabalho e considera que o serviço do setor tem qualidade; “*Participação no processo qualidade*” (48%), o que demonstrou que, pelo menos em parte, há tendência da área de atuação em estimular a criatividade do servidor para melhorar a qualidade do serviço. No atributo “*Qualidade na organização*”, chama atenção o indicador “*Qualidade do serviço*” (81%), por ser o maior percentual de satisfação do aspecto “*Qualidade e comunicação*”.

Figura 9. Distribuição do aspecto qualidade e satisfação por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação dos servidores do corpo técnico do Hemocentro de Sergipe no período setembro a outubro de 2006.



Aspecto Social

Quando o estudo reportou-se aos atributos do aspecto “*Social*” (Figura 10), observou-se que os indicadores do atributo “*Integração social*” apresentaram percentuais de satisfação decrescentes e não elevados: “*Igualdade de tratamento*” (40%), apontando ser baixo o acesso à chefia, a justa distribuição das tarefas e o comprometimento com os resultados, por parte da chefia; “*Confiança nas relações*” (33%), apontando ser baixa a relação de confiança e respeito entre as pessoas; e “*Relacionamento intraequipe*” (25%), apontando ser baixo o senso de comunidade, a identidade de crenças, ideias, valores e o respeito às diferenças entre as pessoas. Chamou atenção, no atributo “*Integração social*”, o indicador “*Relacionamento intraequipe*” (21%), com menor percentual de satisfação.

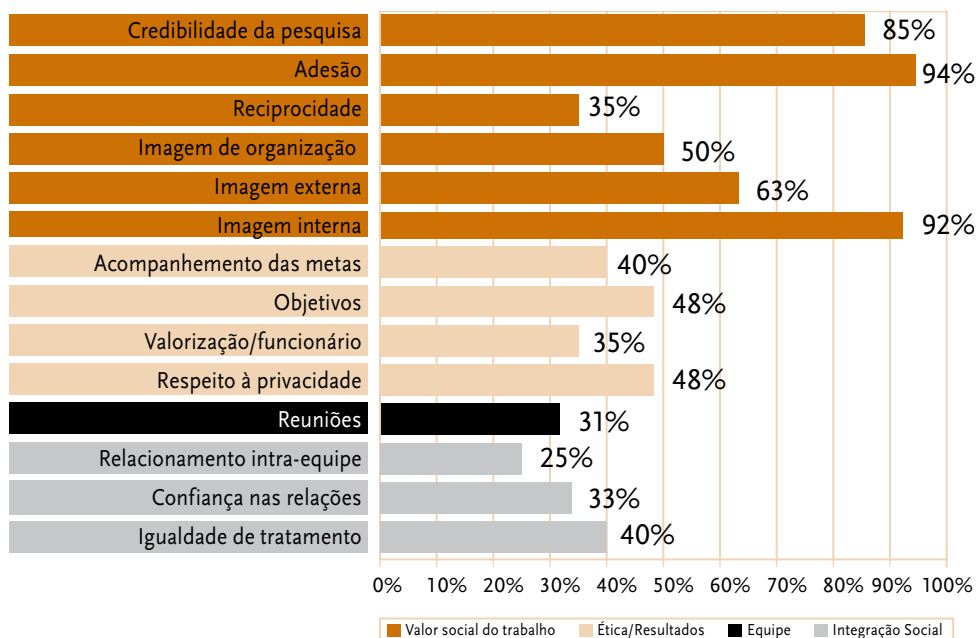
O atributo “*Equipe*”, com um único indicador “*Reuniões*” (31%), apresentou percentual de satisfação não elevado, apontando ser baixa a colaboração entre as equipes intersetoriais, corroborando com o demonstrado no atributo “*Integração social*”.

No atributo “*Ética/resultados*”, observou-se que os percentuais de satisfação dos indicadores demonstraram que, pelo menos em parte: “*Respeito à privacidade*” (48%), a privacidade e vida pessoal do servidor são respeitadas; “*Valorização do funcionário*” (35%), o servidor não é reconhecido pelas suas contribuições e seu

trabalho não é valorizado; “Objetivos” (48%), o setor define objetivos que impactam no resultado dos processos e reconhece a melhoria dos resultados relacionados aos seus esforços; “Acompanhamento das metas” (40%), o setor tende a implantar as metas propostas, havendo acompanhamento e avaliação dos projetos.

No atributo “Valor social do trabalho”, observou-se que os indicadores demonstraram que: “Imagem interna” (92%), o servidor tem orgulho de trabalhar no Hemocentro; “Imagem externa” (63%), considera que o Hemocentro é honesto e responsável pelas pessoas em geral; “Imagem da organização” (50%), considera, pelo menos em parte, que o Hemocentro é bem administrado e eficiente e há acesso ao superior; “Reciprocidade” (35%), pelo menos em parte, não se sente recompensado pela dedicação que tem ao Hemocentro; “Adesão” (94%), pretende trabalhar por longo tempo no Hemocentro; “Credibilidade da pesquisa” (85%), acredita que os resultados desta pesquisa serão bem utilizados pelo Hemocentro. O percentual de satisfação do indicador “Reciprocidade” (35%) chamou atenção por ser o menor percentual do atributo “Valor social do trabalho”. Destacaram-se os três indicadores de maior percentual de satisfação do aspecto “Social” e de toda a pesquisa: “Adesão” (94%); “Imagem interna” (92%); e “Credibilidade da pesquisa” (85%).

Figura 10. Distribuição do aspecto social por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação dos servidores do corpo técnico do Hemocentro de Sergipe no período setembro a outubro de 2006.



Quanto às questões abertas, o indicador “Satisfação” obteve 46 respostas e, o indicador “insatisfação”, 70 respostas. Desconsiderando os fatores já contemplados nas

questões fechadas, os fatores que mais trouxeram satisfação no trabalho foram: interação/integração entre os colegas; ajudar o semelhante e servir as pessoas; coletar sangue para salvar vidas e salvar vidas. Os fatores que mais trouxeram insatisfação no trabalho foram: interesses políticos e política partidária; fofocas e intrigas entre os colegas; gerente autoritária e não gosto da gerente; e funcionários não comprometidos com o trabalho.

CONCLUSÕES

Os maiores percentuais de satisfação da pesquisa correspondem aos indicadores: “Adesão” (94%); “Imagem interna” (92%); “Credibilidade da pesquisa” (85%); “Qualidade do serviço” (81%); “Identidade com a tarefa” (75%); e “Uso de habilidades” (75%), levando à conclusão de que os servidores pretendem trabalhar no Hemocentro por longo tempo; têm orgulho de trabalhar no Hemocentro; acreditam que os resultados desta pesquisa serão bem utilizados pelo Hemocentro; têm competência e autonomia para realizar o trabalho e consideram que os serviços do setor possuem qualidade; que o trabalho traz realização pessoal; e que seu potencial e suas experiências são utilizados no seu setor.

Os menores percentuais de satisfação da pesquisa correspondem aos indicadores: “Equidade externa” (6%); “Critério de promoção” (10%); “informação de política de RH” (17%); “Equidade interna” (23%); “meios de comunicação” (23%); “Relacionamento intraequipe” (25%); “Reuniões” (31%); “Confiança nas relações” (33%); “Valorização/funcionário” (35%); “Comunicação intra-áreas” (38%); e “Reciprocidade” (38%), levando à conclusão que no Hemocentro: o salário pago para o mesmo cargo é menor que em outros serviços públicos semelhantes; as pessoas mais capacitadas não são as que são promovidas; as informações sobre remuneração, benefícios e produtividade não são claras; a diferença de salário entre os colegas de trabalho não é significativa para o mesmo cargo, demonstrando a tendência a serem equânimes; os meios de comunicação interna não são claros e não mantêm o servidor informado sobre o que acontece em toda a organização; é baixo o senso de comunidade, não há as mesmas crenças, ideias e valores, respeitando as diferenças entre as pessoas do setor; nas reuniões do setor, não há colaboração de outro setor, quando solicitado; não existe uma relação de confiança e respeito entre as pessoas no setor; o servidor não é reconhecido pelas contribuições que faz e o seu trabalho não é valorizado; não existe troca de informações entre as pessoas do setor e as pessoas dos outros setores; o servidor não se sente recompensado pela dedicação que tem ao Hemocentro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas neste estudo constituem subsídios, inclusive como ferramenta de gestão, para a elaboração de um plano de ação voltado para a intervenção junto aos servidores. Essa atividade contribui para melhorar a qualidade de vida fora e dentro do trabalho, estimulando a criação de espaços para que se possa discutir não somente questões sobre o trabalho, mas também as dificuldades e vivências pessoais dos servidores, considerando as diferentes necessidades e objetivos da organização.

Os indicadores com maiores percentuais de satisfação necessitam de menores investimentos para sua melhoria, entretanto sugere-se a adoção de medidas preventivas visando a buscar a melhoria contínua do ambiente interno do Hemocentro.

Sugere-se que o plano de ação seja voltado para melhorar a remuneração, buscando promover a equiparação salarial para cargos semelhantes tanto no Hemocentro como nas demais instituições públicas, buscando a equidade salarial interna e externa; instituir critérios adequados de promoção, considerando as competências em lugar de indicações políticas; promover a transparência nas informações sobre remuneração, benefícios e produtividade; melhorar a comunicação interna, informando claramente o que acontece no Hemocentro; promover a troca de informações entre as pessoas do mesmo setor; melhorar os relacionamentos intraequipe e interpessoal; obter a confiança e o respeito nas relações entre as pessoas; reconhecer e valorizar o trabalho do servidor, recompensando-o pela dedicação que tem ao Hemocentro; melhorar o senso da comunidade, diminuindo as diferenças entre as crenças, ideias, valores; e aumentar o respeito entre as pessoas do setor.

Nesse sentido, os indicadores com percentuais mais baixos de satisfação devem ser os primeiros a serem contemplados e no menor prazo possível, uma vez que necessitam de mais investimentos e atenção na busca de soluções.

Não houve, neste estudo, a pretensão de esgotar o assunto, pois os dados ainda podem ser analisados de modo estratificado. Finalmente, recomenda-se o aprofundamento dessa investigação, bem como a sua extensão às demais unidades do HEMOLACEN. Tais recomendações, entretanto, não devem ser consideradas pré-requisitos para a elaboração do plano de ação para os problemas identificados no Hemocentro.

Clima Organizacional do Hemocentro Coordenador do Estado do Acre – Hemoacre

Autora: Maria de Fátima Lopes Rosa¹

Orientador: Professor Oscar Bandeira Coutinho Neto²

¹Hemoacre

²Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

Introdução

O Hemocentro Coordenador de Rio Branco, segundo a Resolução RDC n°. 151 (BRASIL, 2001), constitui uma entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência do Estado na área de Hemoterapia e (ou) Hematologia, com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e (ou) hematológico à rede de serviços de saúde. Deverá atuar nas áreas de prestação de serviços assistenciais, ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas. Além disso, deve garantir apoio técnico à Secretaria Estadual de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados - SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE em articulação com as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

O Hemoacre – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre foi fundado em 15 de março de 1988, e, até 1996, era a única unidade hemoterápica do Estado, quando então começaram as atividades de coleta de sangue em Cruzeiro do Sul, município do outro extremo do Estado, que é assistido apenas por via aérea durante todo o ano. Atualmente, dispõe-se de 11 agências transfusionais, dois hemonúcleos e um hemocentro coordenador. Dos 22 municípios do Acre, apenas 12 (54,5%) são assistidos por rede hospitalar. Levando-se em conta a população do Estado e o número de leitos disponíveis, a Hemorrede precisaria coletar 15.519 bolsas de sangue para atender toda a demanda do Estado. Vale ressaltar que somente Rio Branco, Cruzeiro do Sul e Brasileira possuem postos de coleta de sangue, o que equivale dizer que esses três municípios devem atender toda a demanda transfusional do Estado.

Toda a Hemorrede acreana é vinculada à Secretaria de Saúde do Estado, detentora de todas as aquisições necessárias ao funcionamento da Hemorrede, dessa forma, problemas de desabastecimento são frequentemente recorrentes.

No Hemoacre, há um total de 107 funcionários, dos quais apenas 14 são terceirizados, o restante é cedido pela Secretaria de Saúde. Como não há serviços privados de hemoterapia no Acre, a Hemorrede Pública deve atender toda a demanda do Estado, tanto os leitos do SUS quanto os da iniciativa privada.

O estudo do Clima Organizacional do Hemocentro do Acre é de grande relevância, considerando-se que os profissionais dessa área executam atividades de alta responsabilidade e qualificação, com exigência de atenção, concentração e controle emocional, sendo necessário um planejamento para a melhoria do ambiente e da qualidade de vida no trabalho.

OBJETIVO

Identificar o Clima Organizacional do Hemocentro Coordenador de Rio Branco segundo os aspectos: “*Material*”; “*Psíquico*”; “*Qualidade e comunicação*”; e “*Social*” para subsidiar a política de gestão de pessoas.

MÉTODO

Área de Estudo: Hemocentro Coordenador de Rio Branco – Hemoacre.

População de Estudo: De um universo de 107 servidores, 61 (57%) participaram da pesquisa. Entre os não participantes, 29% receberam o questionário, mas não o devolveram e 14% se encontravam em férias, ou em licença ou dispensados por atestado médico.

Desenho: Descritivo, exploratório e transversal.

Coleta de Dados: Os questionários foram autoaplicados em setembro de 2006,

Instrumento de Coleta de Dados: questionário estruturado, constituído por 35 perguntas para avaliar os aspectos: “*Material*”; “*Psíquico*”; “*Qualidade e comunicação*”; e “*Social*”, relacionando-os aos atributos: “*Remuneração*”; “*Condições de trabalho*”; “*Participação e envolvimento*”; “*Desenvolvimento e segurança*”; “*Comunicação interna*”; “*Qualidade na organização*”; “*Integração social*”; “*Equipe*”; “*Ética e resultados*”. Para cada atributo, foram construídos indicadores para permitir identificar com maior precisão os níveis de satisfação dos funcionários. Este instrumento utilizado foi uma adaptação do consórcio FGV-EPOS, aplicado em pesquisa do clima organizacional do hospital de emergência e trauma de Senador Humberto Lucena, de João Pessoa – PB.

Plano de descrição e análise: As opções para cada indicador foram apresentadas em seis possibilidades: “*Discordo*”; “*Discordo em parte*”; “*Discordo totalmente*”; “*Concordo*”; “*Concordo em parte*”; e “*Concordo totalmente*”. Considerou-se “*Satisfação*” o somatório de “*Concordo*” e “*Concordo totalmente*”. Os recursos humanos foram caracterizados segundo sexo, idade, formação escolar, vínculo empregatício e tempo de trabalho no hemocentro. Os resultados foram apresentados em gráficos, relacionando os aspectos, atributos e indicadores, com a referência “*Satisfação*”.

Aspectos Operacionais e Éticos: O estudo seguiu os seguintes passos metodológicos: autorização da diretoria geral do hemocentro; reunião com os colaboradores,

explicando a finalidade e estabelecendo os itens dos questionários; assinatura do termo livre e esclarecido pelos respondentes; operação e coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos Recursos Humanos

Os resultados revelaram que os servidores são, na sua maioria, do sexo feminino (79%), com idade entre as faixas etárias 25 a 34 e 35 a 44 anos, ambas com 33%. Em relação à escolaridade, a maior frequência foi observada entre os que tinham curso superior completo (38%). Quanto ao vínculo empregatício, 77% dos servidores eram funcionários públicos e 21%, terceirizados. Segundo o tempo de serviço, grande parte dos servidores trabalha na instituição há menos de dois anos, já que o hemocentro não possui quadro próprio, os funcionários são cedidos pela Secretaria de Saúde (Figuras 1, 2 e 3).

Figura 1. Distribuição segundo grau de instrução.

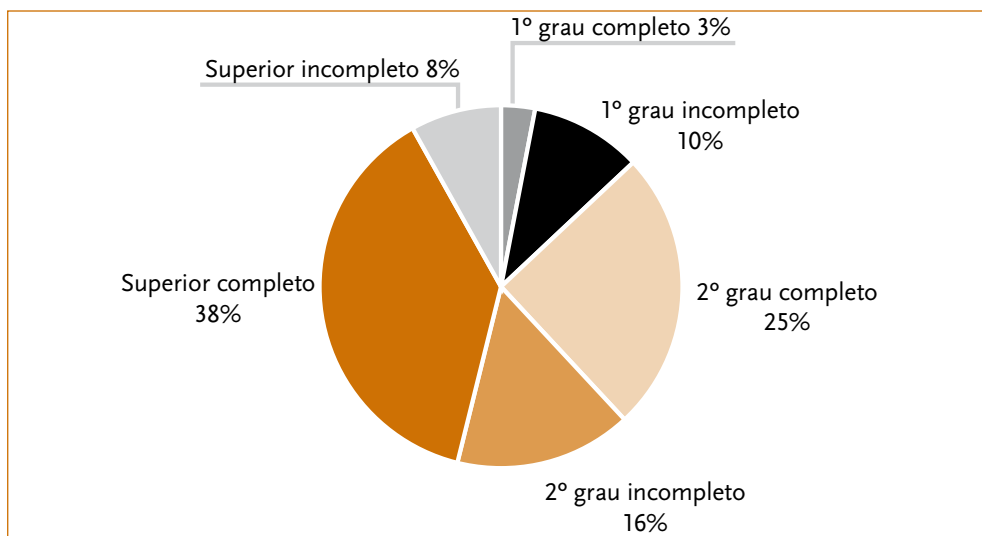


Figura 2. Distribuição segundo o vínculo empregatício.

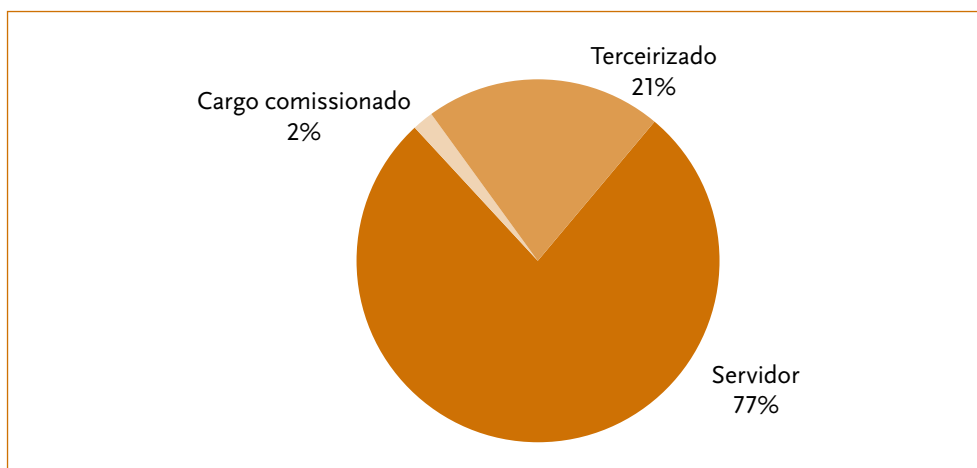
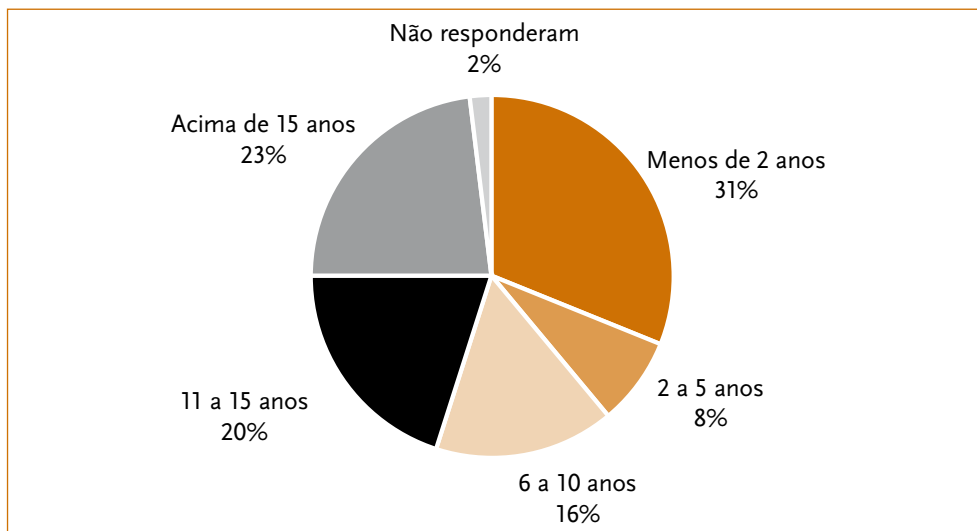


Figura 3. Distribuição segundo o tempo de serviço.

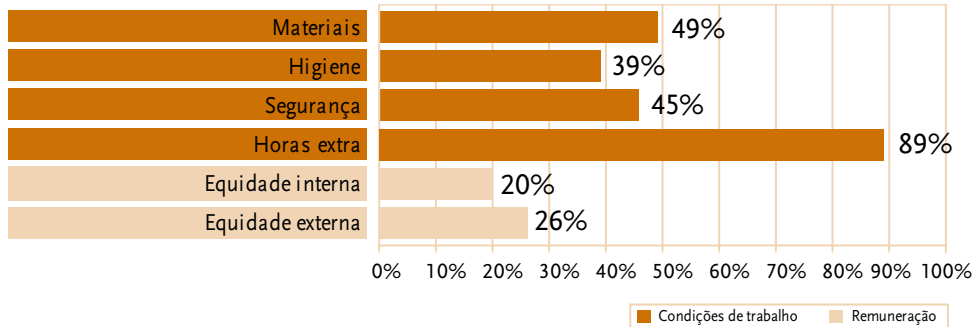


Aspecto Material

Em relação ao atributo “Remuneração”, os indicadores “Equidade externa” e “Equidade interna” mostraram um percentual de satisfação de 26% e 20%, respectivamente, demonstrando que somente uma pequena parcela de servidores concorda que o salário pago para o cargo ocupado corresponde ao de outros serviços públicos semelhantes e que não há diferença significativa entre o seu salário e o de seus colegas do mesmo cargo. Quanto ao atributo “Condições de trabalho”, o indicador “Hora extra” revelou um nível alto de satisfação (89%). Já o indicador “Higiene” expressou um nível baixo de satisfação, ou seja, somente 39% dos servidores con-

cordam que seu espaço físico é limpo e agradável. O indicador “*Material*” mostrou que somente 49% dos servidores concordam que dispõem de equipamentos e materiais adequados para realizar seu trabalho (Figura 4).

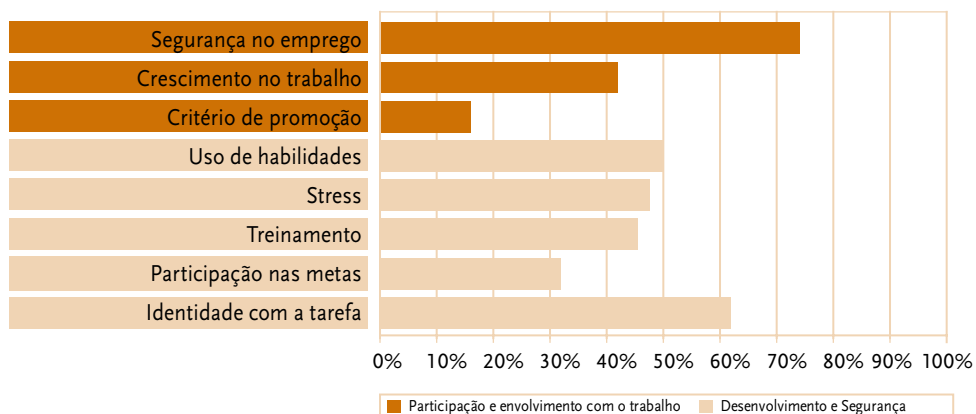
Figura 4. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “*Material*”.



Aspecto Psíquico

Em relação ao atributo “*Participação e envolvimento no trabalho*”, o indicador “*Identidade com a tarefa*” foi o de maior satisfação (61%), o que significa dizer que a maioria dos funcionários considera que seu trabalho lhe traz realização pessoal. O indicador de menor nível de satisfação foi o de “*Participação nas metas*” (31%). Com relação ao atributo “*Desenvolvimento e segurança*”, o indicador de maior nível de satisfação foi o de “*Segurança no emprego*” (75%). O indicador de menor percentual foi o de “*Critério de promoção*”, pois somente 15% dos servidores concordam que no hemocentro as pessoas mais capacitadas são as promovidas (Figura 5).

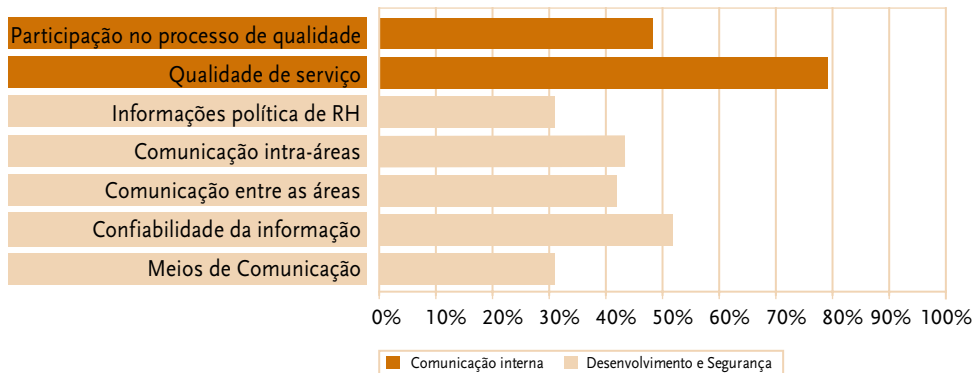
Figura 5. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “Psíquico”.



Aspecto Qualidade e Comunicação

No atributo “Comunicação interna”, observou-se que o indicador com maior nível de satisfação foi o de “Confiabilidade da informação”, com 52% de satisfação. O indicador de menor percentual foi “Informação sobre política de RH”, somente 31% dos servidores concordam que recebem informações claras sobre sua remuneração, benefícios e produtividade. No atributo “Qualidade na organização”, o indicador de maior nível de satisfação foi o de “Qualidade no serviço”, com 79%, revelando que a maioria dos servidores do hemocentro acredita que os serviços realizados em seus setores possuem boa qualidade. Trinta e nove por cento dos servidores concordam que sua área estimula a criatividade do funcionário para melhorar a qualidade do serviço (Figura 6).

Figura 6. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “Qualidade e Comunicação”.



Aspecto Social

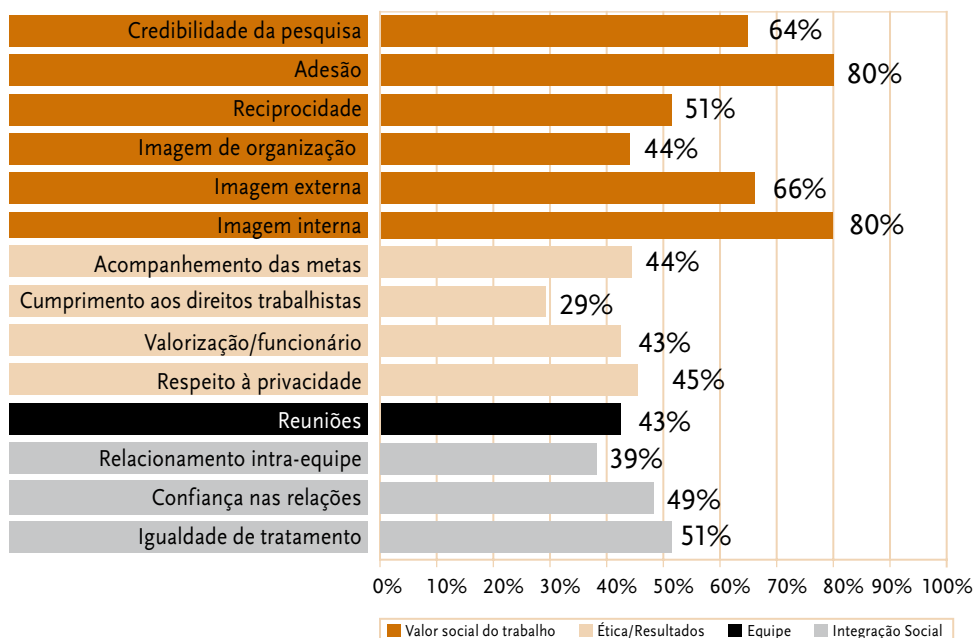
Quanto ao atributo “*Integração social*”, o indicador de maior satisfação foi o de “*Igualdade de tratamento*”, com 51%. O de menor nível de satisfação foi o indicador “*Relacionamento intraequipe*”, com 39%. O indicador “*Igualdade de tratamento*” demonstrou que praticamente metade dos funcionários está insatisfeita com sua chefia em relação à distribuição justa das tarefas, e 39% acham que não há um objetivo comum e integrado entre todos que trabalham no hemocentro.

No atributo “*Equipe*”, o nível de satisfação foi de 43%, o que demonstra que o número de reuniões realizadas no setor é insuficiente e, talvez por esse motivo, as relações intraequipes sejam prejudicadas. Ainda, no aspecto “*Social e ético*”, todos os indicadores revelaram um baixo nível de satisfação, sendo o indicador “*Cumprimento aos direitos trabalhistas*”, com percentual de 29%, o mais inferior seguido do indicador “*Valorização do funcionário*” com percentual de 43%.

Com relação ao atributo “*Valor social do trabalho*”, os indicadores, “*Imagem interna*” e “*Adesão*”, foram os de nível de satisfação mais elevado, ambos com 80%. Já o indicador de menor nível de satisfação foi o de “*Imagem externa*”, com 44%. Isso nos mostra o grande orgulho que o servidor tem de trabalhar na instituição e o seu desejo de permanecer no hemocentro por muito tempo. Em relação ao indicador “*Imagem na organização*”, somente 44% dos servidores consideram que o hemocentro é bem administrado e eficiente.

O atributo “*Valor social do trabalho*” foi o de maior satisfação de toda a pesquisa: 64% dos funcionários acreditam que os resultados serão bem utilizados pelo hemocentro (Figura 7).

Figura 7. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “Social”.



CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Observou-se, neste estudo, que há um grau de insatisfação considerável no atributo remuneração e condições de trabalho, mais especificamente, nos indicadores “*Equidade externa e interna*” e “*Higiene*”, revelando que os fatores higiênicos de Herzberg (CHIAVENATO, 2004) – tais como, condições de trabalho e conforto; condições físicas e ambientais; salário; relações com os colegas; políticas de empresas; e outros –, ainda não foram totalmente atendidos. Sabe-se que quando esses fatores são ótimos, simplesmente evitam a insatisfação, uma vez que sua influência sobre o comportamento não consegue elevar substancial e permanentemente a satisfação. Com relação aos fatores que apresentaram alta satisfação, cita-se a hora extra, revelando que o servidor necessita aumentar sua renda, já que a questão salarial é importante para a motivação, pois está vinculada à satisfação das necessidades básicas ou higiênicas dos funcionários.

No atributo “*Psíquico*”, o indicador “*Participação nas metas*” obteve a mais baixa satisfação, demonstrando que é importante a presença do servidor em qualquer projeto que venha a ser implantado na organização. Observou-se um nível de satisfação importante do indicador “*Identidade com a tarefa*”, traduzindo que as pessoas não querem trabalhar o mês inteiro apenas para ganhar dinheiro. É preciso gostar e se realizar naquilo que se faz. Quando se detectam pessoas que

não veem sentido no que fazem, apenas entregam as tarefas, a produção delas é inferior à daquelas que fazem porque gostam, por mais que suas motivações estejam sanadas.

Observou-se que no atributo “*Desenvolvimento e segurança*”, o nível de mais baixa satisfação foi o indicador “*Critério de promoção*”, no qual as pessoas capacitadas, valorizadas e felizes, que têm seu trabalho reconhecido e, consequentemente, recebem promoção por isso, com certeza aumentam a produtividade da organização. O indicador de maior nível de satisfação foi o “*Crescimento no trabalho*”, demonstrando que o sentimento de perspectiva de crescimento profissional na empresa, por meio de treinamentos e cursos, é um grande alavancador e proporciona forte motivação aos seus colaboradores.

Em relação ao atributo “*Comunicação interna*”, o indicador “*Política de RH*” foi o de mais baixa satisfação, por conta de não haver clareza com relação à informação, produtividade, remuneração e benefícios. O indicador “*Confiabilidade na informação*” obteve a mais alta satisfação, revelando uma alta credibilidade do servidor na sua gerência administrativa.

O atributo “*Qualidade na organização*” demonstra um alto nível de satisfação, no indicador “*Qualidade no serviço*”, pois os servidores acreditam firmemente na qualidade do serviço gerado pelo seu setor de trabalho.

Entre os indicadores do atributo “*Integração social*”, o que teve menor nível de satisfação foi o “*relacionamento intraequipes*”, mostrando a necessidade de se formarem equipes “ligadas”, de forma profunda e madura, no seu setor e também no setor mais global da organização. Equipes integradas ajudam a criar e manter ambientes motivadores e de grande poder competitivo. O indicador “*Igualdade de tratamento*” revelou somente 51% de satisfação, demonstrando que quase metade dos funcionários está insatisfeita com a distribuição das tarefas entre os servidores do hemocentro, na opinião de 49% dos servidores alguns funcionários trabalham mais que outros.

Há um nível baixo de satisfação com relação ao indicador “*Reuniões*”, demonstrando que a falta delas na organização leva à desagregação da relação intraequipe.

Com relação ao atributo “*Ético*”, há um nível baixo de satisfação em todos os indicadores.

No atributo “*Valor social do trabalho*”, os indicadores de maior satisfação da pesquisa estão presentes aqui. Há um nível de satisfação elevado com relação a dois indicadores: “*imagem interna e adesão*”. Os servidores se sentem orgulhosos e satisfeitos em trabalhar na instituição e pretendem permanecer nela por um longo tempo.

Percebe-se que os funcionários ainda estão em busca das necessidades higiênicas, primárias, segundo Herzberg, porém caminham em busca de uma outra necessidade: a motivacional.

A organização depende de pessoas para atingir seus objetivos. Os propósitos das organizações se definem por meio da interação entre as pessoas, portanto, é interessante ouvir o servidor, procurar saber o que mais o incomoda, suas ideias sobre tarefas, metas, propósitos e objetivos a serem alcançados (PIRES; MACEDO, 2006).

As organizações mais bem sucedidas estão percebendo que somente podem crescer, prosperar e manter sua continuidade se forem capazes de aperfeiçoar o retorno sobre os investimentos de todos os parceiros, principalmente dos empregados (CHIAVENATO, 1999).

Neste estudo, inicia-se um processo muito lento a respeito do que o servidor acha e pensa sobre sua organização. Só então serão encontradas soluções que satisfaçam tanto o servidor quanto a organização.

Adequar o talento à função é de grande importância para a qualidade e produtividade no trabalho, tendo como base a satisfação do indivíduo, que, por sua vez, irá ter mais desempenho quando desenvolver uma atividade coerente com seu talento e em sintonia com os seus valores (MEDEIROS, 2001).

É importante implementar algumas ações que aumentem a satisfação do servidor, tais como: a) criação de formas de reconhecimento e valorização dos servidores e de suas funções; b) enriquecimento do trabalho, e não das tarefas, mediante capacitação profissional, planejada e reconhecida pelos servidores; c) possibilidade de desenvolvimento na carreira e de estabilidade no emprego; d) melhorias coletivas no fluxo, suportes e qualidade das informações operacionais e organizacionais; e) melhorias nas condições do ambiente físico de trabalho; f) possibilidade de abrir novas perspectivas de estudo sobre esse tema, no mesmo hemocentro, em épocas diferentes e também em outros hemocentros.

Clima Organizacional do Hemocentro de Roraima – Hemoraima

Autora: Roselene Marreira Moreira¹

Orientador: Professor Oscar Bandeira Coutinho Neto²

¹Hemoraima

²Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

INTRODUÇÃO

Cabe ao Ministério da Saúde garantir, por meio de políticas, a segurança transfusional e a qualidade do sangue. A Política Nacional de Sangue e Hemoderivados e o Programa de Gestão de Recursos Humanos são prerrogativas importantes para disponibilidade, segurança e qualidade dos serviços e produtos, bem como para a geração de processos que auxiliam as tomadas de decisões.

Para execução dos serviços de hemoterapia de forma hierarquizada e descentralizada, o Hemocentro Coordenador deve ter um planejamento na área de Recursos Humanos que deverá conter elementos inerentes às políticas que correspondam aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS e as diretrizes do nível de gestão local.

O Hemocentro de Roraima – HEMORAIMA, coordenador, é uma unidade de saúde vinculada à Secretaria Estadual de Saúde de Roraima e tem por finalidade prestar assistência Hemoterápica e Hematológica à Rede de Serviços de Saúde na área de sua abrangência. Tem como objetivo implantar, implementar, coordenar, supervisionar e avaliar a política estadual de sangue e seus derivados entre as Agências Transfusionais e as Unidades de Saúde. O HEMORAIMA foi inaugurado em setembro de 1992. Está localizado na capital, onde são realizados todos os procedimentos necessários à coleta, fracionamento, exame sorológico e imuno-hematológicos, beneficiamento e distribuição do sangue doado.

A execução dessas prerrogativas torna necessária a implantação de um programa de gestão de pessoas, que deverá conter dados sobre o perfil da Hemorrede Estadual, com levantamento das necessidades em desenvolvimento de competências; clima organizacional e metas a serem atingidas para um melhor desempenho dos serviços de hemoterapia.

Dentro desse modelo, o relatório de visita técnica realizada pela ANVISA, em inspeção no ano de 2005, detectou não conformidades em itens ligados à gestão de pessoas, com alto impacto na qualidade dos produtos e serviços, tais como: ausências de responsável técnico no setor; quadro de recursos humanos adequados; programa de capacitação e treinamento de RH; informatização do ciclo do sangue; processo de registro manual em vigência, não garantindo confiabilidade e rastreabilidade dos produtos; fluxo de trabalho inadequado, gerando retrabalho e aumento da possibilidade de erros de registros; trocas de amostras e de liberação dos produtos; ausência de um setor de captação que identifique e fidelize doadores com menor grau de risco para soro-conversão ou diminuição da possibilidade de doar em período de janela imunológica; ausência de controle de qualidade interno e externo para a Imuno-hematologia; ausência de controle interno do laboratório de sorologia; ausência de tratamento adequado aos hemocomponentes descartados, colocando em risco a saúde da população; ausência de retrovigilância e

ausência de um sistema de gestão adequado voltado para a qualidade dos serviços, comprometendo o uso racional dos escassos recursos públicos.

Partindo do pressuposto de que todos estes itens estão relacionados com a qualidade da Gestão de Pessoas, e que resultam na prática inadequada do processo de trabalho, justifica-se a realização da pesquisa sobre o clima organizacional do Hemocentro de Roraima. Ademais, não há estudos nesse contexto, o que demonstraria, na prática, a importância de criar novos espaços para discussão entre profissionais e trabalhadores da hemoterapia.

OBJETIVO

Avaliar o clima organizacional no Hemocentro de Roraima pelo conhecimento do nível de satisfação dos colaboradores e do corpo técnico para disponibilizar informações para construção de indicadores que possam auxiliar no planejamento de ações de melhoria na gestão de pessoas.

MÉTODO

Área de Estudo: Hemocentro de Roraima – Hemoraima, na cidade de Boa Vista, capital de Roraima, situada na região mais setentrional do Brasil. O Hemoraima é uma unidade hemoterápica que atende importante demanda de pacientes dos leitos SUS e rede privada e um centro de referência neste serviço no Estado de Roraima.

População de Estudo: A população de estudo foi constituída por funcionários que compõem o corpo técnico do Hemoraima. Foram incluídos neste estudo funcionários de ambos os sexos, sem quaisquer restrições quanto à idade, tempo de serviço e vínculo empregatício. Excluíram-se os servidores em férias, os dispensados por atestados médicos, os em licença-prêmio, além da autora deste estudo e os que se recusaram a responder o questionário. Satisfazendo essas condições, havia 60 funcionários. Foram entregues 59 questionários, foram devolvidos 43 deles.

Quadro 1. Demonstrativo de funcionários do corpo técnico do Hemoraima conforme função.

Cargo	União	Concursado	Comissionado	Seletivado	Cooperativado
Médico	1	-	1	-	-
Bioquímico	3	1	-	2	-
Psicólogo	1	1	-	-	-
Assistente social	-	1	-	-	-
Biólogo	-	-	-	-	2
Enfermeiro	1	2	-	1	1
Técnico em enfermagem	-	2	-	-	-
Téc. em laboratório	12	10	-	5	-
Aux. enfermagem	3	9	-	-	-
Aux. serv. de saúde	-	1	-	-	-

Fonte: Setor de Pessoal/Hemoraima

Desenho: Descritivo, exploratório e transversal.

Coleta de Dados: O estudo foi realizado em outubro de 2006.

Instrumento de Coleta de Dados: Foi utilizado como instrumento um questionário estruturado, constituído por 35 perguntas, avaliando os aspectos: “*Material*”; “*Psíquico*”; “*Qualidade da comunicação*”; e “*Social*”, relacionando-os aos atributos: “*Remuneração*”; “*Condições de trabalho*”; “*Participação e envolvimento*”; “*Desenvolvimento e segurança*”; “*Comunicação interna*”; “*Qualidade na organização*”; “*Integração social*”; “*Equipe*”; “*Ética*”; e “*resultados*”. Para cada atributo, estão relacionados indicadores que podem permitir identificar com maior precisão os níveis de satisfação dos funcionários. O referido instrumento utilizado no estudo foi uma adequação do questionário do Consórcio Fundação Getúlio Vargas – FGV, aplicado em pesquisa do clima organizacional do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, de João Pessoa, PB. Pelo fato de o Hemoraima não trabalhar com a realização de horas extras, a questão foi substituída pela realização de pernoites.

Plano de descrição e análise: As opções para cada indicador foram apresentadas em blocos: “*Discordo totalmente*”; “*Discordo*”, “*Discordo em parte*”; “*Concordo em parte*”; “*Concordo*”; “*Concordo totalmente*”. Foram consideradas como satisfação, as alternativas: “*Concordo*” e “*Concordo totalmente*”, que serviram de referência na identificação do nível de satisfação. As caracterizações dos recursos humanos foram definidas quanto ao sexo, idade, formação, vínculo empregatício e tempo de trabalho no hemocentro. Os dados foram tabulados e analisados com base nas respostas fornecidas pelos entrevistados, representados por meio de tabela e gráficos.

Aspectos Operacionais e Éticos: Por solicitação da autora da pesquisa, foi emitido, pela Universidade Federal de Pernambuco, um ofício destinado à Direção Geral do Hemoraima para se obter a devida autorização e, por conseguinte, a aplicação

dos questionários, que de pronto foi endossado. A autorização dos participantes foi realizada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 160/96 da Comissão Nacional de Ética em pesquisa, do Ministério da Saúde. Os voluntários tiveram o direito de participar ou não do estudo. Após a assinatura do documento consentindo a participação, os voluntários responderam ao questionário.

RESULTADOS

O perfil dos entrevistados encontra-se descrito na Tabela 1.

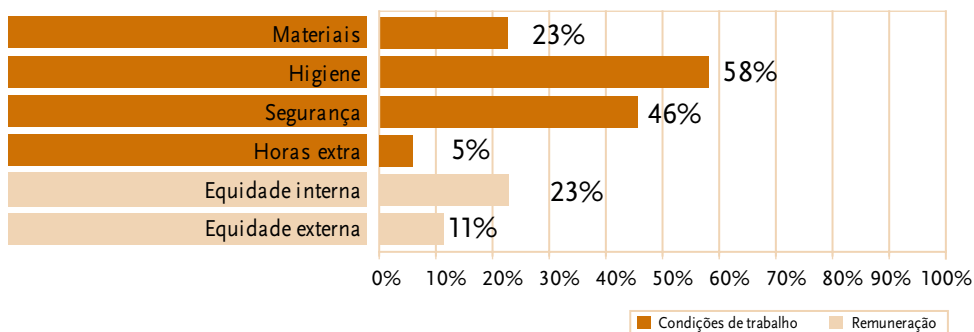
Tabela 1. Perfil dos servidores do Hemocentro de Roraima em 2006.

Variáveis	n	%
Total	43	100
Sexo		
Masculino	14	33
Feminino	29	67
Faixa etária		
De 18 a 24 anos	3	7
De 25 a 34 anos	14	33
De 35 a 44 anos	16	37
De 45 a 54 anos	7	16
Acima de 54 anos	3	7
Grau de instrução		
1º. Grau incompleto	-	-
1º. Grau completo	1	2
2º. Grau incompleto	1	2
2º. Grau completo	15	35
Superior incompleto	12	28
Superior completo	14	33
Vínculo		
Servidor	39	91
Cargo Comissionado	1	2
Terceirizado	3	7
Tempo de trabalho no Hemoraima		
Menos de 2 anos	11	21
De 2 a 5 anos	17	33
De 6 a 10 anos	9	17
De 11 a 15 anos	11	21
Acima de 15 anos	4	8

Aspecto Material

Quanto ao salário pago para o cargo ocupado, 11% dos funcionários estão satisfeitos e acreditam que o seu salário corresponde àquele pago em outros serviços públicos semelhantes. Vinte e três por cento estão satisfeitos e acreditam que, no geral, haja diferença significativa entre o seu salário e o dos seus colegas de trabalho no mesmo cargo. Apenas 5% estão satisfeitos e concordam que a realização de pernoites tem sido maior do que se considera produtivo, comprometendo o tempo para se dedicarem à família e ao lazer. Quarenta e seis por cento estão satisfeitos e concordam que há em seu setor uma preocupação com a segurança física no trabalho. Cinquenta e oito por cento estão satisfeitos e concordam que o ambiente físico em que trabalham possa ser mais limpo e organizado. Vinte e três por cento estão satisfeitos com a disponibilidade de equipamentos e materiais adequados para realizarem os trabalhos (Figura 1).

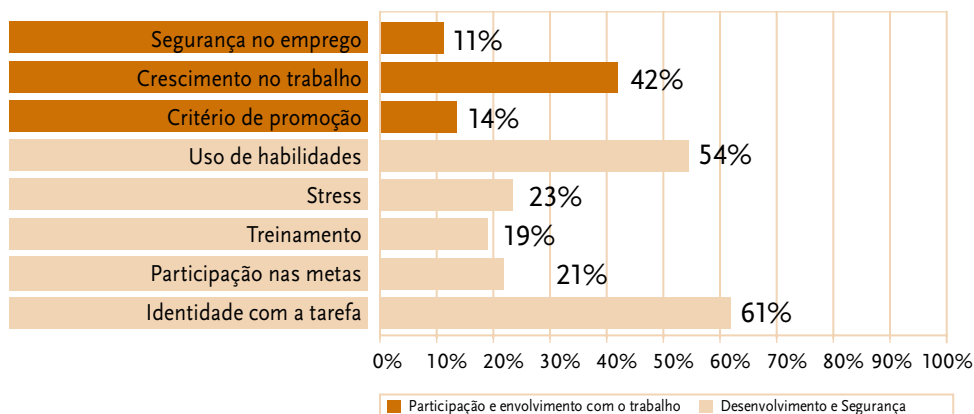
Figura 1. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “Material”.



Aspecto Psíquico

Sessenta e um por cento estão satisfeitos e acreditam que seu trabalho traz realização pessoal. Vinte e um por cento estão satisfeitos com oportunidade de participar dos objetivos e metas de seu trabalho. Dezenove por cento estão satisfeitos com os treinamentos recebidos e acreditam que eles foram adequados e suficientes para realizar o seu trabalho. Vinte e três por cento estão insatisfeitos por enfrentarem situações de trabalho que não podem resolver; o que lhes traz tensão. Cinquenta e quatro por cento estão satisfeitos por acreditarem que seu potencial e suas experiências são considerados, em seu setor. Catorze por cento consideram que, no Hemoraima, as pessoas mais capacitadas são as que são promovidas. Quarenta e dois por cento estão satisfeitos com a oportunidade de melhorar seus conhecimentos trabalhando em seu setor. Apenas 11% estão satisfeitos com a segurança do emprego, esse baixo índice demonstra a insegurança dos funcionários (Figura 2).

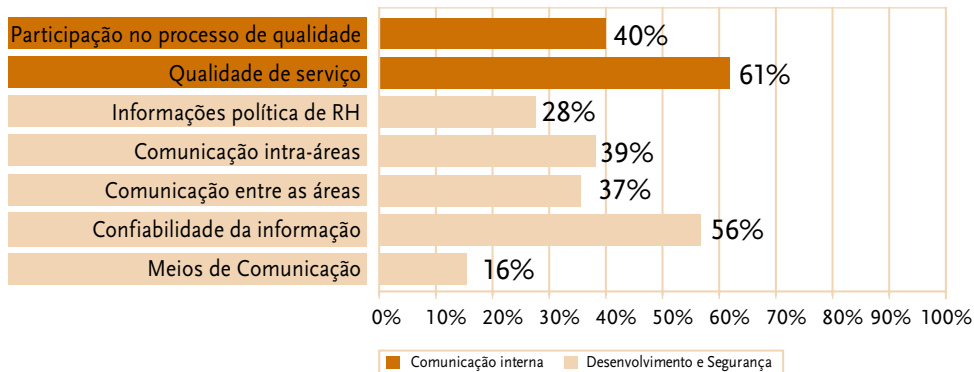
Figura 2. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto psíquico.



Aspecto Comunicação

Dezesseis por cento estão satisfeitos com os meios de comunicação interna no serviço (murais, cartazes, circulares). Cinquenta e seis por cento estão satisfeitos e têm confiança nas informações que recebem dos seus setores, de seus gerentes e da administração da organização. Trinta e sete por cento estão satisfeitos com a comunicação com outras áreas que afetam o desempenho do seu setor. Trinta e nove por cento estão satisfeitos com a troca de informações entre as pessoas do seu setor e as pessoas dos outros setores. Vinte e oito por cento estão satisfeitos com as informações que recebem, necessitando de mais clareza sobre a sua remuneração, benefícios e produtividade. Sessenta e um por cento estão satisfeitos com a competência e autonomia para realizar seu trabalho e consideram que os serviços de seu setor possuem qualidade. Quarenta por cento estão satisfeitos com a estimulação à criatividade dos funcionários para melhorarem a qualidade do serviço (Figura 3).

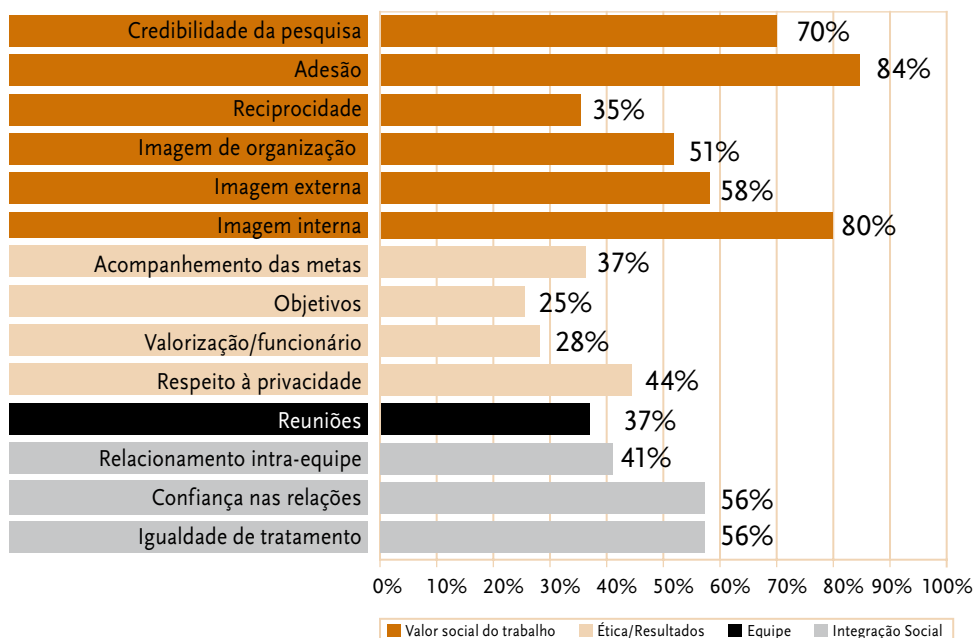
Figura 3. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “Comunicação”.



Aspecto Social

Cinquenta e seis por cento estão satisfeitos com a acessibilidade à chefia, com a distribuição de tarefas com os funcionários e encontra-se comprometida com a obtenção dos resultados. Cinquenta e seis por cento estão satisfeitos com a relação de confiança entre as pessoas. Quarenta e um por cento estão satisfeitos com o relacionamento intraequipe. Trinta e sete por cento estão satisfeitos em relação às reuniões realizadas no seu setor e em colaboração de outro setor. Quarenta e quatro por cento estão satisfeitos em relação ao respeito à privacidade e vida pessoal. Vinte e oito por cento estão satisfeitos em relação ao reconhecimento e a valorização. Vinte e cinco por cento estão satisfeitos com a definição de objetivos. Trinta e sete por cento estão satisfeitos com o acompanhamento de metas. Oitenta por cento têm orgulho de trabalhar no Hemoraima. Cinquenta e oito por cento estão satisfeitos com a imagem externa do Hemoraima. Cinquenta e um por cento estão satisfeitos com a imagem da organização em relação à administração, eficiência e acesso fácil ao superior. Trinta e cinco por cento estão satisfeitos em relação ao sentimento de recompensa pela dedicação que têm ao Hemoraima. Oitenta e quatro por cento estão satisfeitos e pretendem trabalhar por longo tempo no Hemoraima. Setenta por cento estão satisfeitos e acreditam que os resultados desta pesquisa serão bem utilizados pelo Hemoraima (Figura 4).

Figura 4. Proporção do nível de satisfação referente ao aspecto “Social”.



CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O grande diferencial das organizações está cada dia mais centrado na qualidade pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos. A tecnologia e a estrutura das organizações podem significar muito pouco se as pessoas não forem educadas para um trabalho responsável e não se sentirem comprometidas com a qualidade dele e, sobretudo, com o pleno entendimento das necessidades dos clientes.

É por isso que as organizações estão redescobrando o sentido do trabalho das pessoas e estão percebendo que seu desempenho não depende apenas do valor do salário que recebem.

De fato, as pessoas estão dispostas a vender seu tempo e sua produção, mas sua lealdade, dedicação e responsabilidade solidária têm outro preço: o reconhecimento, a delegação de autoridade (e não apenas de responsabilidade), a educação continuada, o conhecimento da missão da organização e de seus objetivos e metas, o ambiente organizacional adequado e o sentimento de liberdade e propriedade pelo estímulo da criatividade inovadora.

Nos aspectos aferidos para avaliar o clima organizacional do Hemoraima, pode-se perceber que existe necessidade de reestruturar seus indicadores, pois a nova filosofia de administração centrada na busca da melhoria continuada privilegia o trabalho em equipe, a confiança nas pessoas e em sua capacidade produtiva, a relação de parceria e de corresponsabilidade, a diversidade e a mudança de pensamento, a manutenção das pessoas na organização, o respeito e o valor de quem produz o atendimento das necessidades humanas fundamentais, o pensamento horizontalizado e a maximização dos objetivos e metas.

Cresce hoje a consciência de que as pessoas não conseguem produzir e se realizar num ambiente de tensão e condicionadas ao cumprimento de rotinas e processos inadequados ao atendimento de suas necessidades e expectativas.

Daí a urgência da criação de uma nova gestão de recursos humanos, claramente centrada na educação e no desenvolvimento de pessoas, que evidentemente, constituem o verdadeiro e definitivo patrimônio das organizações.

O corpo técnico do Hemoraima é formado por profissionais do quadro efetivo do Estado, na sua maioria. O percentual de adesão é satisfatório, muitas pessoas pretendem trabalhar por um longo período. Se existe esta adesão, qualquer investimento material, cognitivo, emocional é lucro.

O trabalho, ora divulgado, não pretende esgotar o assunto, ao contrário, deve ser entendido como uma tentativa de despertar o interesse para o tema, a expectativa, por conseguinte, é que a partir dele, outros trabalhos surjam.

O importante é que estudos dessa natureza possam contribuir para compreender e otimizar o clima organizacional e para apresentar propostas que possam promover o crescimento e desenvolvimento dos colaboradores, integrar os diversos processos e áreas funcionais; otimizar a comunicação; minimizar a burocracia; identificar a necessidade de treinamento e desenvolvimento; otimizar as ações gerenciais, tornando-as mais consistentes; aumentar a produtividade; criar um ambiente de trabalho seguro; aumentar a satisfação dos clientes internos; identificar aspectos que possam inibir a produtividade e o bem-estar dos servidores nos diversos setores de trabalho; motivar os profissionais; humanizar a instituição; fornecer subsídios para o planejamento de Recursos Humanos; refletir um clima organizacional satisfatório no usuário.

Clima Organizacional do Hemocentro Coordenador da Bahia – Hemoba: enfoque nos profissionais da área técnica do setor de coleta

Autora: Sandra Regina Prates de Andrade Rodrigues¹
Orientador: Professor Oscar Bandeira Coutinho Neto²

¹Fundação Hemoba

²Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

INTRODUÇÃO

A Fundação Hemoba é um hemocentro coordenador, e como tal, é definido de acordo com a Resolução Diretoria Colegiada - RDC n° 151/2001, como:

entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, sendo referência do Estado na área de Hemoterapia e (ou) Hematologia com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e (ou) hematológico à rede de serviços de saúde. Deverá prestar serviços de assistência às áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas e apoio técnico à Secretaria de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados - SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados - PLANASHE e em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica. (BRASIL, 2001).

A busca por um ambiente de qualidade é uma preocupação cada vez mais frequente dos administradores para atingir os objetivos das organizações que presidem de forma eficiente. O estilo norte-americano, voltado exclusivamente para a organização estaria ultrapassado, cedendo lugar a outras maneiras de administração, mais centradas nas relações humanas (VANTI, 1999).

OBJETIVO

Identificar o Clima Organizacional do setor de coleta da Diretoria de Hemoterapia do Hemocentro Coordenador da Bahia – Hemoba, considerando quatro aspectos: material, social, psíquico e comunicação com seus atributos e indicadores relacionados para subsidiar os gestores do hemocentro com informações que direcionam a construção de indicadores de melhoria para política de gestão de pessoas.

MÉTODO

Área de Estudo: Hemocentro Coordenador do Estado da Bahia.

População de Estudo: 60 técnicos (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes públicos) que se encontravam em exercício efetivo de suas atividades.

des na ocasião da coleta de dados, incluindo os servidores com vínculo e os terceirizados. Excluíram-se os servidores em férias e afastados por motivos diversos.

Desenho: descritivo de natureza exploratória.

Coleta de Dados: foi realizada em setembro de 2006 por meio de questionário estruturado, constituído por 35 perguntas, para avaliar aspectos “*Material*”; “*Social*”; “*Psíquico*” e “*Comunicação*”, relacionando-os aos atributos: “*Remuneração*”; “*Condições de trabalho*”; “*Participação e envolvimento*”; “*Desenvolvimento e segurança*”; “*Comunicação interna*”; “*Qualidade na organização*”; “*Integração social*”; “*Equipe*”; “*Ética e resultados*”. Para cada atributo, estão relacionados indicadores que podem permitir identificar com maior precisão os níveis de satisfação dos funcionários. Esse instrumento utilizado no estudo foi uma adaptação do Consórcio da Fundação Getúlio Vargas/HELT CONSULTAMTS – FGV/EPOS, aplicado em pesquisa do clima organizacional do hospital de emergência e trauma de Senador Humberto Lucena, de João Pessoa – PB. As caracterizações dos recursos humanos foram definidas quanto ao sexo, idade, formação, vínculo empregatício e tempo de trabalho no hemocentro.

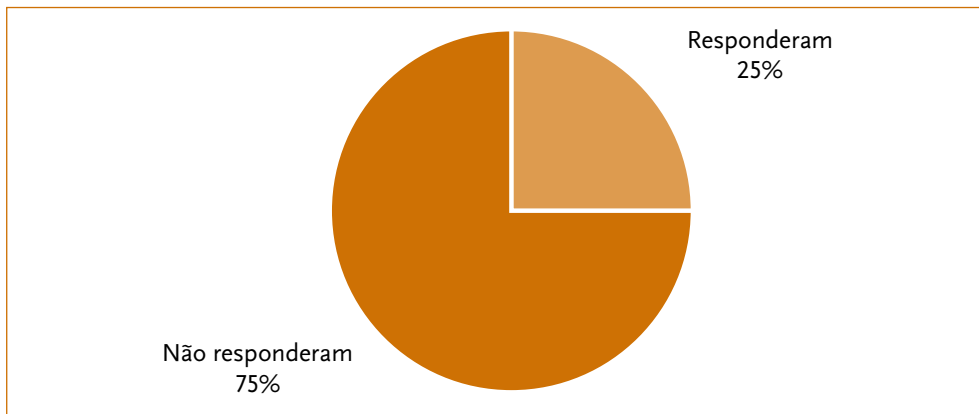
Plano de Descrição e Análise: as opções para cada indicador foram apresentadas em três blocos: discordo totalmente e discordo, discordo em parte e concordo em parte, concordo e concordo totalmente. As alternativas: concordo e concordo totalmente foram consideradas como referência na identificação do nível de satisfação. Os resultados foram apresentados em gráficos por aspectos, atributos e indicadores e em gráfico geral.

Aspectos Operacionais e Éticos: o estudo seguiu os seguintes passos metodológicos: autorização da diretoria geral do hemocentro; reunião com os colaboradores, explicando a finalidade e estabelecendo os itens dos questionários; reunião com os colaboradores explicando a finalidade da pesquisa e esclarecimento dos itens do questionário; assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; coleta de dados.

RESULTADOS

A população pesquisada foi formada por 60 técnicos: 45 deles responderam o questionário e 15 o devolveram em branco, perfazendo um percentual de 75% de participação (Figura 1).

Figura 1. Percentual de questionários respondidos.



Caracterização dos recursos humanos

Os servidores na sua maioria têm vínculo empregatício permanente (52%), seguido de terceirizados (42%). Há predomínio dos servidores do sexo feminino, idade entre 25 e 54 anos e menos de 2 anos de emprego. Grande parte tem o segundo grau completo (42%) seguido do nível superior (17%) (Figuras 2, 3, 4 e 5).

Figura 2. Perfil dos servidores segundo a idade.

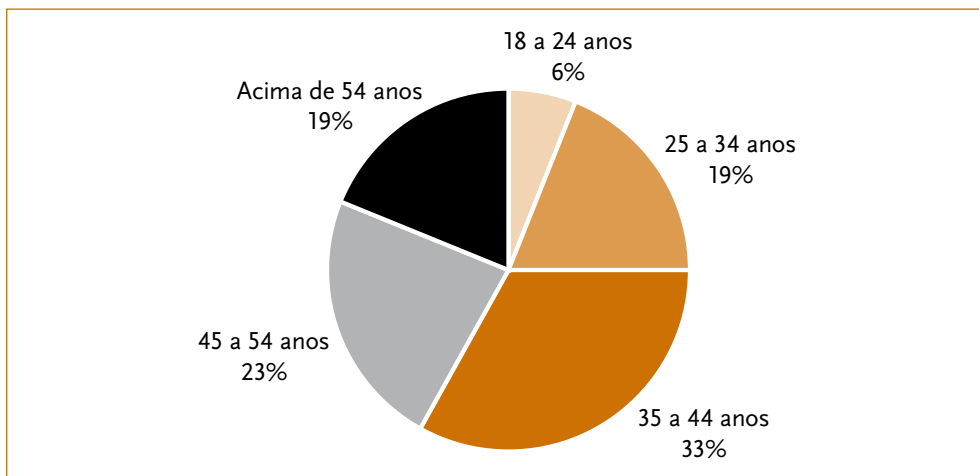


Figura 3. Perfil dos servidores segundo nível de formação.

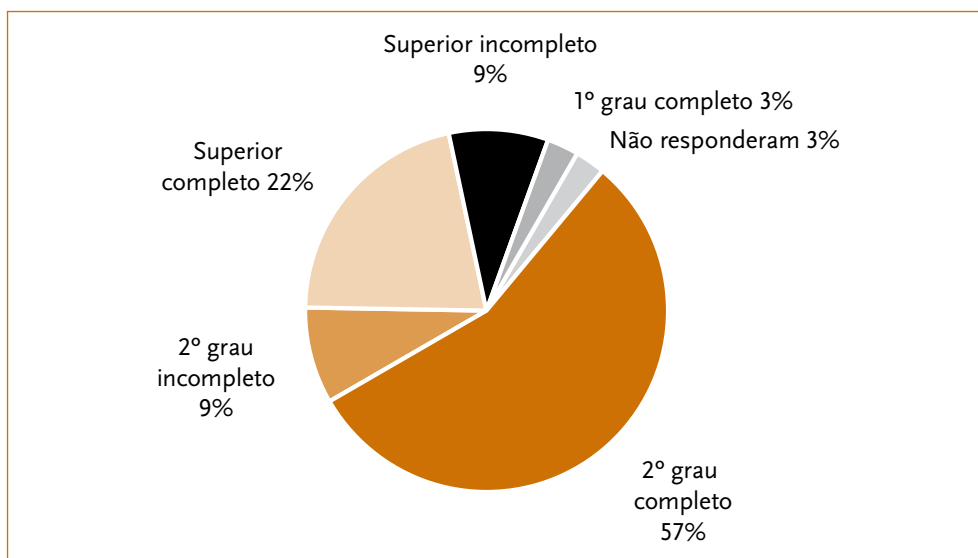


Figura 4. Perfil dos servidores segundo vínculo empregatício.

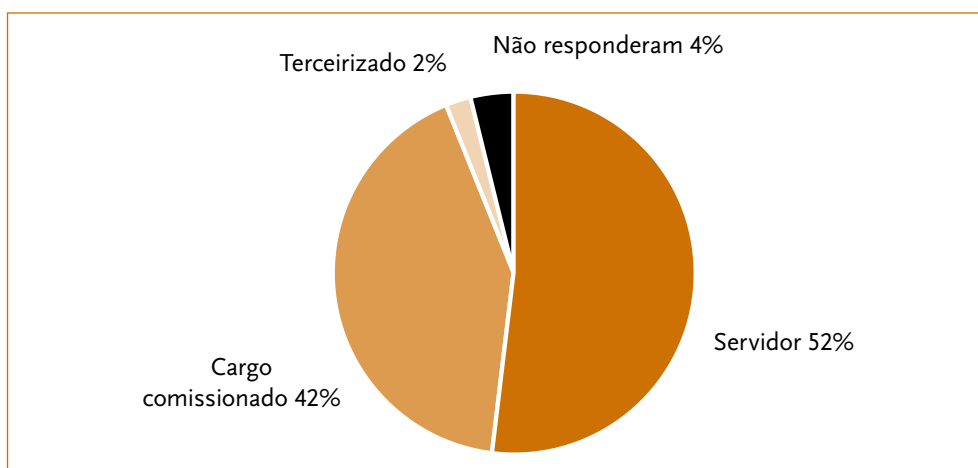
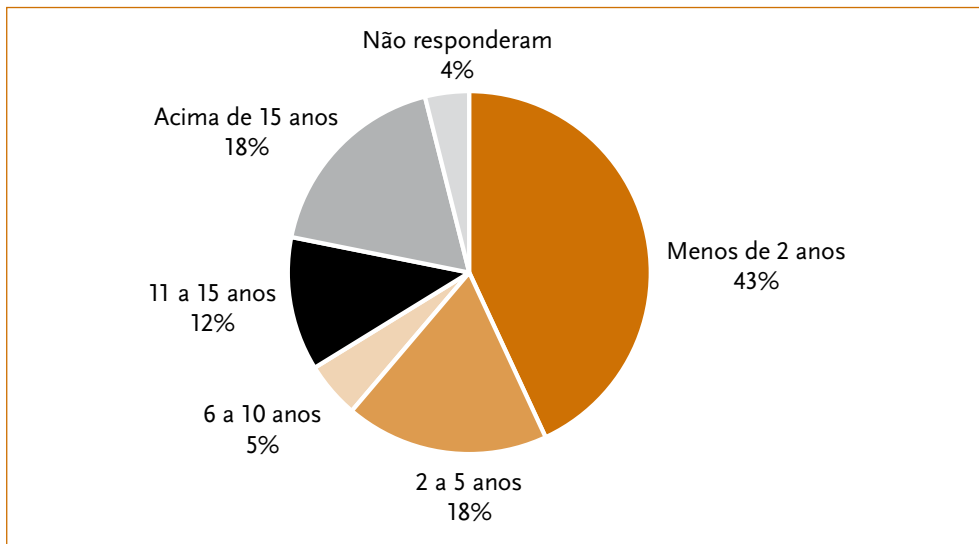


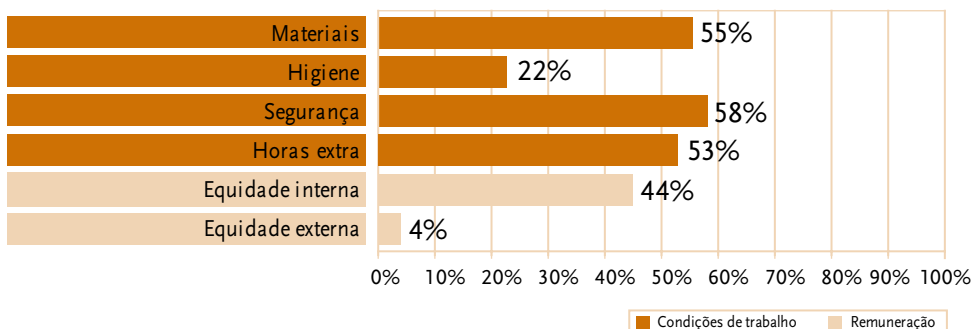
Figura 5. Perfil dos servidores segundo tempo de serviço.



Aspectos materiais, psíquicos, comunicação e social e seus atributos e indicadores

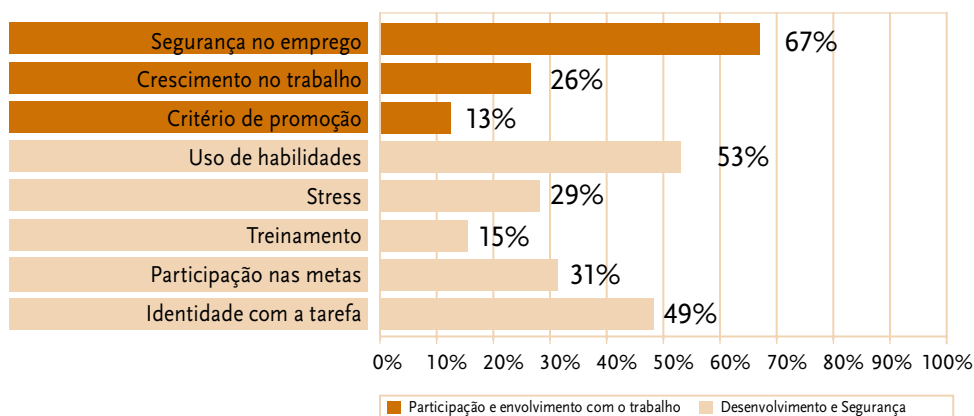
Em relação ao atributo “Remuneração”, observa-se uma desproporção entre a “equidade interna e externa”, apontando para uma grande desigualdade quando compara seu salário com os dos profissionais que ocupam o mesmo cargo em outras instituições (4%). Essa diferença é mais equânime quando comparada com os salários dos colegas de trabalho de sua instituição (44% de satisfação). Nesse aspecto, no atributo “Condições de trabalho”, a segurança física foi apontada com maior nível de satisfação (58%), enquanto o item “higiene do ambiente”, o de menor satisfação (22%) (Figura 6).

Figura 6. Distribuição do aspecto material por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação dos servidores.



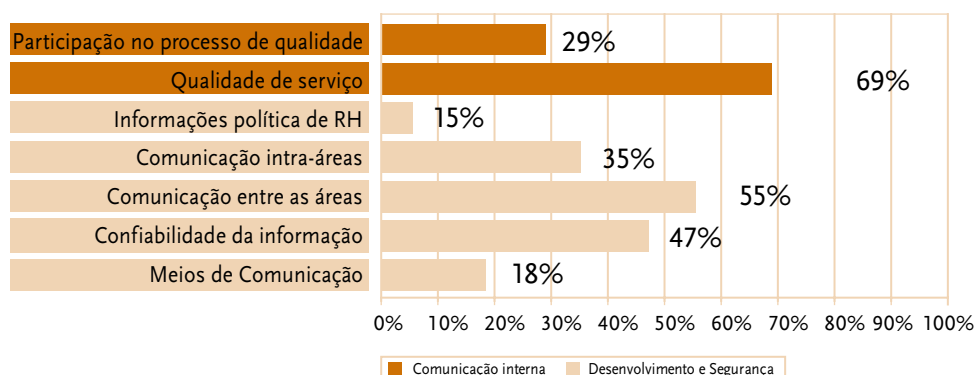
Em relação ao atributo “*Participação e envolvimento com o trabalho*”, os servidores mostraram-se satisfeitos quanto ao aproveitamento do seu potencial e reconhecimento de suas habilidades pela organização (53%), equiparando-se à realização profissional, no que se refere à identificação com a tarefa que executam (49%). Chama atenção para o menor nível de satisfação obtido no indicador “*Treinamento*” (15%), referindo-se à qualidade e quantidade de oportunidades necessárias para a realização de suas tarefas. Os indicadores: “*Participação nas metas*” (31%) e “*nível de estresse*” (29%) apresentaram níveis equiparáveis. Para o atributo “*Desenvolvimento e segurança*”, 67% dos servidores não consideraram que o vínculo empregatício seja motivo de insegurança no emprego, entretanto aponta um baixo nível de satisfação para o critério de promoção (13%), pois não se consideram as pessoas mais capacitadas para este fim, seguido de crescimento no trabalho (26%) (Figura 7).

Figura 7. Distribuição do Aspecto Psíquico por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação dos servidores.



No aspecto “*Comunicação*”, o indicador “*comunicação entre as áreas*” apresenta maior nível de satisfação relacionada a problemas de comunicação que podem afetar o desempenho do serviço (55%), seguido da confiabilidade das informações prestadas pelo gerente, intrassetor e da administração da organização (47%), quando comparado a estes dois atributos, existe um menor nível de satisfação nas trocas de informações das pessoas entre setores (35%). Neste atributo “*Meios de comunicação*”, no que se refere à clareza e atualização das informações, apresentam o mais baixo nível de satisfação (18%). Observa-se também que no atributo “*Qualidade na organização*”, o indicador “*Qualidade no serviço*” aponta para um maior nível de satisfação dos servidores, considerando-os competentes no desenvolvimento de suas tarefas e a referente à qualidade do seu serviço (69%) e demonstra menor satisfação quanto a sua participação no processo de qualidade no que se refere ao estímulo do serviço à criatividade dos servidores para melhoria da mesma (29%). Destaca-se também, no menor nível de satisfação, a política de RH (15%) da organização quanto às informações sobre benefícios, remuneração e qualidade (Figura 8).

Figura 8. Distribuição do aspecto, comunicação por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação dos servidores.

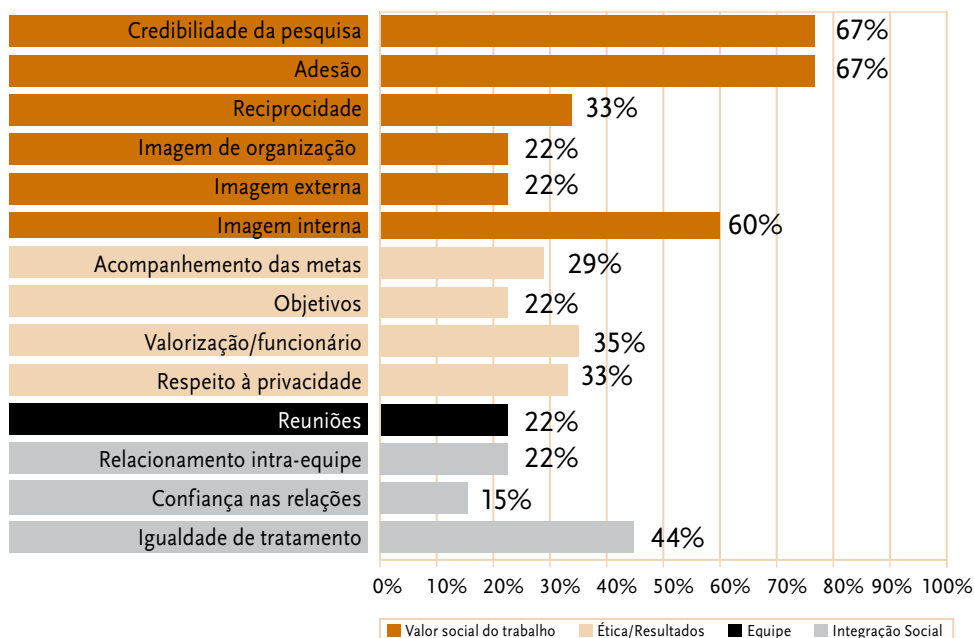


No atributo “*Integração social*”, o indicador “*Igualdade de tratamento*” representa 44%; o de “*Confiança nas relações*”, 15%; e o de “*relacionamento entre equipes*”, 22%. O que chama a atenção é o baixo nível de satisfação com as relações entre equipe e confiança entre os seus membros, sugerindo desagregação das relações interpessoais.

Para o atributo “*Ética e resultados*”, os indicadores “*Respeito à privacidade*” (33%); “*Valorização do funcionário*” (35%); “*Acompanhamento das metas*” (29%) estão equiparados, chamando atenção para o menor índice de satisfação o indicador “*objetivo do serviço*” (22%), referindo-se à relação entre a definição destes e o impacto nos resultados e a melhoria desses resultados relacionados com os esforços dos servidores.

O atributo “*Equipe*”, no que se refere à colaboração dos outros setores quando solicitados, aponta para um percentual de satisfação de 22%. Observou-se que para os atributos “*Imagem externa da organização*” (22%); “*Imagem da organização no que refere a eficiência da administração*” (22%); e “*Reciprocidade relacionadas ao reconhecimento pela dedicação*” (33%) existe equiparidade no nível de satisfação. Observa-se que os indicadores: “*Imagem interna*” (60%); “*adesão ao serviço*” (67%); e “*credibilidade na pesquisa*” (67%) apresentaram maior nível de satisfação para este atributo e aspecto (Figura 9).

Figura 9. Distribuição do aspecto social por atributos e seus indicadores, segundo o nível de satisfação dos servidores.



DISCUSSÃO

Segundo Robles-Garcia et al (2005), o clima organizacional é a chave para o sucesso de uma empresa, pois condiciona as atitudes e o comportamento dos trabalhadores. A medição do clima organizacional norteia a estruturação de ações de melhoria para corrigir os fatores de maior relevância que interferem negativamente na manutenção de um clima organizacional favorável.

No aspecto “*Material*”, o atributo “*Remuneração*”, referente ao indicador “*Equidade externa*”, representou apenas 4%, demonstrando baixo nível de satisfação, quando o servidor compara a sua remuneração com outras organizações. Assim como ocorre com o atributo “*Condições de trabalho*”, particularmente o indicador “*higiene do ambiente*”, com nível de satisfação de 22%, necessitando de melhorias. Ainda nesse aspecto, o indicador “*Material*”, referente à disponibilidade de equipamentos necessários para execução da tarefa (55%) e segurança física no trabalho (58%) – apesar de ter pontuado como maiores níveis de satisfação –, também merecem atenção, considerando que as tarefas exercidas nesse serviço são insalubres, trazendo riscos que podem comprometer a integridade física e emocional dos servidores, condicionantes para geração de insegurança e insatisfação.

No aspecto “*Psíquico*”, foi possível verificar que os fatores de satisfação para motivar os colaboradores estão relacionados ao indicadores “*Identidade com a tarefa*” (49%); “*Uso de habilidades*” (53%); e “*segurança na permanência no emprego*” (67%), concluindo que a maioria dos servidores está bem adaptada ao serviço, gosta do que faz e que, apesar de expressivo percentual de servidores com vínculo terceirizado (42%), não constitui fator de insegurança ou falta de comprometimento com a função.

A satisfação dessas necessidades conduz a sentimentos de utilidade e autoconfiança, refletindo diretamente nos resultados e favoravelmente no clima organizacional. Como refere Luz (2003), o clima “retrata o grau de satisfação material e emocional das pessoas no trabalho, e influência profundamente a produtividade do indivíduo e consequentemente da empresa”.

Entretanto, a organização necessita implementar ações voltadas para uma política mais justa de promoções, observando critérios relacionados à capacitação técnica e administrativa (apenas 13% de satisfeitos) e investir em treinamentos suficientes e adequados para realização das tarefas (15% de satisfação). Esses resultados podem influenciar na motivação e no clima organizacional, confirmando o que refere Chiavenato (2004): “o clima depende, dentre outros aspectos, da escolha da equipe, do preparo e treinamento e de participação pessoal”.

No aspecto “*Comunicação*”, os dados obtidos demonstraram um bom nível de satisfação na comunicação entre as áreas (55%), porém quando questionados sobre a confiabilidade das informações oriundas da organização, gerentes e setores (47%), demonstraram necessidade de investimentos para aumentar o nível de confiança das informações obtidas.

Observando os resultados do atributo “*Qualidade de serviço*”, a maioria dos servidores demonstrou um bom nível de satisfação (69%), os quais se sentem competentes, com autonomia para realizar o trabalho e reconhecidos pelo que fazem. Esses fatores motivacionais, segundo Robles-Garcia et al (2005), aumentam o rendimento e a qualidade do serviço e interferem positivamente no clima organizacional.

Para aspecto “*Social*”, no atributo “*Integração social*”, as relações de confiança e interpessoais representaram um baixo nível de satisfação, que somados mostram resultados de apenas 37%, concluindo que existe uma desagregação das relações intraequipes. Esse atributo agregado aos de “*Ética e resultados*”, no que se refere ao reconhecimento da organização pelos seus esforços (35%), eficiência da administração (33%) e a definição de objetivos que impactam nos resultados (22%) apontam para a importância da busca de soluções e investimentos em programas voltados para melhoria da integração e capacitação, fortalecimento do trabalho em equipe e valorização profissional, além de implementar medidas que proporcionem uma melhor gestão participativa integrando a equipe na construção

de objetivos e metas bem definidas para que os resultados sejam alcançados de forma satisfatória.

Ainda nesse aspecto, observou-se que a maioria dos servidores consideram positiva a imagem interna da organização, referindo-se ter orgulho do que faz (60%), que pretendem trabalhar por muito tempo na organização (67%) e acreditam que os resultados da pesquisa serão bem utilizados (67%), sugerindo uma adesão satisfatória à organização. Esses resultados, associados às iniciativas de melhoria citadas, contribuirão para criar um ambiente motivado, com grande poder competitivo e saudável, favorecendo a um bom clima organizacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos conceitos e teorias apresentados, observa-se que o fator humano é o principal foco de atenção das organizações. Pessoas entusiasmadas, valorizadas e felizes, que tem seu trabalho reconhecido, são mais participativas e contribuem para a produtividade e resultados mais eficazes e eficientes. A valorização é uma necessidade humana suficientemente forte para criar um clima adequado à superação dos desafios nesta época de grandes mudanças.

Quando o processo participativo é bem trabalhado, os índices de satisfação e motivação tendem a manter-se em patamar bastante elevado, pois os trabalhadores passam a ser corresponsáveis pelo seu crescimento.

O papel do líder e seu estilo de liderança também são fundamentais para desenvolver a satisfação e motivação da equipe, influenciando no seu comprometimento, segurança e sentimento de valorização. Ele não os motivará diretamente, mas será o responsável por criar condições básicas para que os liderados possam encontrar a satisfação e a motivação.

A partir do momento em que o servidor é reconhecido como fator importante dentro do quadro da organização, surge a necessidade de formar equipes ligadas de forma profunda e madura, tornando-se possível estabelecer uma diferenciação competitiva saudável e pessoas engajadas nos objetivos e metas da organização.

A comunicação entre as unidades e intrasetores também merece atenção. Medidas que visam à melhoria na integração entre as áreas eliminam os “ruidos de comunicação” e erros de interpretação, tornando um fator positivo para melhoria do clima organizacional.

A questão salarial, demonstrada com baixa satisfação, principalmente quando se refere à equiparação com outras organizações, é um fator importante de insatis-

fação, pois está ligada diretamente a satisfação das necessidades higiênicas. No entanto, teorias motivacionais explicadas por Herzberg acreditam que a questão salarial, por si só, não constitui um fator de motivação (CHIAVENATO, 2005).

Ao observar que a maioria dos servidores demonstra satisfação com suas funções, são comprometidos com suas tarefas e tem orgulho de trabalhar na organização e que outros indicadores apontam para certo grau de instabilidade nas relações interpessoais, insatisfação das condições ambientais, comunicação, treinamentos e que necessitam de mais atenção quanto à privacidade e de serem inseridos no contexto das decisões e rumo do seu setor, percebe-se que alguns aspectos importantes devem ser mantidos e que outros necessitam ser resolvidos, de modo que o seu equilíbrio possa favorecer positivamente no clima organizacional.

Tornar o servidor mais capacitado, motivado, estimulado e comprometido com seu papel constitui uma boa ferramenta de gestão para melhoria do desempenho organizacional. Além disso, a melhora do clima organizacional possibilita tomar decisões mais assertivas, contribuindo para a valorização e retenção dos talentos profissionais indispensáveis à competitividade das organizações.

Referências¹

¹ As referências estão vinculadas às sete monografias apresentadas anteriormente.

- ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, D. L. S.; MENDES, I. J. M. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 52-7, 2000.
- BASTOS, M. A. R. La temática “Cultura organizacional” en los estudios del área de la salud y de la enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 ago. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto REFORSUS – CNPq: desenvolvimento e implementação de modelo de modernização gerencial para grandes estabelecimentos de saúde – Tabulação e análise da pesquisa de clima organizacional: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (João Pessoa – PB)*. [S.l.], 2002.
- _____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o regulamento técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2001.
- _____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual Técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 108 p.
- _____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 153, de 14 de junho de 2004. Determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jun. 2004b.
- CARRAZZONE, C. F. V.; BRITO, A. M. de; GOMES, Y. M. Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 93-98, 2004.
- CHIAVENATO, I. *Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; São Paulo: Campus, 2005.
- _____. *Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participante*. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.
- _____. *Gestão de pessoas*. 2. ed. São Paulo: Campus, 2004.
- _____. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

FERREIRA, M. C. et al. Development of a Brazilian instrument for evaluation of organizational culture. *Estud. psicol.*, Natal, v. 7, n. 2, p. 271-280, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 ago 2006.

ISKANDAR, J. I. *Normas da ABNT: comentadas para trabalhos científicos*. 2. ed. Curitiba, PR: Juruá, 2004.

KAHALE, F. *Construindo programas de liderança através de pesquisas de clima*. [200-?]. Disponível em: <<http://www.institutomvc.com.br/portfólio/clima>>. Acesso em: 15 ago. 2006.

_____. *Documentos finais da pesquisa perfil e clima organizacional*. [200-?]. Disponível em: <<http://www.institutomvc.com.br/portfólio/clima>>. Acesso em: 15 ago. 2006.

_____. *O que considerar ao contratar uma pesquisa de clima*. [200-?]. Disponível em: <http://www.institutomvc.com.br/portfolio/clima_org/clima_que_considera.htm>. Acesso em: 15 ago. 2006.

_____. *Pesquisando a motivação: a pesquisa de clima organizacional*. [200-?]. Disponível em: <http://www.institutomvc.com.br/portfolio/clima_org/clim_motiv1.htm>. Acesso em: 15 ago. 2006.

_____. *Exemplo de pesquisa de clima*. [200-?]. Disponível em: <http://www.institutomvc.com.br/portfolio/clima_org/clima_ex_quest_pesq.htm>. Acesso em: 15 ago. 2006.

LAROS, J. A.; PUENTE-PALACIOS, K. E. Validação cruzada de uma escala de clima organizacional. *Estud. psicol.*, Natal, v. 9, n. 1, p. 113-19, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 13 ago. 2006.

LIMA, S. M. B.; ALBANO, A. G. B. Um estudo sobre clima e cultura organizacional na concepção de diferentes autores. *Rev. CCEI – URCAMP*, [S.l.], v. 6, n. 10, p. 33-40, ago. 2002.

LUZ, R. S. *Clima organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

_____. *Gestão do clima organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.

MASLOW, A. *Introdução à psicologia do ser*. Rio de Janeiro: Eldorado, 1968.

MEDEIROS, J. R. *O amor renovando o trabalho*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MELO, E. M. Q.; ANJOS, S. M. dos; COELHO, T. de F. A. *Condições de trabalho e desempenho profissional: o caso do serviço de auditoria do Ministério da Saúde em Pernambuco*. 2005. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde)–Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Recife, 2005.

- MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Ed. Manole, 2001.
- MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1991.
- PIRES, J. C. de S.; MACEDO, K. B. Organizational culture in Brazilian public organizations. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 81-104, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 ago. 2006.
- PIZZOLI, L. M. L. Life quality at work: a study of case of the nurses of Heliópolis Hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400028&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2006.
- ROBLES-GARCIA, M. et al. Variables related to job satisfaction: cross-sectional study using the European Foundation for Quality Management (EFQM) model. *Gac. Sanit.*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 127-34, 2005.
- ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
- SALDANHA, Arthur de Mattos. *Clima e cultura organizacionais: tarefas do dirigente na área pública*. Brasília: FUNCEP, 1989.
- SIQUEIRA, Gisela Rocha. *Trabalhadores cirurgiados para os DORT e sua reabilitação para o trabalho*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2006.
- SOUZA, E. L. P. de. *Clima e cultura organizacionais: como se manifestam e como se manejam*. Porto Alegre: Edgar Blucher, 1978.
- URIBE RIVERA, F. J. Situational management (in health) and communicative organization. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 357-72, 1996.
- VALENTE, V. B.; COVAS, D. T.; PASSOS, A. D. C. Hepatitis B and C serologic markers in blood donors of the Ribeirão Preto Blood Center. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, [S.l.], v. 38, n. 6, p. 488-92, Nov./Dec. 2005.
- VANTI, N. Ambiente de qualidade em uma biblioteca universitária: aplicação do 5S e de um estilo participativo de administração. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 28, n. 3, 333-39, 1999.
- VIEIRA, E. *Recursos humanos: uma abordagem interativa*. São Paulo: Cedas, 1994.
- WANDERLEY, D. M. V. et al. Inquiry into the control of hemotherapy and transfusional Chagas' disease: 1988 and 1990. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 27, n. 6, p. 430-35, Dec. 1993.

Satisfação do Paciente Internado em Relação ao Serviço de Hemoterapia: o Caso do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Recife-PE)

Autora: Andrea Maria de Lima¹

Orientadora: Professora Ronice Maria Franco de Sá²

¹ Hospital Universitário Oswaldo Cruz - Universidade de Pernambuco

² Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social – NUSP-UFPE

INTRODUÇÃO

A Resolução RDC n.º 151, de 21 de agosto de 2001, que aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia, estabelece que o serviço de hemoterapia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC é uma Agência Transfusional – AT.

Localização preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências realizar-se-á pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade. Que em nosso caso é o hemocentro de Pernambuco-Hemope. (BRASIL, 2001).

A agência transfusional do HUOC está situada em local estratégico próximo às unidades de terapia intensiva-UTI e ao centro cirúrgico. É composta pela seguinte equipe: uma médica como responsável técnica, uma enfermeira, vinte e dois técnicos de enfermagem, oito técnicos de laboratório, e duas secretarias. A AT desenvolve também a atividade de hemovigilância.

Hemovigilância tem como objetivo recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e (ou) inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência. Trata-se de uma avaliação pós-utilização do sangue e seus componentes, na perspectiva de incorporar informações para a elaboração mais consistente de uma análise dos resultados e promover as medidas cabíveis para o aperfeiçoamento do processo hemoterápico. (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, c2005-2009).

O HUOC é uma unidade centenária, que conserva em sua arquitetura a estrutura pavilhonar como parte de sua história. Esta unidade pertencente a Universidade de Pernambuco. A unidade possui um total de 485 leitos sendo 38 de UTI, todos credenciados ao Sistema Único de Saúde-SUS. É unidade de ensino pesquisa e extensão comprometida com a formação de profissionais na área da saúde.

Este estudo será uma boa ferramenta no auxílio da gestão na reestruturação do novo perfil, (Transformação do HUOC em Centro de Alta Complexidade em Oncologia-CACON), uma vez que do ponto de vista quantitativo o HUOC é o segundo maior cliente do Hemope.

A sua relevância se apoia na escassez de informações sobre o tema qualidade no que diz respeito à satisfação do usuário nesta unidade, fato este que nos estimulou a realizar esta pesquisa no sentido de introduzir este tema e auxiliar o serviço a ter uma pequena amostra de seu retrato exposto.

A experiência cotidiana do assistir aos pacientes que necessitam de atendimento hemoterápico nos faz refletir em nossos processos diários e nos leva a pensar na qualidade da assistência prestada por esta equipe. Sabemos que a descontinuidade nos processos de prestação de serviços também é fator gerador de insatisfação do paciente/cliente, e se reflete na imagem institucional, no aumento de custos, na redução da oferta de produto e no aumento de incidentes relacionados ao ato transfusional entre outros.

Inúmeros estudos têm sido realizados, em diferentes países, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, do ponto de vista dos pacientes. No Brasil, há poucos estudos de avaliação de serviços de saúde. A pequena produção se restringe praticamente à avaliação quantitativa dos serviços, restando escassas informações sobre resolubilidade e satisfação dos pacientes (BERWICK, 1989).

No Brasil, estudos baseados no modelo japonês de gestão, as inovações tecnológicas e organizacionais traduziram-se basicamente, na última década, na implantação de Programas de Qualidade Total, que trazem em sua concepção mudanças na qualificação dos trabalhadores e exigem uma crescente intervenção desses nos processos produtivos (OLIVEIRA, 1997).

Alguns trabalhos tentam introduzir modelos explicativos das relações entre características sócio-demográficas e ou familiares com as dimensões da satisfação (ZASTOWNY; ROGHMANN; CAFFERATA, 1989).

A adoção formal dos conceitos da “Gestão pela Qualidade” no setor público brasileiro teve início com a criação, em 1991, do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. Configurou-se como o Programa 2.057 do Plano Plurianual 2000-2003. O Departamento Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde colocou-se como um núcleo de propagação e organização desse movimento gerencial nos diferentes níveis governamentais do Sistema Único de Saúde -SUS (PUCCINI; CECILIO, 2004).

Os valores pregados por esta filosofia geraram metodologias e ferramentas que atualmente são usadas no mundo todo, nas mais diversas áreas de atuação. A qualidade total está baseada na satisfação do cliente interno e externo envolvido na empresa, ou seja, é um meio de atingir os objetivos e resultados desejados (BURMESTER; MALIK, 1997).

No campo da atenção à saúde existem diversas ópticas para sua apreciação, a maioria sendo pouco operacionalizada, o que leva a existência de definições múltiplas e conflitivas (SCOCHI, 1994). Concorde-se com alguns autores (DONABEDIAN, 1984; VUORI, 1991) que o conceito de qualidade é largamente utilizado e é uma busca constante dos indivíduos.

Para Vuori (1991), muitas podem ser as compreensões ou definições de qualidade. Ele avalia que a noção de qualidade varia o interesse dos diferentes grupos sociais, que podem ter pontos de vista diferentes sobre o que constitui qualidade. Para Donabedian (1984) a conceituação de qualidade corresponde à construção de um modelo normativo para avaliar os serviços de saúde, capaz de monitorar e induzir um balanço cada vez mais favorável entre benefícios e riscos. Assim, para esse autor, a qualidade da atenção à saúde se define como um arranjo ideal de um vasto conjunto de elementos presentes na estrutura, no processo e no resultado.

Estudos da satisfação do usuário ganharam destaque na literatura, à medida que estabelecem relações entre ela e certas características dos pacientes. Assim podemos admitir que a decisão de utilizar um serviço de saúde representa:

o elo final de uma cadeia de decisões que se inicia com a percepção pessoal de uma necessidade biológica, caminha para a avaliação da necessidade de cuidado médico para esta alteração, interrogando-se ainda o tipo de cuidado médico ideal, qual serão os seus custos, etc. (STRATMANN, 1975).

Esta decisão associada à satisfação com o sistema de saúde levará à utilização de seus serviços.

Assim, ao se definir satisfação como “uma variável causal que faz com que as pessoas procurem o atendimento médico e um resultado baseado em experiências anteriores” (PASCOE, 1983), estamos apontando os dois aspectos que devem ser considerados quando da avaliação da satisfação. O primeiro diz respeito à satisfação com o sistema de saúde em geral o que motivará a procura de uma unidade (garantia de utilização); no segundo aspecto mede-se a satisfação com o processo do atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento podendo inclusive interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão da mesma (WARTMAN et al, 1983).

Para Donabedian (1984), por exemplo, a busca da definição de qualidade, ainda que se inicie em seu módulo mais simples da atenção, isto é, o tratamento que proporciona um médico ou outro profissional a um episódio de enfermidade claramente definido em um paciente, é possível dividir este tratamento em dois aspectos, o técnico e o interpessoal, cada um sugerindo existência de diferentes conceitos de qualidade. Em relação ao segundo componente de garantia da qualidade o corretivo pode-se dizer que este, talvez, seja o objetivo primeiro que deve preceder qualquer propósito de avaliação, isto é, apontar as possibilidades de intervenção na realidade com a finalidade de promover mudanças.

Stein et al (1993), em seu estudo de satisfação com paciente entre pessoas sintomáticas infectadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida, mostram a existência de alguns fatores associados com a satisfação do paciente, que apontam a facilidade de acessar cuidados médicos como um dos mais importantes focos de satisfa-

ção do usuário. Os resultados desse estudo revelam que um número de variáveis tem um efeito significativo sobre a satisfação com o acesso ao cuidado médico.

O presente estudo visa a avaliar a satisfação do paciente internado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz com relação ao serviço de hemoterapia, onde poderemos pesquisar a percepção pessoal de uma necessidade biológica, e poderá opinar sob a facilidade de acesso à unidade, cordialidade por parte do pessoal, atenção dada a queixas, confiança no atendimento entre outros. A coleta das informações se dará por meio de um questionário previamente estruturado objetivo aplicado aos pacientes/clientes em entrevistas na unidade hospitalar.

Pensando na importância das pesquisas de qualidade é que nos propomos a realizar este estudo experimental ainda pouco explorado nesta instituição, e que acreditamos trará benefícios para a instituição podendo ser posteriormente dado continuidade tornando-se um trabalho maior e auxiliar na busca pela Acreditação Hospitalar.

Acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. Nas experiências brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e atualização da sua metodologia. (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO, c2005-2010).

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, do tipo experimental que utilizará uma pequena amostra e nesta avaliará a satisfação do paciente internado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz com relação ao serviço de hemoterapia.

O estudo teve uma abordagem quantitativa com análise qualitativa. A amostra foi constituída de dez pacientes atendidos pelo serviço de hemoterapia, no período de 30 de outubro a 3 de novembro de 2006 e que tenham sido atendidos pelo serviço de hemoterapia.

A quantidade reduzida na amostra se dá pelo pouco tempo restante para a produção deste estudo, portanto este estudo deve ser visto como uma produção experimental e que temos interesse em desenvolver este estudo posteriormente. Devendo este ser considerado um exercício de aplicação metodológica. Para avaliação da satisfação será usado como instrumento de coleção uma forma com perguntas pré-formuladas, lentes que foram aplicadas aos pacientes em entrevistas no hospitalar de unidade.

O instrumento de coleta foi aplicado aos pacientes atendido na clínica oncológica de adulto onde está situada uma grande parte da clientela no uso de sangue e seus derivados nesta instituição. Neste momento deixaremos a oncologia pediátrica fora deste estudo por razão do tempo, mas que deverá ser posteriormente trabalho no desdobramento deste estudo este é uma necessidade. O entrevistador deve apresentar-se ao paciente que utilizou ou está em uso do sangue ou derivado e, após obter o seu consentimento, pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE aplicará o questionário. Auxiliará esclarecendo as dúvidas, porém não deve interferir nas respostas.

O paciente será convidado a opinar sobre:

- ▶ A percepção pessoal de uma necessidade biológica.
- ▶ Facilidade de acesso, a unidade.
- ▶ As instalações físicas do ambiente.
- ▶ Cordialidade por parte do pessoal.
- ▶ Existência de informação prévia quanto ao uso do sangue ou derivado.
- ▶ Atenção dada a queixas.
- ▶ A confiança no atendimento.

Na tentativa de quantificar estas atitudes, os pacientes/clientes serão confrontados com uma série de ícones (figuras abaixo), sempre acompanhada da pergunta: qual destas imagens expressa melhor a sua opinião? Para facilitar as respostas, selecionamos apenas cinco ícones:

★	😊	😐	😞	💣
Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo

RESULTADOS

O estudo foi realizado por meio de aplicação de entrevista com perguntas pré-formuladas. Aplicamos o instrumento em uma pequena amostra de dez pacientes internados na clínica oncológica do HUOC. Os resultados obtidos foram os seguintes:

Obtivemos para a pergunta 1. “A forma como você foi informado(a) sobre a sua doença foi?”: cinco entrevistados responderam bom e cinco ótimo.

Para a pergunta 2. “Quanto a localização deste hospital com relação a sua residência, como você classifica”. Cinco dos entrevistados responderam péssimo, dois ruim, dois ótimo e um regular.

A pergunta 3. “Em sua opinião as instalações físicas são?” Um respondeu ruim, um regular, quatro bom e quatro ótimo.

Quanto a pergunta 4. “Em relação ao início de sua doença e hoje você se considera” quatro responderam ruim, quatro regular e dois bom.

Pergunta 5 “As pessoas do serviço te ajudam a se sentir” quatro responderam regular, duas bom e quatro ótimo.

Pergunta 6 “Com relação as informações recebidas do serviço de hemoterapia sobre o uso do sangue você considera”. Obtivemos dois ruim, quatro bom e quatro ótimo.

Pergunta 7: A permanência do funcionário ao seu lado durante os primeiros momento do uso do sangue te fez sentir? Dois responderam regular, três bom e cinco ótimo.

Pergunta 8: “Após a hemotransfusão você se sentiu”. Quatro dos entrevistados responderam regular, quatro “bom” e dois “ótimo”.

Perguntas	★	😊	😐	😞	💩
	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
A forma como você foi informado(a) sobre a sua doença foi:	5	5			
Quanto à localização deste hospital com relação a sua residência, como você classifica:	2		1	2	5
Em sua opinião as instalações físicas são:	4	4	1	1	
Em relação ao início de sua doença e hoje você se considera:		2	4	4	
As pessoas do serviço te ajudam a se sentir:	4	2	4		
Com relação às informações recebidas do serviço de hemoterapia sobre o uso do sangue você considera:	4	4		2	
A permanência do funcionário ao seu lado durante os primeiros momentos do uso do sangue te fez sentir:	5	2	3		
Após a hemotransfusão você se sentiu:	2	4	4		

DISCUSSÃO

Neste estudo podemos ter uma pequena amostra sobre determinadas questões no estudo da qualidade. Para as perguntas em que abordamos atendimento (perguntas, 1, 5, 6 e 7) evidenciamos que este é um elo de ligação com relação a qualidade, com já citados em outro estudos de qualidade.

Donabedian, Stein, Wartman e outros autores já citaram o atendimento como o elo que fará a ponte entre paciente e instituição neste perpassa o profissional de saúde. A busca pela qualidade, ainda que se inicie em seu módulo mais simples da atenção, é o tratamento que proporciona um médico ou outro profissional a um episódio de enfermidade claramente definido em um paciente.

Com relação a questão que abordamos acessibilidade notamos que mesmo em uma amostra pequena foi possível constatar o que “Stein” constatou em seu trabalho, que o acesso a unidade de tratamento é um item ligado a qualidade e lembrado pelos pacientes. Foi aí onde obtivemos uma pontuação mais baixa talvez devido a localização tão urbana do HUOC sendo sua clientela oriunda de regiões interioranas.

Quanto a questão em que abordamos a estrutura que o sistema oferecem aos pacientes notamos que esta é uma variável causal na qual os que estavam de melhor humor responderam positivamente e para as respostas regular e ruim os entrevistados encontravam-se poliqueixosos, Stratmann em seu estudo também associa a questão satisfação com o sistema como uma variável para a utilização do mesmo.

As perguntas em que procuramos questionar o sentimento do paciente quanto a sua doença e o seu estado de saúde naquele momento podemos atribuir as variáveis respostas devido a entrevista ter sido realizada em uma clínica oncológica onde grande parte dos pacientes permaneceram em tratamento por um longo período de tempo e ter consciência da gravidade de sua patologia. Stratmann cita em seu estudo que a percepção pessoal de uma necessidade biológica também faz parte da qualidade.

CONCLUSÕES

A utilização da satisfação da clientela na avaliação da qualidade do serviço prestado necessita de um aprofundamento, já que este estudo apenas abordou uma pequena parte da clientela atendida nesta instituição.

A partir desta pesquisa consideramos necessário fazer algumas modificações no futuro estudos Quanto ao instrumental de avaliação e aos locais de aplicação. A exploração deverá ser com um maior número de perguntas e também perguntas em aberto e temas como as expectativas e desejos dos pacientes deverão ser abordados.

Quanto ao local de aplicação, pretendemos utilizar outros cenários para ampliar os dados e futuramente elaborar, se possível, um instrumental único para aplicação na instituição.

Acreditamos que algumas entrevistas possam ser realizadas na residência do consultante, após o atendimento, onde ele certamente se sentiria mais à vontade para responder às perguntas referentes aos serviços prestados estes seriam sorteados aleatoriamente. Pretendendo com esta atitude ultrapassar o viés das pesquisas executadas nas unidades, nas quais se ignora toda uma população que não se serve da unidade, inclusive por estar insatisfeita com o serviço de saúde como um todo.

O Olhar do Profissional da Agência Transfusional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco sobre a Qualidade de seu Agir

Autora: Irmgard Maria Buhr¹

Orientadora: Professora Ronice Maria Franco de Sá²

¹ Hospital das Clínicas - UFPE

² Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social – NUSP-UFPE

INTRODUÇÃO

Vivemos numa sociedade onde, cada vez mais precocemente, somos levados a pensar em ter e a escolher uma profissão; mas, do mesmo modo como frente aos atos pessoais e coletivos, nem sempre somos levados a pensar *como agir* e nem a refletir *quais as consequências do nosso agir*, no exercício profissional.

A profissão é uma criação humana consequente a um processo histórico, advinda de uma necessidade surgida de fatos naturais. Embora os sociólogos façam distinção entre profissão e ofício, como referem Martín et al (1997), o conceito ainda permanece obscuro e o termo *profissional* é visto como o oposto do trabalhador não especializado, chamado amador.

No mundo do trabalho, a formação profissional está, hoje, entre os grandes temas em discussão. Cada vez mais, as pessoas – clientes, beneficiários, pacientes - exigem do profissional um saber técnico-científico, que o identifique como profissional habilitado para prestação de serviços, com qualidade, visando a sua satisfação. Não é diferente, em relação ao atendimento transfusional prestado pelo profissional da saúde, tendo em vista a importância do sangue e o acelerado e abrangente desenvolvimento técnico e científico ocorrido nas últimas décadas, na área de hemoterapia.

Como prática empírica, o uso do sangue é quase tão antigo quanto a humanidade, pois sempre esteve ligado ao conceito de *vida*: sua oferta significa *força e saúde*; sua perda, *doença e morte*. Foi utilizado pelos povos primitivos como fonte de vigor e coragem, em forma de banhos, unções e uso oral e na Idade Média, foi considerado como uma das quatro seivas da vida. Ganhou significado em algumas correntes políticas e ideológicas, define causas jurídicas e já padronizou classes sociais, pela conotação de *sangue azul*. Tem importância relevante em algumas religiões, pelo papel mágico, pelo poder de redenção, mas também relacionado ao pecado. Houve períodos em que, doenças infecciosas como a sífilis e até mesmo patologias psiquiátricas, foram tratadas com transfusões de sangue, ou por meio de sangrias.

O período científico da hemoterapia inicia-se em 1900, com a descrição dos antígenos de grupos sanguíneos e a descoberta do Sistema ABO, por Karl Landsteiner. Em 1921, surge o primeiro Serviço de Transfusão Sanguínea, em Londres e na década de 30, no Brasil, destaca-se, no Rio de Janeiro, o STS – Serviço de Transfusão de Sangue, com conotação assistencial e atividades científicas, conforme relatam Junqueira, Rosenblit e Hamerschlak (2005).

O ato transfusional, como qualquer outro procedimento na área de saúde, traz benefícios, mas não está isento de riscos. Podem ocorrer incidentes transfusionais por dificuldade de punção venosa; por complicações de aparecimento imediato ou

tardio, de origem imunológica ou não-imunológica – as reações transfusionais; e devido a erros transfusionais.

No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, em aproximadamente 72 mil transfusões, realizadas entre junho de 1983 e outubro de 2006, registraram-se 10 casos de erros transfusionais, incluindo troca de paciente, troca da amostra de sangue, incompatibilidade Rh(D), incompatibilidade ABO e retardo no atendimento a paciente com risco iminente de morte. Dos 10 casos, sete ocorreram entre janeiro de 2001 e setembro de 2006 e destes, quatro ocorreram nos últimos 10 meses, com três óbitos.

REVISÃO DA LITERATURA

A despeito da possibilidade do profissional em hemoterapia de adquirir conhecimentos que o habilitem para o exercício da profissão, vemos um aumento progressivo de não-conformidades relacionadas ao processo transfusional, na prática diária e também na literatura.

Stainsby et al (2004) citam relatórios anuais do Sistema de Hemovigilância Inglês (SHOT – *Serious Hazards of Transfusion*), num período de seis anos, que mostram um aumento progressivo de componentes erroneamente transfundidos. Por sua vez, Butch (2000), citado por Brilhante (2004), aponta um aumento de 10 a 20% nos erros de coleta de amostra de sangue, entre 1993 e 1999, nos Estados Unidos. Erros explicados, em parte, pela redução de pessoal, rodízio dos profissionais, falta de atenção às normas e falha na identificação de pacientes, bem como, na etiquetagem das amostras.

Com base em vários estudos, ocorre uma evidente preocupação em aprimorar os métodos de identificação dos pacientes, como reporta Brilhante (2004), ao citar o relatório do *Institute of Medicine* nos Estados Unidos, em 1999, “*to err is human: building a safer health system*” – errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro, visando, primordialmente, a reduzir os erros e melhorar a qualidade e a segurança do ato transfusional.

Embora a preocupação com a qualidade seja conhecida desde 2150 a.C., segundo Oliveira (2006a), “percebe-se hoje, um intenso movimento em busca da qualidade, não mais como estratégia de diferenciação no mercado, mas como uma condição de preexistência”, assim como existe uma procura constante por uma definição precisa de *qualidade*, pois ainda dependemos de conceitos genéricos.

Na literatura médica, de acordo com Reis et al (1990), o autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação da qualidade em Serviços de Saúde é Avedis Donabedian.

Em suas publicações, Donabedian (1980) cita a contribuição de vários autores, na conceituação da qualidade. Para Deming (apud DONABEDIAN, 1980), “qualidade é atender continuamente as necessidades e expectativas dos clientes, a um preço que eles estejam dispostos a pagar”. Ishikawa (apud DONABEDIAN, 1980) cria os círculos de controle de qualidade e define o funcionário como cliente – *cliente interno*, afirmando que “os funcionários recebem os resultados do trabalho dos colegas, como insumo para o próprio trabalho”. O próprio Donabedian (1990, 1994) avalia a qualidade, a partir dos conceitos de *estrutura* – recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; *processo* – atividades que envolvem funcionários da saúde e pacientes; e *resultado* – produto final da assistência prestada, conceitos esses, que fundamentam a Teoria Geral de Sistemas, conhecida como *input-process-output*. Nessa mesma época, o autor aplica o conceito de qualidade, por meio do que chamou de sete *pilares*: aceitabilidade, eficácia, efetividade, eficiência, equidade, legitimidade e otimização.

Na literatura, encontramos estudos sobre a qualidade da prática profissional na área de saúde, mas poucos trabalhos se referem ao profissional que atua na área de hemoterapia.

O relacionamento entre o saber e a prática é um tema constante em psicologia. Na visão de Saviani (1984 apud GARCIA, 2001), “o relacionamento entre o conhecer e o agir permite a efetiva incorporação dos instrumentos técnicos, culturais e éticos necessários para a intervenção competente”.

Analisando o saber como um *objeto perturbador não identificado*, St-Arnaud (1997) afirma, como na epistemologia, que “o saber guia a ação”. No entanto, chama a atenção, juntamente com Mandeville e St-Arnaud (1999), que na prática, “a ação precede o saber”.

Segundo Garcia (2001), quando dizemos que um indivíduo *sabe fazer* uma determinada atividade, “a expressão é comumente usada como sinônimo de conhecimento e oposto ao conceito de *ignorância*, entendida como *falta de conhecimento*”. O conceito se refere a um processo estático e universal, numa mistura de *habilidade* e de *saber automático*.

Como caracteriza Blakerby (2003), *valores* são “aquelas qualidades da experiência humana que consideramos tão importantes, a ponto de servir como orientação para a maneira como vivemos nossas vidas”.

Na visão desse autor, “a compreensão sobre o modo correto de agir é o objetivo final do processo de aprendizagem. Não havendo mudança comportamental, ela não se completará”. (BLAKERBY, 2003)

Garcia (2001) analisa a dificuldade da mudança comportamental num Serviço de Saúde, onde, segundo ela, “o *tarefismo*, o *tocar serviço* podem estar internalizados, não havendo entre a equipe multidisciplinar, uma associação de *aproximar-se, ouvir, respeitar, interar e dialogar*”.

Ao conjunto de regras, deveres, normas, ou princípios, que orienta ou regula indivíduos, numa determinada atividade, para o exercício da profissão, chamamos deontologia; e ao comportamento moral do homem em sociedade, ao *modo de ser*, ética.

Do ponto de vista de Mussak (2002), “no mundo profissional, poucas atitudes são mais desejadas e até exigidas, do que a responsabilidade”. Segundo esse autor, “a atitude responsável constrói o caminho para a confiança e a lealdade”. E acrescenta: “a ineficiência, por exemplo, do profissional que está em processo de educação, é compreensível, enquanto que a irresponsabilidade, não, pois pertence ao caráter”.

O modo de vida contemporâneo nos impõe um cotidiano que não permite reflexões sobre o nosso *agir*.

JUSTIFICATIVA

A constatação do aumento e gravidade de não-conformidades relacionadas ao processo transfusional e a reflexão sobre o agir profissional despertaram a necessidade de conhecer, primeiro, como o profissional da Agência Transfusional do HC-UFPE vê a sua missão dentro do equilíbrio entre saber – poder – querer, uma vez que, “*saber fazer* se refere a conhecimento, habilidade ou atitude; *poder fazer* depende de ter e poder usar recursos necessários; e *querer fazer* associa-se à vontade, ao ânimo e à satisfação em realizar o seu trabalho”, como referido por Sandes (2001). Segundo, quais os valores e crenças que sustentam a sua atitude como profissional e por fim, como ele percebe a qualidade do seu agir profissional.

Mais que uma moda, ou tendência passageira, a qualidade é reconhecida pelas pessoas universalmente como satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente.

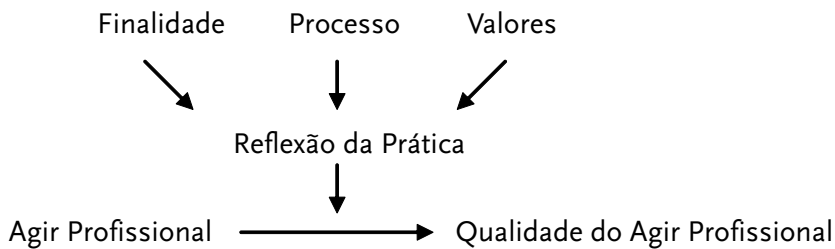
Em relação ao processo transfusional, cujo objetivo é trazer benefício com um mínimo de prejuízo, em concordância com o juramento de Hipócrates *primum*

non nocere – acima de tudo não prejudicar, os benefícios obtidos com a transfusão de sangue tem relação direta positiva com a sua qualidade e os riscos, relação inversa com a segurança.

Agir de acordo com a rotina definida na instituição de saúde a que pertencemos, ou de acordo com evidências que dão sustentação teórica ao exercício profissional é louvável. Entretanto, sabendo que o ser humano é ontologicamente consciente, não parece desejável que as opções éticas relacionadas ao agir, profissional ou não, sejam relegadas a segundo plano.

OBJETIVO

Pensando nessas indagações, percebemos a necessidade de buscar material para dar sustentação ao conceito de qualidade do agir profissional, por meio da prática reflexiva.



Este trabalho possibilitará a abertura de um espaço para estudos mais abrangentes, buscando a qualidade do agir, dos produtos e serviços prestados ao paciente.

MÉTODO

Área do estudo: o campo de estudo foi a Agência Transfusional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco que possui uma Agência Transfusional (AT), que realiza atendimento hemoterápico, exclusivamente para pacientes do hospital, sob regime de internamento ou de atendimento ambulatorial. A equipe de profissionais da AT, com atuação direta junto ao paciente, é composta por seis auxiliares em enfermagem, terceirizados; e um técnico em enfermagem, do quadro permanente da universidade. Estão lotados no laboratório de imunohematologia da AT, sob supervisão de uma farmacêutica-bioquímica, 11 profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de laboratório); e 5 de nível superior

(farmacêuticos e farmacêuticos-bioquímicos). O serviço ainda não dispõe de enfermeira com capacitação em hemoterapia e tem responsabilidade técnica a cargo de uma médica hemoterapeuta. Os sujeitos da pesquisa foram duas funcionárias da equipe de enfermagem desse setor, com contrato terceirizado.

Ambiente e época do estudo: a coleta de dados ocorreu em uma das salas da AT, no mês de outubro de 2006, por meio de entrevistas individuais, em diferentes dias.

Desenho: Para compreender os valores que norteiam o agir do profissional da AT, optamos pela pesquisa qualitativa, tomando como referencial teórico, estudos sobre conhecimento; prática profissional; responsabilidade; valores e reflexão sobre o processo de trabalho do profissional de saúde, sob forma exploratória e descritiva, a partir de pesquisa bibliográfica e de campo, utilizando a hermenêutica, método mais adequado a essa forma de entendimento. Como ciência, a hermenêutica é uma técnica destinada à interpretação de textos religiosos e filosóficos. Não visa ao saber teórico, mas a técnica da boa interpretação de um texto falado ou escrito.

Instrumento de coleta de dados: O roteiro de entrevistas foi elaborado por questões norteadoras, gravadas e transcritas integralmente. As questões norteadoras foram: *‘Como você descreve a sua prática diária?’* *‘Você costuma refletir sobre o porquê de cada um dos seus atos na rotina de trabalho?’* *‘Quais os valores que são importantes na sua vida e no seu agir profissional?’* *‘O que motivou você a escolher essa profissão?’* *‘O seu trabalho apresenta riscos? Como você vê sua relação com os colegas, com a chefia, com os pacientes?’* *‘O que significa trabalhar com sangue?’* *‘O que significa termos responsabilidade com a vida do outro?’* *‘Você se sente satisfeita com o trabalho?’*

Análise de dados: A compreensão dos significados depende de pré-estruturas de compreensão do intérprete, ou seja, do seu campo de conhecimento e cultura. Daí que, neste estudo foram utilizados alguns pressupostos metodológicos da hermenêutica, para interpretação das entrevistas, não apresentando, porém, de forma clara, uma ‘técnica de análise de dados coletados’. Após a transcrição, as entrevistas foram lidas para familiarização com o todo. Os dados obtidos foram objeto de análise individual e comparativa dos resultados, exemplificados com as falas das entrevistadas. A análise individual das entrevistas teve como finalidade destacar o pensamento das participantes por intermédio de pontos comuns e pontos divergentes, do modo como expressam o pensamento, como relatam as experiências e a função das atitudes frente à questão. Para facilitar a análise comparativa, agrupamos ideias significativas em categorias.

Aspectos Operacionais e Éticos: O convite para participação no estudo em pauta foi feito por comunicado escrito a todos os profissionais da AT e somente foi aceito por duas funcionárias da equipe de enfermagem, com contrato terceirizado. Ambas foram novamente esclarecidas quanto ao objetivo e finalidade do trabalho. Quanto ao instrumento de coleta de conteúdos, utilizamos entrevistas individuais

semiestruturadas, sendo seguidos todos os passos do ponto de vista ético, conforme a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

RESULTADOS

A participação neste estudo não dependeu de critérios de escolha. Curiosamente, e com certeza, como fatores enriquecedores, evidenciou-se entre as entrevistadas, que a relação entre o tempo de formação teórica e a prática profissional e a rotina de trabalho são divergentes. Uma é plantonista do turno diurno, tem dois empregos e trabalha há 22 anos na área de hemoterapia; a outra, do plantão noturno, está há, aproximadamente, 6 anos na hemoterapia, com somente um vínculo empregatício.

a) **Descrição da prática diária:** Ao início da entrevista, foi observada uma clara divergência entre as entrevistadas, sobre a compreensão da pergunta *como você descreve a sua prática diária*. Talvez ainda devido à falta de interação com a entrevistadora, AE1 relatou o que executa na rotina, descrevendo, passo a passo, as etapas das normas técnicas. Por sua vez, com postura mais descontraída, AE2 relatou como vê seu trabalho.

[...] de muita responsabilidade, até porque, eu trabalho com vida [...] de grande importância, tanto para mim, como profissional, como para o paciente que está sendo assistido por mim.

b) **Reflexão sobre o agir:** Ficou marcante a ligação que as participantes fazem entre refletir sobre o agir e a possibilidade de ocorrência de erros, mesmo quando indagadas e estimuladas a refletir e também a responder acerca de condutas positivas, ou simplesmente sobre o agir.

[...] costumo refletir todos os atos e procuro melhorar as coisas que eu acho que ainda estou deficiente. (AE1)

[...] acho importante você terminar seu dia e refletir (sobre) tudo o que foi feito; dá oportunidade de a gente ver o que foi que a gente errou, o que a gente precisa melhorar [...] a conduta da gente em relação ao nosso serviço. (AE2)

c) **Valores:** Com relação a essa categoria, inicialmente, as auxiliares em enfermagem não se referiram a valores como “qualidades da experiência humana que servem como orientação para a maneira como vivemos nossas vidas” (BLACKER-BY, 2003).

AE2 entendeu valor, como reconhecimento e valorização pessoais e do trabalho que ela realiza.

AE1 referiu-se ao “valor ligado ao humano, ao trabalho humanizado”; e após uma breve pausa, refez o pensamento e se expressou mais longamente:

Eu olho os valores como parte da ética; a ética profissional, porque quando entramos na profissão, temos que ter, primeiramente, a ética [...] no dia-a-dia, a gente tem que não só ver, aprender, observar o conhecimento, mas, praticar [...] colocar o paciente em primeiro lugar [...] com os colegas de trabalho [...] a gente tem que ver, primeiramente, o humano, que eu gosto muito de repetir isso; ver a pessoa como seu próximo e respeitar seu espaço, suas características e assim, poder conviver; isso eu acho importante no agir do dia-a-dia profissional.

“O respeito à pessoa humana é um dos valores básicos da sociedade moderna, fundamentando-se no princípio de que cada pessoa deve ser vista como um fim em si mesmo e não somente como um meio”, afirma Fortes (1998 apud ALVES; ÉVORA, 2002).

Mesmo sem se ater a uma análise mais profunda do comportamento humano, percebeu-se nessa fala, um vislumbre da Teoria Geral dos Sistemas, de Bertalanffy (1977 apud CEZAR-FERREIRA, 2004), que resgata a visão do homem em sua condição de ser total, uno. Essa autora afirma que, com essa teoria, escrita em 1940, Ludwig von Bertalanffy (1977) “estabeleceu um novo marco do pensamento científico, onde o todo deixa de ser compreendido como uma mera soma de suas partes, para ser entendido como maior que a soma de suas partes”.

d) **Escolha da profissão:** As duas auxiliares em enfermagem referiram estar satisfeitas com a profissão, pelo fato de “gostarem de trabalhar com pessoas”, mesmo que a escolha tenha se dado ao acaso.

Eu entrei pra profissão, porque eu gosto muito de trabalhar com pessoas, de trabalhar com o humano mesmo. (AE1)

Na realidade, eu não escolhi essa profissão; escolheram para mim [...]; não era o que eu queria realmente; aconteceu [...] gosto muito de trabalhar com o público; me identifico. (AE2)

e) **Conhecimento:** Nessa categoria, chamou-nos a atenção o tom queixoso, ao expressarem a dificuldade de adquirir e aperfeiçoar conhecimento técnico especializado, – uma referência ao saber – devido à deficiência do ensino básico e pela não participação em programas de educação continuada.

Eu aprendi, conhecendo [...] as informações que fui recebendo [...] esse conhecimento a gente não adquire numa sala de aula, porque esse é um setor especializado. (AE1)

Para AE2, o fato de “não poder aprimorar os conhecimentos, para dar o melhor que a gente pode”, se deve à falta de oportunidade em “fazer uma reciclagem, frequentar cursos, que são oferecidos para os funcionários da universidade”. Acrescentou: “a gente, como presta serviço, não pode fazer esse tipo de curso”.

f) **Riscos:** Além de se referirem à insalubridade, ambas foram categóricas em associar riscos de erros com agravos para o paciente, devido à “sobrecarga de trabalho, ao cansaço mental e físico, à carga horária, ao déficit de pessoal, à falta de estrutura física e de equipamentos adequados”.

Uma pessoa, um profissional, se a mente dele estiver desgastada, cansada, pode ter um lapso, uma falha e consequentemente, vou afetar o paciente, que é o principal interessado [...] ele está ali, acreditando que a gente está fazendo o correto. (AE1)

É um grande risco pra mim, porque eu me dou com todo tipo de doenças aqui [...] tem que ter precaução, cuidado em tudo que a gente for manusear [...] há grande risco de haver alguma troca de paciente [...] a gente tem que ter atenção redobrada [...] um dia a gente pode chegar a falhar, talvez por conta do cansaço [...] a carga horária é muito esticada [...] eu acho muito cansativo você trabalhar um dia sim, um dia não, pelo que a gente faz aqui dentro [...] não dá tempo de você descansar a sua mente. (AE2)

As falas refletiram o que se constata no cotidiano da área de saúde, em que os trabalhadores se deparam, constantemente, com situações adversas para o exercício apropriado de suas profissões, tanto no setor privado, quanto no público.

Fatores organizacionais, políticos, sociais e econômicos, aliados à remuneração inversamente proporcional à importância das tarefas desenvolvidas, - “eu sabia que ia ganhar pouco e que eu ia trabalhar muito”, disse AE2 - e à escassez numérica e especializada de recursos humanos, levam a duplas e às vezes, até triplas jornadas de trabalho, com consequente desmotivação, desinteresse pela instituição, não humanização da assistência prestada e aumento de não-conformidades.

g) **Importância do sangue:** Nas falas das duas auxiliares em enfermagem, cada uma, sob seu ponto de vista, percebeu-se que consideram o sangue importante para a humanidade, definindo-o como ‘portador da vida’.

[...] que eu vi um paciente, no início, por exemplo, desorientado; está ali com as taxas baixas e eu coloco a primeira unidade de sangue e quando eu já vou fazer a segunda unidade, ele já está conversando comigo. (AE1)

Se todo mundo se conscientizasse o que é uma doação, o que a gente faz em prol do ser humano, sempre procurava ajudar o próximo, porque a gente não sabe o dia de amanhã. (AE2)

h) **Responsabilidade com a vida do outro:** Apesar de todas as dificuldades mencionadas durante as entrevistas, ambas demonstraram que partilham da necessidade de agir com responsabilidade, em relação à vida do outro.

A estrutura não dá o suporte que eu preciso pra dar aquele atendimento que eu queria dar [...] o meu 100% a cada paciente que eu atender. (AE1)

(responsabilidade) [...] deve ser você cumprir com as normas [...] executar as tarefas sempre com a técnica [...] é o conjunto de ética, compromisso, responsabilidade, interesse, de aprendizado. (AE2)

i) **Relação com os colegas, com a chefia, com os pacientes:** As auxiliares em enfermagem referiram manter um bom relacionamento no ambiente de trabalho, apesar de alguns conflitos internos e divergência de opiniões. AE1 lamenta a rispidez na forma de tratamento de alguns colegas, nas enfermarias, “que não entendem a importância da hemoterapia”. E acrescenta:

É um trabalho de emergência e há cobranças [...] é obrigação da chefia cobrar, porque se não cobrar, fica pior, a situação [...] às vezes a gente fica triste, porque a gente queria dar o melhor, mas não pode dar, por causa da estrutura que não é oferecida [...] tenho meus defeitos, tenho minhas qualidades [...] aprendi que a gente tem que viver num lugar que é como se fosse nossa família [...] onde tem família, pode haver alguns atritos [...] são cabeças diferentes, pessoas diferentes [...] tem que aprender a ver e a respeitar as diferenças dos outros [...] pelo que vejo, as pessoas gostam de mim; não vou dizer que me amam, me adoram (risos), mas eu acredito que eu consigo conviver com qualquer pessoa porque eu respeito o espaço dela [...] tenho que me relacionar com o hospital inteiro [...] com todos os enfermeiros do meu plantão, com todos os auxiliares do meu plantão e com todos os pacientes novos que surgirem [...] tem que ter um jogo de cintura muito grande, né? [...] me preocupo, das pessoas gostarem de mim, porque o que eu não quero pra mim, eu não dou aos outros [...] eu gosto de todos. Eu acho que todo mundo deve falar bem de mim [...] as auxiliares, as enfermeiras, os pacientes [...] eu sou um dez [...] se eu não me der valor, quem é que vai dar [...] eu gosto de todos; não sei se todos gostam de mim (e sobre a chefia) eu acho que deveria ser assim mesmo, como ela é; só que às vezes, eu acho ela assim, muito braba. (risos) (AE2)

j) **Satisfação com o trabalho:** Mesmo com as dificuldades no trabalho, existe satisfação.

Eu gosto de fazer o que eu faço [...] você está passando tranquilidade para aquela pessoa [...] isso já é muito gratificante. (AE2)

Quando eu saio do plantão e sei que eu fiz tudo direitinho, eu saí e me senti gratificada. (AE1)

PONTOS DE CONFLITO

As falas evidenciaram sérias críticas em relação à ausência de uma enfermeira na AT “que supervisione o serviço, que tire dúvidas, que divida responsabilidades”.

Entre os pontos negativos citados, as entrevistadas demonstraram descontentamento quanto ao funcionamento do hospital, à falta de colaboração da equipe de saúde e principalmente, à deficiência de recursos humanos e à carga horária.

Espero que, no próximo ano, olhem com mais carinho no banco de sangue, para que a gente possa ter um desempenho melhor e para executar nossas atividades com mais satisfação. Não que a gente não execute, mas pra ter uma boa qualidade no atendimento ao cliente, que é a peça principal do hospital. (AE2)

Os médicos pedem transfusão eletiva, que poderia fazer de manhã [...] o paciente é sujeito a ter reações transfusionais durante a noite, onde a enfermagem, não está tão atuante ali, tão atenta; o acompanhante do paciente também está ali em repouso [...] os riscos de um paciente ter uma reação e complicar e até chegar a um atendimento eficaz durante a madrugada, é muito mais complicado que durante o dia [...] muitas vezes eu vou, de madrugada, fazer um atendimento na enfermaria [...] às vezes, acaba a bolsa e eles não comunicam [...] ou a bolsa se perde, porque o paciente perde o acesso [...] de manhã, é que eles vão perceber que acabou, que a bolsa foi perdida [...] é mais um produto perdido, o paciente se desgastou, o atendimento fica deficiente [...] a enfermagem não olha como se a gente fosse ali pra dar uma colaboração a mais, pra melhora daquele paciente, e sim, como se a gente fosse dar mais trabalho. (AE1)

DISCUSSÃO

Expor-se à avaliação é correr riscos de e estar disposto a ser considerado menos perfeito do que se gostaria.

Na visão de Donabedian (1978 apud REIS et al, 1990), o objetivo da avaliação da qualidade é “determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem” e o objetivo de sua monitorização é “exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos”.

O que se convencionou chamar de qualidade pode ser mais útil num ambiente mais propício à avaliação, por induzir mais à reflexão, do que mesmo à reprodução acrítica de técnicas e instrumentos prontos com antecedência.

No início da entrevista, com tom pausado e pensativo, uma das entrevistadas descreveu sua rotina, como se buscasse algo sedimentado na memória.

É frequente, no dia-a-dia, vermos nas famílias, no trabalho e em qualquer nível de escolaridade, indivíduos não estimulados a formar um espírito crítico ou investigador. Agem como meros observadores ou como ‘novos pastores’, que repetem e pregam o pouco que decoraram no seu ‘aprendizado’.

Embora essa atitude de uma das auxiliares em enfermagem se assemelhe mais com a exteriorização do conhecimento de sua arte, adquirido pela repetição na prática cotidiana e seguimento das normas, não pode deixar de ser visto como uma forma de reflexão sobre o modo de agir, o porquê de agir e de aplicar o saber técnico.

Com a busca de um espaço físico como instrumento de cura, a enfermagem moderna, originada no século XIX, na Inglaterra, sob comando de Florence Nightingale, tem como missão, a assistência ao indivíduo, sadio ou doente, individualmente ou no coletivo, para promover, manter, ou recuperar a saúde.

A prática da enfermagem é uma atividade complexa e segundo Zárate Banda (2004), “traz, na sua origem, a dimensão social de relações interativas no mundo do trabalho [...] e requer formação especial e específica”.

Nas falas das auxiliares em enfermagem, notou-se que ainda há resquícios da época entre o início do cristianismo e a Idade Média, quando o cuidado de enfermagem não era dirigido ao corpo doente ou à doença, mas, de cunho religioso; embora, segundo Martín et al (1997), “o cuidado prestado ao enfermo seja uma característica da natureza humana, remontando a período anterior à Era Cristã”.

A valorização das inter-relações pelas propostas de humanização é notada como um ‘ato de amor ao próximo e de solidariedade’ e a satisfação com a profissão foi referida por elas, como *gratificante*, como forma de ‘recompensa’, pela certeza do dever cumprido.

Quando as entrevistadas disseram “*tem que aprender a ver e a respeitar as diferenças dos outros*”, ou ainda, “*eu acho que todo mundo deve falar bem de mim; eu gosto de todos*”, percebe-se que nada mais fazem, do que revelar um relacionamento com alto grau de interatividade, presente na sociedade e onde se revela a intencionalidade para compreender a outra pessoa, além de uma busca inconsciente de autovalorização, aceitação e também de sublimação.

Sobre o aprendizado, em alguns momentos, percebeu-se que elas exteriorizaram as experiências pessoais, adquiridas empiricamente e que, em conjunto, lhes dão segurança em seu agir correto e adequado. Demonstraram, desse modo, a utilização do “conhecimento dogmático, base do saber na Idade Média e do Positivismo,

no início do século XIX, que trazia como característica da época, a abnegação e a prática da caridade”, conforme descrito por Domingues e Chaves (2005), como também, o “reflexo de uma percepção desatualizada e equivocada, pela não compreensão adequada do saber atual”, segundo essas autoras.

Na opinião de Silva e Peduzzi (2005):

na sua grande maioria, o aprendizado na área de saúde ainda é adquirido na prática cotidiana, pelo mero seguimento das rotinas e sem o conhecimento real da sua (im)propriedade, o que culmina numa grave ameaça à segurança dos testes e dos procedimentos realizados.

No entanto, também é possível concluir, que o aprendizado não se limita somente à absorção passiva de conhecimentos. Em alguns momentos, suas falas evidenciaram a utilização do termo conhecimento, com base no conceito clássico de conhecimento científico, que constrói verdades apoiadas em máximas teóricas.

Ao discorrerem sobre o relacionamento no ambiente de trabalho, na verdade, elas concordam com Zárate Banda (2004), quando ela afirma que, “o hospital, como cenário onde acontecem as práticas de saúde, traz conflitos que se referem à liberdade de escolha, à comunicação, aos interesses de grupos e aos próprios de cada membro da equipe de enfermagem”; conflitos esses, que, segundo essa autora, “se deparam com normas determinantes da organização de trabalho, criando um ambiente comum de relacionamentos problemáticos”.

Em relação a sua escala de valores, ambas entrevistadas chamaram a atenção para a responsabilidade e para a ética profissional, tendo em vista a finalidade de suas ações: a promoção, a manutenção, ou a recuperação da saúde. E quando se referiram à *“importância da sua prática diária, por trabalharem com a vida”*, percebeu-se também, um reflexo oriundo da fase empírica da hemoterapia: “sangue é vida”.

Em Schön (1994), encontramos o seguinte esclarecimento:

a ideia da prática reflexiva sobre o conhecimento e a ação tem implicações para as relações profissionais com os clientes, para a organização de enquadramento da prática profissional, para o futuro das interações entre a pesquisa e a prática e pelo lugar que o profissional ocupa na sociedade como um todo.³

No que diz respeito às práticas do processo transfusional, elas demonstraram a crença no saber, no conhecimento técnico e na habilidade para a execução adequada das tarefas diárias, baseadas em evidências e que dão suporte técnico ao exercício da profissão. No entanto, mesmo que o automatismo da rotina e o *tarefismo* do cotidiano predominem na prática profissional, quando solicitadas à reflexão, perceberam a importância do agir profissional baseado na atitude responsável,

³ Tradução feita pela autora.

na vontade, na definição de alguns valores, características essas, próprias do indivíduo.

Ao comentarem sobre a escassez de recursos humanos na equipe de enfermagem e sobre a sobrecarga de trabalho, confirmaram o que se constata em todos os níveis de especialidades na área de saúde. O fato é motivo de grande preocupação, tendo em vista que o *stress* no local de trabalho tem consequências adversas para a saúde, bem estar e segurança dos indivíduos e também para o bom funcionamento das organizações, em detrimento da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais.

Como afirma Kanaane (1995 apud BUHR, 2002):

a qualidade de vida refere-se à satisfação das necessidades do indivíduo, afetando atitudes pessoais e comportamentais, a criatividade, a vontade de inovar ou aceitar mudanças, a capacidade de adaptar-se às mudanças no ambiente de trabalho e o grau de motivação interna para o trabalho [...].

CONCLUSÕES

Para que o processo transfusional aconteça, é necessária a presença do indivíduo responsável pelo *fazer* – o profissional, de quem se exige um saber técnico-científico, que o habilite para a prestação de serviços com qualidade e eficácia, esta última, definida como ‘capacidade de produzir o máximo de resultados com um mínimo de esforços’.

Ouvimos com grande frequência, na vida pessoal e profissional, menções sobre comportamento ético.

“O caráter ético da profissão é determinado pela qualidade das ações realizadas pelos indivíduos que as exercem e que incorporam os valores assumidos como ideais, pelo grupo de profissionais em questão”, afirma Nalini (1999).

Fica evidente que a questão ética não se limita à aceitação de normas socialmente estabelecidas. A maioria dos trabalhos na literatura mostra a questão do erro no processo transfusional, relacionado à não-observação da fórmula proposta por McClelland (1998), “sangue certo, para o paciente certo, no local certo e no momento certo”.

De fato, muitas fontes de erro podem acontecer e contribuem de forma decisiva para a iatrogenia, gerada pela falta do *saber fazer* e do *conhecimento*, pela ausência de aplicação das técnicas e das normas, assim como pelas falhas relacionadas a

fatores que dizem respeito ao agir profissional, ao clima organizacional e à qualidade de vida no trabalho.

Atualmente, do ponto de vista técnico, a qualidade e a segurança transfusionais obrigam a um realinhamento de prioridades. Localizam-se não mais somente no hemocomponente, mas em todo processo transfusional - que começa e termina no paciente, por meio de sua correta identificação, da coleta de amostra, dos testes pré-transfusionais, da decisão médica de transfundir e do ato transfusional propriamente dito - que requer monitoramento e avaliação permanentes.

Um tema muito atual, a busca da excelência em sistemas de saúde, focaliza os recursos humanos.

Conforme relatam Mendes e Marziale (2006), “na última década do século XX, elencavam-se estratégias para redução dos principais problemas defrontados pela saúde, na região das Américas”. As mesmas autoras frisam que, “embora os sistemas de saúde tenham promovido transformações estruturais significativas, problemas persistiram e em sua maioria, relacionados aos recursos humanos”, gerando o *Chamado à Ação de Toronto*, para uma década de recursos humanos em saúde (2006-2015), em prol da valorização, desenvolvimento e fortalecimento dos mesmos, na região das Américas.

Vale salientar que se fazem necessários ações e programas educativos e de valorização, não só para recursos humanos em ações preventivas de atenção básica à saúde, mas em atividades assistenciais como um todo. Concordamos com Couturier (1999), quando diz que “cada vez mais, percebe-se a necessidade de uma formação contínua na prática profissional, que não pode estar somente baseada no conhecimento técnico teórico”.⁴

Com esse pensamento, Couturier (1999) apresenta três postulados:

- a) a *ação profissional*, hoje em dia, é geralmente menos dependente da performance técnica, do que da capacidade de compreender e colocar em perspectiva, os diferentes parâmetros que definem o significado, o alcance, a finalidade de medir de sua eficiência, bem como o processo global no qual está inserida;
- b) o *exercício de uma profissão* é cada vez menos dependente da seleção, formação acadêmica e aprendizado técnico;
- c) a *formação contínua* depende fortemente da *reflexão no curso da ação*, sendo fortemente determinada pelas variáveis próprias nas situações da prática.⁵

⁴ Tradução feita pela autora.

⁵ Tradução feita pela autora.

“O agir competente indica ter profissionais e docentes que se capacitem a saber fazer bem, técnica e politicamente e sob a mediação da ética”, como analisa L’Abbate (1997). E acrescenta: “um *fazer bem* que não se confunda com o *fazer o bem*, ou *ser bonzinho*, mas um fazer responsável, livre e comprometido, que caracteriza o fazer ético”.

Esse estudo, de natureza qualitativa, não se propôs a elaborar fórmulas que minimizem ou anulem as não-conformidades, mas propiciou a produção de conhecimentos sobre o agir profissional em uma AT e o reconhecimento de que é necessário, mais importante e mais eficaz prevenir, do que resolver erros. E para prevenir, é necessário mudar o ambiente, mudar a cultura interna e as formas de atuação do profissional.

Foi possível apreender que, também para os profissionais envolvidos com o processo transfusional, os conhecimentos técnico, humano, ético e social são permanentemente adquiridos por meio das relações sociais, dos antecessores e da cultura que circunda o espaço de trabalho.

Também percebemos e concordamos com Ferraz (1989 apud ZÁRATE BANDA, 2004), quando essa autora diz que é preciso:

adquirir o conhecimento a partir de teorias, programações e currículo, na formação escolar de base e na formação profissional, mas se torna imprescindível, na sociedade atual, que os processos educativos incluam a perspectiva da reflexão sobre o vivido pela enfermagem, como contribuição para que os futuros profissionais se tornem capazes de refletir, analisar experiências e de se sentirem motivados a transformar a prática.

Favorecendo e promovendo uma efetiva interação entre as instituições formadoras de recursos humanos, direcionando o ensino para a realidade do trabalho na saúde, as personagens envolvidas poderão executar e incorporar os princípios de equidade, da universalidade e integralidade das ações, “estimulando o aprendizado e a mudança nas ações, fazendo com que ocorra uma transformação das pessoas, na sua maneira de pensar, agir ou fazer”, como afirma Buhr (2002).

Clima Organizacional na Qualidade do Serviço Prestado: o caso do Hemope (Caruaru-PE)

Aluna: Maria de Fátima Rodrigues de Oliveira¹

Orientadora: Professora Ronice Maria Franco de Sá²

¹Hemope Caruaru (PE)

²Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social – NUSP-UFPE

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos, a internacionalização de mercados e a necessidade de modernização dos ambientes de trabalho geraram interesse nas instituições públicas em busca de melhorias na qualidade do atendimento.

A necessidade da qualidade na prestação de serviços gerou processos de fusão com outras instituições (alianças estratégicas), terceirização, aquisição de materiais até a alta complexidade, downsizing (redução de quadro de pessoal), PDV (programa de demissão voluntária) e redução do quadro de pessoal. Ao mesmo tempo, exigiu-se crescimento do serviço e melhor atendimento ao cliente externo (LUZ, 2003).

Foram criados canais de comunicação com os usuários, como canal de voz (caixinha de sugestões), no ambiente de trabalho e ouvidorias com o propósito de atender suas necessidades, ouvir suas reclamações e sugestões sobre serviços e (ou) produtos oferecidos.

Brescancini (2004) refere que a mesma lógica que rege os relacionamentos entre organizações e clientes externos passa a valer na dinâmica de funcionamento interno das organizações, as quais consideram como uma condição para o sucesso e a satisfação das expectativas dos profissionais que integram seus quadros de pessoal. Baseia-se no fato de que, para atender bem a um cliente, o profissional tem de saber, poder e querer fazê-lo.

A competência técnica cumpre a etapa do saber. O acesso aos recursos necessários dá conta do poder. Querer fazer depende do ânimo, do entusiasmo, do estado de espírito, enfim, da satisfação das pessoas quando realiza o seu trabalho. É nesse ponto que o próprio ambiente de trabalho pode motivar ou não as pessoas e comprometer a qualidade no atendimento. Brescancini (2004) destaca que ninguém motiva ninguém. Os motivos para a ação, consagrados pelas pesquisas de clima, são: os desafios, as perspectivas de desenvolvimento e a valorização, a integração, o sentimento de utilidade, a empatia com o estilo de liderança vigente.

Ensina, também, o professor Coda (2002) da FEA/USP que Clima Organizacional é o indicador do grau de satisfação dos profissionais de uma empresa em relação a diferentes aspectos da cultura ou realidade aparente da organização, como a política de RH, modelo de gestão, missão da empresa, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com as variáveis corporativas.

Ao estudo de clima organizacional, é imprescindível conceituar o termo organização. Pode-se dizer que organização é um sistema de atividades, conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas onde, em decorrência das limitações pessoais, os indivíduos são levados a cooperarem uns com os outros para alcançar certos objetivos que a ação individual isolada não conseguiria. Portanto, as organizações

se constituem nessa interação que faz com que elas sejam dinâmicas e complexas, ou seja, um organismo vivo.

Ao ingressar em um sistema organizacional produtivo, o indivíduo busca, de modo geral, satisfazer, tanto as suas necessidades de pertencer a um grupo social, quanto as de autorrealizar-se. No entanto, sabe-se que esses objetivos nem sempre são alcançados, visto que existem inúmeros fatores que permeiam as relações de trabalho e influenciam na satisfação dessas necessidades. Pode-se dizer, ainda, que um dos fatores mais complexos e potentes nesse sentido é a própria subjetividade humana, ou seja, as motivações, interesses, valores, modo de relacionar-se, enfim, a singularidade de cada profissional que influencia o grupo como um todo. Confirmando essa visão Moscovici (1997) afirma que:

A maneira de lidar com as diferenças individuais cria um certo clima entre as pessoas e tem forte influência sobre toda a vida em grupo, principalmente nos processos de comunicação, relacionamento interpessoal e o clima dos grupos podem trazer satisfações ou insatisfações pessoais ou grupais, repercutindo na organização em sua totalidade.

Neste sentido, o conjunto de preceitos, políticas administrativas e valores pessoais dão forma ao modo especial e único de como os profissionais agem e interagem dentro de uma organização, e consequentemente colaboram para o estabelecimento de um clima organizacional.

Segundo Brescancini (2004), clima organizacional pode ser entendido como a atmosfera do ambiente de trabalho. Refere-se a uma complexa rede de expectativas e percepções individuais e de grupo, permeada por referências estratégicas, organizacionais e por componentes estruturais do contexto do trabalho, que orienta e determina o comportamento de seus integrantes, criando um ambiente com características próprias. De acordo com Luz (2003), clima organizacional é o reflexo do estado de ânimo ou do grau de satisfação dos funcionários de uma empresa, num dado momento.

Ao abordar temas como as percepções e expectativas de funcionários, os estudos de clima trazem à tona a lógica das trocas internas que ocorrem nos ambientes de trabalho, bem como a noção ampliada do contrato firmado entre as organizações e os seus colaboradores, contemplando as dimensões formal e psicológica. Estudos revelam que os funcionários sempre avaliam o equilíbrio entre as contrapartidas que recebem em troca da dedicação e do trabalho que realizam (LUZ, 2003). Quando o grau de insatisfação supera com certa constância o grau de satisfação, o compromisso do profissional para com a empresa sofre um desgaste que pode culminar com greves, maior incidência de doenças psicossomáticas, elevados índices de absenteísmo, reclamações trabalhistas, rumores, conflitos, desperdícios de material, desintegração de equipes participativas e colaborativas.

O fato de os estudos de clima terem como destino certo à gestão de pessoas, não significa que melhorar ambiente de trabalho seja responsabilidade exclusiva dos gestores de recursos humanos. Conhecer o grau de satisfação dos quadros funcionais constitui um elemento crítico do papel gerencial. O gerenciamento de clima organizacional implica acompanhar a percepção dos funcionários e avaliar o tratamento de suas expectativas pelas diversas unidades da organização.

Segundo Luz (2003), as empresas precisam conhecer o que pensam e como se sentem seus funcionários em relação às diferentes variáveis que afetam o clima, tais como: o salário, o trabalho realizado, o relacionamento entre os diferentes setores e os superiores, a comunicação, a estabilidade no emprego, as possibilidades de crescimento profissional e a motivação no seu ambiente de trabalho.

Chiavenato (1994) define clima organizacional como meio interno de uma organização e que por intermédio de sua experiência pelos participantes influencia o comportamento dos mesmos, podendo ser favorável, desfavorável e neutro.

De acordo com Souza (1978), o clima organizacional é um fenômeno resultante de interação dos elementos como preceitos, caráter e tecnologia. Decorre do peso de cada um desses elementos, de valores políticos, estilo gerencial, comportamento, expressões dos indivíduos envolvidos no processo e também resultante do conjunto de instrumentos, conhecimentos e processos operacionais da organização.

O clima organizacional influencia direta e indiretamente nos comportamentos, na motivação, na produtividade do trabalho e também na satisfação dos profissionais envolvidos com a organização. Segundo Luz (2003), “O clima retrata o grau de satisfação material e emocional das pessoas no trabalho.” Observa-se que este clima influencia profundamente a produtividade do indivíduo e, conseqüentemente da instituição. Assim sendo, o mesmo deve ser favorável e proporcionar motivação e interesse nos colaboradores, além de uma boa relação entre os funcionários e a organização.

O clima terá sua primeira origem dentre os valores, tradições que cada um dos envolvidos no processo trazer para dentro da organização, sendo que esses pressupostos influenciarão diretamente no estilo gerencial ou de liderança. De acordo com Shein apud Souza (1978): “o clima gerencial é determinado primeiro pelos pressupostos sobre a natureza do homem, prevalentes na organização.”

O clima organizacional também reflete a história dos tipos de pessoas que a organização atrai, dos seus processos de trabalho, das modalidades de comunicação e também reflete a história de quem exerce a autoridade dentro do sistema.

Nos estudos fica demonstrado que cada novo empregado espera ter o apoio da empresa e atender seus desejos econômicos, sociais e emocionais. Através da percepção que tiver, este funcionário produzirá uma ou outra imagem do clima

da organização em sua mente. As organizações atraem ou mantêm pessoas que se ajustam, ou não, em seus padrões de comportamento, que por muitas vezes são perpetuados na história da organização (SOUZA, 1978).

Existem inúmeros tipos e subtipos de clima organizacionais, portanto, a classificação de somente alguns deles se deve a um fator meramente didático e sistemático. Sendo assim, Souza (1978), os classificou como clima desumano, em que é dada excessiva importância à tecnologia; clima tenso, no qual há forte pressão ao cumprimento de normas rígidas, burocráticos em que os resultados podem levar a punições e (ou) demissões e, por último, o clima de tranquilidade e confiança, no qual existe plena aceitação dos afetos, sem descuidar-se de preceitos e trabalho.

Pode-se concluir que o clima organizacional é o reflexo das motivações, comportamentos e relações estabelecidos entre os agentes organizacionais além de ser um fator que influencia estas mesmas variáveis:

- ▶ Conhecer os pontos fortes e fracos que permeiam o ambiente interno.
- ▶ Reduzir distorções entre os interesses dos indivíduos e os da organização, alinhando e concentrando forças.
- ▶ Ter a oportunidade de melhorar qualitativamente, o ambiente de trabalho, tornando-o mais estimulante.
- ▶ Respalidar a qualidade total.

JUSTIFICATIVA

Segundo Campos (2002), o sistema de qualidade não é técnico, político e cultural. Com integração das pessoas ao grupo haverá interação em torno do objetivo comum. A gestão pela qualidade alcançará sua eficácia quando todos os componentes integrados e conscientes de sua responsabilidade contribuam em oferecer serviço com qualidade.

O estudo do Clima dependerá também do conhecimento sobre a cultura daqueles que fazem parte de certa organização. Sabemos que o Brasil apresenta uma extrema heterogeneidade na formação de sua sociedade devido à influência de diversos povos, grande miscigenação e também a sua extensão. Esta análise é fundamental quando da importação de modelos organizacionais para a realidade brasileira. Deverá ser feita uma adaptação à organização nacional considerando a Cultura, que quando não realizada poderá gerar um conflito de pressupostos e valores culturais. Concluímos ser de suma importância o conhecimento dos traços brasileiros ao

realizar uma pesquisa organizacional, e de posse deste saber, pode-se fazer uma adaptação dos modelos organizacionais estrangeiros à realidade brasileira.

O Hemope Caruaru é um hemonúcleo da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope) há 20 anos. Localiza-se a 132 km deste hemocentro regulador. É responsável pela captação, processamento e liberação de sangue e hemocomponentes da IV Regional de Saúde de Pernambuco, com 32 municípios e uma população de 1.162.68 habitantes (Fonte: IBGE, 2000). Mantém estoque regulador às unidades de Limoeiro e Arcoverde, II e VI Regional de saúde, respectivamente, totalizando 2 milhões e 300 mil habitantes. Oferece cobertura hemoterápica em 100% do leito SUS. Sendo prioritário manter estoques de sangue adequados e seguros.

Ainda oferece atendimento ambulatorial hematológico a paciente de sua regional e de municípios de outras regionais de saúde, com uma média de 200 pacientes/mês. O quadro de pessoal é composto de 55 funcionários, 36 da instituição e os demais entre a disposição de outras secretarias (estado e municípios) e terceirizados.

A pesquisa visa a proporcionar a análise da organização com o seu ambiente, bem como o conjunto de condições que caracterizam o estado de satisfação e (ou) insatisfação dos colaboradores na instituição, e das demais pessoas que eles integram.

Poderá fornecer ferramentas para mensurar as ações de recursos humanos, por meio de instrumentos voltados para a análise do ambiente interno, a partir do levantamento de suas necessidades.

Como oferecer qualidade de atendimento ao usuário se o funcionário não se sente valorizado, respeitado e reconhecido pelo trabalho?

É necessário conhecê-lo, identificar seu desempenho profissional, compreender o que está por trás da qualidade dos atendimentos.

A realização de pesquisa trará diversos benefícios, dentre os quais podemos citar a otimização da comunicação entre a Organização e o empregado e também das ações gerenciais, verificação do momento adequado para o curso de reciclagem e treinamento do quadro de trabalhadores. De posse dos dados da pesquisa deverá ser feita uma análise na situação em que a instituição se encontra para desta maneira corrigir os erros nela inerentes.

O presente estudo poderá direcionar, de forma planejada e consciente, mudanças e elementos que se façam necessários para alcançar a qualidade, como:

- ▶ Respalidar tecnicamente e politicamente a necessidade de mudança organizacional ou comportamental.

- ▶ Dar oportunidade ao colaborador de se manifestar de modo neutro e confiável.
- ▶ Conhecer os pontos fortes e fracos que permeiam o ambiente interno.
- ▶ Reduzir distorções entre os interesses dos indivíduos e os da organização alinhando e concentrando forças.
- ▶ Ter oportunidade de melhorar qualitativamente, o ambiente de trabalho, tornando-o mais estimulante.
- ▶ Respaldar a qualidade total.

OBJETIVO

Conhecer o clima organizacional do Hemope Caruaru a partir do ponto de vista de seus profissionais, descrevendo a autonomia no trabalho, relacionamento interpessoal e chefias, realização profissional, oferta de capacitação, satisfação, reconhecimento e a motivação em trabalhar na instituição.

MÉTODO

Este estudo é do tipo descritivo, a partir de aplicação de questionários com questões fechadas e análise quantitativa, de acordo com o método de Kahale (2004).

Foi desenvolvido no Hemope Caruaru, entre 5 e 24 de outubro de 2006, objetivando determinar os resultados das questões relativas ao relacionamento, autonomia, realização profissional e grande satisfação dos profissionais e verificar se existe, ou não, associação significativa entre o tempo de serviço e cada uma das questões do formulário de avaliação.

Participaram dessa pesquisa 51 (cinquenta e um) profissionais de ambos os sexos e com tempo de serviço de um ano a mais de 16 anos.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionários respondidos pelos profissionais que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em participar do projeto de pesquisa, no qual fica assegurado, entre outros, o sigilo das informações, a concordância com a divulgação dos resultados da pesquisa nos meios acadêmicos e a utilização da amostra em futuros trabalhos.

As variáveis estudadas foram: relacionamento interpessoal, realização profissional, motivação, autonomia no trabalho e grau de satisfação.

O presente estudo é um projeto piloto, realizado em curto período de tempo, que poderá servir de modelo para pesquisa futura.

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética da Fundação Hemope e a autorização da Presidência dessa instituição.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais univariados e bivariados (Técnicas de estatística descritiva) e utilizado o teste Qui-quadrado de independência ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas.

RESULTADOS

Nas Tabelas 1 a 4, apresentam-se os resultados das questões contidas no formulário segundo o tempo de serviço.

Na Tabela 1, não se verificam diferenças percentuais elevadas entre os que tinham até 15 anos com os que 16 anos ou mais em relação à avaliação que os profissionais fazem do relacionamento no trabalho e portanto não se comprova associação significativa entre o subgrupo com nenhuma das questões ao nível de significância considerado ($p > 0,05$). Na questão “O relacionamento entre pessoas da sua equipe é:” a maior diferença percentual pode ser determinada entre os que avaliaram como “bom”, cuja diferença foi 6,2% (60,0% entre que tinham até 15 anos e 53,8% entre os que tinham mais de 15 anos). Para a questão o relacionamento entre os superiores imediatos e os subordinados dentro de sua equipe a maior diferença percentual foi entre os que avaliaram como satisfatório com valor 10,0% (60,0% entre os que tinham 1 a 15 anos e 50,0% entre os que tinham 16 ou mais). Em relação à questão: “O relacionamento entre o superior geral e os subordinados dentro da sua equipe é:” a maior diferença percentual foi registrada entre os que avaliaram como muito satisfatório que resultou numa diferença de 12,3% mais elevado entre os que tinham menos tempo de serviço (20,0% x 7,7%). Para a questão “O relacionamento entre os superiores do hemocentro regulador e os subordinados do hemonúcleo regional é:” a maior diferença foi 7,7% na categoria satisfatório cuja diferença foi 7,7% mais elevada no grupo dos que tinham de 1 a 15 anos (50,0% x 42,3% respectivamente).

Tabela 1. Avaliação do tempo de serviço (em anos) segundo as variáveis de relacionamento.

Variáveis relativas ao relacionamento no trabalho	Tempo de serviço				Total		Valor de p
	1 a 15		16 ou mais				
	n	%	n	%	n	%	
O relacionamento entre as pessoas da sua equipe é:							
Ótimo	8	32,0	9	34,6	17	33,3	p(1) = 1,0000
Bom	15	60,0	14	53,8	29	56,9	
Mais ou menos/regular	2	8,0	3	11,5	5	9,8	
O relacionamento entre os superiores imediatos e os subordinados dentro da sua equipe é:							
Muito satisfatório	5	20,0	6	23,1	11	21,6	p(1) = 0,9142
Satisfatório	15	60,0	13	50,0	28	54,9	
Mais ou menos satisfatório	3	12,0	5	19,2	8	15,7	
Pouco satisfatório	2	8,0	2	7,7	4	7,8	
O relacionamento entre o superior geral e os subordinados dentro da sua equipe é:							
Muito satisfatório	5	20,0	2	7,7	7	13,7	p(1) = 0,6311
Satisfatório	14	56,0	16	61,5	30	58,8	
Mais ou menos satisfatório	4	16,0	6	23,1	10	19,6	
Pouco satisfatório	2	8,0	2	7,7	4	7,8	
O relacionamento entre os superiores do hemocentro regulador e os subordinados do hemonúcleo regional é							
Muito satisfatório	1	4,0	-	-	1	2,0	p(1) = 1,0000
Satisfatório	12	48,0	11	42,3	23	45,1	
Mais ou menos satisfatório	8	32,0	9	34,6	17	33,3	
Pouco satisfatório	4	16,0	4	15,4	8	15,7	
Muito pouco satisfatório	-	-	1	3,8	1	2,0	
Não sabe	-	-	1	8,8	1	2,0	
Total	25	100	26	100	51	100	

(1) – Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 2, não se verifica associação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço e a avaliação sobre a questão da autonomia ($p > 0,05$).

Tabela 2. Avaliação do tempo de serviço (em anos) segundo as variáveis de autonomia.

Variável	Tempo de serviço				Total		Valor de p
	1 a 15		16 ou mais				
	n	%	n	%	n	%	
A autonomia que você tem para propor melhorias na execução do seu trabalho é:							
Muito satisfatória	1	4,0	2	7,9	3	5,9	P(1) = 1,0000
Satisfatória	17	68,0	18	69,2	35	68,6	
Mais ou menos satisfatória/ regular	5	20,0	4	15,4	9	17,6	
Pouco satisfatória	2	8,0	1	3,8	3	5,9	
Não sabe	-	-	1	3,8	1	2,0	
Total	25	100	26	100	51	100	

(1) – teste Exato de Fisher.

Na Tabela 3, fica demonstrado que os percentuais dos que avaliaram como “muito realizado” e “realizado” foram correspondentemente mais elevados entre os que tinham mais do que 16 anos do que entre os que tinham de 1 a 15 anos (38,5% x 20,0%, respectivamente, para “muito realizado” e 50% x 40% para os que avaliaram como sendo “realizado”). O contrário ocorreu com os que avaliaram “mais” ou “menos realizado”, que teve maior percentual entre os que tinham de 1 a 15 anos de serviço. Entretanto sem associação significativa ao nível de 5,0% ($p > 0,05$). Em relação à questão “Você se sente reconhecido pelo trabalho que você executa?”, a maior diferença percentual ocorreu para os que responderam que se sente reconhecido seguido dos que responderam “muito reconhecido”, dos quais dois percentuais foram mais elevados entre os que tinham de 1 a 15 anos do que entre os que tinham 16 ou mais, entretanto sem associação significativa ($p > 0,05$).

Tabela 3. Avaliação do tempo de serviço (em anos) segundo as variáveis de realização profissional.

Variáveis	Tempo de serviço				Total		Valor de p
	1 a 15		16 ou mais				
	n	%	n	%	n	%	
Em termos de realização profissional com o trabalho que executa você se sente:							
Muito realizado	5	20,0	10	38,5	15	29,4	P(1) = 0,0981
Realizado	10	40,0	13	50,0	23	45,1	
Mais ou menos realizado	8	32,0	2	7,7	10	19,6	
Pouco realizado	2	8,0	1	3,8	3	5,9	
Você se sente reconhecido pelo trabalho que você executa:							
Muito reconhecido	5	20,0	3	11,5	8	15,7	P(1) = 0,7662
Reconhecido	8	32,0	11	42,3	19	37,3	
Mais ou menos reconhecido	8	32,0	10	38,5	18	35,3	
Pouco reconhecido	2	8,0	1	3,8	3	5,9	
Não sabe	2	8,0	1	3,8	3	5,9	
A quantidade de treinamento que você vem recebendo é:							
Muito satisfatório	3	12,0	1	3,8	4	7,8	P(1) = 0,4949
Satisfatório	6	24,0	4	15,4	10	19,6	
Mais ou menos satisfatório	8	32,0	7	26,9	15	29,4	
Pouco satisfatório	6	24,0	12	46,2	18	35,3	
Muito pouco satisfatório	2	8,0	2	7,7	4	7,8	
Total	25	100	26	100	51	100	

(1) – teste Exato de Fisher.

Na Tabela 4, destaca-se que o percentual dos que se sente satisfeito em trabalhar no Hemope Caruaru foi mais elevado entre os que tinham 16 anos ou mais de serviço do que os que tinham de 1 a 15 anos (46,2% x 28,0%); enquanto o percentual dos que se consideram mais ou menos satisfeitos foi mais elevado entre os que tinham de 1 a 15 anos (32,0% x 15,4%), entretanto sem associação significativa ($p > 0,05$).

Tabela 4. Avaliação do tempo de serviço (em anos) segundo as variáveis do grau de satisfação.

Variáveis	Tempo de serviço				Total		Valor de p
	1 a 15		16 ou mais				
	n	%	n	%	n	%	
Levando tudo em consideração como você se sente em trabalhar aqui:							
Muito satisfeito	10	40,0	10	38,5	20	39,2	p(1) = 0,2684
Satisfeito	7	28,0	12	46,2	19	37,3	
Mais ou menos satisfeito	8	32,0	4	15,4	12	23,5	
Em termos de sentir que suas idéias são ouvidas pelo serviço							
Muito satisfatório	3	12,0	3	11,5	6	11,8	p(2)= 0,2105
Satisfatório	13	52,0	11	42,3	24	47,1	
Mais ou menos satisfatório	6	24,0	8	30,8	14	27,5	
Pouco satisfatório	-	-	3	11,5	3	5,9	
Muito pouco satisfatório	-	-	1	3,8	1	2,0	
Não sabe	3	12,0	-	-	3	5,9	
TOTAL	25	100	26	100	51	100	

(1) – Teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) – Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

O Estado de Pernambuco tem uma população de 8.238.849 habitantes, dos quais 1.121.916 indivíduos (13,6%) residem na região agreste do estado, que corresponde a IV Gerência Regional de Saúde (GERES), onde encontra-se localizada a cidade de Caruaru e o Hemope Caruaru que tem a responsabilidade hemoterápica pelas II, IV e V regionais de saúde, perfazendo aproximadamente 50% da população que reside no interior do estado, onde o presente estudo foi desenvolvido. No ano de 2004, 14.629 unidades de hemocomponentes foram transfundidos na IV GERES (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS). Considerando que a Hemope é o maior banco de sangue do estado, responsável pelo maior número de transfusões sanguíneas, principalmente no interior do estado, a importância desse serviço para a população é de grande valor.

Hoje uma preocupação importante dos serviços de saúde é a busca da Qualidade Total, e com os dados de pesquisa disponíveis acerca do clima organizacional é possível estimar-se a magnitude do problema e as soluções possíveis para melhorar ou corrigir problemas.

Os resultados serão comentados e discutidos a seguir.

As diversas variáveis estudadas não apresentaram associação estatisticamente significativa em relação ao tempo de serviço, isso indica que o grupo estudado independente do tempo de serviço, apresenta percepções a cerca do clima organizacional semelhante.

Observa-se que o percentual de satisfação nas variáveis relativas ao relacionamento no trabalho (entre as pessoas da equipe, os superiores imediatos, superior geral e o superior do hemocentro regulador) foi maior entre os profissionais que tinham menos tempo de serviço, dado em concordância com o estudo de Spiri (1998).

O menor percentual de satisfação entre os profissionais com maior tempo de serviço em relação aos colegas da equipe, os superiores imediatos, superior geral e o superior do hemocentro regulador, aponta para necessidade de se trabalhar o relacionamento entre os funcionários com mais tempo de serviço, por meio de criação de serviço de recursos humanos ou da escolha de um profissional com bom relacionamento entre todos os grupos para levar questões que estão incomodando o grupo ou mesmo oficinas de trabalho para lidar com essa questão.

Observa-se que em todos os grupos foi menor o percentual de satisfação entre os profissionais e o superior do hemocentro regulador (52% e 42%) o que indica a necessidade de atenção por parte dessa chefia para que não seja essa insatisfação estendida a outras chefias.

Ao ser avaliada a variável grau de autonomia detecta-se alto grau de satisfação, principalmente entre os funcionários com maior tempo de serviço. Os profissionais percebem o bom desempenho da empresa dependendo da sua autonomia técnica, passo conquistado ao longo de 20 anos de trabalho contínuo e reconhecido.

Nos dados relativos à realização profissional que englobam as variáveis: realização profissional, reconhecimento e treinamento, observa-se alto percentual de realização profissional entre os funcionários com maior tempo de serviço (88%), dado diferente do estudo de Oliveira (1997), sendo esses também os profissionais que se sentem mais reconhecidos (54%), contudo a variável reconhecimento apresenta valores baixos em todos os grupos. Para que a empresa não perca profissionais motivados, é necessário criar programas voltados para o reconhecimento como os já empregados por algumas empresas como os dirigidos a profissionais de destaque nos vários setores da empresa, presteza do atendimento, simpatia, eficiência e outros.

As baixas percentagens de satisfação com o nível de treinamento entre os dois grupos de profissionais (menos de 15 anos e mais de 16 anos de serviço – 36% e 19%) reforçam a necessidade premente de se investir em programas de treinamento, reciclagem e atualização do conhecimento a cerca das funções exercidas pelos diferentes profissionais.

Com o presente estudo, e em função do crescimento da instituição e a vinda de novos funcionários de outras secretarias à disposição do Hemope Caruaru, faz-se necessário desenvolver uma política de humanização, no acolhimento e integração com todos os profissionais, e oferecer capacitação nas áreas específicas.

CONCLUSÕES

A investigação revelou um clima organizacional favorável, identificado pelos temas: relacionamento, grau de autonomia, realização profissional e bem_estar em trabalhar na empresa.

Há anseios dos profissionais por executarem suas funções de modo embasado no conhecimento teórico e prático que deve ser oferecido por empresas preocupadas com a qualidade total.

Nesse sentido, o estudo permitiu ao Hemope Caruaru identificar as percepções dos seus profissionais sobre diferentes aspectos que influenciam o seu bem estar no trabalho. Portanto é possível desenvolver medidas voltadas para melhorar o clima organizacional na empresa com o intuito de aprimorar continuamente a qualidade do ambiente de trabalho e, consequentemente, a qualidade de vida no trabalho.

O Doador de Sangue com Sorologia Reativa para Hepatite “B” e a Qualidade do Serviço Prestado

Autor: Moisés Leite Motta¹

Orientador: Professora Dra. Ronice Franco de Sá²

¹Hemocentro de Manaus

²Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social – NUSP-UFPE

INTRODUÇÃO

A Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – Fhemoam é uma Instituição Pública vinculada ao Governo do Estado do Amazonas e ao Sistema Único de Saúde (SUS) sendo responsável pela Política do Sangue no Estado do Amazonas. A preocupação com as questões relacionadas à Qualidade do Produto e da melhoria constante na prestação de serviços transformou-a em centro de referência no tratamento de doenças hematológicas e na área da hemoterapia sendo responsável pela coleta, processamento e distribuição de sangue em todo o Estado do Amazonas (Norma do Sistema da Qualidade NSQ-02 -20/10/2004).

A doação de sangue é um ato solidário, benevolente e altruísta (BRASIL, 2004) sendo a participação popular um fator de extrema importância na manutenção dos estoques de sangue que serão disponibilizados aos serviços de saúde que dele necessitam, evitando assim que a demanda de solicitação de sangue seja maior que a reposição do mesmo.

Moutella (2003) define fidelização como: “ser fiel é ser digno; ser leal a seus compromissos; que não falha, seguro”. Outros autores indicam que conquistar novos clientes custa entre 5 a 7 vezes mais do que manter os já existentes e o esforço na retenção de clientes é, antes de tudo, um investimento que irá garantir aumento das vendas e redução nas despesas.” Transferindo esse raciocínio para a área da hemoterapia, a fidelização garante uma redução de custo e principalmente a manutenção dos estoques de sangue para atender a demanda dos Hospitais e unidades de saúde, de doadores de sangue exige que os mesmos sintam-se seguros quanto ao processo de doação de sangue e satisfeitos durante o processo de atendimento.

O Hemocentro de Manaus conheceu por meio de uma pesquisa de opinião aplicada aos doadores de sangue em 2005 e divulgada internamente, em agosto de 2006, a motivação e o perfil socioeconômico dos doadores de sangue de Manaus e a opinião dos doadores sobre a qualidade dos serviços oferecidos sendo os seus resultados considerados satisfatórios.

Com a finalidade de assegurar a qualidade do sangue e evitar a transmissão de doenças pelo sangue no ato da transfusão, o Ministério da Saúde estabeleceu pela RDC 153 de 14/06/2004 (BRASIL, 2004) que todo doador de sangue deve passar por um processo de triagem clínica e que em todo sangue coletado devem ser realizados testes sorológicos para Hepatites B e C, HIV (AIDS), HTLV I e II Doença de Chagas e Sífilis.

Desta forma o doador pode apresentar dois perfis, sendo o primeiro, o de resultados de sorologia negativos, portanto seu sangue poderá ser utilizado para transfusões, e um segundo perfil, em que alguns dos testes sorológicos apresentaram re-

atividade e assim o doador será convocado para coleta de uma segunda amostra de seu sangue para que o(s) teste(s) seja(m) repetido(s) (doador de segunda amostra).

No Hemocentro de Manaus-AM, onde foi desenvolvido esse trabalho o processo para doação de sangue está estruturado da seguinte forma:

- ▶ O candidato à doação se apresenta à recepção para identificação e (ou) cadastro.
- ▶ O candidato a doação passa pelo processo de triagem clínica.
- ▶ Após aprovação na triagem clínica é encaminhado à coleta de sangue.
- ▶ São realizados exames sorológicos em todas as bolsas coletadas (triagem sorológica).
- ▶ Se alguma amostra resultar em resultado inconclusivo ou reativo, a bolsa de sangue é automaticamente desprezada e o doador é convocado por carta ou telefone para coletar nova amostra para repetir os exames, com a finalidade de confirmação ou não do resultado da triagem sorológica no prazo de 30 dias.
- ▶ Após 30 dias, o doador comparece para uma consulta médica ambulatorial onde o médico analisa os resultados e orienta o doador /paciente.
- ▶ Sendo todos os resultados não reativos, o sangue é liberado para transfusão e o doador recebe esses resultados em sua residência no prazo de 30 dias.

A Norma Brasileira (NBR) ISO 9001:2000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000a) exige que as necessidades dos clientes sejam determinadas e atendidas com o propósito de aumentar a sua satisfação, bem como o desenvolvimento contínuo de profissionais e a medição e análise de seus processos e resultados atingidos. Assim, esses resultados são analisados periodicamente para garantir o monitoramento contínuo dos processos, em especial o nível de satisfação dos doadores em relação ao serviço prestado subsidiando a tomada de decisões.

Segundo Borges (2005), um cliente é usualmente definido como o indivíduo que adquire um produto ou serviço de uma empresa ou Instituição. Na área da saúde, esse conceito pode ser naturalmente adaptável ao paciente, pois ele busca na instituição a saúde, um produto mesmo que não seja um bem consumível. O conceito de saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social da pessoa, outros autores Segre e Ferraz (1997) consideram este conceito ultrapassado, primeiramente por visar a uma perfeição inatingível, atentando-se as próprias características da personalidade.

Segundo Borges (2005), assim elaborou o conceito de cliente:

A adaptação do conceito usual de cliente ao doador de sangue exige algum cuidado. O doador de sangue não é perfeitamente comparável a um consumidor, já que não esta necessariamente adquirindo um bem, mas doando algo - o sangue. Isto faz com que a avaliação da satisfação do doador se volte totalmente ao seu contentamento em relação ao serviço prestado, e não em relação a um possível produto adquirido.

Considerando as ações desenvolvidas pelo Hemocentro do Amazonas em relação ao atendimento dos doadores de sangue e apesar da satisfação do doador ser de 91,6% (Hemosac relatório de Críticas e Sugestões -2006) elaboramos a hipótese de que o doador com sorologia reativa (doador de 2ª amostra) pode não estar satisfeito com a qualidade dos serviços prestados.

REVISÃO DA LITERATURA

O doador de sangue, após passar pelo processo de doação de seu sangue, pode de livre arbítrio, avaliar o serviço em função de sua satisfação, do latim *satisfactio*, ato ou efeito de satisfazer (PRIBERAM, c2009), assim a satisfação se relaciona com as necessidades e expectativas que o cidadão tem, sendo essa avaliação monitorada pelo Serviço de Atendimento ao Cliente do Hemocentro – Hemosac, sendo que, quando o mesmo passa para o atendimento ambulatorial, por ter apresentado sua sorologia com resultado reativo ou outro motivo, pode estar se abstendo da avaliação do serviço que lhe é prestado.

Segundo Borges (2005), a demora no atendimento é motivo comum de reclamações em serviços de hemoterapia, como também indicado por outros autores que um dos fatores que influenciam e acarretam reclamações é o tempo de espera, um significativo componente da satisfação do paciente.

Souto et al (1996) relatam que a partir da década de 70 um novo componente denominado usuário começou a ser considerado como partícipe ativo e interessado nas questões que dizem respeito à qualidade da assistência, apesar das reações contrárias, alegando os críticos não ter o paciente nenhuma condição para julgar a qualidade do atendimento que lhe é prestado, as pesquisas bem conduzidas provaram que a opinião do usuário não pode deixar de ser considerada em qualquer trabalho que se proponha a medir o desempenho dos serviços.

Segundo Lãs Casas (1994), fazer com que uma organização realmente se preocupe com o cliente é um desafio muito grande [...] Não é barato ou fácil e não é uma solução fácil e simples.” (KARL, 1992).

Segundo Grönroos (1995), uma organização pode muito raramente satisfazer as necessidades de cada cliente potencial de forma similar. E não deveria resolver os problemas de todos. Os clientes têm que ser divididos em segmentos que sejam homogêneos e que sejam suficientemente diferentes uns dos outros. Um ou alguns desses segmentos são normalmente escolhidos como grupos-alvo de clientes.

Segundo Lãs Casas (1994), os serviços são considerados heterogêneos por serem produzidos pelo ser humano que é de natureza instável, assim a qualidade do serviço prestado poderá também ser instável, pois cada indivíduo executará suas tarefas da melhor maneira que parecer. Para manter a prestação de serviços com qualidade é necessário, no entanto que as atividades desses indivíduos sejam padronizadas para que todos executem uma determinada tarefa da mesma forma.

A avaliação da satisfação do cliente começou a ser praticada de forma tímida na Fhemoam com uma caixa de sugestões, onde o cliente fazia uma avaliação subjetiva sobre a qualidade dos serviços prestados, assim, com o passar do tempo, alguns resultados de avaliação passaram a ser analisados e as ações necessárias para atender às necessidades do cliente começaram a serem evidenciadas.

A análise dos resultados das pesquisas de satisfação, durante um determinado tempo, e também ligadas às exigências demandadas pela Norma NBR ISO 9001:2000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000a), levou à percepção da necessidade de uma aproximação maior com o cliente e o serviço foi ampliado, uma Política de Atendimento foi implantada, criado o Serviço de Atendimento a Clientes Hemosac e um canal de comunicação 0800. Esse Serviço foi absorvido de imediato pelo Sistema Geral pela Qualidade Total e foram elaborados os procedimentos operacionais padrão e realizados os treinamentos necessários com o pessoal envolvido.

O Hemosac tem autonomia para solicitar ações corretivas que se fizerem necessárias em atendimento às reclamações/sugestões feitas pelos clientes, bastando apenas o mesmo preencher o formulário para este fim ou se dirigir ao local de atendimento. Em 2006, o Hemosac participou do programa de Qualidade do Amazonas concorrendo ao Prêmio qualidade na modalidade Processo, segundo a NBR ISO 9004:2000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000b), para uma organização funcionar de maneira eficaz e eficiente, ela tem que identificar e gerenciar numerosas atividades interligadas. Uma atividade que usa recursos e que é gerida de forma a possibilitar transformação de entradas em saídas é considerada um processo.

Segundo Lãs Casas (1994), os atributos para proporcionar serviços de qualidade são: confiabilidade, segurança, aspectos tangíveis, empatia e receptividade. Confiabilidade é considerada como a habilidade de fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa; segurança caracterizada pelo conhecimento e cortesia dos funcionários; os aspectos tangíveis comportam as instalações, equipamentos

e aparência dos funcionários; empatia atenção pessoal dispensada aos clientes e receptividade a disposição de ajudar os clientes e fornecer serviços com presteza.

Segundo Grönroos (1995), o serviço é uma atividade de natureza intangível – que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviço e (ou) recursos físicos ou bens e (ou) sistemas do fornecedor de serviços que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s).

Com base nessas referências bibliográficas devemos considerar que na busca pela satisfação do cliente e segundo Borges (2005) o tempo de atendimento merece ser monitorado, Souto et al (1996) salienta a importância da opinião do usuário do serviço, para Lãs Casas (1994) a preocupação com o cliente é um desafio e sugere padronização de ações para manter a qualidade dos mesmos. Assim o doador após ter seu sangue coletado, segundo a RDC 153 (BRASIL, 2004), tem sua triagem sorológica obrigatoriamente realizada (doador de primeira amostra), porém se houver a ocorrência de alguma reatividade no(s) teste(s) uma segunda amostra deverá ser coletada, assim esse doador passa por um atendimento ambulatorial (doador de segunda amostra) o que nos estimula a conhecer a satisfação desse cliente e implementar as melhorias que se fizerem necessárias.

Quadro Conceitual (Síntese Teórica).

Doador de 1º amostra (BRASIL, 2004) (Reativo)	Doador de Segunda amostra
Satisfação (SOUTO et al, 1996; GRÖNROOS, 1995).	Acolhimento (tempo de espera) Aspectos tangíveis (instalações). Empatia (atenção dispensada) Receptividade (presteza)

OBJETIVO

Conhecer como o doador com sorologia positiva para hepatite B avalia a qualidade dos serviços prestados por meio de sua satisfação com os mesmos, no HEMOAM, incluindo seu perfil socioeconômico e como avalia o tempo de espera, receptividade, instalações, atenção dispensada.

MÉTODO

O HEMOAM desenvolveu nos últimos anos seu planejamento estratégico sendo absorvido pelo Sistema Geral pela Qualidade Total em que estão definidos objetivos e metas para atender a sua missão, seu plano estratégico e o da qualidade.

Assim foi desenvolvido um sistema de acompanhamento e atendimento a reclamações de clientes o Hemosac, onde são monitoradas e implementadas melhorias como resultado de sugestões e (ou) reclamações de clientes. Dessa forma, observamos a necessidade de incluir também como foco de avaliação a opinião do doador de segunda amostra desenvolvendo uma pesquisa descritivo exploratória com a possibilidade de agregar novas melhorias na qualidade do serviço que lhe é prestado, aumentando assim o nível de refinamento das avaliações já realizadas, da qualidade do atendimento e satisfação do cliente.

Considerando a necessidade de se ouvir especificamente a opinião dos doadores de segunda amostra foi desenvolvido um questionário para traçar o perfil socioeconômico levando-se em conta que existe esse perfil definido no Sistema de Acompanhamento de Doadores – SAD de forma preliminar. Com essas informações e implantando as melhorias possíveis acredita-se que haverá impacto no conjunto da sociedade confirmando não só os doadores de segunda amostra, porém para garantir a fidelização dos doadores com resultados falsos positivos.

Esse estudo foi realizado em Manaus no HEMOAM sendo restrito ao doador de segunda amostra no período de 01/11/2006 a 20/11/2006 onde foram analisadas as informações do HEMOAM, restrito aos doadores de segunda amostra e com triagem sorológica positiva para hepatite b.

Na população analisada no período de janeiro a julho de 2006, observamos que 6,79% (196 doadores) dos doadores tem resultado de triagem sorológica reativo, sendo que 10% destes doadores apresentam resultado de triagem sorológica reativo para hepatite b. sabe-se que por meio de exploração empírica a média de retorno de doadores convocados para coletar a segunda amostra é de 80%, ou seja, 156 doadores.

Considerando-se as dificuldades técnicas, metodológicas (falta de referencial teórico) e operacional (tempo, pessoal e retorno do doador de segunda amostra) o tamanho da amostra foi reduzida para 10%, ou seja, 16 doadores a serem pesquisados.

O HEMOAM, assim como os demais hemocentros do Brasil, possui um sistema de cadastro de seus doadores no qual é possível se verificar características econômicas e sociais dos indivíduos que utilizam os serviços dessa instituição, porém ainda não tabulados possibilitando relacionar satisfação no atendimento com o conjunto dessas informações.

Independente dessas dificuldades metodológicas, o que se procura neste trabalho e sob um ponto de vista de uma pesquisa exploratória e descritiva, auferir a satisfação do doador de segunda amostra quanto aos serviços e orientações prestados pelo HEMOAM.

Como fonte de dados, utilizamos além dos estudos de caso similares, um questionário contendo 14 questões e pesquisa bibliográfica e documental.

RESULTADOS

Ficou evidenciado o predomínio, entre os entrevistados, de doadores do sexo masculino (68,75%) e do sexo feminino apenas (31,25%), prevalecendo como nível de instrução o segundo grau completo em 62,5% e nível superior 18,75%, não houve nesta amostra nenhum doador analfabeto.

Os indivíduos com renda entre 1 a 3 salários representaram 43,75% e os indivíduos com 3 a 5 e maior que 5 juntos somaram 37,5%, apenas 6,25% alegaram não ter renda. Quanto a forma como recebeu a notificação para retornar ao HEMOAM 25% alegou que foi por meio de carta, 25% por telefone e 50% recebeu a notificação por outras formas.

O atendimento recebido na recepção quando do retorno foi avaliado com 43,75% para ótimo, 50% para bom e 6,25% para regular, somadas as parcelas de ótimo e bom obtemos 93,75%. As informações prestadas sobre o local do atendimento foram consideradas satisfatórias por 93,75% e apenas 6,25% dos entrevistados considerou que não foi bem informado quanto ao local de atendimento.

Na opinião dos entrevistados, o atendimento prestado na recepção foi avaliado como ótimo para 37,5%, bom para 37,5% e regular para 25%. Depois de passar pela recepção 87,5% dos entrevistados foram atendidos por um médico, 6,25% por uma Assistente Social, e 6,25% por uma enfermeira.

Considerada a situação particular do retorno, a avaliação do atendimento feita pelos entrevistados foi: para 62,5% consideradas ótimo e para 37,5% foi consideradas bom. O atendimento prestado pelo médico foi considerado por 56,25% dos entrevistados como ótimo e 43,75% como bom. Na saída do atendimento médico, o médico foi considerado com prestativo quanto às informações sobre exames e o seu retorno por 100% dos entrevistados.

Todos os entrevistados alegaram que não precisaram de apoio psicossocial em função de mais preocupação com o resultado do exame. O local de atendimento onde o doador foi informado sobre o resultado do exame foi considerado por todos como sendo um local adequado.

De maneira geral, 50% dos entrevistados atribuíram ao HEMOAM um conceito ótimo e outros 50% atribuíram um conceito bom.

DISCUSSÃO

Na amostra verifica-se que a população de doadores de sangue do sexo masculino é predominante, apesar de que essa população está composta por uma parcela economicamente empregada e que se dirige à doação de sangue durante o seu horário de trabalho, também observado nos resultados que 93,75% dos entrevistados tinham renda familiar.

A constatação de que em 100% da amostra continha níveis de instrução distribuídos entre os níveis elementar, médio e superior com predominância de 81,25% em nível médio e superior facilitou a compreensão das questões formuladas e assim contribuiu para aumentar a credibilidade dos dados coletados.

O mecanismo utilizado para convocar esses doadores com sorologia problema não foi unanimidade pelas formas escolhidas em que apenas 50% da população alvo foi atingida, foi observada a existência de outras formas não controladas pelas quais 50% dos entrevistados vieram ao serviço em busca dos resultados de seus exames.

A prestação de serviço tem início quando do contato do cliente com a equipe de atendimento e nesse momento inicia o processo da qualidade, demonstrando que na prática se reproduz de forma significativa o que se verifica na literatura, foi revelado que apesar da predominância de respostas positivas é importante se salientar que não foi observada satisfação plena no atendimento prestado pelo processo de recepção de doadores, e que houve gradação do percentual de insatisfação do contato inicial ao pós-atendimento que aumentou de 6,25% para 25%.

Após o atendimento na recepção ocorreu em 12,5% dos entrevistados atendimento por profissional não médico (enfermeira ou assistente social).

Em relação ao atendimento médico os resultados demonstram também que apesar da predominância de respostas positivas não houve satisfação plena, (para 56,25% dos entrevistados conceito ótimo e para 43,75% bom). Porém verificou-se que no final do atendimento médico 100% dos entrevistados consideraram que o médico foi prestativo quanto as informações sobre exames e o seu retorno.

Assim a correlação entre o conceito atribuído ao atendimento do médico e as informações sobre exames e retorno passa a não existir, contrariando assim a literatura sobre o assunto tendo em vista que, alguns autores realizaram seus trabalhos em países desenvolvidos onde, o acesso à serviços acontecem de outra forma, e entre nós a existência da cultura da dificuldade de acesso ao atendimento médico pelo sistema de saúde, sendo irrelevante, para o cliente outras questões que possam vir a impactar no seu nível de satisfação.

Para os entrevistados houve unanimidade quanto ao local onde foi informado sobre o resultado do exame considerado por todos como adequado. Porém, apesar dos resultados serem positivos, não houve satisfação plena no momento de avaliar o HEMOAM, com resultados de 50% dos entrevistados para ótimo e 50% para o conceito bom. Esses resultados refletem as ações tomadas pela Instituição quando implementou melhorias aos processos de atendimento, atingindo níveis de satisfação para atributos como confiabilidade, segurança, aspectos tangíveis, empatia e receptividade.

CONCLUSÃO

Concluimos que, diante dos dados obtidos na pesquisa e apesar do alto índice de satisfação sobre a qualidade dos serviços, existem questões que precisam ser tratadas e monitoradas por não apresentarem unanimidade na avaliação de satisfação. A aparente contradição frente ao processo de atendimento revela que algumas situações necessitam ser trabalhadas e que ainda há muito que se fazer em nível de organização do atendimento.

O mecanismo de convocação de doadores de segunda amostra deve ser repensado e replanejado a fim de que novos objetivos sejam estabelecidos e atingidos, e o monitoramento do atendimento seja repensado tendo em vista que o tempo de atendimento para este cliente não está definido e controlado. Dentro dessa parcela, existe um universo de doadores com resultados de exames falso-positivos e que serão fidelizados, dependendo de como o serviço lhes foi prestado. Assim, essa parcela, que pode ser significativa, será estudada.

Consideramos que este estudo foi relevante para o hemocentro em sua busca constante pela qualidade nos serviços prestados à sociedade, em especial, aos pacientes que necessitam de transfusão sanguínea.

Após análise dos resultados da amostra, foi proposta, na Reunião de Análise Crítica do Sistema de Gestão pela Qualidade da Fhemoam, a revisão do mapeamento do processo de Triagem e Coleta agregando ao fluxograma deste processo a etapa de monitoramento do atendimento ao doador de 2ª amostra, bem como a inclusão na avaliação do atendimento esta etapa e estabelecendo indicadores operacionais para coleta de dados com objetivo de proceder ações de melhoria fundamentados nos resultados obtidos.

O Olhar do Doador de 2^a Amostra com Sorologia Positiva em DST e AIDS sobre a Qualidade dos Serviços de Atendimento no Hemepar

Autora: Susana Helena Gai Mercer¹

Orientadora: Professora Ronice Maria Franco de Sá²

¹ Hemepar

² Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social – NUSP-UFPE

INTRODUÇÃO

Por meio da Política Nacional do Sangue do Governo Federal de 1998 e ancorada na própria Constituição Federal de 1988, definiu-se como missão institucional dos Hemocentros Públicos a prestação de serviços à sociedade em prol do bem-estar comum e da valorização da cidadania.

Ao Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – Hemepar, assim como aos demais HEMOCENTROS públicos do País, cabe administrar e operacionalizar a captação, coleta, fracionamento, acondicionamento e distribuição de sangue para os usuários do SUS.

Atos imediatos à captação dos candidatos à doação de sangue são realizados os seguintes processos sequenciais: cadastro do doador, triagem hematológica, triagem clínica, coleta, fracionamento, armazenamento e distribuição do sangue.

A regulamentação técnica da atividade hemoterápica no Brasil foi recentemente atualizada por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), determinando que todo doador de sangue deva ser submetido a uma triagem clínica epidemiológica e laboratorial (BRASIL, 2004).

A realização dos testes obrigatórios na triagem laboratorial das doenças transmitidas pelo sangue possibilita a liberação ou não do sangue coletado para uso. Entretanto, eles não permitem estabelecer diagnósticos de certeza, de modo que as pessoas identificadas como tendo resultados reagentes, positivos ou duvidosos na triagem, devem necessariamente ser avaliadas, sendo convocadas para coleta de 2ª amostra e aconselhadas por profissionais de saúde com capacidade técnica para o acompanhamento dos casos.

Na análise do caso, deve-se levar em consideração: prevalência da doença na população, dados epidemiológicos, risco de infecção (comportamentos, contatos), doações de repetição, grau de cobertura da triagem sorológica, sensibilidade e especificidade dos testes realizados e a segurança dos resultados obtidos.

No momento da doação do sangue, são coletadas amostras para a realização dos exames sorológicos que compõem a triagem clínica de acordo com as exigências da RDC 153 que são: “o sangue total e seus componentes não podem ser transfundidos antes da obtenção de resultados finais não reagentes, nos testes de detecção para Hepatite B, Hepatite C, HIV-1 e HIV-2, Doença de Chagas, Sífilis, HTLV-I e HTLV-II” (BRASIL, 2004).

No caso de sorologia positiva, o doador será convidado a comparecer no ambulatório do Hemocentro para a realização de exames que venham definir sua condição de doador impedido definitivamente de doar sangue; ou, liberado para doação porque o resultado do seu exame ficou na condição de falso positivo.

Esta solicitação de comparecimento é feita por meio de correspondência por Aviso de Recebimento (AR) para o endereço fornecido pelo doador no momento do preenchimento do seu cadastro. Nas situações em que as coletas de sangue são realizadas em comunidades rurais ou de difícil acesso aos serviços dos correios, fica definida uma pessoa do local que será responsável para fazer a correspondência chegar até o doador. Geralmente trata-se do elemento colaborador daquele local que promove a captação dos doadores para a referida coleta.

No caso de um doador apresentar condição de impedimento definitivo por sorologia positiva em seu segundo exame, este será informado sobre o resultado, orientado e encaminhado a serviços de referência, sempre que se fizer necessário.

Considerando-se, de modo mais amplo, o perfil dos doadores de sangue, verificam-se elementos complicadores no trato com os mesmos, listados a seguir:

- ▶ Dificuldade de localização e contato com os doadores (informações incompletas ou erradas do endereço).
- ▶ Incompatibilidade dos horários de atendimento médico no ambulatório e disponibilidade do comparecimento dos doadores.
- ▶ Falta de pessoal especializado durante todo o período de atendimento no ambulatório, tais como: psicólogos e assistentes sociais para orientar e encaminhar os doadores em casos de resultados positivos.
- ▶ Dificuldade de alguns doadores em entender os resultados dos exames e o próprio tratamento indicado para cada caso.
- ▶ Preconceito, em alguns casos, dos próprios profissionais de saúde e dos doadores no caso de resultados positivos de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente em relação à AIDS.

Levando-se em consideração os problemas citados anteriormente, é preocupante imaginar que pessoas humildes, mas com espírito altruísta e que se disponham a doar sangue, quando vivenciam a situação de apresentar alguma sorologia positiva, no seu retorno, possam ser atendidas de forma inadequada ou incompleta.

Quando não acontece o retorno, porque o endereço está incompleto ou o doador não foi encontrado, ainda existe a possibilidade de apresentarem doenças que venham a comprometer a vigilância de possíveis doenças transmissíveis.

Considerando todos esses elementos circunstanciais de grande importância, formula-se a questão de como melhorar a qualidade de atendimento ao doador de 2ª amostra, particularmente quando existir sorologia positiva indicando uma DST ou AIDS.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A preocupação com a qualidade dos produtos oferecidos não é recente. Por volta do ano 2150 a.C., o código de Hamurabi preocupava-se com a durabilidade e funcionamento das habitações da época, de forma que se um construtor que negociasse um imóvel que não fosse sólido o bastante para atender a sua finalidade e desabasse, esse construtor seria morto.

Passados muitos séculos, começou-se a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, essa realidade ainda hoje é motivo de estudos, e cada vez mais se indaga o que realmente significa qualidade e como torná-la presente nos processos de atendimento dos serviços de saúde aos indivíduos, particularmente no setor público.

A questão da qualidade em relação aos serviços de saúde da área médica seja ela pública ou privada, trata do início do século passado, particularmente nos EUA, com a criação de um padrão mínimo que incluía um conjunto de cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares (KLUCK, [200-?]).

Sabem os estudiosos da avaliação que Donabedian continuaria a sua profícua carreira com os trabalhos dos anos 80 e 90, tratando do seu tema preferido – a qualidade do cuidado médico quer seja apontando ‘os sete pilares’ da avaliação, as relações com a epidemiologia, o custo... (BOSI; MERCADO, 2005).

No Brasil, em 1996, foi publicada a monografia do Dr. Quinto Neto propondo um conjunto mínimo de critérios para a avaliação de serviços hospitalares, sendo inicialmente aplicado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (KLUCK, [200-?]).

Com a sociedade cada vez mais exigente quanto à qualidade dos serviços de saúde, particularmente dos prestados por órgãos públicos, é que a gestão da qualidade tornou-se essencial, ou “a satisfação do paciente, por intermédio de uma atenção competente, apropriada e oportuna”. ...“com o mínimo de complicações. ...” (NOVAES, 1996), deve ser o objetivo de qualquer serviço de saúde na área pública.

Pode-se acrescentar a esta atenção que ela seja igualmente resolutive, compreendendo o universo do indivíduo como um todo, na tentativa de um atendimento global e menos segmentado.

Qualidade em saúde é um conceito fluído, abstrato e de complexa definição, mas que deve ser proposto em cada sociedade ou grupo social. (KLUCK, [200-?]).

No trato do profissional de saúde em relação ao doador de 2ª amostra, “aquele... busca livrar-se do impasse procurando incessantemente a objetivação biológica

da doença, que, ainda que não leve à eliminação da subjetividade do paciente e do médico, permita o seu controle, a sua subordinação” (NOVAES, 1996).

É nesse conceito que A. Donabedian propõe a avaliação da qualidade por meio de um modelo que sistematize os atributos que traduzem a qualidade nos serviços: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Além das etapas de sua construção/produção, pelas quais ela pode ser medida (de estrutura, processo e resultado) (DONABEDIAN, 1994).

Além disso, é possível constatar uma ampliação na conceituação de efetividade, resultado e qualidade, que não deve limitar-se a uma perspectiva clínica biológica, e de doença, mas incluir dimensões da subjetividade e historicidade, o que significa pensar também em saúde e qualidade de vida, e ser capaz de captar os processos diagnósticos e terapêuticos da forma mais ampliada (NOVAES, 1996).

Em um estudo: Avaliação da Fidedignidade de um Instrumento voltado à Satisfação do Doador de Sangue, realizado no Hemocentro de Ribeirão Preto/SP, para doadores de 1ª amostra, entre os itens que demonstram maior satisfação dos doadores, destacam-se: atendimento e orientações da assistente social; atendimento do funcionário que faz os exames; capacidade profissional dos funcionários e o sentir-se à vontade durante a entrevista. Esses itens tiveram uma média de 87% do total dos itens analisados (BORGES, 2005).

Com base nessas referências e na pesquisa de campo, reduzida pela delimitação do fator tempo, acredita-se que a análise da gestão da qualidade de atendimento do doador de 2ª amostra possa contribuir com o conjunto desses estudos para que o doador quando considerado um falso positivo, permaneça fidelizado ao Hemocentro e quando impedido definitivamente de doar sangue, seja beneficiado com orientações e encaminhamentos necessários que se mostrem eficazes na melhoria da qualidade de vida desses doadores.

JUSTIFICATIVA

Qualquer pessoa sabe, mesmo que de uma forma mais simples, a importância que tem o sangue, seja na doação ou na transfusão.

São dois processos fortemente envolvidos sob a perspectiva de dois aspectos:

- ▶ Emocionais que envolvem a doação de sangue como um sentimento de solidariedade.
- ▶ Compartilhamento com o outro que se apresenta como a transfusão sinalizando para salvar vidas.

Ambos apresentam referencial subjetivo muito forte, cuja importância permeia os atos de conduta que sustentam uma sociedade.

Durante todo o processo percorrido para que aconteçam as transfusões de sangue, são estabelecidas exigências legais para garantir a qualidade do uso do sangue e hemoderivados, bem como, para que, estando dentro desses parâmetros, efetivamente salvem vidas.

A partir dessa premissa é que ocorre a necessidade de se saber qual a complexidade do processo para se obter o sangue; se os parâmetros de qualidade exigidos pela legislação estão sendo cumpridos e se o Hemepar tem atendido à sociedade paranaense com presteza e ética.

Não obstante os esforços do Ministério da Saúde e do Governo do Estado do Paraná para tornar o Hemepar um Centro de Referência em sangue e hemoderivados, nem sempre o atendimento que se dá ao doador de 2ª amostra é pautado por critérios de qualidade e humanização na relação entre profissionais da saúde e doador.

Pela vivência como profissional de saúde; muitas vezes com a missão de convocar e informar ao doador de 2ª amostra o resultado do exame com sorologia positiva, observam-se comportamentos que vão da raiva à dúvida em relação aos resultados. E, por fim, o desespero, o choro, o reconhecimento e carência em relação a: “o que eu faço agora”.

Quando este doador é informado que sua sorologia deu positiva, em casos de doenças sexualmente transmissíveis, estes ficam abalados emocionalmente, até porque não existe um critério definido de como transmitir essa informação, nem o acompanhamento de profissionais especializados de uma forma uniforme e contínua.

Nessa situação o doador sente que de alguma forma foi traído, pois após praticar um ato de solidariedade e cidadania, recebe a informação que apresentou um exame com sorologia positiva.

Arelada a essa informação encontra-se o fato de o mesmo ser convocado para repetir os exames no Hemocentro, implicando em preocupação, deslocamento, longa espera para o atendimento e conclusão dos laudos dos exames.

No caso de um doador que tem confirmado sorologia positiva do vírus da AIDS, a sensação é de desespero e a equipe do Hemepar tem se mostrado frágil na ajuda e orientação a essa pessoa quanto ao que deve ser feito.

É nesse sentido que se percebe a necessidade da ampliação do atendimento a este doador de tal forma que ele receba da instituição um tratamento ágil, competente, humanizado e eficaz.

OBJETIVO

Identificar os fatores que interferem no bem estar (no bom acolhimento) do doador de 2ª amostra do Hemepar por meio da verificação da necessidade da ampliação do atendimento psicossocial ao doador e da descrição de seu perfil, incluindo sua opinião sobre seu atendimento no Hemepar.

MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo descritivo-exploratório para auferir a satisfação do doador de 2ª amostra quanto aos serviços e orientações prestados pelo Hemepar.

Foi desenvolvido um questionário que procura traçar um perfil socioeconômico do doador de 2ª amostra, não obstante o programa HEMOVIDA já fornecer uma visão preliminar.

Este estudo restringiu-se aos doadores que apresentaram sorologia reagente por ocasião de sua doação de sangue e por meio de convocação de carta com Aviso de Recebimento – AR, feita pelos Correios, e que compareceram no ambulatório do Hemepar durante o mês de outubro de 2006, totalizando 62 doadores.

O Hemepar, assim como os demais Hemocentros do Brasil, possui um cadastro de seus doadores com as características econômicas e sociais dos indivíduos que utilizam os serviços dessas instituições.

No entanto, nem sempre essas informações se apresentam previamente tabuladas ou em forma de um banco de dados que permita relacionar a satisfação no atendimento dos serviços de saúde ao conjunto dessas informações.

Como fonte primária de dados, utilizaram-se, além de um questionário pesquisas bibliográficas e documentais sobre estudos de casos em instituições similares.

Utilizou-se o instrumento de coleta dos dados (questionário) para todos os 62 doadores de 2ª amostra que compareceram ao ambulatório do Hemepar durante o mês de outubro de 2006.

O questionário composto por doze perguntas fechadas foi aplicado pelo enfermeiro supervisor, em consultório privativo, logo após o atendimento médico. Isto no sentido de avaliar os conceitos: ótimo, bom, regular, ruim, a opinião do doador quanto ao seu atendimento na condição apresentada de sorologia reagente por ocasião da doação de sangue.

Os resultados deste estudo, além de apresentarem uma gradação quanto ao grau de satisfação do doador de 2ª amostra, propiciaram uma análise qualitativa dos serviços prestados pelo Hemepar demonstrando a frequência da gradação dessa satisfação.

A análise foi feita de maneira manual devido ao pequeno tamanho da amostra (um mês). Os resultados foram obtidos pelo cruzamento dos dados de identificação por sexo, faixa etária, grau de escolaridade, com grau de satisfação.

RESULTADOS

A entrevista constatou que 40 doadores, ou seja, 65% são do sexo feminino e os outros 35% (22) são do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo o sexo.

Sexo	Nº	%
Feminino	40	65
Masculino	22	35
Total	62	100

Embora não conste no questionário, obteve-se por meio do banco de dados do Hemepar, para o mês de outubro de 2006, a seguinte distribuição por faixa etária: 5 doadores (8%) têm idade entre 18 a 20 anos; 23 (37%), de 21 a 30 anos; 32 (52%), entre 31 a 48 anos; e o restante, 2 (3%), acima de 49 anos (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da Amostra por idade.

Faixas etárias	Nº	%
18 a 20 anos	5	8
21 a 30 anos	23	37
31 a 48 anos	32	52
Acima de 49 anos	2	3
Total	62	100

Quanto à escolaridade, foi constatado que nenhum doador informou não ser alfabetizado; 37 (60%) possuem o primário completo ou incompleto; 25 (40%) possuem 2º grau completo ou incompleto – e por questões de metodologia –, assim como no caso dos não alfabetizados, não foi identificado nenhum doador com nível superior completo ou incompleto (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo escolaridade.

Escolaridade	N°	%
Não alfabetizado	-	-
1° Grau	37	60
2° Grau	25	40
Superior	-	-
Total	62	100

No que se refere à renda familiar, foi detectado que 37 doadores, o que corresponde a 60% do total, recebem até 5 salários mínimos (SM) por mês, 22 (35%) informaram que recebem de 1 a 3 SM e, apenas 3 doadores (5%) recebem menos de 1 SM por mês (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo renda familiar.

Renda familiar	N°	%
Menos de um salário	3	5
De 1 a 3 salários	22	35
5 salários	37	60
Total	62	100

Quanto à forma pela qual foi notificado para retornar ao Hemepar, 50 doadores, ou seja, 80% do total foram convocados pela correspondência, não discriminando, entretanto se receberam diretamente pelos Correios ou se a correspondência foi entregue pelo coordenador local da coleta de sangue no caso de campanhas de doação externa. Outros 12 doadores (20%) foram contatados por telefone (chamadas para o próprio doador, recados de amigos ou vizinhos).

O atendimento na recepção ficou assim estratificado: 40 doadores (65%) consideraram o serviço regular, dos quais 28 (70%) eram mulheres e 12 homens. O atendimento foi considerado bom por 15 (25%) dos usuários. Desse total, 9 (60%) eram mulheres e os outros 6 (40%), homens. Seis doadores (10%) consideraram o atendimento na recepção ruim, dos quais 5 eram mulheres e 2 homens. Dado o tamanho da amostra, não se verificou a gradação ótima entre os entrevistados (Tabela 5).

Tabela 5. Grau de satisfação de atendimento na recepção segundo sexo.

Sexo	Atendimento na recepção							
	Ótimo		Bom		Regular		Ruim	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Feminino	-	-	9	60	28	70	5	80
Masculino	-	-	6	40	12	30	2	20
Total	-	-	15	100	40	100	7	100

Os conceitos regular e ruim, no item “atendimento da recepção”, foram maiores entre os entrevistados com ensino médio completo ou incompleto e renda familiar de 3 a 5 SM por mês, 34 doadores (26 mulheres e 8 oito homens).

O conceito bom foi atribuído por 15 doadores (4 homens e 11 mulheres) ao atendimento na recepção, grupo este com menos escolaridade e renda.

Cinquenta e três doadores (85%) afirmaram que foram bem informados quanto ao local de atendimento no Hemepar, enquanto nove (15%) disseram que não foram bem orientados. Novamente os usuários de menor escolaridade tiveram mais dificuldade quanto às informações fornecidas pelo Hemepar.

Depois de encaminhados, todos os doadores (62) de 2ª amostra foram atendidos por médicos e estes foram avaliados como bons por 28 (45%) dos doadores; regular por 22 (35%); outros 6 doadores (10%) não souberam avaliar e cerca de 6 usuários (10%) entraram em contradição e não tiveram mais certeza se foram atendidos por médicos ou enfermeiros (as).

O médico foi considerado prestativo pelo conjunto da amostra analisada, não obstante, alguns doadores observaram o pouco tempo de consulta, principalmente entre as mulheres e a dificuldade em entender a solicitação de novos exames.

Também, todos os entrevistados declararam ter necessidade de ter algum apoio emocional (atendimento psicossocial), após a constatação de um resultado de sorologia positiva em um exame. Nesse caso, após o médico, o enfermeiro (a) foi o profissional mais lembrado por 50 (80%) dos doadores, dos quais o médico foi avaliado como regular por 12 (20%). Já a equipe de enfermagem teve percentuais significativos de ótimo (40%) e bom (60%) (Tabela 6).

Tabela 6. Grau de satisfação do atendimento dos profissionais de saúde.

Profissional de Saúde	Atendimento do profissional							
	Ótimo		Bom		Regular		Ruim	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	-	-	28	45	22	35	-	-
Enfermeiro	25	40	37	60	-	-	-	-
Psicólogo	-	-	-	-	-	-	-	-
Assist. Social	-	-	-	-	-	-	-	-

Obs.: 6 (10%) doadores não souberam avaliar o atendimento médico.

Outros 6 (10%) não tinham certeza se foram atendidos por médico ou enfermeiras.

O local para o atendimento desses doadores foi considerado 100% regular, mesmo que alguns tenham reclamado da falta de privacidade.

A instituição – o Hemepar foi avaliado em seu conjunto como boa, mas a grande maioria, 37 doadores (60%), não soube opinar, porque só esteve lá uma única vez.

DISCUSSÃO

No contexto em que esse estudo foi analisado, observa-se que na perspectiva da revisão bibliográfica, esta se apresenta muito escassa e muitos títulos importantes não são sequer traduzidos para o português. Resta, porém, alguns textos que estão à disposição na rede mundial de computadores, os quais serviram como fontes secundárias de informação.

Políticas de saúde pública são traçadas para grandes diretrizes e metas. No caso do sangue, existem legislações específicas que orientam os Hemocentros quanto à parte técnica a ser seguida, mas não orientam os profissionais de saúde quanto ao atendimento psicossocial dos doadores de 2ª amostra. Esses doadores, embora fazendo parte do ciclo do sangue não recebem nenhum enfoque específico para que o seu atendimento ocorra de forma a abranger todas as suas necessidades pertinentes à um resultado de sorologia reagente.

A questão da humanização da saúde no caso do atendimento desses doadores fica a cargo da ética, comprometimento e sensibilidade de cada profissional.

Em que pese o perfil socioeconômico do doador de 2ª amostra e o número de usuários entrevistados (62), 100% declararam ter o ensino fundamental completo ou incompleto e 60% informaram que a renda familiar mensal situa-se em torno de 05 salários mínimos.

Pode-se observar que no seu conjunto, esses entrevistados provêm das classes mais humildes da população, constatando que são eles os maiores responsáveis pela manutenção dos estoques de sangue nos Hemocentros. Além disso, 40 (65%) doadores são do sexo feminino e mais de 50% do total de doadores encontram-se na faixa de 31 a 48 anos. Esse dado também chama nossa atenção pelo fato das mulheres serem mais sensibilizadas nas causas humanitárias.

Nessa situação, o que se observou é que, além dessa forma de desamparo (baixa escolaridade, baixa renda e sexo prevalentemente feminino), os usuários considerados de 2ª amostra têm que conviver com a dúvida de ser um falso positivo ou efetivamente ser portador de uma DST ou AIDS.

Tratando-se desse público e, considerando o Hemepar um órgão público, o serviço nessa instituição que recebeu a menor gradação foi o atendimento na recepção, onde 46 doadores consideraram esse serviço regular e ruim. Constatamos que os servidores que desempenham suas funções na recepção, não receberam nenhum tipo de treinamento específico para esta atividade, aprendendo com colegas mais antigos, que também não foram devidamente orientados. Por isso, não possuem as condições ideais e necessárias para prestar um atendimento integral ao cliente.

O atendimento pelo médico foi considerado bom por 45% dos doadores, não obstante, 10% dos usuários não tiveram certeza se foram atendidos por médicos ou enfermeiros(as), mesmo depois de informados que todos seriam atendidos apenas por médicos com a máxima privacidade. Outro ponto que chama a atenção, é que a equipe de enfermagem foi a mais lembrada pelos doadores e também melhor avaliada, com significativos ótimo (40%) e bom (60%). Nesse aspecto do atendimento médico, constatamos a maneira rápida, superficial e mecânica de grande parte dos serviços médicos prestados na rede SUS.

Considerando os conceitos analisados em Donabedian (1994), a eficiência, ou seja, o atendimento dos objetivos deste Hemocentro e a eficácia como a maneira mais correta de atingir esses objetivos, nem sempre foram atendidos, em que se considere que a amostra seja pequena e o tempo para a realização do estudo muito curto.

Também considerando que a qualidade não deve limitar-se a uma perspectiva clínica e da própria doença, mas, além disso, pensar na qualidade de vida do doador, nem sempre essa condição foi alcançada pelo Hemepar no trato do doador de 2ª amostra, pois apesar do questionário se apresentar na forma de questões fechadas, alguns entrevistados reclamaram informalmente do pouco tempo da consulta e da dificuldade em entender o porquê de novos exames.

Para Novaes (1996), o que existe da parte de alguns profissionais de saúde são o controle e subordinação do próprio paciente, no sentido de se procurar uma objetivação maior da doença, isto posto, entende-se que o doador de 2ª amostra se sinta dominado pelas opiniões e exames médicos, não expressando assim seu descontentamento e a sua verdadeira avaliação dos serviços e encaminhamentos que lhe foram prescritos.

A eficácia, segundo Donabedian (1994), no entendimento deste estudo, seria o esforço do conjunto das políticas públicas no sentido de melhor atender cada usuário, o que de certa forma nem sempre acontece.

Existe, no Estado do Paraná, uma preocupação constante que faz parte da política pública do Brasil em atender todos os usuários que dele necessitam, independente de classe social, renda ou escolaridade.

As pessoas vêm ao Hemocentro com sentido altruísta de doar sangue. Observa-se que fazem parte de uma população mais humilde e têm uma relação estreita com as pessoas que trabalham no setor de saúde, tendo um relacionamento mais forte com a equipe de enfermagem do que com os médicos, pois os enfermeiros têm maior facilidade para dialogar e entender o sentimento deles.

Na questão dos doadores, são as pessoas mais humildes que doam sangue, que – na maioria das vezes – procuram um tipo de assistência gratuita para saberem quais são seus eventuais problemas de saúde.

Isso se reflete no item em que todos os entrevistados, em caso de sorologia positiva, necessitam de apoio emocional por parte de assistentes sociais e psicólogos.

CONCLUSÕES

É inegável que a questão da saúde pública e a formulação de políticas de saúde, cada vez mais democráticas e com mais recursos, vem crescendo muito nos últimos anos no Brasil.

O Sistema Único de Saúde – SUS, apesar de ser objeto de críticas e discussões por uma parte da sociedade, tem avançado – embora esteja longe de ser o sistema ideal – com sua premissa básica reafirmada: saúde é um direito de todos.

Nesse contexto, a política do sangue tem um papel destacado devido a sua importância, a qual é reconhecida por todos. No caso dos hemocentros públicos, estes têm um papel fundamental em qualquer atividade médica, até porque, atende prioritariamente o SUS, e por esse motivo tem um enorme alcance social.

Mas essas instituições públicas, assim como os demais órgãos públicos do Brasil, enfrentam problemas e daí a necessidade de se acharem soluções para a melhoria da qualidade de atendimento aos seus usuários, tendo como perspectiva a melhora na eficácia, eficiência e efetividade.

No caso do Hemepar, a melhoria da qualidade no seu atendimento depende de vários fatores, entre eles destacam-se:

- ▶ Maior aporte de recursos financeiros, com menor burocracia na sua aplicação.
- ▶ Melhoria da capacitação dos servidores, com treinamentos específicos e abrangentes.
- ▶ Maior disponibilização de profissionais nas áreas de atendimento psicossocial.
- ▶ Melhoria das instalações físicas da instituição.
- ▶ Equipe médica com dedicação exclusiva.
- ▶ Mudança da cultura organizacional que deveria estar mais voltada à humanização dos serviços prestados pelo Hemepar.

No caso do atendimento ao doador de 2ª amostra, os problemas citados são agravados pelo desgaste que o profissional de saúde tem, quando muitas vezes, transmite notícias ruins e que, em alguns casos, podem vir a determinar a morte dos pacientes ou graves sequelas. Certamente isso se agrava com o pequeno atendimento psicológico existente, em razão do número insuficiente de profissionais desta área disponíveis na instituição;

Muitos casos relacionados à sorologia positiva não têm acompanhamento psicossocial e são encaminhados para tratamento em outras instituições, de modo que o Hemepar, muitas vezes, acaba passando uma imagem de indiferença a esses usuários.

Consideramos a importância de um atendimento com qualidade nesta etapa do ciclo do sangue, visando à fidelização dos doadores e a divulgação positiva dos serviços recebidos, revertendo em outros doadores.

Ademais, o Hemepar apresenta pontos positivos:

- ▶ Boa localização, de fácil acesso, próximo a terminais de ônibus municipais e da região metropolitana.
- ▶ Os equipamentos e os materiais utilizados para exames são de boa qualidade.
- ▶ Possui alto grau de confiabilidade nos resultados dos exames que realiza.
- ▶ A equipe de enfermagem é capacitada, sensível e compreensiva.
- ▶ Médicos éticos e responsáveis.

No que se refere à satisfação do doador de 2ª amostra, o que se observou é que a maioria é proveniente das camadas mais humildes da população. Isto somado ao tamanho da amostra, restrição a um mês de entrevistas, o pouco tempo para análise dos dados, fez com que o grau de confiabilidade da satisfação desses usuários em relação aos itens perguntados, possa ser representativo.

De qualquer forma, trata-se de um estudo piloto, que se implantado e definido com maior rigor, passa a ser uma ferramenta importante para a avaliação da qualidade desse serviço.

Pesquisas realizadas em São Paulo e em Recife (COHEN, 2006) apontam que o principal problema em relação à qualidade no atendimento médico refere-se ao temor que o paciente tem de falar, escutar e entender certas coisas que os médicos dizem. Sabemos que muitos profissionais da área médica são pouco detalhistas, não fornecendo muitas explicações e as poucas fornecidas são de forma inadequada para o entendimento dos usuários.

O presente estudo também detectou esse problema. Além do mais, há relatos de que as consultas são rápidas, duram pouco tempo, o que acaba fazendo com que o usuário se reporte ao enfermeiro (a), o qual nem sempre informa ao médico.

Entre todos os problemas encontrados no objeto desse estudo, concluímos ser de grande importância investir na humanização da saúde pública, tornando-a igualitária tanto no enfoque técnico como no humano, de modo a atender esses doadores de maneira plena e satisfatória, garantindo o seu direito como cidadão e a sua fidelização como doador de sangue.

Reafirmamos ser este estudo apenas um ensaio para futuras ampliações detalhadas de trabalho, que objetivem o aprofundamento das questões direcionadas para a melhoria de uma forma abrangente no atendimento do doador com sorologia reagente a partir da sua doação de sangue, levando em consideração os resultados de pesquisas, podendo assim ser considerado útil para a instituição na sua constante busca de melhorias para o atendimento com qualidade.

Referências¹

¹ As referências estão vinculadas às cinco monografias apresentadas anteriormente.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. c2005-2009. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/sangue/hemovigilancia>>. Acesso em: 02 out. 2006.

ALBORNOZ, S. G. *O que é o trabalho*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção Primeiros Passos).

ALTMAN, Douglas G. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall, 1991. 611 p.

ALVES, D. C. I.; ÉVORA, Y. D. M. Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da comissão de controle de infecção hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 265-75, maio/jun. 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 9001*: sistema de gestão da qualidade novo – requisitos. Rio de Janeiro, 2000a.

_____. *NBR 9004*. Rio de Janeiro, 2000b.

BARROS, Claudius D'Artagnan C. *Excelência em serviços: uma questão de sobrevivência no mercado*. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

BEJUMEA, C. de la C. La contribución de la evidencia cualitativa – al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index Enferm.*, Granada, v. 14, n. 50, p. 47-52, Nov. 2005.

BERTALANFFY, L. Y. *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Vozes, 1977. p. 131.

BERWICK, M. D. Continuous improvement as an ideal in health care. *New Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 320, p. 53-6, 1989.

BLACKERBY, D. A. Ensinando valores a seus filhos. 2003. Disponível em: <<http://www.golfinho.com.br>>. Acesso em: 30 jul. 2006.

BORGES, Vera Lúcia. Avaliação da fidedignidade de um instrumento voltado à satisfação do doador de sangue. *Rev. Bras. Epidemiologia*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 17-86, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200010>. Acesso em: 7 ago. 2006.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200029>. Acesso em: 7 ago. 2006.

BRÁS, Borges V. L. et al. Avaliação da fidedignidade de um instrumento voltado à satisfação do doador de sangue. *Epidemiologia*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 177-86, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o regulamento técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2001. Acesso em: 02 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 153, de 14 de junho de 2004. Determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jun. 2004.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996.

BRESCANCINI, Ana Maria. Clima organizacional orienta estratégias para motivar pessoas. *Revista SP.GOV*, São Paulo, ano 1, n. 2, out. 2004. Disponível em: <<http://www.revista.fundap.sp.gov.br/revista2/paginas/ferramentas.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

BRILHANTE, D. Boas práticas: segurança transfusional num hospital. *Rev. IQS*, Portugal, n. 11, p. 26-9, jul./set. 2004.

BUHR, A. *A necessidade de um novo agir profissional: um desafio ao Serviço Social do DER/SC*. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social)– Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.portalsocial.ufsc.br/tcc/angela.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2006.

BURMESTER, H.; MALIK, A. M. Controle de qualidade no atendimento médico-hospitalar. In: RODRIGUES, E. A. et al. *Infecções hospitalares-prevenção e controle*. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 5, p. 46-54.

BUTCH, S. H. Comparison of seven years of occurrence reports (abstract). *Transfusion*, Maryland, v. 40, (Suppl.1), p. 159S, 2000.

CAMPOS, Juarez de Queiroz. *Pesquisa de campo e sua importância na saúde*. São Paulo: Jotacê, 2002

CEZAR-FERREIRA, V. A. da M. A pesquisa qualitativa como meio de produção de conhecimento em psicologia clínica, quanto a problemas que atingem a família. *Psicol. Teor. Prát.*, v. 6, n. 1, p. 81-95, 2004. Disponível em: <http://www.mackenzie.com.br/Universidade/psico/publicação/vol6.n1/v6n1_art6.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. *Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participante*. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

CODA, Roberto. *Pesquisa de clima organizacional: uma contribuição metodológica*. 2002. Tese (Livre Docência)–Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

COELHO, C. A. G. *Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem: núcleo estrutural: proposta pedagógica: o campo da ação* 5. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COHEN, Cláudio. As têm medo de perguntar. *Jornal Gazeta do Povo*, Curitiba, 05 out. 2006. Caderno Paraná, p. 3.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN nº 306/2006*. Normatiza a atuação do enfermeiro em hemoterapia. Rio de Janeiro, 2006.

COUTURIER, Y. Regard sociologique sur l'auto-réflexion professionnelle et la formation continue. In: DANS LEGAULT, G. A. *L'Intervention: analyses et enjeux méthodologiques*. Sherbrooke, Canada: GGC Éditions, 1999. p. 131-133.

DANS LEGAULT, G. A. Vers une approche interdisciplinaire intégrée d'analyse des pratiques professionnelles. In: _____. *L'Intervention: analyses et enjeux méthodologiques*. Sherbrooke, Canada: GGC Éditions, 1999. p. 115-116.

DENTON, D. Keith. *Qualidade em serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva*. Tradução Flávio Deny Makron Steffen, revisão técnica José Carlos de Castro Waeny. São Paulo: Makron; McGraw-Hill, 1990.

DICIONÁRIO da língua portuguesa on line. [200-?]. Disponível em: <<http://www.ditcom.com.br/canal01.htm>>.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 39, p. 580-88, 2005. Especial. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br>>. Acesso em: 30 jul. 2006.

DONABEDIAN, A. "The seven pillars of quality". *Arch. Pathol. Lab. Med.*, [S.l.], v. 114, p. 115-18, 1990. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania>. Acesso em: 30 jul. 2006.

_____. *Exploration in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1984. v. 1, p. 1-31.

_____. *Exploration in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980. v. 1. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania>. Acesso em: 30 jul. 2006.

_____. *Gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

_____. The quality of medical care. *Science*, [S.l.], v. 200, n. 4344, p. 856-64, 1978.

DONABEDIAN. In: MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. *Saúde e Cidadania*, [S.l.], [200-?]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html>. Acesso em: 7 ago. 2006.

DUARTE, S. *A deontologia como dimensão ética do agir profissional*. [200-?]. Disponível em: <<http://portal.oa.pt:6001/upl/%7B06f70812-f322-4f04-9f5e-aae38b381c56%7D.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2006.

DUTRA, E. O. *O ardil totalitário: imaginário político no Brasil dos anos 30*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; Minas Gerais: Ed. UFMG, 1997. p. 295.

FERRAZ, C. A. *Compreensão do exercício profissional do enfermeiro: uma análise fenomenológica*. 1989. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 30 jul. 2006.

FORTES, P. A. C. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos*. São Paulo: EPU, 1998.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FURASTÉ, Pedro Augusto. *Normas técnicas para o trabalho científico: elaboração e formatação*. Explicitação das normas da ABNT. 14. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2006.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em Serviços de Saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, [S.l.], v. 5, n. 8, p. 89-100, 2001.

GRANDESSO, M. A. *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. 1999. 477 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

- GRAYLING, A. C. Epistemology. In: BUNNIN, N.; TSUI-JAMES, E. (Eds.). *The Blackwell Companion to Philosophy*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Publishers Ltd, 1996.
- GRÖNROOS, Christian. *Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade*. Tradução Cristina Bazán. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da hemoterapia no Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, p. 201-07, Jul./Sep. 2005.
- KAHALE, Flávia. Pesquisa de Clima Organizacional. *Instituto MVC*, [S.l.], p. 1-6, 2004. Disponível em: <http://www.institutomvc.com.br/portfolio/clima_org/exe_pesq.htm>.
- KANAANE, R. *Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI*. São Paulo: Atlas, 1995. p. 45.
- KARL, Albrecht. *Revolução nos serviços*. São Paulo: Pioneira, 1992.
- KLUCK, Mariza. *Indicadores de qualidade para assistência hospitalar*. [200-?]. Disponível em: <<http://www.cih.com.br/Indicadores.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2006.
- L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 267-92.
- LAS CASAS, Alexandre Luzzi. *Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos*. São Paulo: Atlas, 1994.
- LUZ, Ricardo. *Gestão do clima organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.
- MANDEVILLE, L.; ET ST-ARNAUD, Y. Auto-réflexion professionnelle et formation continue: volet praxéologique. In: DANS LEGAULT, G. A. *L'Intervention: analyses et enjeux méthodologiques*. Sherbrooke, Canada: GGC Éditions, 1999. p. 181-182.
- MARTÍN, Francisca Hernández et al. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, Alicante, ano 1, n. 2, p. 21-35, 1997. Disponível em: <<http://culturacuidados.ua.es/2/índice2htm>>. Acesso em: 30 jul. 2006.
- McCLELLAND, D. B. L. Treating a Sick Process. *Transfusion*, Maryland, v. 38, p. 999-1103, Nov./Dec. 1998.

- MEKSENAS, P. O lugar da ética no trabalho do(a) professor(a). *Espaço Acadêmico*, [S.l.], n. 40, set. 2004. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br>>. Acesso em: 30 jul. 2006.
- MENDES, I. A. C.; MARZIALE, M. H. P. Década de recursos humanos em saúde: 2006–2015. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 1-2, 2006.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em Saúde*. 3. ed. São Paulo. Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- MOSCOVICI, Fela. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.
- MOUTELLA, C. *Fidelização de clientes como diferencial competitivo*, 2003. Disponível em: <<http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Fidelizacao%20de%20clientes%20como%20diferencial%20competitivo.htm>>. Acesso em 01 abr. 2008.
- MUSSAK, E. O comportamento responsável. *Revista Você s/a*, São Paulo, nov. 2002. Pensamentos. Coleção Para Pensar e Agir – Mudança Comportamental. Disponível em: <<http://www.tvtreinamento.com.br>>. Acesso em: 30 jul. 2006.
- NALINI, José Renato. *Ética geral e Profissional*. 2. ed. São Paulo: RT, 1999.
- NASCIMENTO, M. M. do. Ética. In: CHAUI, M. H. et al. *Primeira filosofia: lições introdutórias*. São Paulo. Brasiliense, 1984.
- NÉLISSE, M. C. L'Intervention: les savoirs en action. In: NELISSE, M. Claude. *Analyse des pratiques professionnelles*. Sherbrooke, Canada: GGC édition, 1997. p. 25.
- NOVAES, Hillegonda Maria D. Epidemiologia e avaliação em serviços e atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199600060000>. Acesso em: 10 ago. 2006.
- OLIVEIRA, O. J. Gestão da qualidade: introdução à história e fundamentos. In: OLIVEIRA, Otávio J.; PALMISANO, Ângelo; MAÑAS, Antonio Vico. *Gestão da qualidade: tópicos avançados*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006a. p. 3-18.
- _____. (Org.). *Gestão da qualidade: tópicos avançados*. São Paulo: Pioneira, 2006b.
- OLIVEIRA, Simone. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 01-14, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000400006&Ing=pt>.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO. c2005-2010. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 22 out. 2006.

PARANÁ. Secretaria Estadual da Saúde. Hemepar, Divisão de Hematologia e Hemoterapia. *Procedimentos operacionais padrão no atendimento ao doador de 2ª amostra*. Curitiba, 2006.

PASCOE, G. C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval. Progr. Plann.*, [S.l.], v. 6, p. 185-210, 1983.

PRIBERAM. *Dicionário priberam da língua portuguesa*. c2009. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/DLPO/>>.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan./mar. 1990.

SANDELOWSKI, M. J. Programmatic qualitative research: or, appreciating the importance of Gas Station Pumps. In: MORSE, J. M. (Ed.). *Completing a qualitative project: details and dialogue*. Thousand Oaks: Sage, 1997. p. 211-225.

SANDES, W. F. *Diagnóstico do clima organizacional da Polícia Militar do Estado de Mato Grosso*. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Empresarial Contemporânea)–Faculdade de Administração, Economia e Ciências Contábeis, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2001.

SANTO, Antonio C. Gomes do Espírito . Nível de satisfação da clientela como indicador da qualidade da assistência à saúde. *Revista do IMIP*. , v. 7, n. 2, dez. 1993.

SANTOS, A. L. D. dos; ROSENBERG, C. P.; BURALLI, K. O. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 38, n. 2, p. 268-76, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19788/pdf>>.

SAVIANI, D. *Escola e democracia*. 3. ed. São Paulo: Cortes, 1984. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo).

SCHÖN, D. A. *Le praticien réflexive: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montreal: Les Éditions Logiques; Sherbrooke, Canada: GGC édition, 1994. (Collection Formation des maîtres).

SCOCHI, Maria José. Indicators of quality for medical records and ambulatory care in Maringá (state of Paraná, Brazil), 1991: an exercise in evaluation. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 1994.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=pt&nrm=i so>. Acesso em 01 abr. 2010.

SELIGMAN-SILVA, E. Saúde mental e trabalho. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1990. p. 217-288.

SILVA, A. M. da; PEDUZZI, M. O trabalho de enfermagem em laboratórios de análises clínicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 jul. 2006.

SILVA, C. T. da. *Saúde do trabalhador: um desafio para qualidade total no Hemorio*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://portalteses.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 30 jul. 2006.

SOARES, W. *A educação, o trabalho e o trabalhador*. 2003. Disponível em: <<http://www.abrelivros.org.br>>. Acesso em: 30 jul. 2006.

SOUTO, Lucina et al. Percepção da clientela acerca dos fatores críticos no atendimento ambulatorial prestado pelo Hospital das Clínicas da UFPE. *Revista IMIP*, Recife, v. 10, n. 2, dez. 1996.

SOUZA, Edela Lanzer Pereira de. *Clima e cultura organizacionais: como se manifestam e como se manejam*. Porto Alegre: Edgar Blucher, 1978.

SPIRI, Wilza Carla. Estudo sobre a percepção do clima organizacional do centro cirúrgico de um hospital especializado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-8, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 31 out. 2006.

STAINSBY, D. et al. Haemovigilance in the UK – the SHOT scheme. *Blood Banking and Transfusion Medicine*, [S.l.], v. 2, n. 1, 2004.

St-ARNAUD, Y. L'Intervention: les savoirs en action. In: NELISSE, M. Claude. *Analyse des pratiques professionnelles*. Sherbrooke, Canada: GGC édition, 1997. p. 165

STEIN, M. D. et al. Factors associated with patient satisfaction among symptomatic HIV-infected persons. *Med. Care*, [S.l.], v. 31, p. 182-88, 1993.

- STRATMANN, C. W. A study of consumer attitudes about health care: the delivery of ambulatory services. *Med. Care*, [S.l.], v. 13, p. 537-48, 1975.
- URRUTIA, Daniela; DUARTE, Giuliano; JOANINI, Sandra. Análise do perfil sócio-econômico dos doadores de sangue que apresentaram no primeiro exame sorológico resultados positivos ou inconclusivos. *Perspectivas Médicas*, São Paulo, jan./dez. 1999.
- VIANNA, Marco Aurélio Ferreira. Liderança: alerta vermelho. *Instituto MVC*, [S.l.], n. 72, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.institutomvc.com.br/insight72.htm#editorial>>. Acesso em: 10 ago. 2006.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, [S.l.], v. 3, p. 17-25, 1991.
- WARTMAN, A. S. et al. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. *Med. Care*, [S.l.], v. 21, p. 386-91, 1983.
- ZAR, Jerrold H. *Biostatistical Analysis*. 4th. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1999. 929 p.
- ZÁRATE BANDA, M. M. *Compreensão típico ideal da prática profissional do enfermeiro em hospitais públicos*. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 30 jul. 2006.
- ZASTOWNY, R. T.; ROGHMANN, J. K.; CAFFERATA, L. G. Patient satisfaction and the use of health services: explorations in causality. *Med. Care*, [S.l.], v. 27, p. 705-23, 1989.

Análise do Processo de Planejamento e Gestão dos Investimentos do Ministério da Saúde na Cobertura Hemoterápica Pública dos Leitos do SUS (2000 a 2005)

Autoras: Denise Peixoto Beckel e Edilene Cavalcante Farias¹

Orientadora: Profa. Maria do Socorro Veloso²

¹ CNPSH-MS-DF

² Universidade Federal de Pernambuco à disposição do Departamento de Medicina Preventiva e Social do CCS da UFPE

INTRODUÇÃO

No Brasil, é notório o avanço no campo da hemoterapia, realizado nas últimas décadas, no que se refere à questão da segurança transfusional e à produção de serviços de hemoterapia. O surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) produziram grande impacto na sociedade atual, contribuindo decisivamente para as mudanças desenvolvidas no campo hemoterápico. Procedeu-se à revisão completa dos critérios, com mudanças nos testes sorológicos, aquisição de uma melhor qualidade do sangue e indicações para o seu uso racional e dos hemocomponentes.

As estratégias utilizadas para regulamentar a atuação dos serviços de hemoterapia, desenvolveram-se, com a adoção de diferentes intervenções, incluindo a triagem epidemiológica, clínica e laboratorial dos doadores. Como consequência, o risco de adquirir uma doença transmitida por meio de transfusão de sangue, paulatinamente sofre significativa redução, durante as últimas décadas.

Em 1998, o Ministério da Saúde lançou o programa da meta mobilizadora nacional do setor saúde, “Sangue com garantia de qualidade em todo o seu processo até 2003”, marco da hemoterapia, assegurando um grande impulso na qualidade dos serviços, em que foram estabelecidos 12 Subprojetos:

- ▶ Programa Nacional de Hemoderivados, que ampliou o acesso aos portadores de Coagulopatias.
- ▶ Programa de Doação Voluntária de Sangue – PNDVS, que investiu em fidelizar a doação de sangue, introduziu políticas de captação voluntária, inclusive sensibilizando o sexo feminino para doações que na época era em torno de 15% de doações.
- ▶ Programa de Infraestrutura Física e Organizacional da Hemorrede, que investiu recursos financeiros pesados para disseminar a infraestrutura da hemorrede: obras, reformas, adequações e equipamentos.
- ▶ Programa de Capacitação de Recursos Humanos, que realizou a capacitação dos recursos humanos da hemorrede pública no país, Sistema Nacional de Informações Gerenciais, que incentivou e disponibilizou a toda a hemorrede pública o sistema de informatização de todo o ciclo do sangue, HEMOVIDA/DATASUS.
- ▶ Controle de Qualidade de Insumos para Hemoterapia, que a hemorrede passou a realizar no sentido de qualificar os insumos adquiridos.

- ▶ Sistema de Avaliação Externa da Qualidade em Sorologia e Imunohematologia, essa ação garantiu um grande impacto de qualidade; Sistema de Qualidade Total na Hemorrede, esta ação foi bastante heterogênea, pois poucos serviços aderiram, mas influenciou mais adiante evoluindo para o Programa Nacional de Acreditação de Unidades de Hemoterapia – PNA.
- ▶ Implementação do Sistema de Vigilância Sanitária do Sangue, este Sistema foi extremamente relevante para toda a hemorrede do país, visto a parceria e esforço conjunto entre Vigilância Sanitária do Sangue e Política Nacional do Sangue e Hemoderivados.
- ▶ Programa de Hemovigilância, que implantou em 100 hospitais o serviço de sentinela com recursos financeiros para adotar medidas e notificação de reações transfusionais. Este cenário encontra-se até hoje em implementação, visto que não houve pactuações de novas metas a serem atingidas.

Durante o período de gestão da Política Nacional do Sangue vislumbrou-se, uma oportunidade única para que, o Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados recebesse o aval político de todos os segmentos governamentais pertinentes. Dessa forma o programa poderia sofrer ampla discussão na sua formulação política, normatizadora e reguladora, contando com a participação de toda a sociedade. A pré-proposta foi apresentada ao Comitê Técnico Científico da então Coordenação do Sangue e Hemoderivados- COSAH/ MS, sendo dado posteriormente continuidade na gestão da Política Nacional do Sangue e Hemoderivados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA/MS e atualmente na Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados - CPNSH/Departamento de Atenção Especializada -DAE/Secretaria de Atenção a Saúde - SAS/ Ministério da Saúde - MS.

No período em que a gestão da Política Nacional do Sangue estava na ANVISA/MS, o trabalho foi direcionado à perspectiva do atendimento das metas propostas nos subprojetos da “Meta Mobilizadora”. O acompanhamento se verificou por meio de visitas técnicas, articulando-se a coordenação da hemorrede e o gestor público Estadual. Com a transferência da Política Nacional de Sangue para o Ministério da Saúde, este processo perdeu a continuidade.

Quanto aos investimentos na Hemorrede Pública do país, processou-se um grande estímulo, no período que compreende os anos de 1998 a 2003, com o Programa REFORSUS e a Meta Mobilizadora Nacional, de forma que foram disponibilizados cerca de duzentos e setenta milhões de reais (R\$270.000.000,00), para implementação das ações previstas.

No que se refere à questão da doação de sangue, em 1999, só os serviços públicos realizaram mais de 1,6 milhões de coletas de bolsas de sangue, já em 2001, esse número já ultrapassava a faixa de 1,9 milhões e o SUS ultrapassou a barreira de

3 milhões de doação de sangue. Com relação à segurança transfusional, a inaptidão sorológica, em 1997, era de 16,51% e, atualmente, encontra-se em torno de 8,3%, (Fonte: CPNSH/MS).

A gestão da hemoterapia pública no Brasil é prioritariamente de competência estadual, com parcerias dos gestores municipais, geralmente com contrapartida de recursos humanos para a implantação e manutenção dos serviços de hemoterapia que têm como referência uma determinada área de abrangência.

Verifica-se que poucas são as hemorredes que efetivamente trabalham no sistema de rede, articulando, remanejando estoques e necessidades, administrando a rede com a visão global de todos os serviços de hemoterapia.

A implantação dos serviços de hemoterapia no país não obedeceu a uma lógica de planejamento de atendimento a demanda e critérios técnicos, mas a decisões políticas partidárias, em que foram implantados serviços de alta complexidade, com custos elevados de manutenção e capacidade instalada ociosa. Além do mais, há regiões que ainda necessitam de ampliação de cobertura considerando que são referência de atendimento, acesso, logística e outros.

A hemorrede a partir do Hemocentro Coordenador/capital estabelece as suas parcerias, planejamento, atividades para atender a demanda do SUS em cada unidade da Federação. Cabe salientar que os serviços de hemoterapia se amparam na tipologia especificada na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 151 que estabelece no seu Art 3º a seguinte nomenclatura e conceituação:

HEMOCENTRO COORDENADOR - HC: entidade de âmbito central, de natureza pública, referência do Estado na área de Hemoterapia e (ou) Hematologia com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e (ou) hematológico à rede de serviços de saúde.

HEMOCENTRO REGIONAL - HR: entidade de âmbito regional, de natureza pública, para atuação macro-regional na área hemoterápica e (ou) hematológica.

NÚCLEO DE HEMOTERAPIA - NH: entidade de âmbito local ou regional, de natureza pública ou privada, para atuação micro-regional na área de hemoterapia e (ou) hematologia.

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO - UCT: entidade de âmbito local, de natureza pública ou privada, que realiza coleta de sangue total e transfusão.

UNIDADE DE COLETA - UC: entidade de âmbito local, que realiza coleta de sangue total, podendo ser móvel ou fixa. Se for móvel, deverá ser pública e estar ligada a um Serviço de Hemoterapia. Se fixa, poderá ser pública ou privada.

CENTRAL DE TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES - CTLD: entidade de âmbito local, regional ou estadual, pública ou privada, que tem como competência a realização dos exames de triagem das doenças infecciosas nas amostras de sangue dos doadores coletadas na própria instituição ou em outras.

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - AT: localização preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. (BRASIL, 2001a).

Os recursos financeiros, disponibilizados para a hemorrede pública do país, são liberados pelo Ministério da Saúde para implementação da cobertura hemoterápica dos leitos SUS e melhoria da qualidade do sangue. Este financiamento se dá por intermédio do Programa de Segurança Transfusional e da Qualidade do Sangue é feito pela liberação de recursos do Fundo Nacional de Saúde /FNS e, se processa pela celebração de convênios. As normas atuais de financiamento do Ministério da Saúde estão embasadas na portaria 686/GM de 2006³ (BRASIL, 2006b).

A celebração de convênios e instrumentos congêneres é a transferência de recursos que se formalizam, mediante parcerias estabelecidas com entidades do setor público (Federais, Estaduais, Municipais) e, ocasionalmente, com o setor privado interessado em financiamento de projetos específicos e prioritários para o setor saúde.

Apesar do volume de recursos liberados, o Ministério não desenvolveu um planejamento, junto aos estados, com pactuação de ações, metas e indicadores que pudessem orientar o processo de investimento, na implementação da cobertura hemoterápica.

Consoante este direcionamento, é importante salientar que a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) estabeleceram a distribuição de funções entre os níveis de governo no SUS. O Governo Federal fica encarregado de grande parte das funções de financiamento (o que é, a priori, tripartite), formulação da Política Nacional de Saúde e Coordenação das Ações Intergovernamentais⁴.

Quanto à coordenação das ações intergovernamentais, fundamenta-se na estratégia de construção de um sistema descentralizado que implica conduzir, por parte do Governo Federal pactuações de regras que definam as ações de saúde de estados e municípios, por intermédio da Comissão Intergestora /Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde. Isto se aplica aos Governos Estaduais, às Secretarias Estaduais de Saúde que também têm poder de influência sobre as políticas locais,

³ Normas de financiamento - Que regulamenta e aprova as normas de cooperação técnica e financeira de programa e projetos, mediante a celebração de convênios e instrumentos congêneres para o exercício de 2006.

⁴ Os governos estaduais também estão encarregados do desempenho dessa função nos estados.

dada suas atribuições de coordenação das ações, respeitando que as mesmas sejam congruentes com as regras pactuadas no âmbito federal.

A esse respeito, Bossert (1996), em seus estudos, demonstra como as ações dos governos locais dependem da extensão e da forma que suas decisões são pactuadas e reguladas pela autoridade central. Ao Analisar a Política de Saúde do Ceará, Tandler (1998) demonstra que o desempenho dos governos locais, na política de saúde, dependeu, em grande parte, da natureza dos incentivos derivados de regras estabelecidas e (ou) pactuadas pelo governo estadual.

Conforme salienta Arretche (2003), no SUS, o governo federal deve “regular” as decisões dos governos locais por meio de instituição dos mecanismos de coordenação intergovernamental, mas concomitantemente estados e municípios têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e, em última instância, dispõem da prerrogativa de não aderir à política federal. A análise de sistemas descentralizados de saúde mostra que o desempenho dos governos locais⁵ (estaduais e municipais) é, em grande parte, resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais (ARRETCHÉ, 2003).

Em março de 2006, o Ministério da Saúde avançou neste processo, ao conduzir à elaboração do Pacto pela Saúde que, por conseguinte, agrega o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão:

Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. Entre as prioridades definidas estão a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras (Ministério da Saúde, 2006).

O Pacto pela Saúde compõe-se de: I – Diretrizes Operacionais; II - Regulamento; III – Política Nacional de Atenção Básica; IV – Diretrizes para Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, integradas, agora, por cinco grandes blocos de financiamento (Atenção,

⁵ Estaduais e municipais

Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência na qual se insere a assistência hemoterápica e hematológica, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo, assim, as mais de cem “caixinhas” que eram utilizadas para essa finalidade.

No que concerne à política da assistência hemoterápica, entende-se que o governo federal está encarregado por grande parte das funções de financiamento, formulação da Política Nacional Sangue e Hemoderivados e coordenação das ações intergovernamentais, sobretudo nos pactos a serem acordados na formulação e implementação dessa política.

Tendo em vista o exposto, esta pesquisa propiciará subsídios para nos apropriarmos da questão norteadora deste estudo: Como se efetiva o processo de planejamento e gestão dos investimentos do Ministério da Saúde, na perspectiva de implementação da cobertura hemoterápica pública no país, no período de 2000 a 2005?

Norteador por esta premissa, este estudo considera a hipótese de que o processo de planejamento e gestão dos investimentos não tem permitido avaliar o impacto do financiamento, na perspectiva de implementação da cobertura hemoterápica pública no país.

Desta forma entende-se que o mesmo objetiva discutir o processo de planejamento e gestão dos investimentos na implementação da cobertura hemoterápica pública; analisar a execução dos convênios firmados entre o MS e a Hemorrede Pública; avaliar o movimento da cobertura hemoterápica, comparando a atuação do setor público e setor privado contratado; descrever a atuação da Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados; e o funcionamento das Câmaras Técnicas de Assessoramento do Sangue.

Com esta pesquisa, pretende-se compreender o processo de planejamento e gestão dos investimentos da hemorrede pública, na perspectiva da cobertura hemoterápica. Considerando que nesta área, poucos estudos foram realizados no sentido de permitir avaliar os impactos de recursos financeiros em termos de implementação e fortalecimento dos serviços de hemoterapia neste país, justifica-se o aprofundamento e análises do referido processo. Assim, o estudo, ao discorrer sobre o processo de formação, funcionalidade, poderá contribuir para a discussão do processo de planejamento e financiamento da política de Sangue e Hemoderivados, referente à assistência hemoterápica.

MÉTODO

Devido à natureza deste trabalho, o mesmo demandou uma pesquisa exploratória e descritiva, bem como uma abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando-se de técnicas de pesquisa bibliográfica e documental.

O foco dessa análise foi a Hemorrede Pública, com recorte temporal, compreendido entre 2000 e 2005; explicitando, ainda, que entenda-se por Hemorrede Pública, todos os serviços de hemoterapia (públicos) federal, estadual e municipal; considerando o tempo e complexidade do assunto, tornou-se inviável aprofundar e levantar todos os dados que inicialmente mobilizou as autoras dessa pesquisa.

As principais fontes de informações do estudo foram: leis, decretos, resoluções, relatórios, documentos oficiais do Ministério da Saúde, dados do Sistema de Gerenciamento de Convênios/ GESCON/FNS, Relatório de Acompanhamento dos Convênios/FNS, Relatório do Perfil das Câmaras Técnicas de Assessoramento do Sangue; Planos Diretores da Assistência Hemoterápica; Sistema de Gerenciamento dos Serviços de Hemoterapia/HEMOVIDA/DATASUS; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/ DERAC/MS, Produção Ambulatorial do SIA/SUS/MS.

Considerando as dificuldades de se obter dados fidedignos sobre a produção hemoterápica da hemorrede pública (HEMOPROD-produção de sangue), optou-se por um indicador indireto de cobertura hemoterápica⁶ que foi a taxa de coletas de sangue, realizadas por leito SUS, de cada setor, público e privado contratado, por estado e região, visando a analisar o desempenho das coletas de sangue, realizadas pela Hemorrede Pública, frente aos recursos financeiros, disponibilizados para a estruturação da mesma.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que, aos hospitais gerais, a necessidade de hemocomponentes seja de 7 a 12 bolsas de sangue, por leito, por ano. No Brasil, adota-se uma média de 10 bolsas de sangue por leito, por ano, que, no entanto, varia de acordo com a complexidade do leito hospitalar.

Não serão abordados os gastos em custeio, quanto aos procedimentos hemoterápicos ambulatoriais e hospitalares, pagos com base na tabela SIA-SUS com transferência de recursos fundo a fundo, uma vez que não se pretende avaliar os valores da tabela com os custos operacionais efetivos.

⁶ A cobertura hemoterápica nos leitos SUS, convencionalmente se traduz pelas transfusões realizadas por leito. Ademais, como parâmetro de cálculo para atender à necessidade da demanda, utiliza-se 2% da população como potencial de coletas de sangue a serem realizadas por ano. A Organização Mundial de Saúde (OMS,1991) preconiza que 3% a 5% da população seja doadora de sangue, no entanto, este percentual ficou estabelecido em 2 % no Brasil (Ministério da Saúde, 1998). Realizadas as coletas de sangue nos serviços de hemoterapia, as mesmas devem alcançar o índice de processamento de sangue para a obtenção de componentes: concentrados de hemácias, plasma e plaquetas, abatidos os descartes sorológicos e outras perdas. Atualmente é preconizado de no mínimo 2 o índice de processamento. (portaria nº 790/abril/02)

Plano de Análise

Foram estabelecidos três planos de análises que definiram a organização e o processamento do conjunto de informações obtidas, abaixo listados:

- ▶ O primeiro trata da análise dos registros de investimentos que foram disponibilizados pela Coordenação da Política Nacional do Sangue e Hemoderivados/FNS/MS, ou seja, o volume de recursos financeiros viabilizado para a hemorrede pública, bem como o percentual de execução financeira, tempomédio de execução dos referidos convênios, no período entre de 2000 a 2005. E, ainda, a análise dos instrumentos de gestão financeira, utilizados pelo Ministério da Saúde.
- ▶ O segundo, da análise dos dados da taxas de coletas de sangue, realizadas por leito SUS, pelo setor público e o setor privado contratado e o total de coletas SUS (público mais o privado contratado) realizadas no período de 2000 a 2005. Na aquisição dos dados, pretendeu-se verificar como foi a evolução das coletas de sangue, realizadas no país, neste período, já que o volume de recursos financeiros disponibilizados foram significativos e, portanto, seria esperado que o número de coletas de sangue, realizadas pelo setor público, assumisse a demanda da cobertura dos leitos SUS, de forma crescente, utilizando o setor privado contratado de forma complementar, conforme determina a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a).
- ▶ O terceiro e último plano trata do perfil das Câmaras Técnicas Nacional e Estaduais de Assessoramento do Sangue, que comparados aos dados de 2003, quando foi realizada uma diagnose, período em que a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados encontrava-se na ANVISA e, em setembro de 2005, já na Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, na Secretaria de Atenção à Saúde- SAS, no Ministério da Saúde. Essa ação tem como finalidade a verificação da existência ou não de mudanças quanto ao funcionamento das mesmas. Será tratado, também, o modo de elaboração dos Planos, Nacional e Estaduais de Sangue.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Situação do Repasse Financeiro Via Convênio para Hemorrede Pública

Entre 2000 e 2005, aconteceram repasses financeiros, por meio de convênios, para os Estados e o Distrito Federal, na ordem de R\$ 127.767.004,68, como também mediante portarias para os órgãos federais, no valor de R\$11.328.789,18, para serem investimentos na Hemorrede pública.

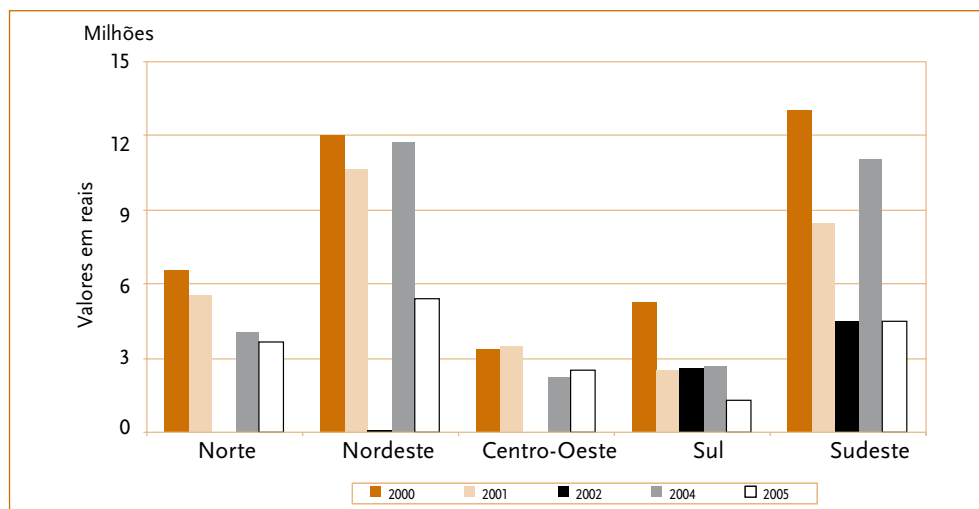
A distribuição destes recursos, na ação de estruturação, segue critérios demográficos. No entanto, cabe, aqui, a assertiva de que esse critério não tem sido suficiente para atender a demanda da maioria da hemorrede pública, visto que verifica-se a necessidade de aprofundamento dessa discussão, junto aos Estados, para que se defina outros parâmetros necessários à elaboração deste orçamento.

Ante este contexto e considerando que o atual governo priorizou a região amazônica com o “Projeto Amazônia Legal”, a Coordenação da Política Nacional do Sangue, amparada no princípio da equidade, decidiu implementar um projeto juntamente à Hemorrede Pública da Região Norte, visando a minimizar as desigualdades regionais. Neste sentido, esta região recebeu um maior suporte de consultoria técnica onde foi realizado um diagnóstico das necessidades, assim como um estímulo nos investimentos.

Convém salientar que, no ano de 2002, poucos convênios foram firmados, porquanto, neste período, a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados apontava a necessidade de definir critérios de planejamento na perspectiva do financiamento. Já no ano de 2003, apenas um convênio foi firmado com o Estado de São Paulo.

Observa-se, na Figura 1, que os investimentos na hemorrede se deram em uma escala decrescente em 2000, 2001 e 2004, salientando que, nas regiões Nordeste e Sudeste, os investimentos, em 2004, superaram os valores de 2001.

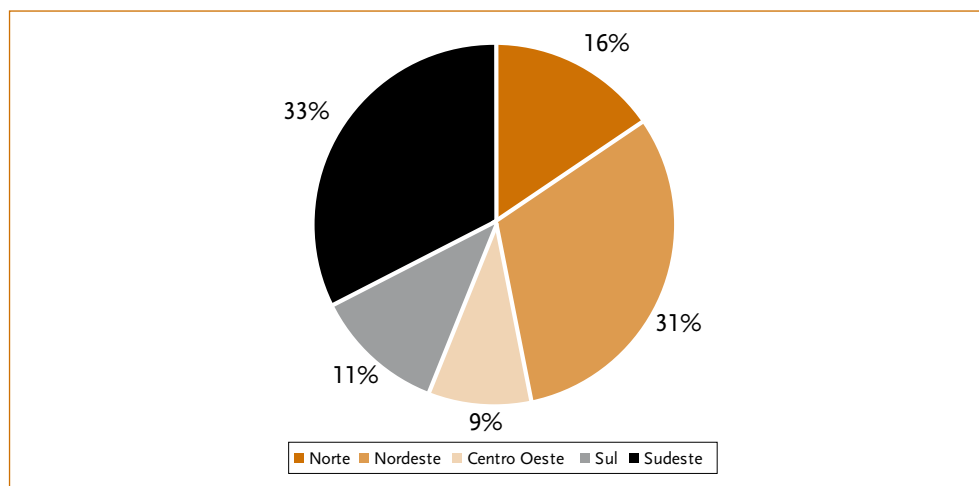
Figura 1. Total de investimento na hemorrede pública convênios, segundo regiões do Brasil (2000 – 2005).



Fonte: GESCON/MS⁷

As regiões que receberam maior volume de recursos financeiros foram Nordeste e Sudeste, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Percentual do total de investimentos, segundo regiões do Brasil (2000 – 2005).



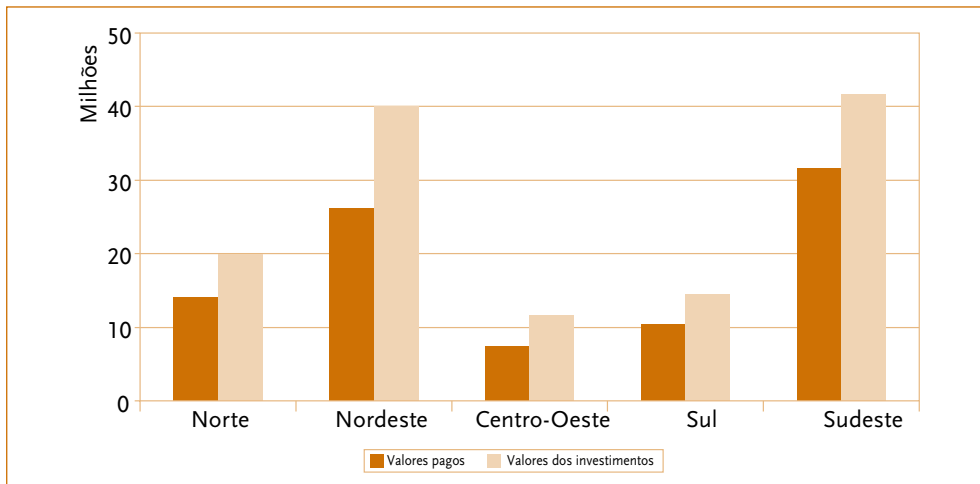
Fonte GESCON/MS⁸.

⁷ Adaptado pelas autoras.

⁸ Adaptado pelas autoras

Na Figura 3, observa-se que, ainda, existe saldo a pagar nos convênios firmados entre os anos de 2000 até 2005. Este constitui-se um indicador da existência de convênios bloqueados, sem conclusão e com pendências de prestação de contas para liberação das últimas parcelas, pois todo recurso pactuado encontra-se empenhado para fins de pagamento.

Figura 3. Total de investimentos disponíveis versus total de valores pagos dos convênios nos anos 2000, 2001, 2002, 2004, 2005.

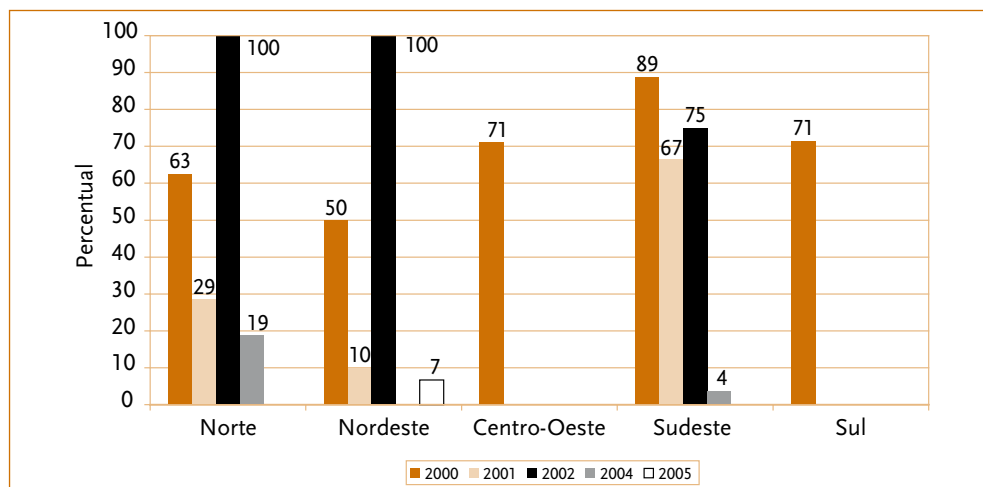


Fonte: GESCON/MS⁹

Na Figura 4, pode-se perceber que as regiões Centro-Oeste e Sul executaram somente 70% dos convênios, no ano de 2000, e não concluíram os demais, dos outros anos, apresentando os menores percentuais de execução. Os convênios, na área de investimentos em obra e aquisição de equipamentos, foram os que apresentaram maiores dificuldades de execução. No entanto, a região Sudeste possui o melhor percentual de execução do país.

⁹ Adaptado pelas autoras

Figura 4. Percentual da média de execução dos convênios.



Fonte: GESCON/MS¹⁰

Esperava-se que a execução dos convênios apresentasse uma tendência de melhoramento ano após ano, o que não aconteceu. Os convênios firmados com a Região Norte, no ano de 2000, foram executados em 62,5 %, com um tempo médio de 3,22 anos, todavia, ainda, três (3) Estados estão com seus convênios em execução, ou seja, com um período de seis (6) anos de vigência. Quando se avaliar 2001, o percentual de execução sofre uma redução (reduz) para 29%, num tempo médio de 3,75. A situação é mais grave em 2005, que apresenta um percentual de execução zero (0%). Esta situação se repete em outras regiões, que, embora apresentem diferenças nos percentuais, os dados, de forma geral, indicam grandes dificuldades na utilização dos recursos disponíveis.

A hemorrede pública, nos Estados, não tem autonomia administrativa, o que contribui para deficiência no acompanhamento da execução dos investimentos, ficando a cargo das secretarias estaduais. Cumpre salientar que, no ano de 2002, poucos convênios foram firmados, visto que, neste período, a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados tornava patente a necessidade de definir critérios de planejamento na perspectiva do financiamento. No ano de 2003, apenas um convênio foi firmado com o Estado do Rio Grande do Sul.

Principais Dificuldades na Execução dos Convênios

As principais dificuldades encontradas quanto à execução dos convênios firmados entre a Hemorrede Pública e a CPNSH/MS, foram:

¹⁰ Adaptado pelas autoras

- ▶ Fragilidade no processo de planejamento: Os recursos vêm sendo alocados pelo Ministério da Saúde e Estados sem um processo de planejamento que permita avaliar a real necessidade da população e das demandas regionais; sem, também, utilizar parâmetros formais, específicos para subsidiar os cálculos dos investimentos necessários à implementação da Hemorrede, sem, tampouco, avaliar o verdadeiro impacto destes investimentos quanto à implementação da rede e à cobertura hemoterápica nos leitos SUS.
- ▶ Projetos mal-elaborados, inúmeros pedidos de reformulação de plano de trabalho.
- ▶ Morosidade, na resposta, aos pedidos de reformulação e no processo licitatório, falta de referência para gestão dos convênios na hemorrede.
- ▶ Mudanças sucessivas de gestores, tanto da hemorrede, quanto das Secretarias Estaduais de Saúde.
- ▶ Desarticulação entre as áreas técnicas e a comissão de licitação que, em grande parte, está centralizada nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Além disso, a forma de liberação de recursos, por convênios com o Ministério da Saúde, apresenta-se problemática, seja pela burocracia, pela execução inadequada, seja pela morosidade. Outro fator que contribui para esse quadro é a dissociação da liberação de recursos frente ao estabelecimento de metas e indicadores a serem atingidos.

A falta de monitoramento e avaliação, por parte do Ministério da Saúde que, desde 2003, sofreu as desarticulações de suas visitas técnicas, é evidenciada pelas questões acima levantadas.

Avaliação das Coletas de Sangue Realizadas no País em Função dos Leitos SUS

Na área de hemoterapia, poucos estudos foram realizados principalmente no campo de impacto de cobertura hemoterápica pela hemorrede pública, nos leitos SUS.

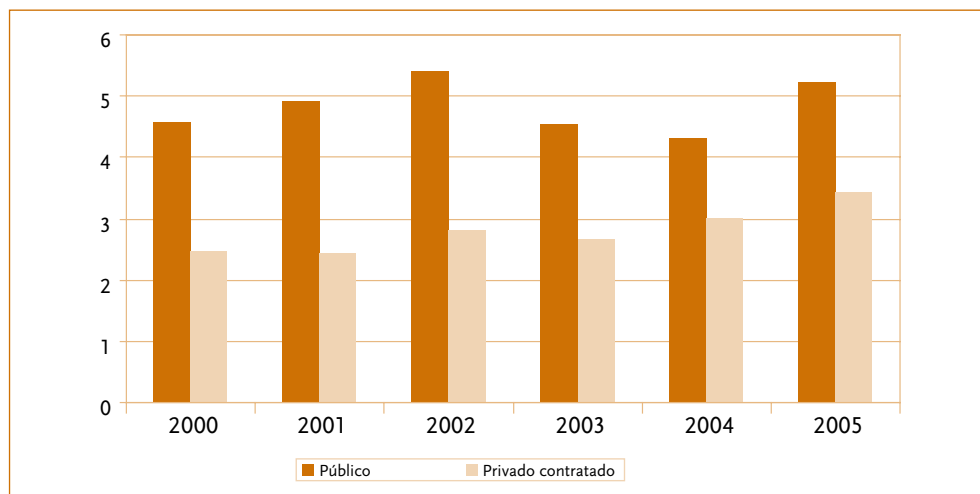
O Ministério da Saúde, na área de pesquisa do sangue, pouco avançou enquanto órgão regulador, na priorização da hemorrede pública, para atender a demanda SUS, a não ser, pela portaria GM 1737/04 (BRASIL, 2004a), na qual ficou evidenciado que o gestor só deve “comprar serviço”, quando ficar comprovado que a sua capacidade instalada pública está esgotada.

Na Figura 5, verifica-se um crescimento da taxa de coleta de sangue, no setor público, no período de 2000 a 2002 e no ano de 2005, e um decréscimo de 2002 a

2004; todavia, evidencia-se uma tendência de crescimento no setor privado contratado. Esta realidade demonstra que o setor complementar representa, ainda, 40% da cobertura hemoterápica dos leitos SUS, cabendo a contextualização de, conforme dados coletados, a taxa de coletas de sangue por leitos SUS tenha aumentado, em todas as regiões, no ano de 2005, houve uma redução de leitos em relação ao ano de 2004.

Outros sim, o fator da taxa de coletas de sangue do setor público não demonstrar crescimento, é preocupante, considerando que estamos vivenciando um momento histórico no país, que é a implantação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRAS, visando a auto-suficiência no fornecimento de hemoderivados. O êxito deste projeto depende do incremento de coletas de sangue, bem como da fidelização do doador e da certificação dos serviços de hemoterapia. Portanto, esse é um dado que merece uma análise acurada.

Figura 5. Taxa de coletas de sangue, realizadas pelo setores público e privado contratado, segundo leitos SUS, 2000 – 2005.



Fonte: DERAC/MS¹¹

Segundo estudo realizado pela CPNSH, a distribuição dos serviços privados contratados no país, verifica-se, preferencialmente nas capitais e na região metropolitana, com exceção da região norte, que é prioritariamente coberta pela hemorrede pública.

Provavelmente, essa região não foi considerada como atrativa, face ao baixo volume de doação de sangue, dificuldade de acesso, custos mais elevados e maior necessidade de investimentos para infraestrutura.

¹¹ Adaptado pelas autoras

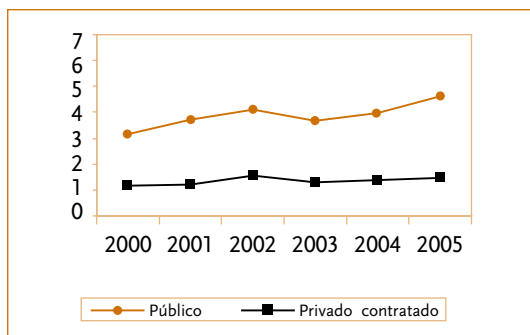
No entanto, quando se analisa a taxa de coleta de sangue do estado do Amapá, percebe-se que esta se apresenta bastante elevada, considerando-se a complexidade dos leitos existentes. Em Roraima, a mesma, entre 2003 e 2005, demonstrou um aumento significativo, embora a coordenação da hemorrede tenha desativado todas as nove agências transfusionais existentes.

Segundo os dados do SIA/SUS, na região Norte, não existe o setor privado contratado de coleta de sangue, cabendo exclusivamente ao Estado este procedimento.

A Hemorrede Pública da Região Nordeste obteve um crescimento gradativo em todos os estados, exceto o do Estado da Bahia que apresenta um decréscimo de 2000 a 2003 e um tímido crescimento de 2004 para 2005, o que indica que praticamente não cresceu e ainda persiste na “compra dos serviços” do setor privado contratado, de forma prioritária. Em Sergipe, houve um brusco crescimento do setor público de 2000 a 2001, decaindo nos anos subsequentes. No Estado da Paraíba, houve um decréscimo considerável no setor privado contratado (Figura 6).

A Hemorrede Pública da Região Sudeste demonstrou crescimento da taxa de coletas de sangue, especialmente, no estado do Espírito Santo, embora a participação do setor privado contratado decrescesse nos Estados de Minas Gerais e Espírito Santo (Figura 7).

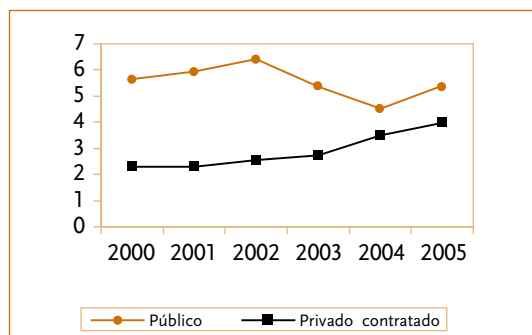
Figura 6. Taxa de coletas de sangue por leito SUS, Região Nordeste, 2000 – 2005.



Fonte: DERAC/MS¹²

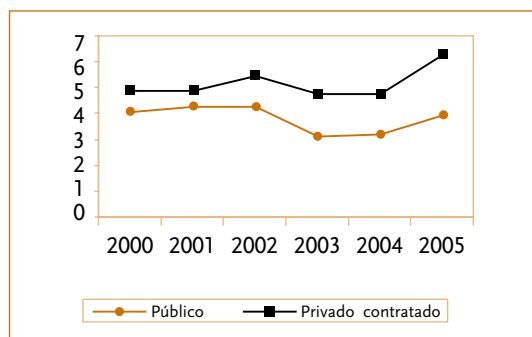
¹² Adaptado pelas autoras

Figura 7. Taxa de coletas de sangue por leito SUS, Região Sudeste, 2000 – 2005.



Na Região Sul, os Estados do Rio Grande do Sul e do Paraná praticamente dividem a mesma taxa de coletas de sangue com o setor privado contratado que apresenta uma tendência de crescimento (Figura 8). A hemorrede de Santa Catarina, em função do serviço ser cadastrado, no Sistema SUS, como natureza jurídica.

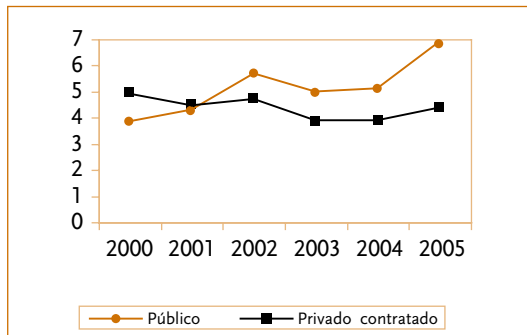
Figura 8. Taxa de Coletas de Sangue por Leito SUS, Região Sul, 2000 – 2005.



Fonte DERAC/MS adaptado pelas autoras

Na Figura 9, observa-se que a Região Centro-Oeste apresentou a maior taxa de crescimento, demonstrando uma tendência de crescimento do setor público, com destaque para o Distrito Federal. Entretanto é importante salientar que o Estado de Goiás é o que mais “compra serviço” do setor privado contratado, o que está totalmente fora da lógica do SUS. O setor privado contratado é extremamente forte.

Figura 9. Taxa de coleta de sangue por leito SUS, Região Centro-Oeste, 2000 – 2005.



Fonte DERAC/MS adaptado pelas autoras

Os Instrumentos de Gestão e Processo de Planejamento

Um dos instrumentos de gestão, utilizado pelo Ministério da Saúde, é o sistema de gerenciamento de convênios – GESCON que objetiva acompanhar a gestão financeira dos mesmos, disponibilizando a entrada de documentos de habilitação e projetos, relatório de acompanhamento, prestação de contas, bem como solicitação de reformulação de planos de trabalho.

Este sistema tem sua função restrita à situação financeira, indicando a necessidade de articulação entre a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados e Fundo Nacional de Saúde em prol do aperfeiçoamento do mesmo. Esta questão merece ser criteriosamente avaliada, para fins de qualificação do processo de gestão, por meio de formulação e monitoramento de metas e indicadores.

Atualmente, o número de serviços de hemoterapia é significativo, merecedores de um diagnóstico aprimorado, com o intuito de verificar quais os serviços que estão construídos, equipados, inaugurados e sem funcionamento.

Além disso, sabe-se que a disponibilidade de informação, apoiada em dados válidos e fidedignos à realidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões, baseadas em evidências, e para a programação de ações de saúde.

No caso da hemoterapia, dispõe-se, apenas, de um Sistema de Gerenciamento dos Serviços de Hemoterapia - HEMOVIDA\DATASUS, que tem como principal objetivo ampliar a informatização, mas ainda não foi expandido para toda a rede. Entretanto, está sendo desenvolvido um projeto que visa a sua ampliação para controlar e avaliar os serviços de hemoterapia pública do país.

A informatização, em si, não gera dados e informações para a gestão. Essas dependem de um processo de planejamento estratégico de informação, no qual se

estabeleça as informações relevantes para a gestão da política; assim, a inexistência de uma matriz pactuada de indicadores e metas que possa guiar o processo de alocação de recursos, conforme as necessidades da gestão, inibe o mesmo, de sorte que se dispõe, apenas, de dados pulverizados, pouco confiáveis, que impossibilitam a avaliação entre os níveis de produção e a liberação de recursos financeiros e os objetivos da política. Além disso, convém destacar que houve uma desarticulação entre a implantação da NOAS/01/02 (BRASIL, 2002b), a Programação Pactuada e Integrada – PPI, a Regionalização da Saúde com os Planos Diretores de Saúde - PDRS nos estados e o planejamento da hemorrede pública.

Outro aspecto merecedor de atenção é a implantação efetiva das Câmaras Técnicas de Assessoramento do Sangue Nacional que foram criadas mediante a portaria nº 2.700/GM (BRASIL, 2004b), e as Estaduais, criadas no Decreto 3990/01 (BRASIL, 2001c) e ratificadas no Decreto 5045/04 (BRASIL, 2004c).

Situação do Funcionamento das Câmaras Técnicas de Assessoramento do Sangue

Em 2004, instituiu-se a Câmara de Assessoramento Técnico Nacional, cuja finalidade é o assessoramento à Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, no contínuo aperfeiçoamento da Política Nacional de Sangue – Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados – SINASAN. Essa Câmara tem a seguinte composição e atua sob a coordenação do primeiro: I – Coordenador da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados - DAE/SAS/MS; II – Três (3) representantes da hemorrede pública e um (1) representante da área de ensino e pesquisa, indicados pela Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados – DAE/SAS/MS; III – Um (1) representante da área de controle e avaliação, indicado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; IV – Um (1) representante da área de planejamento, indicado pela Secretaria-Executiva - SE/MS; V – Um (1) representante da área de vigilância epidemiológica, indicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS; VI – Um (1) representante da área de vigilância sanitária, indicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA/MS; VII – Um (1) representante da área de hematologia, indicado pelo Colégio Brasileiro de Hematologia; e VIII – Um (1) representante da área de hemoterapia, indicado pela Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.

Quanto à composição, é notória a ausência do representante de usuários do Conselho Nacional de Saúde, já que o mesmo é um ator importante no processo de definição do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados para o país.

Quanto à regularidade das reuniões da Câmara Nacional de Assessoramento Técnico, deve acontecer ordinariamente a cada seis meses e de forma extraordinária, quando convocada pelo Coordenador da mesma. A simples observação do período

em que foi constituída, até outubro de 2006, a câmara se reuniu apenas duas vezes e não exerceu efetivamente o seu papel, enquanto instância de assessoramento na formulação do Plano Diretor Nacional do Sangue e Hemoderivados, que, ainda, não foi elaborado nem houve discussão e articulação com a hemorrede pública do país para a sua efetivação.

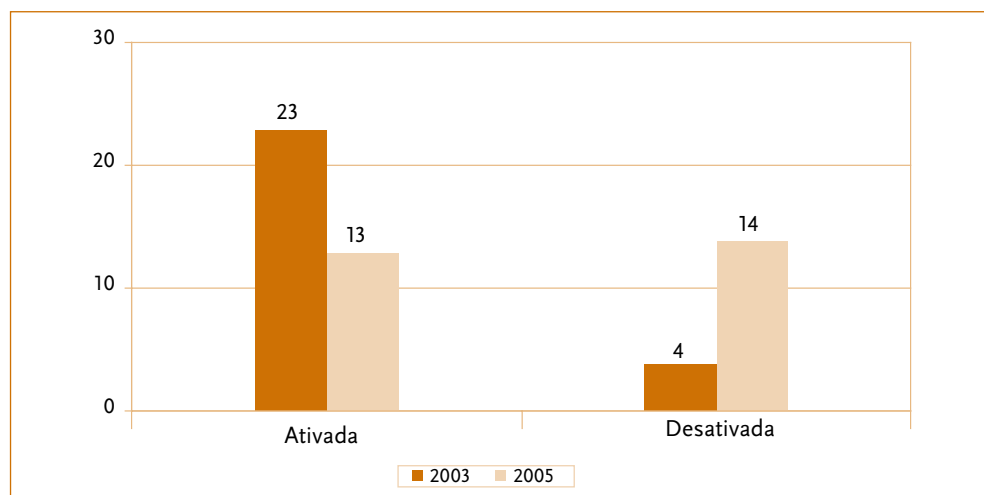
As Câmaras Técnicas Estaduais de Assessoramento do Sangue têm por finalidade a elaboração dos Planos Diretores Estaduais de Sangue junto aos Estados. Na constituição dessa Câmara, atuam os seguintes atores, sob a coordenação, respectivamente, do: Hemocentro Coordenador/Capital; Representante da Vigilância Epidemiológica Estadual; Representante da Vigilância Sanitária Estadual; Representante da Área de Planejamento Estadual; Representante da Área do Controle e Regulação da Saúde Estadual e, ainda, sugere-se a participação dos usuários. Na prática, evidencia-se a necessidade de outros integrantes participarem, tais como: representantes do CONASEMS, dos Hospitais Universitários, de Hospitais Públicos Estaduais e Municipais, dos Conselhos de Saúde Estadual, Regional e Municipal.

A hemorrede pública apresenta muitas dificuldades de implantação das Câmaras Técnicas de Assessoramento de Sangue e, principalmente, de implementação das mesmas. Em muitos casos, a mesma funciona de forma cartorial, não atendendo aos objetivos a que foi proposta.

Outra questão que promove essa dificuldade é o fato de ser conduzida, muitas vezes, de forma centralizadora, sem a devida transparência das pautas discutidas e definidas, como prioridades, na condução das políticas de sangue. O usuário (controle social) nem sempre participa das discussões.

Em levantamento realizado, em 2003, na Gerência Geral de Sangue e outros Tecidos e Órgãos (GGSTO\ANVISA\MS) e, em 2005, na Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados/DAE/SAS/MS, sobre o perfil situacional das Câmaras Técnicas Estaduais de Assessoramento de Sangue pode-se verificar um significativo retrocesso no funcionamento das mesmas, conforme demonstrado na Figura 10.

Figura 10. Situação do Funcionamento das Câmaras Técnicas Estaduais de Assessoramento de Sangue, 2003 e 2005.



Fonte: ANVISA/MS

Na Região Norte, somente a hemorrede do estado do Pará manteve a Câmara Técnica Estadual de Assessoramento de Sangue em pleno funcionamento, visto que os demais Estados, como: Amazonas, Amapá, Acre, Roraima, Rondônia e Tocantins as câmaras estavam em processo de estruturação.

Na região Centro-Oeste, do Distrito Federal e de Mato Grosso do Sul apresentavam, também, Câmaras Técnicas em pleno funcionamento; já nas demais hemoredes do Mato Grosso e Goiás, apresentaram a precariedade de funcionamento.

Na região Sudeste, o cenário se apresentou fortalecido e avançado no processo de planejamento. Toda a hemorrede pública, como: Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro trabalha com agenda e pautas específicas para a discussão dos Planos Diretores da hemoterapia, concomitantemente com as Câmaras Técnicas Estaduais de Assessoramento de Sangue. A exceção é a Hemorrede de São Paulo que, devido a sua complexidade, a coordenação se processou por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde, de sorte que, paulatinamente, organiza um colegiado que permita concretizar e constituir a Câmara Técnica Estadual de Assessoramento do Sangue para aquele Estado.

O Nordeste apresentou um quadro heterogêneo. As Câmaras Técnicas mais avançadas e articuladas com as Secretarias de Saúde dos Estados foram as de Pernambuco e do Ceará, que se destacaram pelo caráter negociador e articulador na inserção do SUS e pactuações dos Planos Diretores de Assistência Hemoterápica de seus estados. As Câmaras Técnicas dos Estados da Bahia, Alagoas, Sergipe, Paraíba, Maranhão encontravam-se em fase de implantação.

No Sul as Câmaras Técnicas dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná encontravam-se em atividade, porém constatou-se a necessidade de ampliar a atuação das mesmas junto aos demais serviços que compõem a hemorrede, no interior do estado, visando à integração e à participação dos mesmos, na elaboração dos Planos Diretores de Sangue.

Os Planos Diretores de Assistência Hemoterápica

Os Planos Diretores de Assistência Hemoterápica foram propostos pela hemorrede pública e todos apresentaram-nos junto à Coordenação da Política Nacional de sangue e Hemoderivados.

Mas, os planejamentos, nas hemorredes, com raras exceções no país, são desarticulados do Plano Diretor de Saúde dos Estados, prejudicando mais do que traduzindo as necessidades da interiorização da hemorrede.

À luz desse direcionamento, deve-se refletir sobre o caráter bastante normativo desses planos, cujo princípio formulador é o Hemocentro Coordenador. Os hemocentros do interior ficam pouco inseridos no processo; dessa forma, os Planos escritos não aparecem como registro de acordos, nas diversas instâncias de planejamento, mas muito mais como plano livro.

Quanto ao controle Social, poucos serviços de hemoterapia trabalham conjuntamente com os conselhos, pautando discussões sobre a política de sangue a ser adotada pelo estado. Parecem esquecer que a sustentabilidade das ações não é uma questão meramente técnica, é também política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hemorrede pública do país avançou de modo bastante significativo, na qualidade do sangue, garantindo uma melhor segurança transfusional à população. Entretanto, verifica-se que o montante de recursos financeiros disponibilizados, devido à forma de liberação, não possibilitou que a Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados/MS visualizasse o impacto esperado na implementação de cobertura hemoterápica.

O assunto requer uma profunda discussão com os gestores da saúde, visando a pactuar a mudança da lógica do sistema de cobertura hemoterápica pela hemorrede pública. Em alguns estados, como: Espírito Santo, Alagoas, Bahia, Goiás, Paraná e Rio Grande do Sul, o setor privado ainda é muito forte. Essa mudança

deve ser estratégica e gradativa, a fim de não fragilizar e expor o setor público que tem, na sua concepção “amarras técnico-administrativas” que dificultam a gestão do sistema.

Nos últimos três anos, verificou-se um maior entendimento do papel da hemorede perante o Sistema Único de Saúde, entretanto é preciso investir na discussão da gestão do teto da hemoterapia em cada estado, já que o mesmo está pulverizado entre o público e o privado contratado, este com forte tendência de crescimento. Isso acarreta, muitas vezes, a inviabilidade de implementação da cobertura hemoterápica, visto que não há teto para a expansão da rede.

A insuficiência de instrumentos para o controle e avaliação dos investimentos e ações, a má execução orçamentária desses recursos, as lacunas concebidas pela política de sangue, as indefinições de um modelo assistencial para a hemoterapia e a indefinição de metas e indicadores são questões que demandam uma reflexão e um conjunto de ações que envolvem todos atores sociais comprometidos com a consolidação desta política pública.

Face a todas essas explicações, é evidente a anuência à posição de Campos (1991) de que:

Elaborar os Planos Diretores ou Planos de Aplicação deve ser orientado mediante objetivos estratégicos previamente definidos. Ou seja, cada centavo a ser investido deveria ser alocado em função de um novo modelo assistencial. Os repasses de recursos e a elaboração dos Planos de Saúde deveriam reforçar o estabelecimento de um Sistema Único de acesso público, com atendimento democratizado em sua gestão e em seu funcionamento.

Evidencia-se que a hipótese levantada desse estudo foi comprovada em função de que, atualmente a Coordenação da Política Nacional do Sangue e Hemoderivados, não dispõe de indicadores e metas capazes de visualizar o impacto de cobertura hemoterápica dos leitos SUS, por meio da hemorede pública. Na verdade o que se observa é uma tendência de crescimento das taxas de coletas de sangue no âmbito do setor privado contratado em detrimento do setor público.

Assim, este estudo ressalta a necessidade de se ter uma política com objetivos claramente definidos, um modelo assistencial em que o papel do setor privado contratado seja efetivamente de caráter complementar, no qual seja consolidado o papel das Câmaras Técnicas de Assessoramento do Sangue, tanto em âmbito nacional quanto estadual.

É preciso desenvolver o papel de regulação da Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados e implementar um processo de planejamento estratégico participativo que conduza a pactuação de metas e indicadores, monitoramento e avaliação sistemática.

O rompimento da forma hegemônica de liberação de recursos que se traduziu, neste período, sinaliza à elaboração de um Termo de Compromisso de Gestão, seguindo as normas de pactuação da portaria 699/06 (BRASIL, 2006a), que possam conduzir um processo de investimento mais efetivo para a implementação da cobertura hemoterápica pública e contribuir para nortear a Política Nacional do Sangue e Hemoderivados do país.

Análise das Condições Operacionais e da Cobertura Hemoterápica nos Núcleos de Hemoterapia do Piauí

Autora: Regina Lúcia Oliveira Ramos¹

Orientadora: Professora Luci Praciano Lima²

¹ Hemopi - Piauí

² Departamento de Medicina Preventiva Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco

INTRODUÇÃO

Antes da instalação, em 1984, do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí (Hemopi) em Teresina, a prestação de serviço na área de sangue ocorria de forma bastante rudimentar e não era de boa qualidade. A coleta de sangue era realizada nos próprios hospitais pelos seus bancos de sangue. O mais conhecido deles era o do Hospital Getúlio Vargas (HGV), o maior hospital público do Piauí.

O sangue colhido do doador era injetado no receptor sem triagem médica, sem sorologia para Chagas, hepatite e sífilis, pois esses hospitais não possuíam materiais, nem contavam com equipamentos ou tecnologia adequadas para realização de exames laboratoriais mais completos. Portanto, só eram realizados testes para identificação do grupo sanguíneo e o fator Rh. Além disso, os materiais utilizados não eram descartáveis, a agulha era metálica e usada em vários doadores sem nenhuma esterilização. Nesse período, houve grande disseminação de doenças.

Após a criação do Plano Nacional de Saúde, desenvolveu-se um avanço tecnológico e científico proporcionando o investimento de recursos destinados à Política do Sangue. Estas ações possibilitaram a aquisição de materiais importantes para a realização de testes sorológicos que identificam a doença de Chagas, hepatite e sífilis. Em decorrência desse processo tornou-se premente a criação e fortalecimento de hemocentros nos estados brasileiros, entre eles o Hemopi.

A Criação do hemocentro de Teresina surge em um contexto mais geral da Política Nacional de Saúde, quando o governo federal é pressionado a responder a demanda da população por maior qualidade e segurança na transfusão de sangue.

Neste sentido, o Hemopi nasce vinculado ao Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), criado em 1980; incluindo-se como um programa especial do governo, cujo objetivo maior era alcançar a cobertura hemoterápica em todo país. A criação da hemorrede – com unidades executoras nas capitais e interior dos Estados – visava ao cumprimento da Política Nacional do Sangue promovendo as doações voluntárias como medidas de proteção do doador e receptor, padronização dos procedimentos técnicos, qualificação de recursos humanos com desenvolvimento do conhecimento tecnológico e científico na área, além do disciplinamento da produção, estocagem e distribuição dos hemocomponentes (BRASIL, 1987).

A preocupação das autoridades sanitárias, das associações de hemofílicos e da sociedade civil em geral por conquistar a normalização de uma política de sangue, que garantisse serviços especializados, foi despertada com o surgimento e expansão da AIDS, tendo em vista que a transfusão de sangue passou a ser uma das formas de disseminação dessa doença. Paralelamente passou-se a questionar em nível nacional a crescente comercialização de sangue, quando um indivíduo

portador de qualquer patologia podia se apresentar frente ao hospital e vender seu sangue (ALMEIDA, 1995).

A transfusão de sangue está inserida como atividade de saúde pública no seu mais amplo sentido. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam para o Brasil cerca de 5 milhões de transfusões/ano, sendo que 70% delas são controladas pelo setor público, uma vez que o Brasil conta hoje com mais de 2.432 unidades hemoterápicas cadastradas das quais 50% são privadas e as demais públicas e filantrópicas. No entanto, cerca de 62,3% das bolsas coletadas são oriundas do setor público (BRASIL, 2003c).

A partir de 1987 o Pró-Sangue definiu como meta: “sangue com 100% de qualidade até 2002 em todo país”. Para atingir este objetivo foram criadas as Metas Mobilizadoras Nacionais, com o intuito de se montar uma estrutura para atender as necessidades transfusionais da população nos pontos mais remotos do país, com o mesmo nível de excelência e qualidade que nos hemocentros localizados nas capitais (CARVALHO; OLIVEIRA; FONTES, 1988).

Assim, foi instituído o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Piauí – Hemopi, em 12/10/1984, com apoio do Ministério da Saúde. Institucional e administrativamente o Hemopi nasceu vinculado a SUHEPI (Superintendência Hospitalar do Estado do Piauí). O período de transição do Banco de Sangue do HGV para o Hemocentro do Piauí foi marcado por algumas dificuldades político-administrativas.

A criação do Hemopi foi um grande avanço, constituindo-se numa entidade de caráter assistencial, científica e educacional, tendo por objetivo a prestação de serviço hematológico e hemoterápico, segundo as diretrizes da Política Nacional de Sangue, que prevê para os hemocentros a prestação direta de serviços a uma clientela universalizada.

A principal fonte de recursos financeiros para o Hemopi é o Sistema Único de Saúde, sendo o repasse dos recursos feito pelo Ministério da Saúde por intermédio da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. Os recursos para o pagamento da folha de pessoal são de responsabilidade da Secretaria de Saúde. Porém o Hemopi é responsável pelo pagamento de alguns funcionários que trabalham em regime de serviços prestados, além de um percentual de produtividade que é acrescido aos salários dos funcionários. Outra fonte de recursos do qual o Hemopi dispõe, diz respeito aos atendimentos particulares por meio do repasse de sangue para transfusão em pacientes de convênios e atendimento particular.

Em 1986, o Pró-Sangue transformou-se na Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados (DINASHE) que, em 1988, instituiu o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE). Esse plano sistematizou as políticas setoriais do Ministério da Saúde, fixando parâmetros indispensáveis à institucionalização das

ações do Poder Público, capazes de assegurar a boa qualidade do sangue transfundido em todo o país.

Os objetivos e ações de cunho imediato e de médio prazo fixavam o período 1988-1992 como horizonte estratégico para consolidar o processo de institucionalização do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASHE), criando condições favoráveis para a consolidação das mudanças pretendidas nas áreas jurídico-normativas, organizacional, gerencial e técnico - científica. O objetivo final do plano era proporcionar condições para que a hemoterapia e a hematologia, vistas sob diferentes óticas, fossem perenizadas no complexo das políticas nacionais de saúde (BASÍLIO, 2002).

Em 1995, Por diretrizes normativas, o PLANASHE enfocou a interiorização das unidades operacionais, com a criação de novos hemocentros, núcleos de hemoterapia e agências transfusionais, sob a influência do modelo de organização apresentado no SUS, com a descentralização das decisões administrativas e financeiras aos governos estaduais, propiciando uma maior autonomia aos hemocentros, com recursos, inicialmente, da União e depois complementados com recursos do Projeto REFORSUS.

Hoje, decorridos 26 anos da criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e 19 anos da instituição do PLANASHE, o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados está organizado de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente; e detém uma rede de serviços que estimativamente abastece mais de 60% do sangue e componentes transfundidos no país (ALMEIDA, 1995).

A hemorrede pública nacional conta atualmente com 31 hemocentros coordenadores, 52 hemocentros regionais, 74 núcleos de hemoterapia, 139 unidades coletoras e 457 agências transfusionais. A rede do Estado do Piauí é composta por um Hemocentro Coordenador, na capital de Teresina, três Núcleos de Hemoterapia, em Parnaíba, Picos e Floriano e 18 Agências Transfusionais em locais estratégicos, sendo que uma encontra-se desativada após fiscalização da Vigilância Sanitária.

Em 2005, o Hemocentro Coordenador colheu um total de 38.851 bolsas de sangue, em média 3.200 bolsas/mês e foi responsável por 3.000 transfusões de hemocomponentes/mês, sendo feito todo o controle de qualidade em suas próprias instalações.

Como a questão da interiorização dos serviços de hemoterapia é considerada um aspecto fundamental na ampliação do atendimento à população, observa-se que os núcleos de hemoterapia do Piauí vêm obtendo resultados inferiores a sua capacidade operacional, tendo coletado no ano de 2005 – entre 1.º de janeiro e 31 de dezembro – um total de 6.099 bolsas, com uma média de 251 bolsa/mês em Parnaíba, 153 unidades em Floriano e 129 em Picos.

Vale ressaltar que estas unidades da rede hemoterápica estão inseridas em municípios com população variando entre 50 e 100 mil habitantes e que, portanto, mesmo estando inseridas em regiões com densidade demográfica significativa (10,47 Habitantes/km²), com várias microrregiões acopladas, os patamares atingidos encontram-se muito aquém do preconizado pela OMS, que é de 2% da população entre 18 e 65 anos.

OBJETIVO

Analisar a situação dos núcleos de hemoterapia do Piauí quanto a sua produção e visão dos servidores sobre o processo de trabalho para ampliar a produtividade e a qualidade dos serviços.

MÉTODO

Área de Estudo: compreendeu os três núcleos de hemoterapia do Piauí, localizados nas cidades de Parnaíba, Picos e Floriano.

População de estudo: servidores lotados nos núcleos de hemoterapia em seus diferentes níveis hierárquicos, que se encontravam no efetivo exercício, na ocasião da coleta de dados, sendo excluídos os servidores ausentes por licenças, férias ou outros motivos legais. O levantamento foi realizado no período de um mês. A amostra foi composta por 44 servidores, com igual número de questionários respondidos, sendo 17 dos servidores de Floriano, 18 pelos de Parnaíba e 09 pelos de Picos.

Desenho: estudo de caso que permite a análise em profundidade e detalhamento de aspectos ou razões dos baixos níveis de captação e distribuição de hemocomponentes nos núcleos de hemoterapia do Piauí. Esta pesquisa utiliza a abordagem quantitativa e classifica-se também como descritiva, pois procura ampliar o nível de conhecimento sobre a situação dos núcleos de hemoterapia do Piauí quanto a sua produção e visão dos servidores sobre o processo de trabalho.

Coleta de dados: ocorreu em duas etapas: a primeira foi realizada uma revisão da literatura, utilizando-se de referências bibliográficas específicas para a fundamentação teórica do trabalho; a segunda foi composta por estudo de campo, com a elaboração e aplicação do questionário, levantamento de dados estatísticos assistenciais no sistema DATASUS e dados quantitativos de produção da hemorrede do Piauí no HEMOPROD/VISA (Relatório de Produção de Hemocomponentes da Vigilância Sanitária).

Instrumento de coleta de dados: O instrumento utilizado na pesquisa de campo foi um questionário com 20 questões fechadas de fácil preenchimento, que contém uma nota explicativa visando a facilitar a compreensão, abordando dados pessoais, inserção no trabalho, condições para a realização do trabalho, relações interpessoais além da avaliação sobre supervisão e suporte técnico operacional do hemocentro coordenador. Inicialmente, foi realizado um pré-teste, com três servidores do hemocentro coordenador, com características semelhantes aos dos núcleos onde seria aplicada a pesquisa, não sendo identificado nenhuma dificuldade pela fidedignidade e validade do questionário.

Fontes de dados: Os dados referentes à população, densidade demográfica, número de leitos existentes e quantidade ideal, foram obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O número de internações e estabelecimentos de saúde públicos e privados com seus respectivos números de leitos foi coletado no DATASUS. A produção dos núcleos de hemoterapia, referente ao número de bolsas coletadas e hemocomponentes transfundidas, foi pesquisada no sistema HEMOPROD. Dados sobre a cobertura por área de abrangência no ano de 2005 foram obtidos nos relatórios de coleta de hemocomponentes e diretamente dos registros do setor de distribuição do Hemopi. A análise dos dados foi apresentada em tabelas com distribuição de frequência e gráficos, enfocando os pontos de maior impacto, seguida de discussão confrontando com a teoria, para posterior conclusão.

Aspectos operacionais e éticos: A pesquisa obedeceu garantia do sigilo das informações e o respeito ético que o estudo requer, com a utilização dos dados obtidos exclusivamente com fins científicos e de monitoramento para a melhoria da hemorrede no Piauí. Como procedimentos para coleta de dados buscaram-se diferentes fontes, considerando-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), especificamente o artigo III que trata dos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Caracterização dos Núcleos de Hemoterapia

Núcleo de Hemoterapia de Parnaíba

Localização, Abrangência e População

O município de Parnaíba, onde está localizado o núcleo de hemoterapia, tem um total de 141.939 habitantes, é a sede da 1.^a Diretoria Regional de Saúde. Este núcleo atende também a região noroeste do Ceará, devido à proximidade e facilidade de

acesso, como também dá cobertura à 2ª Diretoria Regional de Saúde - Barras, constituída por 3 Centrais Sorológicas: Barras (71 leitos), Esperantina (81 leitos) e Piripiri (93 leitos).

Serviços de Saúde, Leitos, Captação e Transfusões

Parnaíba conta hoje com 65 serviços de saúde, destes 29 são públicos, sendo 2 com internação, e 36 privados sendo 06 com internação, totalizando 742 leitos, destes 619 disponíveis para o SUS.

Quanto à produção realizada pelo núcleo, no ano de 2005, foram colhidas 3.007 bolsas, numa média 251/mês, segundo o padrão da OMS (2% da população) a estimativa seria de 4.451 bolsas/ano.

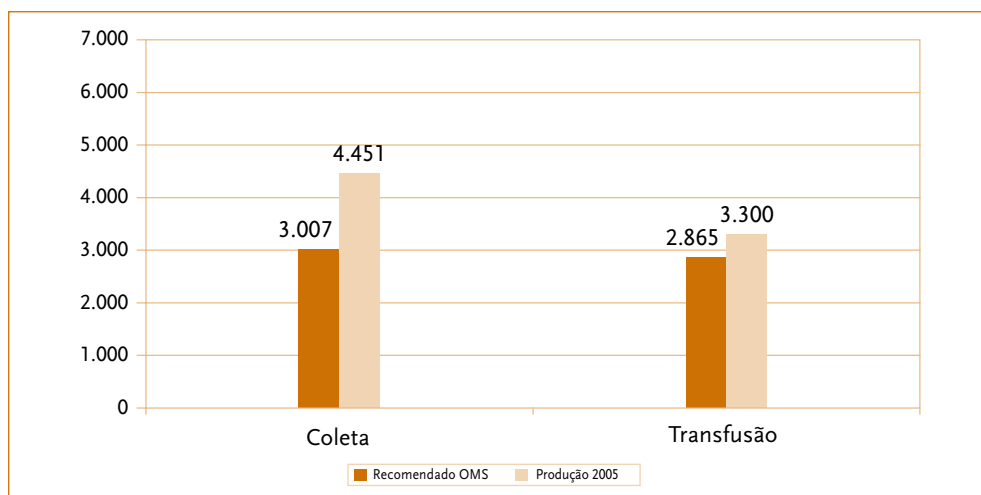
No que se refere ao número de transfusões, foram realizadas 2.865, numa média de 239/mês, número abaixo do recomendado, uma vez que o total previsto pela OMS (3 bolsas/leito/ano) deveria ser de 3.300 bolsas de sangue (Figura 1). Verifica-se que o atendimento prestado pelo núcleo de hemoterapia não se restringe ao município onde o mesmo está sediado, tornando mais grave a questão, visto que acrescido o número de leitos a necessidade de sangue aumenta, comprometendo a resolubilidade do serviço pela falta de bolsas.

Recursos Humanos

Tabela 1. Distribuição dos técnicos de nível médio e superior do núcleo de hemoterapia de Parnaíba/PI, 2005.

NÍVEL / FUNÇÃO	N.º TOTAL	%
Nível médio		
Recepcionista	2	8,7
Aux. Administrativo	1	4,3
Serviços Gerais	3	13,1
Aux. Laboratório	1	4,3
Técnico Enfermagem	4	17,5
Aux. Enfermagem	3	13,0
Nível superior		
Supervisor Administrativo	1	4,3
Supervisor Técnico	2	8,7
Enfermeiro	3	13,1
Assistente Social	2	8,7
Bioquímico	1	4,3
TOTAL	23	100

Figura 1. Distribuição por n.º de bolsas x recomendação OMS no núcleo de Parnaíba no ano de 2005.



Núcleo de Hemoterapia de Picos

Localização, Abrangência e População

O Município de Picos, onde se localiza o núcleo, possui um total de 71.020 habitantes. É a sede da 9ª Diretoria Regional de Saúde. O núcleo de Picos tem como áreas de abrangência à 7ª, 8ª e 11ª Diretorias Regionais de Saúde – Valença, Oeiras e São João respectivamente, com 5 Centrais Sorológicas [Valença (47 leitos), Oeiras (157 leitos), Picos (413 leitos), São João do Piauí] e 24 Agências Transfusionais.

Serviços de Saúde, Leitos, Captação e Transfusões

Picos conta hoje com 68 serviços de saúde, destes 40 são públicos, sendo 02 com internação, e 29 privados sendo 07 com internação, totalizando 417 leitos, destes 296 disponíveis para o SUS.

Quanto à produção realizada pelo núcleo, no ano de 2005, foram colhidas 1.474 bolsas, numa média 123/mês. Conforme recomendação da OMS (2% da população) a previsão do número de bolsas que deveriam ser coletadas era em torno de 6.179 bolsas.

No que se refere ao número de transfusões foram realizadas 1.318, numa média de 110/mês, quando o esperado pelo padrão de segurança da Organização Mundial da Saúde era de 1.863 bolsas somente para a sede do município (Figura 2).

Quando se acrescenta o número de leitos dos municípios atendidos pelo núcleo de hemoterapia pode-se observar uma defasagem entre o número de coletas e o

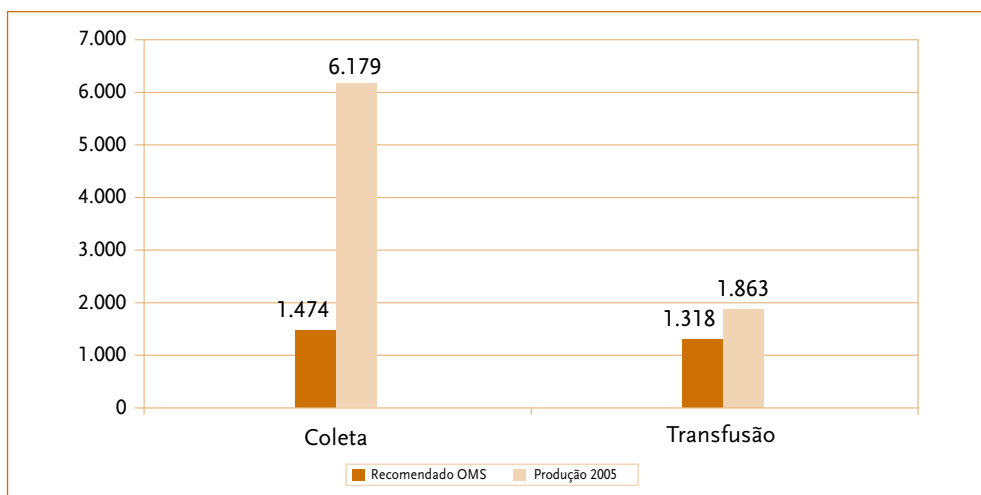
recomendado pela OMS, fato de importante relevância para a saúde pública no nosso Estado.

Recursos Humanos

Tabela 2. Distribuição dos técnicos de nível médio e superior do núcleo de hemoterapia de Picos/PI, 2005.

NÍVEL / FUNÇÃO	N.º TOTAL	%
Nível médio		
Serviços Gerais	1	7,7
Técnico Enfermagem	1	7,7
Técnico Patologia	3	23,0
Nível superior		
Coordenador Geral	1	7,7
Supervisor Técnico	1	7,7
Médico	2	15,3
Enfermeiro	1	7,7
Assistente Social	1	7,7
Bioquímico	1	7,7
TOTAL	13	100

Figura 2. Distribuição por n.º de bolsas x recomendação OMS no núcleo de Picos no ano de 2005.



Núcleo de Hemoterapia de Floriano

Localização, Abrangência e População

O município de Floriano, onde se localiza o núcleo, com área física de 331,60 m², possui um total de 56.531 habitantes e faz parte da 10ª Diretoria Regional de Saú-

de. O núcleo de Floriano tem como áreas de abrangência a 12^a, 13^a e 14^a Diretorias Regionais de Saúde, com 04 Centrais Sorológicas. Quanto ao número de leitos a DRS está assim distribuída: Floriano (446 leitos), São Raimundo Nonato (321 leitos), Bom Jesus (119 leitos) e Corrente (99 leitos).

Serviços de Saúde, Leitos, Captação e Transfusões

Floriano conta hoje com 48 serviços de saúde, destes 22 é público, sendo um com internação, e 26 privados sendo 02 com internação, totalizando 446 leitos, destes 205 disponíveis para o SUS.

Quanto à produção de componentes hemoterápicos realizada pelo núcleo de Floriano, no ano de 2005, foram colhidas 1.618 bolsas, numa média de 135/mês. Conforme o padrão da OMS (2%) a previsão era de 3.364 bolsas.

No que se refere ao número de transfusões foram realizadas 1.009, numa média de 84/mês, quando o previsto pelo padrão era da OMS é de 2.955 bolsas (Figura 3).

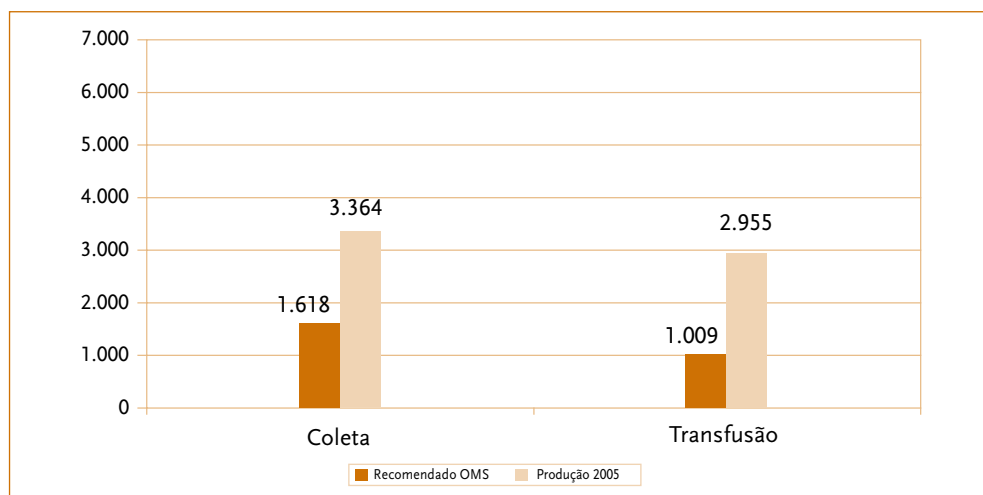
Recursos Humanos

Tabela 3. Distribuição dos técnicos de nível médio e superior do núcleo de hemoterapia de Floriano / PI, 2005.

NÍVEL / FUNÇÃO	N.º TOTAL	%
Nível médio		
Auxiliar Administrativo	3	14,3
Serviços Gerais	3	14,3
Téc. Enfermagem	1	4,7
Aux. Enfermagem	2	9,5
Téc. Patologia	3	14,3
Nível superior		
Coordenador Geral	1	4,7
Supervisor Administrativo	1	4,7
Supervisor Técnico	2	9,5
Médico	1	4,7
Enfermeiro	2	9,5
Assistente Social	1	4,7
Bioquímico	1	4,7
TOTAL	21	100

O núcleo de Floriano não possui no momento cargos como recepcionista e auxiliar de laboratório. Quatro profissionais de nível superior respondem pelos cargos de chefia.

Figura 3. Distribuição por n.º de bolsas x recomendação OMS no núcleo de Floriano no ano de 2005.



Consolidado da distribuição da Coleta e Transfusões nos núcleos de hemoterapia de Parnaíba, Picos e Floriano (PI), no ano de 2005.

Figura 4. Consolidado da distribuição da coleta por n.º de bolsas/ano x recomendação OMS.

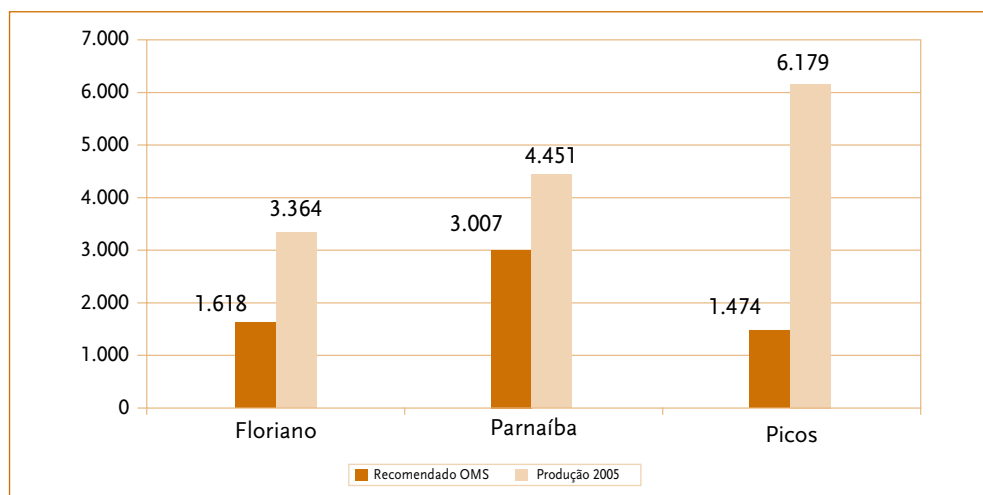
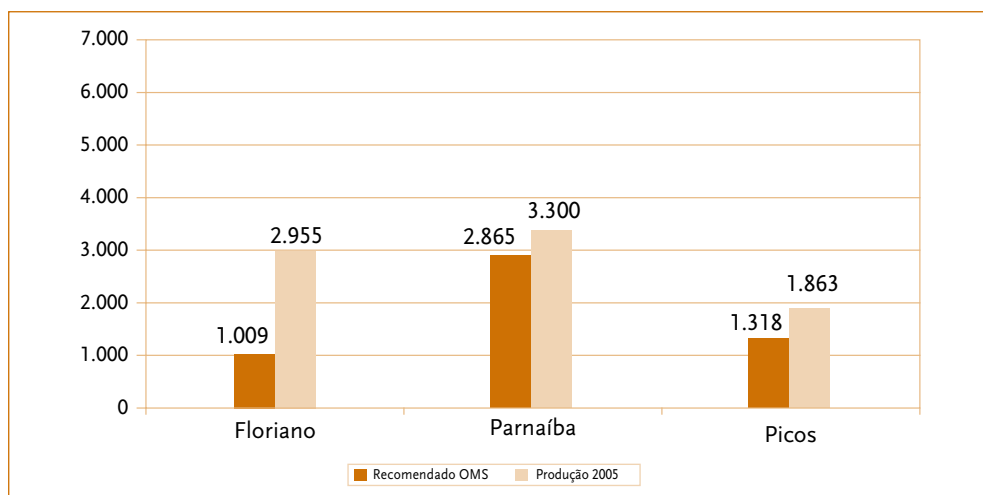


Figura 5. Consolidado da distribuição das transfusões por n.º de bolsas/ano x recomendação OMS.



Caracterização do Perfil e da Inserção Profissional dos Servidores dos Núcleos de Hemoterapia do Piauí – 2006

Na Tabela 4, mostra-se a distribuição dos profissionais que atuam nos núcleos de hemoterapia do Piauí de acordo com o sexo, a faixa etária e o grau de escolaridade. Os resultados mostram que há um equilíbrio quanto à distribuição de profissionais de acordo com o sexo em Floriano e Picos. Em Parnaíba há uma predominância do sexo feminino. Quanto à faixa etária observa-se maior frequência de profissionais com idade variando entre 28 e 47 anos em todos os núcleos. Apenas no Núcleo de Parnaíba verifica-se um percentual de 11% na faixa etária mais jovem de 18 a 27 anos. Dados referentes à escolaridade em Floriano e Parnaíba mostram maiores número e frequência de profissionais com apenas o 2º grau, seguido daqueles com curso superior completo, enquanto que em Picos há predomínio do nível superior completo.

Tabela 4. Perfil dos servidores que atuam nos núcleos de hemoterapia /PI 2006.

Variáveis	Floriano		Parnaíba		Picos	
	Total	%	Total	%	Total	%
Sexo						
Feminino	9	52,9	15	83,3	4	44,4
Masculino	8	47,1	3	16,7	5	55,6
Faixa etária						
18 - 27	-	-	2	11,1	-	-
28 - 37	7	41,2	6	33,3	4	44,4
38 - 47	5	29,4	8	44,5	4	44,4
48 - 57	5	29,4	2	11,1	1	11,2

continua...

... continuação

Variáveis	Floriano		Parnaíba		Picos	
	Total	%	Total	%	Total	%
+ de 57	-	-	-	00	-	-
Escolaridade						
Fundamental	2	11,8	1	5,6	-	-
Médio	6	35,3	10	55,5	2	22,2
Superior	9	52,9	7	38,9	7	77,8
Total	17	100	18	100	9	100

Observando a Tabela 5, verificar-se que o vínculo predominante em todos os três núcleos é a prestação de serviços. O regime de trabalho de maior frequência corresponde a 8 horas diárias em Floriano e Picos, e de 6 horas diárias em Parnaíba.

Quando se verifica o tempo de trabalho pode-se perceber que a maioria dos servidores desempenha função nos três núcleos de hemoterapia há menos de 15 anos (94%). Em Floriano 100% dos profissionais estão no núcleo com tempo de trabalho variando entre 1 e 10 anos, seguido daqueles com tempo de atividade profissional entre 6 e 10 anos. Em Parnaíba, o tempo de trabalho na função tem predomínio daqueles entre 11 e 15 anos, seguido dos que estão na atividade entre 1 e 5 anos. Por sua vez, em Picos, há um predomínio de profissionais que realizam atividade laboral no núcleo entre 1 e 5 anos, seguido dos que estão entre 6 e 10 anos em atividade no referido serviço.

Tabela 5. Inserção profissional dos servidores dos núcleos de hemoterapia do Piauí em 2006.

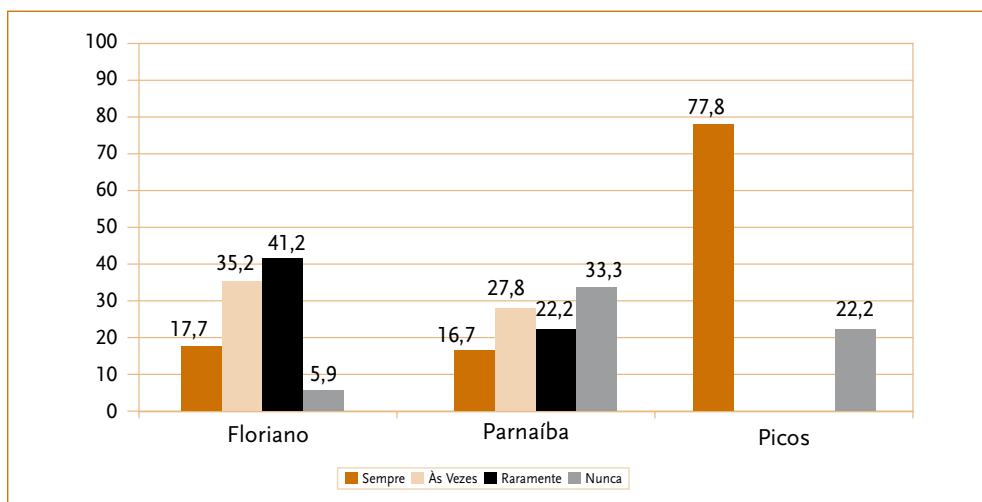
Variáveis	Floriano		Parnaíba		Picos	
	Total	%	Total	%	Total	%
Vínculo Trabalho						
Servidor Efetivo	5	29,4	5	29,4	4	44,4
Cargo em Comissão	1	5,90	-	-	-	-
Prestador de Serviço	11	64,7	11	64,7	5	55,6
Terceirizado	-	-	1	5,90	-	-
Regime Trabalho						
Plantonista	5	29,4	3	16,7	1	11,1
8hs diárias	9	52,9	1	5,50	6	66,7
6hs diárias	3	17,7	14	77,8	1	11,1
4 hs diárias	-	-	-	-	1	11,1
Tempo Trabalho						
1 a 5 anos	7	41,2	7	38,9	4	44,4
6 a 10 anos	10	58,8	2	11,1	3	33,3
11 e mais	-	-	9	50,0	2	22,3
Total	17	100	18	100	9	100

Quanto à frequência de treinamento, foram observadas: em Floriano – 76% entre *às vezes* e *raramente*; Parnaíba – 83% entre *às vezes*, *raramente* e *nunca* (muito alto) e em Picos – respostas nos extremos: 78% *sempre* e *nunca* 22% (Tabela 6 e Figura 6).

Tabela 6. Distribuição dos servidores dos núcleos de hemoterapia do Piauí em 2006, segundo a frequência de treinamento.

FREQUÊNCIA DE TREINAMENTO	Floriano		Parnaíba		Picos	
	Total	%	Total	%	Total	%
Sempre	3	17,7	3	16,7	7	77,8
Às vezes	6	35,2	5	27,8	-	-
Raramente	7	41,2	4	22,2	-	-
Nunca	1	5,9	6	33,3	2	22,2
Total	17	100	18	100	9	100

Figura 6. Distribuição dos servidores dos núcleos de hemoterapia do Piauí em 2006, segundo a frequência de treinamento.



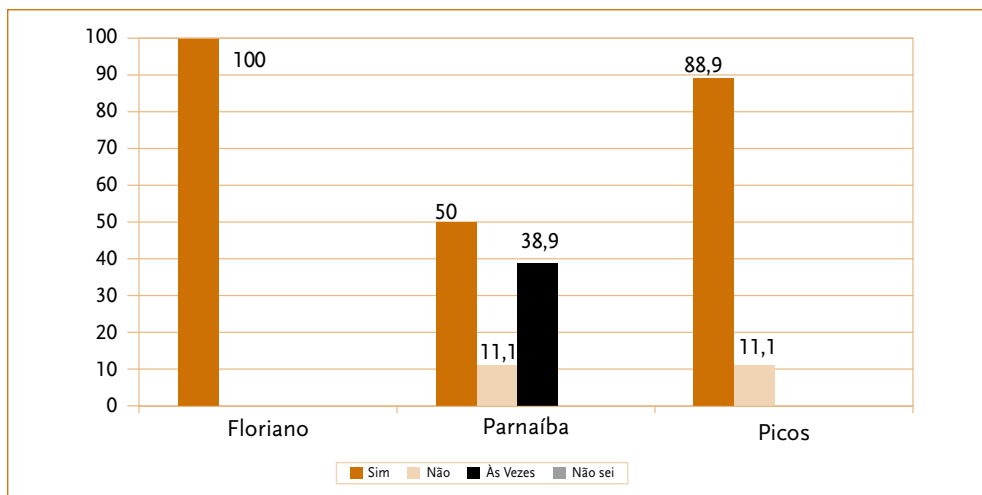
Condições de Trabalho nos Núcleos de Hemoterapia do Piauí

Com relação à *satisfação no trabalho* o núcleo de hemoterapia de Floriano apresenta o resultado “*sim*” para 100% dos servidores. Em Picos esse percentual é de 88, 9% e de 50% em Parnaíba. Destaca-se que no núcleo de Parnaíba as respostas “*às vezes*” e “*não*” atingem um percentual de 50% (Tabela 7 e Figura 7).

Tabela 7. Percepção dos servidores sobre as condições existentes para realização do trabalho nos núcleos de hemoterapia / PI 2006.

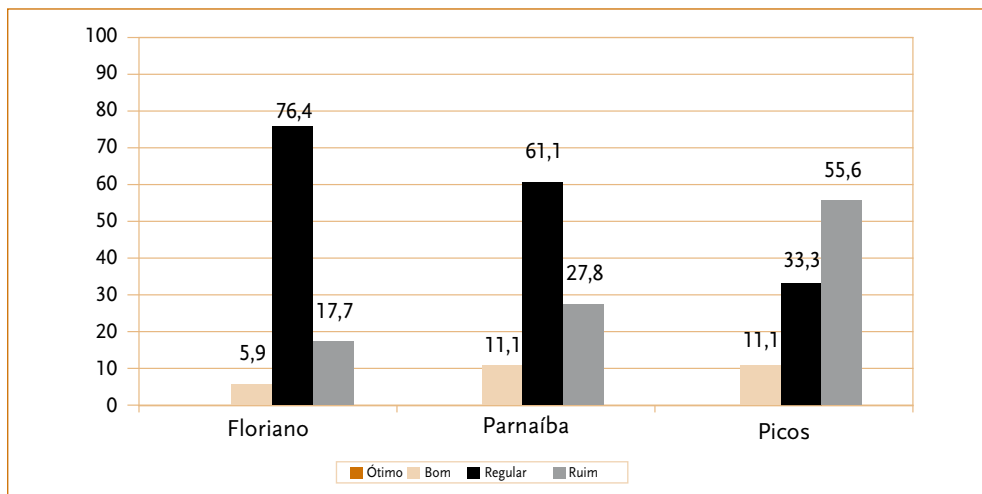
Variáveis	Floriano		Parnaíba		Picos	
	Total	%	Total	%	Total	%
Satisfação trabalho						
Sim	17	100	9	50,0	8	88,9
Não	-	-	2	11,1	1	11,1
Às Vezes	-	-	7	38,9	-	-
Não Sei	-	-	-	-	-	-
Opinião sobre o salário						
Ótimo	-	-	-	-	-	-
Bom	1	5,9	2	11,1	1	11,1
Regular	13	76,4	11	61,1	3	33,3
Ruim	3	17,7	5	27,8	5	55,6
Ambiente de trabalho						
Ótimas	8	47,1	-	-	-	-
Boas	7	41,2	3	16,7	-	-
Regulares	2	11,7	4	22,2	5	55,6
Ruim	-	-	11	61,1	4	44,4
Disponibilidade de equipamentos e materiais						
Ótimas	9	52,9	-	-	3	33,3
Boas	7	41,2	2	11,8	4	44,4
Regulares	1	5,9	12	70,6	2	22,3
Ruim	-	-	3	17,6	-	-
Disponibilidade de material de consumo						
Ótimas	8	47,1	-	-	3	33,3
Boas	6	35,2	11	61,1	4	44,4
Regulares	3	17,7	04	22,2	2	22,3
Ruim	-	-	3	16,7	-	-
O que a instituição significa para o funcionário						
Um lugar agradável	14	82,3	8	47,0	8	88,9
Apenas um emprego	-	-	5	29,5	1	11,1
Como minha casa	3	17,7	4	23,5	-	-
Indiferente	-	-	-	00	-	-
Nada	-	-	-	00	-	-
Total	17	100	17	100	9	100

Figura 7. Percepção dos servidores sobre as condições existentes para realização do trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo a Satisfação no Trabalho - 2006.



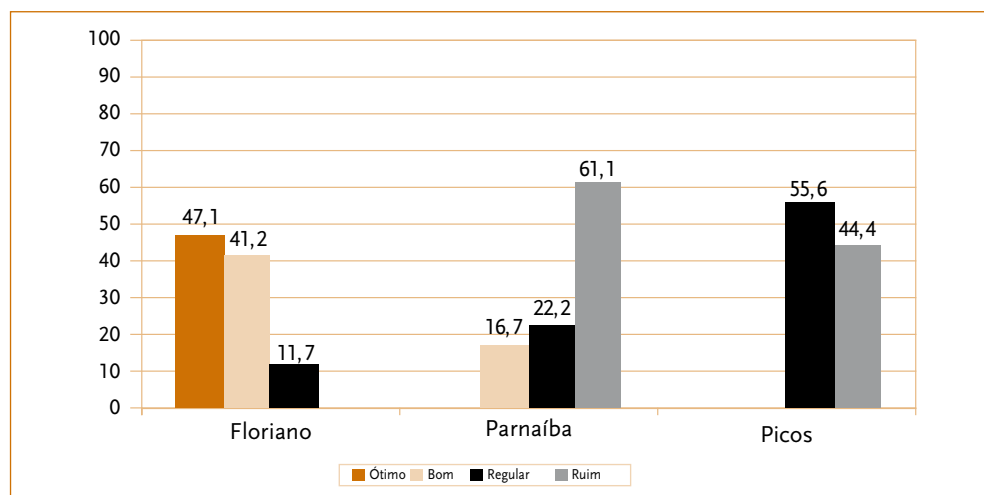
No que se refere à *opinião sobre os salários*, 76,4% dos servidores do núcleo de Floriano e 61,1% de Parnaíba considera “regular”. Em Picos 55,6% dos servidores considera “ruim” e 33,3% “regular” (Figura 8).

Figura 8. Percepção dos servidores sobre as condições existentes para realização do trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo a Opinião sobre Salário - 2006.



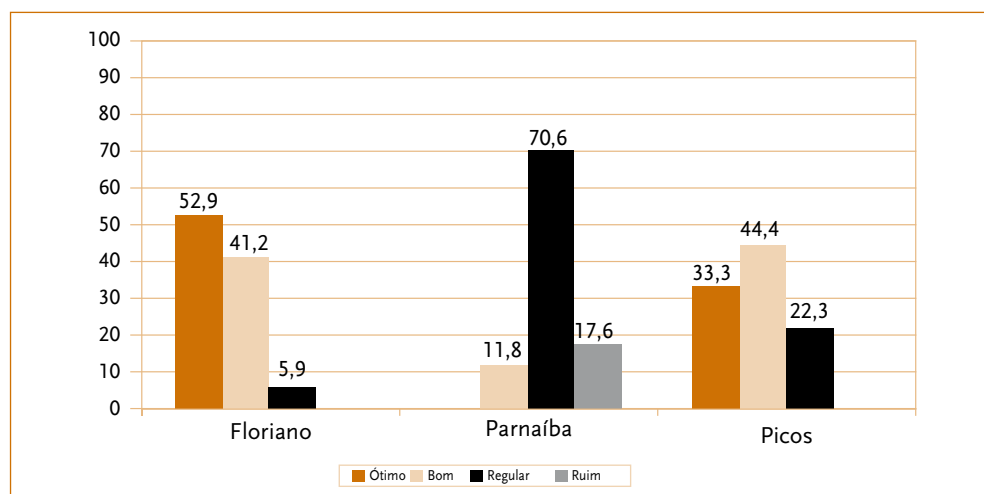
No tocante as *condições físicas no ambiente de trabalho*, no núcleo de Floriano 88,3% dos servidores qualificaram como “ótimas” e “boas”. Já em Picos 100% dos servidores avaliaram como “regulares” e “Ruins”. Em Parnaíba 61,1% classificou como “ruim” (Figura 9).

Figura 9. Percepção dos servidores sobre as condições existentes para realização do trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo o Ambiente de trabalho – 2006.



Quanto à *disponibilidade de equipamentos e materiais de apoio à realização do trabalho*, 94,1% dos servidores do núcleo de Floriano avaliam como “ótimas” e “boas”. Já 70,6% dos servidores do núcleo de Parnaíba consideram como “regulares” e 17,6% “ruim”. Em Picos, 77,7% dos servidores avaliam como “ótimas” e “boas” (Figura 10).

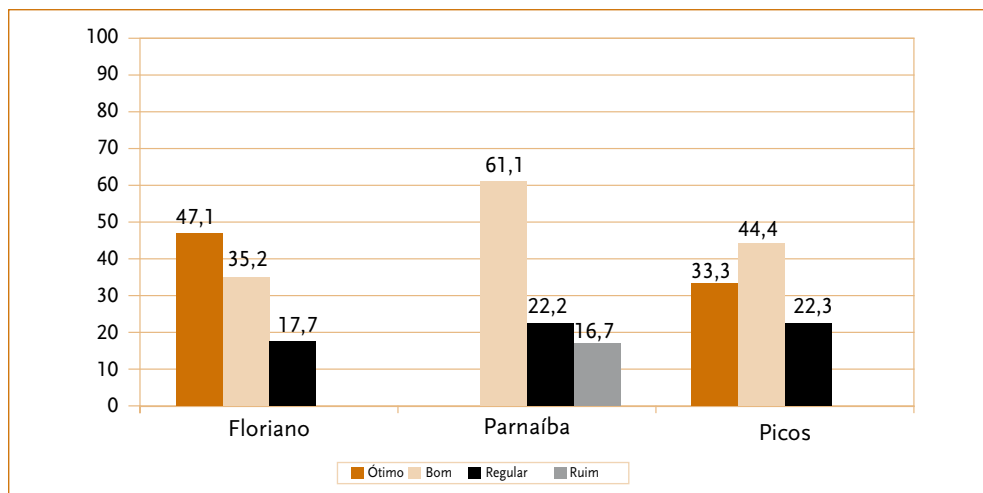
Figura 10. Percepção dos servidores sobre as condições existentes para realização do trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo a Disponibilidade de Equipamentos e Materiais - 2006.



Em relação à *disponibilidade de material de consumo*, 82,3% dos servidores do núcleo de Floriano avaliam como “ótimas” e “boas”. Já 61,1% dos servidores do núcleo

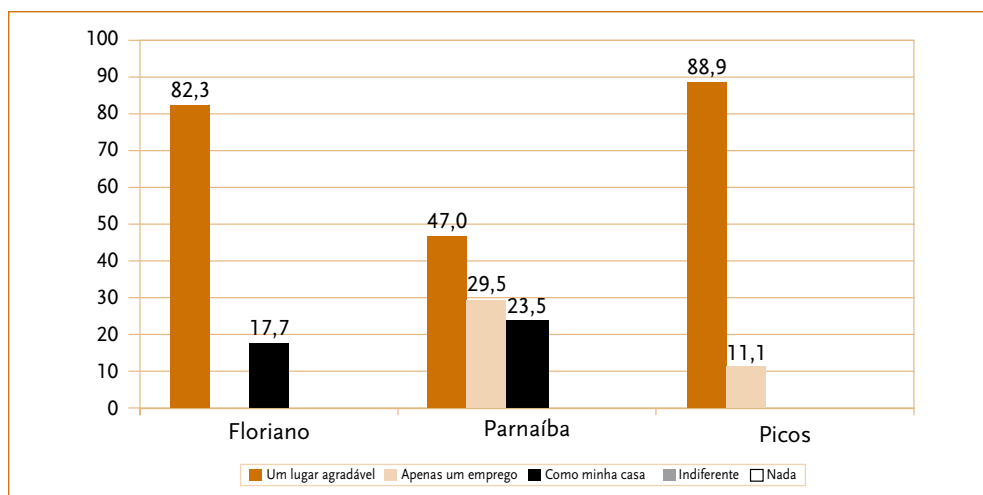
de Parnaíba consideram como “boas” os outros 38,9% oscilaram entre “regular” e “ruim”. Em Picos, 77,7% dos servidores avaliam como “ótimas” e “boas” (Figura 11).

Figura 11. Percepção dos servidores sobre as condições existentes para realização do trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo a Disponibilidade de material de consumo - 2006.



Quanto ao *significado para os servidores da instituição em que trabalham*, 82,3% e 88,9% dos servidores dos núcleos de Floriano e Picos, respectivamente, consideraram como “Um lugar agradável”. Em Parnaíba, 47% definiu como “Um lugar agradável”, mas 29,5% consideraram como “Apenas um emprego” (Figura 12).

Figura 12. Percepção dos servidores sobre as condições existentes para realização do trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo O que a instituição significa para o funcionário – 2006.

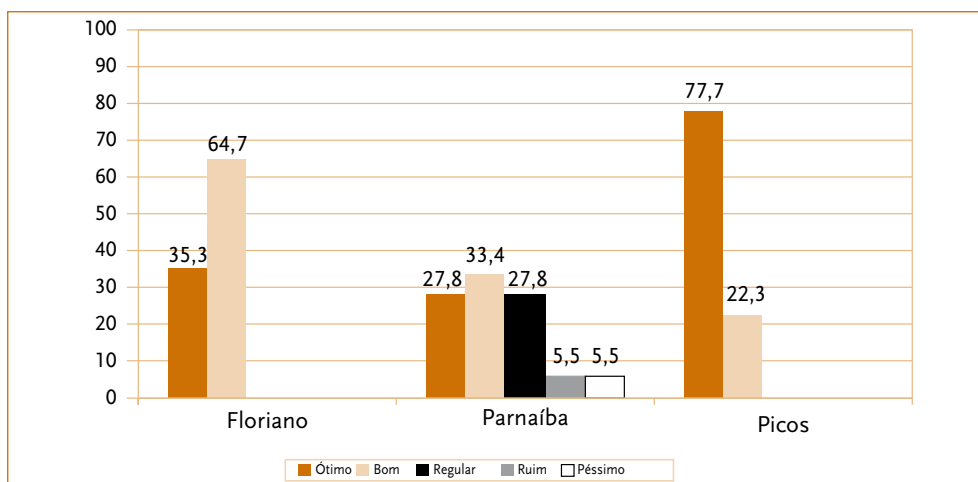


Sobre as relações de cada servidor com seus companheiros de trabalho, em Floriano, 100% dos servidores avaliaram como “ótimas” e “boas”, com predominância para “boas”. Em Parnaíba, observaram-se oscilações prevalecendo às relações “ótimas” e “boas” para 61,2% dos servidores. Já em Picos, as relações “ótimas” e “boas” atingiram 100% com predominância para “ótimas” (Tabela 8 e Figura 13).

Tabela 8. Avaliação dos servidores sobre as relações no trabalho nos núcleos de hemoterapia (PI), 2006.

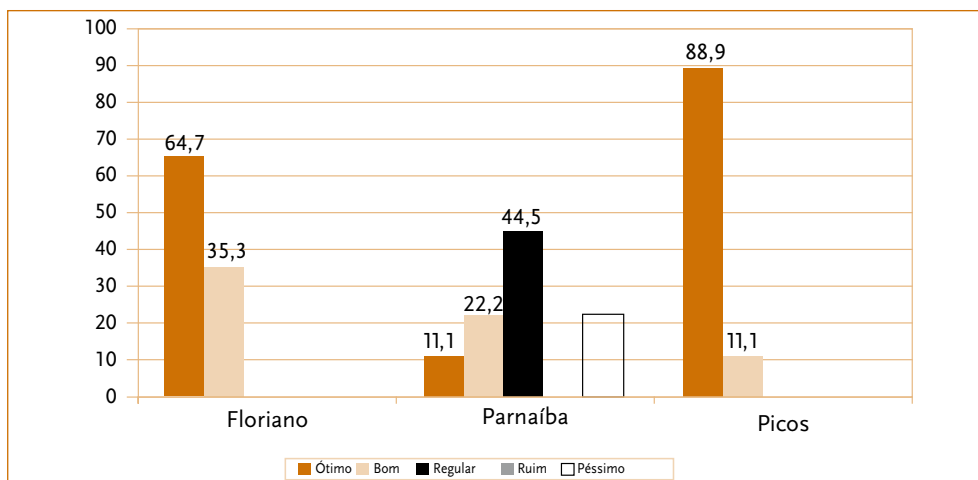
Variáveis	Floriano		Parnaíba		Picos	
	Total	%	Total	%	Total	%
Relações com companheiros						
Ótimas	6	35,3	5	27,8	7	77,7
Boas	11	64,7	6	33,4	2	22,3
Regulares	-	-	5	27,8	-	-
Más	-	-	1	5,5	-	-
Péssimas	-	-	1	5,5	-	-
Relações direção núcleo						
Ótimas	11	64,7	2	11,1	8	88,9
Boas	6	35,3	4	22,2	1	11,1
Regulares	-	-	8	44,5	-	-
Más	-	-	-	-	-	-
Péssimas	-	-	4	22,2	-	-
Relações Hem. Coord.						
Ótimas	6	35,3	6	35,2	5	55,6
Boas	11	64,7	5	29,4	2	22,2
Regulares	-	-	2	11,8	2	22,2
Más	-	-	-	-	-	-
Péssimas	-	-	2	11,8	-	-
Inexistente	-	-	2	11,8	-	-
Tratamento instituição						
De Respeito	14	36,8	7	38,8	7	36,8
De Consideração	8	21,1	6	33,4	4	21,1
De Valorização	6	15,8	-	-	3	15,8
De Incentivo	10	26,3	-	-	5	26,3
Nada	-	-	5	27,8	-	-
Total	38	100	18	100	19	100

Figura 13. Distribuição dos servidores frente às relações de trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo a relação com os companheiros de trabalho - 2006.



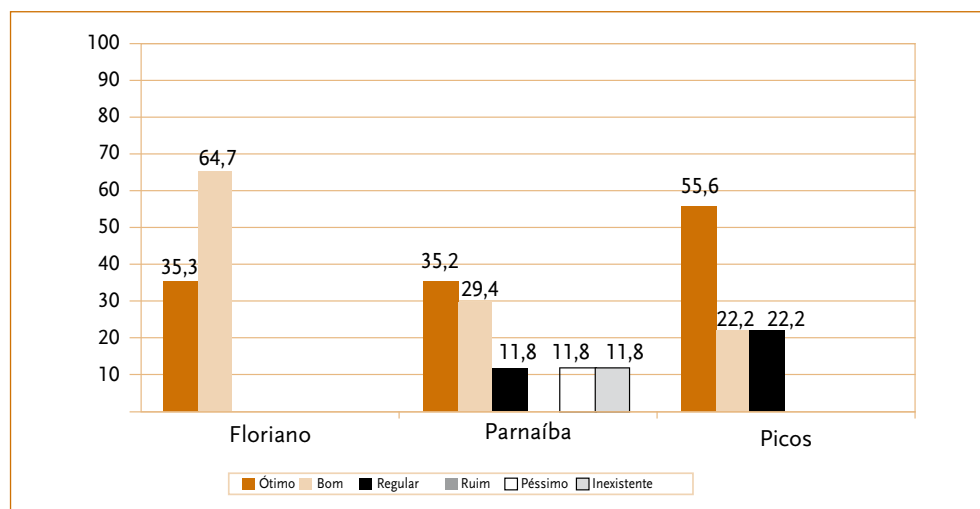
Quanto às *relações dos servidores com a coordenação do núcleo*, em Floriano e Picos, foram consideradas “ótimas” e “boas”, dos quais, em Picos, o critério de “ótimas” chegou a 88,9%. Em Parnaíba, prevaleceu o critério de “regular”, dos quais “péssimas” chegou a atingir 22% (Figura 14).

Figura 14. Distribuição dos servidores sobre as relações no trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo a relação com a Direção do núcleo.



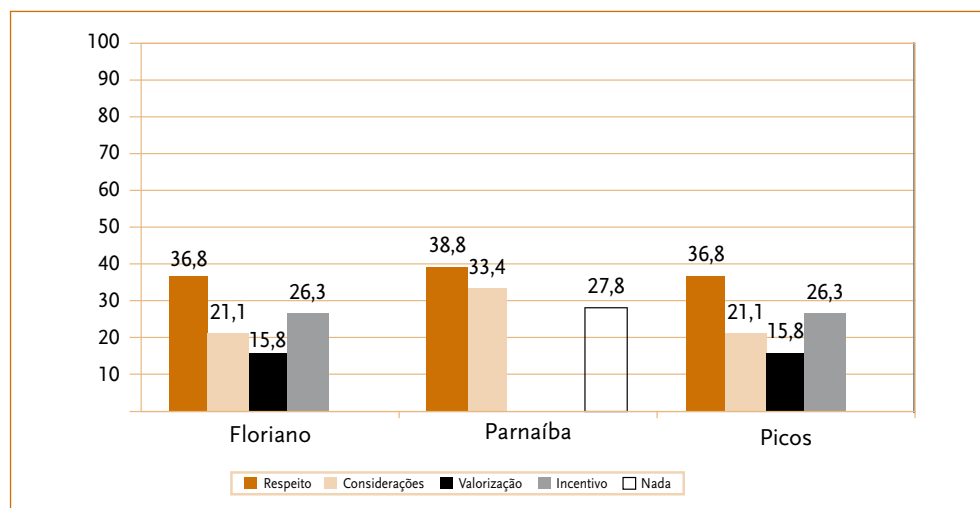
A *relação dos servidores dos núcleos de hemoterapia com o hemocentro coordenador*, em Picos, foi considerada por 55,6% dos servidores como “ótima”. Em Floriano, 64,7% dos servidores avaliaram como “boas”. Já em Parnaíba, 64,6% consideraram “ótimas” e “boas”, todavia 11,8% referiram como “péssimas” e 11,8% como “inexistente” (Figura 15).

Figura 15. Distribuição dos servidores sobre as relações no trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo a relação com o Hemocentro Coordenador – 2006.



Quanto ao *tratamento que os servidores recebem por parte da instituição*, houve um equilíbrio nas respostas dos três núcleos sendo apontado “*respeito*”, seguido de “*consideração*”. Nos núcleos de Picos e Floriano, acrescenta-se “*valorização*” e “*incentivo*”. Já em Parnaíba, 28% avaliaram como “*nada*” (Figura 16).

Figura 16. Distribuição dos servidores sobre as relações no trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo o Tratamento recebido na instituição - 2006.



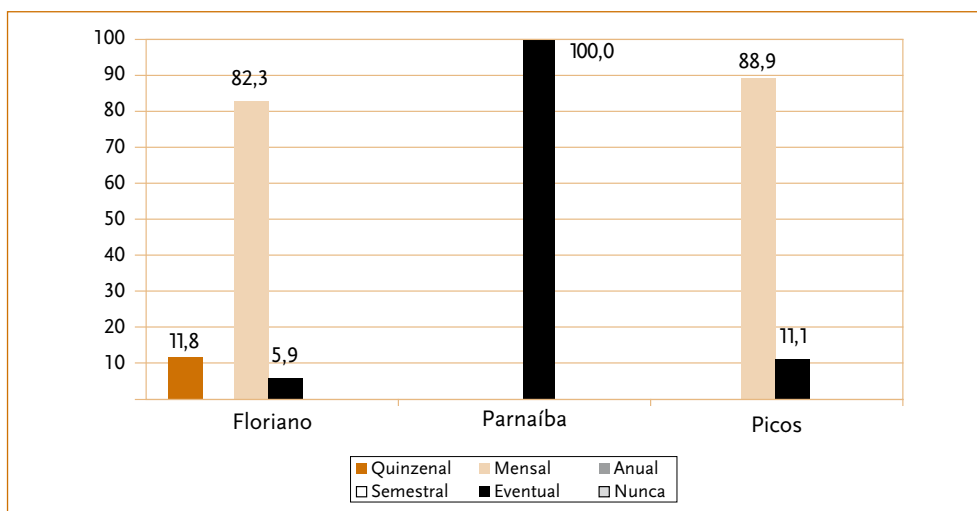
Relações de Trabalho e Processo de Coordenação nos Núcleos de Hemoterapia do Piauí, 2005.

No tocante a frequência de reuniões, prevaleceu, nos núcleos de Floriano e Picos, a realização de reuniões mensais com 82,3 e 88,9%, respectivamente. Em Parnaíba, 100% dos servidores opinaram que as reuniões eram eventuais (Tabela 9 e Figura 17).

Tabela 9. Avaliação sobre o processo de coordenação, supervisão e apoio às atividades dos núcleos de hemoterapia (PI), 2006.

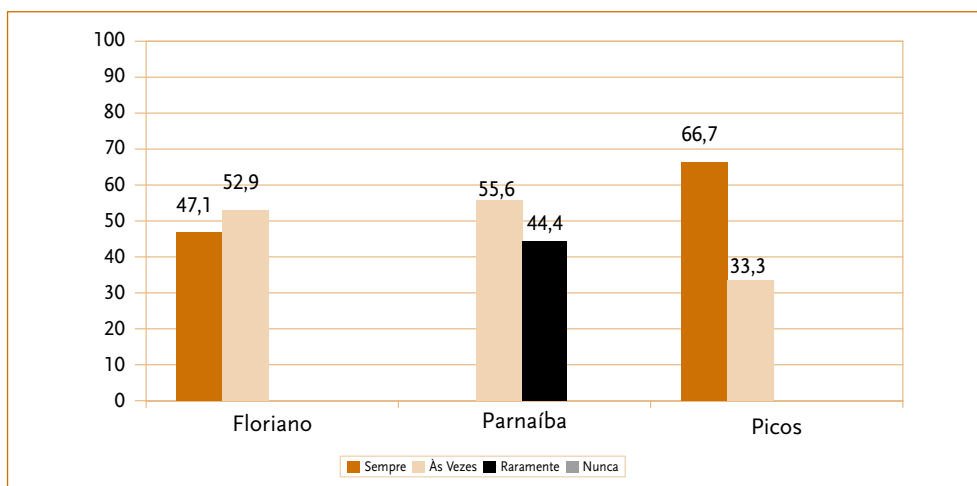
Variáveis	Floriano		Parnaíba		Picos	
	Total	%	Total	%	Total	%
Frequência de reuniões						
Quinzenal	2	11,8	-	-	-	-
Semestral	-	-	-	-	-	-
Mensal	14	82,3	-	-	8	88,9
Eventual	1	5,9	18	100	1	11,1
Anual	-	-	-	-	-	-
Nunca	-	-	-	-	-	-
Supervisões do Hemocentro Coordenador						
Sempre	8	47,1	-	-	6	66,7
Às Vezes	9	52,9	10	55,6	3	33,3
Raramente	-	-	8	44,4	-	-
Nunca	-	-	-	-	-	-
Apoio da Direção do Hemocentro Coordenador						
Sempre	17	100	2	11,8	5	55,6
Às Vezes	-	-	7	41,2	3	33,3
Raramente	-	-	6	35,2	1	11,1
Nunca	-	-	2	11,8	-	-
Apoio SESAPI						
Sempre	7	41,2	2	11,2	6	66,7
Às Vezes	8	47,1	1	5,5	1	11,1
Raramente	2	11,7	14	77,8	2	22,2
Nunca	-	-	1	5,5	-	-
Total	17	100	18	100	9	100

Figura 17. Distribuição dos servidores sobre as relações no trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo a frequência de realização de reuniões - 2006.



Quanto à regularidade de supervisões do Hemocentro Coordenador aos núcleos, observa-se que no Núcleo de Picos, prevaleceu para 66,7% dos servidores a resposta “sempre”. Já em Floriano, a opinião foi distribuída em “às vezes” (52,9%) e “sempre” (47,1). Em Parnaíba, destaca-se a presença de “raramente” (44,4%) e “às vezes” em 55,6%. Importante registrar que a resposta “nunca” não foi colocada pelos servidores (Figura 18).

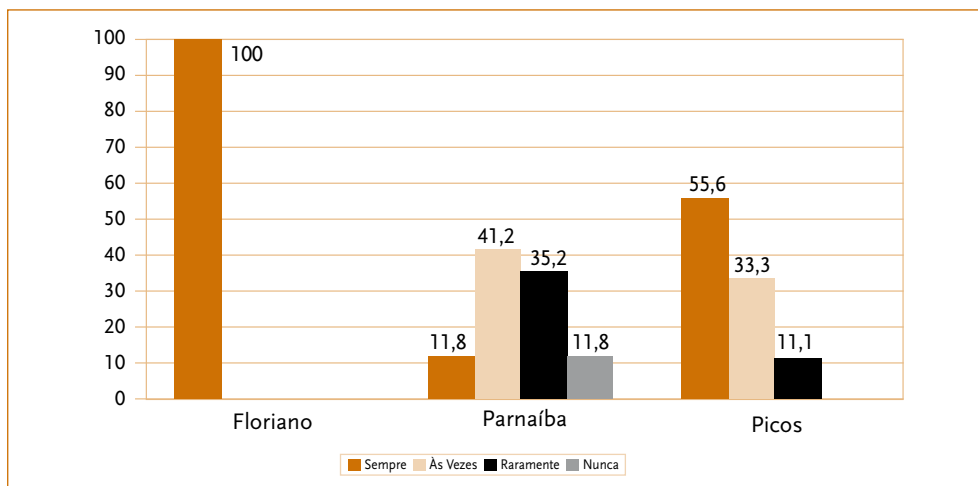
Figura 18. Distribuição dos servidores sobre as relações no trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo a Supervisão do Hemocentro Coordenador - 2006.



Em relação ao apoio da Direção do Hemocentro Coordenador aos núcleos, 100% dos servidores de Floriano consideram como “sempre”. Em Picos e Parnaíba, as

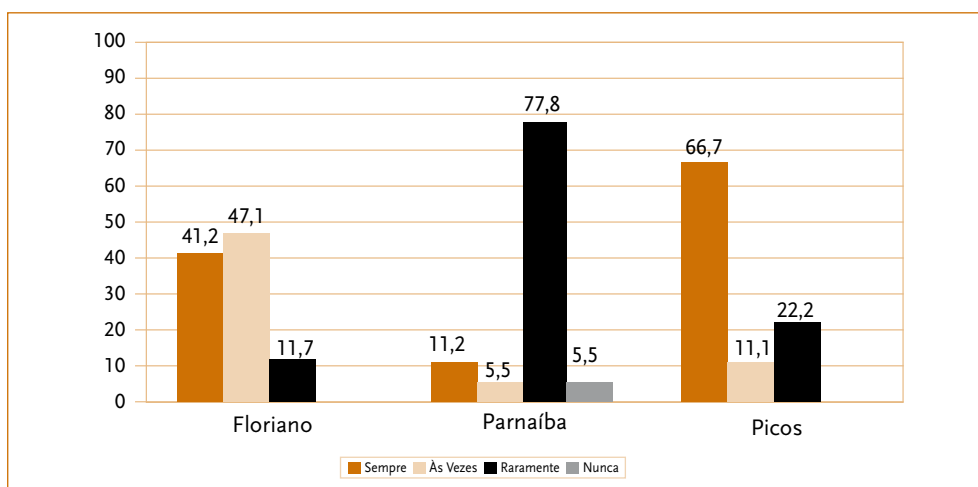
respostas apresentam mais oscilações, dos quais 55,6% de Picos consideram como “sempre”, embora as respostas “às vezes” e “raramente” também estão presentes. Já em Parnaíba, destaca-se o aparecimento de “sempre” em 11,8% e de “nunca” também com 11,8% (Figura 19).

Figura 19. Distribuição dos servidores sobre as relações no trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo o Apoio da Direção do Hemocentro Coordenador - 2006.



Com relação ao apoio da Secretaria Estadual aos núcleos, observou-se que 66,7% dos servidores do núcleo de Picos consideram como “sempre”. Já em Parnaíba, 77,8% consideram como “raramente”. Os maiores valores de Floriano oscilam entre “sempre” (41,2%) e “às vezes” (47,1%) (Figura 20).

Figura 20. Distribuição dos servidores sobre as relações no trabalho nos núcleos de hemoterapia segundo o Apoio da SESAPI - 2006.



DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos servidores que atuam nos núcleos de hemoterapia, verifica-se em Parnaíba um predomínio do sexo feminino. A faixa etária predominante nos três núcleos é entre 28 e 47 anos, considerada uma faixa bastante produtiva. Na escolaridade, chama atenção o número de profissionais de nível superior (7) em Picos, ser maior do que os de nível médio (5), faltando, portanto, um suporte técnico-operacional que certamente compromete a assistência.

A obtenção de produtos hemoterápicos de boa qualidade requer o trabalho de um número de pessoas suficientemente qualificadas. As tarefas e responsabilidades de todos os indivíduos devem ser claramente atendidas e registradas. Todas as pessoas devem ter ciência dos princípios de boas práticas relevantes ao seu trabalho.

De acordo com a RDC Nº. 151/ANVISA (BRASIL, 2001a), a instituição deve ter um número adequado de pessoas que devem ser treinadas e capacitadas a executar adequadamente seus trabalhos.

Deve haver procedimentos escritos POP's para a delegação de tarefas e trabalho e o modo de execução destas responsabilidades deverá ser detalhado. As pessoas envolvidas devem estar cientes desses procedimentos.

No que se refere à inserção profissional dos servidores, há predomínio nos três núcleos da categoria prestador de serviço, que tendo em vista a falta do amparo legal pelas leis trabalhistas, deixa o servidor vulnerável a cada mudança de governo ou a própria coordenação do núcleo, uma vez que, após a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), o acesso ao serviço público só deverá ocorrer via concurso público.

Observa-se ainda uma variação significativa quanto ao regime de trabalho, cada núcleo com o regime próprio, sem uma consonância com o hemocentro coordenador, faltando, portanto, uma orientação ou supervisão da Gerência de Interiorização para estes fins, principalmente por se tratar de um corpo técnico em que a maioria está no serviço público há mais de 15 anos, totalizando 94% nos três núcleos.

Em relação à participação em treinamentos, houve uma divergência significativa nas opiniões, ficando entre “às vezes” e “raramente” em Floriano (76%), Parnaíba (50%); “nunca” em Parnaíba (33%), seguido de Picos, com 22%. Apenas em Picos, 78% informaram participar sempre, cabendo ao papel do chefe, além da responsabilidade pela supervisão do pessoal que trabalha sob seu comando, supervisão dos locais e equipamentos com os quais o trabalho é realizado cabe a ele também assegurar que este indivíduo receba o treinamento inicial e continuado necessário para o bom desempenho de suas funções.

Nos núcleos de Floriano e Picos, verificou-se certa satisfação dos servidores sobre as condições existentes para realização do trabalho. Dos servidores de Parnaíba apenas 50% sinalizaram positivamente. Esse aspecto demonstra a necessidade de se propiciar maior estímulo no trabalho, uma vez que, servidores bem motivados resultam em maior produção e maior qualidade de serviço, com usuário mais satisfeito além do cumprimento ao papel do SUS.

No que se refere à satisfação com o salário, as opiniões divergiram entre “*regular*”, para Floriano e Parnaíba; e “*ruim*”, para Picos. Recentemente o Governo Estadual implantou o plano de cargos e salários, porém como a maioria dos empregados é prestadora de serviços não foi contemplada com o plano. Pelo mesmo motivo também não recebe o percentual de produtividade que só é pago aos profissionais de nível superior, diferindo, portanto da política salarial do hemocentro coordenador onde não existe essa diferenciação.

Referente às condições físicas do local de trabalho, apenas os servidores de Floriano as consideraram positivas, embora esteja localizado no interior de um hospital. Em Parnaíba apesar de seus 358,18 m², os servidores as consideraram “*ruins*” e em Picos, ficou entre “*regular*” e “*ruim*”, apesar de ter apenas 85,72 m².

A esse respeito, chama a atenção a normatização do COSAH/MS-1992, juntamente com a Portaria Nº. 1884/MS de 1994 (BRASIL, 1994) que descreve as normas destinadas a projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, que, visando a manter um sistema de qualidade, preconiza que a área física dos núcleos de hemoterapia deve ser situada em uma disposição que permita que as operações possam ser realizadas de uma maneira ordenada e com um fluxo regular, o que por conseguinte facilita o desenvolvimento do trabalho.

Quanto à disponibilidade de equipamentos, os servidores de Floriano e Picos as consideraram positivas, enquanto os servidores de Parnaíba sinalizaram negativamente. No levantamento realizado dos equipamentos mínimos necessários para o desenvolvimento das atividades, observou-se que, em conformidade com os projetos encaminhados pelo MS, foram atendidas as solicitações que permitiam o funcionamento adequado dos núcleos, visando a minimizar os riscos de erros além da necessidade de manutenção periódica e limpeza efetiva dos equipamentos.

A disponibilidade de materiais de consumo foi satisfatória nos três núcleos, demonstrado um nítido interesse do hemocentro coordenador no bom andamento das atividades, embora se observe falhas no processo de produção.

Quando o questionamento foi sobre o significado da instituição, os servidores de Floriano e Picos definiram como um “*lugar agradável*”. Já em Parnaíba, houve uma variação entre um “*lugar agradável*” (47%) e “*como minha casa*” (23,5%), mas 29,5% a definiram como “*apenas um emprego*”, implicando na necessidade do hemocentro coordenador realizar treinamentos na área de relações interpessoais, tentando elevar a autoestima deste corpo técnico que certamente irá refletir e influenciar os resultados da instituição.

As relações no trabalho tanto Floriano e Picos encontram-se com um bom nível; já em Parnaíba, a realidade se dicotomiza com 42,8% as definindo como: “regular”; “má” e “péssima”, sendo um fator bastante preocupante por ser um núcleo com apenas 20 técnicos em seus quadros.

Nas relações com a direção do núcleo Floriano e Picos, destacam como “ótima” e “boa”; já em Parnaíba, cai para “regular”, 44,5%; e o mais alarmante é que 22,2% informam serem “péssimas”. Atualmente este núcleo está sem coordenador, tendo apenas como responsável o supervisor administrativo. As relações entre coordenador e demais membros da equipe devem ser as melhores possíveis, fazendo parte do processo administrativo moderno dos dias atuais, quanto maior a participação de todos melhor o desempenho.

Quando a abordagem foi sobre as relações com o hemocentro coordenador, Floriano e Picos responderam positivamente; enquanto em Parnaíba; 35,4% as definiram como “regulares”, “péssimas” e “inexistentes”, superando, portanto os outros dois indicadores.

Quanto ao tratamento recebido na instituição, prevaleceram em ambos os núcleos o respeito, a consideração, a valorização e o incentivo. Em Parnaíba, 27,8% optaram por “nada” sendo, portanto, o núcleo que desperta maior preocupação com o sentimento relatado pelos servidores, uma vez que a maior região turística do estado e com densidade demográfica bastante significativa, e com indicadores de produção não satisfatórios.

Na discussão sobre a frequência de reuniões, Floriano e Picos as realizam mensalmente; enquanto em Parnaíba; 100% responderam eventualmente.

Quanto às supervisões realizadas pelo hemocentro coordenador, quer seja pelo gerente de interiorização, diretor geral, coordenação de educação e saúde, gerente administrativa, gestão de pessoas, Floriano e Picos responderam “sempre” e “às vezes”; enquanto Parnaíba ficou entre “às vezes” e “raramente”.

Referindo-se ao apoio da direção do hemocentro coordenador, Floriano informa ser “sempre” 100%; enquanto em Picos, 44,4% disseram ser “às vezes” e raramente e 55,6% informaram ser “sempre”. Em Parnaíba 88,2% informaram ser “às vezes”, “raramente” e “nunca”.

Quanto ao apoio da SESAPI (Secretaria Estadual de Saúde), 66,7% dos servidores de Picos informaram que têm “sempre” o apoio, enquanto Floriano ficou entre “às vezes” com 47,1% e “sempre” com 41,2% e 11,7% disseram ser “raramente”. Em Parnaíba, 77,8% informaram ser “raramente” e 11,0% definiram como “às vezes” e “nunca”, ficando apenas 11,2% com “sempre”.

CONCLUSÃO

Considerando o que foi exposto, pode-se concluir que:

- ▶ Os núcleos não realizam a cobertura hemoterápica de sua microrregião, necessitando do suporte do Hemocentro Coordenador.
- ▶ O número de coletas está aquém do preconizado pela OMS, apresentando-se insuficiente para atendimento das transfusões de acordo com os critérios previstos pelo número de leitos e complexidade dos serviços.
- ▶ O número de servidores em cada um dos núcleos é suficiente para melhorar o índice de coletas da região, sendo que a maioria deles encontra-se na faixa etária produtiva, com escolaridade entre 2º grau e nível superior e com 1 a 10 anos de tempo de serviço. Este déficit de coleta pode ter como um dos fatores contribuintes a pouca regularidade das capacitações que também não ocorrem de forma homogênea entre os servidores.
- ▶ Existe um predomínio de prestadores de serviços sobre os funcionários efetivos nos núcleos, não havendo padronização do horário de trabalho entre eles.
- ▶ Excetuando-se o núcleo de Parnaíba, a maioria dos servidores considera adequadas as condições de trabalho e demonstra boas relações de trabalho na instituição, assim como com a direção do núcleo e com o Hemocentro Coordenador.
- ▶ Em relação à frequência de reuniões, supervisão e apoio do Hemocentro Coordenador e da SESAPI, foi detectada uma variação do tratamento dado a cada um dos núcleos.

Sugere-se que o Hemocentro Coordenador aumente o número de reuniões e supervisões a fim de estreitar suas relações com os núcleos buscando maior resolubilidade junto à SESAPI.

O núcleo de Parnaíba merece uma atenção específica no sentido de detectar suas dificuldades e suas reais necessidades e tentar solucionar os problemas ali existentes.

A Rede de Hemoterapia Pública e o Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná

Autora: Silvana Maria Tomasi¹

Orientadora: Professora Dra. Luci Praciano Lima²

¹ HEMEPAR Unidade Cascavel (PR)

² Departamento de Medicina Preventiva Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco

INTRODUÇÃO

A Hemoterapia compreende um conjunto de procedimentos complexos e especializados que, utilizando o sangue como matéria-prima, envolve diversos atores na sua execução e ordenamento, tais como: o Estado nos papéis de órgão financiador, executor, fiscalizador; o setor de serviços privados, também executor desta atividade; o paciente, como o principal ator que deve ter garantido o seu acesso a esta terapia em quantidade e qualidade adequadas; a sociedade civil manifestada na prática da doação voluntária de sangue; o profissional da área que deve dominar o conhecimento técnico do processo de trabalho e suas implicações.

Todos esses atores compõem a estrutura funcional da Hemoterapia e interagem numa relação de diferentes interesses. Este conjunto de influências vai determinar o ordenamento técnico-legal dessa atividade, o qual basicamente é estabelecido pelo grau de desenvolvimento do país, pela *configuração do seu sistema de saúde*, permeado pelo regime político-jurídico e institucional adotado por esta nação (TOMASI, 2004, p. 8-10).

A ordenação dos serviços de Hemoterapia e (ou) a Política Nacional de Sangue são partes integrantes da Política Nacional de Saúde, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080 de 28/12/90 (BRASIL, 1990a) nos seus artigos 6º e 15, item XI e deve estar em concordância com os pressupostos do Sistema Único de Saúde - SUS.

Essa mesma lei também explicita que o SUS pode recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, *de forma complementar*, apenas quando as suas disponibilidades forem insuficientes.

Assim sendo, espera-se que em todos os Estados da Federação o atendimento prestado pelas hemorredes públicas deva ser integral ou muito próximo do total da demanda de hemocomponentes necessária para pacientes submetidos a transfusões de hemocomponentes custeados pelo SUS. Ou seja, o fornecimento de Hemocomponentes pela hemorrede pública estadual, aos pacientes SUS, deve aproximar-se o mais possível de 100% da demanda.

No caso do Estado do Paraná, espaço de observação selecionado para este estudo, a organização estatal dispõe de uma hemorrede pública bem interiorizada e descentralizada contando com uma boa infraestrutura, composta por 24 (vinte e quatro) unidades, em diferentes graus de complexidade, distribuídas por todo o Estado. Todavia existem 11 (onze) unidades hemoterápicas privadas, das quais nove atendem pacientes SUS, que respondem por mais da metade desta demanda (PARANÁ, 2006, p. 9).

Conforme o próprio Plano Diretor do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Paraná (HEMEPAR), em 2004, a hemorrede pública atendeu apenas 43,83% das transfusões totais, coletando 48,20% das bolsas no ano.

Não obstante, constata-se a falta da participação efetiva da referida hemorrede na busca de solução, assim como uma restrita produção de estudos que permitisse uma maior clareza do que está impedindo a ampliação do fornecimento de Hemocomponentes aos pacientes do SUS.

A questão do fornecimento de hemocomponentes para os pacientes SUS pela hemorrede pública apresenta um caráter de relevância social, seja no sentido de assegurar a qualidade e quantidade adequadas à terapia, quanto de reduzir a possibilidade de comercialização do sangue e dos custos envolvidos e, ainda, dar a destinação correta ao excedente de plasma brasileiro para a produção industrial de hemoderivados.

Este estudo propõe-se a descrever a situação da hemorrede do Paraná, vinculada ao SUS, no tocante ao seu potencial de cobertura de hemocomponentes por Região de Saúde.

OBJETIVO

Analisar os hemocomponentes fornecidos pelos setores público e privado, conveniados ou não ao SUS, destacando o atendimento ao paciente SUS nas regiões de saúde do Estado do Paraná entre 2000 e 2005.

MÉTODO

Desenho: caracteriza-se como descritivo, do tipo transversal. O tratamento dos dados, em função do objeto de estudo e da forma de abordá-lo, apoia-se no referencial de metodologias quantitativas. Uma vez que o tema estudado apresenta-se pouco sistematizado, localiza-se essa pesquisa como exploratória, onde se estruturou uma compreensão geral sobre a assistência em hemoterapia no Estado do Paraná.

Universo de estudo: setor hemoterápico público, composto por vinte e quatro unidades do HEMEPAR e o setor hemoterápico privado, constituído por onze serviços, dentre os quais, nove deles são conveniados ao SUS.

Fonte de Dados: Os dados foram obtidos a partir de quatro fontes. A primeira delas foi o Sistema Estadual de Controle Hemoterápico (SHT), sistema que computa o total das transfusões fornecidas pela rede hemoterápica pública e o total das transfusões fornecidas pelos serviços hemoterápicos privados. O SHT foi desenvolvido e está sob a responsabilidade da Vigilância Sanitária Estadual e a Companhia Paranaense de Informática (CELEPAR), cuja finalidade é o monitoramento e rastreamento de procedimentos de hemoterapia. Nesse Sistema mensal, compulsoriamente, as unidades de hemoterapia públicas e privadas informam dados padronizados referente às doações de sangue no Boletim Diário de Doação de Sangue. Os dados sobre todas as transfusões são informados pelos hospitais onde essas ocorreram, no Boletim Mensal de Transfusão de Sangue. Os dados procedentes dessas duas fontes de informações diferenciadas são cruzados, objetivando a detecção de erros nos procedimentos. A segunda fonte de informações utilizada foi o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, c2008), órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que mantém o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS). O DATASUS tem como uma de suas atividades-fim, o desenvolvimento de sistemas voltados para o gerenciamento de ambientes hospitalares, entre eles o SIH-SUS. Os sistemas hospitalares visam à coleta de dados de atendimento hospitalar realizada pelo SUS, consolidando quantitativamente o atendimento e o valor da produção hospitalar. Suas informações são obtidas por meio de produtos gerados a partir do processamento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Fonte: DATASUS, 2006). A terceira delas, o Plano Diretor de Sangue, Componentes e Hemoderivados (PARANÁ, 2006), proporcionou os dados referentes à cobertura e capacidade de coleta das unidades HEMEPAR. Complementarmente, utilizaram-se os dados de produção dos serviços hemoterápicos encaminhados à ANVISA. Isto é, obrigatoriamente, os serviços hemoterápicos públicos ou privados devem fornecer para a ANVISA os seus dados estatísticos, em relatório de produção chamado HEMOPROD, no qual consta o total das transfusões realizadas por serviço.

Variáveis: número total de transfusões/ano informado por tipo de serviço; os módulos transfusionais apresentados nas AIHs por tipo de hemocomponentes, juntamente com a cobertura e capacidade operacional de coleta de cada unidade HEMEPAR no contexto da sua região de abrangência; e o número de transfusões ressarcidas por recursos privados para os serviços público e privado.

Plano de Análise: Para compreender como se dá a assistência hemoterápica, isto é, o fornecimento de hemocomponentes no estado do Paraná, foi necessário desencadear uma série de etapas de análise. Cada uma das fontes de dados mencionadas e as variáveis correspondentes proporcionaram diferentes enfoques dessa assistência. Pelo uso do SHT, analisamos o comportamento das transfusões de hemocomponentes fornecidas pelos serviços hemoterápicos públicos e privados do estado do Paraná, durante o período de 2000 a 2005. No sistema SIH-SUS, obtivemos o fornecimento de hemocomponentes SUS, em 2005, que foi inserido

no contexto populacional e assistencial das regionais. Combinando o SIH-SUS e o HEMOPROD, foi possível estimar o número de transfusões ressarcidas por recursos privados, tanto para o HEMEPAR quanto para os serviços hemoterápicos privados/conveniados-SUS. A convenção serviços hemoterápicos privados/conveniados-SUS será adotada nesse texto a partir desse item. Estas etapas serão explicitadas a seguir.

Comportamento das Transfusões Totais Fornecidas pelos Serviços Hemoterápicos Públicos e Privados do Estado do Paraná no Período de 2000 a 2005.

Utilizando-se o SHT, pretende-se, neste item, proporcionar uma visão de como o atendimento hemoterápico público (HEMEPAR) e privado têm transcorrido no estado do Paraná. Demonstrou-se então, a porcentagem do fornecimento de hemocomponentes da hemorede pública e dos serviços privados, realizada anualmente de 2000 a 2005.

O SHT distingue as transfusões fornecidas pelo HEMEPAR das transfusões fornecidas pelo setor privado, sem considerar a forma de ressarcimento (SUS, convênios privados ou recursos próprios dos pacientes). Ou seja, esse sistema computa o total das transfusões realizadas pelo HEMEPAR separadamente do total de transfusões realizadas nos serviços privados conveniados ou não ao SUS.

Deve-se esclarecer que ambos os setores fornecem tanto transfusões ressarcidas pelo SUS quanto transfusões ressarcidas por outros recursos, não sendo possível discriminá-las pelo SHT.

Apesar dessa limitação, o SHT foi utilizado por permitir com maior facilidade a verificação direta de dados retroativos, incluindo a atividade dos serviços privados.

O SHT demonstra excelentes condições para detecção de falhas operacionais cometidas nos serviços submetidos ao seu monitoramento como: bolsas transfundidas com suspeita de resultados positivos para exames sorológicos, reações transfusionais nos pacientes, doações em que não foram respeitados os intervalos e a várias outras falhas.

O Fornecimento de Hemocomponentes Custeados pelo SUS, no Ano de 2005, no Contexto das Regionais de Saúde do Estado do Paraná

O Estado do Paraná está dividido em regiões de abrangência, ou seja, em 22 (vinte e duas) Regionais de Saúde (RS) que gerenciam o Sistema de Saúde Estadual nos municípios sob sua jurisdição. As RS são as unidades administrativas da Secretaria

ria de Saúde do Estado. O processo de interiorização das unidades da hemorrede pública seguiu-se atrelado a conformação já existente das RS. Ou seja, a área de abrangência e a localização de cada unidade do HEMEPAR correspondem à mesma área de abrangência e a mesma localização no município sede da sua respectiva RS. Os serviços de hemoterapia privados conveniados ao SUS distribuíram-se no Estado segundo os ditames do mercado médico-assistencial.

Nessa etapa, as unidades da hemorrede pública foram caracterizadas no contexto populacional (número de municípios, número de habitantes, número de leito/SUS, complexidade dos serviços) e assistencial (capacidade operacional de coleta, número de coletas, número de hospitais atendidos) das suas Regionais de Saúde.

Relacionou-se então esse contexto ao fornecimento dos hemocomponentes aos pacientes SUS. Dessa forma, obteve-se em cada RS e a sua respectiva unidade do HEMEPAR, o fornecimento dos tipos de hemocomponentes SUS, frente ao(s) serviço(s) privado(s)/conveniado(s)-SUS, utilizando-se o sistema de informação SIH-SUS.

O SIH/SUS é a única fonte que propicia os quantitativos dos serviços privados conveniados, quanto ao atendimento hemoterápico prestado ao SUS. Os dados desses serviços privados/conveniados-SUS foram computados em conjunto quando havia mais de um deles na mesma RS.

O SIH/SUS estipula a tabela de procedimentos, definindo um grupo para a Hemoterapia, um subgrupo para a Transfusão sendo que este se divide em 10 códigos, cada um correspondente ao módulo pré-transfusional de cada tipo de hemocomponente. O número de módulos pré-transfusionais é igual ao número de módulos transfusionais.

Assim, no SIH/SUS, a denominação usual de módulo transfusional corresponde a uma transfusão e compreende, para fins de cobrança, os insumos e os honorários profissionais utilizados no procedimento. Portanto, a expressão módulo transfusional foi mantida no texto por indicar todas as implicações envolvidas na transfusão de hemocomponente SUS.

Por intermédio desses códigos, filtrou-se das AIHs pagas no ano de 2005, o número de módulos transfusionais utilizando o seguinte método: o DATASUS (BRASIL, c2008) disponibiliza, mensalmente, na Internet as informações referente ao processamento das internações hospitalares. Após processar as AIHs pagas são geradas as informações brutas no arquivo RDUFAAMM.DBC. (Onde: UF=estado, AA=ano, MM=mês).

Os dados que estavam dispostos mês a mês, e foram reunidos em um único arquivo referente ao período de 2005. Valeu-se do programa ACESS para realizar as consultas na base de dados, separando num primeiro momento os atos de hemo-

terapia dos demais atos, gerando assim uma nova tabela onde foram realizados os cruzamentos necessários obtendo: o município de internação, a descrição do procedimento, a quantidade do procedimento e o período de ocorrência.

Abaixo indicamos os arquivos de onde foram retiradas as informações e a sua finalidade:

- ▶ CHPRAAMM: identifica o estabelecimento de saúde por meio dos seus CGC. As informações deste arquivo têm como origem o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde).
- ▶ DAIH050.DBF: tabela contendo as informações necessárias dos procedimentos hospitalares – utilizado no sistema de cobrança de AIH.
- ▶ SPPRAAMM: identifica o estabelecimento/profissional que realizou o procedimento, as informações aqui contidas têm origem nas AIHs pagas pelo DATASUS (BRASIL, c2008).

Utilizou-se o programa Microsoft Excell e sua ferramenta chamada relatório de tabela e gráficos dinâmicos vinculados à base de dados do ACESS. Com o intuito de aproveitar as consultas da base de dados já realizadas, gerou-se uma planilha dinâmica com os seguintes dados: a regional de saúde, seus municípios, o nome do estabelecimento hospitalar, a descrição do procedimento e a quantidade mensal desse, perfazendo 1550 registros.

Assim obteve-se no ano de 2005, o número de módulos transfusionais por tipo de hemocomponente, por RS, por hospital, necessitando-se então identificar qual o serviço de hemoterapia forneceu o hemocomponente para cada transfusão ocorrida nos hospitais contidos na planilha. Para tanto, extraiu-se essas informações do Cadastro de hospitais que firmaram contrato de assistência hemoterápica com o HEMEPAR e do Cadastro de estabelecimento da VISA Estadual, o qual informa os hospitais assistidos pelos serviços hemoterápicos privados/conveniados-SUS.

Tal classificação possibilitou diferenciar o fornecimento de Hemocomponentes ao paciente SUS, prestado pelos serviços públicos do atendimento prestado pelos serviços privados/conveniados SUS em cada Regional de Saúde.

Esse levantamento permitiu, ainda, distinguir duas situações conjunturais da hemorede, ou seja, dois grupos de unidades do HEMEPAR distintos:

- ▶ As unidades do HEMEPAR que atende 100% da demanda de hemocomponentes SUS, nas suas RS, totalizando dezessete unidades.
- ▶ As unidades do HEMEPAR que dividem o atendimento hemoterápico SUS com os serviços privados/conveniados-SUS na mesma RS, perfazendo sete unidades.

Com a finalidade de discriminar as duas realidades distintas apresentadas quanto ao cumprimento dos pressupostos da Política de Sangue Nacional, adotou-se o critério de grupo (conforme citado no parágrafo acima) para a apresentação dos Resultados. Tal política preconiza a garantia da oferta de hemocomponentes pela hemorede pública a 100% dos leitos SUS.

Para aferir a Capacidade Operacional de Coleta da rede pública paranaense, foi utilizado como referência o cálculo de proposto pelo MS/PPI estaduais/GGCA/ANVISA:

Capacidade operacional de coleta = (nº de cadeiras X nº de horas/diárias X 3 coletas por hora X nº de dias trabalhados no mês X 12 meses)

Para aferir a demanda de bolsas de hemocomponentes previstas por leito e complexidade hospitalar, utilizaram-se os parâmetros da Tabela 1 também propostos pelo MS/PPI estaduais/GGCA/ANVISA.

Tabela 1. Parâmetro mínimo de demanda de bolsas/leito/ano em relação ao nível de complexidade hospitalar³.

Tipo de Unidade Hospitalar	TOTAL DE BOLSAS/LEITO/ANO Parâmetro mínimo do MS*
Hospital sem UTI e sem Pronto Socorro	3
Hospital com UTI ou Pronto Socorro	6
Hospital com UTI e com Pronto Socorro	10
Hospital com UTI/Pronto Socorro e Alta Complexidade	16
Hospital de referência estadual c/ Urgência/Emergência cardíaca	21

Transfusões Realizadas no Paraná em Pacientes Custeados pelo Setor Privado

Trata-se de hemocomponentes transfundidos que têm o seu custo ressarcido por convênios de saúde privados ou recursos próprios do paciente. Esse ressarcimento é destinado ao serviço hemoterápico público ou privado que prestou o atendimento. Para facilitar o entendimento do texto resumiu-se esse tipo de transfusão na expressão transfusões em pacientes do setor privado.

Faz-se necessário ressaltar que a hemorrede pública paranaense, o HEMEPAR, realiza transfusões em pacientes do setor privado, assim como os serviços hemoterápicos privados/conveniados-SUS.

³ Demanda transfusional por Hospital ⇒ parâmetro de demanda bolsas/leitos/ano* X número de leitos
Demanda transfusional por município ⇒ a demanda transfusional de todos os hospitais do município
Potencial de doadores por municípios ⇒ a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que 2% da população devem doar sangue uma vez ao ano

Então, o propósito desse item é mostrar o quanto o HEMEPAR fornece de transfusões em pacientes do setor privado, mesmo não atendendo a demanda total do SUS. A finalidade de obtermos o número de transfusões em pacientes privados fornecidos pelo setor hemoterápico privado/conveniado-SUS é dimensionar a parcela do atendimento SUS nesses serviços.

Por intermédio do Relatório Estatístico de Produção do HEMEPAR/HEMOPROD, levantou-se uma série histórica do número de transfusões em pacientes custeadas pelo SUS e das transfusões custeadas por outras fontes, que foram comparadas no período de 2000 a 2005, em todo o Paraná. Esses dados são obtidos diretamente nos condensados desses relatórios estáticos, que são informados mensalmente por cada unidade do HEMEPAR.

Quanto aos serviços hemoterápicos privados/conveniados-SUS, estimou-se o número de transfusões em pacientes do setor privado por regional de saúde no ano de 2005. A lógica usada para esta estimativa foi a seguinte: obrigatoriamente, todos os serviços hemoterápicos privados devem fornecer para a ANVISA os seus dados estatísticos, em relatório de produção chamado HEMOPROD. Nesse relatório, consta o total das transfusões realizadas por serviço, sem diferenciar a forma de ressarcimento (SUS, convênios privados ou recursos próprios dos pacientes). Então, para os serviços privados/conveniados-SUS, subtraiu-se do total de transfusões informado no HEMOPROD o número de transfusões obtido do SIH/SUS (em módulos transfusionais), restando o número de transfusões em pacientes do setor privado.

Equação 1. Transfusões em pacientes privados fornecidas pelo Serviços Hemoterápicos Privados/conveniados-SUS.

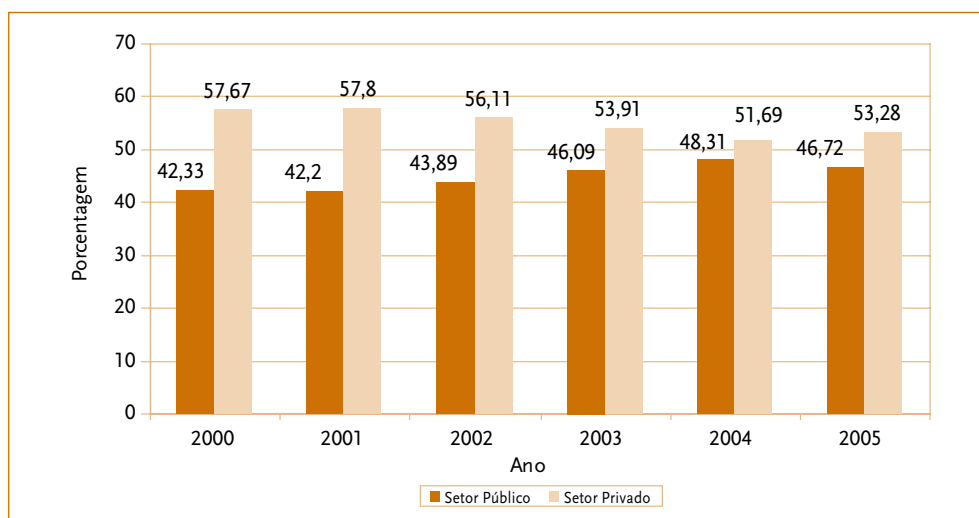
Transfusões em Pacientes = Transfusões Totais HEMOPROD – Transfusões SIH/SUS do Setor Privado.

RESULTADOS

Comportamento das Transfusões Realizadas nos Serviços Públicos e Privados do Estado do Paraná no Período de 2000 a 2005

Na Figura 1, mostra-se uma estabilização do cenário com predomínio do setor privado com leve tendência de crescimento do fornecimento de hemocomponentes pelo setor público. O SHT indica um acréscimo de 4,39 pontos percentuais entre os anos de 2000 e 2005 no setor público, o que corresponde a um aumento de 5.845 transfusões.

Figura 1. Transfusões totais realizadas pelos serviços públicos e privados.



O Fornecimento de Hemocomponentes no Contexto das Regionais de Saúde

Unidades do HEMEPAR que Fornecem 100% dos Hemocomponentes SUS nas suas Respectivas RS

Na Tabela 2, apresenta-se a população por Regional de Saúde, número de leitos ofertados pelo SUS nas regionais de saúde e o perfil operacional da unidade HEMEPAR.

Tabela 2. Perfil das Regionais de Saúde e das Unidades do HEMEPAR que atendem 100% da demanda hemoterápica do SUS. Paraná, 2005.

Regionais de Saúde/ Unidades do HEMEPAR	Nº de Habitantes	Nº de Leitos/SUS	Capacidade Operacional de Coleta	Nº de Bolsas Coletadas em 2005	Nº de Hospitais Conveniados
1ª Paranaguá ^(a)	260.518	426	25.334	3.861	11
4ª Irati ^(a)	152.991	291	12.632	1.904	7
5ª Guarapuava ^(b) 17	444.594	1.205	23.040	6.075	17
6ª União da Vitória ^(a)	204.100	365	5.184	2.162	10
7ª Pato Branco ^(a) 12	202.404	448	10.800	4.979	12
8ª Francisco Beltrão ^(b)	317.878	797	25.920	6.003	22
11ª Campo Mourão ^(b)	303.093	636	31.968	7.717	29
12ª Umuarama ^(a)	246.677	643	8.640	6.576	14
13ª Cianorte ^(a)	127.830	233	5.760	2.819	11
14ª Paranavaí ^(b)	251.391	269	6.625	5.747	26

continua...

... continuação

Regionais de Saúde/ Unidades do HEMEPAR	Nº de Habitantes	Nº de Leitos/SUS	Capacidade Operacional de Coleta	Nº de Bolsas Coletadas em 2005	Nº de Hospitais Conveniados
18ª Cornélio Procopio ^(a)	247.939	647	9.504	4.677	19
19ª Jacarezinho ^(a)	271.992	844	5.184	4.032	19
20ª Toledo ^(a)	322.811	736	5.832	4.886	23
21ª Telêmaco Borba ^(a)	162.694	349	5.760	2.057	5
22ª Ivaiporã ^(a)	141.828	471	4.320	2.861	14

Fonte: Paraná (2005).

(a) UCT – Unidade de Coleta e Transfusão, (b) Hemonúcleo

O grupo de unidades do HEMEPAR que atende integralmente a demanda hemoterápica SUS abrange 17 unidades interiorizadas. Essas unidades atendem regionais que são constituídas por 7 até 28 municípios, a maioria de pequeno porte, apenas 2 destes estão na casa dos 100 mil habitantes. A população regional varia de 127.830 a 444.594 habitantes. Quanto a assistência a saúde, temos de 233 a 1.205 leitos/SUS regionais atendendo procedimentos de baixa e média complexidade, contando com 17 serviços de terapia renal substitutiva e 3 centros de alta complexidade em oncologia. O nível de complexidade destas unidades hemoterápicas é de Unidade de Coleta e Transfusão e Núcleos de Hemoterapia.

Unidades do HEMEPAR que têm na sua RS a Atuação de Serviços Privados Conveniados ao SUS:

► Hemocentro coordenador de Curitiba - 2ª RS

A 2ª Regional de Saúde é composta por 29 municípios, incluindo a capital do Estado, com população total de 3.085.800 habitantes, contando com 4947 leitos/SUS.

O Hemocentro Coordenador tem capacidade operacional de coletar 73.152 bolsas/ano. No ano de 2005, coletou 40.906 bolsas de sangue. Mantém convênio com 39 Hospitais. (PARANÁ, 2006, p. 33).

Os serviços privados/conveniados-SUS apresentaram número expressivamente maior de módulos transfusionais de hemocomponentes destinados a pacientes SUS, conforme demonstrado na Tabela 3 e na Figura 2. Considerando-se o total dos hemocomponentes, foram fornecidos 65,23%, variando a sua participação de acordo com o hemocomponente transfundido desde 52,95% das unidades de Crioprecipitado de Fator VIII até 80,84% das unidades de Sangue total. Cabe aqui ressaltar que o HEMEPAR não produz Componentes Irrradiados. Os dados surgidos referente a esse hemocomponente no SIH/SUS, indicam possíveis erros como o de codificação nos registros das AIHs. O percentual de 97,33% de fornecimento pelos serviços privados/conveniados-SUS de Componentes Irrradiados em valores absolutos é pequeno, apenas 292 bolsas/ano. Existe uma grande concentração de serviços de alta complexidade no município de Curitiba.

Devido à complexidade dos serviços, aparece uma maior diversificação nos tipos de hemocomponentes usados. Destaca-se a presença de quatro serviços de hemoterapia privados/conveniados-SUS, um serviço de hemoterapia público federal, além do HEMEPAR. Ao analisarmos os dados, temos que os serviços privados/conveniados-SUS atendem hospitais de alta complexidade e grande porte com grande consumo de hemocomponentes, sendo eles: 2 (dois) hospitais universitários privados, 1 (um) filantrópico - Santa Casa, 1 (um) hospital oncológico, 1 (um) infantil, 1 (uma) maternidade e vários hospitais gerais de médio e pequeno porte. Dessa forma, há a prevalência acentuada do setor privado na estatística do número de transfusões na regional de Curitiba.

Tabela 3. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 2ª RS – Paraná, 2005.

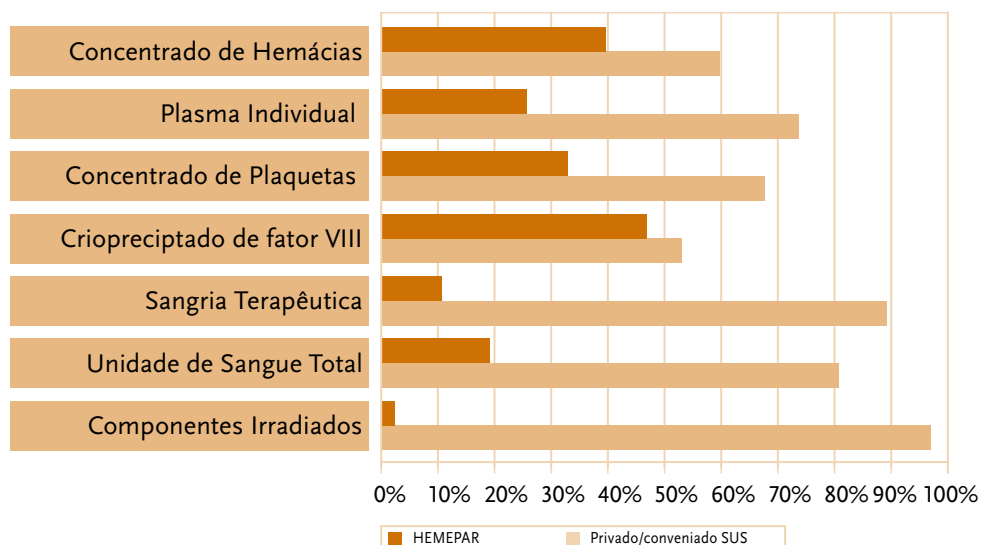
Serviço de Hemoterapia	HEMEPAR		Serviços privados/conveniados SUS	
	n	%(a)	n	%(a)
Concentrado de Plaquetas	6.393	32,81	13.092	67,19
Plasma Individual	9.506	25,90	25.915	74,10
Crioprecipitado de fator VIII	3.300	47,05	3.714	52,95
Componentes Irrradiados ^(b)	8	2,67	292	97,33
Sangria Terapêutica	9	10,59	76	89,41
Unidade de Sangue Total	41	19,16	173	80,84

Fonte: SIA/SUS, 2005.

^(a) porcentagem calculada sobre o total de cada um dos módulos transfusionais de hemocomponentes

^(b) o HEMEPAR não produz componentes irradiados indicando possível erro de codificação nas AIHs apresentadas.

Figura 2. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 2ª RS – Paraná, 2005.



► Hemonúcleo de Ponta Grossa - 3ª RS

A 3ª Regional de Saúde é composta por 12 municípios, com população total de 547.901 habitantes, contando com 708 leitos/SUS. O Hemocentro tem capacidade operacional de 23.040 bolsas/ano. No ano de 2005, coletou 6.390 bolsas de sangue. Mantém convênio com 16 hospitais (PARANÁ, 2006, p. 65).

Pela Tabela 4 e Figura 3, constata-se o predomínio dos serviços privados/conveniados-SUS, apresentando 67,23% dos módulos transfusionais totais. Respondem pela demanda de 89,96% de Concentrado de Plaqueta e 96,06% de Crioprecipitado de fator VIII. A sangria terapêutica não é realizada na unidade de Ponta Grossa.

No Município de Ponta Grossa, há dois serviços de hemoterapia privados/conveniados-SUS, além da unidade do HEMEPAR. Um desses está instalado em hospital filantrópico – Santa Casa – e o outro em hospital geral de grande porte.

Tabela 4. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 3ª RS – Paraná, 2005.

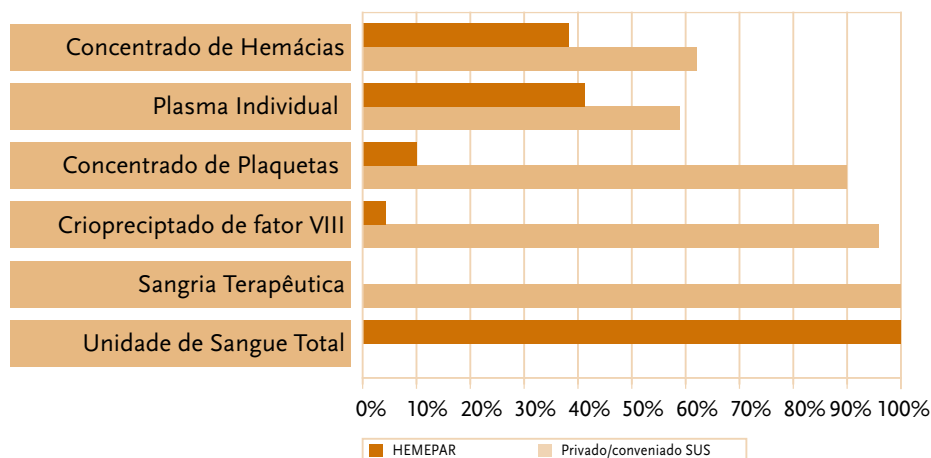
Serviço de Hemoterapia	HEMEPAR		Serviços privados/conveniados SUS	
	n	% ^(a)	n	% ^(a)
Concentrado de Hemácias	2.177	37,95	3.559	62,09
Plasma Individual	1.108	41,22	1,580	58,78
Concentrado de Leucócitos ^(b)	10	100	-	-
Concentrado de Plaquetas	136	10,04	1.219	89,96
Crioprecipitado de fator VIII	25	3,94	610	96,06
Componentes Irrradiados ^(b)	-	-	3	100
Sangria Terapêutica	-	-	12	100
Unidade de Sangue Total	107	100	-	-
Plasmaferese ^(b)	3	20,00	12	80,00

Fonte: SIA/SUS, 2005.

^(a) porcentagem calculada sobre o total de cada um dos módulos transfusionais de hemocomponentes

^(b) Na 3ª R.S. não são produzidos os hemocomponentes Concentrado de Leucócitos e Componentes Irrradiados, assim como o procedimento de Plasmaferese, indicando possível erro de codificação nas AIHs apresentadas.

Figura 3. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 3ª RS – Paraná, 2005



► Hemonúcleo de Foz do Iguaçu - 9ª Regional de Saúde

A 9ª Regional de Saúde é composta por 9 municípios, com população total de 413.462 habitantes, contando com 361 leitos/SUS.

Tem capacidade operacional de 29.700 bolsas/ano. No ano de 2005, coletou 12.412 bolsas de sangue. (PARANÁ, 2006, p. 53)

Mantém convênio com 9 hospitais. O Banco de Sangue privado de Cascavel atende 3 hospitais nos seus municípios.

A seguir, é demonstrado, na Tabela 5 e Figura 4, o número de módulos transfusionais obtido do SIH/SUS no do ano de 2005.

Aqui se observa a hegemonia do setor público respondendo por 90,3% dos módulos transfusionais apresentados. Detecta-se pouca diversidade no uso de hemocomponentes e procedimentos, devido provavelmente à baixa demanda regional.

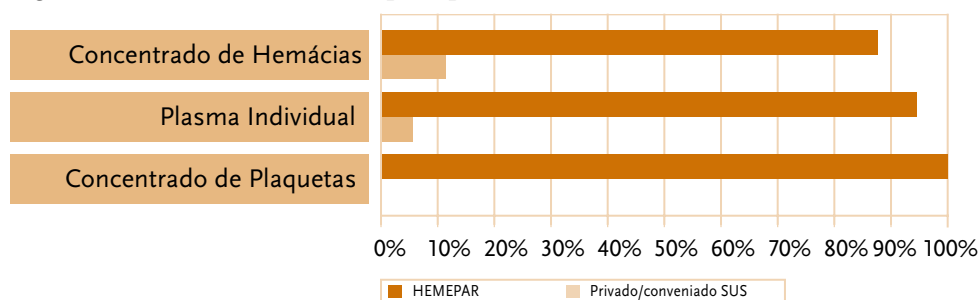
Tabela 5. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 9ª RS – Paraná, 2005.

Serviço de Hemoterapia	HEMEPAR		Serviços privados/conveniados SUS	
	n	% ^(a)	n	% ^(a)
Concentrado de hemácias	1.832	88,63	265	11,37
Plasma Individual	707	94,27	43	5,73
Concentrado de plaquetas	57	100	-	-

Fonte: SIA/SUS, SHT/CELEPAR, 2005.

^(a) porcentagem calculada sobre o total de cada um dos módulos transfusionais de hemocomponentes

Figura 4. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 9ª RS – Paraná, 2005.



► Hemocentro Regional de Cascavel - 10ª RS

A 10ª Regional de Saúde é composta por 25 municípios, com população total de 485.078 habitantes, contando com 766 leitos/SUS. Cascavel é um centro de assistência em que poucos são os procedimentos que exigem referência para outras regiões do estado.

O Hemocentro tem capacidade operacional de 44.640 bolsas/ano. No ano de 2005, coletou 8.175 bolsas de sangue. Mantém convênio com 17 hospitais (PARANÁ, 2006, p. 37).

Fica demonstrada na Tabela 6 uma preponderância acentuada do serviço privado/conveniado-SUS, sendo que esse detém 66,2% módulos transfusionais totais apresentados. Destaca-se o alto número de unidades de plasma individual mostrado, proporcionalmente aos outros hemocomponentes. Como já informado, os hemocomponentes crioprecipitado de fator VIII e sangue total é de uso restrito.

Tabela 6. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 10ª RS – Paraná, 2005.

Serviço de Hemoterapia	HEMEPAR		Serviços privados/conveniados SUS	
	n	% ^(a)	n	% ^(a)
Concentrado de Hemácias	2.305	39,90	3.472	60,10
Plasma Individual	518	22,98	1.736	77,02
Concentrado de Plaquetas	1.724	32,19	3.632	67,81
Crioprecipitado de fator VIII	12	22,22	42	77,78
Sangria Terapêutica	2	8,33	22	91,67
Unidade de Sangue Total	-	-	15	100

Fonte: SIA/SUS, 2005

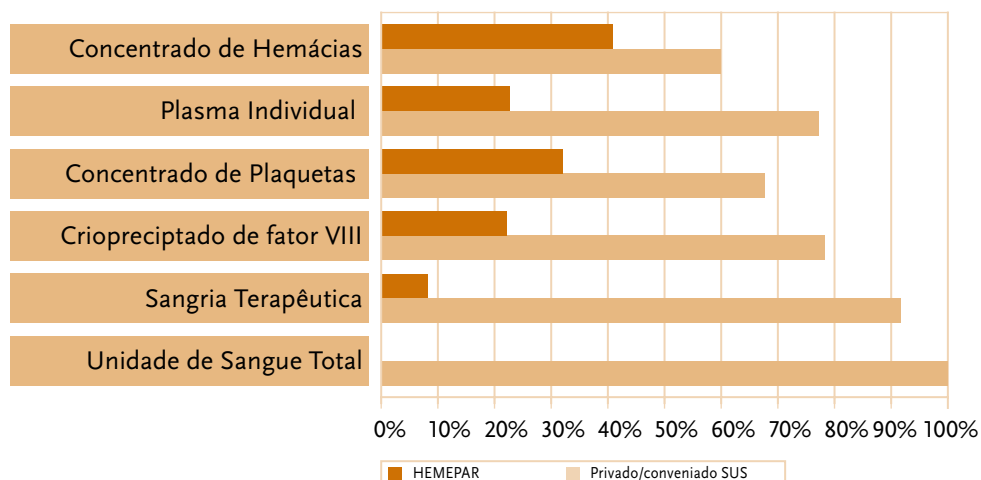
^(a) porcentagem calculada sobre o total de cada um dos módulos transfusionais de hemocomponentes

O Hemocentro Regional de Cascavel atende um Hospital Universitário Estadual e um Centro Oncológico Filantrópico ambos de grande porte, além de 17 hospitais de pequeno porte com pequena demanda.

O serviço privado/conveniado-SUS fornece hemocomponentes para 32 hospitais na abrangência da Regional de Cascavel, Foz do Iguaçu e Toledo atendendo 4 hos-

pitais de médio a grande porte que incluem 1 serviço de tratamento oncológico, 2 de terapia renal substitutiva entre outros procedimentos de alta complexidade. Assim, o serviço privado/conveniado-SUS detém a maior parte do atendimento transfusional dos pacientes SUS nessa RS (Figura 5).

Figura 5. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 10ª RS – Paraná, 2005.



► Hemocentro Regional de Maringá - 15ª RS

A 15ª Regional de Saúde é composta por 30 municípios, com população total de 672.602 habitantes, contando com 1.135 leitos/SUS. A região tem alta resolubilidade na atenção à saúde.

O Hemocentro tem capacidade operacional de 51.840 bolsas/ano. No ano de 2005, coletou 6.411 bolsas. Mantém convênio com 22 hospitais (PARANÁ, 2006, p. 43).

Na Tabela 7 e na Figura 6, observa-se resultados próximos das unidades anteriormente expostas. O predomínio dos serviços privados/conveniados-SUS é notório em relação ao serviço público, contando com 60,31% dos módulos transfusionais, principalmente em relação ao fornecimento de concentrado de plaquetas.

O Hemocentro Regional de Maringá mantém convênio com 22 hospitais sendo um Hospital. Universitário público de grande porte (PARANÁ, 2006, p. 43).

Porém, no Município de Maringá existem 2 serviços de hemoterapia privados/conveniados-SUS que fornecem hemocomponentes para 13 hospitais da região. Um desses serviços localiza-se na Santa Casa de Misericórdia, enquanto o outro Banco de Sangue atende os 12 hospitais restantes, totalizando 545 leitos, com uma demanda estimada de 10.098 transfusões.

Tabela 7. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 15ª RS – Paraná, 2005.

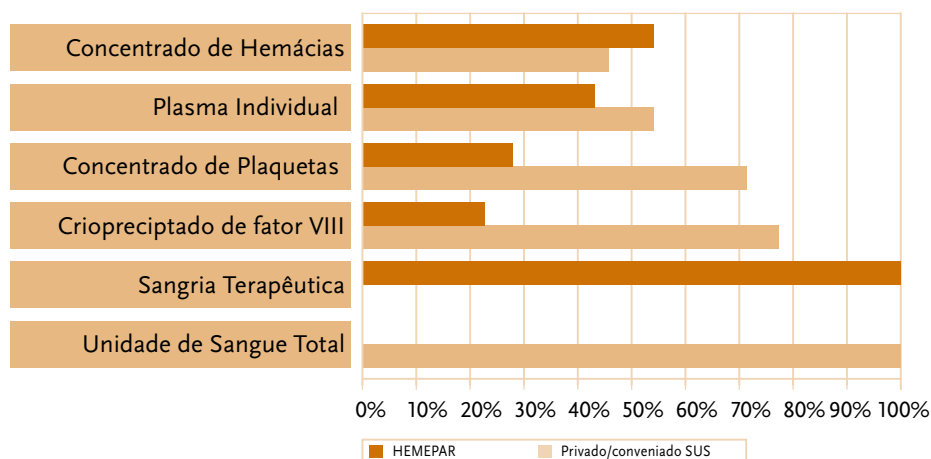
Serviço de Hemoterapia	HEMEPAR		Serviços privados/conveniados SUS	
	n	% ^(a)	n	% ^(a)
Concentrado de Hemácias	2.805	53,85	2.404	46,15
Plasma Individual	1.092	43,11	2.805	53,85
Concentrado de Leucócitos ^(b)	-	-	3	100
Concentrado de Plaquetas	706	28,76	1.749	71,24
Crioprecipitado de fator VIII	22	22,68	75	77,32
Sangria Terapêutica	8	100	-	-
Unidade de Sangue Total	-	-	-	-

Fonte: SIA/SUS, 2005.

^(a) porcentagem calculada sobre o total de cada um dos módulos transfusionais de hemocomponentes

^(b) Na 15ª R.S. não é produzidos o hemocomponente Concentrado de Leucócitos, indicando possível erro de codificação nas AIHs apresentadas, anteriormente já mencionado.

Figura 6. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 15ª RS – Paraná, 2005.



► Hemonúcleo de Apucarana - 16ª RS

A 16ª Regional de Saúde é composta por 17 municípios, com população total de 324.852 habitantes, contando com 925 leitos/SUS. Tem capacidade operacional de 17.280 bolsas/ano. No ano de 2005, coletou 5.656 bolsas. Mantém convênio com 17 hospitais (PARANÁ, 2006, p. 47).

Na Tabela 8 e na Figura 7, demonstra-se o número de módulos transfusionais obtido do SIH/SUS no do ano de 2005.

A maioria dos procedimentos transfusionais é atendida pela unidade pública local, que se responsabiliza por 75% da apresentação dos módulos transfusionais. A região atende a média complexidade.

A unidade HEMEPAR não atinge o total da demanda, pois os hospitais do Município Arapongas (1 Santa Casa, 2 hospitais gerais, 1 serviço de terapia renal substitutiva) são atendidos exclusivamente pelo serviço de hemoterapia privado/conveniado-SUS, sediado em Londrina.

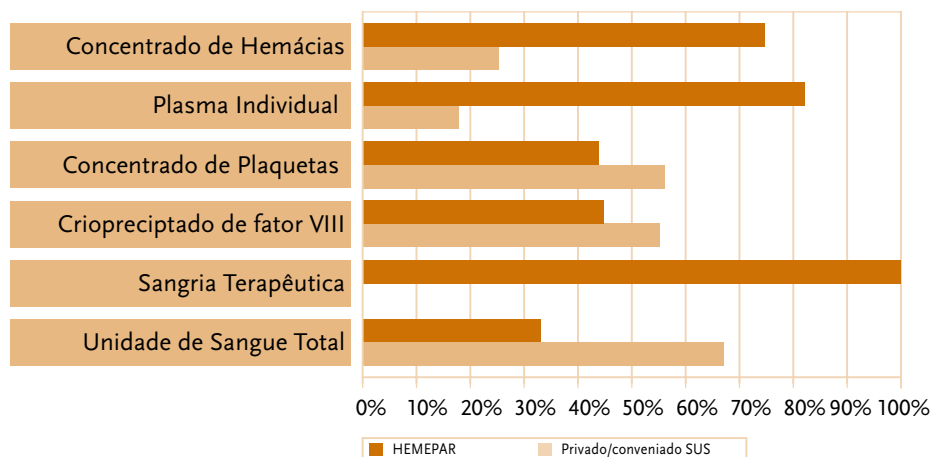
Tabela 8. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 16ª RS – Paraná, 2005.

Serviço de Hemoterapia	Público		Privado	
	n	% ^(a)	n	% ^(a)
Concentrado de Hemácias	2.397	74,86	805	25,14
Plasma Individual	1.475	81,76	329	18,24
Concentrado de Plaquetas	132	43,85	169	56,15
Crioprecipitado de fator VIII	31	44,93	38	55,07
Sangria Terapêutica	11	100	-	-
Unidade de Sangue Total	1	33,00	2	66,00

Fonte: SIA/SUS, 2005.

^(a) porcentagem calculada sobre o total de cada um dos módulos transfusionais de hemocomponentes

Figura 7. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 16ª RS – Paraná, 2005.



► Hemocentro Regional de Londrina - 17ª RS

A 17ª Regional de Saúde é composta por 20 municípios, com população total de 805.435 habitantes, contando com 1.872 leitos/SUS. A região atende alta complexidade, tem alta resolubilidade na atenção à saúde.

Tem capacidade operacional de 65.520 bolsas/ano. No ano de 2005, coletou 10.287 bolsas. Mantém convênio com 6 hospitais (PARANÁ, 2006, p. 40).

Na Tabela 9 e na Figura 8, demonstra-se o número de módulos transfusionais obtido do SIH/SUS no do ano de 2005, caracterizando a superioridade do serviço privado/conveniado-SUS, com índices de fornecimento acima de 70% de hemo-

componentes SUS. Na unidade HEMEPAR, não ocorre produção de componentes irradiados.

O Hemocentro mantém convênio com seis hospitais, sendo um Hospital Universitário Público de grande porte.

Salienta-se que o Município de Londrina possui um serviço de hemoterapia privado/conveniado-SUS, que fornece hemocomponentes para municípios da região de Londrina, Arapongas e microrregião de Apucarana e Jacarezinho, totalizando 36 hospitais. Alguns desses hospitais são de grande porte e de alta complexidade como a Santa Casa, o Hospital Universitário Evangélico e Instituto de Câncer todos de Londrina, impactando negativa e diretamente no atendimento do serviço público ao paciente SUS.

Quanto ao perfil populacional e assistencial, temos que do total de 24 unidades pertencentes à hemorrede pública, sete dessas unidades que não fornecem 100% de assistência hemoterápica ao SUS na sua RS. Essas regionais são constituídas por 9 a 35 municípios de médio a grande porte, a população regional varia de 127.830 a 3.085.000 habitantes. Quanto à assistência a saúde tem-se de 925 a 4.947 leitos/SUS regionais, que atendem procedimentos de alta, média e baixa complexidade, contando com 22 serviços de terapia renal substitutiva e 10 centros de alta complexidade em oncologia. O nível de complexidade destas unidades hemoterápicas públicas é: 1 Hemocentro Coordenador; 3 Hemocentros Regionais; e 3 Núcleos de Hemoterapia.

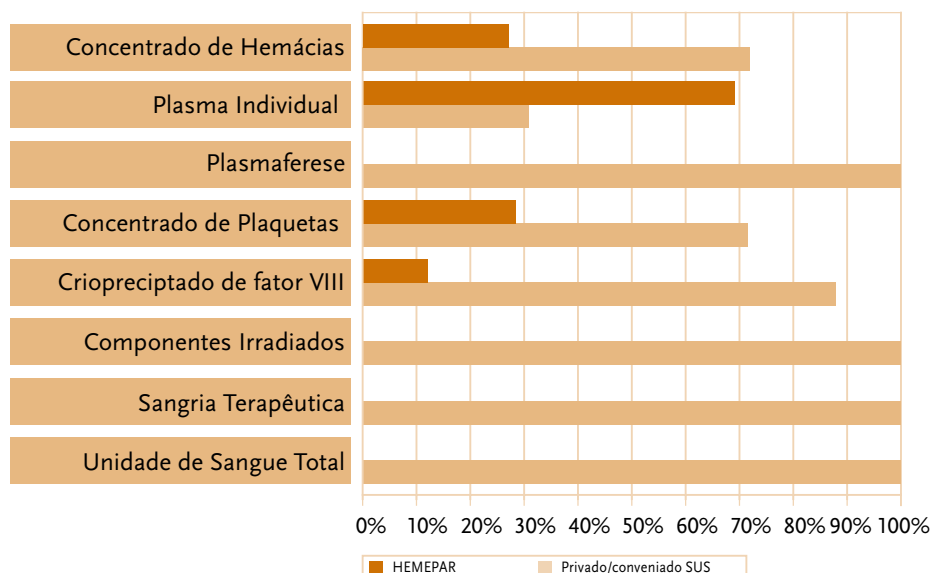
Tabela 9. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 17ª RS – Paraná, 2005.

Serviço de Hemoterapia	Público		Privado	
	n	% ^(a)	n	% ^(a)
Concentrado de Hemácias	4.007	27,55	10.537	72,45
Plasma Individual	13.242	69,21	5.891	30,79
Concentrado de Plaquetas	1.003	28,51	2.515	30,79
Crioprecipitado de fator VIII	147	12,38	1.040	87,62
Sangria Terapêutica	-	-	8	100
Componentes irradiados	-	-	5	100
Unidade de Sangue Total	-	-	52	100

Fonte: SIA/SUS, 2005.

^(a) porcentagem calculada sobre o total de cada um dos módulos transfusionais de hemocomponentes.

Figura 8. Módulo Transfusional por tipo de serviço fornecedor. 17ª RS – Paraná, 2005.



Transfusões Realizadas no Paraná em Pacientes Custeados pelo Setor Privado

Como já explicado, trata-se de hemocomponentes transfundidos que têm o seu custo ressarcido por convênios de saúde privados ou recursos próprios do paciente. Esse ressarcimento é destinado ao serviço hemoterápico, seja o HEMEPAR ou serviço privado, que prestou o atendimento. Para facilitar resumiu-se esse tipo de transfusão na expressão transfusões em pacientes do setor privado.

► Fornecidas pelo HEMEPAR

Por intermédio do Relatório Estatístico de Produção do HEMEPAR/HEMOPROD obteve-se uma série histórica do número de transfusões realizadas em pacientes do SUS e transfusões realizadas em pacientes do setor privado, sendo a seguir comparadas (Tabela 10).

Tabela 10. Número de transfusões realizado pelo HEMEPAR em pacientes do SUS e pacientes do setor privado. Paraná, 2000-2005.

Ano	N° de transfusões realizadas em pacientes do SUS		N° de transfusões realizadas em pacientes do setor privado	
	Unidades	%	Unidades	%
2000	89.680	96,72	3.037	3,28
2001	82.974	92,18	7.037	7,82
2002	128.275	85,3	19.064	14,7

continua...

... continuação

Ano	N° de transfusões realizadas em pacientes do SUS		N° de transfusões realizadas em pacientes do setor privado	
	Unidades	%	Unidades	%
2003	128.304	86,69	16.668	13,31
2004	135.558	85,22	23.509	14,78
2005	132.883	85,93	21.761	14,07

Fonte: HEMOPROD, 2000-2005.

O número de bolsas de hemocomponentes destinadas a pacientes do setor privado pelo HEMEPAR atingiu a cifra máxima de 23.509 unidades em 2004, sendo mantido uma porcentagem em torno de 14,5% do total de bolsas transfundidas ao longo de 5 anos.

► Fornecidas pelos Serviços Hemoterápicos Privados conveniados ao SUS

Na Tabela 11, apresenta-se o número estimado de transfusões em pacientes do setor privado, por regional de saúde, no ano de 2005.

Como resultado desta estimativa, resultou a proporção de transfusões entre paciente SUS e paciente do setor privado nos serviços privados/conveniados-SUS. Essa proporção de atendimento varia do valor máximo na 3ª RS de Ponta Grossa, onde as transfusões custeadas pelo SUS representam 85,13% do total de atendimento; e o valor mínimo para a 15ª RS de Maringá onde as transfusões custeadas pelo SUS representam 30,45% do total desses serviços.

Tabela 11. Númro estimado de transfusões em pacientes do setor privado, realizado pelos serviços hemoterápicos privados por RS. Paraná, 2005.

Regional de Saúde	(A)	(B)		(C)*	
	N° total de transfusões (HEMOPROD)	N° de transfusões em módulos transfusionais (SIH/SUS)		N° estimado de transfusões em pacientes do setor privado	
		Unidades	%	Unidades	%
2ª RS- Curitiba	133.007	72.282	54,34	60.725	45,66
3ª RS – Ponta Grossa	8.357	7.114	85,13	1.243	14,87
10ª RS – Cascavel	16.475	8.919	54,14	7.556	45,84
15ª RS – Maringá	23.118	7.040	30,45	16.078	69,55
17ª RS – Londrina	51.297	20.059	39,10	31.238	60,90

Fonte: SIH/SUS, HEMOPROD, 2005.

* (C) = (A)-(B)

DISCUSSÃO

No cenário apresentado da assistência hemoterápica no Estado do Paraná, fica evidenciado algumas razões, e outras se inferem o porquê atualmente de a rede HEMEPAR responsabilizar-se aproximadamente por 47% das transfusões ao paciente SUS informadas pelo SIH/SUS, e 46,72% das transfusões totais informadas pelo SHT. De acordo com as etapas do plano de análise proposto, serão discutidos os fatos geradores do cenário mencionado e suas implicações que se segue abaixo.

- ▶ Comportamento das Transfusões Totais Fornecidas pelos Serviços Hemoterápicos Públicos e Privados do Estado do Paraná, no Período de 2000 a 2005.
- ▶ A estabilização desse comportamento constatada ao longo destes anos pelo SHT tem como uma de suas causas a ausência de novos credenciamentos de serviços privados ao SUS e da expansão do número de suas cotas de procedimentos hemoterápicos. A leve tendência de crescimento do fornecimento de hemocomponentes pelo setor público verificada, deve-se provavelmente aos esforços isolados imprimidos por algumas unidades da hemorrede ou pela procura espontânea das instituições hospitalares pelos serviços prestados pelo HEMEPAR, que visualizam alguma situação facilitadora nesse atendimento.
- ▶ O Fornecimento de Hemocomponentes Custeados pelo SUS em 2005, no Contexto as Regionais de Saúde do Estado do Paraná.

Após a análise de todas as RS, evidenciou-se que os serviços privados/conveniadados-SUS detêm grande percentual dos atendimentos transfusionais prestados ao paciente SUS nos grandes pólos regionais. Nesses pólos, há maior densidade populacional, onde ocorre a concentração dos serviços de saúde de maior complexidade, tornando-se centros de referência estaduais. O HEMEPAR atua em proporções bem menores nesses grandes centros e atua em municípios de pequeno e médio porte, onde a demanda é baixa.

A interiorização da hemorrede pública no país foi fomentada pelo Ministério da Saúde, pelas Diretrizes Normativas emitidas em 1995. Na gestão seguinte, a COSAH deu continuidade ao plano de ação, pois considerava a implantação das ações hemoterápicas em regiões descobertas de fundamental importância (BASÍLIO, 2002, p. 58).

Tendo em vista que a hemorrede pública paranaense é bem descentralizada, contando com 24 unidades distribuídas no estado, pode-se deduzir que os gestores absorveram tal premissa. Nos primeiros anos da implantação da hemorrede, eles preocuparam-se com a interiorização dos serviços, providenciando a cobertura das áreas não assistidas.

Este é um raciocínio lógico, porém abriu espaço para ocorrer a gradativa e forte estruturação verificada do setor privado na área hemoterápica, que seguindo a lógica do mercado, fixaram seus negócios onde havia possibilidade de grande produtividade e consequentemente maiores lucros. Ou seja, nos centros de referência regionais em saúde.

Almeida (1995, p. 48) informa que de acordo com o projeto neoliberal implantado pelo governo Collor, nesse período ocorreu uma expansão dos serviços hemoterápicos privados e filantrópicos e a ausência de dispositivos necessários ao funcionamento e ao seu controle.

Assim, esses serviços privados/conveniados-SUS, fincaram sólidos aparatos para o atendimento hemoterápico junto aos grandes hospitais. Garantiram a preferência dos profissionais de saúde, devido à disponibilização de todos os tipos de hemocomponentes em quantidades necessárias, com rapidez. E também, disponibilizaram aos hospitais serviços não costumeiros aos bancos de sangue, serviços de enfermagem e médico. Responsabilizaram-se desde a coleta da amostra de sangue do paciente-receptor, transporte das bolsas, infusão do hemocomponente até o atendimento das reações transfusionais nos hospitais por eles atendidos. Soma-se o fato que o atendimento SUS, ainda atualmente, constitui a maior parcela de suas atividades quando comparado ao atendimento hemoterápico custeado por convênios de saúde ou particulares.

Nos grandes centros de referência, ficou demonstrado o predomínio do fornecimento pelo setor privado/conveniado-SUS em relação ao HEMEPAR dos hemocomponentes mais transfundidos em pacientes SUS. Tais componentes são o Concentrado de Hemácias (CH) e o Concentrado de Plaquetas (CP) fornecidos nas seguintes porcentagens: Curitiba - 60% CH, 75% CP; Londrina - 72% CH, 71% CP; Maringá - 50% CH, 71% CP; Cascavel - 60% CH, 67 % CP e Ponta Grossa - 63% CH, 90 % CP.

Em outras regiões do país, como a região norte, nordeste, centro-oeste, sudeste, com exceção de alguns estados, não se encontravam serviços privados bem estruturados que fizessem frente aos serviços públicos, o que facilitou o desenvolvimento e consolidação das hemorredes estaduais. No Paraná, faltou a percepção da necessidade de uma contínua e forte estruturação da hemorrede pública, nos grandes centros, de forma a expandir o atendimento ao SUS, concomitantemente com a política de investimentos na interiorização. Tornou-se mais fácil, a liberação do credenciamento ao SUS e distribuição de cotas de procedimentos hemoterápicos para os serviços privados para garantir a cobertura da demanda.

Aliado a este fato, assinalam-se outras razões que no decorrer destes anos, influenciaram para que a hemorrede não acompanhasse na mesma velocidade o desempenho do setor privado:

- ▶ Ausência de cobrança efetiva por parte dos órgãos gerenciadores da Política Nacional de Sangue do Ministério da Saúde, nas gestões anteriores, junto aos Estados que permanecem nessa situação. Ou seja, MS não desenvolveu uma política que exigisse das hemoredes públicas estaduais o atendimento transfusional a todos pacientes SUS, provavelmente em decorrência dos poucos estados da federação envolvidos nesse cenário, incluindo o estado do Paraná. Atualmente, observa-se tal preocupação, porém ainda de forma tímida por falta de mecanismos, estratégias e legislação que requeiram tal atitude das Secretarias Estaduais de Saúde, conforme informações da própria Coordenação Nacional de Sangue e Hemoderivados.
- ▶ Nesse período de mais de 20 anos do processo de consolidação da hemorrede paranaense, nas gestões sucessivas, notou-se o não alinhamento ou não sensibilização do governo com essa proposta, devido principalmente à política de geral de recursos humanos. Isto é, a ausência de concursos públicos em todos os setores da administração pública. Neste caso, para municiar as unidades do HEMEPAR de quadro adequado para o enfrentamento dessa demanda. Destaca-se que houve grandes investimentos em infra-estrutura física e operacional do estado em parceria com o Ministério da Saúde, porém não acompanhado de investimento em recursos humanos, visto apenas nessa última legislação.
- ▶ A falta de posicionamento da própria hemorrede pública como um todo, quanto à importância de uma política voltada para o atendimento do paciente SUS no Paraná, cobrando das instâncias superiores tal conduta. A atividade da hemoterapia tem um caráter técnico-científico acentuado e sendo atividade-meio torna-se ainda mais restrita. Observa-se então, pequena ou nenhuma participação dos integrantes da rede pública nas instâncias de discussão e deliberação das Políticas Estaduais de Saúde, essa participação normalmente restringe-se apenas à alta gerência. A hemoterapia pública figuradamente representa uma “ilha” dentro do SUS, em que seus componentes primam pela excelência técnica e estão sempre atribulados com as exigentes rotinas de assistência e produção, portanto não detém a conscientização plena ou o alcance do seu papel frente ao SUS.
- ▶ A morosidade típica das várias instâncias técnico-gerenciais envolvidas num processo de estruturação e desenvolvimento da hemorrede dentro da estrutura organizacional do governo, devido aos impeditivos/dificultadores legais na gestão do serviço público.

Todo esse conjunto de fatos legou poderio financeiro e político aos serviços privados que atualmente exercem grande influência no meio, inclusive nacionalmente.

Quanto à capacidade operacional de coleta, parte integrante dessa análise do fornecimento, a hemorrede HEMEPAR tem potencial para coletar aproximadamente

350.000 bolsas/ano de acordo com os dados de suas unidades executoras em todo o estado do Paraná. Porém, foram coletadas apenas 129.908 bolsas no ano de 2005. (PARANÁ, 2006, p. 29).

Assim, de acordo com os parâmetros propostos pelo MS/PPI estaduais/ANVISA já citados, a capacidade operacional das unidades HEMEPAR apresenta-se muito acima da sua produção quando comparada com o número de bolsas coletadas em 2005. Logo, as unidades que não atendem 100% da demanda dos pacientes SUS estão com a infra-estrutura subutilizada ou não possuem recursos necessários para atender o preconizado.

Porém, 17 das 24 unidades da rede HEMEPAR estão cumprindo o seu papel de fornecer 100% dos hemocomponentes SUS. Consequentemente, nestas localidades a infraestrutura foi superestimada conforme podemos constatar na Tabela 2.

No entanto, julga-se que esses cálculos propostos apenas proporcionam uma orientação, visto que os resultados obtidos estão extremamente acima do praticado na realidade de cada unidade. E ainda, não levam em consideração fatores preponderantes da operacionalização das atividades tais como: número de funcionários, cargas horárias, regimes diferenciados, várias atividades realizadas paralelamente pelos mesmos funcionários, logística de distribuição de insumos, sistema de informatização, logística de distribuição de hemocomponentes etc.

► **Transfusões Realizadas No Paraná Em Pacientes Custeado Pelo Setor Privado**

O número de transfusões em pacientes do setor privado realizado pelo HEMEPAR é expressivo (21.761 bolsas no ano de 2005), se analisado sob o ponto de vista de que essas transfusões poderiam estar sendo direcionadas aos pacientes SUS. Porém, deve-se levar em consideração que em algumas regiões do Paraná a única opção de atendimento é a unidade pública. O agravante é que até o presente momento, não há um sistema eficiente de cobrança dos convênios de saúde e pacientes privados do ressarcimento do custo dos hemocomponentes transfundido, isto na maioria das unidades da rede HEMEPAR.

A importância de expor os quantitativos das transfusões dos pacientes privados fornecidos pelo setor hemoterápico privado/conveniado-SUS, é constatar que as transfusões custeadas pelo SUS representam uma fatia significativa dos seus atendimentos, variando de 30,45% a 81,13% do total de atendimento.

Cabe ainda salientar as deficiências sentidas nesse estudo quanto aos sistemas públicos de informação, operacionais e de controle da área de hemoterapia, que, devido a sua complexidade implícita, impossibilitou a realização de uma análise mais aprofundada neste trabalho. Entretanto, ficam aqui explicitadas algumas das falhas.

O SHT tem grande importância no rastreamento de erros operacionais cometidos nas atividades hemoterápicas. Portanto, é necessário que o SHT receba aprimoramento quanto à compilação e gerenciamento dos dados estatísticos, que apresentam falhas significativas quando comparados com os outros sistemas mencionados. Sugere-se ainda que no SHT haja a possibilidade de distinguir as transfusões realizadas para pacientes SUS das transfusões dos pacientes do setor privado. Mantido como está atualmente, esse enorme sistema está sendo subutilizado.

Quanto ao SIH/SUS, serão indicadas algumas vulnerabilidades existentes na sistemática de fluxos e registros dos procedimentos hemoterápicos, que provocam erros e conseqüentemente diferenças com o número real de procedimentos hemoterápicos executados, tais como:

- ▶ Identificação do serviço hemoterápico prestador – os hospitais nos quais ocorreram as transfusões SUS, informam o código e quantidade de módulos pré-transfusionais e transfusionais dos hemocomponentes transfundidos em cada AIH's expedida por paciente. Devendo indicar também, o CGC do serviço hemoterápico que executou esses procedimentos. Ocorre que o sistema de controle e acompanhamento desses registros hospitalares pelo HEMEPAR é ineficiente, ao contrário do setor privado/conveniado.
- ▶ Codificação errônea – por simples troca de códigos ou interpretações equivocadas quanto ao tipo de procedimentos realizados, claramente observada nesse estudo do SIH/SUS sob duas formas: surgimento de procedimentos hemoterápicos inexistentes em algumas RS. Aparecimento de um número excessivo de módulos transfusionais de alguns hemocomponentes, como plasma individuais, unidades de sangue total e crioprecipitado de fator VIII, os quais têm o seu uso terapêutico bastante restrito atualmente.
- ▶ Outra fonte de erro possível seriam as glosas nos módulos transfusionais das AIHs, por excesso do limite do teto financeiro do estado, em proporção maior no serviço público mediante ao serviço privado.

Logo, por intermédio do SIH/SUS, percebe-se a deficiência no serviço público, no caso o HEMEPAR, em efetivamente acompanhar os ganhos financeiros aferidos a partir da sua produção. Não se percebe interesse legítimo e (ou) metodologia efetiva no controle do ressarcimento dos procedimentos hemoterápicos aqui estudados (módulo pré-transfusional e transfusional).

RECOMENDAÇÕES

Diante do exposto, nos atrevemos a esboçar algumas recomendações para a mudança desse quadro:

- ▶ Inicialmente, deve ocorrer o convencimento e dos gestores locais quanto à adesão à causa, implicando em avaliações e discussões intensivas com os Hemocentros Regionais de Cascavel, Londrina e Maringá e Hemocentro Coordenador objetivando descobrir espaços a serem ocupados; necessidades de infraestrutura principalmente quadro de recursos humanos para o enfrentamento do problema; estratégias de operacionalização. Uma das estratégias de operacionalização que se desponta é a implantação de Agências Transfusionais em hospitais de grande porte, se possível, com incentivo público propiciando equipamentos em comodato e subsidiando reagentes.
- ▶ Após essa fase de diagnóstico, devem empreender-se grandes esforços para angariar o apoio e engajamento das várias instâncias decisórias ou deliberativas na esfera dos serviços públicos de saúde, utilizando-se do Conselho Estadual de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, Comissões Intergestoras Bipartite e principalmente a própria Secretaria Estadual de Saúde.
- ▶ O próprio plano de metas da rede HEMEPAR propõe estratégias de ação que não foram implementadas, destacam-se: ampliação do número de hospitais conveniados que são abastecidos pela hemorrede HEMEPAR; apresentação de projeto de ampliação da programação físico-financeira das unidades HEMEPAR que dividem o atendimento SUS com os serviços privados/conveniados-SUS, visando a redução gradativa da programação físico-financeira destes, conforme avaliação da Câmara Técnica de Sangue, a ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestoras Bipartite; a otimização da capacidade operacional de coleta das unidades HEMEPAR.
- ▶ Aproximação com a rede hospitalar privada/conveniada-SUS, promovendo um aumento da confiabilidade na capacidade de suprimento de hemocomponentes pela hemorrede pública.
- ▶ Concomitantemente, recomenda-se uma intervenção nos sistemas de informação, criando uma comissão permanente composta por “experts” dos setores de informática, da vigilância sanitária, do HEMEPAR, do SIH/SUS. A comissão deve dispender dedicação exclusiva, efetuando o acompanhamento sistemático e contínuo de todo do conjunto de atividades hemoterápicas no Estado. Os sistemas de informações devem ser os alicerces para a condução da Política de Sangue, provendo os subsídios para tal.

CONCLUSÃO

A hemorrede pública paranaense é bem descentralizada, evidenciando que o processo de interiorização ocorreu de forma efetiva.

Os serviços hemoterápicos privados se credenciaram ao SUS almejando a rentabilidade propiciada, apenas, nos grandes centros regionais de referência em saúde. Restou à hemorrede pública, a menor parcela de atendimento nos referidos centros e áreas não cobertas de baixa produtividade.

A hemoterapia pública se diferencia das outras atividades de alta complexidade em saúde, pois conta com todo um sistema bem estruturado em rede e prestando alta qualidade em serviço. Além disso, recebe constantes investimentos estaduais e federais. Porém, no estado do Paraná não encontrou condições para ocupar plenamente o seu espaço no atendimento hemoterápico ao paciente SUS.

O modelo de assistência hemoterápica ao SUS no estado do Paraná, com o predomínio acentuado do setor privado/conveniado, deve ser invertido para atingir os pressupostos da Política Nacional de Saúde e da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Assim, havendo o desenvolvimento dessas diretrizes de trabalho aliado a toda excelência técnica já apresentada, o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná tomará para si a condução da Política Estadual de Sangue, seu papel de fato e direito.

Referências¹

¹ As referências estão vinculadas às três monografias apresentadas anteriormente.

- ALMEIDA, A. G. F. *As representações sociais do sangue e suas repercussões num serviço de hemoterapia*. 1995. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)–Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.
- ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003 .
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: informação e documentação – referências – elaboração*. Rio de Janeiro, 2002. 24 p.
- BASÍLIO, F. P. S. *Evolução das Políticas de Hemoterapia no Brasil: o Sistema Público de Hemoterapia do Ceará*. 2002. Dissertação (Departamento de Saúde Comunitária)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002. p. 95.
- BOSSERT, T. Decentralization. In: JANOVSKEY, K. (Ed.). *Health policy and systems development: an agenda for research*. Geneva: World Health Organization, 1996. p. 147-60.
- BRASIL. Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001. Regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 out. 2001c.
- _____. Decreto nº 5.045, de 8 de abril de 2004. Dá nova redação aos arts. 3º, 4º, 9º, 12 e 13 do Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001, que regulamenta os dispositivos da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 2004c.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 4 maio 2006.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o parágrafo 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 mar. 2001b. Disponível em: <<http://legis.bvs.br/public/php/home.php>>. Acesso em: 19 jul. 2003.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Medicamentos e hemoderivados. Saneante. Produtos controlados. Perfil do doador de sangue brasileiro. Sangue do cordão umbilical e placentário*. Brasília, c2003. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/sangue/hemoterapia/producao.htm>>. Acesso em: 24 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o regulamento técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2001a.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livro.htm>>.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Brasília, c2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2006.

_____. Ministério de Saúde. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico*. 3. ed. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Manual%20FNS.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 686, de 30 de março de 2006. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.737, de 19 de agosto de 2004. Dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no Sistema Único de Saúde – SUS, e o ressarcimento de seus custos operacionais. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 ago. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.884, de 11 de novembro de 1994. Aprova as normas que com estas baixam destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, constantes do anexo I desta portaria a serem observadas em todo território nacional, na área pública ou privada compreendendo: a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país; b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes; c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 15 dez. 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.700, de 23 de dezembro de 2004. Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas de Saúde (Pró-Sangue). *Informações sobre o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e os Hemocentros*. Brasília, 1987. 73 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portal de Serviços e Informações de Governo. *Sangue e hemoderivados*. [200-?]. Disponível em: <<http://www.redegoverno.gov.br/ServInfo/ServInfo.asp?GdGrupo=27&IdGrupo=1199&NoGrupo=Sa%FAde+%2F%>>>.

_____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

Campos, Gastão Wagner de Souza –saúde em debate-junho/89

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90)*. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2001.

CARVALHO, O. C. L.; OLIVEIRA, S. L. C.; FONTES, J. S. *Programa de Expansão e Interiorização da Rede de Suprimento e Controle de Sangue e Hemoderivados no Estado do Piauí*. Teresina: [s.n.], 1988.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n18/10702.pdf>>.

COSTA, V. *Luta pelo sangue*. Pernambuco: Companhia Editora de Pernambuco, 1979. p. 38.

FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 371-8, 2003.

- FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS (FUNED). *Análises em ar ambiente: análises em sangue e hemoderivados: inspeção visual e análise de rotulagem das bolsas de sangue e correlatos*. Belo Horizonte, [200-?]. Disponível em: <http://www.funed.mg.gov.br/produtos_servicos/analises/hemocomponentes_hemoderivados/index.php>. Acesso em: 22 ago. 2006.
- INFORMATIVO on-line dirigido aos clientes, funcionários e cooperados da Unimed. Minas Gerais: Unimed João Monlevade, ano 2, n. 10, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.unimedjm.com.br>>.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 2. ed. São Paulo: Altas, 1987.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 269-91, 2001.
- MENDES, A.; ROBERTO, A. L.; PAZ, L. C. *Diagnóstico situacional dos serviços de hemoterapia de alta complexidade no Brasil, 1999*. 2002. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva – Vigilância Sanitária)–Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2002. p. 40.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MORAES, I. N. *Elaboração de pesquisa científica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990. 243 p.
- MORCELLI, J. *Condensado de Legislação Federal e Estadual sobre atividades hemoterápicas*. Centro de Saneamento e Vigilância Sanitária Ederaldo Conceição Telles Filho. 3ª Regional de Saúde. Curitiba: [s.n.], 1990.
- OTANI, M. M.; KAWAKAMI, M. M. *Compilação das Legislações de Hemoterapia Brasileira*. São Paulo: Editora Pillares, 2004.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Diretor de Sangue, Componentes e Hemoderivados*. Curitiba, 2006.

PIOLA, S. F.; BIASOTO JR., G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Unicamp, 2001. p 219-32.

PIOLA, S. F.; RIBEIRO, J. A. C.; REIS, C. O. O. Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, Brasília, ano 51, n. 3, p. 75-99, jul./set. 2000. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br>>, link publicações. Disponível somente mediante cadastro prévio

REVISTA BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 26, supl. 2, nov. 2004.

SANTOS, L. C.; MORAES, C.; COELHO, V. S. P. Os anos 80: a politização do sangue. *Physis – Revista de Saúde Pública Coletiva*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 107-49, 1992.

SANTOS, L. G. *Hemope e pro-sangue*: duas decisões, um caminho. Recife: Edupe – Editora Universidade de Pernambuco, 2002. p. 103.

SERINOLLI, M. I. Evolução da medicina transfusional no Brasil e no Mundo. *Hematologia Hemoterapia*, [S.l.], n. 1, p. 16-35, 1999.

TENDLER, J. *Bom governo nos trópicos*: uma visão crítica. Brasília: Enap; Rio de Janeiro: Revan Editora, 1998.

TOMASI, S. M. *Políticas de Sangue e Hemoderivados no Brasil*. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Pública com ênfase em Planejamento e Gestão)– Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2004. p. 8-10.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 417-37, jul./set. 2003.

VIEIRA, E. C. *Política Nacional de Sangue e Hemoderivados*. Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Cascavel, 2006. Arquivo em power point recebido via correio eletrônico.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIRA, E. S. (Orgs.). *Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS*. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 38-50. (Acadêmica; 37).

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 9, n. 1/2, p. 127-50, 2000.

Administração de Insumos Críticos na Hemorrede Brasileira com Ênfase no Hemocentro de Natal – RN

Autora: Edlene Melo Reis do Nascimento¹
Orientador: Professor Raul Antônio Morais Melo²

¹ HEMONORTE-RN

² HEMOPE e Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

A gestão de materiais tem por objetivo manter o equilíbrio ideal entre o estoque e o consumo dentro das organizações. Assim sendo é necessário o aperfeiçoamento constante dos conceitos e técnicas que garantam a disponibilidade e a qualidade do produto no momento desejado, na quantidade planejada, pelo menor preço e sem avarias. Além disso, é importante o acompanhamento de todo o processo de aquisição, desde o levantamento dos quantitativos, elaboração do processo de licitação, habilitação do fornecedor, recebimento e qualificação do material, armazenamento, controle de estoque e distribuição aos usuários.

Um marco no conceito da administração de materiais advém da Revolução Industrial em meados do século XIX em virtude do aumento da concorrência no mercado e da sofisticação das operações de comercialização dos produtos, fazendo com que compras e estoque ganhassem mais destaque e importância. A constante evolução fabril, o consumo, as exigências dos consumidores, o mercado concorrente e as novas tecnologias deram novo impulso à administração de materiais, fazendo com que a mesma fosse vista como uma arte e uma ciência das mais importantes para o alcance dos objetivos de uma organização (LINS, 2005).

Outra observação importante é que antigamente os profissionais de compras iniciavam-se nos serviços como almoxarifes e que eram encarregados apenas da compra de “algumas coisas” de uso geral nas fábricas e a acomodação das providências finais do recebimento e armazenagem de mercadorias. Atualmente o comprador é um profissional com grande conhecimento na área, sendo sua função uma das mais importantes em uma empresa.

Assim, depreende-se que os modernos conceitos e evolução nas técnicas de gerenciamento de materiais originaram-se nas indústrias, que extrapolaram seus conceitos e foram incorporados também por áreas de prestação de serviços privados e públicos. Nesse contexto, em consequência do constante desenvolvimento tecnológico, da diversidade de materiais disponíveis e introduzidos a cada dia no mercado, da redução do orçamento das instituições públicas e das limitações locais em virtude de pouca autonomia administrativa e financeira, os Hemocentros, como os demais órgãos públicos, têm buscado o desenvolvimento de estratégias de controle cada vez maiores, no sentido de garantir a viabilidade das instituições sem, contudo desobrigar-se do cumprimento das suas missões.

A Hemorrede Nacional, definida pela resolução RDC nº. 151 de 21 de agosto de 2001 (BRASIL, 2001a), apresenta os serviços de hemoterapia em ordem decrescente de complexidade técnico-administrativa e possui 31 hemocentros coordenadores (26 em capitais de estados e cinco no estado de São Paulo), 52 hemocentros regionais, 74 núcleos de hemoterapia, 139 unidades transfusionais e 457 agências

transfusionais, todas sob administração pública, porém com estruturas jurídicas diferentes, tais como: Unidade da Administração Pública, Fundação de Direito Público, Fundação de Direito Privado, Autarquia, Organização Social, Organização Civil de Interesse Público e Instituição Privada.

Para a execução da sua atividade primordial os hemocentros adquirem produtos semelhantes para coleta e processamento do sangue. Entretanto observam-se, com frequência, diferenças quanto ao preço e qualidade dos mesmos. Existe uma explicação para isso? A resposta a esta pergunta provavelmente encontra-se na análise das especificações técnicas, quantidade solicitada (com ou sem equipamentos), modalidades de licitação, qualificação de fornecedores e modelo de gerenciamento adotado pelos serviços.

Outros fatores a serem considerados são a legislação para licitações e a grande diversidade dos serviços de hemoterapia com peculiaridades locais relevantes como: natureza jurídica, existência de um fluxograma bem estabelecido para a administração de materiais, gestor de materiais bem treinado e experiente e ainda a existência de um sistema de informação entre os segmentos envolvidos.

Assim, a melhor compreensão de como se processa a logística de compras e os fatores que contribuem para a manutenção das diferenças já enunciadas, poderão contribuir positivamente na seleção do melhor produto com o menor preço. Isto em última análise irá propiciar uma melhor assistência à população e economia aos cofres públicos.

Sendo assim, nos deteremos na avaliação do gerenciamento de materiais críticos, aqui definidos como todos os produtos que impactam na qualidade final do produto ofertado e que, portanto não podem faltar. Ressaltamos, contudo, que não existem diferenças na forma de administração desses insumos e de todos os outros adquiridos nos referidos serviços.

O QUE É ADMINISTRAR MATERIAIS?

“A Administração de Materiais é a atividade que planeja, executa e controla, nas condições mais eficientes e econômicas, o fluxo de material, partindo das especificações dos produtos a comprar até a sua entrega” (GURGEL; FRANSCISCHINI, 2002).

A Administração de Materiais tem por finalidade assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender à demanda, bem como cuidar de todos os problemas relacionados a materiais, fiscalizando, zelando e controlando, no sentido de garantir quantidade e qualidade no abastecimento e padrão no atendimento. (PATERNO, 1990).

“O preço pago é o resumo do negócio”. Este aforismo não se aplica mais, nem mesmo no serviço público em que a legislação da área impossibilita a compra direta. A busca pela qualidade é, de muito, a principal preocupação dos usuários.

Assim, sinteticamente a administração de materiais tem como finalidade primordial garantir a matéria-prima aos setores, pelos melhores preços e qualidade, com continuidade de suprimento, mantendo relações favoráveis com os fornecedores e mantendo bons registros (PAULUS JÚNIOR, 2005).

Na execução de suas atividades necessitam adquirir a matéria-prima, os equipamentos, os serviços e insumos diversos. Nesse sentido o Setor de compras exerce papel fundamental na ligação entre o setor solicitante e os fornecedores. Atualmente este setor assume uma posição de destaque nas instituições, ou seja, seus objetivos devem estar alinhados aos objetivos estratégicos dos serviços, deixando cada vez mais para trás a visão de que era “uma atividade meramente repetitiva, um centro de despesas e não um centro de lucros” (GONZALO NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Os serviços de hemoterapia são unidades complexas com diversas atividades que por si só caracterizam processos produtivos diferentes. Isto é: além do serviço de coleta, processamento e distribuição de hemocomponentes também cuidam do atendimento ambulatorial ao paciente hematológico, laboratório clínico e de biologia molecular, serviços de manutenção e outros que dependam de suprimentos e obriguem as instituições a trabalharem com estoque.

Esses estoques precisam ser bem planejados e controlados uma vez que se constituem em recursos financeiros investidos, além do risco de ficarem obsoletos ou serem descartados por vencimento. Ressalta-se ainda o fato de desprenderem energia e recursos humanos e financeiros para sua manutenção (PAULUS JÚNIOR, 2005).

Para se administrar o setor de compras é necessário que o responsável detenha amplo conhecimento de todo o processo como entradas ou pedidos solicitados – que vêm de vários departamentos da instituição, elaboração das especificações técnicas – feitas por técnicos da área, instrução do processo e legislação, pesquisa mercadológica, conhecimento da fonte que vai entregar, ou seja, fornecedores, qualificação do material recebido, recebimento, estocagem e distribuição aos usuários.

Assim, segue um resumo da função de aquisição, enfatizando sua natureza dinâmica e a necessidade de interação entre todas as áreas envolvidas.

O ciclo de compras inicia-se quando a instituição, por intermédio de seus diversos setores, identifica a necessidade da aquisição. Essa *previsão* com posterior *ajusta-*

mento do pedido de compras deve abranger um período que garanta o abastecimento do serviço e, na primeira etapa do processo, é definida como *planejamento*.

No serviço público isto é notadamente importante uma vez que as compras não podem ser fragmentadas e os recursos são escassos. Outro fator importante que deve ser considerado ainda nesta fase é o dimensionamento do espaço físico para estocagem desses produtos e, portanto a necessidade de entrega programada.

O levantamento dos quantitativos a serem solicitados deve ser definido pelo Setor de Almoxarifado e Órgão Administrativo competente em função da demanda conhecida aos Setores e pela previsão de crescimento para a Instituição.

Em seguida inicia-se a segunda fase do processo, definida como *aquisição ou compras*, que compõe-se das seguintes etapas:

a) *Especificações técnicas dos materiais* – segundo Araújo (1971), especificar compreende descrever pormenorizadamente as características intrínsecas e extrínsecas dos materiais com clareza nos seus pormenores, sejam elas adotadas dos originais da ASTM (American Society Testing Material) ou da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), cabendo ao fornecedor declarar a garantia do que está especificado.

A especificação intrínseca analisa os materiais, determinando a matéria-prima utilizada, volume, peso, consistência, composição, resistências mecânicas, reação dos materiais na temperatura ambiente e a verificação da boa ou má aceitação, quando em uso. Esta forma de especificar é denominada técnica ou científica, adotada por instituições especializadas, como a ABNT. A especificação extrínseca é a forma mais comumente adotada. Limita-se a descrever com todos os detalhes possíveis o aspecto físico de um determinado material, a fim de facilitar a sua perfeita identificação, para que não possa ser confundido com similares. Dessa maneira, procura caracterizar o objeto, de forma detalhada, porém sem realizar as provas de laboratório.

Cita-se também, como de grande importância para a qualidade, a norma ISO 9000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000), Conjunto de Normas Técnicas que trata exclusivamente da questão da Qualidade, e a ISO 9002, que define a política e os objetivos da Qualidade, a organização e as responsabilidades das pessoas que decidem, principalmente quanto as boas regras de compras e identificação dos produtos que podem ser usados.

Assim as especificações devem estar bem definidas e serem padronizadas na instituição. Elas devem ser elaboradas por profissionais da área finalística, uma vez que a aquisição é feita por outro profissional que não possui os devidos conhecimentos técnicos. A correta especificação garante um produto de maior qualidade (PAULUS JÚNIOR, 2005).

Um produto mal especificado tem grande chance de resultar em uma compra equivocada com desperdício de dinheiro e prejuízo para as atividades do setor requisitante (PAULUS JÚNIOR, 2005).

No serviço público, deve-se atentar para que nas especificações não constem a marca do produto, bem como cuidar para não “dirigir” as especificações para um determinado material que somente um fabricante ou fornecedor possa atender. Como veremos adiante as compras no serviço público possuem peculiaridades diferentes do serviço privado em virtude da legislação exigida na área (BRASIL, 1993).

b) *Instrução do Processo administrativo para aquisição* – Uma vez determinado o pedido, o mesmo precisará ser autorizado pelo responsável da Instituição. Devidamente autorizado, o pedido será o documento inicial para o processo e servirá de base para elaboração do Edital de Licitação (GONZALO NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Todos os processos de compras em instituições públicas devem se ater à Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 – Leis de Licitações e Contratos – atualizada pelas Leis nº. 8.883, de 08 de junho de 1994 e 9.648, de 27 de maio de 1998, que rege licitações e contratos de compra, obras e serviços, bens, etc. Tem como finalidade selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração Pública e, em conformidade com seu Art. 3º, deve-se obedecer aos princípios básicos da legalidade; da impessoalidade – não deve haver, na Administração Pública, liberdade nem vontade pessoal; da moralidade – pressuposto básico para a validade dos atos administrativos; da igualdade – não deve haver discriminação entre os participantes nas licitações; da publicidade – a licitação deve ser veiculada a todos os interessados; da probidade administrativa – legitimidade e legalidade dos atos públicos; da vinculação ao instrumento convocatório – o documento licitatório não poderá estabelecer condições distintas daquelas estabelecidas no edital; do julgamento objetivo – com base no critério e termos específicos das propostas e dos que lhes são correlatos. (GONZALO NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Atualmente se discute modificações na legislação uma vez que o seu cumprimento, considerando apenas o menor preço, pode propiciar a aquisição de produtos de qualidade inferior que exigem despesas com sua manutenção, quando não sua substituição em curto prazo de tempo. Para compensar essas dificuldades os serviços devem investir nas especificações técnicas e outras exigências como manutenção e assistência técnica do produto, treinamento dos usuários, garantia por prazo e critérios de julgamento que devem estar bem definidos no Edital (PASCHOAL, 2002).

A modalidade licitatória é definida pelos limites de valores fixados pela legislação: dispensa de licitação, carta convite, tomada de preço, concorrência, inexigibilidade de licitação, pregão eletrônico ou presencial, concurso e leilão.

Ressalta-se a experiência do comprador em definir os critérios da negociação como considerações técnicas desejadas, prazos para entrega, formas de parcelamento, critérios de habilitação de fornecedores, formas de qualificação de materiais, necessidade de equipamentos, treinamento de pessoal, condições de pagamento, critérios de julgamento, minutas de contratos, etc. A minuta do Edital deve ser previamente examinada e aprovada pela Procuradoria ou Assessoria jurídica da instituição (GONZALO NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

c) *Seleção de Fornecedores* – Esta seleção inicial poderá ser feita com empresas que já forneçam para o serviço ou inclusão de outras em função do produto. Deve-se escolher no mínimo 3 empresas para o envio da solicitação com as especificações técnicas, quantitativos e necessidade de equipamentos, objetivando a cotação inicial de preços (GONZALO NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Ainda segundo Gonzalo Neto e Reinhardt Filho (1998), para cada material a ser adquirido a instituição deve possuir um “fichário” de fornecedores, quantidades compradas, últimos preços praticados, condições de pagamento, prazos de entrega, etc. Esse histórico de cada compra facilita a pesquisa e seleção de futuros fornecedores.

Neste momento de elaboração do Edital devem-se caracterizar as condições para idoneidade jurídica, comercial e financeira das empresas, de forma a tentar garantir que as mesmas possam ser fontes confiáveis de abastecimento contínuo e ininterrupto.

O objetivo primordial da qualificação é encontrar e selecionar fornecedores que possuam condições de entregar os materiais necessários dentro das quantidades solicitadas, dos padrões de qualidade requeridos, no tempo determinado, com ou sem fracionamento de entrega e com preços competitivos além de boas condições de pagamento. O fornecedor selecionado para entrega do produto licitado deverá preencher todos os requisitos do Edital e ainda garantir o abastecimento de forma contínua e ininterrupta. Para tanto existem diversos sistemas nos quais esses parâmetros são quantificados e utilizados para a devida seleção, bem como para acompanhamento de todo o processo de fornecimento (PASCHOAL, 2002).

d) *Parecer Técnico* – Deve ser feito por um profissional da área, após a análise do produto (amostragem). De forma objetiva, nessa etapa avaliam-se as características do produto frente às normas e especificações do fabricante e ainda quanto ao nível de qualidade estabelecido pela política da instituição. Esses parâmetros de análise precisam ser padronizados nas instituições e serem de conhecimento do fornecedor (GONZALO NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

A terceira etapa do ciclo de compras é a *gestão de estoques*. Esta fase é realizada no almoxarifado do serviço e segundo Gonzalo Neto e Reinhardt Filho (1998), compõe-se das seguintes etapas:

- ▶ **Recebimento do material** – Neste momento é feito a inspeção e conferência do produto além da verificação dos documentos de entrega, conforme descritos na nota de empenho. Se não houver impedimentos legais o produto é recebido e incorporado ao estoque do serviço.
- ▶ **Cadastro e classificação** – Os materiais recebidos deverão ser incluídos em catálogo da instituição e em seguida serem inseridos no estoque obedecendo à classificação adotada pelo serviço. Esta classificação deverá levar em consideração determinados critérios de agrupamento dos itens de modo que possam ser codificados e padronizados, facilitando sua armazenagem e distribuição. O sistema de codificação deverá ser capaz de identificar o produto e possuir características de expansibilidade, ou seja, permitir a inclusão de outros produtos similares.
- ▶ **Estocagem** – Os materiais devem ser estocados objetivando, em última análise, a redução de perdas e avarias até a sua distribuição para o usuário. Devem ser organizados no almoxarifado em diferentes áreas, devidamente identificadas, de acordo com características como rotatividade, volume e peso, ordem de entrada/saída, similaridade, etc. Os produtos recebidos que necessitem de validação técnica são armazenados em áreas diferenciadas (quarentena) e não são liberados para uso até autorização emitida por técnico do setor.
- ▶ **Controle do estoque** – É uma etapa crítica do processo de controle do produto nas instituições. Existem diversos sistemas informatizados e manuais utilizados para esse objetivo. Qualquer um deles deverá responder as seguintes perguntas: quando e quanto comprar? Para responder a primeira pergunta os sistemas deverão disponibilizar critérios como nível de estoque mínimo, estoque máximo, nível de ressuprimento, período de renovação, estoque de reserva, etc. A resposta para a segunda pergunta dependerá da produção desejada e do planejamento traçado para a instituição (GONZALO NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Dessa forma compreende-se que o processo de compras é extremamente dinâmico, envolve diversos setores do serviço, sendo responsável pelo abastecimento contínuo e qualidade dos produtos da instituição e pelo seu caráter cíclico, deverá seguir os mesmos trâmites a cada nova aquisição. Assim para sua melhor execução, deverá ser padronizada nos serviços (PAULUS JÚNIOR, 2005).

JUSTIFICATIVA

Considerando que existem diferentes especificações técnicas aos mesmos produtos, diferentes formas de qualificação de fornecedores utilizadas entre os serviços, diferentes formas de validação e acompanhamento de materiais, diferentes formas de gerenciamento e controle de estoque na administração de materiais entre os serviços públicos, e pela sua natureza pública, entre os serviços de hemoterapia, acreditamos que a padronização de algumas etapas do ciclo de aquisição de insumos críticos vai poder diminuir as distorções observadas na qualidade e nos preços praticados nos diversos Estados do País. Estas fases padronizadas abrangeriam as especificações técnicas e requisitos mínimos nas modalidades de licitações.

Apontamos ainda a necessidade de melhor definir o que seriam os insumos críticos bem como os critérios utilizados para “dizer que os mesmos impactam na qualidade”.

A divulgação dessas informações entre os diversos serviços de hemoterapia poderá garantir melhores compras em detrimento de outras condições associadas que podem estar contribuindo negativamente.

Ressaltamos ainda que o diagnóstico de como se processa a gestão de insumos nas instituições poderá estimular mudanças que objetivem a melhoria na logística de compras, evitando o desabastecimento e prejuízos à população.

OBJETIVO GERAL

Conhecer como se processa a administração de insumos críticos na área de hemoterapia nos hemocentros coordenadores do País e regionais de São Paulo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar o perfil das instituições e do gestor/responsável por gestão de insumos críticos na área da hemoterapia.
- ▶ Identificar as principais variáveis envolvidas no fluxo de aquisição de insumos críticos.
- ▶ Comparar o processo de aquisição de insumos críticos do Hemocentro do Rio Grande do Norte em relação aos demais serviços estudados.

MÉTODO³

A metodologia de pesquisa constou de três etapas. Na primeira etapa, foi realizada uma pesquisa empírica com trabalho de campo, com elaboração e aplicação de um questionário semiestruturado aos Hemocentros Coordenadores do País e Regionais de São Paulo, a fim de demonstrar:

- ▶ Perfil da Instituição: Natureza jurídica, vinculação administrativa e tipo de unidade segundo a portaria 151/01 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b).
- ▶ Perfil do Respondente: Responsável pela área de gestão dos materiais.
- ▶ Características do processo de gestão de insumos críticos: Existência de organograma, fluxograma e catálogo de material; classificação dos produtos; qualificação de materiais e de fornecedores; itens críticos; processos administrativos utilizados nas aquisições e modalidades de licitações mais utilizadas; funcionários técnicos na comissão de julgamento; especificações técnicas para itens críticos, critérios utilizados na qualificação de materiais, capacitação técnica de profissionais da área de compras, planos de contingência para insumos faltantes, indicadores e metas de desempenho para área de gestão, existência de sistema informatizado em compras, dificuldades encontradas pela administração e sugestões para melhorar o desempenho da gestão de insumos críticos nos hemocentros.

A pesquisa foi enviada para todos os hemocentros públicos por correio eletrônico no período de 21/08 a 25/09/2006. Solicitou-se ainda que as respostas fossem referentes ao período de janeiro a dezembro de 2005. Foram incluídos no presente estudo, os hemocentros que enviaram suas respostas até a data de 25/09/2006. O questionário foi respondido por quatorze (14) serviços, de diferentes regiões: Hemocentros de Campinas/SP, Rio Grande do Norte, Maranhão, Fundação Hemope/PE, Hemocentro de Ribeirão Preto/SP, Mato Grosso, Pará, Bahia, Paraná, Ceará, Acre, Piauí, Rio Grande do Sul e Amazonas.

Na segunda etapa foram realizadas análises comparativas quanto à gestão de insumos entre os diferentes hemocentros, demonstradas em tabelas e gráficos.

A terceira etapa consistiu em comparar a administração de insumos entre o Hemocentro do Rio Grande do Norte e demais hemocentros do estudo.

³ Esta descrição metodológica se refere, além desta monografia, também a outras duas, apresentadas a seguir, cujas autoras são, respectivamente, Luêna Maria Souza Silva e Maria Cecília Teori Hashimoto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1ª Parte: Situação da administração de insumos críticos na área de hemoterapia nos hemocentros coordenadores do País⁴

No estudo, verificou-se que a maioria dos Serviços de Hemoterapia participantes foram Hemocentros Coordenadores vinculados ao governo Estadual, apenas dois serviços são ligados à Universidade sendo uma fundação e uma autarquia, nos demais a natureza jurídica predominante foi Unidade da Administração Pública seguida da Fundação de Direito Público e da Fundação de Direito Privado (Quadro 1).

A estrutura da administração de materiais pode ter características diferentes quando se trata de hemocentros com naturezas jurídicas distintas e diferentes vinculações administrativas. Cada instituição escolhe o tipo de estrutura organizacional mais adequada às suas necessidades e conveniências. Assim, cada empresa apresenta o seu próprio fluxo de materiais uma vez que ele depende do produto/serviço do sistema de produção utilizado e do processo produtivo – em algumas empresas o fluxo é rápido e simples e em outras é demorado e complicado (CHIAVENATO, 1999).

Quadro 1. Distribuição dos Hemocentros Coordenadores quanto à natureza jurídica e vinculação administrativa, nas regiões norte, nordeste, sul, sudeste e centro oeste – ano 2006.

Hemocentros	Natureza jurídica	Vinculação Administrativa
1	Autarquia	Universidade
2	Fundação de Direito Privado	Universidade
3	Fundação de Direito Público	Governo Estadual
4	Fundação de Direito Público	Governo Estadual
5	Unidade de Administração Pública	Governo Estadual
6	Unidade de Administração Pública	Governo Estadual
7	Fundação de Direito Público	Governo Estadual
8	Unidade de Administração Pública	Governo Estadual
9	Unidade de Administração Pública	Governo Estadual
10	Unidade de Administração Pública	Governo Estadual
11	Unidade de Administração Pública	Governo Estadual
12	Unidade de Administração Pública	Governo Estadual
13	Unidade de Administração Pública	Governo Estadual
14	Fundação de Direito Público	Governo Estadual

⁴ Como um dos objetivos de três monografias do curso foi conhecer a situação da administração de insumos críticos na área de hemoterapia nos hemocentros coordenadores do País, estes resultados deveriam constar em mais duas delas, apresentadas logo a seguir, todavia a racionalidade nos orienta a não repeti-los. Nesse sentido, a autoria dessa primeira parte dos resultados deve ser compartilhada, além de Edlene Melo Reis do Nascimento, com Luêna Maria Souza Silva e Maria Cecília Teori Hashimoto.

O Quadro 2 revelou uma grande diversidade quanto à formação básica dos profissionais que responderam ao questionário, porém dois terços dos mesmos possuem vinculação direta com o setor de compras/ suprimentos e estão no serviço há mais de cinco anos.

Aparentemente a formação acadêmica do profissional do setor não está sendo importante para a designação do responsável pelas compras. Ressalta-se ainda o pequeno investimento em cursos e treinamentos na área conforme demonstrado. Esse fator pode implicar nas dificuldades de aquisição de produtos principalmente nos serviços nos quais a experiência desse profissional seja inferior a 5 anos. O padrão atual de um comprador exige que ele tenha ótima qualificação e esteja preparado para usá-las em todas as ocasiões.

Para se administrar o setor de compras é necessário que o responsável detenha amplo conhecimento de todo o processo, conheça e atenda aos programas de produção, coordene os fluxos de aquisição de forma que atenda as necessidades da empresa e do usuário, adquira produtos com especificações corretas, preços compatíveis e qualidade desejada. Para cumprir esta demanda são indispensáveis o conhecimento da legislação e a experiência em pesquisa mercadológica, critérios para qualificação de fornecedores e materiais e controle de recebimento, estocagem e distribuição de produtos (DIAS, 1993).

Quadro 2. Perfil do respondente quanto à formação técnica, atividade, tempo de serviço e treinamento na área de gestão de insumos.

Hemocentros	Formação técnica	Função	Cargo	Tempo	Treinamento
1	Biomédica	Ass. compras	Ass.téc. compras	>5 anos	Sim
2	Médica	Coord. técnica	Coord. médica	> 5anos	Sim
3	Advogado	Coord. SAF	Con. jurídico	> 5anos	Sim
4	Eng. Civil	Diretor SAF	Diretor	1 a 5 anos	Sim
5	Farmacêutico	Ch.Div.Adm.	Ch. Div.Adm.	1 a 5 anos	Sim
6	Administrador	Resp. Compras	Ch. Compras	> 5anos	Sim
7	Administrador	Coordenador SAF	Administrador	> 5anos	Sim
8	Téc.adm.	Administrador	Resp.Almox.	> 5anos	Não
9	Economista	Téc.Especializado	Chefe SAF	> 5anos	Não
10	Biomédica	Gerencia geral	Diretor	>5anos	Não
11	Médica	Ch. Hemoterapia	Ch. Hemoterapia	>5anos	Não
12	Farm.bioq.	Diretor	Diretor	>5anos	Não
13	Educ. física	Ch.Almox.	Chefe Seção	1 a 5 anos	Não
14	Farmacêutico	Gerente	Ch. fracionamento	>5anos	Não

De acordo com a Tabela 1 apenas quatro hemocentros não possuem setor de compras e são vinculados ao Governo Estadual. Para esses serviços infere-se que as aquisições sejam realizadas pela SES, entretanto a análise de quem define as

compras ficou prejudicada uma vez que tal pergunta não foi contemplada no questionário aplicado às instituições.

Todos os serviços utilizam o parecer técnico como critério para julgamento nos processos licitatórios (Tabela 2), entretanto nem todos possuem um técnico integrando à Comissão Permanente de Licitação - CPL (Tabela 3). Isto demonstra que para a aquisição de insumos críticos é importante a integração entre os setores envolvidos, uma vez que, não possuindo um técnico conhecedor do assunto na sua composição, a CPL vai buscar a contribuição do profissional da área para emissão do competente parecer sobre o produto.

Complementando a análise, observou-se que em todos os serviços que possuem uma assessoria técnica para aquisição de insumos críticos esse profissional integra a CPL. Ressalta-se que a CPL é responsável não só pelo entrosamento entre a área de compras e áreas técnicas na busca do parecer, mas pela elaboração de editais e controle de todo o processo de aquisição e recebimento de produtos além do acompanhamento do desempenho do fornecedor. Assim percebe-se que a presença de um assessor técnico diretamente ligado ao serviço de compras é um facilitador para a melhoria da gestão de insumos críticos.

As organizações que desejam otimizar o potencial de contribuição de sua função de compras para que seus resultados de negócios sejam realmente muito positivos, devem basear seus esforços no conceito de *Transversalidade*, tendo os compradores como agentes de contribuição na cadeia operativa. O conceito é integrar naturalmente a função compras aos demais setores da instituição, desta maneira a evolução traria benefícios no vetor “cliente–fornecedor” para o posto de “contribuidores”, atuando diretamente sobre os potenciais de ganhos transversais comuns (HERRERA, 2001).

Tabela 1. Setores que compõem o organograma da área de aquisição de insumos nos serviços estudados.

Organização	Nº	%
Compras	10	71,42
Assessoria técnica	6	42,58
Contratos	6	42,58
Almoxarifado	14	100

Obs.: O percentual encontrado refere-se aos hemocentros que responderam a mesma pergunta.

Tabela 2. Serviços que tem disponibilidade de parecer técnico na Comissão Permanente de Licitação para julgamento de licitações.

Parecer técnico	Nº	%
Sim	14	100
Não	-	-
Total	14	100

Tabela 3. Serviços que tem assessoria técnica permanente na CPL.

Técnico na CPL	Nº	%
Sim	8	57,14
Não	6	42,86
Total	14	100

Da análise do quadro 3, o resultado mostrou que 12 (doze) Hemocentros definiram insumos críticos como produto que impacta e não pode faltar; apenas 2 (dois) serviços definiram insumo crítico como aquele que não pode faltar.

Ressalta-se, entretanto, que ainda não existe na literatura um consenso para definição de insumos críticos bem como critérios para definir o impacto dos mesmos sobre a qualidade do produto final.

A grande maioria dos serviços possui catálogo de material geral e o sistema de classificação mais utilizado é por grupo de materiais.

Analizando os quantitativos dos itens dos catálogos gerais apresentados constatamos uma grande variação que não conseguimos justificar – maior complexidade dos serviços?

De forma semelhante, ao analisar os quantitativos dos itens relacionados como insumos críticos, observou-se diferença entre os serviços. Isto certamente deve-se a falta de uniformização desses conceitos, e consequentemente ao estabelecimento de critérios para melhor definição dos mesmos. Uma vez que não houve a solicitação da relação de insumos críticos para as instituições participantes não foi possível identificar a semelhança desses itens.

Quadro 3. Existência de definição e quantificação de insumos críticos, sistema de classificação e catálogos de materiais nos serviços estudados.

Hemocentros	Definição	Número de itens	Catálogo materiais
1	Sim	96	Sim
2	Sim	148	Sim
3	Sim	22	Sim
4	Não	-	Sim
5	Sim	-	Não
6	Sim	-	Sim
7	Sim	70	Sim
8	Sim	-	Sim
9	Sim	76	Sim
10	Não	-	Não
11	Sim	-	Sim
12	Sim	29	Sim
13	Sim	36	Sim
14	Sim	-	Sim

O sistema informatizado predominou nos setores de compras e almoxarifado (Tabela 4). A implantação de um sistema informatizado no serviço de compras, almoxarifado e planejamento é uma ferramenta indispensável, pois a função predominante destas áreas é de alimentar a produção no sentido de prover os materiais para prestação de serviço, minimizando custos e maximizando o atendimento aos clientes internos. Desta forma entende-se que a melhoria no processo de gestão passa pela criação de sistemas *on line* que integrem todas as áreas envolvidas em compras.

Tabela 4. Disponibilidade de sistema informatizado *on line* por setores.

Setores	Nº	%
Usuário	2	14,28
Compras	7	50,00
Assessoria técnica	2	14,28
Contratos	1	7,14
Almoxarifado	9	64,28
Outros	3	21,43
Não possui sistema informatizado	3	21,43

Obs.: O percentual encontrado refere-se aos hemocentros que responderam a mesma pergunta.

A presença de um fluxograma bem definido e impresso facilita a rotina de aquisição e assegura o maior controle no processo, sendo este, outro ponto crítico no processo de gestão que precisa ser revisto pelos serviços de Hemoterapia (Tabela 5).

Apenas os serviços que possuem certificação ISO apresentam fluxograma (Tabela 6), pois a norma ISO 9001 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000) em seu artigo 7.4 – aquisição preconiza que a organização deve controlar seu processo para assegurar compra de produtos conforme seus requisitos, sendo assim indispensável à utilização de um fluxograma. A certificação ISO constitui-se, em um diferencial bastante atraente para muitas empresas. Ser certificado e cobrar esta certificação do fornecedor de itens críticos deve ser considerado atualmente como um requisito indispensável. Nos últimos anos muitas empresas brasileiras absorveram a idéia em buscar a certificação de qualidade ISO 9000, esta iniciativa representa uma nova tendência mundial, mostrando que a certificação constitui uma etapa no processo de busca pela excelência da qualidade. As organizações já sentem a necessidade de aperfeiçoar ainda mais os seus processos com a finalidade de reduzir as não conformidades, tornarem-se mais competitivas e atender assim os clientes superando expectativas e aumentando a parceria entre cliente fornecedor (Azevedo, 2007).

Tabela 5. Número de serviços que tem fluxograma impresso para aquisição de insumos críticos.

Fluxograma	Nº	%
Sim	3	21,43
Não	11	78,57
Total	14	100

Tabela 6. Número de serviços com Certificação ISO.

Certificação	Nº	%
Sim	3	21,43
Não	11	78,57
Total	14	100

Os resultados mostraram que mais de 2/3 dos serviços qualificam o fornecedor previamente à aquisição (Tabela 7). Os critérios mais utilizados são o histórico de fornecimento e atestado de capacidade técnica (Tabela 8). Excetuando-se um serviço, todos os demais realizam qualificação prévia de materiais (Tabela 9). Os demais critérios utilizados foram (Tabela 10): parecer técnico do usuário, laudo de análise do fabricante e atestado de capacidade técnica do material. O critério menos utilizado foi à avaliação *in loco* do fornecedor para avaliar a qualidade e controle da produção. Somente serviços com a certificação ISO incluem este critério na qualificação. Um sistema de gestão da qualidade, que hoje é baseada na ISO 9000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000), direciona a instituição para melhoria contínua a partir de seus princípios fundamentais, que são: foco no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, modelos de processos, decisões com base em fatos e relacionamento mutuamente benéficos para fornecedores e clientes.

Os critérios para qualificação de fornecedores e (ou) materiais podem ser quantitativos ou qualitativos, ambos devem ser de interesse mútuo entre cliente e fornecedor para que haja ponderação e atinja as reais necessidades do serviço e não venha reduzir o número de fornecedores prejudicando assim as aquisições e elevando o custo dos materiais (LOPES, 2003; VILLARINHO, 1999).

Tabela 7. Número de serviços que fazem qualificação de fornecedores pré-aquisição.

Qualificação	Nº	%
Sim	10	71,43
Não	4	28,57
Total	14	100

Tabela 8. Distribuição dos critérios utilizados para qualificação de fornecedores.

Qualificação	Nº	%
Histórico fornecimento	6	42,86
Carta de outros clientes	2	14,28
Atestado Capacidade Técnica	7	50,00
Certificação ISSO	2	14,28
Nenhum critério	1	7,15
Sem resposta	1	7,15

Obs.: O percentual encontrado refere-se aos hemocentros que responderam a mesma pergunta.

Tabela 9. Número de serviços que fazem qualificação de insumos críticos previamente à aquisição.

Qualificação prévia	Nº	%
Sim	13	93,85
Não	1	7,15
Total	14	100

Tabela 10. Critérios mais utilizados para qualificação de materiais nos diversos serviços estudados.

Critérios	Nº	%
Parecer técnico do usuário	11	78,57
Atestado de capacidade técnica do material	7	50,00
Laudo de análise do fabricante	10	71,43
Laudo de instituições credenciadas	3	21,42
Experiências de outros	5	12,75
Avaliação <i>in loco</i> do fornecedor	3	21,42
Outros	1	7,15

Obs.: O percentual encontrado refere-se aos hemocentros que responderam a mesma pergunta.

Apesar da necessidade de materiais críticos para continuidade das atividades houve falta dos mesmos em metade dos serviços estudados (Tabela 11). O resultado mostrou 6 (seis) serviços com indicadores na área gestão de insumos (Tabela 12). Destes, apenas 1 teve desabastecimento. Os indicadores relacionados foram: índice de entrega (fornecedor) descarte de materiais em estoque, curva de consumo e reposição de estoque, número de não conformidades nos diferentes processos de suprimentos e tempo utilizado para emissão de ordem de fornecimento com relação à entrega do material.

A presença de indicadores na administração de materiais sugere uma maior organização no processo de compras, porem não é garantia suficiente para evitar problemas como desabastecimento, uma vez que outras causas podem estar envolvidas, como problemas administrativos, inerentes ao fornecedor, ao mercado externo etc.

De acordo com a Tabela 13, as principais dificuldades relacionadas foram: deficiência de recursos financeiros, deficiência de recursos humanos (não caracterizado por número insuficiente empregados ou pela pouca qualificação profissional), autonomia administrativa e falta de fluxos administrativos.

O acompanhamento de desempenho do processo representa uma constante monitoração do pedido e uma cobrança permanente de resultados. É necessário se assegurar de que a entrega do material será feita dentro dos prazos estabelecidos e na quantidade e qualidade negociadas. O seguimento permite localizar antecipadamente problemas e evitar surpresas desagradáveis, pois por seu intermédio o setor pode antecipar o pedido, cobrar a entrega no prazo estabelecido ou tentar complementar o atraso com outros fornecedores (CHIAVENATO, 1936).

Tabela 11. Serviços que informaram a ocorrência de falta de insumos críticos em 2005.

Falta de insumos	Nº	%
Sim	8	57,14
Não	6	42,86
Total	14	100

Tabela 12. Número de serviços que utilizam indicadores e metas de desempenho na área de insumos críticos.

Possui indicadores	Nº	%
Sim	6	42,86
Não	8	57,14
Total	14	100

Tabela 13. Principais dificuldades para aquisições apontadas pelos serviços estudados.

Dificuldades	Nº	%
Recursos financeiros	9	64,29
Recursos humanos	5	12,75
Autonomia administrativa.	6	42,86
Almoxarifado para estocagem	2	14,28
Atualização de insumos críticos	3	21,42
Falta de fluxo administrativo	6	42,86
Autonomia financeira	1	7,15
Sistema em rede	2	14,28
Controle de estoque	1	7,15

Obs.: o percentual encontrado refere-se aos hemocentros que responderam a mesma pergunta.

Por se tratar de serviço público todos os hemocentros utilizam a legislação da área – lei n. 8666/93 (BRASIL, 1993). Alguns serviços utilizam outros instrumentos complementares como instruções normativas internas e normas padrões (Tabela 14).

De acordo com a tabela 15, as modalidades de compra mais utilizadas foram à dispensa de licitação (compras até R\$ 8.000,00), e pregão presencial. A morosidade dos processos licitatórios de maior porte (Tomada de Preços e Concorrência Pública) pode ser um fator contribuinte para a maior quantidade de dispensas encontradas, em virtude da maior tramitação burocrática destas modalidades, principalmente nos serviços vinculados a Secretaria Estadual de Saúde. Apesar de não estar comprovado no trabalho, acredita-se que outra causa sejam valores de produtos que não justificam processos de maior complexidade.

A modalidade mais atual de licitação utilizada nos serviços públicos tem sido o pregão eletrônico ou presencial. Conforme a Lei 10.520 de 17 de julho de 2002 (BRASIL, 2002a) esta modalidade pode ser empregada para aquisição de bens e serviços comuns, de qualquer valor. Como vantagens desta modalidade citam-se: transparência administrativa, maior rapidez nas aquisições, menor tempo de publicação, menor burocracia e redução de preços por propiciar maior possibilidade de disputa entre os licitantes.

As bases de informações para aquisição mais consultadas foram à utilização da pesquisa dos últimos preços praticados para os produtos no próprio serviço e a consulta de preços de fornecedores locais e nacionais (Tabela 16). Não existe, portanto um meio de consulta único e partilhado entre os hemocentros que poderia vir nortear os processos de aquisição de insumos críticos.

Tabela 14. Instrumentos administrativos mais utilizados nos serviços estudados.

Instrumentos	Nº	%
Lei 8.666/93	12	85,71
Requisitos da norma ISO	3	21,42
Instruções normativas internas	3	21,42
Normas padrões	4	28,57
Procedimentos operacionais padrões	3	21,42
Outras leis (estaduais - federais)	3	21,42

Obs.: o percentual encontrado refere-se aos hemocentros que responderam a mesma pergunta.

Tabela 15. Principais modalidades de compras utilizadas em 2005 pelos serviços estudados.

Modalidades	Nº	%
Dispensa licitação (por preço)	11	78,57
Carta convite	8	57,14
Tomada de preço	6	42,86
Carta convite	4	28,57
Pregão presencial	11	78,52
Inexigibilidade	8	57,14

Obs.: o percentual encontrado refere-se aos hemocentros que responderam a mesma pergunta.

Tabela 16. Bases de informação utilizadas pelos serviços para aquisições.

Bases de informações	Nº	%
Últimas compras	9	64,28
Fornecedores nacionais	7	50,00
Fornecedores locais	7	50,00
Outros (banco de preços/sites)	2	14,28

Obs.: o percentual encontrado refere-se aos hemocentros que responderam a mesma pergunta.

2ª Parte: A administração de insumos no Hemocentro do Rio Grande do Norte.

O Hemocentro do Rio Grande do Norte é um órgão da Secretaria Estadual de Saúde e não possui autonomia administrativa ou financeira. Todos os processos de aquisição estão subordinados à SES.

O serviço já existe há 16 anos e tem como missão “Fornecer para a população do Rio Grande do Norte sangue com garantia de qualidade, assegurar o atendimento aos portadores de Hemopatias e contribuir para o ensino e pesquisa nas áreas de Hematologia e Hemoterapia”.

Fundamentado na RDC 151/01 (BRASIL, 2001a) representa o serviço que coordena a política de sangue no Estado. Sua Hemorrede abrange ainda 2 Hemocentros Regionais, 2 Unidades de Coleta e Transfusão e 12 Agências transfusionais, das quais 7 encontram-se nos principais hospitais públicos da Capital. Realiza uma coleta mensal em torno de 3.000 bolsas, da Unidade Central, 1 Posto fixo de coleta e 2 Unidades móveis. Concentra sob sua responsabilidade a realização de todos os testes sorológicos das demais unidades.

De forma sucinta podemos citar com principais atividades do serviço: Captação de doadores, Coleta de sangue, exames sorológicos, exames imunológicos, exames hematológicos e bioquímicos, transfusão ambulatorial, atendimento aos pacientes hematológicos (ambulatorial e pronto-atendimento), atendimento odontológico (pacientes cadastrados no serviço como portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias), aférese transfusional e terapêutica, programa de captação de doadores de medula óssea, treinamento e capacitação profissional da Hemorrede.

Descreveremos, a seguir, como ocorre o processo de aquisição de insumos críticos, no serviço.

- O serviço realiza as principais aquisições, por meio de processos anuais, para toda sua hemorrede.

- ▶ Como já mencionado anteriormente a Instituição é dependente da Secretaria Estadual de Saúde – dependência financeira total e administrativa parcial.
- ▶ O fluxo inicia-se quando o Departamento Administrativo Financeiro encaminha solicitação aos demais Departamentos do serviço para envio da relação de materiais necessários para o próximo exercício.
- ▶ Os Departamentos reúnem-se com as Divisões e elaboram as especificações dos produtos e quantitativos estimados.
- ▶ O Departamento Administrativo em conjunto com Setor de Compras e Almoxarifado e ainda com anuência da Direção Geral, baseados nas aquisições anteriores e metas de crescimento da instituição, determinam os quantitativos a serem adquiridos.
- ▶ Definido o pedido, o Departamento Administrativo busca a autorização da Diretoria Geral e em seguida instrui o processo encaminhando-o para a Divisão de Compras. Este Setor realiza a pesquisa mercadológica e devolve ao Departamento para envio do mesmo à Secretaria de Saúde onde será realizada a Licitação.
- ▶ O responsável pelo setor de compras está no serviço há mais de 5(cinco) anos e possui formação superior em Economia, entretanto o responsável pelo serviço de almoxarifado possui apenas o 2º grau completo. Nos últimos 12 meses não houve nenhum curso de treinamento/aperfeiçoamento na referida área.
- ▶ Na instrução do processo os critérios técnicos dos produtos e de equipamentos em regime de cessão gratuito, bem como demais condições como treinamento e assistência técnica são definidos por profissionais do próprio hemocentro.
- ▶ O Serviço entende insumo crítico aquele que não pode faltar e que impacta na qualidade final do produto ou serviço ofertado.
- ▶ A secretaria não possui um sistema de qualificação de fornecedores bem estabelecido e os principais parâmetros observados são os critérios legais para participação do processo de licitação.
- ▶ Igualmente o Hemocentro não possui um sistema de acompanhamento dos fornecedores de forma sistemática e padronizada - O acompanhamento do desempenho dos fornecedores é feito pelo Departamento Administrativo/ Setor de compras, em função da pontualidade e entrega dos quantitativos solicitados. Não existe um sistema de pontuação para as não conformidades. As não conformidades são registradas pelo almoxarifado, porém não existe utilização desse critério em licitações posteriores.

- ▶ A qualificação de materiais é feita por “amostras dos produtos” validadas nas bancadas do serviço. Os processos de validação não estão escritos para todos os produtos.
- ▶ Não existe no organograma do serviço uma responsável pela integração entre o setor de compras e setores técnicos – a figura de um assessor técnico que possa também estar integrando a comissão de licitação para facilitar o processo. As informações são solicitadas pelo próprio responsável de compras, ao setor técnico competente.
- ▶ Existe desabastecimento em virtude do atraso na entrega dos produtos ou envio de menor quantidade do que solicitado nas parcelas contratuais. Os motivos alegados constituem dificuldades do produto no mercado ou atraso do pagamento. Ressalte-se, contudo que no exercício de 2005 não houve falta de produtos.
- ▶ O serviço possui almoxarifado próprio. Existe uma integração entre o setor de compras e o almoxarifado, entretanto não há um sistema informatizado para tal. O sistema informatizado contempla apenas o próprio almoxarifado – controle de estoque.
- ▶ O sistema de controle do almoxarifado é por grupo de materiais e existe um catálogo geral.
- ▶ Os produtos que não foram pedidos para estoque anual, por se tratarem de um serviço novo têm tramitação semelhante e se implantados definitivamente, passam a integrar o pedido anual.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados observamos diferenças estruturais no processo de compras nos diversos hemocentros do país. Os fatores relevantes foram:

- ▶ A formação do profissional de compras deve ser um ponto a ser considerado pelos hemocentros para melhoria do processo de aquisição, bem como a implementação de uma política de educação permanente na área de insumos.
- ▶ A presença de um assessor técnico diretamente vinculado ao setor de compras deve ser avaliada como uma possibilidade de melhoria não só na área de insumos críticos, mas em todas as aquisições dos serviços.

- ▶ Faz-se premente a necessidade de consensuar entre os serviços o conceito de insumos críticos, os critérios de como os mesmos podem impactar na qualidade do produto final e finalmente quais os itens do ciclo da hemoterapia, comuns a todos os serviços, que poderiam estar sendo incluídos nessa relação. Tudo isto parece culminar para outra grande necessidade que é a partir da definição dos itens críticos, padronizar, também, as suas especificações técnicas.
- ▶ A necessidade de implantação de um programa *on line*, com diferentes níveis de acesso, interfaceado com as áreas envolvidas em compras para facilitar o acompanhamento do processo de aquisição de insumos críticos.
- ▶ A busca pela gestão da qualidade e consequentemente de certificações, para normatizar e facilitar o fluxo de aquisição nos serviços, bem como a utilização de indicadores em todas as etapas do processo de aquisição.
- ▶ A utilização da modalidade de pregão presencial e (ou) eletrônico deve ser estimulada entre os hemocentros por ser de domínio dos serviços de hemoterapia e por garantir em última análise maior agilidade e menor preço.
- ▶ Necessidade de padronização de critérios para qualificação de fornecedores e materiais.

Finalmente, como contribuição, gostaríamos de acrescentar a necessidade da criação e implantação de uma Rede Nacional de Informações sobre insumos críticos, que permita aos diversos gestores nas esferas Federal, Estadual e Municipal, o pleno acesso aos dados indispensáveis à tomada de decisões quanto às especificações de itens críticos, especificações técnicas de editais, qualificação de fornecedores, pareceres técnicos de materiais; preços praticados nas licitações, enfim, atingir de forma coordenada, com transparência, economicidade e eficácia, as atividades de compras dos hemocentros.

Administração de Materiais na Hemorrede Brasileira com Ênfase no Hemocentro do Maranhão

Autora: Luêna Maria Souza Silva¹

Orientador: Professor Raul Antônio Morais Melo²

¹ HEMOMAR-MA

² HEMOPE e Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

O sistema de administração de materiais é uma atividade de fundamental importância para a administração pública, pois envolve recursos humanos, materiais e financeiros, tornando imprescindível um planejamento eficiente, principalmente no que diz respeito à classificação e especificação dos produtos a serem adquiridos.

Qualquer procedimento efetivo de administração de materiais implica cinco fases que em certo sentido, definem a natureza da administração de materiais, assim como sua abrangência. Essas cinco fases são: 1. Obtenção – compras; 2. Transportes externos – embarque, recebimento e aceitação; 3. Armazenamento – controle de inventário; 4. Transportes internos – manuseio dos materiais; 5. Conservação e entrega.

A etapa de obtenção, considerada ciclo de compras, compreende a seleção dos fornecedores e do que deve ser comprado. No que diz respeito ao que deve ser comprado (condições de preço e prazo) e forma de convocação, o procedimento deve obedecer à Lei 8.666/93, que:

estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obra, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (BRASIL, 1993)

Quanto às modalidades para compra em função do valor a ser despendido, explicita a Lei 8.666/93 (BRASIL, 1993) as seguintes: 1. Concorrência; 2. Tomada de preços; 3. Convite; 4. Pregão.

Neste trabalho serão discutidos os procedimentos encontrados na literatura da área, visando obter uma metodologia para compras de materiais de consumo sem desrespeitar a Lei de Licitações e Contratos – Lei 8.666, de 21.06.1993 (BRASIL, 1993) (atualizada pelas Leis nº 8.883 de 08.06.1994, 9.032 de 28.04.1995 e 9.648 de 27.05.1998), assim como entre os serviços o apoio necessário para o seu bom desempenho; Sugerir rotinas e procedimentos para especificação dos bens e compras até a fase de autorização para o tipo de licitação, com o objetivo específico de demonstrar que é possível a realização dessa atividade por hemocentros com qualidade. O estudo será focalizado na administração de insumos, tendo como referencial 14 (catorze) hemocentros brasileiros e será feito adotando-se estudo estatístico comparativo entre os hemocentros participantes.

Convém destacar que os chamados insumos críticos, nem sempre, são de fácil aquisição, principalmente pelo número restrito de fornecedores, pelas distâncias geográficas entre fornecedor e comprador, tudo isso, associado à natureza jurídica dos Hemocentros que, por sua vez, não podem realizar importações diretas junto a fornecedores externos.

Todo processo de compras em instituições públicas deve se ater à Lei nº Lei 8.666 (BRASIL, 1993); Lei básica que propicia uma visão geral sobre todas as licitações e contratos de qualquer tipo de compra, obras e serviços, bens, etc. Tem como finalidade selecionar a proposta mais vantajosa para a administração pública e, em conformidade com seu art. 3º, deve-se obedecer aos princípios básicos da legalidade – procedimentos de licitações e contratos devem obediência à Lei da impessoalidade: Não deve haver na administração pública, liberdade nem vontade pessoal da moralidade – pressuposto básico para a validade dos atos administrativos; da igualdade: Não deve haver discriminação entre os participantes nas licitações; da publicidade: A licitação deve ser veiculada a todos os interessados; da probidade administrativa – legitimidade e legalidade dos atos públicos; da vinculação ao instrumento convocatório – o documento licitatório não poderá estabelecer condições distintas daquelas estabelecidas no edital; do julgamento objetivo – com base no critério e termos específicos das propostas e dos que lhe são correlatos. A questão do “menor preço” deve ser colocada ante outros dados constantes da Lei de Licitações. Se fosse possível qualquer compra, ter objetos plenamente iguais, inexistiria problema. Bastaria apenas optar pela “proposta mais vantajosa”, estampada no preço mais baixo. Para agravar a posição do administrador, o parágrafo 7º do artigo 15 da mesma Lei nº 8.666/93 (BRASIL, 1993) determina que, nas compras, deverá ser observada, entre outras exigências, a “especificação completa do bem a ser adquirido”, sem indicação da marca.

A vida prática ensina que para alguns itens, existe gama extensa de produtos, que vão do ordinário até o excelente. É de fundamental importância em todas as compras e, na maioria das vezes, um produto vence pela “tradição de qualidade”. A qualidade que deverá possuir um material é regida por uma especificação adequada.

Para Araújo (1971, p. 166), especificação compreende descrever pormenorizadamente as características intrínsecas e extrínsecas dos materiais, bem como devem ter clareza nos seus pormenores.

A Lei 8.666, de 21.06.1993, em sua Seção V – Das Compras estabelece:

Art. 15 – As compras, sempre que possível, deverão:

I – Atender ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantia oferecidas.

Art. 45- I – a de menor preço – quando o critério de seleção da proposta mais vantajosa para a administração determinar que será vencedor o licitante que apresentar a proposta de acordo com as especificações do edital ou convite e ofertar o menor preço. (BRASIL, 1993).

Prado (2000, p. 255) afirma que:

[...] ao contrário do que se passa em outras situações, a administração pode determinar que as propostas sejam apreciadas segundo suas qualidades. O fator “melhor preço” não é a única cogitação para se selecionar a melhor proposta. A administração necessita selecionar a proposta que apresente os melhores atributos, entre os quais está o “preço”.

O setor público brasileiro está passando por um processo de transformação e reestruturação administrativa, existindo consenso quanto à necessidade de mudança no sistema de compras públicas no Brasil, objetivando-se maior agilidade no sistema, pois, como os sistemas de informação e controle do Estado devem garantir os direitos dos cidadãos, em geral estão sujeitos a regras exaustivas, atos formais e procedimentos mais detalhados que os das empresas privadas.

A administração de materiais pela sua importância vai além do papel que executa em uma indústria e ganha o papel principal em vários negócios, entre eles os mercados, os super/hiper mercados e as grandes empresas de varejo, como os megamagazines e como não poderia deixar de ser chega até as unidades prestadoras de serviços de saúde, onde a falta de materiais pode comprometer o atendimento. A “atividade produtiva” de uma unidade de saúde é de 24 horas ininterruptas. Um erro ou falha simples pode significar a diferença entre a vida e a morte de uma pessoa. Este é um dos principais fatores que a distingue da maioria das outras organizações. A performance organizacional e gerencial fundamentada na racionalidade e na ciência foi, no âmbito do trabalho, a característica determinante da sociedade moderna. Demarcando a execução do trabalho, projetando o avanço tecnológico e conduzindo o comportamento dos trabalhadores ao inabalável alargamento da burocracia, as organizações se empenharam no desenvolvimento de competências técnico-operacionais, de controle dos processos e da conduta de seus integrantes. Na idéia de modernidade há a compreensão de que “o ser humano é o que ele faz.” Em sua reflexão crítica sobre esta questão, Touraine (1995) argumenta que o homem é, primordialmente, um ator social que tem papéis definidos a desempenhar visando contribuir para o bom funcionamento do sistema, é estritamente nesse sentido que o homem torna-se útil socialmente, uma vez que o mundo moderno não reconhece simultaneamente suas vivências particulares e seu acesso ao universal. Esse modelo, fertilizado pela cultura da razão, foi consagrado nas indústrias e, em consequência de sua efetividade em termos produtivos e econômicos, é inserido nas organizações prestadoras de serviços à saúde que passam a utilizar os princípios da administração científica tendo em perspectiva o fazer do trabalhador. O Sistema Único de Saúde – SUS apresenta como seus princípios norteadores, entre outros, o princípio da universalidade, que defende o acesso a toda e qualquer pessoa aos serviços de saúde, seja este público ou contratado pelo poder público e o princípio da equidade, que defende a garantia de atendimento à saúde a toda e qualquer pessoa em igualdade de condições, ou seja, independente de classe social, a saúde é dever do Estado e direito do cidadão (BRASIL, 1990).

Observa-se que o dispêndio para o cumprimento desses dois princípios é muito grande e é justamente neste ponto que repousam as principais dificuldades do SUS. Neste contexto, o envolvimento dos gestores é de suma importância, pois são eles que enfrentam as maiores dificuldades do sistema por estarem na linha de frente, sentido as reações da comunidade ao bom ou mal serviço prestado e responsabilizando-se por tudo. Com relação a este assunto Esteves (1999, p. 2) manifesta-se da seguinte forma:

A limitação de recursos destinados ao setor público deve estimular os administradores a identificar os pontos críticos no processo de Assistência Médico Hospitalar, a fim de melhorar e aprimorar esse processo, procurando, deste modo, incrementar a eficiência e a produtividade institucional sem arriscar ou comprometer a qualidade dos serviços.

É dos gestores que devem partir as iniciativas do controle geral de gastos, pois a cada ano os custos aumentam, os recursos físicos e tecnológicos vão depreciando-se e novas tecnologias necessitam ser incorporadas, pois a crescente diversificação de produtos exige utilizar recursos de forma mais produtiva, num cenário onde os recursos financeiros para o setor, são cada vez menores. Administrar uma situação como essa é desafiante e exige cada vez mais competência administrativa do gestor. Essas organizações são percebidas como complexas porque nelas podemos encontrar diversas atividades que por si só caracterizam processos produtivos distintos, como é o caso das instituições integrantes da Hemorrede Brasileira (BRASIL, 2001a, 2002b):

- ▶ **HEMOCENTRO COORDENADOR (HC):** entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência do Estado na área de Hemoterapia e (ou) Hematologia com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e (ou) hematológico à rede de serviços de saúde. Presta serviços de assistência às áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas, e apoio técnico à Secretaria de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados - SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados - PLANASHE e em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.
- ▶ **HEMOCENTRO REGIONAL (HR):** entidade de âmbito regional, de natureza pública, para atuação macro-regional na área hemoterápica e (ou) hematológica. Deverá coordenar e desenvolver as ações estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do Estado para uma macro-região de saúde, de forma hierarquizada e acordo com o SINASAN e o PLANASHE. Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores as amostras de sangue para realização dos exames.

- ▶ **NÚCLEO DE HEMOTERAPIA (NH):** entidade de âmbito local ou regional, de natureza pública ou privada, para atuação micro-regional na área de hemoterapia e (ou) hematologia. Deverá desenvolver as ações estabelecidas pela Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de forma hierarquizada e de acordo com o SINASAN e o PLANASHE. Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores as amostras de sangue para realização dos exames.
- ▶ **UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO (UCT):** entidade de âmbito local, de natureza pública ou privada, que realiza coleta de sangue total e transfusão, localizada em hospitais ou pequenos municípios, onde a demanda de serviços não justifique a instalação de uma estrutura mais complexa de hemoterapia. Poderá ou não processar o sangue total e realizar os testes imuno-hematológicos dos doadores. Deverá encaminhar para a realização da triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço de Hemoterapia de referência.
- ▶ **UNIDADE DE COLETA (UC):** entidade de âmbito local, que realiza coleta de sangue total, podendo ser móvel ou fixa. Se for móvel, deverá ser pública e estar ligada a um Serviço de Hemoterapia. Se fixa, poderá ser pública ou privada. Deverá encaminhar o sangue total para processamento e realização dos testes imuno-hematológicos e de triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço de Hemoterapia de referência.
- ▶ **CENTRAL DE TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES (CTLD):** entidade de âmbito local, regional ou estadual, pública ou privada, que tem como competência realização dos exames de triagem das doenças infecciosas nas amostras de sangue dos doadores coletado na própria instituição ou em outras. A realização de exames para outras instituições só será autorizada mediante convênio/contrato de prestação de serviço, conforme a natureza das instituições.
- ▶ **AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS (AT):** localização preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências realizar-se-á pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade.

Essas unidades requerem atenção e controle especializados quanto ao fluxo de materiais, ou seja, na unidade hemoterápica, além do serviço de hemoterapia, temos uma lanchonete, um hospital dia, um laboratório clínico, um serviço de manutenção e reparos, farmácia, e outros que dependem de suprimentos. Esses insumos são considerados materiais críticos, porque são de reposição específica, cuja demanda não é previsível e cuja decisão de estocar é tomada com base na análise de risco que a instituição corre, caso esses materiais não estejam disponíveis

quando necessário. É imprescindível administrar estoques para proporcionar o melhor serviço possível aos usuários e ao menor custo. Daí a importância de ser preconizado um único caminho para a aquisição dos chamados insumos críticos.

A estrutura da administração de materiais tem características diferentes quando se trata de Hemocentros com natureza jurídica distinta e diferentes vinculações administrativas: Unidade da Administração Pública, Fundação de Direito Público, Fundação de Direito Privado, Autarquia, Organização Social, Organização Civil de Interesse Público e Instituições Privadas. Cada instituição escolhe o tipo de estrutura organizacional mais adequado às suas necessidades e conveniências.

Abordamos neste trabalho a gestão de insumos quanto às características do serviço de compras, o que comprar e quando comprar, como especificar os materiais, como identificar materiais críticos, as necessidades de qualificação de fornecedores, a legislação necessária para licitação no serviço público e como deve ser o armazenamento dos produtos. Diante destas informações pretendemos identificar, se as gestões de insumo entre os Hemocentros aqui estudados são realmente diferentes entre si. *Quais seriam estas diferenças?* _Por que produtos similares, utilizados por todos os serviços que têm como objetivo o atendimento hemoterápico de qualidade, possuem processos de aquisições, especificações técnicas e custos diferentes? _Seria possível uma padronização destes insumos e destes processos de aquisições?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever a administração de insumos críticos na hemorrede brasileira.

Objetivos Específicos

- ▶ Caracterizar o perfil das instituições e responsáveis pela gestão dos insumos críticos na área de hemoterapia.
- ▶ Identificar as principais variáveis envolvidas no fluxo de aquisição de insumos críticos.
- ▶ Comparar o processo de aquisição de insumos críticos do Hemocentro do Maranhão em relação aos demais serviços estudados.

MÉTODO³

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1ª Parte: Situação da administração de insumos críticos na área de hemoterapia nos hemocentros coordenadores do País⁴

2ª Parte: O HEMOMAR - supervisão de hematologia e hemoterapia do Maranhão

O Centro de Hemoterapia e Hematologia do Maranhão foi criado pela Lei 4.406 de 19 de abril de 1982, órgão relativamente autônomo com planejamento e orçamento específico, integrado ao planejamento e ao orçamento do programa de Saúde Pública, bem como regimento próprio de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados. Posteriormente, pelo Decreto 14.457 de 02 de março de 1995, foi desconcentrado da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde em virtude das suas peculiaridades de organização e funcionamento exigia o tratamento diverso do aplicável aos demais órgãos da Administração Direta, sendo denominado Coordenação de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão, com regime especial de autonomia administrativa e financeira relativa. Atualmente regida pelo Decreto 16.887 de 21 de julho de 1999 que dispõe sobre a reorganização da Gerência de Qualidade de Vida e dá outras providências, teve a sua denominação alterada para Supervisão de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão e vinculada à Secretaria de Estado da Saúde conforme Decreto Estadual nº 21.017 de 20 de janeiro de 2005.

São atribuições deste órgão: coordenar e desenvolver a Política Estadual de Sangue; formação e treinamento de recursos humanos em hemoterapia e hematologia; ações referentes à comunicação social e desenvolver atividades hemoterápicas tais como: recrutar doadores convencionais, especiais e de aférese; promover medidas de proteção à saúde do doador e do receptor; encaminhar o doador inapto à investigação clínica; coletar sangue; fracionar e processar o sangue em componentes; estocar e distribuir sangue e componentes; realizar procedimentos transfusionais comuns e especiais, participando e discutindo as indicações; diagnosticar, prevenir e aconselhar as alo-imunizações e diagnosticar laboratorialmente as auto-imunizações; realizar a terapêutica transfusional dos pacientes eventuais ou dependentes de componentes sanguíneos, realizar diagnóstico clínico laboratorial e tratamento

³ A descrição do método encontra-se na monografia de Edlene Melo Reis do Nascimento, exceto a terceira etapa que consistiu na comparação da administração de insumos críticos na HEMOMAR (Supervisão de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão) em relação aos demais serviços do estudo.

⁴ Encontra-se descrita na monografia de Edlene Melo Reis do Nascimento.

hematológico, coordenar o tratamento multidisciplinar aos pacientes que dele necessitam a exemplo dos hemofílicos; Diagnosticar e orientar a terapêutica das intercorrências hematológicas dos pacientes clínicos e cirúrgicos.

Não se pode deixar de reconhecer os avanços ocorridos ao longo desses 24 anos de funcionamento, com o trabalho desenvolvido desde a sua criação tendo como filosofia a obtenção da excelência em qualidade inserida nos seus produtos e serviços. No período de 1998 a 2002, o Ministério da Saúde intensificou investimentos pela aprovação de Convênios para melhoria da infra-estrutura, construindo, ampliando, adequando, reformando e equipando este Hemocentro e suas Unidades distribuídas nos diversos municípios do Estado, assim como capacitando pessoal, objetivando a ampliação da Hemorrede Estadual e contribuindo para a melhoria da qualidade do sangue disponibilizado à população do Maranhão. A Hemorrede está sendo estruturada de forma que toda área territorial do Estado possa ter atendimento hemoterápico e veículos refrigerados foram adquiridos para que o sangue distribuído tenha o padrão de qualidade exigido pelo Ministério da Saúde.

Atualmente a hemorrede funciona com 01 Hemocentro Coordenador em São Luís; 07 Núcleos de Hemoterapia distribuídos nos municípios de Imperatriz (1988), Caxias (1988), Bacabal (1989), Pedreiras (2002), Pinheiro (2002), Santa Inês (1999) e Balsas (1999); e 20 Agências Transfusionais sediadas nos municípios de Colinas (1999), Coroa (1988), Itapecuru-Mirim (1998), Chapadinha (1999), Barra do Corda (2000), Zé Doca (2004), Santa Luzia do Tide (2004), Barreirinhas (2004), Socorrão II (2005), Cururupu (2005), Coelho Neto (2005), Governador Nunes Freire (2005), Porto Franco (2006), Carolina (2006), São João dos Patos (2006), Codó (2006), Timon (2006), Presidente Dutra (2006), e Viana (2006),

Hoje como centro de referência estadual nas áreas de Hematologia e Hemoterapia Clínica Laboratorial, cobertura assistencial e de suporte técnico referencial, sendo o único serviço no Estado, com uma abrangência de 217 municípios, totalizando 4.250.474 habitantes, que correspondem a 75,21% de cobertura hemoterápica, recebendo no ano de 2005, 64.493 candidatos a doação de sangue; 52.949 bolsas coletadas; 124.271 hemocomponentes produzidos, e 77.622 hemocomponentes distribuídos a 25.986 leitos hospitalares atendidos. O HEMOMAR vem trabalhando no sentido de criar uma nova mentalidade acerca do uso racional do sangue e da importância da hemoterapia e da hematologia no contexto médico-social-educacional e não apenas como um ato médico isolado.

Destacamos como fatores de grande relevância para o crescimento do nosso trabalho, em 2004, a obtenção da certificação nível 1 de Excelência do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GES PÚBLICA e o recebimento do “Prêmio Unidas Destaque em Saúde 2004”, promovido pela união nacional das Instituições de Autogestão em saúde – UNIDAS; e no ano de 2005 a certificação nível 2 de Excelência do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GES PÚBLICA. O respaldo da certificação assegura ainda mais qualidade

nos serviços e produtos com redução de custos e aperfeiçoamento das atividades e a satisfação de nossos clientes.

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. O gerenciamento de um grande número de itens em processos de produção distintos obriga as instituições a trabalharem com estoques, qualquer que seja a atividade. As técnicas de gerenciamento de materiais foram estudadas e desenvolvidas para o processo produtivo industrial porque as empresas são mais antigas que os hemocentros. Portanto a Administração de Materiais é atividade que planeja, executa e controla, nas condições mais eficientes e econômicas, o fluxo de material, partindo das especificações dos artigos a comprar até a entrega do produto”. Os itens de materiais, medicamentos, reagentes, alimentos e outros que não podem ser prontamente comprados e utilizados são formadores dos estoques das unidades de saúde.

Cabe ressaltar que estes problemas são recorrentes na literatura. Os custos médios anuais de manutenção de estoques em todas as empresas de manufatura são estimados em cerca de 30% a 35% do seu valor. Esta estimativa pode ser extrapolada para o caso de governo, em que a logística e o armazenamento dos produtos são semelhante às indústrias de manufatura.

O setor de Compras do nosso serviço, ainda não tem uma definição bem estruturada dentro da Instituição, sendo várias “caixinhas” dentro do Setor Administrativo-Financeiro ligadas ao Núcleo Administrativo, sendo cumulativa as funções de Compras; Serviços e Contratos contando 01 administrador de nível superior; 02 Assessores Técnicos (Gestor Hospitalar e Bioquímico); Almoxarifado, tendo como chefe 01 assistente administrativo e 04 almoxarifes (nível médio). O fluxo de trabalho funciona com a integração do setor de compras com os demais setores da instituição, embora não exista um fluxograma definido para essa finalidade. Ressaltamos, também, que alguns avanços administrativos contribuíram para a gestão de materiais no Hemocentro do Maranhão, como a implantação do SIA-FEM (Sistema de Informação financeira para Estados e Municípios) e SIAGEM (Sistema de Informação administrativa para Estados e Municípios), que têm possibilitado a simplificação, uniformização e modernização da execução orçamentária, financeira, patrimonial e contábil da nossa organização; ainda precisamos melhorar muito o processo com a implementação de práticas administrativas mais modernas, eficientes e eficazes, observando as tendências do mundo atual e, principalmente, preparando o caminho da instituição para um futuro melhor.

Diante do resultado que vimos neste trabalho, observamos falhas estruturais em diversos Hemocentros do País, por falta de informações, de catálogos de materiais, de definição de itens críticos, ausência de funcionário técnico na área de compras com condições de seguir os processos de aquisições e acompanhar a qualidade dos produtos adquiridos, falta de critérios de qualificação de fornecedor e material ou

critérios pouco eficazes, enfim problemas que em muitos locais ocasionaram falta ou atraso de materiais e compra de produto sem qualidade. As organizações que desejam otimizar o potencial de contribuição de sua função Compras para que seus resultados de negócios sejam realmente muito positivos, devem basear seus esforços no conceito de Transversalidade, tendo os Compradores como Agentes de Contribuição na Cadeia Operativa, porém não é fazer nada sozinho, o conceito é integrar naturalmente a função Compras aos demais setores da instituição, desta maneira a evolução traria benefícios no vetor “cliente–fornecedor” para o posto de “contribuidores”, atuando diretamente sobre os potenciais de ganhos transversais comuns. (HERRERA, 2001).

Diante dos fatos apresentados, o Hemocentro do Maranhão por estar ligado à Secretaria Estadual de Saúde, com relativa autonomia para gerenciamento dos seus processos de compras, percebemos uma necessidade de comunicação com demais Hemocentros do país a fim de trocar informações referentes a preços praticados, qualidade de produtos já testados em outros serviços, indicadores comuns que possam colaborar em todo o processo de aquisição e qualidade.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados, observamos diferenças estruturais no processo de compras nos diversos hemocentros do país. Os fatores relevantes foram:

- ▶ A formação do profissional de compras deve ser um ponto a ser considerado pelos hemocentros para melhoria do processo de aquisição, bem como a implementação de uma política de educação permanente na área de insumos.
- ▶ A presença de um assessor técnico, diretamente vinculado ao setor de compras, deve ser avaliada como uma possibilidade de melhoria não só na área de insumos críticos, mas em todas as aquisições dos serviços.
- ▶ Faz-se premente a necessidade de consensuar entre os serviços o conceito de insumos críticos, os critérios de como os mesmos podem impactar na qualidade do produto final e finalmente quais itens do ciclo da hemoterapia, comuns a todos os serviços, poderiam estar sendo incluídos nessa relação. Tudo isto parece levar para outra grande necessidade entre os serviços, qual seja a padronização dos itens críticos, padronizar também as suas especificações técnicas.
- ▶ A implantação de um programa *on line*, com diferentes níveis de acesso, interfaceado com as áreas envolvidas em compras para facilitar o acompanhamento do processo de aquisição de insumos críticos.

- ▶ A busca pela gestão de qualidade e, conseqüentemente de certificações, para normatizar e facilitar o fluxo de aquisição nos serviços, bem como a utilização de indicadores em todas as etapas do processo de aquisição.
- ▶ A utilização da modalidade de pregão presencial e (ou) eletrônico deve ser estimulada entre os hemocentros, em virtude de que em alguns serviços de hemoterapia a prática desta modalidade, vem demonstrando maior agilidade e menor preço.
- ▶ Necessidade de padronização de critérios para qualificação de fornecedores e materiais.

Finalmente, como contribuição, gostaríamos de acrescentar a necessidade de criação e implantação de uma Rede Nacional de Informações sobre insumos críticos, que permita aos diversos gestores nas esferas Federal, Estadual e Municipal, o pleno acesso aos dados indispensáveis à tomada de decisões quanto às especificações de itens críticos, especificações técnicas de editais, qualificação de fornecedores, pareceres técnicos de materiais; preços praticados nas licitações, enfim, atingir de forma coordenada, com transparência, economicidade e eficácia, as atividades de compras dos hemocentros.

Administração de Materiais na Hemorrede Brasileira com Ênfase no Hemocentro de Campinas – SP

Autora: Maria Cecília Teori Hashimoto¹

Orientador: Professor Raul Antônio Morais Melo²

¹ Hemocentro Campinas/SP - UNICAMP

² HEMOPE e Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

Em abril de 1980, foi criado o Programa Brasileiro de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), com objetivo de adotar práticas de doação, distribuição e utilização de sangue de maneira controlada, rigorosa, com qualidade e fiscalização. Entre a sua criação em abril de 1980 a julho de 1998, o Pró-Sangue instituiu três programas de metas: Programa de Prioridades Sociais da Presidência da República, Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados-PLANASH e o Programa de Interiorização da Hemorrede Pública. Em 1987 a Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados - DINASHE foi transformada em Coordenação de Sangue e Hemoderivados – COSAH e em janeiro de 1998 transformada em Gerência de Projetos de Sangue e Hemoderivados.

A Hemorrede Nacional, definida pela resolução RDC nº. 151 de 21 de agosto de 2001 (BRASIL, 2001a), apresenta os serviços de hemoterapia em ordem decrescente de complexidade técnico-administrativo e tem panorama quantitativo atual com: 31 hemocentros coordenadores (26 em capitais de estados e cinco no estado de São Paulo), 52 hemocentros regionais, 74 núcleos de hemoterapia, 139 unidades transfusionais e 457 agências transfusionais, todas sob administração pública, porém com estruturas jurídicas diferentes, tais como: Unidade da Administração Pública, Fundação de Direito Público, Fundação de Direito Privado, Autarquia, Organização Social, Organização Civil de Interesse Público e Instituição Privada.

Os serviços prestados à comunidade devem ser homogêneos entre os hemocentros, pois todos devem seguir às regulamentações vigentes sobre o atendimento e a qualidade, porém, as dificuldades encontradas variam muito dependendo destas naturezas jurídicas, como vem sendo amplamente discutido no “Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros” patrocinado pelo Ministério da Saúde neste ano.

A administração de materiais é um dos problemas apontados por estes serviços, tema muito discutido na área administrativa e industrial, porém com pouca ênfase na saúde.

Conhecer a gestão de insumos, nos diferentes hemocentros coordenadores e (ou) hemocentros regionais e avaliar estas gestões frente aos modelos já existentes é um desafio que, conseqüentemente, levará a integração necessária entre os hemocentros a fim de buscar a melhoria contínua de seus processos. Contudo, para discutir este assunto é necessário inicialmente saber como é abordado o tema na literatura, como é definido a função de compras e suas variáveis.

Compras é um segmento essencial do departamento de materiais ou suprimentos, que tem por finalidade suprir as necessidades de materiais ou serviços, planejá-las quantitativamente e satisfazê-la no momento certo com as quantidades corretas,

verificar se recebeu efetivamente o que foi comprado e providenciar armazenamento. Compra é, portanto, uma operação da área de materiais, muito importante entre as que compõem o processo de suprimentos. Segundo Dias (1993), os objetivos básicos de uma seção de compras, seriam:

Obter um fluxo contínuo de suprimentos a fim de atender aos programas de produção;

Coordenar esse fluxo de maneira que seja aplicado um mínimo de investimento que não afete a operacionalidade da empresa;

Comprar materiais e insumos aos menores preços, obedecendo a padrões de quantidade e qualidade definidos;

Procurar sempre as melhores condições para a empresa, principalmente condições de pagamento e fornecimento.

Uma descrição de cargos adequados e bem generalizados para os envolvidos na função de compras é citada por Dias (1993), porém não é a proposta deste trabalho a padronização de cargos, mas é importante lembrar, que o administrador do setor de compras não deve jamais esquecer da conduta ética e moral, pois, por estar envolvidos com altos valores monetários, corre o risco de desvio de conduta. Claro que para isso a organização também precisa reconhecer a importância desse administrador, dando a ele a recompensa monetária compatível com sua importância para a organização, assim como o tamanho de sua responsabilidade.

Um dos parâmetros importantes para o bom funcionamento do setor de compras e, conseqüentemente, para o alcance de todos os objetivos é a previsão das necessidades de suprimento. Para isto, é necessário planejamento, isto é quando comprar e quanto comprar. A literatura especializada indica várias técnicas para responder a essa pergunta. De modo bastante resumido, pode-se dizer que a compra deve ser feita sempre que o estoque apresente uma quantidade de produto suficiente para atender as necessidades do período compreendido entre a solicitação e a chegada do pedido. Esse tempo é chamado de prazo de abastecimento (PA); o nível que indica o momento de solicitação de compra é denominado nível de suprimento/reabastecimento (NR). A quantidade a ser adquirida deve ser a mínima suficiente para atender as necessidades até que se atinja um novo período de abastecimento e é calculada a partir das médias histórica de consumo, isto é, a partir dos dados de entradas e saídas dos meses anteriores (GONZALO NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Uma aquisição bem sucedida é pré-requisito para a qualidade do produto final. Portanto, para a empresa que deseja manter uma política baseada em desenvolver, produzir produtos de alto nível de qualidade é fundamental assumir uma sólida parceria com seus fornecedores, para isto é necessário que o serviço de compras informe ao seu fornecedor exatamente o que se quer comprar, especifique o produto ou serviço utilizando-se critérios objetivos, de fácil compreensão, que

possibilite a sua identificação por parte dos clientes tanto interno como externo. A elaboração de especificações não deve incluir restrições demasiadas, que, além de dificultar a aquisição do produto, certamente aumentará o valor da compra.

A especificação pode utilizar: critérios de uso e desempenho esperado; propriedades físicas e químicas do produto; normas técnicas como ABNT; materiais utilizados na confecção do produto; marca do produto e nome do fabricante (quando não há outra possibilidade, neste caso há necessidade de uma justificativa técnica, se a compra estiver sendo executada por um setor público) (GONZALO NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Uma especificação mais detalhada pode ser necessária, quando se tratar de itens crítico, isto é materiais e (ou) insumos que podem influenciar na qualidade final do produto, pois estes insumos quando definidos como críticos devem ser identificados e controlados. Os procedimentos necessários para o controle de insumos críticos devem ser documentados e praticados por pessoal qualificado. Este conceito de insumos críticos é normalmente empregado pelos serviços de saúde, porém, encontra-se a mesma identificação na Resolução SAA-10, de 11-7-2003 (SÃO PAULO, 2003) sobre Agricultura e Abastecimento. Tinoco (1980) define insumos críticos como produto indispensável à produção, estratégico ao desempenho de mais de um setor.

O objetivo da função de compras é conseguir: qualidade, quantidade, prazo de entrega e preço. Tomada à decisão sobre o que comprar, a segunda decisão mais importante refere-se ao fornecedor certo. Bom fornecedor é o que tem a tecnologia para fabricar o produto na qualidade exigida, capacidade de produzir as quantidades necessárias e poder administrar seu negócio com eficiência suficiente para ter lucros e ainda assim vender um produto a preços competitivos (LOPES, 2003).

O fornecedor deve ter habilidade técnica para produzir ou fornecer, contar com programa de desenvolvimento e melhorias, as quais poderão reduzir o custo dos produtos comprados. A produção do fornecedor precisa apresentar bom programa de controle de qualidade, pessoal de produção competente e capaz, e bons sistemas de planejamento e controle de produção, para garantir a entrega pontual, de maneira que o fornecedor possa suprir a qualidade e a quantidade desejada.

Também se torna desejável um fornecedor confiável, reputado e financeiramente sólido. É preciso haver alguma garantia de que o fornecedor tem solidez financeira para permanecer no negócio, para isto em toda licitação pública exige-se documentos mínimos de idoneidade.

O fornecedor deve ter bom serviço de atendimento pós-venda, bem organizado, com estoque adequado de peças sobressalentes, se possível próximo do comprador, ou pelo menos que mantenha estoque local. Uma localização próxima auxilia

na redução dos tempos de entrega que significa que os produtos em falta podem ser entregues rapidamente (BALLOU, 1993).

Fornecedor deve ser capaz de oferecer preços competitivos, não necessariamente o menor preço, ele tem de fornecer mercadorias necessárias na quantidade e na qualidade exigidas, no tempo desejado, e também quaisquer outros serviços necessários (LOPES, 2003).

A comunicação entre comprador e fornecedor deve ser aberta e plena, de modo que ambas as partes entendam o problema uma da outra, e possam trabalhar juntas. Assim, a seleção do fornecedor e a relação com ele estabelecida são de fundamental importância.

Na avaliação de fornecedores potenciais, alguns fatores são quantitativos, o que possibilita atribuir valor monetário a eles, o preço por exemplo. Outros fatores são qualitativos e sua determinação exige alguma ponderação. Geralmente, são determinados de forma descritiva. A competência técnica do fornecedor pode ser um exemplo (LOPES, 2003).

Hoje em dia podemos dizer que cliente e fornecedor procuram desenvolver clima de confiança mútua, no qual ambos saiam ganhando. O que podemos chamar de parcerias.

Quando a relação de parceria atinge elevado grau de confiança mútua, participação e fornecimento com qualidade assegurada, dão-se o nome de *comakership*.

As relações de *comakership* não nascem do dia para a noite. Isto requer certo tempo de amadurecimento, conhecimento prévio da capacidade do fornecedor e confiabilidade do cliente. Nesse processo, o cliente irá procurar atuar nos aspectos que possam trazer-lhe vantagens competitivas. Assim, fará uma avaliação dos fornecedores e, se for o caso, o seu desenvolvimento para finalmente, chegar à fase de negociação e de parceria (LOPES, 2003).

Contudo, para iniciar esta jornada de qualidade é preciso estabelecer um departamento centralizado de compras. A alta administração espera, antes de tudo, o desempenho competente dos deveres do departamento e a satisfação dos objetivos básicos, envolvendo suas próprias diretrizes de ação e normas de conduta que possam resultar em custos econômicos de aquisições, assim como em custos econômicos de materiais (DIAS, 1993).

Para obter mais qualidade no seu setor de compras, as organizações atuais acharam necessário implementar um Sistema de Gestão da Qualidade, que hoje é baseado na ISO 9000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000). Por sua vez, essa norma direciona a atenção para melhoria contínua a partir de seus princípios fundamentais, que são: foco no cliente, liderança, envolvimento

das pessoas, modelos de processos, decisões com base em fatos e relacionamentos mutuamente benéficos para fornecedores e clientes.

A empresa após implantação da ISO 9000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000) conseguirá manter um fluxo contínuo e eficiente de suprimentos a fim de atender aos programas de produção e coordenar este fluxo de maneira que seja aplicado um mínimo de investimento, melhorando as condições de pagamento da empresa, assim como obter mais controle e gestão dos estoques.

A norma ISO preconiza em seu artigo 7.4 Aquisição:

A organização deve controlar seu processo para assegurar a compra de produtos conforme seus requisitos;

O tipo e abrangência desse controle dependem do impacto do produto comprado no produto final;

Os documentos de compras devem conter informações claras, que descrevam o produto a ser adquirido, incluindo: Requisitos para aprovação ou qualificação do produto; Qualificação pessoal/ serviço; Requisitos do sistema de gestão da qualidade;

A organização deve estabelecer e implementar inspeção ou outras atividades necessárias, para assegurar que o produto adquirido, atenda aos requisitos de aquisição especificados. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000).

Seguir a norma ISO 9000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000) no serviço público é uma política adotada ou não pela instituição, porém cumprir a Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993 é obrigação, pois essa Lei estabelece normas gerais sobre aquisições e contratos administrativos na qual em seu art. 3º “dos Princípios”, diz:

A Licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a administração, e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos. (BRASIL, 1993).

Segundo Justen Filho (2000), a licitação consiste em procedimento administrativo, composto de atos sequenciais, ordenados e independentes, mediante os quais a Administração Pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse, devendo ser conduzida em estrita conformidade com os princípios constitucionais e aqueles que lhes são correlatos.

A Lei 8.666/93 (BRASIL, 1993) estabeleceu cinco modalidades de licitação: concorrência, Tomada de Preços, Convite, Concurso e Leilão. Entretanto, a Lei 10.520, de 17 de julho de 2002 (BRASIL, 2002a), instituiu a sexta modalidade de licitação denominada Pregão, para aquisição de bens e serviços comuns.

Para cada modalidade de licitação há exigências específicas de procedimentos, formalização do processo e prazos. Respeitadas as exceções estabelecidas na Lei, o que determina a modalidade da contratação é o valor do objeto a ser contratado, as modalidades utilizadas são:

- ▶ Modalidade convite: R\$ 8.000,000 a R\$ 80.000,00.
- ▶ Tomada de Preços: até R\$ 650.000,00.
- ▶ Concorrência: acima de R\$ 650.000,00.
- ▶ Pregão: qualquer valor, onde a disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas e lances em sessão pública ou por meio eletrônico.

Apesar de o ordenamento jurídico brasileiro ter referendado a licitação como regra para a contratação, por parte da administração pública, este prevê exceções nas quais a contratação pode ser realizada de forma direta, inexigibilidade e dispensa de licitação. As previsões transcritas tanto no art. 17 quanto no art. 24 da Lei 8.666/93 (BRASIL, 1993), só devem ocorrer por razões de interesse público e nos casos expressamente previstos.

Uma das formas de contratação direta é a inexigibilidade de licitação, utilizada quando o fornecedor possui qualidades que atendem de forma exclusiva às necessidades da administração pública, inviabilizando os demais participantes.

A utilização desse dispositivo deverá obedecer à comprovação de exclusividade em relação à especificação do item a ser contratado, sendo vedada à indicação de uma marca específica quando houver mais de uma que atenda as exigências descritas no item.

Outra forma de contratação direta é pela dispensa de licitação, que tem como característica o fato de que a licitação é possível, entretanto não se realiza por conveniência administrativa. Para caracterizar a dispensa, a Lei 8.666/93 (BRASIL, 1993), no seu art. 24, enumerou 24 situações que tornam facultativo o processo licitatório. Fatores como emergência e a relação custo-benefício, são exemplos do que deve ser levado em consideração na opção deste tipo de contratação.

Em relação aos procedimentos para compras, a Lei 8.666/93 (BRASIL, 1993), Seção V, nos seus artigos 14 e 15, trazem de forma bastante objetiva as regras que deverão ser obedecidas nos procedimentos de contratação com a administração pública.

A Lei 8.666/93 (BRASIL, 1993) prevê:

Art. 14. Nenhuma compra será feita sem a adequada caracterização de seu objeto e indicação dos recursos orçamentários para seu pagamento sob pena de nulidade do ato e responsabilidade de quem lhe tiver dado causa.

Art.15. As compras, sempre que possível, deverão ser processadas através de sistema de registro de preços. Este consiste em uma forma de contratação, onde a administração pública promove uma concorrência para estabelecer preços para itens que virá a necessitar, gerando para o fornecedor vencedor expectativa de venda de acordo com a necessidade futura da administração, até o limite do quantitativo previsto no processo licitatório.

Este modelo traz características bastante positivas para a administração pública, tais como, a redução significativa de gastos com gestão de grandes estoques e a não necessidade de disponibilizar um grande volume de capital em uma única compra, haja vista que estas serão realizadas de forma paulatina, atendendo a cada necessidade que venha surgir (CARVALHO, 1998).

Atualmente percebe-se a implantação de uma série de iniciativas no sentido de aprimorar os processos relacionados à gestão de compras, incorporando modernas ferramentas já utilizadas com eficiência na iniciativa privada.

Outro aspecto a ser abordado neste trabalho refere-se ao serviço prestado pelo almoxarifado, pois, sua função predominante é alimentar a produção, no sentido de prover os materiais para a prestação de serviço, minimizar custos e maximizar o atendimento aos clientes.

A operação de um depósito, segundo Arnold (1999), envolve várias atividades de processamento e a operação eficiente depende da maneira como essas atividades são desempenhadas. As atividades são: receber o material, identificar, encaminhar para o armazenamento, guardar, preparar e encaminhar os produtos quando solicitados, operar um sistema de informação, fazer inventários e controlar seus processos.

Todas essas atividades ocorrem em qualquer depósito. A complexidade depende do número de unidades de armazenamento mantidas, das quantidades de cada unidade de armazenamento e do número de pedidos recebidos e preenchidos. Para maximizar a produtividade e minimizar os custos, a administração do depósito deve trabalhar com os seguintes elementos: utilização máxima do espaço e utilização eficaz de equipamentos (sistemas operacionais) e de mão-de-obra.

O armazenamento é demasiadamente importante para a disponibilidade dos materiais, em atendimento às demandas, por elas, se busca manter a integridade das características dos materiais.

Apesar da relevância dos temas insumo crítico, qualidade, custo e questão gerencial, existem poucos dados na literatura especializada.

Neste trabalho, a gestão de insumos foi abordada quanto às características do serviço de compras, o que comprar e quando comprar, como especificar os materiais, como identificar materiais críticos, as necessidades de qualificação de fornecedores, a legislação necessária para licitação no serviço público e como devem ser armazenados os produtos.

Diante destas informações, pretendemos identificar se as gestões de insumo entre os hemocentros aqui estudados são diferentes. _Quais seriam estas diferenças? _Por que produtos similares, utilizados por todos os serviços que tem como objetivo o atendimento hemoterápico de qualidade, possuem processos de aquisições, especificações técnicas e custos diferentes? _Seria possível uma padronização destes insumos e destes processos de aquisições?

OBJETIVO GERAL

Descrever a administração de insumos na hemorrede brasileira.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar o perfil das instituições e responsáveis pela gestão de insumos na área da hemoterapia.
- ▶ Identificar as principais variáveis envolvidas no fluxo de aquisição de insumos.
- ▶ Comparar o processo de aquisição de insumos do Hemocentro de Campinas/Unicamp em relação aos demais serviços estudados.

MÉTODO³

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1ª Parte: Situação da administração de insumos críticos na área de hemoterapia nos hemocentros coordenadores do país⁴

2ª Parte: Comparação da situação do Hemocentro de Campinas/SP, vinculado à UNICAMP- Universidade Estadual de Campinas com os resultados encontrados.

A Unicamp é uma autarquia, autônoma em política educacional, subordinada ao governo estadual no que se refere a subsídios para a sua operação. Assim, os recursos financeiros são obtidos em sua maior parte do Governo do Estado de São Paulo, Por meio da quota parte do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e de instituições nacionais e internacionais de fomento.

O Hemocentro de Campinas é um órgão ligado a reitoria e tem como objetivos fundamentais a prestação de assistência hematológica e hemoterápica à comunidade e a promoção de meios para o desenvolvimento do ensino e pesquisa nos seus campos específicos de atuação e na formação de recursos humanos em todos os níveis, em consonância com os programas estabelecidos pelas diversas unidades da universidade. Ele coordena o sistema de obtenção e coleta, processamento, distribuição e utilização de sangue, componentes e derivados, para a região de Campinas. Está integrado à rede de saúde de Campinas e a bancos de sangue de diversos hospitais, como o Mário Gatti e o da PUCC.

Esse Hemocentro conta com os serviços de coleta, hemoterapia, hematologia, ambulatórios de assistência social, de hematologia, de quimioterapia, de transfusão externa e transplante de medula óssea além de diversos laboratórios especializados, foi criado em 1985, dentro das diretrizes do Pro-Sangue (Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados), programa criado em 1980 para, prioritariamente, fornecer sangue com controle de qualidade a toda a população por meio de serviços públicos.

Hoje como centro de referência a nível terciário e quaternário para a região de Campinas e área de abrangência nas áreas de hematologia e hemoterapia clínica

³ A descrição do método encontra-se na monografia de Edlene Melo Reis do Nascimento, exceto a terceira etapa que consistiu na comparação da administração de insumos críticos no Hemocentro de Campinas/Unicamp em relação aos demais serviços do estudo.

⁴ Encontra-se descrita na monografia de Edlene Melo Reis do Nascimento.

laboratorial, cobertura assistencial e de suporte técnico de referencia abrange 125 municípios, totalizando 7.508.217 habitantes que correspondem a 19,96% da população do estado de São Paulo e cerca de 90.000 doadores/ano.

O Hemocentro de Campinas obteve em 2004 a certificação na Norma NBR ISO 9001 versão 2000, envolvendo todas as 35 áreas que fazem parte do ciclo do sangue. A certificação, no artigo 7.4, assegura maior controle dos processos técnicos e administrativos, informações claras e precisas em todas as etapas de produção e aquisição, garantindo que os produtos adquiridos atendam as especificações e requisitos pré - estabelecidos, proporcionando qualificação dos funcionários, facilitando condições de atender com maior qualidade e segurança o usuário final, o paciente.

O serviço de compras tem definição funcional bem estruturada dentro da instituição contando com: diretor de compras/suprimentos (administrador de nível superior); assessoria técnica de materiais (biomédico e enfermeiro); compradores de nível médio; supervisor de compras (administrador com nível superior), administrador de contratos (nível médio), supervisor de almoxarifado (administrador de nível superior), técnico em planejamento (nível superior) e almoxarifes (nível médio).

O trabalho da assessoria técnica de materiais juntamente com o serviço de compras tem a finalidade de buscar no mercado produtos com qualidade, para isto tem como função: qualificação de materiais e de fornecedores antes da aquisição determinando critérios para aprovação e manutenção de qualificação, participação efetiva da comissão permanente de licitação(CPL) desde a elaboração dos editais até a entrega do material, acompanha a performance dos produtos durante a sua utilização, atualiza especificações técnicas e catálogos de materiais críticos, desenvolve e acompanha indicadores de qualidade, mantém o feedback com os fornecedores afins de buscar melhorias na qualidade dos produtos e (ou) atendimento.

O Hemocentro tem disponível sistema *on line* de informação entre os setores de compras, planejamento, almoxarifado, assessoria técnica e contrato, que facilita e agiliza os processos de aquisição reduzindo assim o risco de falta de materiais e melhor acompanhamento administrativo.

Os fluxogramas propostos pela ISO na área de compras, são interligados com os demais serviços da instituição. Estes fluxos funcionam de maneira documental e prática, com definições claras de funções.

Diante dos fatos apresentados, o Hemocentro de Campinas se identifica como serviço bem estruturado, a certificação ISO 9000 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000) contribuiu para garantir esse processo de busca da qualidade. Outro fator positivo que facilita esta conquista é a ligação do he-

emocentro com a universidade, ser autarquia, ter autonomia para gerar todos os processos de compras e efetuar qualquer tipo de licitação.

Independente desta estrutura administrativa, percebe-se necessidade de comunicação com demais hemocentros do país a fins de trocar informações referentes a preços praticados, qualidade de produtos já testados em outros serviços, indicadores comuns que possam colaborar com o processo de aquisição e desenvolvimento de fornecedores nacionais.

CONCLUSÕES

Os resultados mostraram diferenças estruturais no processo de compras nos diversos hemocentros do país. Os fatores relevantes foram:

- ▶ A formação do profissional de compras deve ser um ponto a ser considerado pelos hemocentros para melhoria do processo de aquisição, bem como a implementação de uma política de educação permanente na área de insumos.
- ▶ A presença de assessor técnico diretamente vinculado ao setor de compras deve ser avaliada como possibilidade de melhoria não só na área de insumos críticos, mas em todas as aquisições dos serviços.
- ▶ Faz-se premente a necessidade de consensuar entre os serviços o conceito de insumos críticos, os critérios de como os mesmos podem impactar na qualidade do produto final e finalmente quais os itens do ciclo da hemoterapia, comuns a todos os serviços, que poderiam estar sendo incluídos nessa relação. Tudo isto parece culminar para outra necessidade que é a partir da definição dos itens críticos padronizar, também, as suas especificações técnicas.
- ▶ Necessidade de um programa *on line*, com diferentes níveis de acesso, interfaceado com as áreas envolvidas em compras para facilitar o acompanhamento do processo de aquisição de insumos críticos.
- ▶ A busca pela gestão da qualidade e consequentemente de certificações, para normatizar e facilitar o fluxo de aquisição nos serviços, bem como a utilização de indicadores em todas as etapas do processo de aquisição.
- ▶ A utilização da modalidade de pregão presencial e (ou) eletrônico deve ser estimulada entre os hemocentros, pois já é de domínio dos serviços de hemoterapia e por garantir em última análise maior agilidade e menor preço.

- Necessidade de padronização de critérios para qualificação de fornecedores e materiais.

Este é o primeiro trabalho que busca caracterizar o sistema gerencial de insumos na Hemorrede Brasileira.

Finalmente, como contribuição, verifica-se a necessidade da criação e implantação de uma rede nacional de informações sobre insumos críticos para diversos gestores nas esferas Federal, Estadual e Municipal. Este sistema permitiria pleno acesso aos dados indispensáveis à tomada de decisões em relação às especificações de itens críticos, elaborações de editais, qualificação de fornecedores e materiais, preços praticados e indicadores de qualidade de modo a atingir de forma coordenada, de fácil acesso e com eficiência as atividades de administração de insumos na Hemorrede Brasileira.

Referências¹

¹ As referências estão vinculadas às três monografias apresentadas anteriormente.

ARAÚJO, Jorge Sequeira de. *Almoxarifés e almoxarifados*. São Paulo: Atlas, 1971.

_____. *Administração de materiais*. São Paulo: Atlas, 1994.

ARNOLD, J. R. Tony. Administração de materiais. In: _____. *Estoque físico e administração de depósitos*. São Paulo: Atlas, 1999. p. 352.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR ISO 9000: sistemas de gestão da qualidade fundamentos e vocabulário*. Rio de Janeiro, 2000.

AZEVEDO, G. J. G. *Depois da ISO 9000, chega o SEQP*. Minas Gerais: Techoje, 2007. Disponível em: http://www.ietec.com.br/ietec/techoje/techoje/administracao/2003/03/11/2003_03_11_0009.2xt/-template_interna. Acesso em: out. 2006.

BALLOU, Ronald H. *Logística empresarial: transporte, administração de materiais e distribuição física*. São Paulo: Atlas, 1993.

BATISTA, Jonas Eduardo de Souza. *Qualidade no setor de compras*. 2005. Disponível em: <http://www.zemoleza.com.Br/trabalho_ver.asp?>. Acesso em: ago. 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1993.

_____. Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jul. 2002a.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o regulamento técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 151, de 28 de março de 2001. Institui subcomissão de denominações comuns brasileiras, da comissão permanente de revisão da farmacopeia brasileira. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 mar. 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 790, de 22 de abril de 2002. Estabelece a estrutura do Plano Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados e regulamenta a elaboração dos Planos Diretores Estaduais de Sangue, Componentes e Hemoderivados. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 abr. 2002b. Seção 1, p. 41-58.

CARVALHO, Paulo César Silva de. *Política de Compras na Administração Pública Brasileira*. 1998. Disponível em: <<http://licitacao.uol.com.br/artdescricao.asp?cod=59>>. Acesso em: ago. 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. *Administração nos novos tempos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. *Iniciação a administração de materiais*. São Paulo: Makron, 1936.

COSTA, André Lucirton. Sistemas de compras privadas e públicas no Brasil. *Revista de administração*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 119-128, out./dez. 2000.

DANTAS, Sérgio Baptista; ISENSEE, Paulo Roberto; XAVIER, Luiz Fernando da Silva. *Logística de materiais*. Rio de Janeiro: UniverCidade, 2003.

DIAS, Marco Aurélio P. *Administração de materiais: uma abordagem logística*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

ESTEVES, Maria José Vilar. *Fatores do processo de assistência médico-hospitalar que causam o incremento da permanência do paciente no hospital*. 1999. Tese (Doutorado)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GONZALO NETO, Veccina; REINHARDT FILHO, Wilsom. *Gestão de recursos materiais e de medicamentos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania).

GURGEL, F. A.; FRANSCISCHINI, P. G. *Administração de materiais e de patrimônio*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

HERRERA, Rafael. *A função compras como potencial fonte de competitividade*. 2001. Disponível em: <<http://www.guiadelogistica.com.br>>. Acesso em: ago. 2006.

JUSTEN FILHO, Marçal. *Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos*. 8. ed. São Paulo: Dialética, 2000.

LINS. Faculdade de Ciências Administrativas e Contábeis de Lins. *Uma visão geral sobre a administração de recursos patrimoniais*. Lins, 2005.

- LOPES, Silvana Cristina. *Seleção e avaliação de fornecedores: ferramentas para o desempenho logístico na cadeia de suprimentos*. 2003. Disponível em: <<http://www.guiadelogistica.com.br>>. Acesso em: ago. 2006.
- PASCHOAL, Mário. *Proposta de metodologia para compras de material em uma Instituição Pública de Ensino*. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)–Programa de Pós-graduação em Administração de Empresas, Departamento de Economia, Ciências Contábeis, Administração e Secretariado, Universidade de Taubaté, São Paulo, 2002.
- PATERNIO, D. *Administração de materiais no hospital: compras, almoxarifado e farmácia*. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1990.
- PAULUS JÚNIOR, Aylton. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v. 7, n. 1, p. 30-45, dez. 2005.
- PIMENTA, Carlos César. *Desafios e oportunidades no setor de compras governamentais na América Latina e Caribe: o caso brasileiro*. Brasília: ENAP, 1998. 23 p.
- PRADO, Mauro Ribeiro do. *Do outro lado da mesa: estudos e comentários à lei de licitações e contratos administrativos*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
- SÃO PAULO (Estado). Resolução SAA nº 10, de 11 de julho de 2003. Define Norma de Padrões Mínimos de Qualidade para Carvão Vegetal, como base para Certificação de Produtos pelo Sistema de Qualidade de Produtos Agrícolas, Pecuários e Agroindustriais do Estado de São Paulo, instituído pela Lei 10.481-99. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, Poder Executivo, São Paulo, SP, 12 jul. 2003.
- TINÔCO, Aldo da Fonseca. Técnicas de uso mais corrente no planejamento de saúde. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 14, n. 4, 1980.
- VILLARINHO, M. E. *Um sistema de qualificação de fornecedores através da aplicação da metodologia do gerenciamento de processos*. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia)–Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999. Disponível em: <<http://www.eps.ufsc.br/disserta99/villarinho/index.html>>. Acesso em: 7 out. 2006.

Considerações sobre a Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública Brasileira¹

Ana Lúcia de Sena
Ana Suely Leite Saraiva
Eliana Dalla Nora Franco
Maria Auxiliadora Marques de Lima
Syrlei Rodrigues de Macedo

¹ Este referencial teórico orientou um conjunto de quatro monografias (apresentadas a seguir). Nesse sentido, a autoria da redação final, produto da síntese ou fusão de textos, é coletiva.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRUTURA JURÍDICA DA HEMORREDE PÚBLICA BRASILEIRA

Na atualidade, muito se tem discutido sobre as formas jurídicas dos Serviços de Hemoterapia no País e sua interferência nos processos de aquisição de recursos materiais, partindo-se do pressuposto de que umas teriam vantagem sobre outras, dando maior agilidade ao processo. Entretanto, poucos estudos tratam desse assunto.

Com base nessa constatação, surgiu a necessidade de conhecer a situação gerencial da Fundação HEMOPA em relação a esse processo, sua melhor forma de atender aos objetivos que nortearam sua criação, como também, de agilizar a consecução desses objetivos.

Partindo dessas indagações, faz-se necessário conhecer não apenas a realidade da Hemorrede pública nacional, mas conhecer como a administração pública brasileira é constituída de forma a atender o objetivo de servir à coletividade.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) trata em seu texto constitucional, especificamente no Título III do capítulo VII, da Organização da Administração Pública de qualquer dos entes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Dispõe, ainda, que a organização político-administrativa da República do Brasil é formada por três poderes políticos instituídos pela Constituição: o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, todos harmônicos e independentes entre si, como apregoa o Art. 2º da Carta vigente. A tripartição de Poderes abrange, também, os Estados-membros, mas, nos Municípios, vigora a bipartição de Poderes, porque em sua estrutura orgânica se apresentam apenas o Executivo e o Legislativo.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196, assegura que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

No Artigo 197, afirma que:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público a regulamentação, fiscalização e controle das ações, devendo a sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988).

No que se refere à saúde, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, conforme o seu § 4º do Artigo 199, referindo que a lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remo-

ção dos órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus componentes, vedado todo tipo de comercialização, colocando a necessidade de que todas as determinações normativas relacionadas à transfusão de sangue no Brasil carecem de efetivação complementar realizada por meio de atos administrativos como decretos, portarias e resoluções, aprovando inclusive a proibição da doação gratificada de sangue, conceituando a remuneração dos serviços por meio da cobertura de custos de processamento.

Outrossim, a história da hemoterapia, desde os seus primórdios, demonstra a busca por uma organização e modelo administrativo gerencial que possa desenvolver-se de forma a satisfazer todas as diferentes características dessa especialidade, espelhando suas práticas no modelo francês da doação de sangue voluntária, anônima e não remunerada.

A primeira Lei sobre a matéria data de 1950 – Lei nº 1.075, de 27 de março (BRASIL, 1950) – na qual o direito de abono do dia de trabalho ao servidor público, que doasse voluntariamente, estava assegurado. Até 1964, essa foi a única lei referente ao sangue.

O Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para o estudo e regulação disciplinadora da Hemoterapia no Brasil, resultando na formação da Comissão Nacional de Hemoterapia – CNH que, por meio de decretos, portarias e resoluções, estabeleceu o início da doação voluntária de sangue e a necessidade de medidas de proteção a doadores e receptores. Além disso, disciplinou o fornecimento de matéria-prima para a indústria de fracionamento plasmático e a importação e exportação de sangue e hemoderivados. Com destaque para a oficialização dos registros dos bancos de sangue públicos e privados, a publicação de normas básicas para atendimento a doadores e para prestação de serviço transfusional e a determinação da obrigatoriedade dos testes sorológicos necessários para segurança transfusional.

A política nacional na área de sangue e hemoderivados foi definida com a criação do Pró-sangue, dando início aos hemocentros estaduais com a responsabilidade de dever do Estado o provimento do atendimento hematológico e hemoterápico de acesso universal e com garantia de qualidade, tendo como objetivo a normatização de todo o processo condutor das ações hemoterápicas no País, cabendo, ao longo dos anos, uma reordenação político-administrativa, passando pela denominação de Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados – DINASHE, depois em Coordenação de Sangue e Hemoderivados – COSAH, e atualmente Coordenação Nacional do Sangue.

A regulamentação das ações e serviços de saúde segundo um Sistema Único de Saúde (SUS) foi definida na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL,

1990), que estabelece como um de seus objetivos: “a formulação e execução da política de sangue e seus derivados”, artigo 6º, alínea XI.

Até março de 2001, a regulamentação das questões relacionadas à doação e à transfusão de sangue no Brasil foi feita por meio de decretos, portarias e normas técnicas, quando foi sancionada a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001 (BRASIL, 2001b), que estabeleceu a Política Nacional de Sangue para o Brasil. Essa Lei ratifica a proibição da comercialização do sangue e de seus derivados e regulamenta o parágrafo 4º do Artigo 199 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

O suprimento de sangue e hemoderivados têm gerenciamento, formulação de políticas, fiscalização e controle sob a responsabilidade da Coordenação Nacional do Sangue, vinculada ao Ministério da Saúde. A prestação de serviços hemoterápicos é de responsabilidade da Hemorrede pública Estadual e Municipal, complementada pela iniciativa privada.

Considerando a importância de compatibilizar a legislação nacional com os instrumentos harmonizados no âmbito do Mercosul, bem como, a necessidade de regulamentar e definir os níveis de complexidade da Hemorrede nacional, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária adotou a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001 (BRASIL, 2001c), na qual aprova o regulamento técnico sobre os níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia, ficando estabelecida sua coordenação, no nível federal, à Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos e Órgãos do Ministério da Saúde – GGSTO/MS e nos Estados e Distrito Federal ao gestor do SUS.

O panorama atual da Hemorrede nacional é composto por 26 Hemocentros Coordenadores; 60 Hemocentros Regionais; 288 Núcleos de Hemoterapia; 166 Unidades de Coleta e Transfusão; 11 Unidades de Coleta; 14 Centrais de triagem laboratoriais de doadores; e 1.477 Agências Transfusionais, perfazendo um total de 2.042 serviços de hemoterapia (Fonte: HEMOCAD/ANVISA/MS, Brasil, 2006).

A estrutura da Hemorrede é estabelecida na Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001 (BRASIL, 2001b), na qual o Sistema Nacional do Sangue – SINASAN é o responsável pela implantação e implementação da Política Nacional do Sangue.

Os Hemocentros Coordenadores, que de acordo com o SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE, como também, em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, apóiam tecnicamente a Secretaria de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, são entidades de natureza pública. Da mesma forma, os Hemocentros Regionais, que devem coordenar e desenvolver as ações estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do Estado para uma macro-região de saúde, de forma hierarquizada e em acordo com a legislação vigente.

Os outros tipos de serviços de hemoterapia podem ser de natureza pública, privada, privada contratada pelo SUS ou filantrópica, que também pode ser contratada pelo SUS (Fonte: HEMOCAD/ANVISA/MS, Brasil, 2003).

Segundo o banco de dados de cadastramento de serviços de hemoterapia, HEMOCAD, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, há atualmente 2.058 serviços de hemoterapia públicos, privados contratados pelo SUS ou filantrópicos e 525 exclusivamente privados, isto é, que atendem exclusivamente os usuários dos serviços de saúde ou serviços de saúde suplementar (seguro-saúde e convênios com prestadores de serviços não vinculados ao SUS).

Com a instituição da Hemorrede, fica estabelecida a participação efetiva dos Estados membros da Federação, a administração efetiva dos Serviços de Hemoterapia observados o princípio da autonomia Estadual em sua capacidade de auto-organização e normatização própria, autogoverno e auto-administração de acordo com as limitações previstas pela Constituição Federal, desde que foi dada aos Estados a relevante função do Estado Moderno, que é a função administrativa pública, a qual cuida da gestão de todos os seus interesses e os da coletividade.

A Administração Pública vem sendo classificada, segundo Maria Sylvia Di Pietro (2004), em sentido objetivo, que “refere-se às atividades exercidas pelas pessoas jurídicas, órgãos e agentes incumbidos de atender concretamente às necessidades coletivas”, e, em sentido subjetivo, que será considerada por este trabalho, visto que envolve o conjunto de órgãos de que se vale o Estado para atingir os fins colimados, que “refere-se aos órgãos integrantes das pessoas jurídicas políticas, de direito público ou privado as quais a lei confere o exercício de funções administrativas como serviço público ou intervenção econômica”.

Esses entes políticos possuem sua organização administrativa ligada ao Poder Executivo, visto que a ela foi delegada a função da administração da Hemorrede pública, inserida pelos dispositivos normativos, tais como, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), em seus § 1º e § 2º, dispondo a responsabilidade estadual e limitando a rede privada à participação em caráter complementar e é desse contexto administrativo que se quer observar a forma de governabilidade no processo de aquisição de recursos materiais conforme a estrutura jurídica determinada por lei, de maneira a identificar fatores facilitadores, limitadores e dificultadores desse processo de gestão pública que estabelece o planejamento, orientação, coordenação, execução e controle das funções de administração de material, as solicitações de compra e a definição de procedimentos que visem a sistematização do processo de suprimento.

Dispõe a organização da Administração Estadual à divisão entre administração direta constituindo-se dos serviços integrados na estrutura administrativa do Governo do Estado e as suas secretarias, sendo formada por conjunto de órgãos que

integram as pessoas federativas, aos quais foi atribuída a competência para o exercício de forma centralizada das atividades administrativas do Estado.

A administração pública é ao mesmo tempo, a titular e a executora do serviço público. Compõem a Administração Indireta, no direito positivo brasileiro, as autarquias; as fundações instituídas pelo Poder Público; as sociedades de economia mista; as empresas públicas; e os consórcios públicos. Tecnicamente, as empresas concessionárias e permissionárias de serviços públicos, constituídas ou não com participação acionária do Estado, deveriam ser incluídas nesse grupo.

Dessas entidades, a autarquia é a pessoa jurídica de direito público; a fundação e o consórcio público podem ser de direito público ou privado, dependendo do regime que lhes for atribuído pela lei instituidora; as demais são pessoas jurídicas de direito privado.

O conceito de Autarquia, segundo Maria Sylvia Di Pietro (2004), é:

A pessoa jurídica de direito público, com prerrogativas e sujeições da administração direta criada por lei, com capacidade de auto-administração, para o desempenho de serviço público descentralizado, mediante controle administrativo exercido nos limites da lei.

É exigência que a sua criação seja por meio de lei, prevista na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Em relação à Fundação Pública, pode ser sinteticamente conceituada como o ente dotado de personalidade jurídica de direito público ou privado, sem fins lucrativos, com patrimônio total ou parcialmente público, criado para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgão ou entidade de direito público.

Segundo José dos Santos Carvalho Filho (2006), esse tipo de entidade não pode abstrair-se da figura daquele que faz a dotação patrimonial – o instituidor – e, embora a lei civil não seja expressa, é também inerente às fundações sua finalidade social. Essa finalidade as distancia de alvos que visem à percepção de lucros, deixando-as em agrupamento diverso daqueles em que se encontram, por exemplo, as sociedades comerciais.

As características básicas das fundações são: a figura do instituidor, o fim social da entidade e a ausência de fins lucrativos. Foi com esse parâmetro que nasceram as fundações públicas, sem alteração, inclusive, dos citados elementos básicos caracterizados, sendo alterado apenas a natureza do instituidor, que agora passou a ser o Estado.

A Sociedade de Economia Mista é o ente dotado de personalidade jurídica de direito privado, com capital público e privado, instituído por meio de autorização legislativa para exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima.

No que concerne a Empresa Pública, pode ser conceituada como a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio exclusivo público, criada para exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou conveniência administrativa, podendo assumir qualquer das formas admitidas em direito.

As determinações normativas estabelecem a composição da Administração Pública direta e indireta, no entanto, essa estrutura não é tão simples quanto pode parecer, existindo vários outros componentes que se inserem nesse contexto tais como os órgãos públicos.

O órgão público existe para que a vontade estatal seja realizada, por meio do desempenho das atribuições dos agentes públicos. Maria Sylvia Di Pietro (2004) classifica os órgãos públicos:

Quanto à estrutura, os órgãos podem ser simples ou unitários (constituídos por um único centro de atribuições, sem subdivisões internas, como ocorre com as seções integradas em órgãos maiores) e compostos (constituídos por vários órgãos, como acontece com os Ministérios, as Secretarias de Estado, que compreendem vários outros, até chegar aos órgãos unitários, em que não existem mais divisões) e quanto à composição, classificam-se em singulares (quando integrados por único agente) e coletivos (quando integrados por vários agentes).

Os órgãos integram a estrutura do Estado e das demais pessoas jurídicas como partes desses corpos vivos, dotados de vontade e capazes de exercer direitos e contrair obrigações para a consecução de seus fins institucionais. Por isso mesmo, os órgãos não têm personalidade jurídica, nem vontades próprias, que são atributos do corpo e não das partes.

A administração pública é regida por princípios constitucionais, abrangendo a administração direta e indireta que visam proclamar a valoração de que o interesse coletivo está acima do interesse individual. Os princípios básicos da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e da eficiência norteiam todos os atos administrativos, e outros atos que buscam a melhor operacionalização dos serviços administrativos.

É nesse panorama administrativo nacional de maneira diversa, com diferentes aspectos das personalidades jurídicas, que encontramos inserida a Política Nacional do Sangue e Hemoderivados e, conseqüentemente, a determinação da forma administrativa dos Estados em proceder à função de manutenção da rede estadual dos serviços hemoterápicos – a Hemorrede.

Dessa forma, as compras públicas, resultantes de procedimentos formais previstos em lei, obedecem a processos administrativos baseados em princípios norteadores da administração, em especial, os princípios da legalidade e da moralidade, que vinculam as ações do administrador às formalidades da Lei, objetivando a

busca da proposta mais vantajosa ao gerenciamento dos recursos materiais nas Instituições.

A normalização para as compras públicas concentra-se na Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 1993), que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e, mais recentemente, a Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002 (BRASIL, 2002), que busca por meio da introdução de nova modalidade de compras – Pregão Eletrônico – otimizar e atualizar o processo de aquisição.

Esses processos devem obedecer à formalização legal, sendo necessário corresponderem ao princípio da motivação, conduzindo a administração pública em seguir o protocolo de justificação da necessidade de aquisição relacionando o objeto e a disponibilidade de recurso financeiro.

As formas atuais disponíveis para atendimento do interesse público em contratar bens ou serviços são as modalidades de compra direta (suprimento); convite; tomada de preço; concorrência; licitação; e pregão eletrônico, todas apresentando protocolos específicos, que envolvem tipificação do objeto, custo do produto ou serviço, disponibilidade de recursos financeiros, motivação – que regidos pelos princípios norteadores da publicidade, impessoalidade e igualdade – garantem a equidade no processo de participação dos agentes econômicos.

Atualmente, a regra que possibilita atender a necessidade do interesse público em contratar obras, serviços, compras, alienações, locações, permissões e concessões é o processo licitatório, conforme o mandamento constitucional previsto no inciso XXI, do artigo 37 da Constituição Federal, sendo admitido pela legislação complementar a Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 1993), nos seus artigos 24 e 25, algumas formas de dispensa de licitação ou de inexigibilidade desse processo.

MÉTODO

O referencial teórico e histórico, descrito anteriormente, fundamentou a elaboração de quatro monografias cujo objeto mais geral tratava de diagnóstico sobre a estrutura jurídica da Hemorrede pública brasileira, e os mais específicos tratavam da investigação de fatores facilitadores, limitadores e dificultadores no processo de aquisição dos recursos materiais do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – Fundação HEMOPA, do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Mato Grosso do Sul – HEMOSUL, do Centro de Hematologia e Hemoterapia do

Acre – HEMOACRE e do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio Grande do Norte – HEMONORTE, entre agosto e novembro de 2006. As estruturas metodológicas foram também semelhantes, exceto a especificidade do local de desenvolvimento da pesquisa. Nesse sentido, os procedimentos metodológicos descritos são pertinentes a todas elas.

Local e período do estudo: A pesquisa foi desenvolvida no âmbito dos Hemocentros Coordenadores que compõem a Hemorrede pública nacional, entre julho e novembro de 2006.

O diagnóstico situacional do processo administrativo e sistema de aquisição foi realizado no:

- ▶ Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – Fundação HEMOPA, entre setembro e outubro de 2006.
- ▶ Centro de Hemoterapia e Hematologia do Mato Grosso do Sul – HEMOSUL, entre setembro e outubro de 2006.
- ▶ Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre – HEMOACRE, entre agosto e novembro de 2006.
- ▶ Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio Grande do Norte – HEMONORTE, entre agosto e novembro de 2006.

População de pesquisa: 27 gestores de Hemocentros Coordenadores da Hemorrede pública nacional (com retorno de 23 formulários devidamente preenchidos). Na realização do diagnóstico situacional, foram realizadas entrevistas junto ao corpo gerencial dos setores técnico-administrativos do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – Fundação HEMOPA e do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Mato Grosso do Sul – HEMOSUL, do setor administrativo de aquisição de recursos materiais do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre-HEMOACRE e do corpo gerencial do Departamento Administrativo e Financeiro e Seção de Compras do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio Grande do Norte.

Natureza do estudo: pesquisa bibliográfica e situacional para registrar, analisar e interpretar o fenômeno apresentado, classificando-se quanto aos fins pretendidos como exploratória.

Instrumento de coleta de dados: na pesquisa sobre as diferentes formas de Estruturas Jurídicas e os correspondentes processos de aquisição de recursos materiais da Hemorrede Pública Nacional, foi utilizado um instrumento de coleta de dados que possibilitou a descrição posterior do panorama geral dessas instituições. Esse instrumento, com enfoque qualitativo e quantitativo, coletou informações sobre

a natureza jurídica da instituição, a inserção política estadual, estrutura administrativo-organizacional, unidades responsáveis pela aquisição de recursos materiais, principais modalidades de aquisição utilizadas e satisfação institucional do abastecimento desses recursos. Quanto ao levantamento situacional, utilizou-se uma entrevista, com roteiro estruturado, com os profissionais responsáveis pelo processo de compra da instituição de forma a proporcionar a observação e verificação do fluxo da aquisição de recursos materiais.

Coleta de dados: O procedimento se constituiu em três etapas: a) pesquisa de campo, realizada com o envio do instrumento de coleta de dados por meio de correio eletrônico aos gestores dos Hemocentros Coordenadores, seguindo em anexo uma carta de apresentação; b) para diagnóstico situacional (Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – HEMOPA; Centro de Hemoterapia e Hematologia do Mato Grosso do Sul – Hemosul; Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre – HEMOACRE; Hemocentro do Rio Grande do Norte), foi realizada a entrevista com profissionais responsáveis pelos processos de aquisição de recurso materiais; e c) levantamento bibliográfico da legislação nacional e complementar estadual pertinente ao tema e consultas aos sites de controle e avaliação de processos administrativos de hemocentros.

Processamento e análise dos dados: Os dados contidos nos formulários respondidos pelos Hemocentros foram compilados em uma planilha Excel, de modo a visualizar o cenário nacional no que concerne a natureza jurídica e a estrutura organizacional, revelando, pelo sistema de aquisição, o grau de satisfação das Instituições pesquisadas quanto aos processos de abastecimento. As informações serviram de parâmetros comparativos na discussão deste trabalho. O acompanhamento das rotinas resultou na elaboração dos fluxogramas das várias modalidades de aquisição de recursos materiais da Fundação HEMOPA, do HEMOSUL, do HEMOACRE e do Hemocentro do Rio Grande do Norte.

RESULTADOS DA PESQUISA DE ÂMBITO NACIONAL

Na pesquisa realizada com os 27 Hemocentros, 23 responderam, dos quais, 14 (60,87%) são unidades da Administração Direta ligadas à Secretaria de Saúde Estados; 7 (30,44%), Fundações Públicas de Direito Público; 1 (4,34%), Fundação Privada de Direito Público; e 1 (4,34%), Fundação Mista.

Excetuando-se um Hemocentro (uma Fundação Pública de direito público), que tem seu presidente escolhido por eleição direta, todos os demais têm seu presidente designado por ato ou decreto governamental ou portaria do Secretario de Saúde.

Os hemocentros públicos encontram-se distribuídos nas regiões do país, nas seguintes proporções: Norte – 60%; Nordeste – 75%; Centro-Oeste – 50%; Sudeste – 66,6%; e Sul – 33,3%.

Na administração direta, 5 serviços (35,71%) possuem Comissões Permanentes de Licitação próprias; 14 (100%) dependem das Comissões Permanentes de Licitação e Comissões Especiais dos Estados para a realização dos processos de aquisição.

Observou-se ainda, que 4 (28,57%) serviços da Administração Direta e 5 (55,55%) da Administração Indireta estão satisfeitos com seu modelo de aquisição. Enquanto 10 (71,73%) e 4 (44,44%), respectivamente, estão insatisfeitos.

Na atual contextualização do Estado moderno, a função administrativa é a mais ampla, entre todas, uma vez que é por meio dela que o Estado cuida da gestão de todos os seus interesses e os da coletividade.

Apesar de a estrutura organizacional da Hemorrede pública nacional ser estabelecida em Lei (SINASAN), não há orientação alguma quanto a maneira que a ela deve organizar-se juridicamente. Isso se dá em função da garantia de autonomia aos Estados pela Constituição Federal.

Ao analisar-se o cenário nacional, pode-se verificar que ele é bastante diversificado, existindo várias formas de estruturas jurídicas, diferentes distribuições da Hemorrede Pública por região, diferentes estruturas organizacionais, assim como, variados sistemas de aquisição de recursos materiais, que satisfazem ou não as necessidades dos Serviços.

Face ao exposto, observa-se que predominam, no país, Unidades da Administração Direta, seguidos das Fundações Públicas de direito público. Os Serviços Públicos predominam na Região Nordeste, totalizando 75% dos Serviços. A administração Indireta predomina na Região Sul (66,6%), pelo modelo fundacional.

A totalidade dos Serviços da Administração Direta depende das Secretarias Estaduais de Saúde para a aquisição de recursos materiais, embora alguns tenham suas próprias Comissões Permanentes de Licitação.

Observa-se, ainda, que a maioria dos Serviços da Administração Direta está insatisfeita com seu modelo de aquisição, enquanto a maioria dos Serviços da Administração Indireta está satisfeita.

Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública: Aquisição de Recursos Materiais no Hemocentro de Pernambuco

Autora: Ana Lúcia de Sena¹

Orientadora: Professora Suely Mamede de Oliveira²

¹ Hemocentro de Pernambuco (Hemope)

² HEMOPE

INTRODUÇÃO

A carência de estudo destes processos administrativos quanto à aquisição de recursos materiais na forma administrativa de Fundação Pública para manutenção destes serviços é fonte motivadora desta pesquisa para que possamos colocar à disposição da comunidade científica e administrativa subsídios para diagnóstico, análise e considerações.

Com as determinações legais para a condução da política do sangue no país, os estados-membros acompanharam o desenvolvimento nacional promovendo, em decorrência da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001 (BRASIL, 2001b), a formalização das instituições responsáveis no âmbito estadual pela coordenação e execução da Política Estadual do Sangue.

No Estado de Pernambuco, a instituição responsável pela política do sangue é a Fundação Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE, integrante da Administração Indireta do Poder Executivo Estadual, instituída em 04 de dezembro de 1974, sendo redenominada, posteriormente, por força de lei complementar em 1990, como entidade dotada de personalidade jurídica de direito público, de caráter científico, tecnológico educacional e de prestação de serviços, sem fins lucrativos, vinculada à Secretaria de Saúde do Estado, fundação à qual compete elaborar e participar da execução da política estadual nas áreas de Hematologia, Hemoterapia e produção de hemoderivados.

A Fundação HEMOPE tem como missão desenvolver ações de saúde na área do sangue, no Estado de Pernambuco, produzindo bens e serviços e promover e disseminar conhecimento, aportado nos valores do respeito, da transparência, da competência, do fortalecimento, da segurança, da satisfação e do compromisso.

Com a necessidade da implantação de prática hemoterápica moderna no Estado, a Fundação HEMOPE passou a otimizar o uso do sangue coletado, a exercer um maior controle sorológico e a desenvolver novos procedimentos que assegurem uma maior qualidade do produto sanguíneo e sua compatibilidade entre o doador e o receptor, garantindo a oferta de um produto de excelente qualidade para as redes hospitalares pública e privada.

Além do Hemocentro Recife, a Fundação HEMOPE, por intermédio das Gerências Regionais de Saúde – GERES, conta com nove unidades hemoterápicas distribuídas em todo o Estado de Pernambuco, para atender à demanda de sangue de suas respectivas regiões, nos municípios de Limoeiro - II Geres, Palmares - III Geres, Caruaru - IV Geres, Garanhuns - V Geres, Arcoverde - VI Geres, Salgueiro - VII Geres, Petrolina - VIII Geres, Ouricuri - IX Geres e Serra Talhada - X Geres.

Pela complexidade da distribuição do serviço no Estado, a Fundação HEMOPE, em sua estrutura organizacional criou a Gerência de Interiorização que tem as funções de implantar os programas de expansão das ações hemoterápicas na Hemorrede do interior do Estado de Pernambuco e de coordenar as atividades técnico-administrativas das unidades hemoterápicas das nove Gerências Regionais de Saúde do Estado, respondendo pela execução das ações de atendimento à demanda transfusional do interior. Cada unidade atende à demanda transfusional dos municípios de sua região, e o excedente de sangue é enviado para o Hemocentro Coordenador, no Recife.

Na condição de Hemocentro Coordenador e, portanto, atuante na Política Estadual de Sangue, em 2004, foi responsável junto com a Secretaria Estadual de Saúde – SES//PE por meio da diretoria de Hemoterapia da Fundação HEMOPE, pela implantação de treze Agências Transfusionais, localizadas em treze instituições hospitalares públicas, bem como a implantação dos Comitês Transfusionais nestes serviços.

A estrutura organizacional da fundação HEMOPE é composta pela Presidência, Coordenadorias, Assessorias, Diretorias, Unidades e Supervisões, tendo como estrutura específica para o desenvolvimento desta pesquisa a Coordenadoria de Gestão que atende às necessidades de apoio logístico-administrativo da Fundação, gerencia os recursos materiais, financeiros e humanos. Além disso, participa do Planejamento Estratégico, influenciando na tomada de decisões e resultados da Fundação Hemope. Desenvolve um trabalho integrado com as Secretarias de Planejamento, Saúde, Administração, entre outras esferas do Governo e procura se relacionar com o mercado da Rede Privada de Saúde.

O processo de aquisição de recursos materiais tramita sob a responsabilidade da Coordenação de Gestão Administrativa e financeira, na qual, para este fim, encontram-se vinculadas à Unidade financeira e à Unidade de Suprimento e Insumos com a Supervisão de Compras, Supervisão de Almoxarifado, supervisão de Patrimônio, estabelecendo-se ainda relações com a Comissão Permanente de Licitação, a Comissão especial de Licitação e a Assessoria Jurídica.

Ressaltamos a importância dentro do contexto de aquisição de materiais, da Assessoria Jurídica – AJUR, pelo importante papel que deve empenhar, pois tem como competência prestar assessoramento superior nas atividades de natureza técnica, legal e administrativa à Presidência e às demais diretorias que compõem o colegiado da Instituição. Cabendo-lhe o preparo de ação e recursos e defesas, no resguardo dos interesses da Fundação HEMOPE, bem como emitir pareceres, elaborar contratos e convênios e editar as portarias e demais atos administrativos necessários às atividades do Órgão. É também sua atribuição o trabalho de pesquisa e estudo sobre temas e assuntos voltados à modernização administrativa, à memória e ao desenvolvimento estratégico institucional.

No desenvolvimento deste trabalho, demonstraremos a existência ou a inexistência de fatores facilitadores, limitadores e dificultadores no processo de aquisição dos recursos materiais na estrutura jurídica da Fundação HEMOPE, analisando o fluxo e identificando a tramitação dos processos administrativos para a aquisição de recursos materiais, se possível o tempo destes, dispondo os setores institucionais envolvidos nos trâmites do processo administrativo e do modelo gerencial em observação, no que concerne à aquisição de insumos materiais.

MÉTODO³

RESULTADOS

Na pesquisa realizada observamos que o processo de compras dos Hemocentros Coordenadores que responderam às questões postas, bem como o Hemocentro Recife da Fundação HEMOPE seguem o formalismo norteado pelo disciplinamento jurídico para aquisições de insumos obedecendo ao Princípio da Legalidade. Contempla em sua maior parte o uso do processo licitatório, no entanto as outras modalidades de compra estão contempladas. Ressaltamos que na Fundação HEMOPE, As compras diretas (valores de até 8.000,00 _oito mil reais_), são, também, artifício utilizado em grande escala para suprimento de materiais e insumos, o que acarreta problemas de justificativas posteriores junto ao controle externo financeiro.

Os mecanismos de aquisição de recursos materiais dos Hemocentros Coordenadores são compostos por órgãos diversificados de acordo com sua apresentação jurídica na administração direta e indireta desde a centralização de setor de compra para todo o estado até as Comissões de licitação próprias de cada instituição.

Quanto à Fundação HEMOPE, os mecanismos de aquisição de recursos materiais dos Hemocentros Coordenadores são compostos por setores técnicos, administrativos e financeiros e a participação da assessoria jurídica com macro e micro fluxogramas e Normas Operacionais – NOs escritas e em fase de treinamento e ajustes, nos quais estão contempladas as ações e os responsáveis pelo gerenciamento das mesmas.

³ Descrito anteriormente.

Os diversos processos de aquisição estão contemplados mediante as determinações legais das modalidades de compras em cumprimento à Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 1993) e mais recentemente a Lei 10.520, de julho de 2002 (BRASIL, 2002) do pregão eletrônico, complementadas pelas normas e decretos estaduais.

Os processos, que envolvem compras até o valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais), têm como finalidade suprir materiais que sejam para aquisição de novo padrão da instituição em tela.

Caso seja compra de material não disponível no catálogo, o setor de origem responsável pelo pedido faz uma Comunicação Interna – CI acompanhada pela Solicitação de Insumo – SI, instituindo o fato Gerador, que após a anuência da gerência imediata, segue para a Unidade de Suprimento e Insumos que verifica com a Supervisão de almoxarifado a existência do Insumo no estoque.

Caso seja confirmada sua inexistência, protocola o pedido, envia para a Supervisão de Compras que realiza três cotações, planifica e indica o vencedor do liame, pleiteando dar maior transparência ao processo de compras garantindo desta forma o princípio da concorrência.

Este processo é enviado para análise da Coordenadoria de Gestão Administrativa Financeira – CGAF que encaminha para a Unidade financeira que com Supervisão Orçamentária disponibiliza a informação de recursos, a CGAF solicita a Ordenação da Despesa à Coordenadoria de Ações Estratégicas que autoriza a compra, envia para a CGAF que encaminha para a Unidade de Suprimento e Insumos para que com a Supervisão de Compras emita o pedido ao fornecedor.

Em contrapartida, para os insumos constantes no Almoxarifado, existem duas vias de aquisição: um momento de ressuprimento pedido pela Supervisão de almoxarifado e outro que tendo o setor que utiliza o insumo, observado no sistema de informação de estoque de almoxarifado que o insumo deverá acabar e que haverá solução de continuidade nas áreas para produção de atividade, solicita o seu suprimento em caráter emergencial seguindo para estes dois fins o mesmo procedimento descrito.

Os materiais adquiridos nesta forma de compra são entregues ao almoxarifado que faz o devido encaminhamento da NF – Nota Fiscal a Unidade de Suprimentos e Insumos para proceder, na Unidade Financeira, o devido empenho orçamentário para liquidação da despesa e emissão de proventos para pagamento ao fornecedor.

A Supervisão de almoxarifado incorpora a entrada do produto e seu respectivo quantitativo adquirido ao inventário da Fundação HEMOPE, por meio de sistema informatizado, disponibilizando-os aos setores solicitantes que por meio de formulário próprio requisitam o material.

Se a Unidade financeira acusar discordância entre as notas e o registro anterior de despesas, o fornecedor terá um prazo para correção das notas e (ou) para adequar o fornecimento do produto.

Neste processo, dependendo do material a ser adquirido e da disponibilidade orçamentária, o tempo médio para o atendimento da proposta para atuação da Unidade de suprimento e Insumos pela NP em andamento é de quarenta dias para novas aquisições e de trinta dias para materiais de catálogo, ressalvados os casos de suprimentos emergenciais.

A Norma Institucional decorrente de legislação determina que as compras para novos materiais devem estar contidas no Planejamento da Instituição.

Observado na confecção de planilha, que a solicitação de reposição ou compra de insumo é maior que o valor orçamentário descrito, inicia-se o encaminhamento para a CGAF para conhecimento, análise e adoção do trâmite administrativo pertinente ao pleito em questão, que culmina com a solicitação do processo de Abertura de Licitação.

Com base nas planilhas, inicia-se o processo de confecção do edital com a participação da área técnica para especificações do produto e formação de Comissões Técnicas de Avaliação do processo de Compras e Validação dos produtos.

A Comissão Permanente de Licitação – CPL, bem como a Comissão Especial de Licitação – CEL, junto à área técnica e a AJUR, evidenciam a melhor modalidade de aquisição de materiais por este tipo de compra, atualmente em uso da nova modalidade de Pregão Eletrônico e modalidades de licitação Internacional.

O Edital de Licitação é publicado com referência, prazos e especificações técnicas dos produtos a serem fornecidos. As entregas unitárias ou fracionadas são estipuladas de acordo com as necessidades internas levantadas junto aos diversos setores. Estas determinações constituem o corpo do contrato a ser assinado com a empresa vencedora, cuja elaboração é de responsabilidade da AJUR da Fundação HEMOPE.

Caso não haja previsão no planejamento ou dotação orçamentária para instruir o referido processo, o mesmo é avaliado junto à Presidência pela CGAF objetivando uma análise conjunta com a Unidade solicitante para classificação do grau de prioridade e elaboração de possibilidade de aquisição financeira e legais da instituição.

DISCUSSÃO

Na atual contextualização do Estado Moderno, a função administrativa é, entre todas, a mais ampla, uma vez que é por que o Estado cuida da gestão de todos os seus interesses e os da coletividade.

Apesar da estrutura organizacional da Hemorrede Pública Nacional ser estabelecida – SINASAN, não há orientação alguma quanto à sua personalidade jurídica. Isto se dá em função da garantia de autonomia aos Estados pela esfera federal.

Diante do exposto, o cenário nacional da estrutura organizacional da Hemorrede Pública é bastante diversificado. Dos 23 Hemocentros Coordenadores que responderam à pesquisa, 14 (60,8%) são Unidades da Administração Direta ligadas à Secretaria de Saúde dos Estados, 7 (30,43%) são Fundações Públicas de direito público, 1 (4,35%) é fundação Privada de direito público e 1 (4,35%) é Fundação Mista. Estes dados estão em consonância com o contexto previsto na legislação vigente.

Observamos que na Região Nordeste, há o predomínio de Hemocentros Públicos vinculados às Secretarias de Saúde dos Estados (6 – 42,85%) seguida da Região Norte, (3- 21,43%). A Administração Indireta, modelo fundamental, é instituída equitativamente nas regiões brasileiras.

Neste contexto, o processo administrativo de aquisição de recursos materiais envolve setores internos e externos da organização. Nos serviços da administração indireta, 7 (77,78%) estão dotadas de Comissões Permanentes de Licitação próprias, e 2 (22,22%) envolvem Comissões Permanentes de Licitação e Comissões Especiais dos Estados, em virtude de legislações estaduais.

No que concerne à satisfação dos serviços quanto aos processos de aquisição de materiais das unidades pesquisadas, encontramos que dos 23 Hemocentros Coordenadores que responderam à pesquisa, 9 (39,2%) estão satisfeitos quanto ao abastecimento dos seus materiais e insumos e 14 (60,8%) não possuem abastecimento satisfatórios. Destes Hemocentros satisfeitos 4 (44,5%) são Unidades de Administração Direta ligadas à Secretaria de Saúde dos Estados e 5 (55,5%) são fundações Públicas. Estes dados demonstram a necessidade de maior pesquisa na avaliação da determinação de modelo gerencial para os Hemocentros Públicos.

No que concerne ao fluxo do processo de aquisição de materiais da Fundação HEMOPE, observamos que as ações foram implementadas e ainda estão com avaliação para promover um maior intercâmbio entre as áreas meio e finalistas com participação ativa do jurídico, de maneira a proporcionar uma integração entre os setores técnico-administrativos envolvidos, com oportunidades de tomadas de

decisão, para que o processo de compras possa ser efetuado de maneira eficaz e eficiente em tempo e condução processual que favoreça à agilização do mesmo.

A participação efetiva das áreas determina como é importante o trabalho conjunto destes setores para a finalização da aquisição com êxito, isto é, garantia para os parâmetros licitatórios e princípios constitucionais de menor preço como qualidade.

Este cenário é identificável nos Hemocentros da Administração Indireta, uma vez que o organograma funcional assegura a interdependência setorial. A realidade dos Hemocentros vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, dependentes do seu setor de compras é bem diferente, acarretando a possibilidade que os insumos adquiridos e os serviços contratados sejam sem a qualificação técnica necessária para fazer face às exigências da norma.

O favorecimento ao controle e avaliação dos resultados deste processo de aquisição em virtude da centralização do mesmo no âmbito administrativo do próprio Hemocentro é resultante da personalidade jurídica de fundação pública com direito público adotado pela Fundação HEMOPE quando da sua constituição.

Porém, como todas as estruturas de direito público, decorre a sua capacidade de autonomia financeira com acordo com as determinações orçamentárias do Estado que disponibiliza os seus contratos de gestão mediante planejamentos prévios.

Os processos licitatórios podem, apesar de toda a capacidade setorial de organização, sofrer impugnações e terminar em liames jurídicos diante dos interesses econômicos e políticos ainda fortes na Administração Pública.

O pregão eletrônico alcança maior transparência e dá mais celeridade aos processos de aquisição, apesar disto, ainda encontramos empresas interessadas em manipular o sistema público, dificultando o processo dando valores de produtos fora da realidade do mercado, causando impasses licitantes e tendo o processo que retornar a seu momento inicial.

É neste contexto público, político e econômico que o administrador público, pelo conhecimento da administração moderna, busca o desenvolvimento institucional traçando metas que possam fazer crescer os serviços prestados pela instituição, justificando o orçamento e realizando o seu planejamento estratégico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos no cenário nacional da estrutura organizacional da Hemorrede Pública uma insatisfação quanto ao trâmite administrativo para aquisição de recursos materiais nos Hemocentros Coordenadores, sendo em 10(dez) as personalidades jurídicas representativas da Administração Direta (71,4%), face ao elevado grau de dependência das unidades de suas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e 04 (quatro) serviços, da Administração Indireta, que se posicionam em desagrado com os procedimentos administrativos (44,44%) devido a questões de alteração legislativas estaduais.

Estes dados e a escassez de publicações sobre um estudo do modelo gerencial ideal para a Hemorrede Pública Nacional, frente às personalidades jurídicas representativas da Administração Direta e Indireta, demonstram a necessidade de análises comparativas entre os modelos gerenciais existentes em outros Hemocentros nacionais para que possamos analisar a veracidade de pressupostos vantajosos diante de uma ou de outra personalidade jurídica.

Entretanto, a personalidade jurídica da Fundação HEMOPE, fundação pública de direito público, favorece a percepção de que há somente fatores facilitadores ao trâmite do processo administrativo de aquisição de materiais dada pela forma jurídica que permite uma maior autonomia do processo com definições de modalidades no processo.

Isso não determina a escolha de definição de modelo gerencial, ao contrário, os dados nos levam a não conseguir identificar um modelo único que garanta total autonomia aos Serviços necessários à implementação das atividades hemoterápicas e hematológicas de responsabilidade da Hemorrede Pública Nacional.

Objetivando a dinamização da máquina pública, a Emenda Constitucional nº 19, de 1998 (BRASIL, 1998), contemplou a criação de novo mecanismo funcional, a saber: os contratos de gestão que possibilitam as autonomias gerenciais, orçamentárias e financeiras dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, podendo ser ampliada mediante contratos entre as entidades e o poder público, fixando metas de desempenho.

Neste mecanismo reformador dispõe o controle estatal a autonomia para conduzir os próprios processos de aquisição de recursos materiais, nas diversas modalidades, favorecendo a redução de custos para as entidades da administração indireta.

Esta autonomia ainda é limitada diante da nuance de que a escolha dos dirigentes em sua maioria fica por conta da Administração Direta, ocupando, eles, cargo de confiança do Chefe do Executivo; isto cria uma vinculação prejudicial à independência política da entidade.

As unidades de saúde pública têm, ainda, um complicador adicional em seu processo de abastecimento dos insumos, a legislação da licitação pública, um mal necessário, exige do administrador competência, além da busca de eficiente uso dos recursos de forma a maximizar os resultados de sua instituição de saúde.

O que a sociedade tem perseguido atualmente é a adoção de novas técnicas e modernos instrumentos formadores da administração gerencial, que não só atendam aos anseios da Administração como correspondam às expectativas da coletividade.

Estrutura Jurídica da Hemorrede pública – aquisição de recursos materiais na Fundação HEMOPA

Autora: Ana Suely Leite Saraiva¹

Orientadora: Professora Suely Mamede de Oliveira²

¹ Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – Fundação HEMOPA

² HEMOPE

INTRODUÇÃO

A carência de estudo sobre processos administrativos quanto à aquisição de recursos materiais na forma administrativa de Fundação Pública para manutenção desses serviços é fonte motivadora desta pesquisa para que possamos colocar à disposição da comunidade científica e administrativa subsídios para diagnóstico, análise e considerações.

Em consonância com a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001 (BRASIL, 2001b), o Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – Fundação HEMOPA é o órgão responsável pela coordenação e execução da Política Estadual do Sangue no Pará, em sintonia com a Política Nacional do Sangue.

Foi criado inicialmente como Fundação Centro Regional de Hemoterapia do Pará – FUNEPA, instituída pelo Governo do Estado do Pará, pelo Decreto nº 10.741, de 2 de agosto de 1978, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, vinculada à Secretaria Executiva de Saúde Pública – SESPA.

A partir de 1982, passou à denominação de Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará, em 1994, pela Lei nº 5.840, de 23 de março, foi transformada em fundação de direito público, subordinada à Secretaria Especial de Estado de Proteção Social – SEEPS e vinculada à Secretaria Executiva de Saúde – SESPA, órgão gestor da saúde no Estado. Em âmbito federal, está vinculada tecnicamente à Gerência Geral de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos – GGSTO do Ministério da Saúde.

A Fundação HEMOPA é constituída por 1 Hemocentro Coordenador em Belém, 3 Hemocentros Regionais – Castanhal, Marabá e Santarém, e 5 Núcleos de Hemoterapia – Abaetetuba, Altamira, Capanema, Redenção e Tucuruí.

Na condição de gestora da Política Estadual de Sangue, a Fundação é co-responsável pela implantação de vinte e três Agências Transfusionais, localizadas em diversos municípios e hospitais públicos. Esses serviços de hemoterapia compõem a Hemorrede do Estado do Pará (Fonte: DITEC/HEMOPA 2006).

Pela complexidade geopolítica do Estado do Pará – formado por 143 municípios –, a Fundação descentralizou sua gestão em quatro grandes áreas de abrangência, requerendo uma distribuição organizacional das atividades e instalações de maneira regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade, objetivando a operacionalização das atividades de planejamento, execução, controle e avaliação das ações de hematologia e (ou) hemoterapia por área de gestão.

A Área I de gestão é composta pelo Hemocentro Coordenador Belém e o Núcleo de Hemoterapia de Abaetetuba, tendo sob sua responsabilidade de cobertura transfusional todos os municípios da área Metropolitana, Ilha do Marajó e parte do Nordeste do Pará (30 municípios).

A Área II de gestão é composta pelo Hemocentro Regional de Castanhal e o Núcleo de Hemoterapia de Capanema, tendo sob sua responsabilidade de cobertura transfusional os municípios da maior área do Nordeste do Pará (48 municípios).

A Área III de gestão é composta pelo Hemocentro Regional de Santarém e o Núcleo de Hemoterapia de Altamira, tendo sob sua responsabilidade de cobertura transfusional todos os municípios do Baixo-Amazonas e Sudoeste do Estado (28 municípios).

A Área IV de gestão é composta pelo Hemocentro Regional de Marabá, Núcleo de Hemoterapia de Tucuruí e o Núcleo de Hemoterapia de Redenção, tendo sob sua responsabilidade de cobertura transfusional todos os municípios do Sudeste do Pará (37 municípios).

A missão da Fundação HEMOPA é desenvolver ações de saúde, produzir bens e serviços e atuar com ética e dignidade na disseminação do conhecimento na área do sangue. Sua visão é ser referência em hematologia e hemoterapia na América Latina, até o final da década. Possui como princípios: qualidade, gestão participativa, valorização do colaborador e responsabilidade pública e cidadania.

A estrutura funcional é do tipo divisional, aprovada pelo Decreto nº 1.701, de 21 de julho de 2004, composta pela Presidência com suas Assessorias – 2 Diretorias de Áreas: Técnica e Administrativo-Financeira; Coordenações, com suas respectivas Gerências.

O processo de aquisição de recursos materiais tramita sob a responsabilidade da Coordenação Administrativa e Financeira, à qual se encontra vinculada às Gerências de Compras, de Almoxarifado e Patrimônio e de Finanças, estabelecendo interface com a Coordenação de Apoio Administrativo, Comissão Permanente de Licitação e Assessoria Jurídica.

No desenvolvimento deste trabalho, será demonstrada a existência ou não de fatores facilitadores, limitadores e dificultadores no processo de aquisição dos recursos materiais na estrutura jurídica da Fundação HEMOPA, analisando o fluxo-grama; identificando a tramitação dos processos administrativos para a aquisição de recursos materiais, bem como o seu o tempo; mensurando as interfaces inter e intrasetoriais e (ou) institucionais envolvidas nos trâmites desses processos ad-

ministrativos e do modelo gerencial em observação, no que tange ao recebimento, estocagem, acondicionamento, distribuição e transporte dos recursos adquiridos.

MÉTODO³

RESULTADOS

O macroprocesso de aquisição de recursos materiais da Fundação HEMOPA é inter e intrasetorial com seus fluxogramas e procedimentos operacionais padrão – POP's escritos e internalizados, nos quais estão contempladas as ações e os responsáveis pelo gerenciamento delas.

As diferenças entre os fluxogramas de aquisição estão diretamente ligadas às modalidades de compras em cumprimento a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 1993) e mais recentemente a Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002 (BRASIL, 2002).

Os processos que envolvem compras até o valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais), independente da finalidade – se aquisição de novo padrão de insumo ou ressurgimento –, iniciam com a verificação da disponibilidade do insumo pelo gerente da Unidade solicitante junto a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio – GERAP. Entretanto, nas situações de ressurgimento, essa Unidade solicitante é a própria GERAP.

Nas situações em que o insumo está disponível no estoque, uma vez que consta no padrão de consumo mensal, o responsável pela Unidade solicitante preenche uma requisição de material em formulário padrão, e encaminha-a à GERAP. Logo, há observância do fluxograma de disponibilização de recursos materiais pelo setor de Almoxarifado, resultando no atendimento ao solicitante do insumo requerido.

Porém, nas situações em que não há disponibilidade do insumo, o responsável pela unidade solicitante elabora uma comunicação interna (CI) e preenche uma guia de aquisição (GA) de material em formulário padrão, enviando-as à Gerência de Documentação e Informação – GEDOI para abertura de capa de processo e encaminhamento do processo para deliberação pelas chefias imediatas.

³ Descrito anteriormente.

O processo é, então, encaminhado à Coordenação Administrativa e Financeira – CAFIN para conhecimento, análise e adoção do trâmite administrativo pertinente ao pleito em questão.

Esse trâmite é iniciado na Gerência de Compras – GECOM com a análise do processo, classificação do insumo, e coleta de preços, que subsidiará a elaboração do mapa comparativo de preços. Visando maior transparência ao processo de compras, é realizada a coleta de no mínimo três propostas, garantindo dessa forma o princípio da concorrência.

Esse mapa é encaminhado à Unidade solicitante para avaliação das propostas no que tange o cumprimento das especificações do produto e preço de mercado, resultando na elaboração de um parecer técnico, anexado ao processo, retornando-o à GECOM.

Caso o parecer técnico não seja favorável, a GECOM recomeça o processo de tomada de preços, seguido do trâmite citado. Nos casos positivos, o processo é encaminhado à CAFIN para avaliação quanto à consistência técnica-administrativa. Se observado algum conflito, o processo retorna à Unidade solicitante para a complementação necessária. Se não, é encaminhado à Coordenação de Apoio Administrativo – CAPAD para verificação de dotação orçamentária.

Caso não haja dotação orçamentária para instruir o referido processo, ele é devolvido à CAFIN objetivando uma análise conjunta com a Unidade solicitante para classificação do grau de prioridade e elaboração de cronograma para sua aquisição, dentro das possibilidades institucionais.

Caso haja disponibilidade orçamentária, o processo retorna à GECOM, via CAFIN, para a elaboração do pedido de realização de despesas – PDR, encaminhando-os à Gerência de Finanças – GEFIN, que emitirá a nota de empenho – NE e obterá as devidas assinaturas, retornando-o à GECOM.

Essa Unidade envia a NE ao fornecedor, com cópia à GERAP. O contato junto ao fornecedor para a entrega do produto, caso necessário, é de responsabilidade da GECOM, ficando a GERAP com a atribuição do recebimento do produto e conferência da nota fiscal – NF com a NE.

Se a GERAP acusar discordância entre as notas, o fornecedor receberá um prazo para correção e fornecimento adequado do produto. Entretanto, se o resultado da conferência das notas for de acordo, a GERAP informa à Unidade solicitante sobre o recebimento do produto requisitado e encaminha a NF atestada para ciência da GECOM, que, por sua vez, envia à GEFIN para liquidação e programação de pagamento ao fornecedor.

Após a liquidação da nota fiscal, a GERAP incorpora a entrada do produto e seu respectivo quantitativo adquirido ao inventário da Fundação HEMOPA, por meio de sistema informatizado, que será disponibilizado à Unidade solicitante quando do recebimento do pedido em formulário padrão de requisição de material.

As aquisições de insumos e contratações de serviços da Fundação HEMOPA são, em sua grande maioria, resultantes de processos licitatórios, obedecendo ao mesmo fluxograma já detalhado para compras em valores até R\$ 8.000,00, com a inclusão das interfaces intrassetoriais com a Comissão Permanente de Licitação – CPL e Assessoria Jurídica – AJUR, da Fundação HEMOPA.

Após a análise da disponibilidade orçamentária, condição para instauração de procedimento licitatório, o processo segue por intermédio da Coordenadoria Administrativa e Financeira à CPL, que elaborará o instrumento convocatório e o submeterá à assessoria de assuntos jurídicos. Essa unidade, conforme orientação legal, é a encarregada de examinar previamente e aprovar as minutas de editais de licitação, bem como as dos contratos, como condição à validade do procedimento.

Juntamente com o edital de licitação, é publicado o termo de referência, em que são fixados prazos e especificações técnicas dos produtos a serem fornecidos ou dos serviços a serem prestados. Os prazos internos são estipulados de acordo com as necessidades internas levantadas junto aos diversos setores.

Em suma, nesse instrumento convocatório são estipuladas condições necessárias à qualificação do fornecedor e os pressupostos à aceitabilidade da proposta comercial. No contrato são estabelecidas regras que garantam equilíbrio entre as partes, cuja finalidade é formar uma parceria em torno do objetivo da aquisição ou contratação.

O processo para aquisição de determinado recurso material, quando juntado das partes técnico-administrativas obrigatórias por lei, é encaminhado à Secretaria Especial de Proteção Social – SEEPS, a qual a Fundação HEMOPA está subordinada no organograma do Estado do Pará.

Esse trâmite passou a ser adotado a partir de 2002, quando o Colegiado de Gestão Estratégica – CGE do Estado do Pará, instituído pela Lei nº 6.212, de 28 de abril de 1999, “considerando a necessidade de adoção de prioridades para a realização de despesas públicas, bem como o estabelecimento de mecanismos de controle de execução orçamentário-financeira”, estabeleceu no Art.1 da Resolução CGE nº 02, de 24 de julho de 2002, que os procedimentos licitatórios adotados pelos órgãos públicos nas modalidades de tomada de preços, concorrências e pregão devem ser submetidos à autorização do Governador do Estado, por meio do Secretário Especial da área à qual está vinculado o órgão. O Parágrafo Único desse artigo prevê que “na modalidade de convite, a autorização deverá ser concedida pelo respectivo Secretário Especial”.

O processo retorna ao órgão originário, recebendo aprovação ou não. A presidência encaminha os autos à diretoria de administração e finanças/coordenadoria administrativa, e ela, por sua vez, o remete à CPL para prosseguimento regular do processo.

No estágio em que se encontra o processo, não há obstáculos à publicidade do edital, conforme o vulto da licitação. Essa obrigatoriedade decorrente de lei garante maior competitividade ao certame e promove o cumprimento aos princípios constitucionais que regem os procedimentos licitatórios.

A Fundação HEMOPA aderiu à iniciativa do Governo do Estado na implantação sistematizada nos processos licitatórios da modalidade pregão presencial, normatizada pela Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002 (BRASIL, 2002) e pela Lei Estadual nº 6.474, de 6 de agosto de 2002.

Essa medida, cujo objetivo é de reduzir os gastos com aquisição de bens e serviços, simplificando e agilizando os processos de compras e contratações, refletiu positivamente na gestão de compras da Fundação HEMOPA, registrando uma economia de 25% no exercício de 2005.

A conclusão do processo de aquisição por licitação é informada à GECOM, que fica responsável pelas interfaces intrasetoriais com a GEFIN e a GERAP. O pagamento é parcelado, programado de acordo com a liberação das quotas financeiras e agendados para não haver coincidência de pagamentos de alto valor.

O tempo médio para a efetivação do processo de aquisição de recursos materiais é variável em função da modalidade de compra. Nos casos de aquisição em valores até R\$ 8.000,00, esse tempo médio é de um mês. Nos processos licitatórios, teremos ainda a influência do objeto: se for material de consumo, o tempo médio será de dois meses, e se for material permanente, será de quatro meses.

A gestão de compras da Fundação é avaliada pelos indicadores de porcentagem de compras diretas e de porcentagem de aquisições por processos licitatórios. Os desdobramentos do processo descrito levam a Fundação aferir a qualidade da logística e a aplicação das sanções previstas, quando necessárias. Constatou-se, por meio de consultas aos sites de controle e avaliação de processos administrativos de hemocentros por unidade federativa, que a Fundação HEMOPA não configura em relação alguma na condição de inaptidão a processos licitatórios.

DISCUSSÃO

Avaliando o fluxograma do processo de compras da Fundação HEMOPA, observa-se que as ações são implementadas de forma integrada entre os setores técnico-administrativos envolvidos, com oportunidades de tomadas de decisão, evitando fragmentações do tempo processual, favorecendo a sua agilização.

O processo tramita no universo da DAFIN, representada pelas CAFIN e suas Gerências, e da CAPAD. A quantidade de ações sob a responsabilidade da Unidade solicitante e da GECOM são oito e onze, respectivamente. Isso demonstra a importância do trabalho conjunto desses setores para a finalização da aquisição com êxito, isto é, garantia do menor preço com qualidade, mesmo quando os recursos materiais forem adquiridos por dispensa de licitação.

Esse cenário pode ser observado nos Hemocentros da Administração Indireta, uma vez que o organograma funcional assegura a interdependência setorial. A realidade dos Hemocentros vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, dependentes do setor de compras dessas secretarias, é bem diferente, acarretando na possibilidade de que os insumos adquiridos e os serviços contratados sejam sem qualificação técnica necessária para fazer face às exigências da norma pertinente à Política Nacional do Sangue.

O modelo gerencial adotado pela Fundação HEMOPA referente aos processos de recebimento, estocagem, acondicionamento e distribuição/transporte dos recursos materiais adquiridos está de acordo com o organograma padrão funcional preconizado para um almoxarifado. O favorecimento ao controle e avaliação dos resultados desse processo em virtude da sua centralização no âmbito administrativo do próprio hemocentro é resultante da personalidade jurídica de fundação pública com direito público.

Porém, a publicação da Resolução CGE nº 02, de 24 de julho de 2002, é um fator limitador à agilização do processo de aquisição de recursos materiais, frente à personalidade jurídica “fundacional” da Fundação HEMOPA. No contexto dos hemocentros coordenadores a nível nacional com personalidade jurídica de Fundação pública de direito público, constata-se uma minoria (2 – 8,70%) de serviços com legislações estaduais que determinam que os seus processos licitatórios sejam realizados pela CPL do respectivo Estado.

Pode-se ressaltar que a autonomia para conduzir os próprios processos de aquisição de recursos materiais, nas suas diversas modalidades, favorece a redução de custos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto e em função da escassez de publicações sobre um estudo do modelo gerencial ideal para a Hemorrede pública nacional frente às personalidades jurídicas representativas da Administração Direta e Indireta, há necessidade de análises comparativas entre os modelos gerenciais existentes em outros hemocentros de acordo com suas personalidades jurídicas.

Observa-se no cenário nacional uma insatisfação quanto ao trâmite administrativo para aquisição de recursos materiais nos Hemocentros Coordenadores com personalidade jurídica representativa da Administração Direta (10 – 71,43%), face ao elevado grau de dependência das unidades de suas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde. Em contraponto, há serviços, da Administração Indireta, que se posicionam em desacordo com os procedimentos administrativos (4 – 44,44%).

Entretanto, a personalidade jurídica da Fundação HEMOPA, fundação pública de direito público, favorece a percepção de que há somente fatores facilitadores ao trâmite do processo administrativo de aquisição de materiais. Outrossim, o fator limitador detectado é resultante do cumprimento de legislação estadual.

Logo, não foi identificado um modelo único que garanta total autonomia aos Serviços necessária para a implementação das atividades hemoterápicas e hematológicas de responsabilidade da Hemorrede pública nacional.

Objetivando essa dinamização da máquina pública, a Emenda Constitucional nº 19, de 1998 (BRASIL, 1998) contemplou a criação de novo mecanismo funcional, a saber, os contratos de gestão que possibilitam a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta podendo ser ampliada mediante contratos entre as entidades e o poder público, fixando metas de desempenho.

Aliás, para assegurar essa independência, o ideal seria que os dirigentes dessas entidades fossem eleitos por seus próprios membros, o que raramente ocorre. Em regra, a escolha dos dirigentes fica por conta da Administração Direta, ocupando aqueles, cargo de confiança do Chefe do Executivo; isso cria uma vinculação prejudicial à independência da entidade, que acaba sendo dirigida pela própria pessoa jurídica que a criou precisamente para dar-lhe certa “autonomia”; torna-se, pois, imperfeita e, por vezes, inútil e onerosa a descentralização.

Em suma, o que a sociedade tem perseguido atualmente é a adoção de novas técnicas e modernos instrumentos formadores da administração gerencial, que não só atende aos anseios da Administração como corresponde às expectativas da coletividade.

Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública: Aquisição de Recursos Materiais do Hemocentro de Mato Grosso do Sul

Autora: Eliana Dalla Nora Franco¹

Orientadora: Professora Suely Mamede de Oliveira²

¹ HEMOSUL-MS

² HEMOPE

INTRODUÇÃO

A carência de estudo sobre processos administrativos quanto à aquisição de recursos materiais na forma administrativa de Fundação Pública para manutenção desses serviços é fonte motivadora desta pesquisa para que possamos colocar à disposição da comunidade científica e administrativa subsídios para diagnóstico, análise e considerações.

Este trabalho efetuou considerações a respeito da existência ou não de fatores facilitadores, limitadores e (ou) dificultadores na estrutura jurídica do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Mato Grosso do Sul – Hemosul, nos processos de aquisição de recursos materiais. Para tanto, foi feita análise do fluxograma, de tramitação dos processos administrativos para a aquisição de recursos materiais, bem como o seu tempo, mensurando as interfases inter e intrainstitucionais envolvidas nos trâmites desses processos administrativos e do modelo gerencial em observação, no que se refere ao recebimento, estocagem, acondicionamento, distribuição e transporte dos recursos adquiridos.

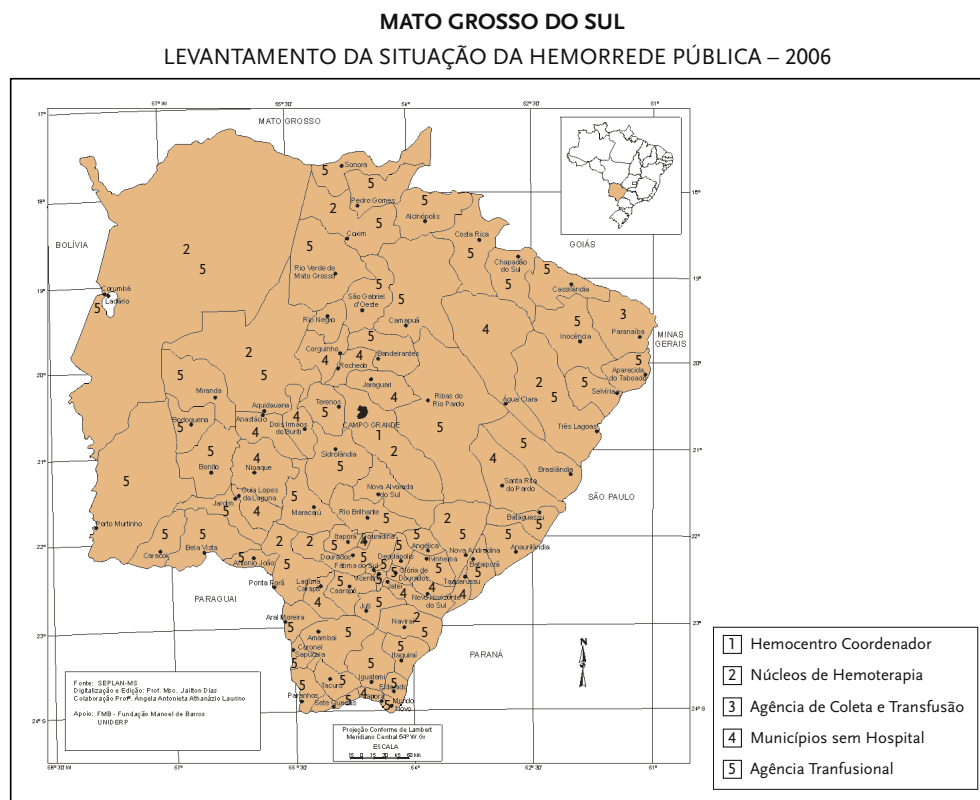
O HEMOSUL, responsável pela coordenação e execução da política estadual de sangue do Mato Grosso do Sul, foi criado pelo Decreto Governamental nº 5.119, de 06 de julho de 1989. Inicialmente figurava como um departamento da SES ligado à Coordenadoria de Assistência à Saúde.

Por meio do Decreto Estadual nº 9.640, de 22 de setembro de 1999, criou-se a Coordenação de Sangue e Hemoderivados, respeitando a aprovação da Hemorrede do Mato Grosso do Sul, no Conselho Estadual de Saúde do Estado.

A partir dessa data, foram inaugurados os Núcleos de Hemoterapia de Navirai, Nova Andradina, Aquidauana, Hospital Regional, Paranaíba e Três Lagoas, que anteriormente eram cobertos em 30% com sangue de qualidade. Com a instituição dos referidos núcleos, o Estado passa a ter cobertura em todos seus municípios que possuem hospitais com agências transfusionais criadas pela Hemorrede.

Nessa nova estrutura, o Hemosul assume a condição de Hemocentro coordenador, com sede na capital do Estado, responsabilizando-se pela captação, coleta, processamento, armazenamento e distribuição de sangue e seus componentes. Entre suas competências, está o suporte aos municípios do interior, promovendo a formação de recursos humanos, o controle de qualidade de hemocomponentes, de exames sorológicos e imunoematológicos. Realiza, ainda, exames confirmatórios de resultados reagentes de doenças transmissíveis pelo sangue vindos do interior, oferecendo hemocomponentes com qualidade e total segurança ao paciente. Atualmente, o hemocentro coordenador atende diretamente a 22 unidades entre hospitais e clínicas e 16 municípios adjacentes (capital e região metropolitana) e

assiste a todos os municípios do Estado, por meio dos Núcleos de Hemoterapia em cidades pólos.



De acordo com a Lei Estadual nº 2.153, de 26 de outubro de 2000, institui-se a Fundação de Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul -FUNSAU, integrada a administração indireta do poder executivo, de personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos, com patrimônio próprio. O Hemosul, que, até aquela data, era tido como uma coordenadoria ligada a Secretaria de Saúde, passou a ser administrada pela referida FUNSAU em todos os seus aspectos.

Para o desempenho das competências atribuídas pelo Decreto nº 5119/89 inerentes a sua função de Órgão Central do Sistema Estadual de Hematologia e Hemoterapia, o HEMOSUL possui a seguinte estrutura organizacional: diretoria, coordenadoria técnica e coordenadoria administrativa, gerências e núcleos. A coordenadoria administrativa é responsável pela viabilização da aquisição de materiais e insumos, tendo como competência organizar, coordenar, orientar e executar atividades relativas à administração geral do HEMOSUL e dar suporte aos núcleos hemoterápicos da hemorrede do Estado.

O almoxarifado é o setor que faz o ressuprimento mensal, com base no consumo mensal médio de materiais e produtos. Com relação à aquisição de insumos, é

de responsabilidade da FUNSAU, cabendo ao Hemosul (por meio do setor de compras e áreas técnicas) quantificar e especificar os produtos que devem ser encaminhados ao setor de compras para realizar os editais e encaminhá-los a comissão permanente de licitações (CPL), que providencia o processo licitatório na modalidade legal estabelecida.

MÉTODO³

RESULTADOS

O macroprocesso de aquisição de recursos materiais do HEMOSUL é inter e intrasetorial com seus fluxogramas e procedimentos operacionais padrão – POP's escritos e internalizados, nos quais estão contemplados as ações e os responsáveis pelo gerenciamento delas.

A solicitação de aquisição de insumos é feita por gerências técnicas que consultam o almoxarifado do Hemosul sobre a disponibilidade do produto em estoque. Se o material estiver disponível, a unidade solicitante preenche uma requisição do material em pauta e encaminha ao almoxarifado que atende à solicitação; se não, encaminha-se uma Comunicação Interna (CI) para a Coordenadoria Administrativa que avalia o pedido e, após deliberação, o envia ao Setor de Compras para consolidar com as especificações técnicas devidas.

O Setor de Compras encaminha o documento para a Coordenadoria Administrativa, que o recebe e, após medidas, o remete à Direção para deliberações, retornando o documento à Coordenadoria Administrativa. Se o diretor não deferir o pedido, envia-se um comunicado para as gerências técnicas por meio da Coordenadoria Administrativa e finaliza-se o processo.

Se houver deliberação do pedido, a Coordenadoria Administrativa encaminha os documentos para o setor de protocolo, que, por sua vez, encaminha ao Presidente da FUNSAU para autorização.

Se o Presidente da FUNSAU não autorizar o pedido, o documento é reenviado ao setor de protocolo do Hemosul, que o encaminhará à Coordenadoria Admi-

³ Descrito anteriormente.

nistrativa para conhecimento e comunicação ao Diretor e Gerências e finaliza-se o processo.

Se o Presidente da FUNSAU autorizar, o pedido é encaminhado para o setor financeiro para formalizar o processo, com posterior envio à Central de Compras do Estado/ SEGES/MS para licitação.

Após finalização na Central, o processo é enviado ao ordenador de despesas da Funsau para homologação. Após homologação, a Funsau informa o Hemosul que o produto já pode ser empenhado.

O fornecedor encaminha o material adquirido ao Hemosul. O almoxarifado e a Comissão de Recebimento do Estado (previamente convocada) conferem as notas fiscais, valores e material.

Se o produto não estiver de acordo com as especificações é recusado e solicitado ao fornecedor a sua adequação. Se o material estiver dentro das especificações, a Comissão de Recebimento os recebe em conformidade com as notas de empenho procedendo conferência, aceitação e armazenamento. O almoxarifado recebe a nota de empenho dos produtos e atesta em conjunto com a Coordenação Administrativa, que a encaminha a FUNSAU para pagamento.

Dentro dessa estrutura, trabalha-se ainda com ponto de ressuprimento do almoxarifado, visando à composição de estoque ideal, tendo início ao processo de aquisição, via núcleo de almoxarifado o qual tem o seguinte fluxo: (a) para materiais que dependem de licitação (carta convite, tomada de preços, concorrência, pregão eletrônico ou presencial) as solicitações são elaboradas e encaminhadas com antecedência mínima de três meses à FUNSAU, por meio da Coordenação Administrativa, observando o fluxo anteriormente detalhado; (b) para os materiais de rotina que estão disponíveis em atas de registro de preços vigentes, as solicitações são elaboradas e encaminhadas para a FUNSAU até o dia dez de cada mês, para consumo no mês subsequente.

DISCUSSÃO

O fluxo na solicitação de aquisição de insumos do Hemosul começa pela gerência técnica que consulta o almoxarifado do Hemosul a disponibilidade ou não do produto.

Seguindo as normas do almoxarifado, quando não se tem o insumo em estoque, aquele setor solicita à Coordenação Administrativa, responsável pelos encaminhamentos do processo de aquisição dos produtos.

Observa-se um fluxo de vários encaminhamentos ao departamento de compras e a FUNSAU, que é a principal responsável pelo andamento do processo e aquisição do produto.

As deliberações do Presidente para aquisição dos produtos da Hemorrede ocorrem dentro da Dotação Orçamentária da FUNSAU.

Observa-se uma morosidade no andamento do processo, visto o “engessamento” da personalidade jurídica da FUNSAU, que também é ligada a SES e, esta, à CPL.

Entretanto verifica-se que o tempo mínimo de aquisição de insumos é, em média, três meses, isso se não houver problemas ou irregularidades durante o trâmite processual administrativo. A FUNSAU demora em média dois meses para a tramitação de todo processo.

A CPL, por muitas vezes, solicita pareceres técnicos à equipe do Hemosul quanto aos produtos requisitados, o que leva em alguns casos mais demora no trâmite dos processos.

Vale salientar o desconhecimento da área técnica da Funsau e, portanto, o não atendimento às situações emergenciais podendo levar ao desabastecimento de produtos no Hemosul.

Esse cenário não é observado nos Hemocentros da Administração Indireta, uma vez que o organograma funcional assegura a interdependência setorial. A realidade dos Hemocentros vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, dependentes do setor de compras dessas secretarias, é bem diferente, acarretando na possibilidade de que os insumos adquiridos e os serviços contratados sejam sem qualificação técnica necessária para fazer face às exigências da norma pertinente a Política Nacional do Sangue.

Pode-se ressaltar que a autonomia para conduzir os próprios processos de aquisição de recursos materiais, nas suas diversas modalidades, favorece a redução de custos.

CONCLUSÃO

Diante do exposto e em função da escassez de publicações sobre um estudo do modelo gerencial ideal para a Hemorrede pública nacional frente às personalidades jurídicas representativas da Administração Direta e Indireta, há necessidade de análises comparativas entre os modelos gerenciais existentes em outros hemocentros de acordo com suas personalidades jurídicas.

Observa-se no cenário nacional uma insatisfação quanto ao trâmite administrativo para aquisição de recursos materiais nos Hemocentros Coordenadores com personalidade jurídica representativa da Administração Direta (10 – 71,43%), face ao elevado grau de dependência das unidades de suas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde. Em contraponto, há serviços, da Administração Indireta, que se posicionam em desagrado com os procedimentos administrativos (4 – 44,44%).

Contudo a personalidade jurídica do HEMOSUL, hemocentro coordenador ligado a uma Fundação de Serviços de Saúde, favorece a percepção de fatores limitadores ao trâmite do processo administrativo de aquisição de materiais. Outrossim, o fator facilitador não detectado é resultante do organograma funcional complexo da FUNSAU, que depende da SES no que se refere a compras.

Logo, não foi identificado um modelo único que garanta total autonomia aos serviços necessária para a implementação das atividades hemoterápicas e hematológicas de responsabilidade da Hemorrede pública nacional.

Objetivando essa dinamização da máquina pública, a Emenda Constitucional nº 9, de 1998, contemplou a criação de um novo mecanismo funcional, a saber:

os contratos de gestão que possibilitam a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta podem ser ampliadas mediante contratos entre as entidades e o poder público, fixando metas de desempenho. (BRASIL, 1998).

Aliás, para assegurar essa independência, o ideal seria que os dirigentes dessas entidades fossem eleitos por seus próprios membros, o que raramente ocorre. Em regra, a escolha dos dirigentes fica por conta da Administração Direta, ocupando aqueles, cargo de confiança do Chefe do Executivo; isso cria uma vinculação prejudicial à independência da entidade, que acaba sendo dirigida pela própria pessoa jurídica que a criou precisamente para dar-lhe certa “autonomia”; torna-se, pois, imperfeita e, por vezes, inútil e onerosa a descentralização.

Em suma, o que a sociedade tem perseguido atualmente é a adoção de novas técnicas e modernos instrumentos formadores da administração gerencial, que não só atenda aos anseios da Administração como corresponda às expectativas da coletividade.

Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública: Aquisição de Recursos Materiais no Hemocentro do Acre

Autora: Maria Auxiliadora Marques de Lima¹

Orientadora: Professora Suely Mamede de Oliveira²

¹ Hemocentro Coordenador de Rio Branco-Acre

² HEMOPE

INTRODUÇÃO

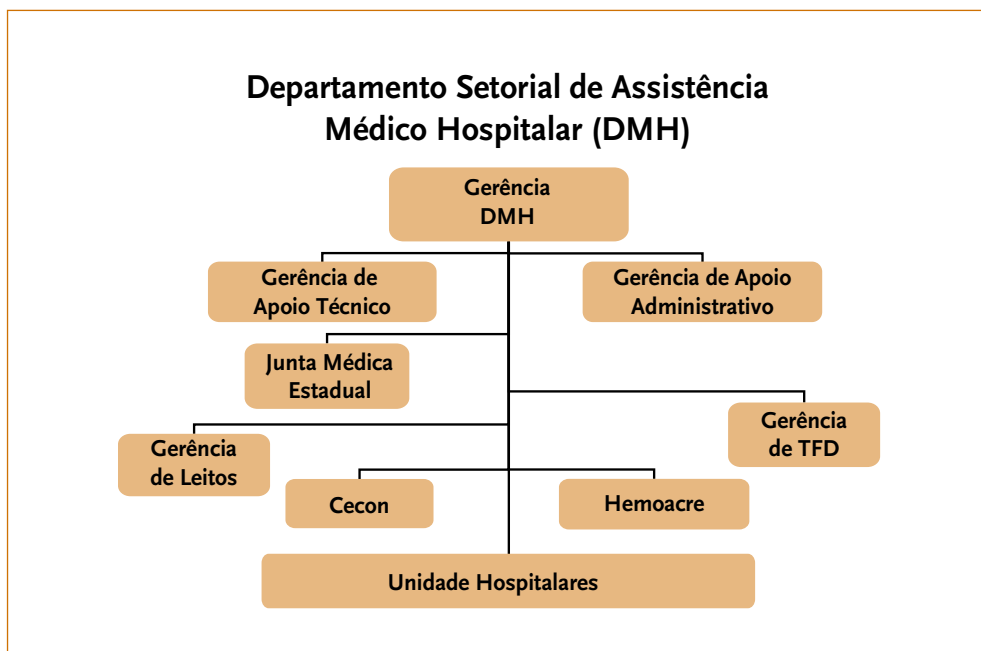
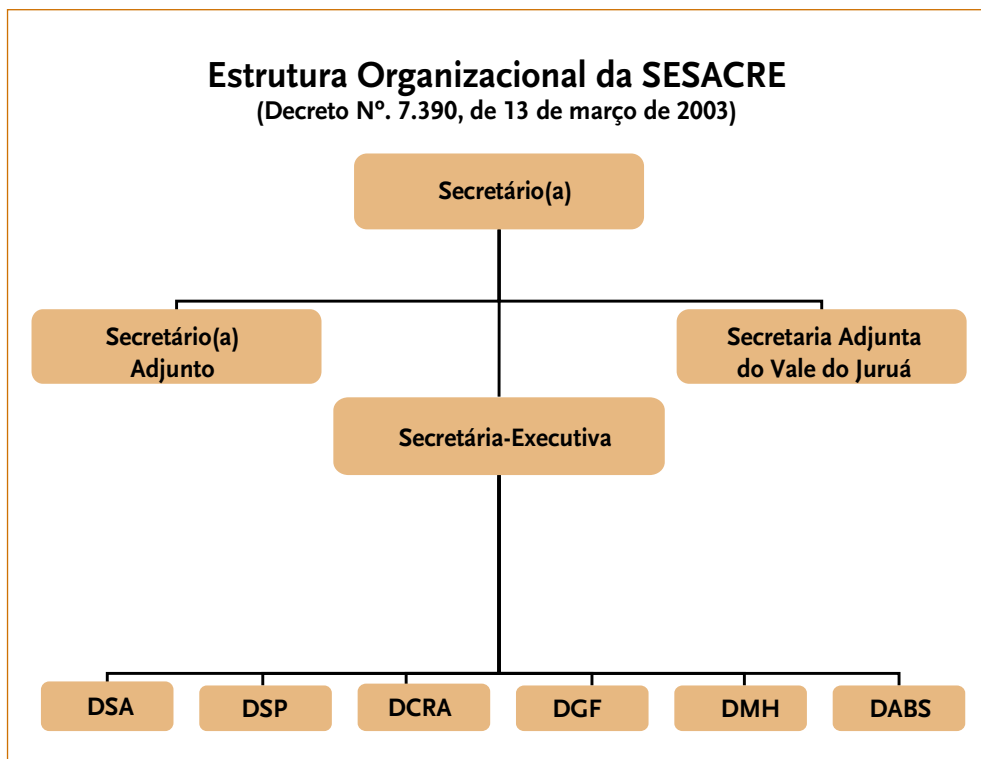
A carência de estudo sobre processos administrativos quanto à aquisição de recursos materiais na forma administrativa de Fundação Pública para manutenção desses serviços é fonte motivadora desta pesquisa para que seja possível colocar à disposição da comunidade científica e administrativa subsídios para diagnóstico, análise e considerações.

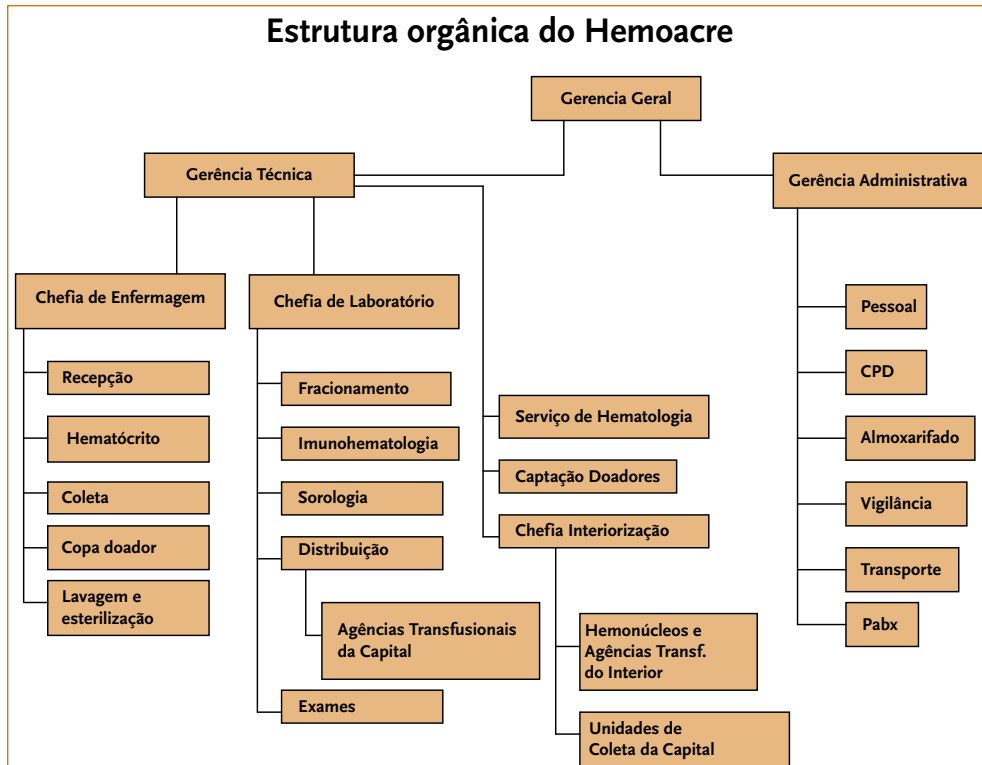
Este trabalho objetivou considerações a respeito da existência ou não de fatores facilitadores, limitadores e (ou) dificultadores na estrutura jurídica do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre – HEMOACRE nos processos de aquisição dos recursos materiais. Para tanto, foi efetuada a análise do fluxograma de tramitação dos processos administrativos para a aquisição recursos materiais, sendo avaliados os seguintes critérios: o tempo processual, as interfases inter e intrainstitucionais envolvidas e o modelo gerencial da instituição nos itens: recebimento, estocagem, acondicionamento, distribuição e transporte dos produtos adquiridos.

A sede do Hemoacre foi inaugurada em 15 de março de 1988, antes, porém, funcionou em salas dos hospitais públicos de Rio Branco, não havendo como precisar a data de início da atividade hemoterápica no Estado. Em 1996, foi realizada pequena reforma e ampliação da sede do HEMOACRE, hoje, Hemocentro Coordenador de Rio Branco, sendo instaladas salas destinadas as atividades administrativas. Nesse mesmo ano, foi implantado o serviço de hemoterapia no Hospital Geral do Município de Cruzeiro do Sul que funcionou de forma precária, intra-hospitalar até setembro de 2000, quando foi inaugurada a nova sede do Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul, extra-hospitalar.

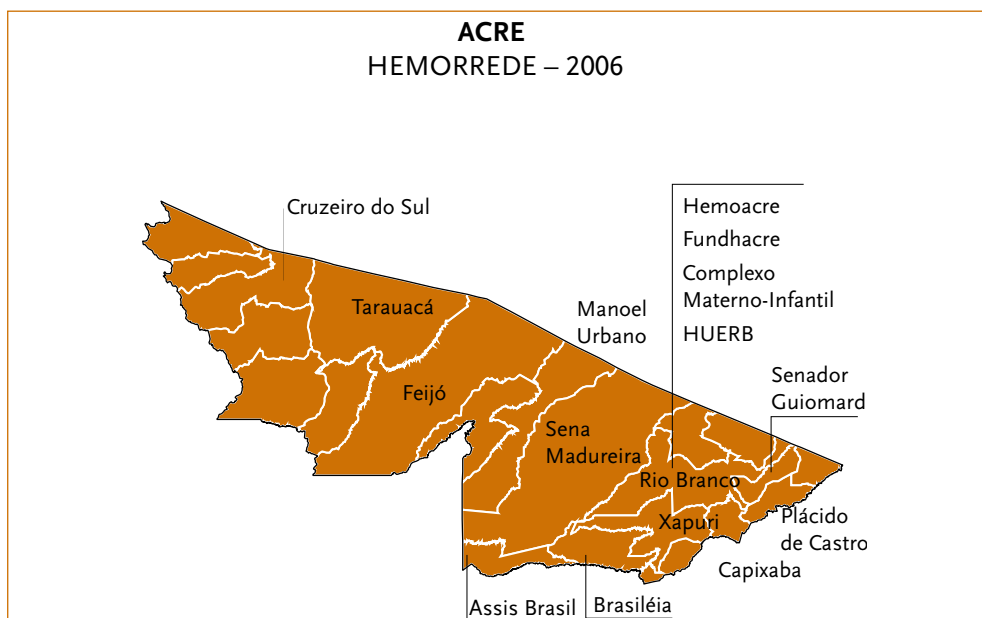
Até 1998, a Hemorrede do Acre era formada apenas pelo Hemocentro Coordenador de Rio Branco, antes denominado HEMOACRE e o Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul. Em 1999, foram implantadas as Agências Transfusionais dos municípios de Brasiléia e Xapuri e, em 2001, as Agências Transfusionais dos municípios de Sena Madureira, Tarauacá e a do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco. Em 2002, foram implantadas as Agências Transfusionais dos municípios de Plácido de Castro, Assis Brasil, Feijó e a da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), em Rio Branco. Em 2003, foram implantadas as Agências Transfusionais de Senador Guimard, Manoel Urbano e uma terceira Agência Transfusional em Rio Branco, a do Complexo Hospital da Criança-Maternidade.

Por meio do Decreto Estadual no. 7390, de 13 de março de 2003, foi aprovada a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde do Acre, na qual se constata a criação de 7 departamentos, entre eles, o Departamento Médico Hospitalar – DMH. Subordinado àquele e com grau de Gerência, encontra-se o HEMOACRE, que conta, entretanto, com estrutura orgânica específica.





Atualmente a atividade hemoterápica do Estado encontra-se estabelecida no Plano Diretor do Sangue em que, de maneira informal, tem-se a estrutura da hemoterapia composta por 14 unidades, conforme descritas no mapa abaixo.



Dentro da estrutura da SESACRE, o almoxarifado central é o setor que faz o ressuprimento mensal com base no consumo mensal médio de materiais não críticos ao serviço de hemoterapia e hematologia, por meio de solicitações de materiais. Tais solicitações são feitas em formulário padrão da SESACRE, encaminhadas ao DMH, setor ao qual o HEMOACRE está subordinado, que autoriza, na quantidade que lhe é conveniente, ao almoxarifado central a entrega no serviço de hemoterapia.

Com relação aos insumos críticos, é de responsabilidade do Hemocentro quantificar, especificar e preparar os editais que são encaminhados à Administração da SESACRE para autorizar ou não a compra. Nesse estágio, o papel do Hemocentro resume-se ao acompanhamento do processo de aquisição e a disponibilização da equipe técnica quando há necessidade de emissão de parecer técnico. Esse processo tem duração média de quatro meses. Normalmente, essa demora no fluxo ou o aumento repentino da demanda, acarreta desabastecimento, causando falhas de ressuprimento. Quando isso ocorre, solicitações de urgências são encaminhadas à Secretaria, obedecendo-se ao mesmo fluxo anteriormente citado.

MÉTODO³

RESULTADOS

O processo de aquisição de insumos no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre divide-se em duas fases:

a) Solicitação interna e externa – dentro da estrutura orgânica da Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE, o HEMOACRE funciona como uma Gerência sem auto-administração, subordinada ao Departamento Médico Hospitalar-DMH.

Estruturalmente, o HEMOACRE é composto de Gerência Geral, Gerência Administrativa e Gerência Técnica, não possuindo uma área de materiais específica, exceto um almoxarifado, que está diretamente ligado à Gerência Administrativa, com um servidor, responsável pelo controle de entrada e saída do material oriundo das solicitações feitas à Secretaria de Estado de Saúde. O fluxo dessa solicitação dá-se da seguinte maneira: os vários setores que compõem o Hemocentro Coordenador, assim como os Núcleos de Hemoterapia e Agências Transfusionais,

³ Descrito anteriormente

emitem uma requisição que é encaminhada ao Almoxarifado do HEMOACRE. Diante da disponibilidade do produto, a requisição é atendida. Se o produto requerido não estiver disponível, essa informação é transmitida pelo responsável do almoxarifado à Gerência Administrativa que, após consolidar todos os pedidos, solicita ao Departamento Médico Hospitalar aquisição do material. Feito isso, o papel do Hemocentro Coordenador restringe-se a mero acompanhamento do processo no âmbito da SESACRE.

b) Recebimento do material pelo almoxarifado do HEMOACRE – conforme relatado, o almoxarifado do HEMOACRE conta com um funcionário, não dispondo de uma comissão de recebimento. O material que é entregue pelo Almoxarifado da SESACRE é acompanhado de uma guia de entrega o que faz com que o recebedor confira quantidade e fabricante. Após recebimento, o material é acondicionado dentro das recomendações do fabricante para ser distribuído conforme a solicitação dos vários setores. Toda saída e entrada de material é acompanhada manualmente, por planilhas que demonstram a posição do estoque. Nesse ciclo, o ressuprimento de insumos não críticos (todos os insumos que não sejam kits sorológicos, bolsas para coleta de sangue e reagentes laboratoriais) é de total responsabilidade do Almoxarifado Central da Secretaria de Estado de Saúde, que mensalmente abastece o serviço de hemoterapia e hematologia conforme o solicitado.

Esse procedimento tanto diz respeito a insumos não críticos como a críticos, ocorrendo, entretanto, uma diferença quanto à aquisição.

Para os insumos críticos (kits sorológicos, bolsas para coleta de sangue, reagentes laboratoriais), baseados no consumo médio mensal, é feito um planejamento ao final de cada ano. De posse da média de consumo a que se chega, oficializa-se à SESACRE da necessidade de aquisição desses insumos. O processo de aquisição é integralmente executado pela Secretaria por meio de suas Comissões observando-se as modalidades licitatórias previstas em Lei para volumes anuais e, como já mencionado, o HEMOACRE apenas acompanha o trâmite, colocando técnicos à disposição da Comissão Permanente de Licitações (CPL) do Estado quando há necessidade de parecer técnico.

DISCUSSÃO

Pela análise dos formulários respondidos, conclui-se que o fato do dirigente não ser eleito, mas nomeado ora por Decreto Governamental, ora por Portarias emitidas pelos Secretários de Estado, pode constituir em um elemento dificultador no processo de aquisição de materiais, visto que falta a alguns o conhecimento mínimo quanto ao processo o que ajuda a limitar ou até a dificultar a sua celeridade.

É também nesse contexto que se verifica a insatisfação da maioria dos hemocentros coordenadores quando indagados sobre o processo de aquisição.

No que se refere ao HEMOACRE, a absoluta ausência de autonomia administrativa e financeira aliada a sua condição de Gerência de um Departamento da SESACRE inviabiliza qualquer ação que possa ser evidenciada como norteadora de um Sistema de Compras.

CONCLUSÃO

Na reformada administração pública, a Emenda Constitucional nº 19/98 (BRASIL, 1998) contemplou a criação de novo mecanismo funcional: os contratos de gestão que possibilitam a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta podendo ser ampliada mediante contratos entre as entidades e o poder público, fixando metas e desempenho.

Para assegurar essa independência, o ideal seria que os dirigentes dessas entidades fossem eleitos por seus próprios membros, o que raramente ocorre. Em regra a escolha dos dirigentes fica por conta da administração direta, ocupando aqueles, cargos de confiança do Chefe do Executivo; isso cria uma vinculação prejudicial à independência da entidade, que acaba sendo dirigida pela própria pessoa jurídica que a criou precisamente para dar-lhe certa “autonomia”; torna-se, imperfeita e, por vezes, inútil e onerosa a descentralização.

Em relação ao HEMOACRE, pode-se afirmar que ele cumpre integralmente apenas seu papel técnico de responsável pela Hemoterapia e Hematologia no Estado.

Não há como referir elementos facilitadores/dificultadores na aquisição porque essa não é praticada pelo Hemocentro, papel conferido a SESACRE.

A referida ausência de autonomia implica na constante crise no abastecimento, disponibilização e produtos.

Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública: Aquisição de Recursos Materiais no Hemonorte

Autora: Syrlei Rodrigues de Macedo¹

Orientadora: Professora Suely Mamede de Oliveira²

¹ HEMONORTE-RN

² HEMOPE

INTRODUÇÃO

No Rio Grande do Norte, a Hematologia e a Hemoterapia começaram a se desenvolver no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, desde 1966, com Bancos de Sangue funcionando no Hospital das Clínicas e Maternidade Escola Januário Cicco. Em 1973, foi construído um Banco de Sangue Central para atender aos hospitais ligados à Universidade e, com sua inauguração, em 1974, foi dado um novo impulso a Hemoterapia do Estado. Em 1979, já com a responsabilidade da cobertura hemoterápica de vários hospitais da capital, o Banco de Sangue da Universidade passou a ser o Núcleo de Hematologia e Hemoterapia do Rio Grande do Norte.

Com a criação do Pró-Sangue, em 1980, foram iniciadas negociações para a construção do Hemocentro do Rio Grande do Norte (HEMONORTE), cuja inauguração só ocorreu em março de 1990. Nesse meio tempo, mais precisamente em 1987, o Núcleo de Hematologia e Hemoterapia passou a funcionar como Hemocentro do Rio Grande do Norte, inclusive com ampliação de sua área de atuação na capital e no interior.

O HEMONORTE é uma unidade da administração direta, subordinada à Secretaria do Estado da Saúde Pública, responsável pela coordenação e execução da política estadual de sangue e pela Hemorrede estadual. Essa Secretaria é constituída de 1 hemocentro coordenador, na Capital; 2 hemocentros regionais, um em Mossoró e outro em Caicó; 2 unidade de coleta e transfusão (UCT), uma em Currais Novos e outra em Pau dos Ferros; além de 12 agências transfusionais, das quais 7 funcionam em hospitais da Capital e cinco nas cidades de Assú, Apodí, Parnamirim, Santa Cruz e Santo Antônio.

O HEMONORTE possui a seguinte estrutura organizacional: Direção Geral; Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento de Hemoterapia, Departamento de Hematologia, Departamento de Apoio Técnico e Departamento de Interiorização; Assessoria de Recursos Humanos; Divisões e Seções.

Tem como Missão: “Fornecer para a população do Rio Grande do Norte, sangue com garantia de qualidade, assegurar atendimento aos portadores de Hemopatias e contribuir para o ensino e a pesquisa nas áreas de Hematologia e Hemoterapia”.

O Departamento Administrativo e Financeiro é responsável pelo processo de aquisição de materiais e insumos do HEMONORTE. Porém, como órgão subordinado a SES sua autonomia administrativa é limitada e sua autonomia financeira inexistente.

Conhecida a organização da administração pública, assim como a inserção dos Serviços de Hemoterapia na saúde pública, cabe agora analisar como e quanto a

estrutura administrativa interfere na organização e funcionamento do HEMO-NORTE, mais especificamente nos trâmites necessários à aquisição de recursos materiais.

Nesse aspecto, será importante analisar a influência que as determinações contidas na Lei nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993) – a lei das licitações – tem no processo de aquisição de insumos, e se essa influência é facilitadora ou elemento de complicação desse procedimento.

As compras públicas, resultantes de procedimentos formais previstos em lei, obedecem a processos administrativos baseados em princípios norteadores da administração, em especial os princípios da legalidade e da moralidade, que vinculam as ações do administrador às formalidades da Lei, objetivando a busca da proposta mais vantajosa ao gerenciamento dos recursos materiais nas Instituições.

As formas atuais disponíveis para atendimento do interesse público em contratar bens ou serviços são as modalidades de compras diretas (suprimento), convite, tomada de preço, concorrência, licitação e pregão eletrônico, todas apresentando protocolos específicos, que envolvem tipificação do objeto, custo do produto ou serviço, disponibilidade de recursos financeiros, motivação, que regidos pelos princípios norteadores da publicidade, impessoalidade e igualdade, garantem a equidade no processo de participação dos agentes econômicos.

Atualmente, a regra que possibilita atender as necessidades do interesse público em contratar obras, serviços, compras, alienações, locações, permissões e concessões é o processo licitatório, conforme o mandamento constitucional previsto no Inciso XXI do Artigo 37 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), sendo admitido pela legislação complementar a Lei 8.666/93 (BRASIL, 1993) nos seus artigos 24 e 25, algumas formas de dispensa de licitação ou de inexigibilidade desse processo.

Diante da carência de estudos que esclareçam o quanto a estrutura jurídica interfere nos processos administrativos para aquisição de recursos materiais da administração direta, faz-se necessário identificar se há ou não, e quais são, os fatores facilitadores, limitadores e (ou) dificultadores no processo de aquisição dos recursos materiais na estrutura jurídica do HEMONORTE. Para isso, é necessário analisar o fluxograma para aquisição de recursos materiais, determinar o tempo de tramitação dos processos administrativos de aquisição, identificar e mensurar as interfaces inter e intrainstitucionais envolvidas nos trâmites desses processos e analisar o modelo gerencial adotado.

MÉTODO³

RESULTADOS

Na análise específica do processo de aquisição de insumos do HEMONORTE, observaram-se dois procedimentos, de acordo com o valor da aquisição, decorrente das determinações da Lei nº 8.666/93 (BRASIL, 1993).

Nas compras até R\$ 8.000,00 – esta ocorre a partir de qualquer dos setores do Serviço, aqui chamados de “Unidade Solicitante”, que após identificar a sua indisponibilidade no almoxarifado, envia uma CI, com o pedido de aquisição, para o Departamento Administrativo e Financeiro, que verifica e analisa o pedido, num prazo máximo de cinco dias.

Em seguida, o processo segue para a Direção Geral para autorização da compra, que, por sua vez, devolve o pedido para o Departamento Administrativo, no mesmo dia. Se não autorizada a compra, encerra-se e arquiva-se a requisição. Se autorizada, o Departamento Administrativo abre o processo e remete para o Setor de Compras, geralmente no mesmo dia ou, no máximo, no dia seguinte.

Durante, aproximadamente, cinco dias o Setor de Compras executa a pesquisa mercadológica, elabora o mapa de preços e analisa as propostas. Após a seleção da proposta de menor preço, o Setor de Compras consulta a Unidade Solicitante sobre a qualidade do produto. Caso o produto não esteja qualificado, a Unidade Solicitante justifica a recusa do produto de menor preço e indica o mais viável. Esse procedimento ocorre em cerca de três dias.

Se o produto foi qualificado ou se foi indicado outro produto, devidamente justificado, o Setor de Compras solicita as certidões negativas ao proponente vencedor e encaminha o processo para a Divisão Financeira com ordem de compra, que, sua vez, encaminha-o a COF/SESAP para dotação orçamentária e empenho, ocorrendo essa etapa do procedimento em cerca de dois dias. Na COF/SESAP, o processo demora cerca de trinta dias e é devolvido à Divisão Financeira do HEMONORTE, já com a nota de empenho. A Divisão Financeira envia fax do empenho ao fornecedor para aquisição do material, o que ocorre em aproximadamente quatro dias.

Nos dois dias subsequentes, o almoxarifado recebe o material, atesta a nota fiscal, encaminha o material à Unidade Solicitante e a nota fiscal à Divisão Financeira, que, em 24 horas, anexa ao processo as certidões atualizadas e encaminha-o à

³ Descrito anteriormente.

Direção Geral, que dá o visto na NF e reencaminha para a Comissão de Controle Interno (CCI) do HEMONORTE, em no máximo dois dias.

A CCI, em cerca de dois dias, analisa e aprova o processo e o encaminha à SESAP para pagamento, que demora, em média, trinta a noventa dias para ser realizado.

Para compra com valores acima de R\$ 8.000,00, o processo licitatório se faz necessário. Para isso, o fluxo segue os mesmos procedimentos das compras de valores inferiores a esse, diferenciando-se, entretanto, a partir do envio do processo à SESAP para dotação orçamentária e retorno à Divisão Financeira, que o encaminha à Comissão Permanente de Licitação (CPL) do HEMONORTE, em cerca de 24 horas.

A CPL do HEMONORTE prepara o modelo do edital e o contrato (se for o caso) e encaminha o processo à Assessoria Jurídica da SESAP, para análise, o que ocorre em cerca de quinze dias. A Assessoria Jurídica devolve o processo à CPL do HEMONORTE que marca a data da licitação e publica o extrato do edital no DOE, levando para isto três dias úteis; depois realiza e julga a licitação, e publica o resultado no DOE aguardando, durante cinco dias, possíveis recursos.

Se houver recursos, a CPL do HEMONORTE julga e publica a decisão em três dias. Se não, o processo é encaminhado à Direção Geral para adjudicação e homologação do resultado e esta, por sua vez, encaminha o processo ao Setor de Compras, em aproximadamente dois dias. O Setor de Compras realiza a aquisição do bem, por ordem de compra ou contrato, e encaminha o processo à SESAP num prazo médio de quinze dias.

Na SESAP, é expedida a nota de empenho, em cerca de vinte dias, e devolvido o processo à Divisão Financeira que envia fax do empenho ao fornecedor, para entrega do material, o que ocorre em cerca de oito dias. O almoxarifado recebe o material e atesta a nota fiscal e envia-os, respectivamente, para a Unidade Solicitante e à Divisão Financeira, em dois dias. A Divisão Financeira anexa ao processo as certidões negativas atualizadas e encaminha o processo à Direção Geral para visto na nota fiscal num período de dois dias. Em seguida, o processo é enviado a CCI do HEMONORTE para análise e aprovação, levando para isto mais três dias. Por último, é enviado à SESAP para pagamento, o que ocorre em trinta a noventa dias.

Em algumas situações são utilizados, para aquisição de materiais ou serviços, recursos próprios diretamente arrecadados pelo HEMONORTE – particulares e (ou) convênios – pela Fonte 150, que é gerenciada pela Secretaria de Saúde. Pode-se relacionar um pedido de aquisição diretamente a esse recurso, não havendo limite de valor, desde que haja saldo suficiente na conta. O processo é elaborado, seguindo os fluxos já descritos, enviado à Secretaria de Saúde com o carimbo Fonte 150 para autorização do pagamento.

DISCUSSÃO

Conforme observado na descrição do fluxo de aquisição de recursos materiais do HEMONORTE, tanto para compras de valor até R\$ 8.000 como para compras acima desse valor, o HEMONORTE depende da autorização e existência de dotação orçamentária da SESAP; não tendo, portanto, nenhuma autonomia financeira para a aquisição de insumos. Outrossim, possui algum grau de autonomia administrativa, já que executa boa parte do processo de aquisição; porém essa autonomia é limitada, dependendo do planejamento da Secretaria de Saúde e de sua autorização final.

Verifica-se, ainda, que o HEMONORTE possui Comissão Permanente de Licitação (CPL), assim como Comissão de Controle Interno (CCI) tendo, com isso, condições de executar suas próprias compras, caso possuísse autonomia financeira.

O processo de aquisição para compras de até R\$ 8.000,00 demora em média sessenta dias para ser concluído, observando-se que a maior demora ocorre na SESAP, para onde o processo é enviado para enquadramento orçamentário e empenho.

Para compras acima de R\$ 8.000,00, soma-se a esses sessenta dias, mais setenta e nove dias, em média, para tramitação do processo, inclusive observando-se os prazos legais do processo licitatório. Verifica-se também que a maior demora ocorre nas ocasiões em que o processo tramita na Secretaria de Saúde. Pode-se observar ainda, que o pagamento é efetuado, em média, em trinta a noventa dias, podendo demorar mais tempo, o que às vezes interfere no interesse do fornecedor de participar de outros processos; assim como no envio do produto no sistema de entrega programada.

Esse modelo tem como principal consequência tornar o processo mais demorado, contradizendo-se com o preconizado na Lei nº 8666/1993 (BRASIL, 1993), que pretendia agilizar as compras na administração pública.

Esses prazos seriam reduzidos, em média, em trinta e cinquenta dias para compras até ou acima de R\$ 8.000,00, respectivamente, caso o HEMONORTE possuísse autonomia financeira.

CONCLUSÃO

Visando dar mais agilidade ao serviço público nacional, a Emenda Constitucional nº 19/1998 (BRASIL, 1998) implementou uma “reforma Administrativa” que contemplou a criação de novo mecanismo funcional: os contratos de gestão, que possibilitam a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, podendo ser ampliada mediante contratos entre as entidades e o poder público, fixando metas de desempenho.

Para assegurar essa independência, em especial dos entes da administração indireta, o ideal seria que os dirigentes dessas entidades fossem eleitos por seus próprios membros, o que raramente ocorre. Em regra, a escolha dos administradores fica por conta dos dirigentes do Poder Executivo, ocupando aqueles, cargo de confiança de quem os indicou. Isso cria uma vinculação prejudicial à independência da entidade, que acaba sendo dirigida pela própria pessoa jurídica que a criou.

No HEMONORTE, à falta de independência pode-se somar como fatores limitadores ao processo de aquisição de recursos materiais a demora na tramitação do processo, principalmente na SESAP; o excesso de burocracia; a restrição de mercado para alguns produtos, o que dificulta a pesquisa mercadológica e a falta de interesse, por parte de alguns fornecedores, em participar de novos processos devido à demora no pagamento.

Como fatores facilitadores observam-se: a existência da Comissão Permanente de Licitação e da Comissão de Controle Interno no próprio HEMONORTE; e o fato de que a execução de quase todo o processo de aquisição é realizada pelo Hemocentro.

Como principal fator dificultador, tem-se a total falta de autonomia financeira do HEMONORTE.

Espera-se, portanto, que o presente trabalho sirva para reflexão e busca de maiores subsídios para reavaliação do atual sistema de aquisição de insumos materiais, praticados pelo HEMONORTE e por outros Serviços Hemoterápicos, visando maior agilidade nos processos, para que se evite queda na qualidade do atendimento e, por que não dizer, desabastecimento do Serviço.

Parte-se da premissa de que é possível ter um serviço público de qualidade, e que melhorar o sistema de aquisição é um dos meios para se conseguir esse objetivo, sem, entretanto, desprezar as regras estabelecidas em Lei.

Portanto, estudos comparativos entre as várias modalidades de estruturas jurídicas existentes na Hemorrede Pública, são necessários para que se identifique o modelo mais adequado aos serviços hemoterápicos, visando sempre oferecer um serviço de excelência.

Referências¹

¹ As referências estão vinculadas às cinco monografias apresentadas anteriormente.

ABREU FILHO, Nylson Paim (Org.). *Constituição Federal, Legislação Administrativa, Legislação Ambiental*. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2004.

BANCOS de Sangue como surgiram? *Informativo Hemonorte*, Natal, ano 1, n. 1, p. 3, 1991.

BRASIL. Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001. Regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 out. 2001a.

_____. Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 1998.

_____. Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950. Dispõe sobre a doação voluntária de sangue. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 1950.

_____. Lei nº 4.701, de 28 de junho de 1965. Dispõe sobre o exercício da atividade hemoterápica no Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 1965.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1993.

_____. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o parágrafo 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 mar. 2001b.

_____. Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jul. 2002.

Brasil. Leis, Decretos. Decreto 54.954 de 16/10/1964 cria a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH) no Ministério da Saúde e um grupo de trabalho destinado a estudar e propor a nova legislação disciplinadora da hemoterapia brasileira. Brasília, 1964.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o regulamento técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2001c.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial nº 7, de 30 de abril de 1980. Aprova as diretrizes básicas do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados – Pró-Sangue 2- a Comissão de Articulação Ceme/Fiocruz – Comart, instituída pela portaria interministerial 02 de 11/02/1980, assessorara os ministros signatários na atualização e aprimoramento da política setorial específica, bem como orientara e coordenara a implantação do programa, promovendo as atividades necessários a sua execução. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 maio 1980.

_____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

CARVALHO FILHO, J. S. *Administração Direta e Indireta – Manual de Direito Administrativo*. 15. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2006.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

INAUGURAÇÃO do Hemocentro RN. *Informativo Hemonorte*, Natal, ano 1, n. 1, p. 4, 1991.

MEDAUAR, O. *Direito administrativo moderno*. 9. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2005.

MORAIS, Alexandre de. *Direito constitucional administrativo*. São Paulo: Atlas, 2002.

PAULUS JÚNIOR, Aylton. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v. 7, n. 1, p. 30-45, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: 29 ago. 2006.

REUNIÓN INTERGUBERNAMENTAL INCOSUR, 12., 2003, Santiago. *Anais...* Santiago, 2003.

SAIBA o que o HEMONORTE. *Informativo Hemonorte*, Natal, ano 1, n. 1, p. 1, 1991.

SANTOS, Luiz A. de Castro; MORAES, Cláudia; COELHO, Schattan P. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. *Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 161-81, 1991.

_____. Os anos 80: a politização do sangue. *Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 107-45, 1991.

SOUZA, H. M. Participação do governo e da sociedade na organização da Hemorrede no Brasil. *Série de Monografias da Escola Brasileira de Hematologia*, [S.l.], v. 5, p. 1-6, 1998.

Marcos Legais da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados¹

Fernando Augusto Fonseca Monteiro
Maria Inês Vasconcelos Lopes Ferreira
Osnei Okumoto
Sílvia Maeria Spalding
Verônica Maria de Araújo Moraes

¹ Este referencial teórico orientou um conjunto de cinco monografias (apresentadas a seguir). Motivo pelo qual a autoria da redação final, produto da síntese ou fusão de textos, é coletiva.

MARCOS LEGAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Os interesses contraditórios determinam diferentes complexidades nos serviços públicos tornando-os mais vulneráveis a interferências das mais variadas origens. No setor sangue, houve um momento em que esses interesses convergiram, determinando a transformação de um quadro nacional de descontrole em um exemplo de sistema sólido e estruturado.

Essas transformações são evidentes no controle de qualidade do sangue e hemoderivados, na expansão dos serviços públicos de hemoterapia, na descentralização da hemorrede e na padronização de procedimentos. Algumas medidas governamentais trouxeram benefícios na área do sangue. A efetividade de algumas delas está refletida na evolução negativa dos índices de transmissão de doenças por transfusão sanguínea entre outros efeitos. Não existem, porém, estudos que avaliem em que medida as normas e leis estão sendo cumpridas e se elas são exequíveis e compatíveis com as realidades locais.

Na época da Segunda Guerra Mundial, os Bancos de Sangue no Brasil eram privados, em sua maioria, estimulados pela ausência de atuação do poder público. A falta de esclarecimento da população favoreceu uma situação de comércio nessa área, proporcionando um aumento na incidência de doenças transmissíveis pelo sangue.

Em 1969, Pierre Cazal, após avaliação de vários Bancos de Sangue no país, por solicitação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), propôs uma reformulação da hemoterapia brasileira com a implantação de um modelo semelhante ao implantado na França, descentralizado, sendo a coordenação e controle realizados no plano nacional.

O Sistema Nacional de Hemoterapia foi estruturado desde a criação do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (PRÓ-SANGUE), em 1980. Esse Programa teve como objetivo alcançar a cobertura hemoterápica em todo o país, estimulando as doações voluntárias, promovendo a qualificação de recursos humanos, padronizando os procedimentos técnicos padronizados e interiorizando a rede de serviços hemoterápicos públicos, com a criação da hemorrede. O Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE), em 1988, confirmou esses objetivos e reforçou a necessidade de integração das três esferas governamentais, considerando a área pública estratégica na operacionalização do programa.

Os Hemocentros, como Unidades Operacionais do Programa, teriam implantação inicial nas capitais, centralizariam os procedimentos e criariam mecanismos de incentivo à continuidade do ato de doação, a promoção de medidas de proteção à

saúde do doador, realizando o controle de qualidade do sangue e dos hemoderivados e estimulando o ensino e a pesquisa nos campos de hematologia e hemoterapia para formação de recursos humanos especializados.

Em 1986, o PRÓ-SANGUE foi transformado na Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados (DINASHE), responsável pela elaboração do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE) do Ministério da Saúde. Esse plano, publicado em 1988, com os objetivos de interiorização das unidades operacionais; criação de novos hemocentros, núcleos de hemoterapia e agências; o controle transfusional de infecções; capacitação dos técnicos dos hemocentros; promoção de articulação entre os diversos níveis governamentais; desenvolvimento de pesquisas nas áreas e hemoterapia e hematologia; elaboração de programa de fiscalização e controle de qualidade dos serviços e produtos hemoterápicos; manutenção de programa de educação sanitária e comunicação social; e formulação e execução de políticas relativas às hemoglobinopatias.

No Brasil, a saúde – como direito de todos e dever do Estado – passou a ser princípio constitucional a partir de 1988, associado aos três princípios fundamentais que orientam as ações e os serviços públicos de saúde, conveniados e contratados no Brasil. São eles: a integralidade, a descentralização e a participação social (BRASIL, 1988, art. 198). Esses elementos constitucionais orientam a composição de uma rede assistencial descentralizada, hierarquizada e regionalizada.

A característica das políticas de saúde no Brasil, até a década de 1980, era de centralização com enfoque curativo, sendo o atendimento realizado principalmente por hospitais e serviços privados conveniados.

A Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990) reforçou a operacionalização do PRÓ-SANGUE, em que a esfera nacional do SUS tem as atribuições de coordenar e normalizar o Sistema Nacional de Hemocomponentes. De acordo com o PLANASHE, a coordenação estadual seria de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde, do Hemocentro coordenador e da Vigilância Sanitária Estadual e a esfera municipal administraria os Serviços sob sua responsabilidade.

As Normas Operacionais, publicadas pelo Ministério da Saúde, não definiram com clareza as competências das três esferas de governo na gestão da hemoterapia, facultando aos gestores municipais e estaduais a gerência dos Centros de Hematologia em seu âmbito de ação. Ao mesmo tempo, o PLANASHE determinava que a coordenação fosse de responsabilidade dos governos estaduais. Essas orientações geraram interpretações diferenciadas na implementação da Política do Sangue em todo o Brasil, apesar da grande adesão estadual.

Apesar de a Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990) respeitar as diretrizes do PLANASHE, o Ministério da Saúde, ao publicar as normas operacionais, direcionou a descentralização da hemoterapia para a mesma lógica municipalista do sistema de saúde.

O resultado da ambiguidade das legislações foi consequente à implementação de forma desigual da política do sangue no país.

Alguns Estados, como Minas Gerais e Pernambuco, iniciaram a interiorização nesse período, seguindo a diretriz do PLANASHE que definia a coordenação da Política do sangue no âmbito estadual. Outros tiveram uma grande difusão de hemocentros vinculados a universidades, como o Estado de São Paulo e em alguns, como Paraná e Rio Grande do Sul, houve a ampliação dos serviços de hemoterapia privados, contratados pelos gestores municipais para executar as atividades de hemoterapia.

Com a promulgação da Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990), o Governo Federal estabeleceu o ordenamento e as diretrizes do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN). Desse sistema fazem parte: (a) o Ministério da Saúde (MS), responsável pela coordenação da política de sangue no âmbito nacional; (b) os órgãos de vigilância sanitária e laboratórios de referência de controle de qualidade, como órgãos de suporte; e, (c) os centros de captação do doador, coleta, processamento, laboratórios de controle e garantia da qualidade do sangue, estocagem, distribuição e transfusão de sangue, hemocomponentes e hemoderivados. Aos Estados e ao Distrito Federal, cabe a coordenação e a execução do plano no seu âmbito de atuação, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b) regulamentou o Parágrafo 4º do Art. 199 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelecendo o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades.

A promulgação dessa lei manteve como competência da esfera estadual a gestão da hemoterapia e determinou que o gestor estadual fosse o responsável pela organização da hemorrede e pela elaboração do Plano Estadual de Hemoterapia em consonância com as diretrizes do PLANASHE.

O Decreto Federal n.º 3.990/01 (BRASIL, 2001a), ao regulamentar a Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), determinou a criação de câmaras técnicas de hemoterapia estadual, com a função de auxiliar o secretário estadual na coordenação da política de sangue e elaborar o plano estadual de hemoterapia. Esse plano deveria ser submetido aos Conselhos Estaduais e à Coordenação Nacional de Hemoterapia para aprovação reforçando a responsabilidade do gestor estadual.

Em 2001, a norma operacional de assistência à saúde (BRASIL, 2001d), adotou como diretriz a busca da equidade no acesso e alocação de recursos financeiros do SUS. Essa norma definiu com maior clareza as competências dos gestores estaduais e municipais em relação à hemoterapia, estabelecendo como responsabilidade do gestor estadual a definição do programa, controle e avaliação da Rede. A NOAS/

MS de 2002 (BRASIL, 2002a) estabeleceu para o gestor estadual a obrigatoriedade de coordenação da hemorrede, bem como a gerência dos serviços de hemoterapia pública, aproximando-se das diretrizes do SINASAN e auxiliando na resolução de conflitos nas esferas governamentais com relação à gestão da hemoterapia.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC/MS) 151 (BRASIL, 2001c) regulamentou os níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia redefinindo a coordenação das ações.

A Portaria n.º 743/04 (BRASIL, 2004c), do Gabinete do Ministro da Saúde (GM/MS), atribuiu a responsabilidade da Gestão da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados ao Departamento de Atenção Especializada (DAE), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em que foi inserida a Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, com a proposição de garantir tanto a disponibilidade de sangue, componentes e derivados quanto a assistência hematológica e hemoterápica à população.

É importante compreender melhor a dinâmica das organizações públicas, pois a gestão delas muito se difere da esfera privada. A gestão pública é considerada como um campo de alta especialidade técnica, que necessita entender o contexto político e constitucional em que se insere. Essas organizações devem trabalhar com eficiência e eficácia, mas se deparam com limites impostos às instituições públicas tais como: metas fixadas por lei, estruturas organizacionais pré-determinadas juridicamente, lei da responsabilidade fiscal, lei das licitações, funcionários protegidos por sistema com normas diferenciadas e constantes ingerências governamentais.

A evolução do conceito de regionalização e as iniciativas no Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser tratadas como um eixo fundamental para a implantação da Política Estadual do Sangue. Esses conceitos contribuíram para a regionalização da hemoterapia pública no Brasil, apesar das dificuldades e desafios estaduais, cujas dimensões geográficas, inúmeras vezes, impõem à população verdadeiros obstáculos para um acesso mais próximo a um serviço de saúde, prosseguindo a necessidade da meta de interiorização adequada das hemorredes. Considera-se sintetizadas algumas dificuldades vinculadas à hemorrede pública: (a) dotação orçamentária reduzida; (b) falta de implementação dos serviços hemoterápicos instalados; (c) inexistência de concursos públicos; (d) descontinuidade no processo de educação permanente, que entre outras consequências pode causar o despreparo e desconhecimento dos gerentes sobre a inserção do Serviço no Sistema Nacional do Sangue, Componentes e Derivados; (e) unidades hemoterápicas sem processo de acreditação implantado; (f) desconhecimento do diagnóstico situacional da Hemorrede Pública e do cumprimento da Legislação Vigente; (g) ações desarticuladas do poder público no âmbito do SUS, pelo Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN (BRASIL, 2001b, art. 8, cap. I); e (h) morosidade na reformulação administrativa.

A ausência de entrosamento entre as esferas de governo que compõem o SINASAN resulta em fragmentação do processo de organização da Política Nacional do Sangue, Componentes e Hemoderivados, persiste a necessidade de implementação do Sistema Estadual do Sangue, ampliando a cobertura da hemorrede pública e consolidando o papel do hemocentro coordenador como referência técnica.

Com o cumprimento dos objetivos do SINASAN, ocorrerá não apenas mais um avanço na interiorização, como também, uma resposta à população, razão da existência das instituições que atuam em saúde pública, e a garantia do direito legal de acesso a ações e serviços de saúde com qualidade e segurança. Dessa forma, será criado um ambiente interno favorável ao envolvimento funcional na busca da qualificação da Instituição que busque garantir qualidade na assistência à saúde.

Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo de Gestão da Hemorrede Pública do Estado do Pará

Autor: Fernando Augusto Fonseca Monteiro¹

Orientador: Professor Adriano Cavalcante Sampaio²

¹ HEMOPA Unidade Marabá (PA)

² Núcleo Integrado de Saúde Coletiva - NISC - Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

A Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – HEMOPA, criada, inicialmente como Fundação Centro Regional de Hemoterapia do Pará – FUNEPA, em 2 de agosto de 1978, foi instituída pelo Governo do Estado do Pará pelo Decreto n.º 10.741, em virtude da Lei n.º 4.772, de 11 de maio de 1978. Configura-se como personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, e vincula-se à Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública – SESP. Em 1982, passou à denominação de Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – Hemopa e, em 1994, pela Lei n.º 5.840, de 23 de março, foi transformada em fundação de direito público. Em 2005, com uma nova estrutura orgânica, definida pelo Decreto 1.701, de 21 de julho de 2005, a Fundação passou a contar com a formalização da Hemorrede, hoje constituída por 1 Hemocentro Coordenador em Belém e 1 Hemorrede composta de 3 Hemocentros Regionais, 2 Unidades de Coleta e Transfusão e 11 Agências Transfusionais, abrangendo uma área territorial de 1. 253.410 km². Atende uma população de 6. 061.669 habitantes e constitui o único fornecedor de sangue na rede pública para todo o Estado do Pará.

A Fundação Hemopa é o órgão responsável pela coordenação e execução da Política Estadual do Sangue no Pará, em consonância com a Política Nacional do Sangue. Vincula-se à Secretaria Especial de Estado de Proteção Social/SEEPS por meio da Secretaria Executiva de Saúde/SESPA, órgão gestor da saúde no Estado, e tem a missão de “desenvolver ações de saúde, produzir bens e serviços e atuar com ética e dignidade na disseminação do conhecimento na área do sangue”.

A hemorrede pública do Estado do Pará está dividida em quatro áreas de gestão (hemoáreas):

- ▶ *Área de gestão I* (hemoárea I) – sob responsabilidade do hemocentro coordenador, com área de 133.866 km², 2,98 milhões de habitantes, com densidade demográfica de 22,28 Hab/km², 13.182 leitos e com atuação em 30 municípios.
- ▶ *Área de gestão II* (hemoárea II) – sob responsabilidade do Hemocentro Regional de Castanhal, com área de 86.768 km², 1,61 milhões de habitantes, densidade demográfica de 18,55 hab/km², 2.944 leitos e atuação em 48 municípios.
- ▶ *Área de gestão III* (hemoárea III) – sob responsabilidade do hemocentro regional de Santarém com 747.655 km², 1,13 milhões de habitantes, densidade demográfica de 1,51 hab/km², 1.726 leitos e atuação em 28 municípios.

- **Área de gestão IV (hemoárea IV)** – sob responsabilidade do hemocentro regional de Marabá, com área de 273.257 km², 1,25 milhões de habitantes, densidade demográfica de 4,56 hab/km², com 1.811 leitos e com atuação em 37 municípios.

Este trabalho buscou contribuir para a discussão do desenvolvimento e aperfeiçoamento da estrutura organizacional da hemorrede pública estadual. Ao reunir elementos situacionais e prospectivos, procurou gerar condições para a construção de uma visão futurista que servisse de ferramenta para otimizar o atendimento da demanda e, dessa forma, evidenciar a necessidade de implementar as ações em desenvolvimento nos Estados e avançar no processo de gestão dos serviços de hemoterapia e hematologia.

O objetivo geral deste trabalho foi identificar e avaliar a aplicação dos artigos referentes à gestão de hemocentros públicos estaduais contidos na legislação do SINASAN: Lei n.º 10.205/01 (BRASIL, 2001b); Decreto n.º 3.990/01 (BRASIL, 2001a) e n.º 5.045/04 (BRASIL, 2004a); e da Resolução n.º 151/01 (BRASIL, 2001c). Além disso, teve como objetivos específicos identificar as variáveis que estariam impedindo o cumprimento dos artigos da lei pertinente, elencar as propostas para contornar os problemas encontrados, refletindo assim sobre a oportunidade de implantação de um planejamento estratégico adequado à conjuntura atual.

MÉTODO

Natureza do estudo: Foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva, transversal. O estudo compreendeu levantamentos em fonte primária de dados.

Local do Estudo: O estudo foi realizado na Hemorrede pública do Estado do Pará (hemocentro coordenador e hemocentros regionais).

População de Pesquisa: Os questionários foram aplicados nos hemocentros regionais da Hemorrede Pública Estadual, compreendendo: o hemocentro coordenador que, além de ser o responsável pela política do sangue em todo o Estado, é, por meio de sua diretoria técnica, o responsável pela hemoárea I; hemocentro regional de Castanhal, responsável pelo hemoárea II; hemocentro regional de Santarém, responsável pela hemoárea III; e hemocentro regional de Marabá, responsável pelo hemoárea IV.

Instrumento da coleta de dados: Os dados foram coletados mediante preenchimento de questionário cujas questões estavam representadas as variáveis da legislação. A elaboração do questionário teve por base a legislação do SINASAN,

mais especificamente, os artigos pertinentes à administração dos hemocentros regionais do Estado.

O questionário se apresenta em duas partes. A primeira é constituída por questões estruturadas, diretamente relacionadas aos capítulos da Lei do SINASAN. A segunda é composta de uma pergunta não estruturada, destinando-se a identificar as dificuldades no cumprimento da legislação. Nessa questão, foi solicitado que cada serviço descrevesse, em no máximo, cinco dificuldades encontradas no cumprimento da legislação do SINASAN. Para as respostas negativas foi utilizada uma tabela com cinco alternativas previamente codificadas.

Para fins de avaliação dos quesitos que regulamentam a legislação dos serviços hemoterápicos, essas perguntas foram agrupadas em seis categorias que contemplavam a análise das questões do SINASAN, conforme segue: “*complexidade/infraestrutura*”; “*controle de qualidade*”; “*financeiro*”; “*gestão/abrangência*”; “*impacto epidemiológico*”; e “*recursos humanos*”.

Coleta de dados: O questionário foi remetido a 100% dos gerentes/coordenadores dos serviços hemoterápicos pelo correio, no segundo semestre de 2006, acompanhado de um manual de instruções que orientou o seu preenchimento.

Tratamento dos dados: Os dados, agrupados em seis categorias, foram tabulados manualmente visto que o universo estudado foi pequeno.

Aspectos éticos: Foram encaminhados Carta de Anuência e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de acordo com a Resolução do CONEP n.º 196/96 (BRASIL, 1996). O primeiro solicitando o consentimento da participação do entrevistado, resguardando-lhe todos os direitos contidos na Resolução citada. O segundo solicitando autorização para aplicação do questionário ao responsável pela instituição, deixando clara a guarda do sigilo e confidencialidade dos dados levantados e preservação da identidade dos gerentes/coordenadores, responsáveis pelo preenchimento do questionário.

RESULTADOS

Os quesitos que regulamentam a legislação dos serviços foram avaliados de acordo com as categorias que foram agrupadas, conforme já citado.

Complexidade e Infraestrutura

Nessa categoria foram trabalhados 15 parâmetros, dos quais 7 tiveram respostas majoritariamente negativas. Dos itens analisados nos hemocentros regionais es-

tudados, verificou-se que 100% realizam transfusão ambulatorial, armazenam plasma fresco congelado, transferem a quantidade excedente e efetuam atendimento aos portadores de Hemoglobinopatias. Dos serviços avaliados, 75% realizam transfusão hospitalar e autóloga e 50% possuem sistema informatizado com banco de dados.

Apenas um hemocentro possui atividade de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em hematologia e hemoterapia, e a hemorrede pública paraense não produz derivados industrializados do plasma e de reagentes para uso laboratorial em hemoterapia e hematologia.

CONTROLE DE QUALIDADE

Foram trabalhados 13 parâmetros, sendo executados na sua totalidade aqueles associados às ações de controle de qualidade de hemocomponentes, de exames sorológicos, de exames imuno-hematológicos, de equipamentos e de reagentes e correlatos. Todas as unidades possuem mecanismos de controle do descarte material e fazem manutenção preventiva periódica dos equipamentos a cada seis meses. Dos serviços hemoterápicos, 75% fazem prevenção dos equipamentos, a cada três meses; e manutenção periódica das instalações físicas, anualmente; enquanto apenas 25% fazem a prevenção mensal nos equipamentos. Metade da hemorrede possui procedimentos operacionais padronizados (POPs), atualizados de transporte e estocagem de todos os procedimentos e sistema de garantia de qualidade.

FINANCEIRA

Entre os quatro parâmetros trabalhados, observou-se que toda a hemorrede estudada faz a cobrança dos procedimentos, inclusive de planos de saúde e particulares; e 50% efetua a cobrança dos honorários médicos e complementa o financiamento das ações voltadas para a assistência hemoterápica e a melhoria da qualidade do sangue.

GESTÃO E ABRANGÊNCIA

Nesse quesito, foram observados 20 parâmetros pelos quais constatamos que os hemocentros regionais do Estado do Pará fornecem sangue a todos os leitos SUS sob sua abrangência e também aos leitos privados e contratados SUS. Todos os hemocentros têm abrangência municipal e regional, efetuam campanhas educativas, fiscalizam os produtos hemoterápicos nas instituições públicas, e todos os pacientes têm garantia de acesso aos medicamentos estratégicos imprescindíveis aos portadores de doenças hematológicas, possuem plano diretor de sangue e acompanham metas desse plano. Dos serviços avaliados, 75% efetuam o cadastro do registro nacional de doadores de medula óssea (REDOME) e fiscalizam os produtos hemoterápicos nas instituições privadas. Metade das unidades possui alvará de funcionamento atualizado da vigilância sanitária, tem abrangência estadual e divulga relatório das ações estaduais na área de sangue e hemoderivados. Apenas 25% dos serviços efetuam a fiscalização da utilização e estocagem de hemocomponentes e hemoderivados, e em todas as instituições privadas, tem câmara técnica que coordena. Segundo os parâmetros analisados, não existem serviços hemoterápicos privados fornecendo sangue no Estado do Pará.

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

Foram analisados sete parâmetros, nos quais constata-se que toda a Hemorrede pública do Estado do Pará efetua:

- ▶ Prevenção, diagnóstico e atendimento às reações transfusionais adversas.
- ▶ Prevenção, triagem e aconselhamento das doenças hemotransmissíveis.
- ▶ Orientação e proteção ao doador inapto e o encaminha às unidades para que promovam o suporte clínico, terapêutico e laboratorial.
- ▶ Diagnóstico das doenças hemotransmissíveis.

RECURSOS HUMANOS

Dos seis parâmetros estudados, observa-se que todos os hemocentros têm como responsável um médico devidamente treinado, e que em apenas um (25%) o médico responsável é hematologista/hemoterapeuta; também todos possuem programa de educação continuada para profissionais de nível médio e (ou) elementar, e 75% incluem nesse programa os profissionais de nível superior. Em 100% dos hemocentros, o processamento do sangue é de responsabilidade de profissional da área de saúde com nível universitário. A Hemorrede pública do Estado do Pará não possui atividade de ensino em hemoterapia e hematologia.

Das dificuldades descritas no cumprimento da legislação do SINASAN pelos Serviços Hemoterápicos da Hemorrede Pública do Estado do Pará

Foram citadas dez dificuldades que, segundo os entrevistados, impactam no cumprimento da legislação do SINASAN. Na análise das dificuldades descritas, houve questionamento sobre: o ressarcimento dos procedimentos de controle de qualidade de hemocomponentes e triagem de hemoglobina de doadores; a inexistência de implantação dos comitês de hemovigilância nos hospitais; a falta de informatização; a adaptação de um imóvel para funcionar como hemocentro, o que traz dificuldades operacionais em setores estratégicos como, por exemplo, o de processamento do sangue; a falta de autonomia administrativa e financeira; a inexistência de recursos humanos; as grandes dimensões geográficas do estado, com dificuldade de acesso, o que compromete a implantação, implementação e supervisão da região. Além disso, a ausência de uma política de sangue municipal, e pouca atuação da vigilância sanitária estadual e municipal na região.

DISCUSSÃO

Embora a pesquisa tenha sido realizada apenas nos hemocentros regionais responsáveis pelas hemoáreas, o estado foi dividido para facilidade de gestão. A hemoárea I está sob a responsabilidade do hemocentro coordenador, cuja complexidade é maior que os hemocentros regionais, consequentemente, desenvolve atividades que normalmente não são cabíveis num hemocentro regional.

Analisando os questionários com uma visão global, observa-se que dos 65 parâmetros escolhidos para a avaliação do cumprimento da legislação frente ao modelo

de gestão da hemorrede pública do estado do Pará, 32 são cumpridos por todos os hemocentros regionais, o que em termos percentuais corresponde a 49%, número bastante significativo, principalmente se levar em consideração que se trata de um estado com uma área territorial de 1.253.410 km², com um enorme vazio demográfico (da ordem 0,2/km²), com grandes dificuldades de acesso.

Considerando que vários quesitos pesquisados exigem uma maior complexidade do serviço e a dificuldade que se tem, no Estado, de manter um profissional com especialização na área do sangue fora da capital para contemplar o quesito “*possui como responsável médico hematologista /hemoterapeuta*”, os hemocentros regionais de Castanhal, Marabá e Santarém, não tiveram como atender tais quesitos da lei. Diante desse fato, foi creditado um maior valor aos itens que são integralmente cumpridos pelos hemocentros e elevando os 49% de cumprimento citados para 65%, valor muito mais significativo, mais justo e mais condizente com a pesquisa realizada.

Como agrupamos, os parâmetros que foram escolhidos para montar o questionário em seis categorias, foi obedecido essa mesma linha de raciocínio para a discussão do questionário, numa tentativa de fazer a análise de uma forma mais racional, já que, em se tratando de cumprimento de lei, podem surgir diversas formas de entendimento.

No tocante a “*complexidade/infraestrutura*”, observa-se que, dos quesitos analisados, quatro são realizados por todos os hemocentros; três fazem transfusões autólogas e hospitalar; e apenas dois estão informatizados e com banco de dados, o que demonstra que metade dos hemocentros ainda não estão informatizados, indo de encontro ao artigo 15, item X, da Lei n.º 10.205:

A política nacional de sangue, componentes e hemoderivados objetivará, entre outras coisas: a implementação de sistemas informatizados com vistas a formação e estruturação de banco de dados e disseminação de informações tecnológicas, operacionais e epidemiológicas (BRASIL, 2001b, art. 15, item X).

O que certamente compromete a qualidade do serviço, posto que um serviço, que não tem seu atendimento informatizado, estará muito mais sujeito a cometer não conformidades e até mesmo a oferecer maiores dificuldades em se fazer um rastreamento de uma bolsa, por exemplo, o que nos encoraja a dizer que uma ação governamental faz-se necessário para fazer o cumprimento da lei nesse quesito.

Os itens de maior complexidade são realizados apenas por 25%, ou seja, um dos hemocentros. Vale dizer que, como a hemoárea I está sob a responsabilidade do hemocentro coordenador, essas atividades são inerentes a ele e, portanto, não deve ser entendido como preocupante o fato de 75% dos hemocentros regionais não realizarem tais atividades.

A categoria “*controle de qualidade*” agrupa mais parâmetros que são cumpridos integralmente por todos os hemocentros, sete ao todo. Considerando que, nesse quesito, havia 13 parâmetros, isso representa 54% do total, resultado expressivo, levando em consideração as dimensões geográficas do Estado, embora fique a ressalva que 46% dos parâmetros dessa categoria não são cumpridos, como é previsto pelo SINASAM.

Dos demais quesitos pesquisados, três fazem manutenção preventiva a cada três meses e apenas um, no caso o hemocentro coordenador, faz manutenção preventiva mensal dos equipamentos. Dos quatro hemonúcleos pesquisados, dois possuem procedimentos operacionais padronizados (POPs) atualizados de transporte e estocagem, POPs de todos os procedimentos e sistema de garantia de qualidade.

Analisando a categoria “*financeiro*”, percebe-se que todos os hemocentros fazem a cobrança dos procedimentos, inclusive de planos de saúde e particulares, e a metade efetua a cobrança dos honorários médicos e complementa o financiamento das ações voltadas para a assistência hemoterápica e a melhoria da qualidade do sangue. Dos quatro quesitos para análise, dois são atendidos por todos os hemocentros, dois hemocentros ainda não fazem a cobrança dos honorários médicos, tendo respondido “*não*” com o código 1, ou seja, “*não se aplica*”, levando os autores deste trabalho a discordar da resposta já que a Lei n.º 10.205, no Capítulo II, Artigo 14, item V é bastante clara nesse quesito:

A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes: permissão de remuneração dos custos dos insumos, reagentes, materiais descartáveis e da mão-de-obra especializada, inclusive honorários médicos, na forma do regulamento desta lei e das normas técnicas do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2001b, cap. II, art. 14, item V)

No que tange a “*gestão/abrangência*”, os hemocentros regionais fornecem sangue a todos os leitos SUS sob sua abrangência e também aos leitos privados e contratados SUS. Todos têm abrangência municipal e regional; efetua campanhas educativas; fiscalizam os produtos hemoterápicos nas instituições públicas; têm garantia de acesso aos medicamentos estratégicos, imprescindíveis aos portadores de doenças hematológicas; possuem plano diretor de sangue; e acompanham metas desse plano. Esses 9 parâmetros representam 45% dos 20 quesitos que compõem a categoria, fazendo com que ela seja a menos cumprida pelos hemocentros pesquisados.

Embora 3 (75%) efetuem o cadastro do registro nacional de doadores de medula óssea (REDOME) e a fiscalização dos produtos hemoterápicos nas instituições privadas, entende-se que pela importância dos quesitos, principalmente o cadastro REDOME, deve-se buscar a realização desses quesitos em todos os hemocentros. Metade das unidades possui alvará de funcionamento atualizado da vigilância sanitária, têm abrangência estadual e divulga relatório das ações estaduais na

área de sangue e hemoderivados, esse item parece não ter sido compreendido adequadamente, pois somente o hemocentro coordenador tem abrangência sobre todo o Estado.

Apenas 25% dos serviços efetuam a fiscalização da utilização e estocagem de hemocomponentes e hemoderivados em todas as instituições privadas, têm câmara técnica que coordena e têm atuação, vale ressaltar que esse é um item de competência do hemocentro coordenador que realiza seu papel.

Como 100% dos pesquisados responderam “não” no parâmetro 3 desse quesito (existem serviços hemoterápicos privados fornecendo sangue a leito SUS), pode-se afirmar que não existem serviços hemoterápicos privados fornecendo sangue no Estado do Pará.

Quanto ao “*impacto epidemiológico*”, todos os hemocentros que compõem a Hemorrede pública do Estado do Pará cumprem integralmente esse quesito, realizando, portanto, todos os parâmetros exigidos pela Lei 10.205 (BRASIL, 2001b).

Na análise dos “*recursos humanos*”, todos os hemocentros têm como responsável um médico devidamente treinado, dos quais em apenas um (25%) o médico responsável é hematologista/hemoterapeuta; também todos possuem programa de educação continuada para profissionais de nível médio e (ou) elementar, e 75% também aos profissionais de nível superior. O hemocentro que respondeu que não possui entendeu que esse item seria de competência do hemocentro coordenador, o que está correto, cabendo então a indagação se os outros dois que responderam que possuem esse programa tiveram o entendimento adequado.

Em 100% dos hemocentros, o processamento do sangue é de responsabilidade de profissional da área de saúde com nível universitário. A Hemorrede pública do Estado do Pará não possui atividade de ensino em hemoterapia e hematologia.

Das “*dificuldades descritas no cumprimento da legislação do SINASAN*” pelos Serviços Hemoterápicos da Hemorrede Pública do Estado do Pará, o aspecto das dimensões geográficas do Estado, parece ser de grande relevância. Tome-se como exemplo a hemoárea III, com seus 747.655 km² - maior que muitos dos estados brasileiros – com grandes dificuldades de acesso, a maioria deles feito através de rios, com vários dias de viagem entre algumas cidades, e, em se tratando de um produto que exige tantos cuidados como o sangue, é por si só tarefa desafiadora. Mesmo a hemoárea de menor tamanho, a hemoárea II, com 86.768 km², ainda é de um tamanho respeitável. Mas o que vale ressaltar é que num Estado com as dimensões do Pará, com uma logística difícil, qualquer atividade que tenha a pretensão de ser feita em todo o território, certamente encontrará enormes obstáculos, dificultando qualquer processo, seja de implantação de uma agência transfusional, seja na implementação de atividades inerentes ao cumprimento de normas previamente estabelecidas, seja na supervisão de tais atividades.

Entende-se também que a falta de autonomia administrativa e financeira, com uma política centralizada no hemocentro coordenador, também gera dificuldades no cumprimento dos parâmetros estabelecidos pela pesquisa.

Ainda sob a ótica analisada, é de suma importância que quanto mais regionalizado e até municipalizado seja o processo de fiscalização, tanto mais será possível alcançar um maior cumprimento da lei do SINASAN, e aqui caberia a implantação dos comitês de hemovigilância nos hospitais, medida relativamente simples, mas de grande importância no que diz respeito ao cumprimento da lei.

CONCLUSÕES

Esta monografia constitui um diagnóstico da hemorrede pública do estado do Pará frente à legislação do SINASAM que, em muitos casos, depende de questões econômicas e políticas adotadas pelo Estado.

Ao analisar os parâmetros *“realização de transfusão hospitalar”*; *“de transfusões autólogas”*; *“de manutenção preventiva periódica a cada três meses”*; *“de manutenção periódica anual das instalações físicas”*; *“de cadastro REDOME”*; *“de fiscalização dos produtos hemoterápicos nas instituições privadas”*; e *“de programa de educação continuada aos profissionais de nível superior”*, observa-se que apenas em um hemocentro regional eles não são cumpridos. Considerando que os demais hemocentros têm o mesmo nível de competência, sugere-se que esforços sejam feitos para que essa não conformidade seja corrigida para que todos tenham o mesmo grau de cumprimento da Lei 10.205 (BRASIL, 2001b).

Entretanto, vale fazer uma análise mais criteriosa da questão, pois em alguns quesitos foi respondido que *“não fazia”* porque seria de competência do hemocentro coordenador, embora este seja o responsável pela política estadual do sangue, cabe ao hemocentro regional o empenho em fazer com que os parâmetros exigidos pela lei sejam cumpridos, assim sugere-se que seja feita uma averiguação, para saber o porquê desses quesitos não serem cumpridos e em consonância com os demais que os cumprem, efetuar as devidas correções.

Também foi observado que em apenas metade dos hemocentros foi implantado sistema informatizado com banco de dados, o que contraria sobremaneira o artigo 15, item X, da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), pois se entende como uma obrigatoriedade que todos os hemocentros estejam informatizados.

Um dos hemocentros que está informatizado é o coordenador, logo tem-se dois hemocentros regionais fazendo ainda o processamento do sangue, todo de forma manuscrita, o que leva a um grande desperdício de tempo, de pessoal e, o que é

mais preocupante, pode oportunizar a ocorrência de erros de processo, e ainda causar muita dificuldade, por exemplo, no rastreamento de uma bolsa de sangue. Diante disso, sugere-se que este seja um dos parâmetros que exija maior atenção no seu cumprimento.

Apenas dois hemocentros possuem POP atualizado de transporte e estocagem e de todos os procedimentos e alvará de funcionamento atualizado da vigilância sanitária. Ao que parece os POPs e o alvará existem, apenas não estão atualizados, como exige a lei e por se tratar apenas de documentos que não estão atualizados basta que seja providenciado a atualização dos documentos, para que essa norma legal seja cumprida integralmente pelos hemocentros.

Também dois hemocentros não fazem cobrança dos honorários médicos, como disposto na Lei n.º 10.205, Capítulo II, Artigo 14, Item V.

Como se prevê em lei, os hemocentros devem fazer a cobrança dos honorários médicos.

Dos hemocentros pesquisado, 50% não complementam o financiamento das ações voltadas para a assistência hemoterápica e a melhoria da qualidade do sangue, gerando dúvida, pois a primeira vista parecia um problema de autonomia financeira, mas um hemocentro regional respondeu “sim” a essa pergunta, o que leva a pensar que esse parâmetro não foi bem entendido por quem respondeu “sim” já que em princípio compete apenas ao hemocentro coordenador fazer complementação financeira. Dois hemocentros não divulgam relatório das ações estaduais na área de sangue e hemoderivados, o que parece ser um problema mais de cobrança por parte do hemocentro coordenador.

Finalmente, fazendo uma avaliação do cumprimento da legislação do SINASAN frente ao modelo de gestão da hemorrede pública do Estado do Pará, constata-se que respeitando as diferentes complexidades dos serviços 65% dos parâmetros avaliados são cumpridos pela hemorrede Paraense.

Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo de Gestão da Hemorrede Pública do Estado de Pernambuco

Autora: Maria Inês Vasconcelos Lopes Ferreira¹
Orientador: Professor Adriano Cavalcante Sampaio²

¹ HEMOPE-PE

² Núcleo Integrado de Saúde Coletiva - NISC - Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

A história do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – Hemope se confunde com a história de um dos exemplares programas de sucesso de política pública de saúde do país. O Programa de Sangue do M.S., hoje um exemplo para outros países, teve início com a Fundação Hemope por exercer um papel relevante no início da implantação da Hemorrede Pública Nacional.

Em 1977, graças ao espírito pioneiro e determinado do médico pernambucano Luiz Gonzaga dos Santos, era inaugurado o Hemope, primeiro hemocentro do Brasil, já nascido associado aos conceitos de não comercialização do sangue, segurança transfusional máxima, tecnologia moderna e competência técnica, tendo vários dos integrantes do seu quadro profissional com treinamento na França graças a um Convênio de Cooperação Técnica Franco-brasileira firmado em 1962. Em 1980, a doação voluntária de sangue verificou-se viável em nosso país e a remuneração posteriormente seria em seguida proibida pelo M.S.

A estrutura das hemorredes estaduais foi fortalecida pelo poder público representado inicialmente pelo Pró-Sangue (Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados), depois PLANASHE (Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados) e atualmente pela Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados do M.S.

Graças à filosofia inicial de manter excelente qualificação de recursos humanos, procedimentos técnicos padronizados e interiorizar a rede de serviços hemoterápicos públicos, a Hemorrede pode na maioria dos estados fazer face à concorrência dos serviços privados que não primaram por estes critérios.

Representando experiência pioneira no Brasil, o Hemope por intermédio do Hemocentro Recife, hemocentro coordenador, atua no acompanhamento das atividades dos demais hemocentros, localizados por todo o Estado de Pernambuco, compondo a hemorrede estadual (Figura 1).

Em Pernambuco, existem seis hemocentros, sendo um na cidade de Recife, o coordenador das ações de hemoterapia, e cinco hemocentros regionais nas cidades de Caruaru, Garanhuns, Serra Talhada, Palmares e Petrolina, além de quatro Núcleos de Hemoterapia, nos municípios de Arcoverde, Salgueiro, Ouricuri e Limoeiro. Dispõe ainda de cinco Agências Transfusionais nas localidades de Afogados da Ingazeira, Araripina, Barreiros, Cabrobó e Petrolândia.

Figura 1. Hemorrede de Pernambuco.



Com dez unidades hemoterápicas, estrategicamente espalhadas por todo o Estado, a hemorrede de Pernambuco atende à demanda de sangue de suas respectivas regiões de saúde. Em cada Região de Saúde existe uma Unidade Hemoterápica que a depender do grau de complexidade são: Hemocentro Coordenador, Hemocentro Regional, Núcleo de Hemoterapia ou Agências Transfusionais.

O Estado de Pernambuco tem 186 municípios, uma população de 8.413.601 habitantes e possui 19.395 leitos SUS e 3.670 leitos não-SUS (Conforme Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização geográfica do estado de Pernambuco.

Localização Geográfica	Leste da região nordeste
Área do Estado	98.938 km ²
População total do Estado	8.413.601 hab
Densidade demográfica	80,3 hab/km ²
Percentual de população urbana	76,5%

Em 2005, foram coletadas em Pernambuco 121.230 bolsas de sangue e liberados 238.148 hemocomponentes para transfusão. O hemocentro coordenador tem 13 Agências e 14 Comitês Transfusionais.

A resolução RDC 151 de 21 de agosto de 2001 (BRASIL, 2001c) define nomenclatura e conceitua os serviços de Hemoterapia de acordo com as atividades desenvolvidas. São eles: Hemocentro Coordenador – HC; Hemocentro Regional – HR; Núcleo de Hemoterapia – NH; Unidade de Coleta e Transfusão – UCT; Unidade de Coleta - UC; Central de Triagem Laboratorial de Doadores – CTLD; e Agência Transfusional – AT.

Na Tabela 2, apresenta-se a caracterização da Hemorrede do Estado de Pernambuco considerando as Gerências Regionais de Saúde, que conta com: 01 Hemocentro Coordenador, 05 Hemocentros Regionais, 04 Núcleos de Hemoterapia, 18

Agências Transfusionais e 03 Agências Transfusionais em Fase de Implantação, conforme dados coletados em 2005.

Tabela 2. Caracterização da Hemorrede de Pernambuco em relação a sua abrangência. (Dados referentes ao ano de 2005).

Hemocentros Regionais	Municípios	Distância da capital (km)	População	N.º de Hospitais	N.º de Leitos (SUS e Não SUS)	N.º de Coletas	N.º de Transfusões
Recife (I)	20	--	3.846.285	169	13.199	85.051	193.800
Limoeiro (II)	31	77	826.228	38	1.455	--	1.097
Palmares (III)	22	125	535.426	26	1.224	3.111	4.010
Caruaru (IV)	32	135	1.148.532	46	1.897	12.291	14.560
Garanhuns (V)	21	229	498.021	25	879	5.474	5.113
Arcoverde (VI)	14	259	356.137	20	778	--	1.589
Salgueiro (VII)	11	518	203.261	14	439	1.934	1.908
Petrolina (VIII)	07	769	389.300	15	752	8.177	9.688
Ouricuri (IX)	11	630	312.620	17	455	2.255	2.838
Afogados da Ingazeira (X)	17	418	297.791	27	1.191	2.983	3.545
Total	186	-	8.413. 601	397	22.269	121.276	238.148

Fonte: IBGE – pelo MS/SE/Datasus.

Este trabalho buscou contribuir para a discussão do desenvolvimento e aperfeiçoamento da estrutura organizacional da Hemorrede Pública Estadual. Ao reunir elementos situacionais e prospectivos, procurou gerar condições para a construção de uma visão futurista que servisse de ferramenta para otimizar o atendimento da demanda, e dessa forma, evidenciar a necessidade de implementar as ações em desenvolvimento nos Estados e avançar no processo de Gestão dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia.

O objetivo deste trabalho foi identificar e avaliar a aplicação dos artigos referentes à gestão dispostos na legislação do SINASAN (Lei 10.205/01 (BRASIL, 2001c), Decreto 3.990/01 (BRASIL, 2001a) e 5.045/04 (BRASIL, 2004a) e da Resolução 151/01 (BRASIL, 2001c) frente ao modelo de gestão da Hemorrede Pública Estadual.

Neste contexto, foi importante identificar na Hemorrede Pública Estadual o grau de aplicação dos artigos contidos na legislação do SINASAN, as variáveis que estariam impedindo o cumprimento dos artigos da Lei, elencando as propostas para

contornar os problemas encontrados, e desta forma, refletir sobre a implantação de um planejamento estratégico adequado à realidade.

MÉTODO

Natureza do estudo: Foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva, transversal. O estudo compreendeu levantamentos em fonte de dados primária.

Local do Estudo: Os questionários foram aplicados na Hemorrede Pública Estadual de Pernambuco: no hemocentro coordenador, na cidade de Recife e em cinco hemocentros regionais nas cidades de Caruaru, Petrolina, Serra Talhada, Garanhuns e Palmares.

Abaixo, a definição dos serviços que compõem a Hemorrede de Pernambuco.

1 HEMOCENTRO COORDENADOR – HC: entidade de âmbito central, pública, localizada na capital, referência do Estado na área de Hemoterapia e Hematologia com a prestação serviços de assistência e apoio hemoterápico e hematológico à rede de serviços de saúde. Presta serviços de assistência às áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, e apoia tecnicamente a Secretaria de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados – SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE e em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica;

5 HEMOCENTROS REGIONAIS – HR: entidades de âmbito regional, de natureza pública, para atuação macrorregional na área hemoterápica, dos quais dois deles, Caruaru e Petrolina, atuam também na área hematológica. Desenvolvem algumas ações estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do Estado para uma macrorregião de saúde. Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores as amostras de sangue para realização dos exames;

3 NÚCLEOS DE HEMOTERAPIA – NH: entidades de âmbito local ou regional, de natureza pública ou privada, que atuam na microrregião na área de hemoterapia. Desenvolvem ações hemoterapia, como armazenamento de estoque de Hemocomponentes das Unidades Hemoterápica de maior porte, realização de testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfusão dos hemocomponentes liberados.

18 AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS – AT: de localização intra-hospitalar, recebem e armazenam o estoque de Hemocomponentes das Unidades Hemoterápica de

maior porte, realizam testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundem os hemocomponentes liberados.

POPULAÇÃO DE PESQUISA

Quase 80% da população de Pernambuco (6.670.689 dos seus 8.413.601 hab.) vivem na capital e nos municípios de Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, e Arcoverde onde estão localizadas as seis primeiras Coordenadorias Regionais de Saúde.

O desenho da Hemorrede contempla todas as Regiões de Saúde garantindo a cobertura inclusive dos 20% da população que vive nas regiões menos populosas. Pela Figura 2 e Tabela 2, observa-se a abrangência da cobertura hemoterápica no Estado com sua respectiva população.

Foram entrevistados os Gerentes do Hemocentro Coordenador e dos cinco Hemocentros Regionais do Estado de Pernambuco.

Figura 2. Divisão Estadual por Coordenadorias Regionais de Saúde no Estado de Pernambuco.



Instrumento da coleta de dados

Os dados foram coletados mediante preenchimento de questionário à distância, em cujas questões estavam representados os indicadores das variáveis do problema. A elaboração do questionário teve por base a legislação do SINASAN, mais especificamente os artigos pertinentes à administração das Unidades Hemoterápicas do Estado.

O questionário é composto de duas partes. A primeira é constituída por questões estruturadas, diretamente relacionadas aos capítulos da Lei do SINASAN, Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001c), Disposições Preliminares, Capítulos I, II e III e IV, Decreto n.º 3.990, 30/10/2001 (BRASIL, 2001a).

A segunda é composta de uma pergunta não estruturada, destinando-se a identificar as dificuldades no cumprimento da legislação da ANVISA. Para as respostas negativas da primeira parte do questionário, foi utilizada uma tabela com seis alternativas previamente codificadas: 1) não se aplica; 2) desconhece a lei; 3) por falta de recursos humanos; 4) por falta de recursos financeiros; 5) de competência do Hemocentro Coordenador; e 6) recusa do Serviço.

Para fins de avaliação dos quesitos que regulamentam a legislação dos serviços hemoterápicos, os mesmos, foram agrupados em outras seis categorias, que contemplavam a análise de variáveis da legislação, conforme segue: a) complexidade/infraestrutura; b) controle de qualidade; c) financeiro; d) gestão/abrangência; e) impacto epidemiológico; e f) recursos humanos.

Procedimentos da coleta de dados

O questionário foi remetido a 100% dos gerentes/coordenadores dos Hemocentros Regionais pelo correio, no segundo semestre de 2006, acompanhado de instruções para orientação do seu preenchimento.

Tratamento dos dados

Os dados foram tabulados manualmente visto que o universo estudado foi pequeno e agrupados em seis categorias.

Aspectos éticos do estudo

Foram encaminhados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a Carta de Anuência, de acordo com a Resolução do CONEP N.º. 196/96 (BRASIL, 1996). O primeiro solicitando o consentimento da participação do entrevistado, resguardando-lhe todos os direitos contidos na Resolução citada. O segundo solicitando autorização ao responsável pela instituição, para aplicação do questionário, deixando clara garantia da guarda do sigilo e confidencialidade dos dados levantados e preservação da identidade dos gerentes/coordenadores, responsáveis pelo preenchimento do questionário.

RESULTADOS

Complexidade e Infraestrutura

Todas as transfusões são realizadas nos hospitais, não sendo de responsabilidade da Unidade Hemoterápica (UH), que apenas fornece a bolsa a ser transfundida. Apenas o Hemocentro Coordenador realiza aférese e transfusões autólogas, porém o armazenamento do plasma e a transferência de quantitativo excedente são realizados em todos os Serviços da Hemorrede Pública do Estado de Pernambuco. Com apenas 33,34% dos Serviços informatizados, 100% possuem banco de dados. Os portadores de Hemoglobinopatias são atendidos em 50% dos Serviços. Atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em Hematologia e Hemoterapia são realizadas apenas pelo Hemocentro Coordenador. Da mesma forma, apenas o Hemocentro Coordenador efetua produção de derivados industrializados do plasma e produz reagentes para uso laboratorial em Hemoterapia e em Hematologia.

Quanto às causas alegadas para as respostas “não” no componente de complexidade e de infraestrutura não foi apresentada nenhuma negativa por “Recusa do Serviço” assim como nenhuma por “Desconhecimento da lei”. Na questão atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico de Hemoterapia e Hematologia 33,34% das respostas “não” estão na opção “não se aplica”, enquanto 50% alegam a falta de recursos financeiros e (ou) de recursos humanos como causas do não desenvolvimento daquelas atividades. Para a não realização de aféreses, 83,5% das respostas negativas tiveram como causa apontada o item “não se aplica”, evidenciando que estas UH não vêem essa atividade como uma responsabilidade das mesmas.

CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade na produção de hemocomponentes é realizado em 66,68% das UH pesquisadas, enquanto os 33,34% restantes alegam falta de recursos humanos e financeiros. Apenas 16,67% das UH afirmaram realizar controle de qualidade nos exames sorológicos, enquanto 100% realizam controle de qualidade dos exames imuno-hematológicos de reagentes e de correlatos. O controle de qualidade nos equipamentos é efetuado em 83,5% dos serviços. A manutenção preventiva periódica, a cada seis meses, é efetuada em 83,5%. A cada três meses, em 66,68% e a mensal, em 23,34% das Unidades Hemoterápicas. Os “procedimentos operacionais padronizados (POPs)” atualizados de transporte e estocagem assim como o de “todos os procedimentos” existem em 50,0% dos serviços. O

Sistema de Garantia de Qualidade ocorre em 66,68% das UH pesquisadas e a manutenção com periodicidade anual das instalações físicas é efetuada em 66,68% dos Hemocentros.

No componente de controle de qualidade não foi apresentada nenhuma resposta negativa por *Recusa do Serviço e Desconhecimento da Lei*.

Financeiro

Neste componente, houve apenas uma resposta afirmativa (16,67%) no parâmetro de complementação do financiamento das ações voltadas para a assistência hemoterápica e a melhoria da qualidade do sangue. A cobrança de procedimentos e dos planos de saúde é realizada por 50% das UH pesquisadas. A cobrança de honorários médicos, não é feita por nenhum Hemocentro Regional.

Gestão/ Abrangência

Não existindo nenhum serviço privado no interior do estado, o fornecimento de hemocomponentes aos leitos do SUS é de 100%, na área de abrangência regional e estes mesmos percentuais aparecem no fornecimento de sangue para leitos privados e contratados ao SUS. Na capital do estado, o Hemocentro Coordenador não é o único serviço que dispensa hemocomponentes, havendo um serviço privado. Apenas 33,45% dos Serviços Hemoterápicos possuem o alvará de funcionamento atualizado da Vigilância Sanitária, enquanto todos os serviços têm abrangência Estadual e Municipal, dos quais 33,34% afirmaram ter abrangência interestadual. Apenas o hemocentro realiza Cadastro REDOME e apenas 16,67% efetuam fiscalização dos produtos hemoterápicos nas instituições públicas e privadas. Todos os hemocentros regionais realizam campanhas educativas e apenas 33,34% referem ter acompanhamento do Conselho Estadual de Saúde. Em Pernambuco, existe um Plano Diretor do Sangue assim como uma Câmara Técnica que conta com a participação do Diretor do Hemocentro Coordenador, e de um representante da Hemorrede que é o gerente de um dos Hemocentros Regionais. Sendo assim, 33,34% dos gerentes entrevistados informaram que acompanham as metas do Plano Diretor do Sangue, o que evidencia a carência de uma ação de divulgação junto aos demais gestores das atividades da Câmara Técnica. Quanto ao processamento do sangue, na totalidade da Hemorrede é realizado por profissional da área da saúde com nível universitário, o que é muito positivo.

Impacto Epidemiológico

A prevenção, diagnóstico e atendimento das reações transfusionais adversas tiveram 16,67% das respostas afirmativas. A prevenção das doenças hemotransmissíveis é realizada por 16,67% das UH, respostas que se justificam por ser a triagem sorológica centralizada na Capital do Estado. A triagem é realizada por 100%, enquanto o diagnóstico por 16,67% e o aconselhamento das doenças hemotransmissíveis por 100%. Os doadores inaptos recebem proteção e orientação por parte de 100% das Unidades Hemoterápicas assim como, a sua totalidade, é encaminhada às Unidades para que promovam o suporte clínico, terapêutico e laboratorial.

Recursos Humanos

Na totalidade dos Hemocentros Regionais, o responsável técnico é um médico devidamente treinado e o processamento do sangue é de responsabilidade de profissional da área da saúde com nível universitário. Existe programa de educação continuada tanto para profissionais de nível superior quanto de nível médio e elementar em 66,68%, no entanto essas iniciativas ainda não são sistemáticas. Em dois (33,34%) dos hemocentros, existem médicos hematologistas, enquanto 100% dos hemocentros pesquisados têm como responsável técnico um médico ainda que não hematologista nem hemoterapeuta.

Quanto às questões, abertas nas guias, solicitamos aos gerentes que descrevessem no máximo cinco problemas encontrados no cumprimento da legislação, elencamos todas as respostas e as classificamos de acordo com os parâmetros que foram trabalhados na presente monografia por ordem de frequência.

Sendo assim, dos parâmetros analisados, a falta de Recursos Humanos foi apontada pelos gerentes como maior dificuldade sendo referidas as seguintes questões: a) carência de profissionais de todos os níveis, e em especial, de nível superior a exemplo de médicos que trabalhem como diaristas; b) dificuldade de convencer os clientes da necessidade de cumprimento da RDC e ainda por falta de recursos humanos a manutenção de um único turno para doação de sangue.

No parâmetro Complexidade/Infraestrutura as dificuldades citadas para o cumprimento da Lei foram: a) modificações realizadas apenas em áreas específicas, não abrangendo todo o serviço; b) falta de informatização do banco de dados; c) distância; d) estrutura física inadequada; e e) refrigeração insuficiente em áreas críticas.

Quanto ao parâmetro Gestão/Abrangência, a inexistência de Programa de Educação Continuada, a falta de uma melhor definição e objetividade da própria RDC

153/2004 (BRASIL, 2004b) e o fato de existirem no interior do estado poucos fornecedores inscritos na central de cadastramento do estado foram dificuldades citadas pelos gerentes dos hemocentros pesquisados no cumprimento da legislação.

A dificuldade encontrada para o cumprimento da lei no parâmetro Controle de Qualidade referida por um dos hemocentros pesquisados é a inexistência de manutenção preventiva mensal e trimestral.

No parâmetro Financeiro foi citada, como uma das dificuldades no cumprimento da Lei, a falta de autonomia e insuficiência de recursos financeiros.

DISCUSSÃO

Os princípios da lei do SINASAN são inegavelmente fundamentais para o aperfeiçoamento do Sistema Nacional do Sangue e o seu cumprimento nos estados de fundamental importância, porém, necessitam de um acompanhamento permanente dos gestores em todas as instâncias.

Neste trabalho, a divergência das repostas à mesma pergunta e os motivos alegados no questionário para o não cumprimento da lei entre: “não se aplica”, “falta de recursos humanos e financeiros” e “de responsabilidade do Hemocentro Coordenador”, evidencia claramente o desconhecimento da lei do SINASAN por parte dos serviços hemoterápicos no que se refere aos seus princípios e competências. Identifica-se aqui a necessidade de divulgação das resoluções da Câmara Técnica e das metas do Plano Diretor. A falta de divulgação e alinhamento desse instrumento entre os setores envolvidos pode ser parte do motivo do seu não cumprimento pleno.

A falta de clareza e objetividade na própria lei é outro aspecto importante identificado nesse trabalho, motivo apontado por um dos hemocentros nas questões abertas para o seu não cumprimento. Faz-se necessário então, uma maior proximidade entre as instâncias gestoras do SINASAN e uma ampla divulgação de suas metas assim como uma revisão na sua estrutura organizacional.

Em Pernambuco, existem dois hemocentros regionais com médicos hematologistas e hemoterapeutas que prestam serviços de hematologia atendendo a pacientes portadores de hemoglobinopatias, coagulopatias, anemias e outras doenças hematológicas que não demandam maior complexidade em infraestrutura. Diante da escassez de médicos no interior, inclusive para ocupar funções de gestão nos hemocentros, a situação do estado de Pernambuco ainda é privilegiada razão porque sugerimos que algumas situações sejam tratadas com excepcionalidade.

Com esta medida, se estaria evitando a migração de recursos humanos capacitados para centros maiores e (ou) instituições privadas. É importante a implantação de uma política adequada de salários atrativos e competitivos, com plano de cargos e salários dinâmico e sistematicamente atualizado e avaliado.

Outro aspecto privilegiado a ressaltar em Pernambuco é a ausência de serviços privados de hematologia e hemoterapia no interior do Estado evidenciando a oportunidade e a necessidade de ocupação deste espaço devendo o setor estar preparado para enfrentar esse desafio.

Do ponto de vista do atendimento à população, consideramos de maior relevância as questões relativas à abrangência e impacto epidemiológico. A tendência de centralização da Sorologia nos Hemocentros Coordenadores e (ou) Regionais é um evento que causou um dos maiores impactos epidemiológicos no programa da Hemorrede, garantindo um melhor controle de qualidade, ao mesmo tempo significando uma economia de porte para o sistema e segurança para o receptor.

Nos serviços em cidades de pequeno porte há maior facilidade de mobilização da comunidade e com menor aporte financeiro é possível se realizar ações de impacto educacional importante.

Programas de prevenção para doenças hemotransmissíveis seriam facilmente desenvolvidos com uma maior autonomia financeira e devem passar a ser consideradas pelo sistema. A explicação para o baixo número de UH que efetuam prevenção, diagnóstico e atendimento às reações transfusionais adversas pode ser atribuída ao fato de os Hemocentros Regionais não transfundirem e apenas entregarem os produtos hemoterápicos às Unidades Hospitalares, não lhes cabendo então a responsabilidade do ato transfusional.

A inserção do Hemocentro Coordenador no Gespública e no processo de busca da certificação ISO 9001, impactou positivamente no resultado dessa pesquisa uma vez que estimulou e implementou em toda a hemorrede a elaboração de POP's, criação de programas de Controle de Qualidade, de Programas de Manutenção de Equipamentos, etc.

Ficou comprovada a falta de sistemas informatizados em 66,68% dos hemocentros pesquisados numa demonstração de que a lei está caminhando ao largo das condições objetivas para o seu cumprimento.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Conclusões

Uma política pública bem implantada como demonstra a história recente da hemoterapia, pode dar frutos duradouros, cumprindo o seu papel, que é dar suporte universal, equânime e de boa qualidade à população.

Este trabalho demonstra que por melhores que sejam as leis, elas precisam ser assimiladas, discutidas e acompanhadas pelos gestores envolvidos, sob pena de ficarem no papel, em desuso. Por meio do questionário aplicado e da experiência adquirida com o desenvolvimento deste Curso, é inevitável que se tome uma posição a respeito de algumas idéias que contribuiriam para o aperfeiçoamento da Política de Sangue e Hemoderivados no país. Tais ideias estão expressas nas sugestões apresentadas a seguir, ressaltando que a falta de recursos humanos e financeiros impactou em várias áreas, principalmente nos parâmetros complexidade e infraestrutura, controle de qualidade e gestão/abrangência.

Sugestões

Ao reunir elementos para o diagnóstico situacional da Hemorrede de Pernambuco, esta monografia propõe, fundamentada nas respostas à segunda parte do questionário aplicado junto aos gerentes, uma tomada de posição dos gestores maiores para o aperfeiçoamento da política pública de sangue;

Em curto prazo:

- ▶ Estimulo à formação de Comitês Hospitalares Transfusionais garantindo a sua obrigatoriedade na Lei, a exemplo do que acontece hoje com as Comissões de Controle de Infecções Hospitalares, (CCIH) nas Unidades de Saúde.
- ▶ Agilização da revisão para aperfeiçoamento da RDC 153/2004 (BRASIL, 2004b).
- ▶ Garantia a divulgação das metas do Plano Diretor do Sangue e das resoluções da Câmara Técnica junto à Hemorrede Pública Estadual.
- ▶ Busca de mecanismos de incentivo para a inscrição das empresas na central de cadastramento do Estado.
- ▶ Investimento em sistemas de refrigeração e na manutenção preventiva e corretiva.

Em médio prazo:

- ▶ Ampliação da autonomia de gestão de recursos financeiros nos hemocentros regionais dando-lhes agilidade para resolução de pequenos problemas contornáveis nas próprias unidades.
- ▶ Ajuste das condições objetivas para a informatização do banco de dados dos serviços do Interior e investimento em Concursos Públicos.
- ▶ Aperfeiçoamento do plano de melhoria das estruturas físicas das Unidades Hemoterápicas.
- ▶ Aumento do investimento em política de pessoal captando profissionais de nível superior e incentivando-os a trabalhar no interior.
- ▶ Implantação de eficiente Programa de Educação Continuada a toda a Hemorrede.

Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo de Gestão da Hemorrede Pública do Estado do Mato Grosso do Sul

Autor: Osnei Okumoto¹

Orientador: Professor Adriano Cavalcante Sampaio²

¹ HEMOSUL-MS

² Núcleo Integrado de Saúde Coletiva - NISC - Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

Por meio do Decreto Estadual n.º 5.118 de 6 de junho de 1989, foi criado o Sistema Estadual de Hematologia e Hemoterapia de Mato Grosso do Sul – HEMOSUL, hoje, conhecido como Centro de Hematologia e Hemoterapia de Mato Grosso do Sul “José Scaff” em homenagem ao sul-matogrossense, maior doador de sangue do mundo.

Preocupados com o avanço da transmissão do vírus HIV pela transfusão sanguínea, as autoridades sanitárias do Brasil, destinam recursos na tentativa de exercer o controle das patologias transmissíveis pela transfusão do sangue e seus componentes. Em 22 de setembro de 1999, pelo Decreto Estadual n.º 9.640, o Governador José Orcírio Mirando dos Santos cria a Coordenação de Sangue e Hemoderivados, respeitando a aprovação da Hemorrede/MS pelo Conselho Estadual de Saúde do estado.

Seu principal objetivo era promover a interiorização das ações relativas ao uso do sangue para fins terapêuticos, estimular a doação espontânea de sangue, proteger a saúde do doador e do receptor, disciplinar a coleta, estocagem e distribuição de hemoderivados, bem como o desenvolvimento de conhecimentos científicos e tecnológicos na área.

Inicia-se uma nova era para o sangue no estado de Mato Grosso do Sul com a inauguração dos Núcleos de Hemoterapia de Naviraí, Nova Andradina, Aquidauana, Hospital Regional, Paranaíba e Três Lagoas. Mato Grosso do Sul que anteriormente era coberto em apenas 30% com sangue de qualidade, passa a ter cobertura em todos seus municípios que possuem hospitais com agências transfusionais criadas pela Hemorrede/MS.

Em todo o estado de Mato Grosso do Sul, foram instaladas 69 agências transfusionais que são obrigatoriamente intra-hospitalares, realizam os exames imuno-hematológicos e a transfusão nos pacientes. Estas agências transfusionais armazenam hemocomponentes em câmaras de conservação cedidas pelo governo do estado. As provas de compatibilidade são realizadas pelas próprias agências ou por laboratórios terceirizados pelo hospital.

Na capital, Campo Grande, a Hemorrede foi composta pelo Núcleo Hemoterápico do Hospital Regional e do Hospital Universitário, e também pelo Hemosul. Nesta nova estrutura o Hemosul passa, de direito, a Hemocentro Coordenador, responsabilizando-se pela captação, coleta, processamento, armazenamento e distribuição de sangue e seus componentes. Oferece todo suporte técnico aos municípios do interior promovendo a formação de recursos humanos, a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, o controle de qualidade de hemocomponentes, de exames sorológicos e imuno-hematológicos. Realiza exames

confirmatórios de resultados positivos ou duvidosos para doenças transmissíveis pelo sangue originados na capital e interior, oferecendo sangue de qualidade com total segurança ao paciente.

A triagem imunoematológica é realizada em todas as unidades citadas, cabendo ao hemocentro coordenador auxiliar nos problemas mais complexos como a identificação de anticorpos e fenotipagem de doadores e receptores. O mesmo não acontece com os exames sorológicos, que além do hemocentro coordenador são realizados somente no Hemocentro Regional de Dourados e no Núcleo Hemoterápico de Ponta Porá. Essa determinação teve por base a importância desses centros na utilização emergencial de sangue, devido à distância da capital e da violência comum na fronteira. Soma-se a isso o atendimento de média e alta complexidade na cidade de Dourados.

Este trabalho buscou contribuir para a discussão do desenvolvimento e aperfeiçoamento da estrutura organizacional da Hemorrede Pública Estadual. Ao reunir elementos situacionais e prospectivos, procurou gerar condições para a construção de uma visão futurista que servisse de ferramenta para otimizar o atendimento da demanda. E, dessa forma, evidenciar a necessidade de implementar as ações em desenvolvimento nos Estados e avançar no processo de Gestão dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia.

O objetivo deste trabalho foi identificar e avaliar a aplicação dos artigos referentes à gestão dos Hemocentros Públicos Estaduais contidos na legislação do SINASAN: Lei 10.205/01 (BRASIL, 2001b), Decretos 3.990/01 (BRASIL, 2001a) e 5.045/04 (BRASIL, 2004a) e da Resolução 151/01 (BRASIL, 2001c), além disso, como objetivos específicos, identificar as variáveis que estariam impedindo o cumprimento dos Artigos da Lei pertinente, e elencar as propostas para contornar os problemas encontrados, refletindo assim a oportunidade de implantação de um planejamento estratégico adequado à conjuntura atual.

MÉTODO

Natureza do estudo

Foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva, transversal. O estudo compreendeu levantamentos em fonte de dados primária.

Local do Estudo

A pesquisa foi realizada nas unidades hemoterápicas, cuja complexidade está descrita na RDC n.º 151/2001 (BRASIL, 2001c). São unidades que efetuam no mínimo a captação, a coleta, o fracionamento e a distribuição de hemocomponentes para unidades menos complexas chamadas agências transfusionais. Assim, as unidades escolhidas foram o hemocentro coordenador de Campo Grande, os núcleos hemoterápicos de Aquidauana, Coxim, Corumbá, Naviraí, Nova Andradina, Ponta Porá, Três Lagoas, do Hospital Universitário e Hospital Regional, ambos em Campo Grande, o hemocentro regional de Dourados e a unidade de coleta e transfusão de Paranaíba. Na tabela 1, é demonstrada a complexidade dessas macrorregiões, onde estão instaladas as unidades hemoterápicas escolhidas, segundo a população, área, densidade demográfica e número de leitos.

Tabela 1. Complexidade das macrorregiões da hemorrede - MS.

Macrorregiões	População (hab)	Área da Região (km²)	Dens. Demográfica (hab/km²)	N.º Leitos SUS	N.º Leitos Privados
Campo Grande	963.359	71.607	13,5	1.904	920
Dourados	312.157	19.811	15,8	870	339
Corumbá	117.669	65.304	1,8	145	53
Naviraí	105.567	10.122	10,4	294	117
Ponta Porá	157.106	17.273	9,1	392	93
Coxim	141.528	50.887	2,8	244	68
Paranaíba	95.978	20.833	4,6	291	47
Três Lagoas	139.172	35.603	3,9	314	131
Nova Andradina	114.630	14.324	8,0	270	51
Aquidauana	134.620	49.553	2,7	306	37

Para a organização e distribuição estratégica dos municípios da Hemorrede no Estado, foram considerados os seguintes indicadores: contingente populacional, demanda transfusional, localização geográfica, condição de acesso e estrutura municipal. No Quadro 1, foram grifadas as cidades onde foram instaladas as unidades hemoterápicas pesquisadas.

Quadro 1. Cidades que compõem as macrorregiões.

1. Anaurilândia Angélica Bataiporã Ivinhema Taquarussu Nova Andradina (N. Hemoterápico)	2. Anastácio Aquidauana (N. Hemoterápico) Bodoquena Miranda Nioaque Porto Murtinho
3. Dourados (Hemocentro Regional) Douradina Rio Brilhante Itaporã Laguna Carapã Caarapó Fátima do Sul Deodápolis Glória de Dourados Novo Horizonte do Sul Vicentina Jateí Juti	4. Bandeirantes Bela Vista Bonito Caracol Dois Irmãos Guia Lopes da Laguna Jaraguari Jardim Maracaju Sidrolândia Terenos Campo Grande * Corguinho Rochedo Nova Alvorada Ribas do Rio Pardo
5. Aparecida do Taboado Cassilândia Inocência Paranaíba (Agência de Coleta e Transfusão) Selvíria	6. Naviraí (N. Hemoterápico) Mundo Novo Itaquiraí Eldorado Iguatemi Japorã
7. Água Clara Três Lagoas (N. Hemoterápico) Santa Rita do Pardo Brasilândia Bataguassu	8. Corumbá (N. Hemoterápico) Ladário
9. Ponta Porá (N. Hemoterápico) Amambai Antonio João Aral Moreira Cel Sapucaia Paranhos Sete Quedas Tacuru	10. Camapuã Chapadão Do Sul Costa Rica São Gabriel Rio Verde Coxim (N. Hemoterápico) Pedro Gomes Sonora Alcinópolis

*Em Campo Grande foram pesquisados o Hemosul (Hemocentro Coordenador), Núcleos Hemoterápicos do Hospital Universitário e do Hospital Regional.

População de Pesquisa

Os questionários foram aplicados aos gerentes dos hemocentros, núcleos hemoterápicos e unidade de coleta e transfusão que compõem a Hemorrede Pública de Mato Grosso do Sul.

Instrumento da coleta de dados

Os dados foram coletados mediante preenchimento de questionário à distância, em cujas questões estavam representados os indicadores das variáveis do problema. A elaboração do questionário teve por base a legislação do SINASAN, mais especificamente os artigos pertinentes à administração dos Núcleos Hemoterápicos do Estado.

O questionário é composto de duas partes. A primeira é constituída por questões estruturadas, diretamente relacionadas aos capítulos da Lei do SINASAN. A segunda é composta de uma pergunta não-estruturada, destinando-se a identificar as dificuldades no cumprimento da legislação. Para as respostas negativas foi utilizada uma tabela com cinco alternativas previamente codificadas: 1) não se aplica; 2) desconhece a lei; 3) e 4) por falta de recursos humanos/financeiros; 5) de competência do Hemocentro Coordenador e 6) recusa do serviço.

Para fins de avaliação dos quesitos que regulamentam a legislação dos serviços hemoterápicos, os mesmos, foram agrupados em seis categorias, que contemplavam a análise de variáveis da legislação, conforme segue: complexidade/infraestrutura; controle de qualidade; financeiro; gestão/abrangência; impacto epidemiológico e recursos humanos.

Dificuldades metodológicas

Na formulação do questionário, procurou-se adequar as questões às hemorredes pesquisadas com o objetivo de obter informações mais precisas para melhor consolidação dos dados desejados. No entanto, o fato das leis permitirem múltiplas interpretações em algumas hemorredes, resultou em dificuldades na interpretação de algumas questões com respostas inesperadas e sem sentido, determinando a necessidade de um contato direto com o entrevistado, buscando explicar a pergunta e consequentemente obter uma nova resposta.

Como consequência de não ter sido aplicado um pré-teste, algumas respostas “não” foram omitidas, talvez pela inexistência de duas alternativas que poderiam responder melhor às perguntas “não” e “não soube responder”.

Algumas perguntas poderiam originar duas respostas com codificação “não”, ou seja, não “Por Falta de Recursos Financeiros” e não “Por Falta de Recursos Humanos”, os quais foram apresentados nas tabelas como “Não 3 e ou 4”, expressando essa combinação de realidade. Lembrando que as demais respostas são mutuamente excludentes nos demais blocos.

Procedimentos da coleta de dados

O questionário foi remetido pelo correio a todos os gerentes/coordenadores dos Hemocentros, Núcleos Hemoterápicos e Unidade de Coleta e Transfusão da Hemorrede da Pública de Mato Grosso do Sul, no segundo semestre de 2006, acompanhado de um manual de instruções para orientação do seu preenchimento.

Tratamento dos dados

Os dados foram tabulados manualmente, uma vez que o universo estudado é pequeno, e foram agrupados em seis categorias.

Aspectos éticos do estudo

Foram encaminhados a Carta de Anuência e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de acordo com a Resolução do CONEP nº 196/96 (BRASIL, 1996). O primeiro solicitando o consentimento da participação do entrevistado, resguardando-lhe todos os direitos contidos na Resolução citada. O segundo, solicitando autorização ao responsável pela instituição para aplicação do questionário, deixando claro que guardaremos sigilo e confidencialidade dos dados levantados e a preservação da identidade dos gerentes/coordenadores, responsáveis pelo preenchimento do questionário.

RESULTADOS

Complexidade/Infraestrutura

Nesta categoria não foi identificada nenhuma resposta negativa por “recusa do serviço” e por “desconhecimento da lei”. A questão sobre “armazena plasma fresco congelado” obteve 100% das respostas afirmativas nas unidades hemoterápicas pesquisadas, das quais apenas 8,3% afirmaram transferir seu excedente. Quanto

à realização das transfusões autólogas, que dispõe o sangue sem o risco da transmissão de doenças, 58,3% responderam afirmativamente, sendo estes percentuais equivalentes ao total das transfusões realizadas (58,4%). Do total das transfusões, 16,7% foram hospitalares e 41,7% ambulatoriais. A aférese foi efetuada em 16,7% dos serviços. Nenhuma das unidades apresentou atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em hematologia ou hemoterapia. Apenas 16,7% apresentaram seus serviços informatizados e 25,0% possuíam banco de dados. Nenhuma das unidades respondeu produzir derivado industrializado do plasma ou reagentes de uso laboratorial em hemoterapia e hematologia. O atendimento a pacientes portadores de hemoglobinopatias obteve sim em 33,3% das unidades pesquisadas.

Controle de Qualidade

Na questão relacionada à realização de controle de qualidade dos hemocomponentes, 50% das respostas foram afirmativas. Dos serviços avaliados, 41,7% efetuaram controle de qualidade nos exames sorológicos e 66,7% nos exames imuno-hematológicos. Apenas 16,7% das unidades realizaram controle de qualidade nos equipamentos e 41,7% em reagentes e correlatos. A complementaridade das respostas foi na sua maioria atribuída à responsabilidade do hemocentro coordenador. Perguntado se possuía manutenção preventiva periódica, mensal e trimestral, dos equipamentos e, anual, das instalações físicas, 58,3% atribuíram à responsabilidade do hemocentro coordenador. A manutenção periódica, a cada seis meses, dos equipamentos obteve resposta sim em 41,7%. O sistema de garantia de qualidade esteve presente em 33,3% dos serviços.

Os procedimentos operacionais padrão (POP) estavam atualizados em 100% dos serviços hemoterápicos, dos quais o de transporte e estocagem estava adequado em 91,7% das unidades, pois os procedimentos de cada setor devem acompanhar as orientações das atividades padronizadas. O mecanismo de controle de descarte de material ocorreu em 83,3% das unidades, demonstrando o compromisso dos serviços de saúde com os resíduos de saúde na proteção ao meio ambiente.

Financeiro

A cobrança de procedimentos e honorários médicos foi efetuada em apenas uma unidade, já que nenhum serviço cobra dos planos de saúde e de pacientes particulares. Também não ocorreu a complementação financeira voltada para a assistência e melhoria da qualidade do sangue.

Gestão e Abrangência

Existe em todo o Estado apenas uma unidade privada fornecendo sangue a leitos SUS. Os alvarás atualizados de funcionamento da vigilância sanitária somente foram expedidos para 41,7% das unidades, os 58,3% restantes atribuíram a falta de alvarás à falta de recursos humanos. Das unidades pesquisadas, 91,7% disseram atender leitos SUS, privados e contratados. O cadastro de doadores voluntários de medula óssea somente é realizado por uma unidade da rede. Algumas unidades, 33,3% alegaram justamente ao hemocentro coordenador a responsabilidade dessa atividade. Nenhuma das unidades envia sangue a outro Estado, já que apenas uma delas atende todo o Estado de Mato Grosso do Sul e todas as unidades têm abrangência municipal. Quanto à fiscalização dos produtos hemoterápicos públicos e privados foi realizada por 25% e 16,7%, respectivamente dos serviços. A fiscalização da utilização e estocagem de hemocomponentes e hemoderivados em todas as instituições privadas, não é diferente, apenas 16,7% a realiza. O conselho estadual de saúde acompanha apenas uma unidade da hemorede e uma unidade disse desconhecer a lei. Portadores de doenças hematológicas têm acesso aos medicamentos estratégicos em 91,7% das unidades. A divulgação do relatório das ações estaduais do sangue cabe ao hemocentro coordenador, segundo 83,3% das unidades pesquisadas. As campanhas educativas estão presentes em 91,7% das unidades, buscando fidelização do doador e a qualificação do serviço. A respeito do plano diretor apenas 16,7% dizem possuí-lo e seguir suas metas. Uma unidade possui câmara técnica e duas delas atuam nas suas deliberações. Apenas uma unidade coordena sua câmara técnica (8,3%) e não houve nenhuma resposta negativa por “recusa do serviço”.

Impacto Epidemiológico

Nesta categoria, 100% das unidades realizam proteção e orientação ao doador inapto e encaminhamento deste doador às unidades que promovem o suporte clínico. Nas questões prevenção, diagnóstico e atendimento a reações transfusionais adversas, 50% afirmaram a execução e outros 50% alegaram falta de recursos humanos. As variáveis de prevenção, triagem, diagnóstico e aconselhamento de doenças hemotransmissíveis, tiveram um percentual afirmativo mínimo de 75%, atribuindo às respostas negativas a responsabilidade do hemocentro coordenador, falta de recursos financeiros e (ou) falta de recursos humanos.

Recursos Humanos

A responsabilidade técnica exercida por médico devidamente treinado e processamento do sangue por profissional da saúde de nível superior estiveram presentes em 66,7% e 58,3% das unidades, respectivamente. Apenas 25% das unidades

possuem hemoterapeuta e (ou) hematologista como responsável técnico pela instituição, assim como, programa de educação continuada para profissionais de nível superior, médio e elementar. Quanto às atividades específicas de ensino em hemoterapia e hematologia apenas 33,3% das unidades as possuem.

Descrição de dificuldades elencadas pelas unidades pesquisadas que prejudicam o cumprimento da legislação da ANVISA.

Foram solicitadas às unidades pesquisadas, no máximo, cinco dificuldades para o cumprimento da legislação da ANVISA. Ao final, quarenta dificuldades foram selecionadas e distribuídas em seis categorias para melhor interpretação das variáveis. Demonstraremos os resultados nas categorias citadas em termos percentuais como segue: na categoria complexidade/infraestrutura, 40% das dificuldades; na categoria controle de qualidade, 15% das dificuldades; na categoria abrangência/gestão 12,5%, das dificuldades; na categoria financeiro, 7,5% das dificuldades e na categoria recursos humanos, 25% das dificuldades.

Na categoria *complexidade/infraestrutura*, a informatização e a estrutura física das unidades foram as mais citadas. A falta de gerenciamento informatizado do circuito do sangue e dos doadores dificulta o trabalho, bem como o rastreamento dessas unidades e desses doadores. Citaram também a necessidade de manutenção e reforma dos prédios.

Na categoria *controle de qualidade* foi citado a falta de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, como também a falta de alarmes nos refrigeradores.

Na categoria *abrangência/gestão*, a falta de alvará sanitário; prontuário de pacientes; material de consumo e morosidade no encaminhamento de insumos, são os principais problemas nas unidades do interior.

Na categoria *recursos humanos*, a falta de profissionais; treinamento e os baixos salários foram os mais citados. Na categoria *financeiro*, destacaram também a falta de suprimento de fundos para compras e consertos emergenciais de baixo valor.

DISCUSSÃO

Leis, Decretos, Resoluções e Portarias sancionadas para normalizar os procedimentos hematológicos e hemoterápicos descrevem as recomendações e obrigatoriedades para as unidades hemoterápicas do país.

No caso da Hemorrede de Mato Grosso do Sul, em primeira análise, a disponibilidade de profissionais, tanto em quantidade quanto em qualificação, devido à alta complexidade destas atividades da área da saúde, resulta na centralização no hemocentro coordenador da maioria dos procedimentos como: sorologia, controle de qualidade de hemocomponentes e reagentes, educação continuada, gerência de recursos humanos, gerência de resíduos de serviços de saúde, auditoria interna, faturamento, etc.

Ao estudarmos a categoria “*Complexidade e Infraestrutura*”, observamos que a transfusão ambulatorial é realizada nas unidades em que a demanda justifique a necessidade. A estrutura nos núcleos hemoterápicos para atendimento deste procedimento, em razão do seu volume, não compensa economicamente, além de deixar os funcionários ociosos. Desta forma centros menores com poucas cirurgias e poucos pacientes com doenças crônicas, utilizam os repousos dos hospitais para receberem seus hemocomponentes e ou hemoderivados.

Após análise operacional e determinação técnica da hemorrede, definiu-se que as unidades intra-hospitalares seriam responsáveis pelas transfusões ambulatoriais e hospitalares de sua abrangência. Outras unidades distribuem os hemocomponentes para as agências transfusionais que são responsáveis pelo procedimento ou o corpo de enfermagem. A estrutura nos núcleos hemoterápicos para atendimento deste procedimento, em razão do seu volume, não compensa economicamente, além de deixar os funcionários ociosos.

As transfusões autólogas ainda pouco solicitadas dependem da sensibilização dos pacientes pelos médicos cirurgiões, que serão encaminhados a uma das unidades para avaliação clínica, orientação e coleta. Praticamente 50% das unidades não incluíram esse procedimento na rotina por falta de hematologistas ou hemoterapeutas. A realização da aférese está diretamente ligada à necessidade terapêutica dos serviços da macrorregião, tais como, locais com serviço de oncologia, cirurgia cardíaca, reumatologia e neurologia. A Lei 10.205/2001 (BRASIL, 2001b), no seu Art. 3º, Inc. III, refere-se às transfusões autólogas e a aférese como procedimentos hemoterápicos especiais, encontrados nos Hemocentros coordenadores.

Por causa do número de freezers disponível, todas as unidades armazenam o plasma fresco congelado, mas a falta de indústrias que processem o plasma no Brasil impede a transferência deste plasma excedente, ocasionando o seu expurgo ao final de doze meses de armazenamento. Fato inadmissível, após um custo altíssimo do processamento desse sangue e do ato de altruísmo do doador de sangue. De acordo com a previsão do Ministério da Saúde, no Art. 14, § 2º, da Lei 10.205 (BRASIL, 2001b), a obrigatoriedade do armazenamento e transferência do plasma, dispôs aos Hemocentros do país, convênios para aquisição de freezers.

A escassez de recursos financeiros e humanos inviabiliza as atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, conforme objetiva o SINASAN no Art. 15, Inc.

IX (BRASIL, 2001b). Uma saída seria firmar convênios com as Universidades do Estado para o desenvolvimento destas atividades.

O sistema informatizado do ciclo do sangue e do doador, HEMOVIDA, permite total gerenciamento das atividades nas unidades e apenas 16,7% delas possuem este tipo de controle. Outras unidades dispõem de número reduzido de computadores permitindo apenas a implantação de banco de dados de doadores e pacientes. O banco de dados dos exames sorológicos do interior fica armazenado no hemocentro coordenador, responsável pela realização destes exames. A RDC n.º 153/2004 (BRASIL, 2004b) determinou que a informatização das unidades deveria ser implantada até dezembro de 2.005, amparada pela Lei 10.205 (BRASIL, 2001b) no seu Art.15, Inc. X. A insuficiência de recursos financeiros e recursos humanos contribuem para que o serviço informatizado seja deficiente na hemorrede, o que ocasiona grandes possibilidades de erros, dificuldades na rastreabilidade e seleção do doador. A deficiência de hematologistas nas cidades do interior do Estado permitiu que apenas 33,3% das unidades atendessem portadores de hemoglobopatias. Lembrando-se que médicos treinados também atendem estes pacientes ou são encaminhados aos centros de referência para tratamento. Debates realizados no Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia em Recife entre 3 e 6 de novembro de 2006, concluíram pela falta de divulgação e incentivo para que médicos recém-formados realizem seleção para a residência da especialidade. A Lei 10.205 (BRASIL, 2001b), Art. 7º, é clara em designar ao médico hemoterapeuta ou hematologista como responsável técnico pelas atividades hemoterápicas e na sua ausência, outro médico devidamente treinado.

Notamos que o *controle de qualidade* de hemocomponentes, exames sorológicos, exames imuno-hematológicos, reagentes, correlatos e de equipamentos (BRASIL, 2001b, art. 3.º), quando não são realizados pela própria unidade, são realizados pelo hemocentro coordenador. A falta de profissional capacitado muitas vezes faz com que essas atividades sejam centralizadas no hemocentro coordenador, que recebem as amostras e enviam os resultados utilizando internet, fax, correio e transportadora de cargas. Das unidades pesquisadas, a cidade de Paranaíba é a mais distante de Campo Grande, perfazendo uma distância de 391 km, via terrestre com boa pavimentação.

Quase 100% das unidades possuem POP devido à exigência da legislação e a cobrança pela vigilância sanitária, faltando apenas à atualização de uma unidade que teve seu endereço mudado recentemente. Esta unidade não dispensa seus produtos a outros serviços, pois os utiliza no próprio hospital que tem produção insuficiente para suas necessidades e é suprida pelo hemocentro coordenador ou outro núcleo hemoterápico mais próximo.

O sistema de garantia de qualidade se mostrou deficiente sob alegação da falta de recursos em 8,3%. Outros 25% acreditam que essa garantia de qualidade seja de responsabilidade do hemocentro coordenador e 33,3 % disseram não possuir tal

garantia. Quadro grave, que necessita de urgência na implantação do serviço a ser gerenciado por um comitê específico, a fim de oferecer segurança transfusional ao paciente.

A implantação da gerência de resíduos de serviço de saúde, otimizou o controle de descarte de material (BRASIL, 2001b, art. 15, Inc. IV), que agora está em implantação no interior do estado com mais recursos financeiros e com equipe permanente.

As manutenções preventivas periódicas na sua maioria foram destinadas à responsabilidade do hemocentro coordenador por contar com profissional concursado e outros com contratos terceirizados. Não somente nos casos de manutenções preventivas, bem como corretivas (BRASIL, 2001b, art. 15, Inc. VI), existe a necessidade de equipamentos sobressalentes para reposição quando a demora for longa para a devolução dos aparelhos.

O orçamento anual aprovado para a hemorrede prevê gastos com a manutenção das instalações físicas das unidades, sendo o hemocentro coordenador o responsável pela avaliação e controle da utilização destes recursos. Em algumas unidades, o convênio de parceria com as prefeituras prevê as manutenções periódicas mais simples. Casos graves como vazamento de esgoto, infiltrações pelo teto e paredes podem determinar o fechamento da unidade, até que o conserto seja efetuado.

Na categoria “*Financeiro*”, as unidades pesquisadas enviam relatório de produção para o hemocentro coordenador consolidar o faturamento da hemorrede, que é encaminhado para a Secretaria de Saúde do Estado efetuar a cobrança. A falta de autonomia administrativa e financeira impediu politicamente a cobrança pelo atendimento de planos de saúde e particulares, contrariando a Portaria N° 1.737 (BRASIL, 2004d), caracterizando o financiamento do setor privado. Da mesma forma todo repasse financeiro fica retido no tesouro estadual, cabendo ao secretário de saúde a decisão de investimento nas ações voltadas para a hemoterapia e a melhoria da qualidade do sangue, o que muitas vezes é desviado para outro setor da saúde.

Em “*Gestão e Abrangência*”, o fornecimento de sangue é integral em 91,7% das unidades pesquisadas (BRASIL, 2001b, art. 14, Inc. I), isso porque existe uma unidade contratada SUS que atende na cidade de Campo Grande. Da mesma forma, o atendimento a leitos privados e contratados SUS são realizados pela hemorrede - MS, com exceção do hospital contratado SUS que possui banco de sangue próprio. Mas, em casos de urgência, a hemorrede, atende este hospital quando devidamente documentado. A falta de alvará atualizado em 58,3% das unidades se deve a falta de hematologistas ou hemoterapeutas e a recusa de médicos devidamente treinados, não assumirem a responsabilidade das unidades, por causa de contratos de trabalho temporários. A hemorrede realizou concurso recentemente para suprir as necessidades de profissionais, sem homologação do

mesmo, em decorrência do impedimento previsto no período eleitoral. A falta de vínculo empregatício ou vínculo simplificado, condiciona a falta de interesse por parte do funcionário e uma grande rotatividade desses profissionais nos serviços de saúde, determinando a perda na qualidade do atendimento e nos produtos finais.

O Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) destina-se a apenas uma unidade, ao hemocentro coordenador por possuir pessoal treinado e estrutura para o transporte das amostras até o laboratório de Antígeno de Histo-compatibilidade Leucocitário (HLA), situado em outro estado. A presença de um laboratório de HLA no Estado, possibilitaria a coleta de amostras nas unidades pesquisadas, pois facilitaria o transporte do material em tempo hábil para a realização do exame. As unidades hemoterápicas do Mato Grosso do Sul não encaminham sangue e componentes para outros estados, atendo-se exclusivamente a dispensar seus componentes a pacientes do município e da região de saúde da sua jurisdição. Apenas, o hemocentro coordenador dispensa seus componentes a todo o estado de Mato Grosso do Sul.

A hemorrede, por meio do setor de educação continuada, promove cursos aos funcionários das unidades a fim de transformá-los em multiplicadores para desenvolverem campanhas educativas nas suas regiões de cobertura.

Somente 25% das unidades fiscalizam produtos hemoterápicos nas instituições públicas e 16,7% nas instituições privadas (BRASIL, 2001b, art. 15, inc. V). Na mesma proporção, 16,7% fiscalizam a utilização e estocagem de hemocomponentes em instituições privadas. Esse baixo índice de fiscalização por parte das unidades ocorre, porque a fiscalização na maior parte das vezes compete à vigilância sanitária. Entendemos que a Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), permita que a fiscalização possa ocorrer conjuntamente e que sabiamente estabelece a competência às questões técnicas a Hemorrede e às questões sanitárias a vigilância sanitária, o que evitaria a perda e a falta de componentes nas instituições hospitalares.

O conselho estadual de saúde tem acompanhado apenas o hemocentro coordenador, o qual tem prestado contas e apresentado o plano diretor anualmente (BRASIL, 2001a, art. 5º). A pouca qualificação dos conselheiros municipais é o fator principal na ausência do controle social na questão sangue. Nessa óptica, um integrante do conselho estadual de saúde é convidado a participar permanentemente da câmara técnica estadual. O plano diretor estadual contempla todos os municípios do estado mediante análise técnica.

Existe apenas a câmara técnica do hemocentro coordenador, que é constituída por representantes da sociedade civil e por coordenadores das unidades hemoterápicas (BRASIL, 2001a, art. 7º). Observa-se nas respostas do questionário, que muitos destes coordenadores, (83,3%) não conhecem a legislação, ao responderem sobre a atuação na câmara técnica e a coordenação da mesma.

Em “*Impacto Epidemiológico*”, observamos que a prevenção, o diagnóstico e o atendimento a reações transfusionais adversas (BRASIL, 2001b, art. 3º, inc. V), não são realizados por 50% das unidades pesquisadas. No interior do estado a falta de mão-de-obra qualificada evidente nas unidades menores, fez com que houvesse treinamento dos profissionais dos hospitais atendidos para essas atividades e intercorrências. Ressalte-se que essas unidades não realizam transfusão ambulatorial. A carência de recursos humanos responde que em apenas 6,7% há a prevenção e o aconselhamento de doenças hemotransmissíveis. Essas unidades aguardam a homologação do concurso, após o pleito eleitoral para sanar suas carências de pessoal. Devido a melhor utilização dos recursos humanos da capital e de contenção de gastos, decidiu-se centralizar o módulo sorológico. Assim, o hemocentro coordenador conta com equipamentos automatizados que permitem maior segurança, qualidade e rapidez na realização dos exames sorológicos. Além do hemocentro coordenador, o módulo sorológico é realizado no hemocentro regional de Dourados por ser um centro de referência com aproximadamente 312.000 habitantes e Ponta Porá pela violência da fronteira e a migração de pacientes do Paraguai que buscam atendimento no lado brasileiro. Os exames reagentes e indeterminados destas unidades são encaminhados ao hemocentro coordenador para a realização dos exames confirmatórios, decisão que diminui os custos operacionais. Mesmo não sendo obrigatório, a conclusão diagnóstica proporciona maior segurança e avalia a triagem das doenças hemotransmissíveis.

Na categoria “Recursos Humanos”, fica evidente a deficiência de profissionais de nível universitário. Médicos hematologistas ou hemoterapeutas estão presentes em apenas 25 % das unidades pesquisadas e necessitou-se de médicos de outras especialidades para suprir as faltas. Desta forma foram autorizados contratos simplificados e plantões sem vínculo para que o atendimento das unidades da hemorrede não fosse paralisado. A falta de concursos e os baixos salários foram determinantes para essa carência.

Os programas de educação continuada (BRASIL, 2001a, art. 5º, inc. IX) também foram centralizados no hemocentro coordenador. Nos núcleos hemoterápicos e unidade de coleta e transfusão, existem profissionais capacitados para ministrarem treinamentos a colegas da própria unidade, ficando o hemocentro coordenador responsável pelo registro e emissão dos certificados.

As atividades de ensino em hematologia e hemoterapia obtiveram grande crescimento recentemente por meio de convênios firmados com universidades e a escola de saúde pública. Desta forma, muitos funcionários tiveram seus conhecimentos atualizados e outros profissionais concluíram os cursos da hemorrede. Ainda assim, o hemocentro coordenador se responsabiliza por grande parte dessa atividade. O setor de processamento do sangue sente a falta de profissionais de nível universitário em 41,7% das unidades, fato justificado pela falta de concurso público e pelos baixos salários praticados no Estado.

Finalizando, a subjetividade de algumas recomendações e obrigаторiedades, somadas, a falta de clareza na descrição dos artigos, sugere uma revisão na Lei do SINASAN. Percebeu-se na aplicação do questionário que os gerentes das unidades hemoterápicas pesquisadas tiveram dificuldades na interpretação das perguntas, culminando com respostas absurdas e sem sentido. Constatou-se algumas vezes desconhecimento da legislação nas variáveis relativas às atividades administrativas.

CONCLUSÃO

Percebe-se claramente que a hemorrede pública do Estado de Mato Grosso do Sul, ao traçar seu plano administrativo, procurou priorizar suas particularidades regionais no que tange a cultura do seu povo, o relevo geográfico e a fronteira com países vizinhos como a Bolívia e o Paraguai. Essas características muitas vezes ultrapassam os limites da legislação em busca de um melhor atendimento para a população do estado.

Os dilemas éticos do dia-a-dia, muitas vezes são tratados com bom senso, uma vez que a falta de autonomia administrativa, financeira e política, muitas vezes desencadeia decisões por autoridades sem o mínimo conhecimento técnico. Esta ingerência, originada nos pleitos eleitorais muda o rumo dos objetivos ao substituir técnicos por pessoas de outras áreas e ao utilizar os repasses financeiros dos hemocentros em outras áreas da saúde. Essa má versação dos recursos financeiros, aliada à desatualizada tabela de procedimentos do SUS e a falta de cobrança dos planos de saúde e serviços particulares inviabilizaram o investimento em recursos humanos e procedimentos da alta tecnologia. Aliada a isso, a Lei Estadual de Mato Grosso do Sul N° 2.261/2001 “Lei do Rateio” não observa quem produziu, mas apenas prevê que a despesa geral do Estado será dividida por todos igualmente.

Esta pesquisa demonstrou claramente as deficiências encontradas na aplicabilidade da legislação, e a reversão do quadro apresentado requer tempo e comprometimento de todos. Utilizar as câmaras técnicas em conjunto com os conselhos de saúde será de extrema importância para traçar um planejamento e sanar as falhas encontradas.

Face ao exposto, a Hemorrede/MS deverá priorizar: a homologação do concurso público realizado e a contratação dos classificados; praticar salários atrativos e competitivos de mercado; estimular a implantação das câmaras técnicas transfusionais no interior do Estado; participar, mesmo como ouvinte, dos conselhos de saúde; informatizar toda a rede; analisar a possibilidade de descentralizar o controle de qualidade dos reagentes, de correlatos, de hemocomponentes, da manutenção preventiva periódica dos equipamentos e dos prédios; descentralizar a

educação continuada; apontar as subjetividades e múltiplas interpretações encontradas na legislação, propondo nova redação; articular politicamente o direito de obter autonomia administrativa e financeira, e finalmente cobrar o repasse pelos serviços prestados a planos de saúde e serviços particulares.

No âmbito federal, sugere-se a continuidade da construção de uma indústria que processe o plasma excedente evitando sua enorme perda por prazo de validade, o qual seria revertido em dividendos aos cofres públicos.

Entretanto, convênios com a união possibilitam o investimento na área, mas não se comprometem com o seu custeio, pois não há revisão dos preços da tabela de procedimentos hemoterápicos por mais de dez anos, que caminhou em total descompasso com o dólar e também não acompanhou as exigências de qualidade da nossa legislação, fiscalizada pela ANVISA.

A hemoterapia brasileira desde os seus primórdios demonstra a busca por uma organização e modelo característico para nosso país, observando suas particularidades regionais. A evolução tecnológica e a adoção de novos conceitos gerenciais sinalizaram pela necessidade de atualização da legislação e que as principais mudanças no sistema hemoterápico do país deveriam ocorrer por intervenção de especialistas ou por influência direta das autoridades governamentais, e não por causas aleatórias como, por exemplo, o advento de novas doenças e ou por razões econômicas.

Assim, espera-se a busca da excelência com a implementação dos serviços hemoterápicos, seguindo as determinações do SINASAN, que sempre almejará superar as expectativas dos pacientes por meio da segurança transfusional e da auto-suficiência de sangue, componentes e derivados no Estado de Mato Grosso do Sul.

Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo de Gestão da Hemorrede Pública do Estado do Rio Grande do Sul

Autora: Sílvia Maria Spalding¹

Orientador: Professor Adriano Cavalcante Sampaio²

¹ HEMORGS-FEPPS-RS

² Núcleo Integrado de Saúde Coletiva - NISC - Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS) é uma fundação de direito público, vinculada à Secretaria da Saúde do Estado, criada por meio da Lei n.º 10.349/94. A FEPPS coordena o Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul, HEMORGS, é o hemocentro coordenador da hemorrede pública estadual (HC). O HEMORGS coleta, processa, qualifica e distribui sangue e hemoderivados para 40 hospitais conveniados, localizados em Porto Alegre, na Grande Porto Alegre e no Interior, além de desenvolver atividades de ensino, treinamento, pesquisa e assistência.

O HEMORGS tem o papel de coordenador da hemorrede pública do Estado, descentralizando e interiorizando os serviços de hemoterapia como forma de facilitar o acesso à doação. Compõem a hemorrede pública os seguintes serviços hemoterápicos: HEMORGS, Grupo Hospitalar Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na cidade de Porto Alegre, os Hemocentros Regionais de Passo Fundo, de Caxias do Sul, de Pelotas, de Santa Rosa, de Alegrete, o Núcleo de Hemoterapia de Cruz Alta e o do Hospital de Clínicas de Santa Maria. Não estão em funcionamento o Hemocentro Regional em Santa Maria e o Núcleo de Hemoterapia em Palmeira das Missões.

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, pela Portaria da Regionalização Solidária n.º 52, de 28 de dezembro de 2001, determinou repasses financeiros e consolidou a responsabilidade gerencial administrativa dos municípios sobre os hemocentros regionais e núcleos de hemoterapia do Estado. Mediante a celebração de convênios, foi consolidada esta realidade, com cronograma específico de implantação. Esta situação não evoluiu adequadamente e muitas unidades hemoterápicas não foram inauguradas e outras não atenderam toda a cobertura programada, o que culminou em uma resolução da Comissão Intergestores Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde, em fevereiro de 2006, que, por necessidade de operacionalização do sistema público de hemoterapia, emitiu parecer favorável à retomada da responsabilidade da hemorrede pública pelo Estado.

O Estado do Rio Grande possui 271 serviços hemoterápicos, destes, trinta e seis são públicos (Tabela 1).

Tabela 1. Relação de serviços de hemoterapia do Rio Grande do Sul.

Natureza do SH	Tipo do SH	Quantidade
Privada	Agência transfusional	11
	Núcleo de Hemoterapia	4
	Central de Triagem Laboratorial	1
SUBTOTAL	PRIVADOS	16
Privada conveniada	Agência transfusional	187
	Núcleo de Hemoterapia	24
	Unidade de Coleta e Transfusão	8
SUBTOTAL	PRIVADOS/CONVENIADOS	219
Pública	Agência transfusional	25
	Hemocentro Coordenador	1
	Hemocentro Regional	6
	Núcleo de Hemoterapia	3
	Unidade de Coleta e Transfusão	1
SUBTOTAL	REDE PÚBLICA	36
TOTAL	SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS	271

Fonte: Hemocad-ANVISA/MS - 2005

A capacidade da hemorrede pública do Estado é de 639.360 bolsas de hemocomponentes processadas, descontando-se o índice de sorologia reagente e de outras causas, tem-se um quadro hipotético de 560.015 bolsas processadas para aplicação nos leitos SUS. Essa possibilidade de processamento supera a expectativa posta nos parâmetros do Plano Nacional de Sangue, vislumbra-se a possibilidade de cobertura de 100% dos leitos SUS, com excedente de produção, utilizando somente a Hemorrede Pública Estadual.

Este trabalho buscou contribuir para a discussão do desenvolvimento e aperfeiçoamento da estrutura organizacional da hemorrede pública estadual. Ao reunir elementos situacionais e prospectivos, procurou gerar condições para a construção de uma visão futurista que servisse de ferramenta para otimizar o atendimento da demanda e, dessa forma, evidenciar a necessidade de implementar as ações em desenvolvimento nos Estados e avançar no processo de gestão dos serviços de hemoterapia e hematologia.

O objetivo geral deste trabalho foi identificar e avaliar a aplicação dos artigos referentes à gestão de hemocentros públicos estaduais contidos na legislação do SINA-SAN: Lei n.º 10.205/01 (BRASIL, 2001b); Decreto n.º 3.990/01 (BRASIL, 2001a) e n.º 5.045/04 (BRASIL, 2004a) e da Resolução n.º 151/01 (BRASIL, 2001c). Além disso, como objetivos específicos, identificar as variáveis que estariam impedindo o cumprimento dos artigos da lei pertinente e propor soluções para contornar os problemas encontrados.

MÉTODO

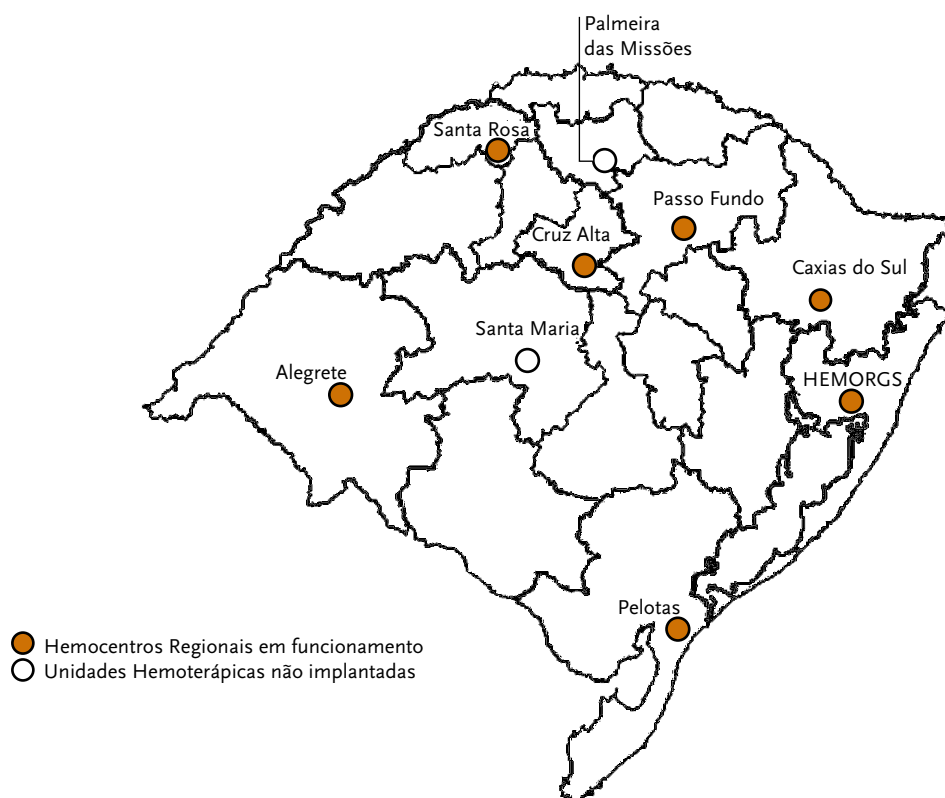
Natureza do estudo

Foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva, transversal. O estudo realizou levantamentos em fonte primária de dados.

Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Hemorrede Pública do Estado do Rio Grande do Sul (hemocentros e núcleos hemoterápicos). As atividades da saúde pública estão organizadas em 19 coordenadorias regionais e estas agrupadas em sete macrorregiões onde funcionam seis serviços hemoterápicos regionais e dois aguardam a inauguração (Figura 1).

Figura 1. Divisão Estadual por Coordenadorias Regionais de Saúde e por macrorregiões no Estado do Rio Grande do Sul.



População de Pesquisa

Os questionários foram aplicados aos gerentes e gestores da Hemorrede Pública Estadual (hemocentros e hemonúcleos): Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde, HEMORGS/FEPPS, hemocentro coordenador da hemorrede pública estadual (HC), e os serviços hemoterápicos do Grupo Hospitalar Conceição e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na cidade de Porto Alegre, os Hemocentros Regionais de Passo Fundo (HEMOPASSO), de Caxias do Sul (HEMOCS), de Pelotas (HEMOPEL), de Santa Rosa (HEMOSAR), de Alegrete (HEMOESTE) e o Núcleo de Hemoterapia de Cruz Alta.

Instrumento da coleta de dados

Os dados foram coletados mediante preenchimento de questionário em cujas questões estavam representadas as variáveis da legislação. A elaboração do questionário teve por base a legislação do SINASAN, mais especificamente os artigos pertinentes à administração dos núcleos hemoterápicos do Estado.

O questionário se apresenta em duas partes. A primeira é constituída por questões estruturadas diretamente relacionadas aos capítulos da Lei do SINASAN, com a possibilidade de respostas afirmativas ou negativas, neste último caso, com as opções: não se aplica, desconhece a lei, falta de recursos financeiros e (ou) humanos, de competência do hemocentro coordenador e recusa do serviço.

A segunda é composta de uma pergunta não estruturada, destinando-se a identificar as dificuldades no cumprimento da legislação. Nesta questão foi solicitado que cada serviço descrevesse no máximo cinco dificuldades encontradas no cumprimento da legislação do SINASAN. Para as respostas negativas foi utilizada uma tabela com cinco alternativas previamente codificadas.

Para fins de avaliação dos quesitos que regulamentam a legislação dos serviços hemoterápicos os mesmos foram agrupados em seis categorias, que contemplavam a análise das questões do SINASAN, conforme segue: complexidade/infraestrutura, controle de qualidade, financeiro, gestão/abrangência, impacto epidemiológico e recursos humanos.

Procedimentos da coleta de dados

O questionário foi remetido a 100% dos gerentes/coordenadores dos serviços hemoterápicos pelo correio, no segundo semestre de 2.006, acompanhado de um manual de instruções que orientou o seu preenchimento. Posteriormente ocorreu a confirmação das respostas, via telefônica.

Tratamento dos dados

Os dados foram tabulados manualmente visto que o universo estudado ser pequeno e agrupados em seis categorias, conforme já citado.

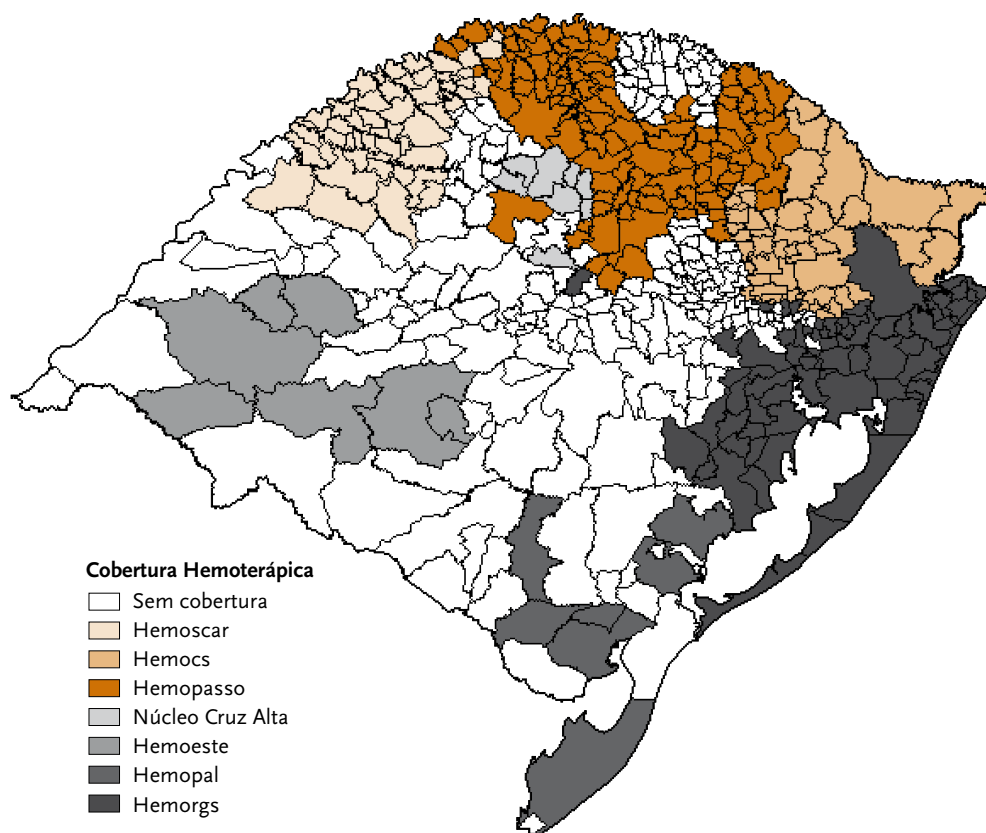
Aspectos éticos do estudo

Foram encaminhados a Carta de Anuência e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de acordo com a Resolução do CONEP n.º 196/96 (BRASIL, 1996). O primeiro solicitando o consentimento da participação do entrevistado, resguardando-lhe todos os direitos contidos na Resolução citada. O segundo solicitando autorização ao responsável pela instituição, para aplicação do questionário, deixando claro que guardaremos sigilo e confidencialidade dos dados levantados e preservação da identidade dos gerentes/coordenadores, responsáveis pelo preenchimento do questionário.

RESULTADOS

Foram identificadas diferenças entre o modelo formal pactuado para o fornecimento da hemocomponentes pela hemorrede pública, efetuado mediante convênios e respeitando critérios de cobertura das coordenadorias regionais de saúde e por macrorregiões (Figura 1) e o que está sendo operacionalizado em termos de abrangência municipal, ocorrendo o descumprimento do fornecimento de sangue e a contratualização de serviços privados pelos estabelecimentos hospitalares do Estado do Rio Grande do Sul (Figura 2).

Figura 2. Cobertura hemoterápica de leitos SUS pela hemorrede pública do Estado do Rio Grande do Sul, segundo a distribuição municipal.



Complexidade e Infraestrutura

Nesta categoria foram trabalhadas quinze questões, e apenas o armazenamento do plasma foi efetuado na sua totalidade em todos os serviços da hemorrede pública do Estado do Rio Grande do Sul e 33,3% transferem as quantidades excedentes. Somente 44,4% dos serviços estão informatizados e 88,9% têm banco de dados. Quanto às transfusões, tanto as ambulatoriais quanto as autólogas, são efetuadas em 44,4% das unidades e as hospitalares e aféreses em 33,3%. Os portadores de hemoglobinopatias são atendidos em 55,6% dos serviços e as atividades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em hematologia são efetuadas em 22,2% e em 11,1%, respectivamente, destes. Nenhum Serviço executa atividades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em hemoterapia, a produção de derivados industrializados do plasma e a produção de reagentes para uso laboratorial em hemoterapia e em hematologia.

Na categoria de complexidade e de infraestrutura não foi apresentada nenhuma negativa por Recusa do Serviço e uma ocorrência de Desconhecimento da lei na questão de transferência de quantidades excedentes de plasma. A falta de recursos financeiros e (ou) de recursos humanos nas atividades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico de Hemoterapia e Hematologia bem como a realização de aféreses contribui em 33,3% das respostas negativas.

Controle de Qualidade

São executadas na sua totalidade as questões associadas às ações de controle de qualidade na produção de hemocomponentes, de exames imuno-hematológicos, de reagentes e de correlatos, nas unidades da hemorrede pública estadual. As questões de controle de qualidade nos exames sorológicos são efetuadas em 88,9% dos serviços, pois entre as unidades avaliadas existem núcleos de hemoterapia, que não efetuam testagens sorológicas. O controle de qualidade nos equipamentos é efetuado em 77,8% dos serviços, a manutenção preventiva periódica, a cada seis meses, em 44,4%. A manutenção preventiva periódica cada três meses, em 11,1% e a mensal, em 33,3% das unidades hemoterápicas. Os Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) atualizados de transporte e de estocagem existem em todos os serviços e 88,9% possuem todos POPs atualizados, nos quais o Sistema de Garantia de Qualidade ocorre em 33,3%. A manutenção das instalações físicas, com periodicidade anual, ocorre em 33,3% das unidades estaduais.

Na categoria de controle de qualidade não foi apresentada nenhuma negativa por “recusa do Serviço” e por “desconhecimento da lei”. A falta de recursos financeiros e (ou) de recursos humanos impactou em percentuais que oscilaram entre 44,4% e 55,6% nas questões de sistema de garantia de qualidade, de manutenção periódica (anual) das instalações físicas e de preventiva periódica (a cada três meses) dos equipamentos.

Financeira

Nesta categoria todos os serviços efetuam cobrança de procedimentos do SUS, 55,6% dos serviços hemoterápicos complementam o financiamento das ações voltadas para a assistência hemoterápica e 22,2% efetuam cobrança de planos de saúde e de pacientes particulares. Na questão número 3, referente à cobrança de honorários médicos, somente 11,1% responderam afirmativamente; 77,8% escolheram “não se aplica”; e de 11,1% “desconhece a lei”.

Gestão e Abrangência

O fornecimento de hemocomponentes aos leitos do SUS foi de 66,7%, na área de abrangência regional, salientando-se que existem regiões que não estão contempladas neste estudo por existirem serviços que não estão em funcionamento (Figura 1) e, portanto, sem cobertura da hemorrede pública estadual. Estes mesmos percentuais aparecem no fornecimento de sangue aos leitos privados e contratados ao SUS. Em 33,3% dos serviços hemoterápicos não existe alvará de funcionamento atualizado emitido pela Vigilância Sanitária.

Das questões analisadas, somente o armazenamento do plasma foi efetuado em sua totalidade em todos os serviços da hemorrede pública do Estado do Rio Grande do Sul e 33,3% transfere as quantidades excedentes. Em 88,9% dos serviços é efetuado o cadastro do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME). Quanto à abrangência dos serviços somente o hemocentro coordenador possui abrangência estadual (11,1%). Nesta mesma questão número 1, resultou em 11,1% de respostas “não se aplica” e de 22,2% de “recusa do serviço”.

Com relação à fiscalização dos produtos hemoterápicos em instituições públicas, a mesma é efetuada em 33,4% e em privadas em 11,1%. As campanhas educativas são efetuadas em 88,9% dos serviços. Não é efetuada a fiscalização da utilização e estocagem de hemocomponentes e hemoderivados em todas as instituições privadas das áreas de abrangência.

No que se refere ao acompanhamento do controle social, na hemorrede pública, é efetuado pelos Conselhos de Saúde da seguinte forma: 77,8% na esfera municipal, 11,1% na regional e 44,4% na estadual.

Dos serviços que atendem os portadores de doenças hematológicas todos têm garantia de acesso aos medicamentos estratégicos imprescindíveis o que representa 66,7% dos serviços. A coordenação da Câmara Técnica é efetuada por 22,2% dos serviços, 33,3% destes participam deste fórum, dos quais a presença de Câmara Técnica foi relatada em 44,4% dos serviços. Quanto à questão de acompanhamento das metas do Plano Diretor do Sangue apresentou resposta positiva em 44,4% dos estabelecimentos, porém somente 33,4% relataram que possuíam o Plano.

Impacto Epidemiológico

Na categoria de impacto epidemiológico, as questões de triagem para doenças hemotransmissíveis, de proteção e de orientação do doador inapto e o encaminhamento do doador inapto às unidades para que promovam os suportes clínico, terapêutico e laboratorial é efetuada em todos os serviços hemoterápicos da hemorrede pública estadual. A prevenção e o aconselhamento das doenças he-

motransmissíveis ocorre em 88,9% dos serviços e o diagnóstico em 66,7% e em 55,6% a prevenção, diagnóstico e atendimento às reações transfusionais adversas.

Recursos Humanos

Na categoria recursos humanos, todos os serviços hemoterápicos possuem como responsável técnico médico devidamente treinado, porém destes, somente 55,6% são hemoterapeutas e (ou) hematologistas. A questão de educação continuada para os profissionais de nível médio e (ou) elementar ocorre em 66,7% das unidades e para os de nível superior em 44,4% destas. O processamento do sangue é de responsabilidade de profissional da área da saúde com nível universitário em 77,8% dos estabelecimentos. As atividades de ensino em hemoterapia e hematologia ocorrem em 33,3% dos serviços.

Das dificuldades descritas no cumprimento da legislação do SINASAN pelos Serviços Hemoterápicos da Hemorrede Pública do Estado do Rio Grande do Sul

Foram citadas trinta e cinco dificuldades que impactam no cumprimento da legislação do SINASAN, vinculadas à categoria complexidade e infraestrutura (31,4%) e à financeira (25,7%), ambas com forte associação.

Na categoria infraestrutura, foram identificados problemas de adequação de área física os quais não acompanham as demandas da legislação, com isto ocorre um comprometimento de fluxos e da renovação dos alvarás de funcionamento expedidos pela Vigilância Sanitária. Da mesma forma, a insuficiência de equipamentos e a necessidade de informatização, a qual apesar de estar garantida pela legislação não ocorreu adequadamente. A informatização tem impacto nas atividades do setor de controle de qualidade e para a implantação de processo de gestão. A falta de manutenção e calibração de equipamentos ocorre por falta de pessoal qualificado e também pela inexistência de setor de engenharia clínica que execute tais tarefas. Na realidade esta última variável citada tem impacto na categoria de controle de qualidade. O abastecimento descontinuado de insumos causados pela morosidade dos processos licitatórios também foi citado.

De forma significativa, as questões da categoria financeira foram apontadas como causa do descumprimento da legislação, apresentando recursos insuficientes, em que a manutenção da qualidade dos exames laboratoriais não apresenta aporte adequado pelo ressarcimento da tabela do Sistema de Informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e esta dificuldade está associada a todas as categorias avaliadas. Também são citadas falhas no ressarcimento financeiro

adequado causando impacto nos fluxos e em questões da área física, portanto não acompanhando as exigências legais.

Algumas dificuldades estão associadas à categoria controle de qualidade (14,3%) que são as ações de acreditação, de qualidade dos insumos, de manutenção preventiva de equipamentos, sendo salientada a falta de empresas habilitadas para prestação deste tipo de serviço.

Foram citadas questões que impactam na categoria gestão (11,4%) como falta de planejamento e de diretrizes, de interesse dos governantes em buscar qualidade na hemoterapia, de repasse de informações das resoluções da Câmara Técnica e de gerenciamento junto às agências transfusionais conveniadas (controle de efeitos sentinela, controle de qualidade em imuno-hematologia quanto às provas pré-transfusionais e o ato transfusional).

Com os mesmos percentuais da categoria anterior aparece a recursos humanos (11,4%) na qual foi identificada a falta de um programa de capacitação continuada de profissionais que atuam na área de hematologia e hemoterapia e a carência quantitativa de recursos humanos.

Finalmente, na categoria, impacto epidemiológico (5,7%), estão as dificuldades na realização de testes complementares para hepatites B e C e na identificação do vírus HTLV. A triagem dos doadores homossexuais, da mesma forma, é relatada como fonte de preocupação pela subjetividade da legislação vigente frente à modificação do perfil epidemiológico da infecção pelo vírus HIV.

DISCUSSÃO

A Política de Sangue foi implantada antes da descentralização do SUS, seguindo as diretrizes do PLANASHE, que tem como objetivo a cobertura hemoterápica em todo o país. A coordenação da política sempre foi nacional, mas, por falta de legislação específica, houve ambiguidade nas definições de competências das esferas estadual e municipal, após a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), gerando desigualdade nos diversos Estados brasileiros. A Lei Federal n.º 10.205 (BRASIL, 2001b) foi explícita na definição de competências dos gestores, retornando à esfera estadual a responsabilidade da coordenação da política de hemoterapia no Estado do Rio Grande do Sul, deixando a gerência operacional sob a responsabilidade da esfera municipal, o que dificultou a padronização dos processos e presença de forte ingerência política. Além disso, com o decreto n.º 3.990 (BRASIL, 2001a), que regulamenta a lei, o nível nacional induz o gestor estadual a assumir o seu papel, quando determina a obrigatoriedade da criação de plano estadual de he-

moterapia, que deve ser aprovado pela Câmara Técnica Estadual de Hemoterapia e pelo Conselho Estadual de Saúde.

Conforme o art. 14, § 2.º, da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), periodicamente, os serviços hemoterápicos deverão transferir para os centros de produção de hemoterápicos governamentais as quantidades excedentes de plasma e, complementado no § 3.º, em casos de matéria-prima excedente, que supere a capacidade de absorção dos centros governamentais, o plasma poderá ser encaminhado a outros centros, resguardado o caráter da não-comercialização. No Estado do Rio Grande do Sul, somente ocorre o armazenamento do plasma, pois o sistema de transferência das quantidades excedentes não está adequadamente instalado.

A informatização dos serviços existe em 44,4% das unidades, apesar de estar prevista no art. 15, item X, da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), em que é ressaltada a necessidade de implementar sistemas informatizados com vistas à formação e estruturação de banco de dados e a disseminação de informações tecnológicas, operacionais e epidemiológicas.

Quanto às transfusões, tanto as ambulatoriais quanto as autólogas, são efetuadas em 44,4% das unidades e as hospitalares e aféreses em 33,3% destas. Estes dados estão de acordo com o esperado, pois o diagnóstico efetuado nesta monografia se deteve aos hemocentros e núcleos de hemoterapia, não sendo avaliadas as agências hospitalares. Os portadores de hemoglobinopatias são atendidos em 55,6% dos Serviços, este atendimento deve ser ampliado, pois ele é efetuado somente nas cidades de Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas e Passo Fundo. As atividades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em hematologia são efetuadas em 22,2% e em 11,1%, respectivamente, dos serviços, também existindo a necessidade de ampliação.

O artigo 16, da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), item IX, prevê o estímulo à pesquisa científica e tecnológica relacionada com sangue, seus componentes e hemoderivados, de reagentes e insumos para diagnóstico, assim como nas áreas de hemoterapia e hematologia, estas atividades não ocorrem pela falta de recursos financeiros e (ou) de recursos humanos.

As questões associadas às ações de controle de qualidade na produção de hemocomponentes, de exames imuno-hematológicos, de reagentes e de correlatos, nas unidades da hemorrede pública estadual estão contemplados na sua totalidade, conforme orientações da RDC n.º 153 (BRASIL, 2004b), porém deve ocorrer investimento no controle de qualidade dos equipamentos, na manutenção preventiva periódica dos equipamentos e das instalações físicas. Um grande esforço deve ser aportado para a implantação de um Sistema de Garantia de Qualidade. Esta situação também está de acordo com a Portaria n.º 399 (BRASIL, 2006), do Pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão.

A falta de recursos financeiros e (ou) humanos impactou em várias áreas inclusive nos questões de sistema de garantia de qualidade, de manutenção periódica das instalações físicas e de preventiva periódica dos equipamentos.

Na categoria financeira, além da inserção de novos procedimentos e da revisão dos existentes, previstos pela tabela de ressarcimento do SIA/SUS, deve ser avaliada uma estratégia que complemente o financiamento das ações voltadas para a assistência hemoterápica a fim de que toda a legislação tenha seus parâmetros contemplados. Considerando que, a portaria n.º 790/02 (BRASIL, 2002b) é clara na definição de que os investimentos devem contemplar a estruturação da hemorrede nacional, a modernização gerencial, a disponibilização de medicamentos essenciais e (ou) estratégicos, a capacitação de recursos humanos e melhoria da qualidade do sangue.

A cobertura do fornecimento de hemocomponentes aos leitos do SUS foi de 66,7%, devendo ser ampliada na área de abrangência regional e estendida a todas as Coordenadorias Regionais de Saúde. Apesar de o artigo 3.º, da Portaria n.º 790/02 (BRASIL, 2002b), incumbir os municípios da coordenação do SINASAN, na sua área de competência, das ações na área de sangue, componentes e hemoderivados e de assegurar a unidade de comando e a direção da política municipal e (ou) regional, isto não é realizado adequadamente. Desde 2001, no Estado do Rio Grande do Sul, foram firmados convênios, transferindo a responsabilidade de gerência de serviços hemoterápicos regionais da hemorrede pública aos municípios sede das unidades e ainda são contratados estabelecimentos privados para efetuarem tais atividades. Desta forma, não está sendo cumprida a Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990), que prevê a contratação destes serviços de forma complementar, somente após toda a capacidade operacional instalada ser utilizada.

É importante que as adequações nas áreas físicas sejam efetuadas para que os serviços hemoterápicos tenham seu alvará de funcionamento atualizado, de acordo com a Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), em seu art. 15, item VI.

Na categoria gestão/abrangência, a questão número 1, a abrangência do atendimento compreende todos os leitos SUS de responsabilidade da hemorrede estadual, divididos em regionais, inclusive os leitos SUS de competência dos serviços contratados, não foi bem entendida o que resultou em 11,1% de respostas “não se aplica”. Porém um percentual de 22,2% de “recusa do serviço”, demonstrou que ainda alguns gestores, apesar de existir na rede pública capacidade operacional instalada, contratam serviços privados para o fornecimento de hemocomponentes aos leitos SUS.

Na questão número 3, categoria financeira, referente à cobrança de honorários médicos, diz respeito aos atos transfusionais de hemocomponentes e não a triagem médica que está internalizada no módulo de coleta do sangue também apresentou problemas de entendimento com 77,8% de respostas “não se aplica” e de

11,1% de “desconhece a lei”, desta forma sendo identificado um viés de compreensão do questionamento.

A questão 15, categoria complexidade/infraestrutura, quanto ao atendimento a portadores de hemoglobinopatias demonstrou que o atendimento deve ser ampliado a 44,4% dos serviços, existindo aqui situações de carência de médicos hematologistas.

Apesar de está recomendado no art. 15 da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), de incentivo às campanhas educativas, de estímulo à doação regular de sangue; as campanhas educativas deverão ser implantadas em 22,1% dos serviços. Neste mesmo artigo é citada a necessidade de fiscalização da utilização e estocagem de hemocomponentes e hemoderivados em todas as instituições públicas e privadas de todas as Coordenadorias Regionais de Saúde, esta questão é atendida em 33,4% das instituições públicas vinculadas e em 11,1% das privadas. Porém, nesta monografia não foram levantados dados das Vigilâncias Sanitárias (VISAs), na esfera estadual e municipal, que são extremamente ativas nesta atividade, considerando o artigo 8.º, inciso VII da Lei n.º 9.782/99 (BRASIL, 1999), que dispõe sobre a competência das VISAs de fiscalizar o sangue e hemoderivados.

Os Conselhos de Saúde, nas esferas estadual e regional, devem ser sensibilizados para contribuir com a hemorrede pública estadual, em consonância com a Portaria n.º 790 (BRASIL, 2002b), art. 9, que prevê a homologação dos planos diretores estaduais de sangue e nela o controle social deve ser executado. Também foi identificada a necessidade de que tanto as metas do Plano Diretor do Sangue, bem como as resoluções da câmara técnica sejam mais divulgadas junto à hemorrede pública estadual.

As questões de triagem para doenças hemotransmissíveis, de proteção e de orientação do doador inapto e o encaminhamento do doador inapto às unidades para que promovam os suportes clínico, terapêutico e laboratorial em todos os serviços hemoterápicos da hemorrede pública estadual. Necessitando implementar a prevenção, diagnóstico e o aconselhamento das doenças hemotransmissíveis, bem como da prevenção, diagnóstico e atendimento a reações transfusionais adversas para que desta forma seja atendido o art. 3.º da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), o qual prevê ações referentes à proteção específica ao doador, ao receptor e aos profissionais envolvidos, compreendendo, em seu item VI.

Foi identificado que a falta de recursos humanos e financeiros impacta diretamente em vários tópicos da legislação, aqui representado pela ausência de responsável técnico médico com a formação de hemoterapeuta e (ou) hematologista em 44,4% dos Serviços, o que é contemplado, de forma preferencial, no art. 7.º da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b) No Estado todos os profissionais responsáveis pelas atividades hemoterápicas são médicos devidamente treinados, necessitando

de regulamentação complementar que especifique os conteúdos programáticos e carga horária mínima a ser cumprida.

O artigo 8º, inciso § 2.º, da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), cita que o MS promoverá “as medidas indispensáveis ao desenvolvimento institucional e à capacitação gerencial e técnica da rede de unidades que integram o SINASAN”. Neste caso a regulamentação complementar que esclareça e caracterize estas medidas. O que se observou foi que a educação continuada ocorre com maior frequência para os profissionais de nível médio e (ou) elementar e as atividades de ensino em Hemoterapia e Hematologia são incipientes, ocorrendo em 33,3% dos Serviços. As ações de qualificação estão previstas no art. 12, da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b), mediante a promoção de “medidas indispensáveis ao desenvolvimento institucional, modernização administrativa, capacitação gerencial e consolidação física, tecnológica, econômica e financeira da rede pública de unidades que integram o SINASAN”.

O processamento do sangue é de responsabilidade de profissional da área da saúde com nível universitário em 77,8% dos estabelecimentos, o que não contempla na sua integralidade, o previsto no art. 24 da Lei n.º 10.205 (BRASIL, 2001b).

CONCLUSÕES

Esta monografia é um diagnóstico da hemorrede pública do Estado do Rio Grande do Sul frente à legislação do SINASAN, que é reflexo de questões éticas, políticas e econômicas que independe da legislação e principalmente dos procedimentos organizacionais adotados pelo Estado.

Foram identificadas as seguintes concentrações de dificuldades na aplicação da Legislação, conforme as categorias avaliadas: complexidade e infraestrutura (31,4%), financeira (25,7%), controle de qualidade (14,3%), recursos humanos (11,4%), gestão (11,4%) e impacto epidemiológico (5,7%).

Destaca-se dentre as questões que estariam impedindo o cumprimento dos artigos da legislação: a subjetividade de alguns itens e revisão das formas de repasse financeiro, concluindo-se com as seguintes prioridades:

- ▶ Viabilizar sistema de transferência das quantidades excedentes de plasma.
- ▶ Ampliar o atendimento aos portadores de hemoglobinopatias.
- ▶ Incrementar as atividades de ensino, de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em hematologia.

- ▶ Viabilizar investimentos financeiros na área de controle de qualidade na produção de hemocomponentes, de exames imuno-hematológicos e de reagentes, dos equipamentos, na manutenção preventiva periódica dos equipamentos e das instalações físicas.
- ▶ Efetuar a contratação de recursos humanos e manter processos de capacitação continuados com a implantação de planos de cargos e de salários.
- ▶ Implementar as campanhas educativas de estímulo à doação regular de sangue.
- ▶ Designar, como responsável técnico das unidades, médico com a formação na área de hemoterapia, e que o processamento de hemocomponentes seja efetuado por profissional da área da saúde, com nível universitário.
- ▶ Ampliar área de cobertura da hemorrede pública.
- ▶ Manter os alvarás de funcionamento atualizados.
- ▶ Inserir novos procedimentos na tabela de ressarcimento do SIA/SUS e rever os existentes.

Entretanto, a hemorrede pública busca alternativas para a sobrevivência administrativa e mecanismos para a aplicação da legislação tendo seu foco principal nas questões financeiras, de qualidade, inclusive às vinculadas à infraestrutura, aos equipamentos e à informatização e aquelas de gerenciamento e qualificação de pessoas. Dentre todos os avanços, ainda deve existir um instrumento regulatório da legislação vigente, de padronização de condutas na esfera federal.

A implantação das câmaras técnicas estaduais deve superar o problema de comunicação das deliberações e de divulgação de conhecimento. A atuação da câmara técnica, tanto na esfera nacional e estadual, deve trazer esclarecimento aos aspectos subjetivos da legislação e a implantação de planejamento estratégico adaptado às diferenças regionais.

A pactuação para o fornecimento da hemocomponentes pela hemorrede pública, efetuada mediante convênios e respeitando critérios de abrangência das coordenadorias regionais de saúde e por macrorregiões, não ocorre adequadamente se limitando a uma distribuição irregular pelos municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

O modelo de gestão aplicado não é adequado com a fragmentação do sistema, a criação de peculiaridades distintas e o excesso de ingerência da política governamental, na esfera municipal. É necessária eficácia e eficiência no tratamento das questões de hemoterapia e hematologia para que sejam destacados os aspectos legais de equidade e universalidade do acesso do SUS. Desta forma, há que se

investir em programas de acreditação e na reestadualização do sistema que está com gerência municipal na maioria dos locais.

Os hemocomponentes perpassam um grande número de atividades de média e alta complexidade e deveria ter destaque na Portaria n.º 399 (BRASIL, 2006), do Pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão, pois tem papel importante na segurança nacional e qualidade da saúde da população.

Finalmente, se espera que o SINASAN em articulação com os Estados, respeitando as peculiaridades regionais, efetue a promoção da reestruturação da Rede de serviços de hemoterapia estadual para reforçar as atividades públicas, controle de qualidade, a fim de garantir a auto-suficiência nacional em sangue, em componentes e em hemoderivados.

Cumprimento da Legislação do Sinasan no Modelo Gestão da Hemorede Pública do Estado da Paraíba

Autora: Verônica Maria de Araújo Moraes¹

Orientador: Professor Adriano Cavalcante Sampaio²

¹ HEMOIBA-PB

² Núcleo Integrado de Saúde Coletiva - NISC - Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

O Hemocentro coordenador de João Pessoa é o órgão responsável pela Coordenação e Execução da Política Estadual do Sangue no Estado da Paraíba, em consonância com a Política Nacional do Sangue, vinculada a SES. Esta Unidade de Hemoterapia foi criada em 1991, por meio da Lei n.º 6.306 de 02 de fevereiro de 1991 para ser referência na assistência hemoterápica no Estado da Paraíba. A interiorização da Hemorrede ocorreu a partir de 1996, com o objetivo principal de atender a população dos municípios mais distantes, ficando distribuídas nos municípios sede dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS): 01 (um) Hemocentro Regional na macrorregião de Campina Grande, 09 (nove) Núcleos de Hemoterapia nas Microrregiões e 23 (vinte e três) agências transfusionais intra-hospitalar. Atualmente, a Hemorrede é a única fornecedora de produtos hemoterápicos da rede pública e a quase totalidade da rede privada. O Hemocentro Coordenador de João Pessoa e o Regional de Campina Grande atende a população disponibilizando ambulatorios médicos, odontológicos e fisioterapêuticos para os pacientes portadores de doenças hematológicas, desenvolvendo inclusive, um acompanhamento aos portadores de hemofilias e outras coagulopatias. Executa transfusões internas e externas. Fazem parte de seu patrimônio duas unidades móveis para realizar coletas externas em locais estratégicos da capital e (ou) cidades circunvizinhas.

Este trabalho buscou contribuir para a discussão do desenvolvimento e aperfeiçoamento da estrutura organizacional da Hemorrede Pública Estadual. Ao reunir elementos situacionais e prospectivos, procurou gerar condições para a construção de uma visão futurista que servisse de ferramenta para otimizar o atendimento da demanda. E, dessa forma, evidenciar a necessidade de implementar as ações em desenvolvimento nos Estados e avançar no processo de Gestão dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia.

O objetivo geral deste trabalho foi identificar e avaliar a aplicação dos artigos referentes à gestão de hemocentros públicos estaduais contidos na legislação do SINASAN: Lei n.º 10.205/01 (BRASIL, 2001b); Decreto n.º 3.990/01 (BRASIL, 2001a) e n.º 5.045/04 (BRASIL, 2004a) e da Resolução n.º 151/01 (BRASIL, 2001c). Além disso, como objetivos específicos identificar as variáveis que estariam impedindo o cumprimento dos artigos da lei pertinente, elencar as propostas para contornar os problemas encontrados.

MÉTODO

Natureza do Estudo

Foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva, transversal. O estudo compreendeu levantamentos em fonte de dados primária.

Local do Estudo

A pesquisa foi realizada nas unidades hemoterápicas, que compõem a hemorrede pública da Paraíba. São unidades que efetuam no mínimo a captação, a coleta, o fracionamento e a distribuição de hemocomponentes para unidades menos complexas chamadas agências transfusionais. Assim, as unidades escolhidas foram o hemocentro coordenador de João Pessoa, Regional de Campina Grande, os núcleos hemoterápicos de Guarabira, Picuí, Monteiro, Patos, Piancó, Catolé do Rocha, Cajazeiras, Souza, Princesa Isabel, Itaporanga e Itabaiana (em construção). Na Tabela 1, está demonstrada a estrutura dos núcleos regionais de saúde, onde estão situadas essas unidades hemoterápicas, segundo o número de municípios abrangentes, população, números de estabelecimentos de saúde e número de leitos.

Tabela 1. Implantação da Hemorrede Pública do Estado da Paraíba nos Núcleos Regionais de Saúde (Nrs).

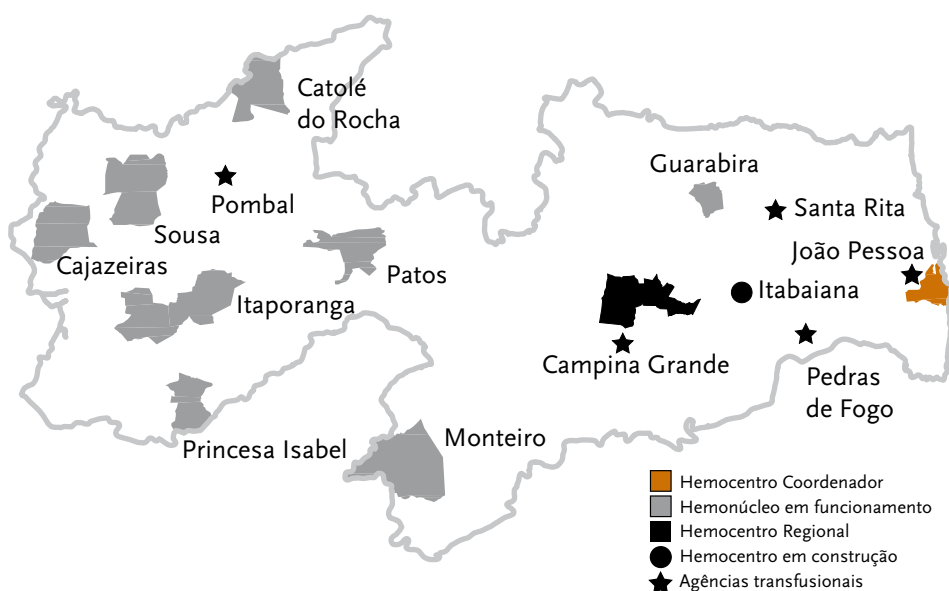
Núcleos Regionais de Saúde	Sede/Hemocentros e Hemonúcleos	N.º de Municípios	População	N.º de Estabelecimentos Saúde	N.º de Leitos
1. ^a	João Pessoa	12	1.036.561	348	4.578
2. ^a	Guarabira	12	200.512	119	588
3. ^a	Campina Grande	20	679.032	261	3.223
4. ^a	Picuí	7	75.021	52	290
5. ^a	Monteiro	5	64.411	55	118
6. ^a	Patos	11	172.434	84	649
7. ^a	Piancó	10	102.428	63	307
8. ^a	Catolé do Rocha	7	93.357	45	257
9. ^a	Cajazeiras	8	133.860	91	390
10. ^a	Sousa	5	116.709	80	435
11. ^a	Princesa Isabel	4	158.572	98	529
12. ^a	Itabaiana	4	78.414	55	248
Total		105	2.911.311	1.351	11.612

Fonte: SES – Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, 2005

População de Pesquisa

Os questionários foram aplicados aos coordenadores dos: Hemocentro Coordenador da Paraíba, na cidade de João Pessoa; Hemocentro Regional na cidade de Campina Grande, 9 Hemonúcleos nas cidades de Patos, Sousa, Cajazeiras, Catolé do Rocha, Itaporanga, Guarabira, Monteiro, Picuí e Princesa Isabel, conforme Figura 1.

Figura 1. Distribuição da Hemorrede Estadual por Regionais de Saúde no Estado da Paraíba.



Instrumento da Coleta de Dados

Os dados foram coletados mediante preenchimento de questionário à distância, em cujas questões estavam representadas os indicadores das variáveis do problema. A elaboração do questionário teve por base a legislação do SINASAN, mais especificamente os artigos pertinentes à administração dos Hemocentros e Hemonúcleos do Estado.

O questionário se apresenta em duas partes. A primeira é constituída por questões estruturadas, nas quais foram contemplados os seguintes critérios de categorização: Complexidade e Infraestrutura, Controle de Qualidade, Financeiro, Gestão e Abrangência, Impacto Epidemiológico e Recursos Humanos, diretamente relacionadas aos capítulos da Lei do SINASAN. Para as respostas negativas foi utilizada uma tabela com seis alternativas previamente codificadas. Quando a

resposta dada pelos Coordenadores das Unidades da Hemorrede, não se aplicarem em seus procedimentos utilizarão a resposta NÃO 1. Quando deixarem de responder a determinadas questões por desconhecerem a Lei vigente deverão utilizar a alternativa NÃO 2. Assim como, utilizarão as respostas NÃO 3 e NÃO 4 quando corresponderem respectivamente a falta de recursos financeiros e humanos por parte das Unidades de Saúde da Hemorrede. A alternativa NÃO 5 quando utilizada significará que os Coordenadores das Unidades da Hemorrede acham que a matéria abordada na alternativa é de competência do Hemocentro Coordenador e por fim quando utilizarem a alternativa NÃO 6 significará que esses Coordenadores se recusam à prestação do determinado serviço abordado na questão. A segunda é composta de uma pergunta não estruturada, destinando-se a identificar as principais dificuldades encontradas na aplicação da no cumprimento da Legislação de Hemocentros da ANVISA.

Procedimentos da Coleta de Dados

O questionário foi remetido a 100% dos Coordenadores dos Hemocentros e Hemonúcleos pelo correio, no segundo semestre de 2.006, acompanhado de um manual de instruções que orientou o seu preenchimento.

Tratamento dos Dados

Os dados foram tabulados manualmente, visto que o universo estudado foi pequeno, e agrupado em seis categorias, conforme já citado.

Aspectos Éticos do Estudo

Foram encaminhados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a Carta de Anuência de acordo com a Resolução do CONEP nº 196/96 (BRASIL, 1996). O primeiro solicitando o consentimento da participação do entrevistado, resguardando-lhe todos os direitos contidos na Resolução citada. O segundo solicitando autorização ao responsável pela instituição, para aplicação do questionário, deixando claro que guardaremos sigilo e confidencialidade dos dados levantados e preservação da identidade dos gerentes/coordenadores, responsáveis pelo preenchimento do questionário.

RESULTADOS

Para fins de avaliação da aplicação das questões que regulamentam a Legislação dos Serviços Hemoterápicos as mesmas foram agrupadas em seis categorias de análise, conforme segue: Complexidade/Infraestrutura, Controle de Qualidade, Financeiro, Gestão/Abrangência, Impacto Epidemiológico e Recursos Humanos.

Complexidade e Infraestrutura

Nesta categoria foram tabuladas 15 questões, das quais 13 tiveram respostas majoritariamente não, entre elas: 100% das unidades pesquisadas não possuem atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em hemoterapia e hematologia nem atividade de desenvolvimento tecnológico em hemoterapia e hematologia, não efetuam produção de derivados industrializados do plasma, nem produzem reagentes para uso laboratorial em hemoterapia e hematologia; 90,9% não coletam sangue pelo método aférese; em 81,8% dos casos não se realizam transfusões ambulatoriais e autólogas nem transferem quantidade excedente de plasma, como também não possuem sistemas informatizados e de banco de dados. Já o atendimento a portadores de hemoglobinopatias não é feito em 63,6%. Em contrapartida detectou-se que todos os serviços hemoterápicos da Paraíba realizam transfusão hospitalar e 81,8% armazenam plasma fresco congelado.

Controle de Qualidade

Na categoria *Controle de Qualidade* tabulou-se 13 questões, entre as quais 8 obtiveram índices positivamente elevados, das quais 100% realizam controle de qualidade de hemocomponentes e possuem POP – Procedimento Operacional Padronizado atualizada de transporte e estocagem; 91,0% possuem POP atualizada de todos os procedimentos; 72,7% realizam controle de qualidade dos exames sorológicos e imuno-hematológicos, possuem sistema de garantia de qualidade e possui mecanismos de controle do descarte de material; e 63,6% realizam controle de qualidade de reagentes e correlatos. Entretanto, 5 questões apresentaram índices negativos elevados; 81,8% não realizam controle de qualidade, nem manutenção preventiva periódica trimestral e mensal dos equipamentos, assim como não possuem manutenção periódica anual das instalações físicas; e por fim, 63,6% não possuem manutenção preventiva periódica semestral dos equipamentos.

Financeiro

Nesta categoria todas as questões tabuladas obtiveram 81,8% das respostas negativas, assim descritas: não efetuam cobrança de procedimentos, de planos de saúde e particulares, nem honorários médicos, bem como não complementam o financiamento das ações voltadas para a assistência hemoterápica e a melhoria da qualidade do sangue.

Gestão e Abrangência

Das 21 questões tabuladas nesta categoria verificou-se que 14 apresentaram índices negativos. Do total, 100% não efetuam fiscalização dos produtos hemoterápicos nas instituições privadas, também não efetuam fiscalização da utilização e estocagem de hemocomponentes e hemoderivados em todas as instituições privadas. Não existem Serviços Hemoterápicos privados fornecendo sangue a leito SUS. Não possuem Plano Diretor, não acompanham metas deste plano, não possuem, não participam e nem coordenam Câmara Técnica 90,9% dos serviços pesquisados. Em 81,8% das unidades, não é realizado o Cadastro no REDOME, assim como não há acompanhamento do Conselho Estadual de Saúde, nem garantia de acesso aos medicamentos estratégicos imprescindíveis aos portadores de doenças hematológicas, não há fiscalização aos produtos hemoterápicos nas instituições públicas e não há divulgação do relatório das ações estaduais na área de saúde e de hemoderivados; 72,7% das unidades não têm abrangência interestadual. Das sete questões que alcançaram percentuais positivos, 4 se referem a abrangência estadual e (ou) municipal, efetuam campanhas educativas, tem como responsável pelo processamento do sangue profissional da área de saúde com nível universitário; 90,9% das unidades fornecem sangue a leitos SUS sob sua abrangência e 81,8% fornecem sangue a leitos privados e contratados SUS, bem como 66,6% possuem Alvará de funcionamento atualizado da Vigilância Sanitária.

Impacto Epidemiológico

Não que se refere à categoria *Impacto Epidemiológico* das 7 questões tabuladas, 6 delas obtiveram respostas positivas consideráveis; todas as unidades efetuam triagem das doenças hemotransmissíveis e aconselhamento aos portadores de doenças hemotransmissíveis e todos os doadores inaptos são encaminhados as unidades competentes para que promovam suporte clínico, terapêutico e ambulatorial. Em 81,8% dos serviços, a prevenção de doenças hemotransmissíveis é realizada. A prevenção, diagnóstico e atendimento a pacientes que apresentam reações transfusionais adversas é realizada em 63,3% das unidades, e com esse mesmo percentual efetuam proteção e orientação ao doador inapto. Porém 81,8% não efetuam diagnóstico das doenças hemotransmissíveis.

Recursos Humanos

Nesta categoria foram tabuladas cinco questões, das quais três apresentaram respostas não e duas respostas sim. No que tange as questões com respostas não 90,9% das unidades não possuem atividade de ensino em hemoterapia e hematologia; 81,8% das unidades não possuem médico hemoterapeuta/hematologista como responsável; e 63,6% não possuem programa de educação continuada para profissionais de nível médio e (ou) elementar. Em contrapartida, das questões com respostas sim, 100% das unidades possuem como responsável médico devidamente treinado; e 63,6% possuem programa de educação continuada para profissionais de nível superior.

Principais dificuldades encontradas na aplicação da Legislação de Hemocentros da ANVISA

Verificou-se que os principais desafios apresentados pelos coordenadores da Hemorrede Pública da Paraíba foram os seguintes:

- ▶ Falta de profissional habilitado em Hematologia.
- ▶ Falta de periodicidade na manutenção dos equipamentos.
- ▶ Falta de recursos financeiros.
- ▶ Não informatização que impede a agilidade dos processos.
- ▶ Ausência de capacitação dos profissionais envolvidos.

DISCUSSÃO

As diretrizes do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados – SINASAN são bastante importantes para a Política Nacional do Sangue, visto que o cumprimento do que está preconizado naquele instrumento normativo levará a uma melhor estruturação das Hemorredes no território nacional.

A estrutura da hemorrede do estado da Paraíba proporciona a cobertura de quase a totalidade aos leitos SUS possuindo uma ampla área de abrangência e acesso aos serviços e produtos da hemorrede distribuída nos 11 núcleos regionais de saúde – NRS. No que tange a sua infraestrutura não se pode negar que os Hemocentros Coordenador e o Regional possuem melhores condições de aplicabilidade e cum-

primento da legislação vigente, por serem unidades de maior complexidade. Não obstante, vê-se que ainda há a necessidade de implementar uma padronização de processos e serviços em toda a hemorrede estadual para a real manutenção da qualidade oferecida aos clientes/usuários.

Faz-se necessário que os eventuais déficits de infraestrutura, dos processos de trabalhos, recursos financeiros e humanos devidamente qualificados sejam supridos, pois ainda denota-se certa disparidade nos procedimentos desenvolvidos por cada unidade hemoterápica estadual.

Nesta pesquisa constata-se problemas advindos da falta de aplicação na íntegra de todos os artigos contidos na legislação vigente e os principais aspectos que deverão ser adequados. A partir da análise do parâmetro *Complexidade e Infraestrutura* verificou-se que a maioria dos serviços não foram física e humanamente estruturadas para o funcionamento de ambulatório hematológico e pesquisas, produção de reagentes, e produção de derivados industrializados do plasma; as transfusões autólogas e a realização de coleta por aférese inexistem em função da ausência de médico hematologista/hemoterapeuta na unidade, bem como do alto custo dos equipamentos; contrariando assim o artigo 16, da Lei nº 10.205 (BRASIL, 2001b), item IX, que prevê o estímulo à pesquisa científica e tecnológica relacionada ao sangue, seus componentes e hemoderivados, de reagentes e insumos para diagnóstico, assim como nas áreas de hemoterapia e hematologia.

Apesar do artigo 15, item X, da Lei nº 10.205 (BRASIL, 2001b), ressaltar a necessidade de implementação de sistemas informatizados com vistas à formação e estruturação de banco de dados e a disseminação de informações tecnológicas, operacionais e epidemiológicas, identificou-se um déficit nos sistemas de informatização e de bancos de dados em virtude da ausência de investimentos financeiros, causando assim dificuldade de articulação na hemorrede do estado da Paraíba, atraso e qualidade nos processos.

No que concerne ao parâmetro *Controle de Qualidade*, existem, ainda, dificuldades no cumprimento da Lei nº 10.205 (BRASIL, 2001b), em seu artigo 15, item VI, no qual ressalta que as adequações nas áreas físicas sejam efetuadas para que os serviços hemoterápicos tenham seu alvará de funcionamento atualizado; por não existirem profissionais qualificados para executar a manutenção periódica dos equipamentos. Encontram-se também dificuldades na manutenção das instalações físicas por escassez na obtenção de financiamentos.

Referindo-se aos resultados da categoria *Financeiro*, identificou-se a ausência, principalmente nas unidades hemoterápicas do interior do estado, de um profissional capacitado para implantar um sistema de cobrança de procedimentos, planos de saúde e honorários médicos nos hospitais que fazem uso dos hemocomponentes. Essas unidades também não complementam o financiamento das ações voltadas para a assistência hemoterápica e a melhoria da qualidade do sangue,

considerando a inexistência de contratos com os hospitais privados e (ou) planos de saúde, o que pode estar acarretando desperdícios de recursos por não captação. Verificamos, portanto, o não cumprimento dos parâmetros contemplados pela legislação vigente, considerando que a Portaria nº 790/02 (BRASIL, 2002b) rege que os investimentos devem contemplar a estruturação da hemorede nacional, a modernização gerencial, a capacitação de recursos humanos e melhoria da qualidade do sangue.

Em se tratando do parâmetro *Gestão e Abrangência*, constatou-se a não expansão de campanhas educativas com relação à Doação de Medula. As unidades hemoterápicas não efetuam fiscalização dos produtos hemoterápicos, sua utilização e estocagem nas instituições privadas por falta de conhecimento da legislação vigente, atribuindo essa função à vigilância sanitária, contrariando assim o artigo 15 da Lei nº 10.205 (BRASIL, 2001b) que cita a necessidade de fiscalização da utilização e estocagem de hemocomponentes e hemoderivados em todas as instituições públicas e privadas de todas as Coordenadorias Regionais de Saúde. Entretanto essa fiscalização em hospitais públicos só é executada onde existem agências transfusionais. Verificou-se, ainda, que somente o Hemocentro Coordenador possui Plano Diretor e Câmara Técnica recentemente instalada o que pode fragilizar o processo de gestão.

Analisando o parâmetro *Impacto Epidemiológico*, observou-se que algumas de nossas unidades hemoterápicas não efetuam diagnóstico das doenças hemotransmissíveis, pois os exames sorológicos são centralizados nos laboratórios do Hemocentro Coordenador e do Hemocentro Regional. Dentre outras providências, estas atividades precisam ser descentralizadas, para que possamos desta forma atender ao artigo 3, item VI, da Lei nº 10.205 (BRASIL, 2001b), em que estão previstas ações referentes à proteção específica ao doador, ao receptor e aos profissionais envolvidos.

Com relação à categoria *Recursos Humanos*, constatou-se um impacto direto no não cumprimento da Legislação, representada aqui pela não existência de médicos contratados com especialidade em Hematologia, para assumirem a responsabilidade técnica dos serviços, não contemplando, portanto, o artigo 7º, da Lei nº 10.205 (BRASIL, 2001b). Assim como, ainda não foi desenvolvido um planejamento estratégico e financeiro que garanta um programa de educação continuada para os profissionais de nível médio e (ou) elementar bem como atividades de ensino em Hematologia e Hemoterapia, previstas no artigo 12, da Lei nº 10.205 (BRASIL, 2001b) que preconiza essas ações de qualificação como “medidas indispensáveis ao desenvolvimento institucional, modernização administrativa, capacitação gerencial e consolidação física, tecnológica, econômica e financeira da rede pública de unidades que integram o SINASAN”.

CONCLUSÃO

A finalidade dessa pesquisa foi contribuir para a discussão do desenvolvimento e aperfeiçoamento da Estrutura Organizacional e operacionalidade da Hemorrede Pública no Estado da Paraíba. Em decorrência desse estudo foi possível descobrir fragilidades e oportunidades de correção existente entre os diversos serviços. Ressaltamos que a identificação e a avaliação da aplicação dos artigos referentes à gestão, dispostos na legislação do SINASAN (Lei 10.205 (BRASIL, 2001b), Decretos 3.990 (BRASIL, 2001a) e 5.045 (BRASIL, 2004a) e da Resolução 153 (BRASIL, 2004b)), se contrapõem em muitos pontos devido à realidade e limites de cada região ou localidade em que se encontra cada unidade da hemorrede pública na Paraíba.

O que se observou, principalmente, é que para a população paraibana a Hemorrede Pública já instalada possui uma capacidade instalada satisfatória, apesar das dificuldades abordadas anteriormente. As considerações resultantes desse estudo nos remetem a algumas reflexões e sugestões visando o aumento da aplicabilidade dos artigos da legislação do SINASAN para a melhoria dos produtos hemoterápicos e serviços hematológicos prestados a população paraibana, dentre as quais destacamos: um maior investimento nos serviços de Hemoterapia no interior do Estado; incorporar avanços tecnológicos em toda Hemorrede; promover processos de capacitação/qualificação para os participantes do ciclo do sangue; padronizar os procedimentos técnicos e administrativos na Hemorrede; informatizar hemocentros e demais unidades hemoterápicas; garantir os recursos de investimento para novas e adequadas tecnologias que possam garantir capacitação, segurança e qualidade nos produtos hemoterápicos, harmonizando ações nas três esferas de governo.

Tais sugestões e reflexões partem de nossa crença de que se conseguirmos unificar mais os procedimentos em toda a Hemorrede da Paraíba, certamente iremos ter garantido a universalização do atendimento a toda população paraibana oferecendo produtos hemoterápicos e serviços hematológicos com qualidade e segurança.

As diretrizes do SINASAN são muito importantes para a Política Nacional do Sangue, visto que o cumprimento do que estar preconizado na legislação leva a uma melhor estruturação das Hemorredes no País.

A estrutura da hemorrede pública na Paraíba proporciona a cobertura de 91,0% dos leitos SUS possuindo uma ampla área de abrangência e acesso aos serviços e distribuída nos 12 núcleos regionais de saúde. No plano da infraestrutura não se pode negar que o hemocentro coordenador e o regional possuem melhores condições de aplicabilidade e cumprimento da legislação vigente, por serem unidades de maior complexidade. Não obstante, ainda há a necessidade de implementar uma padronização de processos e serviços em toda a hemorrede estadual para a real manutenção da qualidade oferecida aos clientes e (ou) usuários.

Faz-se necessário reduzir os déficits de infraestrutura, de qualidade, e financeiro. Os recursos humanos devem ser devidamente treinados, pois ainda denota-se certa disparidade nos procedimentos desenvolvidos por cada unidade hemoterápica estadual.

Na pesquisa observou-se uma grande preocupação em contornar os problemas advindos da falta de aplicação na íntegra de todos os artigos contidos na legislação do SINASAN e as principais variáveis que deverão se adequar são: controle de qualidade de alguns itens do processo, reestruturação da garantia da qualidade, manutenção preventiva dos equipamentos, acesso a medicamentos estratégicos, existência de Câmara Técnica atuante, acompanhamento das metas do Plano Diretor, realização de coleta de sangue por aférese e transfusão autóloga. Todas essas variáveis estão prejudicadas em decorrência da conjuntura política, econômica e também da pouca acessibilidade a recursos humanos capacitados na área de hematologia e hemoterapia que não permitem o desenvolvimento de atividades importantes, levando, portanto, ao descumprimento de algumas normas do SINASAN.

Estas sugestões e reflexões partem de nossa compreensão de que se conseguirmos unificar os procedimentos em toda a Hemorrede Pública Estadual, certamente poder-se-á garantir a universalização do atendimento a toda população paraibana, oferecendo produtos Hemoterápicos e Serviços Hematológicos de Qualidade.

Referências¹

¹ As referências estão vinculadas a esse texto e às seis monografias apresentadas a seguir.

BRASIL. Decreto n.º 3.990, de 30 de outubro de 2001. Regulamenta o art. 26 da Lei no 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 out. 2001a.

_____. Decreto n.º 5.045, de 8 de abril de 2004. Dá nova redação aos arts. 3º, 4º, 9º, 12 e 13 do Decreto n.º 3.990, de 30 de outubro de 2001, que regulamenta os dispositivos da Lei n.º 10.205, de 21 de março de 2001. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 2004a.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jan. 1999.

_____. Lei n.º 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o parágrafo 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 mar. 2001b.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o regulamento técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2001c.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n.º 153, de 14 de junho de 2004. Determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jun. 2004b.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2001d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 743, de 22 de abril de 2004. Define que, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, a coordenação e execução do que dispõe o Decreto n.º 5.045, de 8 de abril de 2004, publicado no *Diário Oficial da União* n.º 69, de 12 de abril de 2004, ficam sob a responsabilidade do Departamento de Atenção Especializada. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 abr. 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 790, de 22 de abril de 2002. Estabelece a estrutura do Plano Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados e regulamenta a elaboração dos Planos Diretores Estaduais de Sangue, Componentes e Hemoderivados. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 abr. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.737, de 19 de agosto de 2004. Dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no Sistema Único de Saúde – SUS, e o ressarcimento de seus custos operacionais. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 ago. 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [200-?]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=50&VMun=5000>.

_____. Ministério dos Transportes. [20--]. Disponível em: <<http://www.transportes.gov.br/bit/mapas/mapdoc/ufs/mapas-dnit/ms-dnit.pdf>>.

_____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [20--]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>.

SANTOS, Luiz Gonzaga dos. *Hemope e Pro-sangue*: duas decisões, um caminho. Recife: EDUPE, 2002.

SARAIVA, João Carlos Pina. A história da hemoterapia no Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, jul./set. 2005.

Fundamentação Teórica sobre Custos¹

Eugênia Maria Amorim Ubiali
Kleber Sandro Brasil dos Santos
Morgana Baú

¹ Este referencial teórico orientou um conjunto de três monografias (apresentadas a seguir). Nesse sentido, a autoria da redação final, produto da síntese ou fusão de textos, é coletiva.

A apuração de custos é o trabalho da Contabilidade de Custos, desde o planejamento da coleta de dados, a coleta propriamente dita, o tratamento dos dados e a elaboração dos relatórios gerenciais de informação. Desta forma, de acordo com Siegel e Shim (1995), a Contabilidade registra, mede, interpreta e comunica as transações de dados financeiros.

Terminologia em custos

Gastos, custos e despesas são três palavras sinônimas na língua portuguesa, entretanto seu significado difere quando se trata da terminologia da Contabilidade de Custos, sendo importante conceituá-las.

Segundo Martins (2003), entende-se como gasto, a compra de um produto ou serviço qualquer, que gera sacrifício financeiro para a entidade, ou seja, implica desembolso. Este conceito é amplo e se aplica a todos os bens e serviços adquiridos, como gastos com compra de matéria-prima, gastos com mão-de-obra de produção ou de distribuição, gastos com honorários da diretoria, etc. O gasto existe no momento da passagem para a propriedade de empresa do bem ou do serviço e pode ser para investimento ou para consumo.

Custos, na visão de Martins (2003), é o gasto relativo à bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços denominados pela ciência de custos como objeto do custo. Sendo assim, o custo é também um gasto que é reconhecido como custo no momento de sua utilização na produção de um produto ou na execução de um serviço. Desta forma, a matéria-prima foi um gasto no momento de sua aquisição, imediatamente passou a investimento e assim ficou durante sua estocagem e se converteu a custo quando da sua utilização para fabricação de um determinado bem.

Martins (2003) define despesa como sendo o bem ou serviço consumido direta ou indiretamente para obtenção de receitas; é o caso da comissão do vendedor que é um gasto que imediatamente se converte em despesa e o microcomputador da secretária do diretor financeiro que iniciou como investimento, tem parcela reconhecida como despesa (depreciação) e não passa pela fase de custo. As despesas, portanto são os gastos que não estão relacionados diretamente com o produto ou serviço, mas são necessários para atender a estrutura da empresa. De forma simplificada, diz-se que os gastos de consumo aplicados no momento da produção de bens ou serviços comercializados pela empresa, convertem-se em custo ou despesa, sendo aquele gasto utilizado diretamente na produção, definido como custo e se aplicado numa atividade que participa indiretamente no processo produtivo, denomina-se despesa.

Classificação dos custos

Conforme a relação entre o valor total de um custo e o volume de atividade numa unidade de tempo, os custos podem ser classificados em fixos e variáveis, sendo variáveis aqueles que se alteram em proporção direta com a quantidade produzida, ou seja, na dependência de um direcionador de custos. Um exemplo disto é o valor do custo com materiais utilizados em exames cujo consumo é tanto maior quanto maior é o número de exames realizados dentro de uma unidade de tempo. Por sua vez, os custos fixos são aqueles que permanecem inalterados apesar da variação na quantidade produzida, e, portanto não se alteram apesar de alterações no direcionador de custos, como por exemplo, a energia elétrica gasta com a iluminação do laboratório de análises clínicas, o aluguel da fábrica, o imposto predial, etc. É necessário reforçar que a classificação em fixos e variáveis leva em consideração o valor total de custos com certo item em determinada unidade de tempo e sendo assim, por mês, o valor total consumido de determinada matéria-prima é um custo variável porque depende da quantidade de bens fabricados, entretanto por unidade elaborada, a quantidade de matéria-prima é provavelmente a mesma e isto não lhe tira a característica de variável (MARTINS, 2003).

Alguns itens do custo podem ser classificados como semivariáveis ou semifixos (ou custos com parte fixa e parte variável) porque possuem um componente de natureza fixa que independe do volume de produção e outro de natureza variável que depende diretamente do consumo efetivo; este é o caso da energia elétrica que tem uma parcela fixa e outra variável.

Consideram-se custos diretos aqueles aplicados diretamente ao produto ou serviço, sendo facilmente identificados. Como exemplo, pode-se citar um ato cirúrgico em que são custos diretos, os medicamentos, o salário dos funcionários, os descartáveis, os gases anestésicos, etc. São custos indiretos aqueles não relacionados diretamente ao produto ou serviço, sendo alocados aos mesmos por meio de processo auxiliar de transferência de valores por estimativas ou rateios utilizando-se métodos de custeio, como é o caso de água, energia elétrica, impostos, seguros, aluguéis entre outros. Portanto, todos os custos podem ser classificados em fixos ou variáveis e em diretos ou indiretos ao mesmo tempo e assim, a matéria-prima é um custo variável e direto; o seguro é fixo e indireto.

Modalidades de custeio

Custeio significa apropriação de custos e a atribuição de custos a um objeto de custo, de maneira mais ou menos acurada, dependendo dos interesses envolvidos e do momento histórico.

Conforme Brimson (1996), nos sistemas convencionais de custos a orientação se dava pelo volume da produção direta (mão-de-obra direta e materiais) e se direcionava minimamente para o controle das despesas indiretas. Com a evolução das empresas, houve um desenvolvimento dos sistemas de custeio chegando a modernos sistemas de gerência das informações de custos que buscam além de registrar, resumir e relatar aspectos financeiros, determinar fatores que possam evidenciar oportunidades de produção economicamente mais eficientes com melhoria de desempenho. A rentabilidade se tornou um foco no mundo moderno dos sistemas de custeio e estes têm na rastreabilidade total dos custos sua mais importante característica.

As empresas de serviços oferecem a seus clientes produtos não palpáveis que se diferenciam consideravelmente em termos de duração, complexidade e recursos consumidos e cujos custos indiretos, conseqüentemente, variam bastante dificultando sua atribuição precisa. Isto é especialmente marcante nos produtos ou serviços com alto grau de diversidade como é o caso dos hospitais e aí incluídos, os serviços de hemoterapia que também fornecem tanto produtos quanto serviços.

a) Custeio baseado em função

Neste tipo de custeio são reconhecidos três processos:

- ▶ Acumulação de custos onde se reconhecem e registram os custos.
- ▶ Mensuração dos custos onde se determina o montante de unidades monetárias dos insumos consumidos na produção.
- ▶ Atribuição de custos que é composta por padrões de custeio que associam os custos de produção com as unidades produzidas.
- ▶ Suas principais modalidades são: custeio por absorção e custeio variável.

Segundo Martins (2003), o custeio por absorção é o método derivado da aplicação dos Princípios de Contabilidade Geralmente Aceitos (PCGA) que consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos. Desta maneira, tanto os custos fixos quanto os variáveis são “absorvidos” pela produção e pelos estoques, não havendo a separação entre eles. Para a atribuição dos gastos fixos, faz-se a utilização dos rateios, que por mais objetivos que pretendam ser, sempre terão um componente arbitrário, estando aí a principal falha desta modalidade de custeio. É considerado básico pela Auditoria Externa e costumeiramente usado pelo Imposto de Renda, sendo adotado obrigatoriamente no Brasil, com pequenas exceções.

Opondo-se ao custeio por absorção, o custeio variável ou direto é um sistema de contabilização em que apenas os custos variáveis de produção são atribuídos às unidades produzidas e os custos fixos de produção são considerados despesas do período em que são incorridos (MAHER, 2001), eliminando-se a necessidade dos rateios e suas respectivas distorções. Sendo assim, o custeio variável apresenta separadamente os custos fixos e os variáveis. Esta modalidade de custeio não é aceita perante a legislação do Imposto de Renda e se a empresa adotá-la deverá fazê-lo utilizando relatórios distintos de forma complementar a informação contábil obrigatória.

b) Custeio baseado em atividades (*Activity-Based Costing* – ABC)

É um sistema de custeio que tem como objetivo avaliar as atividades desenvolvidas em empresas de produtos ou de serviços, utilizando direcionadores para alocar as despesas de uma forma mais realista. Neste sistema o que se mensura é o custo e o desempenho de atividades. Os recursos são atribuídos às atividades que são, na sequência, atribuídas aos objetos de custeio (PLAYER; KEYS; LACERDA, 1997) cujo custo é a somatória do custo de todas as atividades identificáveis consumidas.

A organização é fragmentada em atividades, pois a atividade descreve o que a empresa faz, mostrando como o tempo é gasto e quais os resultados (produtos, serviços) (ABBAS, 2001). Assim, as atividades consomem recursos, enquanto produtos e clientes consomem atividades e a principal função de uma atividade é converter recursos (materiais, mão-de-obra e tecnologia) em produtos e serviços (BRIMSON, 1996). São recursos consumidos, a água, luz, salários (o que foi gasto), nas atividades executadas como produção e informática (em que foi gasto), aos objetos de custo produtos ou serviços (para que foi gasto: produto A, atividade X) (ABBAS, 2001).

O ABC procura reduzir sensivelmente as distorções provocadas pelos rateios de custos indiretos, propiciando sua alocação mais adequada nos casos de sistemas de produção complexos e com custos indiretos elevados em relação aos diretos e quando há grande diversidade de produtos e modelos fabricados na mesma planta.

O custeio ABC é, portanto adequado para organizações complexas cujos produtos consomem os recursos heterogeneamente, a exemplo dos hospitais. Para alguns autores, ele possibilita maior exatidão no custo dos produtos, determina o custo dos serviços, o custo de clientes, melhora as decisões gerenciais porque a empresa deixa de ter produtos com custo calculado abaixo ou acima do verdadeiro, favorece a determinação dos custos que são relevantes e permite que se façam ações para melhoria contínua visando à redução de custos.

Outro conceito importante a ser incluído é o de “direcionador de custos” que segundo Maher (2001) é um fator que causa – que direciona – os custos de uma

atividade e sendo assim, uma alteração no direcionador implicará numa alteração dos custos totais de um objeto de custo. Para Martins (2003), direcionador de custos é o fator que determina o custo de uma atividade e como as atividades, para serem realizadas, exigem recursos, deduz-se que o direcionador é a verdadeira causa dos custos e no sistema ABC ele será a base utilizada para atribuir os custos das atividades aos produtos e serviços. A quantidade de direcionadores de custo utilizada influencia em proporção direta na exatidão que se pretende atingir nos custos, aumenta conforme o maior grau de diversificação dos produtos e conforme o maior número de atividades envolvidas (ABBAS, 2001).

As gerações do ABC

Martins (2003) defende a existência de duas gerações do método ABC. Na primeira, os custos indiretos eram divididos em grupos de atividades com a mesma forma de consumo pelos produtos e assim eram usados os mesmos direcionadores. Na segunda geração do custeio ABC, o controle das atividades passou a ser uma etapa significativa da gestão dos negócios e possibilitou a análise dos custos sob duas visões: uma visão vertical da atribuição de custos que aloca recursos às atividades por meio dos direcionadores de recursos e a seguir aloca os custos das atividades aos objetos de custos por intermédio dos direcionadores de atividades (fornecendo os mesmos dados da 1ª geração) e uma visão horizontal do aperfeiçoamento de processos que faz uma análise financeira das atividades e da sua interdependência e toma as medidas de desempenho para avaliação das atividades e promoção da melhoria dos processos de maneira que o valor da atividade é medido pelo seu custo e também pelo quanto ela interferirá no desempenho de outra atividade. No ABC de segunda geração é identificado um direcionador para atividade e é obtido o custo de cada atividade separadamente.

Etapas de implantação do ABC

A implantação do Custeio Baseado em Atividades nas organizações comporta algumas fases que podem ser sumarizadas em duas etapas básicas:

1ª etapa: definir e mensurar as atividades da empresa pela descrição dessas atividades, da definição dos direcionadores de recursos, da alocação dos recursos às atividades e da determinação dos centros de custos.

2ª etapa: definir e mensurar os objetos de custos pela elaboração de uma listagem destes objetos de custos, pela definição dos direcionadores de custos e pela alocação das atividades aos objetos de custos por direcionadores definidos.

Custo Médio do Módulo de Coleta de Sangue Total no Hemocentro Regional de Ribeirão Preto (SP) pelo Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC)

Autora: Eugênia Maria Amorim Ubiali¹

Orientador: Professor Divaldo de Almeida Sampaio²

¹ FMRP-USP-SP

² HEMOPE e Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

A competição tem se intensificado, novas técnicas surgem a cada dia, as exigências são cada vez maiores e os serviços de saúde precisam promover mudanças rápidas e eficazes para sobreviverem com os recursos disponíveis, mantendo a qualidade de seus produtos e serviços. Isto exige deles muita criatividade, competência e flexibilidade. Ao contrário do setor privado, o setor público não possui cultura de trabalhar com vistas na aferição de custos, não estando inclusive habituado com as técnicas existentes. No entanto, um sistema de avaliação de custos pode-se constituir em um poderoso instrumento de gestão, proporcionando aos gestores públicos informações relevantes para norteamiento de decisões e planejamento de ações, bem como para avaliação do desempenho das unidades, tornando mais transparente a aplicação dos recursos disponíveis. Pode também fornecer uma análise do comportamento dos custos e despesas, do desperdício do tempo e recursos (ex: reprocessamento de produtos), das variações entre custos previstos e reais (ex: repetições de testes) e da conveniência de terceirizar atividades.

Controlar e reduzir custos parece ser uma ação básica para o sucesso dos serviços e a perseguição ao menor custo, sem afetar a funcionalidade e a qualidade dos produtos ou serviços, deve ser um objetivo permanente. No Brasil, alguns serviços de saúde que avaliam custos se utilizam de métodos contábeis tradicionais que não levam ao efetivo conhecimento de seus custos. Segundo Abbas (2001), observa-se que grande parte destas organizações não faz uso de nenhum sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas, controle de atividades e investimentos.

Os hemocentros estão perfeitamente inseridos neste contexto. De maneira geral, desconhecem quanto gastam nos processos que realizam, apresentam procedimentos complexos, de custo elevado e dependentes de tecnologia de ponta, utilizam insumos importados e mão-de-obra especializada. Além disso, seus produtos e serviços são remunerados por uma tabela SUS de faturamento para procedimentos hemoterápicos desatualizada, que remunera mal e não contempla todas as atividades desenvolvidas por eles.

São escassos na literatura os dados relativos a custos em serviços de saúde, e aqueles encontrados se referem a hospitais como um todo. Sobre custos em hemoterapia, encontramos o estudo de Amaral e Silva (2005) que analisou os custos da hemorrede pública de hemocentros do Ceará, de janeiro a junho de 2002, e os confrontou com as receitas recebidas no período.

JUSTIFICATIVA

Este estudo analisará a execução do Módulo de Coleta de bolsas de sangue no Hemocentro de Ribeirão Preto – unidade sede, para identificar e mensurar o custo das atividades que compõem seu custo médio. Sua realização tem como justificativas: a) desconhecimento do real valor gasto no Módulo de Coleta e b) desconhecimento se os valores recebidos do SUS cobrem os valores gastos no Módulo de Coleta.

Trata-se da apuração do custo médio de um módulo da atividade hemoterápica com vistas a praticar uma metodologia que possa ser utilizada para custear as demais fases do ciclo do sangue a fim de obter o custo dos produtos e serviços hemoterápicos. Os resultados obtidos servirão de subsídio para gestão da remuneração recebida, reavaliação das prioridades, aumento da produtividade e racionalização do uso dos recursos, além de servir como instrumento para demonstração objetiva do valor real gasto para execução das atividades de hemoterapia em comparação com os valores recebidos.

Características do Hemocentro de Ribeirão Preto (Unidade Sede)

O Hemocentro de Ribeirão Preto – Centro Regional de Hemoterapia (unidade sede), criado em 1990, pelo Decreto 39.509 de 11/11/1994, é um Departamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e constitui um “Centro de referência” na coleta, processamento e distribuição de sangue para uma região de abrangência de quase 4 milhões de habitantes. É a sede de uma rede composta por quatro Núcleos de Hemoterapia (Araçatuba, Fernandópolis, Franca e Presidente Prudente); quatro unidades de Hemoterapia (Batatais, Bebedouro, Olímpia e Serrana), um Posto de Coleta em Ribeirão Preto, além de quatro Agências Transfusionais próprias (Hospital das Clínicas – campus, Hospital das Clínicas – Unidade de Emergência, Santa Casa de Jales e Santa Casa de Santa Fé do Sul).

Esta rede de unidade tem suas atividades apoiadas pela Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto - FUNDHERP, pessoa jurídica de direito privado (Gestão Pública) dotada de autonomia financeira e administrativa de fins não lucrativos, que gerencia os recursos auferidos com a produção dos serviços. Sua administração é centralizada na unidade sede onde existem as Gerências de Materiais, de Patrimônio, de Compras, de Recursos Humanos, Financeira, Contábil, de Manutenção de equipamentos, de Arquitetura e Engenharia, de Qualidade e a Diretoria, exceção feita às Agências Transfusionais do Hospital das Clínicas – Campus e Unidade de Emergência, cuja gestão é mista do Hemocentro e do Hospital das Clínicas. As

compras são feitas por licitação, pregão presencial ou por dispensa. As unidades externas possuem diretor médico que as gerenciam a nível local.

Realiza assistência hemoterápica com o fornecimento de hemocomponentes e hemoderivados para diversos serviços conveniados, terapia transfusional ambulatorial, assistência transfusional à distância e suporte imuno-hematológico para serviços de sua região de abrangência. Realiza atendimento ambulatorial e emergencial em hemostasia, ambulatório de anemias e de transplante autólogo, atendimento fisioterápico e odontológico de pacientes portadores de doenças hematológicas e atendimento psicossocial a pacientes do ambulatório e a doadores inaptos. Possui serviço de criobiologia e terapia celular autóloga e alogênica e Banco de Sangue de Cordão Umbilical em implantação. Realiza coleta de amostras para processos de investigação de paternidade como parceria com o Instituto de Medicina e Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC).

Seus processos estão certificados pela norma ISO (NBR 9001/2000) e acreditados pela AABB – *American Association of Blood Banks* e tem como missão institucional “o compromisso permanente de disponibilizar para a comunidade serviços e produtos de excelência na área de hemoterapia, terapia celular, assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento”.

Desenvolve programa de pesquisa em Hemoterapia, Hematologia, Transplante de Medula Óssea, Transplante de Células Tronco, Produção de proteínas recombinantes, Biologia Molecular e Celular e Química de proteínas. Executa extenso e permanente programa educacional que inclui o treinamento e desenvolvimento de profissionais médicos, enfermeiros, biólogos, fisioterapeutas e técnicos de banco de sangue, além da formação de pesquisadores, alunos de graduação, médicos residentes e outros especialistas em hematologia e hemoterapia e alunos de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado. Oferece ainda cursos e treinamentos aos profissionais de ciência do ensino médio e fundamental da região de Ribeirão Preto.

HIPÓTESE

Considerando a dificuldade vivenciada pelo Hemocentro de Ribeirão Preto nos últimos anos para o custeio das atividades executadas e remuneradas pela tabela SUS, realizou-se um estudo do custo médio do Módulo de Coleta de sangue e tem-se como hipótese que os valores de remuneração recebidos do SUS são insuficientes para cobertura do custo médio deste módulo, no Hemocentro de Ribeirão Preto-SP.

OBJETIVO GERAL

O presente estudo visa demonstrar a adequação do método ABC na apuração do custo médio do Módulo de Coleta de sangue total no Hemocentro de Ribeirão Preto-SP – unidade sede, e tem como objetivo geral quantificar o custo médio e compará-lo com o valor recebido pelo faturamento SUS deste módulo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Comparar e avaliar o impacto do custo monetário direto e indireto médios de cada atividade do Módulo de Coleta no Hemocentro de Ribeirão Preto – SP, unidade sede, em relação ao custo total apurado para este módulo.
- ▶ Comparar o valor recebido do SUS pelo Módulo de Coleta com o custo médio encontrado para ele no Hemocentro de Ribeirão Preto-SP, unidade sede.

MÉTODO

Este estudo classifica-se como um estudo de caso (GOODE; HATT, 1977) tendo sido desenvolvido na unidade sede do Hemocentro de Ribeirão Preto. Utilizou-se o sistema de custeio baseado em atividades (ABC) para apurar o custo médio do Módulo de Coleta de sangue total cuja definição usada foi a existente na tabela de faturamento do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS (BRASIL, 1999) para procedimentos hemoterápicos: “código 3701102-2 – Coleta de sangue: inclui todos os procedimentos e insumos destinados à coleta de sangue e lanche do doador”.

Tomaram-se como base, para cálculo dos custos, as atividades que compõem o Módulo de Coleta de sangue total. Para material de consumo, os valores foram obtidos a partir do consumo mensal médio de janeiro a junho de 2006, utilizando-se os preços da última aquisição do 1º semestre de 2006. Para mão-de-obra direta e indireta, administração e direção geral, os valores foram retirados da folha de pagamento de junho de 2006 e os custos mensais com treinamentos, telefonia, manutenção predial, manutenção de equipamentos, manutenção do sistema de ar condicionado, energia elétrica, água, vigilância e manutenção do sistema de informática foram também obtidos a partir da média de janeiro a junho de 2006. O custo mensal das taxas anuais (programas de qualidade, gerenciamento de

resíduos, recarga de extintores) foi obtido dividindo-se mensalmente o valor da última anuidade paga.

Para fins deste estudo, foram classificados como custos diretos: material de consumo, mão-de-obra direta, equipamentos e informática; e como custos indiretos: mão-de-obra indireta, condomínio, administração e direção geral e gestão de qualidade.

O Hemocentro de Ribeirão Preto encontra-se estruturado em Centros de Custos (CC), entretanto, conforme a metodologia deste estudo, não foram utilizados os custos por CC e sim os recursos despendidos para desempenho das atividades que compõem o Módulo de Coleta.

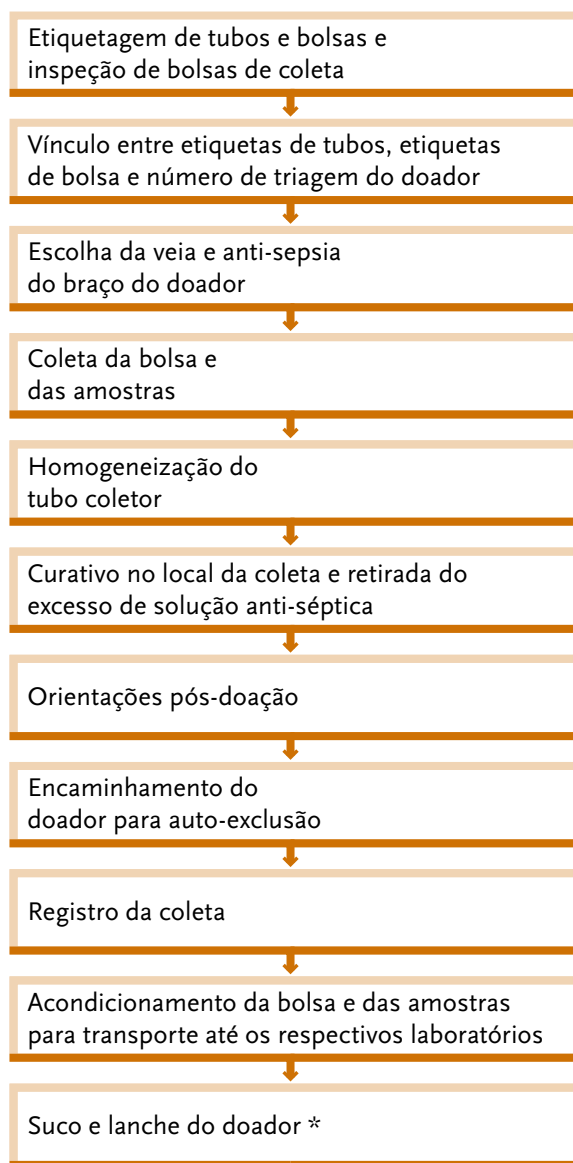
Aplicação do ABC ao estudo

Os dados foram coletados a partir da observação da rotina de execução das atividades da coleta de bolsas e da atividade de servir lanche ao doador, entrevistas com a Gerente de Enfermagem, com a Supervisora de Copa e com funcionários de áreas envolvidas, além de medições de tempo, identificação e quantificação do material utilizado no processo.

Identificação das atividades do Módulo de Coleta

Foi feito um mapeamento do processo de coleta de bolsas de sangue total no Hemocentro de Ribeirão Preto a fim de possibilitar sua visualização completa e a compreensão das atividades executadas, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma das atividades do Módulo de Coleta de bolsas.



*Antes da doação é também oferecido suco aos candidatos, acrescido de bolachas para aqueles que comparecem em jejum.

Foram identificadas as atividades e definidas as tarefas do Módulo de Coleta de bolsas. Na Tabela 1, estão listadas e descritas estas atividades como são desenvolvidas no Hemocentro de Ribeirão Preto.

Tabela 1. Atividades do Módulo de Coleta de sangue.

Atividades	Descrição das tarefas	Local e nº de funcionários
1- Inspeccionar etiquetas e bolsas de coleta e etiquetar bolsas e tubos.	O funcionário inspeciona as etiquetas de código de barras e as afixa nos tubos de amostras e nas bolsas do conjunto de coleta. Verifica também se as bolsas plásticas estão adequadas para coleta.	Sala de pré-vínculo 1 funcionário
2- Realizar o vínculo entre etiquetas de tubos, etiquetas de bolsa e número de triagem do doador.	O funcionário confere o nome do doador e seu registro na instituição e a seguir faz um vínculo no sistema informatizado entre as etiquetas das bolsas, as etiquetas dos tubos e o número da triagem clínica do doador.	
3- Realizar escolha da veia e antisepsia do braço do doador.	O funcionário avalia os braços do doador, realiza escolha da veia e anti-sepsia do local utilizando a(s) soluções adequadas.	Sala de coleta 2 funcionários
4- Coletar a bolsa e as amostras.	O funcionário punciona a veia do doador, cobre o ponto da punção com gaze e aguarda o tempo de coleta do sangue.	
5- Homogeneizar o tubo coletor da bolsa.	Ao término da coleta o funcionário homogeneiza o sangue do tubo coletor da bolsa com o sangue da bolsa.	
6- Fazer curativo no local da punção e retirar o excesso de solução anti-séptica	O funcionário comprime o local da punção, coloca a bandagem e retira o excesso de solução anti-séptica do braço do doador.	
7- Orientar o doador.	O funcionário orienta o doador sobre os cuidados pós-doação e sobre a importância e a necessidade de realizar o procedimento de auto-exclusão.	Sala de coleta 0 funcionário
8- Obter do doador a resposta ao questionário de auto-exclusão.	O doador recebe o impresso específico, responde o questionário de autoexclusão e o deposita na urna.	
9- Registrar a coleta efetuada.	O funcionário faz o registro da coleta efetuada no sistema informatizado.	Sala de pós-vínculo 1 funcionário
10- Acondicionar a bolsa e as amostras para envio aos respectivos laboratórios.	O funcionário acondiciona a bolsa e as amostras nos recipientes adequados para serem encaminhadas aos respectivos laboratórios.	
11- Servir suco e lanche ao doador	O funcionário da copa oferece ao candidato a doação suco, bolachas e lanche antes e depois da doação de sangue.	Copa de doador 1 funcionário

Atribuição dos custos às atividades do Módulo de Coleta

Identificação dos recursos

Os recursos consumidos para desempenhar as atividades do Módulo de Coleta de sangue total estão mostrados na Tabela 2 e os custos foram atribuídos separadamente a cada atividade, conforme poderá ser visualizado adiante.

Tabela 2. Recursos consumidos para execução das atividades do Módulo de Coleta.

Recursos	Valores em R\$ (média mensal 2006)
Material de consumo	27.671,43
Mão-de-obra direta	7.869,39
Equipamentos	3.109,78
Condomínio	1.815,78
Mão-de-obra indireta	1.651,50
Administração e direção geral	1.539,90
Gestão de Qualidade	282,40
Informática	202,12
Total	44.142,30

Definição dos direcionadores

A seguir foram definidos os direcionadores para cada recurso consumido pelas atividades do processo, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Direcionadores de recursos para execução das atividades do Módulo de Coleta.

RECURSOS	DIRECIONADORES DE RECURSOS
Gestão de Qualidade	Média de funcionários envolvidos
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor
Mão-de-obra direta	Tempo despendido
Equipamentos	Valor (depreciação, MP, MC, calibração, validação)
Informática	Número de pontos
Administração e direção geral	Média de funcionários envolvidos
Condomínio	m ² de área ocupada
Material de consumo	Quantidade consumida

Critérios para alocação dos recursos às atividades

Para alocar os recursos às atividades adotou-se que:

a) Gestão da Qualidade (GQ): inclui os gastos com o Sistema da Qualidade, considerando pessoal, telefonia e material de consumo da Gestão da Qualidade, treinamentos e manutenção de programas de qualidade (ISO e AABB). O custo da GQ foi dividido pelos 451 funcionários da instituição, obtendo-se R\$ 56,48/funcionário/mês. A alocação dos recursos foi feita pela média de funcionários

que executam cada atividade considerando que 01 funcionário execute as atividades 1 e 2, dois outros executem as atividades 3, 4, 5, 6 e 7 e outro, as atividades 9 e 10 (Tabela 1). O custo da GQ foi alocado apenas uma vez ao funcionário que realiza mais de uma atividade. Para servir o lanche ao doador, o valor mensal de R\$ 56,48 investido em 01 funcionário foi alocado para desempenhar a atividade 10 (Tabela 1).

b) Mão-de-obra indireta (MOI): inclui os gastos com função administrativa no gerenciamento da atividade de coleta (Gerente de Enfermagem) e da atividade de servir lanche e suco aos doadores (Supervisor de Copa). Inclui salários, gratificações, insalubridade (Gerente de Enfermagem), salário família, benefícios, encargos sociais, provisões, etc., valor este dividido quando o gerente/supervisor exercia supervisão de mais de uma área e de mais de um processo por área (ex: Gerente de Enfermagem supervisiona 03 áreas, sendo uma delas a área de coleta com três processos básicos e Supervisor da Copa supervisiona 5 diferentes áreas de copa). Foram alocados pela valoração do percentual do tempo do supervisor despendido para supervisionar a execução de cada atividade conforme seu tempo de execução (Tabelas 4 e 5).

c) Mão-de-obra direta (MOD): inclui os gastos (salários, gratificações, insalubridade, salário família, benefícios, encargos sociais, provisões, etc) com funcionários efetivamente envolvidos na execução das atividades. Foram alocados pela valoração do tempo despendido pelos profissionais (técnicos de enfermagem e copeiros) para executar as atividades do Módulo de Coleta de sangue (Tabelas 6 e 7).

Tabela 4. Valor em reais da mão-de-obra indireta (supervisão) das atividades do Módulo de Coleta.

Atividade	Tempo (minutos)	% Tempo Supervisão	Valor R\$
Inspecionar etiquetas e bolsas de coleta e etiquetar bolsas e tubos	0,5	2,13	26,15
Realizar vínculo entre etiquetas de tubos, de bolsas e número de triagem do doador	1,5	6,38	78,32
Realizar escolha da veia e anti-sepsia do braço do doador	3,0	12,77	156,77
Coletar a bolsa e as amostras	13,0	55,32	679,14
Homogeneizar o tubo coletor da bolsa	1,0	4,26	52,30
Fazer curativo no lugar da punção e retirar o excesso de solução anti-séptica	1,0	4,26	52,30
Orientar o doador	2,0	8,51	104,47
Obter do doador a resposta do questionário de auto-exclusão	-	-	-
Registrar a coleta efetuada	1,0	4,26	52,30
Acondicionar a bolsa e as amostras para envio aos respectivos laboratórios	0,5	2,13	26,15
Total	23,5	100	1.227,91
Fração do salário de gerente nas atividades da coleta			R\$ 1.227,91

Tabela 5. Valor em reais da mão-de-obra indireta (supervisão) da atividade de servir o lanche ao doador.

Atividade	Tempo (minutos)	% Tempo Supervisão	Valor R\$
Servir suco e lanche ao doador	2	100	423,60
TOTAL	2	100	423,60
Fração do salário de gerente nas atividades da coleta			R\$ 423,60

Tabela 6. Valor em reais da mão-de-obra direta para execução das atividades do Módulo de Coleta.

Atividade	Tempo por coleta (minutos)	Valor por coleta	Tempo no mês (minutos)	Valor R\$
Inspecionar etiquetas e bolsas de coleta e etiquetar bolsas e tubos	0,5	0,12	627	149,7
Realizar vínculo entre etiquetas de tubos, de bolsas e número de triagem do doador	1,5	0,36	1.881	449,11
Realizar escolha da veia e anti-sepsia do braço do doador	3,0	0,72	3.762	898,21
Coletar a bolsa e as amostras	13,0	3,1	16.302	3.892,26
Homogeneizar o tubo coletor da bolsa	1,0	0,24	1.254	299,40
Fazer curativo no lugar da punção e retirar o excesso de solução anti-séptica	1,0	0,24	1.254	299,40
Orientar o doador	2,0	0,48	2.508	598,81
Obter do doador a resposta do questionário de auto-exclusão	-	-	0	0
Registrar a coleta efetuada	1,0	0,24	1.254	299,40
Acondicionar a bolsa e as amostras para envio aos respectivos laboratórios	0,5	0,12	627	149,70
TOTAL	23,5	5,61	29.469	7.036,00

Valor minuto	0,24
Média mensal de coletas	1.254

Tabela 7. Valor em reais da mão-de-obra direta para execução da atividade de servir o lanche ao doador.

Atividade	Tempo por coleta (minutos)	Valor por coleta	Tempo no mês (minutos)	Valor R\$
Servir suco e lanche ao doador	2,0	0,66	2.508	833,40
TOTAL	2,0	0,66	2.508	833,40

Valor minuto	0,33
Média mensal de coletas	1.254

d) Equipamentos (EQ): inclui o valor obtido depreciando-se o valor de compra do equipamento conforme sua vida útil e acrescentando-se a média mensal dos custos com manutenção preventiva (MP), manutenção corretiva (MC), calibração e validação dos equipamentos utilizados para execução das atividades do Módulo de Coleta no período de janeiro a junho de 2006 (Tabela 8).

Tabela 8. Equipamentos para desempenho das atividades do Módulo de Coleta.

Nº atividade relacionada	Equipamento utilizado
1	–
2	Servidor, monitor, CPU, leitor Sharp tipo CCD Argox – Metrologic
3	–
4	Homogeneizador, aspirador, torpedo de oxigênio, ambu, laringoscópio, cânula de Guedel, módulo de coleta, termômetro digital
5	Alicate espremedor (pinça rolete)
6	–
7	–
8	–
9	Servidor, terminal, balança, leitor Sharp tipo CCD Argox – Metrologic
10	Placa fria, caixa térmica
11	Geladeira, freezer

e) Informática (INF): o setor de coleta utiliza o sistema informatizado – Sistema de Banco de Sangue (SBS) em cada coleta de bolsa de sangue. Foi incluído o custo mensal de manutenção do sistema (software), os custos com material de consumo e com o pessoal do setor de informática. A alocação dos recursos se deu conforme o número de pontos do sistema utilizados para realizar as atividades (01 ponto para cada atividade que envolve informática, ou seja, 02 pontos) em relação ao número total de pontos existentes no sistema (206), correspondendo a R\$ 101,06 por ponto.

f) Administração e direção geral (A-DG): inclui as despesas com Presidência, Coordenadoria Técnico-Científica, Coordenadoria de Gestão, Coordenadoria Técnica Administrativa, Coordenadoria Médica, Assistência da Diretoria, Assessoria Jurídica, Finanças, Contabilidade, Comunicação Administrativa, Recursos Humanos, Compras, Manutenção de equipamentos/Patrimônio, Engenharia e Almoxarifado do Hemocentro de Ribeirão Preto, correspondendo a salários, gratificações, salário família, benefícios, encargos sociais e provisões, além do material consumido. Foi considerado que o valor total destes recursos se aplica a todos os funcionários, bolsistas e estagiários da instituição (586 ou R\$ 307,98 por indivíduo/mês) e a alocação foi realizada pelo número médio de funcionários por atividade do Módulo de Coleta de bolsas, similarmente à alocação do recurso da GQ referido anteriormente (Tabela 1).

g) Condomínio (COND): inclui água, energia elétrica, manutenção predial, manutenção do ar condicionado, recarga de extintores, limpeza (recursos humanos e material de consumo), vigilância, gerenciamento de resíduos (taxa e material de consumo). O valor total do condomínio foi R\$ 109.096,03 por mês, alocado às atividades utilizando como direcionador a área usada para realizar as atividades de coleta (vínculo 14 m², coleta 98 m² e registro 13 m²) e para servir lanche e suco aos doadores (copa 34 m²), sendo 9.553 m² a área total da instituição. No caso de mais de uma atividade ser realizada em uma mesma área física, o condomínio foi alocado apenas a uma das atividades.

h) Material de consumo (MAC): corresponde aos materiais utilizados para desempenhar as atividades para coleta de bolsas de sangue e para servir lanche e suco ao doador. O critério de alocação foi a quantidade utilizada de cada insumo (Tabela 9).

Tabela 9. Custo dos materiais de consumo do Módulo de Coleta.

Nº Atividade Relacionada	Materiais de consumo	Semestral	Mensal
Lanche do doador			
11	Lanche	18.942,72	3.157,12
11	Suco	6.334,38	1.055,73
11	Diversos para lanche	890,88	148,48
11	Copos	326,28	54,38
11	Guardanapos	94,26	15,71
Sub-Total		26.588,52	4.431,42
Coleta de bolsas			
1	Bolsa tripla	105.086,66	17.514,44
1	Bolsa dupla	12.784,43	2.130,74
1	Tubo de gel sem anticoagulante	10.096,00	1.682,67
3	Luvas procedimentos	3.011,20	501,87
3	Cortante	2.343,58	390,60
1	Tubo com EDTA	2.005,90	334,32
1	Etiqueta para bolsa tripla	1.101,33	183,56
1	Etiquetas de amostras	882,00	147,00
6	Curativo	826,40	137,73
3	Gaze	368,60	61,43
3	Solução anti-sépticas	233,51	38,92
1	Etiqueta para bolsa dupla	229,16	38,19
3	Bolas de algodão	225,72	37,62
8	Impressão FH.2.76 - Auto-exclusão	68,72	11,45
4	Pinça hemostática	52,60	8,77
7	Impressão FH.2.59 - Cuidados pós-doação	44,48	7,41
4	Fita crepe	40,26	6,71
6	Alcool 70%	28,95	4,83
4	Tubo látex nº 200	10,55	1,76
Sub-Total		139.440,05	23.240,01
Total		166.028,57	27.671,43

Alocação dos recursos às atividades

Nas Tabelas 10 a 14, observa-se a alocação dos recursos às atividades com o uso de direcionadores de recursos.

Tabela 10. Custo das atividades para etiquetagem de bolsas e amostras.

Recursos	Direcionador de recursos	Total R\$
Atividade 1: Inspeccionar etiquetas e bolsas de coleta e etiquetar bolsas e tubos		
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	149,70
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	26,15
Material de consumo	Quantidade consumida	22.030,91
Custo médio		22.206,76
Atividade 2: Realizar o vínculo entre etiquetas de tubos, etiquetas de bolsa e número de triagem do doador		
Gestão de Qualidade	Média de funcionários envolvidos	56,48
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	449,11
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	78,32
Adm. e direção geral	Média de funcionários envolvidos	307,98
Equipamentos	Valor (deprec., MP, MC, calibr., valid.)	906,37
Informática	Número de pontos	101,06
Condomínio	m² de área ocupada	159,88
Custo médio		2.059,20

Tabela 11. Custo das atividades para coleta da bolsa e amostras.

Recursos	Direcionador de recursos	Total R\$
Atividade 3: Realizar escolha da veia e anti-sepsia do braço do doador		
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	898,21
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	156,77
Material de consumo	Quantidade consumida	1.030,44
Custo médio		2.085,42
Atividade 4: Coletar a bolsa e as amostras		
Gestão de Qualidade	Média de funcionários envolvidos	112,96
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	3.892,26
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	679,14
Adm. e direção geral	Média de funcionários envolvidos	615,96
Equipamentos	Valor (deprec., MP, MC, calibr., valid.)	1.230,80
Material de consumo	Quantidade consumida	17,24
Condomínio	m² de área ocupada	1.119,16
Custo médio		7.667,52

continua...

... continuação

Recursos	Direcionador de recursos	Total R\$
Atividade 5: Homogeneizar o tubo coletor da bolsa		
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	299,40
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	52,30
Equipamentos	Valor (deprec., MP, MC, calibr., valid.)	23,92
Custo médio		375,62
Atividade 6: Fazer curativo no local da punção e retirar o excesso de solução antisséptica		
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	299,40
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	52,30
Material de consumo	Quantidade consumida	142,56
Custo médio		494,26
Atividade 7: Orientar o doador		
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	598,81
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	104,47
Material de consumo	Quantidade consumida	7,41
Custo médio		710,69

Tabela 12. Custo da aplicação do questionário de autoexclusão.

Recursos	Direcionador de recursos	Total R\$
Atividade 8: Obter do doador a resposta ao questionário de autoexclusão		
Material de consumo		11,45
Custo médio		11,45

Tabela 13. Custo do registro da coleta e acondicionamento da bolsa e amostras.

Recursos	Direcionador de recursos	Total R\$
Atividade 9: Registrar a coleta efetuada		
Gestão de Qualidade	Média de funcionários envolvidos	56,48
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	299,40
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	52,30
Adm. e direção geral	Média de funcionários envolvidos	307,98
Equipamentos	Valor (deprec., MP, MC, calibr., valid.)	863,33
Informática	Número de pontos	101,06
Condomínio	m² de área ocupada	148,46
Custo médio		1.829,01
Atividade 10: Acondicionar a bolsa e as amostras para envio aos respectivos laboratórios		
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	149,70
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	26,15
Equipamentos	Valor (deprec., MP, MC, calibr., valid.)	43,84
Custo médio		219,69

Tabela 14. Custo para servir suco e lanche ao doador.

Recursos	Direcionador de recursos	Total R\$
Atividade 11: Servir suco e lanche ao doador		
Gestão de Qualidade	Média de funcionários envolvidos	56,48
Mão-de-obra direta	Tempo despendido	833,40
Mão-de-obra indireta	% tempo do supervisor	423,60
Adm. e direção geral	Média de funcionários envolvidos	307,98
Equipamentos	Valor (deprec., MP, MC, calibr., valid.)	41,51
Material de consumo	Quantidade consumida	4.431,42
Condomínio	m² de área ocupada	388,28
Custo médio		6.482,67

RESULTADOS

Depois de identificadas as atividades e os recursos consumidos para seu desempenho, foram atribuídos custos a estas atividades. Obteve-se, portanto, os custos por atividade desempenhada, assim como o valor por recurso consumido para execução do Módulo de Coleta de sangue total no Hemocentro de Ribeirão Preto, conforme pode ser visto na síntese da Tabela 15.

Em seguida, passa-se à identificação do objeto de custos do Módulo de Coleta e à alocação dos custos médios das atividades ao objeto de custos.

Tabela 15. Distribuição dos custos às atividades.

Custos R\$	Atividades											
	Etiquetar	Vincular	Realizar anti-sepsia	Coletar	Homogeneizar tubo coletor	Fazer curativo	Orientar	Obter auto-exclusão	Registrar	Acondicionar	Servir Lanche	Total
GQ	-	56,48	-	112,96	-	-	-	-	56,48	-	56,48	282,40
MOD	149,7	449,11	898,21	3.892,26	299,4	299,40	598,81	-	299,40	149,70	833,4	7.869,39
MOI	26,15	78,32	156,77	679,14	52,30	52,30	104,47	-	52,30	26,15	423,60	1.651,50
A-DG	-	307,98	-	615,96	-	-	-	-	307,98	-	307,98	1.539,90
EQ	-	906,37	-	1.230,80	23,92	-	-	-	863,33	43,84	41,51	3.109,77
INF	-	101,06	-	-	-	-	-	-	101,06	-	-	202,12
MAC	22.030,91	-	1.030,44	17,24	-	142,56	7,41	11,45	-	-	4.431,42	27.671,43
COND	-	159,88	-	1.119,16	-	-	-	-	148,46	-	388,28	1.815,78
Total	22.206,76	2.059,20	2.085,42	7.667,52	375,62	494,26	710,69	11,45	1.829,01	219,69	6.482,67	44.142,29

Identificação do objeto de custos do Módulo de Coleta

O objeto de custos do Módulo de Coleta identificado foi o próprio Módulo de Coleta de sangue total utilizando a descrição da tabela SIA/SUS de faturamento, conforme referido anteriormente.

Alocação dos custos das atividades ao objeto de custos - Módulo de Coleta

Foi feita a alocação dos custos médios das atividades ao objeto de custos - Módulo de Coleta de sangue total, tendo sido utilizado como direcionador a média mensal de bolsas de sangue total coletadas de janeiro a junho de 2006, obtida a partir do sistema informatizado utilizado no Hemocentro de Ribeirão Preto.

Obteve-se ,como custo médio do Módulo de Coleta de sangue total no Hemocentro de Ribeirão Preto – unidade sede, o valor de R\$ 35,20 (Tabela 16).

Tabela 16. Custo médio do objeto de custos - Módulo de Coleta de sangue.

Atividades	Objeto de custo R\$ 1 Módulo de Coleta
Inspecionar etiquetas e bolsas de coleta e etiquetar bolsas e tubos.	22.206,76
Realizar o vínculo entre etiquetas de tubos, etiquetas de bolsa e número de triagem do doador.	2.059,20
Realizar escolha da veia e anti-sepsia do braço do doador.	2.085,42
Coletar a bolsa e as amostras.	7.667,52
Homogeneizar o tubo coletor da bolsa.	375,62
Fazer curativo no local da punção e retirar o excesso de solução anti-séptica	494,26
Orientar o doador.	710,69
Obter do doador a resposta ao questionário de auto-exclusão.	11,45
Registrar a coleta efetuada.	1.829,01
Acondicionar a bolsa e as amostras para envio aos respectivos laboratórios.	219,69
Servir suco e lanche ao doador	6.482,67
Custo Total	44.142,29
Média Mensal de Coletas (jan - jun 2006)	1254
Custo médio Módulo de Coleta de Sangue	35,20

DISCUSSÃO

Observações atuais sobre custos em hemoterapia descrevem gastos crescentes assim como dificuldades no financiamento desses gastos sugerindo a necessidade de mensuração dos custos dos procedimentos por métodos que forneçam resultados confiáveis.

Na área da saúde, e particularmente na hemoterapia, os custos indiretos apresentam importante papel, pois qualidade e segurança transfusionais são itens primordiais e demandam recursos. A necessidade da manutenção de estoques dos diferentes tipos sanguíneos e de hemocomponentes variados, bem como, a validade limitada dos produtos sanguíneos, são fatores que também influenciam os custos.

Considerando estas particularidades e as características da metodologia ABC que aloca custos de maneira particular por direcionadores específicos, os custos em hemoterapia parecem ser mais bem apurados por este método, em comparação aos sistemas tradicionais de custeio. O Custeio Baseado em Atividades procura direcionar corretamente o planejamento e o controle dos custos fornecendo informações valiosas ao usuário interno da organização, ajudando-o na tomada de decisões, permitindo uma demonstração e uma análise dos valores de remuneração recebidos e possibilitando a identificação das atividades caras e que não agreguem valor. A metodologia de custeio empregada neste estudo foi considerada apropriada, porém mostrou-se de execução difícil porque exigiu informações contábeis muito detalhadas e específicas às quais não se tinha familiaridade, nem disponibilidade de maneira pronta.

Conhecer os custos do Módulo de Coleta e aplicar a metodologia para obtenção do custo dos outros procedimentos hemoterápicos, chegando à apuração do custo de 01 unidade de sangue total e/ou 01 unidade de hemocomponente e sua transfusão, certamente fornecerá elementos para as decisões gerenciais dos serviços. Será também um valioso instrumento para evidenciar a insuficiência da remuneração SUS além de servir como subsídio para demonstração da necessidade de mudanças na tabela de faturamento.

Por fim, cabe comparar o valor obtido para o custo médio do Módulo de Coleta de sangue com o valor recebido pelo faturamento SUS deste módulo. Considerando o ano de 2006, os Hemocentros recebem R\$ 11,00 para execução do Módulo de Coleta, que quando comparado ao custo médio de R\$ 35,20 obtido neste estudo para este módulo, revela que o valor pago pelo SUS corresponde a 31,25% do valor gasto para desempenhar as atividades do Módulo Coleta. Amaral e Silva (2005) obteve o custo médio da bolsa de sangue de R\$ 167,93 que comparado ao valor da tabela SUS à época, de R\$ 99,82, mostrava uma cobertura pelo SIA/SUS de apenas 59% do valor gasto por bolsa de sangue coletada e beneficiada. Não foi possível

comparar os custos obtidos por aquele estudo com o presente trabalho porque neste se obteve apenas o custo médio do Módulo de Coleta de sangue, porém, da mesma forma, aqueles autores também concluíram que a capacidade de pagamento da hemorrede é deficitária em relação ao custo de sua despesa realizada.

Embora ambos os trabalhos tenham apresentado valores deficitários diferentes em relação à cobertura de pagamento, essa diferença poderá se justificar pelos distintos níveis de complexidade operacional das instituições e porque a remuneração SUS, sendo praticada por módulos, possibilita déficit maior ou menor em cada etapa e até eventual superávit em alguma, resultando em déficit menor quando se avalia o custo da bolsa beneficiada em comparação à avaliação de etapas isoladas.

CONCLUSÃO

O sistema de Custeio Baseado em Atividades mostrou-se adequado para apurar o custo médio do Módulo de Coleta de sangue total no Hemocentro de Ribeirão Preto-SP, unidade sede, identificando as atividades que englobam, além dos custos diretos, importantes custos indiretos que necessitam ser alocados de forma coerente a fim de se evitar as distorções dos sistemas tradicionais de custeio.

Os resultados também demonstraram que o maior impacto no custo médio apurado para o Módulo de Coleta se deveu aos custos monetários diretos. No entanto, os custos monetários indiretos não foram desprezíveis, confirmando a importância da aplicação da metodologia de custeio escolhida que propicia uma alocação mais adequada de tais custos.

O cálculo do custo médio do Módulo de Coleta de sangue total no Hemocentro de Ribeirão Preto–unidade sede, pelo método do Custeio Baseado em Atividades, mostrou um valor de R\$ 35,20, que, quando confrontado com a remuneração recebida pela tabela SIA/SUS, apresenta um déficit de 68,75% em cada Módulo de Coleta de sangue executado na instituição.

Custo Médio do Módulo de Coleta de Sangue Total no Hemocentro de Amazonas pelo Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC)

Autor: Kleber Sandro Brasil dos Santos¹

Orientador: Professor Divaldo de Almeida Sampaio²

¹ Hemocentro do Amazonas

² HEMOPE e Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

No cenário globalizado e de rápidas mudanças, a competitividade cada vez mais intensa entre as empresas desafia gestores e funcionários a rever suas ações e propor meios mais criativos de gerenciar suas organizações, buscando aumentar a lucratividade e garantir a sobrevivência.

A conjuntura nacional extremamente complexa, as inúmeras dificuldades de ordem econômico-financeiras vêm tornar o estudo dos custos um tema essencial para o gerenciamento das organizações tanto filantrópicas quanto organizações sem fins lucrativos. (BITTAR; CASTILHO, 2003).

Na área de saúde, o estudo dos custos deveria ser intensamente difundido. Entretanto, observa-se que os profissionais dessa área tendem a rejeitar qualquer aproximação com problemas administrativos, levando à escassez de estudos relacionados a essas organizações.

O conhecimento do custo dos serviços de saúde permite identificar os pontos que precisam ser controlados, reduzindo gastos e eliminando desperdícios, trabalhando com eficiência e preservando a qualidade no atendimento prestado.

No passado, muitas empresas viam a contabilidade de custos como um mal necessário, que buscava apenas atender as exigências contábil-fiscais, deixando de ser explorada como ferramenta gerencial, devido à deficiências, principalmente relacionadas com agilidade e confiabilidade das informações, que consequentemente perdiam a utilidade como ferramenta de gerenciamento e tomada de decisão (BRIMSON, 1996).

Atualmente, o conhecimento dos custos proporciona maior competitividade às empresas, sendo um importante fator na elaboração de suas estratégias e tomada de decisões. Logo, a perseguição por custos cada vez menores sem contudo afetar a qualidade de produtos e serviços, deve ser um objetivo permanente nas empresas que buscam a excelência empresarial.

Segundo observou Abbas (2001), grande parte das organizações de saúde não faz uso de nenhum sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas, controle de atividades e investimentos.

Assim, percebe-se que uma das áreas que precisa se modernizar, principalmente no Brasil, é a hospitalar, que ainda se utiliza de métodos contábeis tradicionais, que não levam ao efetivo conhecimento de seus custos, ou seja, grande parte dessas organizações não faz uso de nenhum sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas, controle de atividades e investimentos.

Nos hospitais públicos, os procedimentos realizados são pagos pelo Ministério da Saúde (MS), mediante uma tabela de preços com valores fechados. Em razão do fato de não terem um sistema de custeio efetivo, não se pode saber se o valor recebido pelo MS cobre o custo real de cada atividade.

Os Hemocentros, com seus procedimentos complexos, de custo elevado, dependentes de insumos importados e mão-de-obra especializada, estão perfeitamente inseridos nesse contexto. De maneira geral, desconhecem os custos de sua cadeia produtiva e também são remunerados pelo Ministério da Saúde pela tabela SUS defasada e que não contempla todas as atividades desenvolvidas.

JUSTIFICATIVA

A conjuntura econômica atual exige criatividade, competência e flexibilidade. Controle e redução de custos, formação correta de preços planejamento da estrutura operacional, fatores fundamentais para o sucesso de uma organização.

Segundo Almeida (1987, p. 45), o objetivo de um sistema contábil de custos em um hospital está relacionado ao apoio à gestão quanto à fixação de preços dos serviços, quando possível, ao controle das operações e ao fornecimento de dados informativos para o planejamento, gerenciamento e tomada de decisões. Logo, a contabilidade do custo hospitalar, torna-se parte integrante da Contabilidade Gerencial, pois se preocupa com as operações internas do hospital.

O presente trabalho tem como objeto de estudo o Módulo de Coleta de bolsas de sangue da forma como é realizado no Hemocentro do Amazonas – unidade sede, para identificação e mensuração dos diversos elementos que compõe a sua planilha de custos, justificando a sua realização:

- ▶ No desconhecimento do real valor gasto no Módulo de Coleta.
- ▶ No desconhecimento se os valores pagos pela tabela SUS cobrem os gastos nesse módulo.
- ▶ No desconhecimento da eficiência na gestão do Módulo de Coleta.

Assim, este estudo pretende avaliar os custos médios utilizados no módulo de coleta, frente a remuneração paga pelo SUS, fornecendo aos gestores, subsídios que possam servir para avaliar produtividade e racionalização de recursos, além de demonstrar aos responsáveis pela elaboração de políticas públicas a necessidade de revisões periódicas das tabelas de remuneração do SUS.

CARACTERÍSTICAS DO HEMOCENTRO DO AMAZONAS

A Fundação Hemoam começou sua trajetória em 1982, como Banco de Sangue nas dependências do hospital Universitário Getúlio Vargas. Em julho de 1989, o então Centro de Hematologia e Hemoterapia muda-se para sua sede própria, passando a exercer suas atividades na Av. Constantino Nery com uma área construída de 1.200 m². Na década de 80, a Fundação desenvolvia suas atividades como Centro de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas, o qual tinha limitação em suas ações, atendendo basicamente aos hemofílicos e doadores de sangue. A evolução constante da medicina transfusional passou a exigir respostas rápidas a problemas decorrentes da prevalência das doenças infecciosas transmitidas pelo sangue, com a implantação de linhas de pesquisa, cujos resultados contribuem para o aumento da margem de segurança, atendendo a padrões epidemiológicos Amazônicos. Dessa forma, a pesquisa tornou-se importante ferramenta para a manutenção da qualidade e segurança transfusional.

No início da década de 1990, o HEMOAM passou a Fundação Pública, e em 1997, a instituição conquistou o prêmio Qualidade Amazonas/97, pelo Programa de Prevenção às gestantes Rh negativo e menção honrosa pela participação no Prêmio Qualidade Amazonas/99, pelo Programa Interiorização de Sangue e Hemocomponentes, conferidos pela Federação das Indústrias do Estado do Amazonas - FIEAM.

Em setembro de 1999, uma parceria com o Governo do Japão permitiu, a implantação do Laboratório de Biologia Molecular, destinado a investigação científica, diagnóstico molecular de doenças transmissíveis pelo sangue e a realização quando necessária de testes confirmatórios mais específicos e sensíveis que os utilizados na rotina do laboratório de sorologia da instituição.

Responsável por 100% do atendimento hemoterápico via SUS na capital e no interior do Estado, fornece hemocomponentes às unidades de saúde públicas e privadas, mantendo 19 agências transfusionais instaladas em hospitais da capital, e 48 unidades de coleta e transfusão implantadas nos municípios do Amazonas, por meio de um programa eficiente de interiorização do sangue e hemocomponentes, para evitar a prática de transfusão braço a braço e a possibilidade de transmissão de doenças.

O Hemoam trata, atualmente, as doenças graves do sangue, incluindo-se as hemoglobinopatias (anemias falciforme, talassemias), coagulopatias (hemofilia, doença de Von Willwbrand) e doenças oncohematológicas (leucemias e linfomas, entre outras), oferecendo tratamento multidisciplinar, o que envolve atendimento médico-ambulatorial, internações, urgência 24 horas e apoio social, odontológico, fisioterapêutico e psicológico. Como resultado deste crescente desenvolvimento

e aperfeiçoamento a instituição tornou-se Centro de Referência em Hemoglobinopatia da Região Norte.

Na área de ensino, a pós-graduação recebeu atenção constante e o credenciamento da Residência Médica junto ao Ministério da Educação, em convênio com a Universidade do Amazonas, tornou-se uma grande conquista para o Estado. O mestrado em Hematologia concretizou-se em parceria com a Universidade do Amazonas e a Escola Paulista de Medicina.

Os cursos de formação em hemoterapia, oferecidos para a rede pública de saúde, bem como os eventos educativos, vêm permitindo aperfeiçoamento e qualificação de pessoal, preenchendo uma lacuna na formação de técnicos para o Estado do Amazonas, superando a distância dos grandes centros formadores de mão-de-obra especializada e a absorção das tecnologias necessárias ao avanço em direção à modernidade.

Atento às tendências mundiais, a implantação de um programa de qualidade despontou com força e revolucionou os conceitos de trabalho. As relações com a comunidade e o desenvolvimento de produtos e serviços levaram a Fundação HEMOAM a obter o Certificado de Elite em imuno-hematologia, Certificado de Excelência em Sorologia, concedidos pela Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Certificado de Excelência em Análises Clínicas, concedido pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas e a Certificação da ISO na versão 9001:2000, que confirma ser o Hemoam uma referência de saúde no Norte do Brasil.

HIPÓTESE

A complexidade dos serviços de hemoterapia, a dificuldade para levantar fundos para custear as atividades de produção e a escassez de informações sobre o custeio desses serviços permitem a hipótese de que os valores pagos pelo SUS são insuficientes para cobertura dos gastos do módulo de coleta no Hemocentro do Amazonas, AM.

OBJETIVO GERAL

O presente estudo busca avaliar o custo médio do Módulo de Coleta de sangue total no Hemocentro do Amazonas, AM, unidade sede e compará-lo com os valores pagos pelo Sistema Único de Saúde – SUS para esse módulo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar e avaliar o impacto dos custos médios monetário direto e indireto de cada atividade do Módulo de Coleta no Hemocentro do Amazonas, unidade sede, em relação ao custo total apurado para este módulo.

Comparar o valor pago pelo SUS pelo Módulo de Coleta com o custo médio encontrado para esse módulo no Hemocentro do Amazonas, unidade sede.

MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido na unidade sede do Hemocentro do Amazonas e tomou como base para o cálculo dos custos, as atividades que compõem o Módulo de Coleta de Sangue Total. Os valores alocados foram obtidos a partir dos preços dos materiais de consumo, gastos com mão-de-obra direta e indireta e demais gastos calculados a partir da média dos valores de janeiro a junho de 2006.

De acordo com Goode e Hatt (1977), é classificada como um estudo de caso e se utiliza do sistema de custeio baseado em atividades (custeio ABC), aplicando-o em um hemocentro, para apurar o custo do Módulo de Coleta de Sangue Total. A descrição do Módulo de Coleta de Sangue utilizada foi aquela da tabela de faturamento do Sistema Único de Saúde (SUS) para os procedimentos hemoterápicos: “3701102-2 - Coleta de sangue: inclui todos os procedimentos e insumos destinados à coleta de sangue e lanche do doador”.

Coleta, processamento e análise dos dados

O Hemocentro do Amazonas está estruturado em Centros de Custos (CC), os mesmos foram identificados junto à Gerência de Logística, setor que engloba as carteiras de transporte, compras e almoxarifado.

Os CC do ciclo do sangue são classificados como produção, os CC que auxiliam a produção são os CC Auxiliares, os CC da administração são os administrativos. Para as atividades de Pesquisa, os custos são apurados em separado.

Aplicação do ABC ao estudo

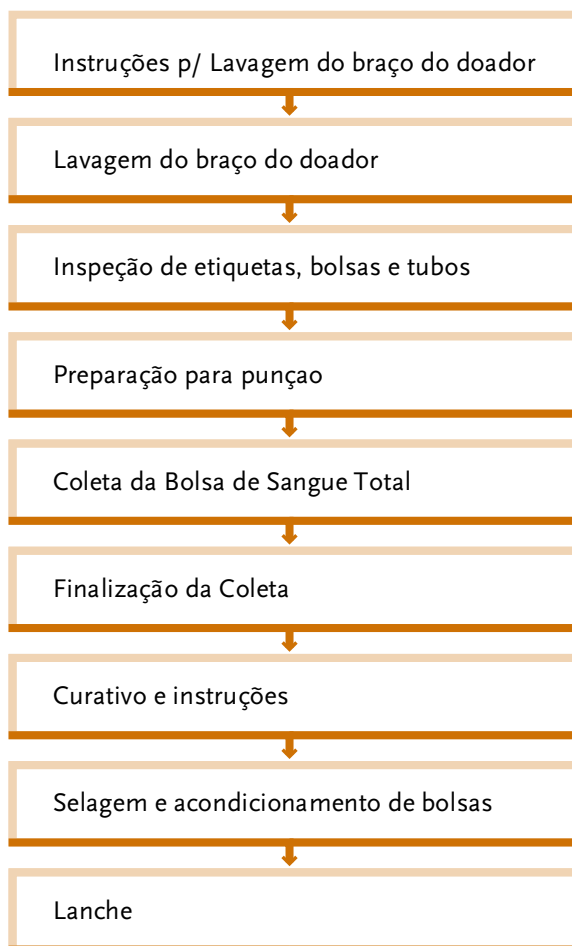
Os dados deste estudo foram obtidos pela observação da rotina de coleta de sangue total, entrevistas com a Gerente do setor de coleta, com a colaboradora responsável pelo lanche de doadores e com funcionários das áreas envolvidas.

Nesses setores, foram medidos os tempos para cada atividade pertinente à coleta de sangue total, bem como foi feita a identificação e quantificação do material utilizado nesse processo. Os preços dos materiais de consumo foram obtidos junto à Gerência de Logística e os custos da mão-de-obra direta e indireta foram obtidos no setor de Recursos Humanos do Hemocentro.

Identificação das atividades do Módulo de Coleta

O processo de coleta de bolsas de sangue total foi mapeado, buscando possibilitar uma visualização completa e uma compreensão das atividades executadas, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxo da coleta de bolsas de sangue total no Hemocentro do Amazonas – unidade sede.



Identificadas e definidas as atividades e as tarefas do Módulo de Coleta de bolsas de sangue, na Tabela 1, essas atividades serão listadas e as tarefas correspondentes e a forma como são executadas no Hemocentro do Amazonas, serão descritas.

Tabela 1. Atividades do Módulo de Coleta de Sangue.

Atividades	Tempo (minutos)	Descrição da tarefa
1. Instruções para lavagem dos braços do doador	0,2	Instruir o doador sobre a lavagem dos braços
2. Lavagem dos braços do doador	1,0	Inspecionar a lavagem do braço do doador e ajuda-lo quando necessário
3. Inspecionar nomes, etiquetas e bolsas de coleta	1,0	Um funcionário verifica se as bolsas plásticas estão adequadas para coleta. Confere se o nome do doador, seu registro na instituição, as etiquetas das bolsas e dos tubos para coleta de amostras estão conformes.
4. Preparação para punção.	0,75	Avaliação dos braços do doador, escolha da veia e anti-sepsia do local a ser puncionado utilizando a(s) soluções adequadas
5. Coleta da bolsa de sangue total.	10	O funcionário punciona a veia do doador, cobre o ponto da punção com gaze e aguarda o tempo de coleta do sangue.
6. Finalização da coleta.	1,4	Nesta etapa será realizada homogeneização do sangue do tubo coletor com o sangue da bolsa, coletadas as amostras para testes imuno-hematológicos e sorológicos e o descarte de materiais inservíveis.
7. Curativo e instruções	0,5	Retirada da agulha, compressão do local da punção, colocação de bandagem, retirada do excesso de solução anti-séptica do braço do doador e orientações sobre os cuidados pós-doação.
8. Selagem e acondicionamento das bolsas	0,8	Selagem do tubo coletor e acondicionamento da bolsa e amostras nos recipientes adequados para serem encaminhadas aos respectivos laboratórios.
9. Lanche ao doador	0	O funcionário da copa oferece ao candidato a doação suco, bolachas e lanche antes e depois da doação de sangue.

No HEMOAM, a etapa em que são vinculadas as etiquetas de tubos, etiquetas de bolsa e número de triagem do doador, por sistema informatizado, ocorre durante a triagem do doador. Na sala de coleta, esse vínculo será conferido e confirmado.

A orientação do doador sobre a importância do voto de autoexclusão ocorre durante a sua triagem clínica. Antes da doação poderá ser oferecido suco ou achocolatado, acrescido de sanduíche de pão com queijo e manteiga, para os doadores que comparecem em jejum. O serviço de lanche do doador é terceirizado, logo, o valor do lanche foi calculado pela média dos últimos seis meses.

Atribuição dos custos às atividades do Módulo de Coleta

Identificação dos recursos

Inicialmente foi identificada a parcela de recursos consumida pelo setor de coleta do Hemocentro do Amazonas (Tabela 2) para em seguida atribuir estes custos a cada atividade.

Tabela 2. Recursos consumidos pelo setor de coleta de sangue total do Hemocentro do Amazonas – unidade sede.

Recursos	Valores em R\$ (Média mensal 2006)
Estrutura administrativa	24.471,03
Mão-de-obra indireta	4.525,81
Mão-de-obra direta	9.475,55
Equipamentos (depreciação)	550,01
Condomínio (coleta)	7.404,79
Lanche do doador	8.416,57
Material de consumo	56.368,73
Total	102.845,24

Definição dos direcionadores

Em seguida foram definidos os direcionadores para cada recurso consumido pelas atividades do processo, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Direcionadores de recursos do setor de coleta de sangue total do Hemocentro do Amazonas – unidade sede.

Recursos	Direcionadores de recursos
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas
Mão-de-obra direta	Tempo em horas
Equipamentos	Depreciação dos equipamentos
Condomínio	m² de área ocupada
Lanche do doador	Quantidade consumida
Material de consumo	Quantidade consumida

Foram definidos os materiais de consumo utilizados para a realização de um Módulo de Coleta, conforme Tabela 4.

Tabela 4. Materiais de consumo utilizados no Módulo de Coleta de sangue total.

Material de consumo	Valor	
	Semestral	Mensal
Alcool	30,00	6,00
Algodão	1.378,00	275,60
Bata descartável	133,80	26,76
Bolsa dupla	31.158,40	6.231,68
Bolsa tripla	239.681,50	47.936,30
Curativo	25.690,50	1.138,10
Esparadrapo	353,50	70,70
Formulário c/atestado doação	1.321,40	26,40
Gaze	17,40	283,48
Luvas	1.554,97	310,99
Pinça hemostática	190,00	38,00
Solução antisséptica	123,60	24,72
TOTAL	281.843,69	56.368,74

Critérios para alocação dos recursos às atividades

Para alocar os recursos às atividades adotou-se que:

- ▶ O valor atribuído à estrutura administrativa é formado pelas despesas efetuadas com pessoal e material de consumo, rateados entre a DS (direção superior) e a DAF (Diretoria administrativo-financeira).
- ▶ A direção Superior é formada pelo diretor presidente, gabinete da presidência e pelas consultorias jurídica, de comunicação, de controle de qualidade, controladoria e hemocentro).
- ▶ A Diretoria Administrativo-Financeira (DAF) é formada pela diretoria administrativo financeira, departamento de manutenção e serviços terceirizados, departamento de sistemas, departamento de orçamento e finanças, departamento de recursos humanos, juntamente com as gerências e subgerências pertencentes a esses departamentos.

Os custos de mão-de-obra indireta foram deduzidos a partir dos gastos efetuados com a coordenadoria do departamento do ciclo do sangue rateado entre as gerências que compõe esse departamento, juntamente com o rateio do salário da gerência de triagem e coleta rateado entre os funcionários pertencentes a esse setor, deduzindo-se a parcela cabível à coleta pelo número de funcionários envolvidos diretamente nessa atividade. A estes serão somados os valores gastos com três funcionários estatutários encarregados de preparar bolsas e tubos que serão usadas na coleta de sangue.

O valor atribuído à Mão-de-obra direta inclui salários, férias, décimo terceiro e gratificações dadas aos funcionários efetivamente envolvidos na execução das atividades de coleta da bolsa de sangue total, ou seja, o tempo despendido pelos profissionais para realizar as atividades necessárias para realização do Módulo de Coleta de sangue.

- ▶ Equipamentos: refere-se à depreciação dos equipamentos efetivamente utilizados na coleta de bolsas: termômetros da sala de coleta, módulos de coleta, homogeneizadores de bolsas de sangue, alicates ordenhadores, pinças hemostáticas, caixas térmicas e placas frias para acondicionamento de bolsas e amostras e geladeira para suco e lanches. Atribuiu-se aos equipamentos o valor atual de compra e fez-se a depreciação conforme sua vida útil.
- ▶ Administração e direção geral: inclui as despesas com a administração do Hemocentro do Amazonas, inclusive a diretoria. Foi alocado conforme o número de funcionários do setor de coleta e copa.
- ▶ Condomínio: inclui água, energia elétrica, telefonia, manutenção predial, ar condicionado, limpeza, vigilância, recepção, extintores de incêndio, coleta de resíduos, jardinagem, estacionamento. Os valores foram alocados às atividades por rateio baseado na área ocupada pelo setor de coleta e copa de doadores.
- ▶ Material de consumo, corresponde aos materiais utilizados na coleta das bolsas de sangue e no lanche do doador. O critério de alocação foi a quantidade utilizada de cada insumo (Tabela 5).

Alocação dos recursos às atividades

Nas Tabelas 5 a 13, observa-se a alocação dos recursos às atividades com o uso de direcionadores de recursos.

Tabela 5. Atividade 1: Instruções para lavagem dos braços do doador.

Recursos	Direcionador de recursos	Recursos gastos (R\$)
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários	0,090
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas	0,017
Mão-de-obra direta	Tempo em horas	0,040
Equipamentos	Depreciação	0,002
Condomínio	m² de área ocupada	0,029
Lanche do doador	Quantidade consumida	0,000
Material de consumo	Quantidade consumida	0,000
Custo médio da atividade/bolsa		0,179
Custo médio da atividade/mês		535,33

Tabela 6. Atividade 2: Lavagem dos braços do doador.

Recursos	Direcionador de recursos	Recursos gastos (R\$)
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários	0,520
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas	0,096
Mão-de-obra direta	Tempo em horas	0,200
Equipamentos	Depreciação	0,012
Condomínio	m² de área ocupada	0,157
Lanche do doador	Quantidade consumida	0,000
Material de consumo	Quantidade consumida	1,660
Custo médio da atividade/bolsa		1,153
Custo médio da atividade/mês		3.439,76

Tabela 7. Atividade 3: Inspeccionar nomes, etiquetas e bolsas de coleta.

Recursos	Direcionador de recursos	Recursos gastos (R\$)
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários	0,540
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas	0,100
Mão-de-obra direta	Tempo em horas	0,210
Equipamentos	Depreciação	0,012
Condomínio	m² de área ocupada	0,164
Lanche do doador	Quantidade consumida	0,000
Material de consumo	Quantidade consumida	0,000
Custo médio da atividade/bolsa		1,026
Custo médio da atividade/mês		3.063,28

Tabela 8. Atividade 4: Preparação para punção.

Recursos	Direcionador de recursos	Recursos gastos (R\$)
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários	0,390
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas	0,072
Mão-de-obra direta	Tempo em horas	0,150
Equipamentos	Depreciação	0,009
Condomínio	m² de área ocupada	0,118
Lanche do doador	Quantidade consumida	0,000
Material de consumo	Quantidade consumida	0,169
Custo médio da atividade/bolsa		0,913
Custo médio da atividade/mês		2724,04

Tabela 9. Atividade 5: Coleta da bolsa de sangue total.

Recursos	Direcionador de recursos	Recursos gastos (R\$)
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários	5,260
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas	0,971
Mão-de-obra direta	Tempo em horas	2,030
Equipamentos	Depreciação	0,118
Condomínio	m² de área ocupada	1,588
Lanche do doador	Quantidade consumida	0,000
Material de consumo	Quantidade consumida	18,150
Custo médio da atividade/bolsa		28,115
Custo médio da atividade/mês		8.3911,11

Tabela 10. Atividade 6: Homogeneizar o tubo coletor e coletar amostras.

Recursos	Direcionador de recursos	Recursos gastos (R\$)
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários	0,730
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas	0,135
Mão-de-obra direta	Tempo em horas	0,280
Equipamentos	Depreciação	0,016
Condomínio	m² de área ocupada	0,221
Lanche do doador	Quantidade consumida	0,000
Material de consumo	Quantidade consumida	0,080
Custo médio da atividade/bolsa		1,467
Custo médio da atividade/mês		4.379,65

Tabela 11. Atividade 7: Curativo e instruções.

Recursos	Direcionador de recursos	Recursos gastos (R\$)
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários	0,280
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas	0,052
Mão-de-obra direta	Tempo em horas	0,110
Equipamentos	Depreciação	0,006
Condomínio	m² de área ocupada	0,085
Lanche do doador	Quantidade consumida	0,000
Material de consumo	Quantidade consumida	0,321
Custo médio da atividade/bolsa		0,855
Custo médio da atividade/mês		2.551,66

Tabela 12. Atividade 8: Selagem e acondicionamento das bolsas.

Recursos	Direcionador de recursos	Recursos gastos (R\$)
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários	0,390
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas	0,073
Mão-de-obra direta	Tempo em horas	0,150
Equipamentos	Depreciação	0,009
Condomínio	m² de área ocupada	0,119
Lanche do doador	Quantidade consumida	0,000
Material de consumo	Quantidade consumida	0,000
Custo médio da atividade/bolsa		0,747
Custo médio da atividade/mês		2.230,55

Tabela 13. Atividade 9: Lanche do doador.

Recursos	Direcionador de recursos	Recursos gastos (R\$)
Estrutura administrativa	Quantidade de funcionários	0,000
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas	0,000
Mão-de-obra direta	Tempo em horas	0,000
Equipamentos	Depreciação	0,000
Condomínio	m² de área ocupada	0,000
Lanche do doador	Quantidade consumida	2,820
Material de consumo	Quantidade consumida	0,000
Custo médio da atividade/bolsa		2,820
Custo médio da atividade/mês		8.416,57

Identificação do objeto de custos do Módulo de Coleta

O objeto de custos do Módulo de Coleta identificado foi o próprio Módulo de Coleta de sangue total utilizando a descrição da tabela SIA/SUS de faturamento, conforme referido anteriormente.

Alocação dos custos das atividades ao objeto de custos - Módulo de Coleta

Os custos médios das atividades foram alocados ao objeto de custos (Módulo de Coleta de sangue total), utilizando como direcionador a média mensal de bolsas de sangue total coletadas de janeiro a junho de 2006, número fornecido pelo sistema de processamento de dados utilizado no Hemoam, (Sistema de Atendimento ao Doador - SAD). Apuramos que o custo médio do Módulo de Coleta de sangue total no Hemocentro do Amazonas o valor de R\$ 37,26 (Tabela 14).

Tabela 14. Custo médio das atividades do Módulo de Coleta de Sangue.

Atividade	Total (R\$)		Percentual por atividade
	Bolsa	Mês	
Instrução p/ lavagem	0,18	535,33	0,5
Lavagem dos braços	1,15	3.439,76	3,1
inspeção de nome, bolsa e tubos	1,03	3.063,28	2,8
Punção	0,91	2.724,04	2,4
Coleta da bolsas de ST	28,11	83.911,11	75,4
homogeneizar tubo coletor	1,47	4.379,65	3,9
Selagem e acondicion. de bolsas	0,75	2.230,55	2,0
Curativo e instruções	0,85	2.551,66	2,3
Lanche do doador	2,82	8.416,57	7,6
Total	37,28	111.251,96	100,0

RESULTADOS

Inicialmente foram identificadas as atividades e os recursos consumidos para a sua realização, posteriormente, foram atribuídos os custos referentes a essas atividades. Assim, obtivemos os custos relativos a cada atividade desenvolvida para a coleta de uma bolsa de sangue total, bem como o valor total gasto pelo Hemocentro do Amazonas para execução do Módulo de Coleta de sangue total, conforme síntese apresentada na Tabela 15.

Tabela 15. Distribuição e alocação dos custos às atividades.

Atividades	RECURSOS								TOTAL (R\$)	
	T(s)	T(min)	MOI	MOD	EQPM	COND	MACS	ADM	Bolsa	Mês
Instrução p/ lavagem	11	0,18	0,02	0,04	0,00	0,03	0,00	0,09	0,18	535,33
Lavagem dos braços	59	0,99	0,10	0,20	0,01	0,16	0,17	0,52	1,15	3.439,76
Inspeção de nome, bolsa e tubos	62	1,03	0,10	0,21	0,01	0,16	0,00	0,54	1,03	3.063,28
Punção	45	0,75	0,07	0,15	0,01	0,12	0,17	0,39	0,91	2.724,04
Coletar bolsas e amostras	600	10,00	0,97	2,03	0,12	1,59	18,15	5,26	28,11	83.911,11
homogeneizar tubo coletor	84	1,39	0,14	0,28	0,02	0,22	0,08	0,73	1,47	4.379,65
Selar e acondicionar bolsas	45	0,75	0,07	0,15	0,01	0,12	0,00	0,39	0,75	2.230,55
Curativo e instruções	32	0,54	0,05	0,11	0,01	0,09	0,32	0,28	0,85	2.551,66
Lanche do doador	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	8.416,57
Total	937	15,62	1,52	3,17	0,184	2,48	18,89	8,20	37,28	11.1251,96
Percentual de recursos gastos (%)			4,1	8,5	0,5	6,7	50,7	22,0	100,0	

Na Tabela 16, observa-se que para a atividade de coleta de uma média mensal de 2904,6 bolsas de sangue total, a MOD utiliza apenas 48,57% do tempo de trabalho, com isso apura-se uma perda de recursos da ordem 51,43% do tempo contratado. Assim, pode-se contabilizar uma perda média mensal de recursos em torno de R\$ 4.373,60.

Tabela 16. Tempo e recursos efetivamente utilizados com mão-de-obra direta.

Tempo e recursos	Efetivamente		
	Contratado	Trabalhado	Perdas
Tempo (minutos)	96.000	46.631,39	49.368,61
Gastos (R\$)	8.504,7	4.131,10	4.373,60
% correspondente	100,0	48,6	51,4

DISCUSSÃO

Comparando-se os sistemas tradicionais de custeio com o método de custeio ABC, que utiliza direcionadores específicos na alocação dos custos, esse método, por apurar os custos relativos às atividades, conforme o planejamento das mesmas, apresenta-se como uma valiosa ferramenta gerencial, fornecendo informações

que permitem aos gestores identificar dentro da cadeia produtiva, as atividades lucrativas e as atividades que não agregam valor e a comparação entre os valores recebidos e os valores gastos para a produção de um produto ou serviço.

Para este estudo, o método de custeio empregado foi considerado apropriado, porém, devido exigir informações contábeis muito específicas e detalhadas, nem sempre disponíveis, torna-se laborioso e de difícil execução.

A aplicação da metodologia para a obtenção dos custos das atividades realizadas para a coleta de uma bolsa de sangue total, além de fornecer elementos importantes para decisões gerenciais, poderá apontar a insuficiência da remuneração SUS, demonstrando a necessidade de mudanças na tabela de faturamento.

Comparando o valor obtido para o custo médio do Módulo de Coleta de sangue com o valor pago pelo SUS, por esse módulo, no ano de 2006, o Hemoam recebeu R\$ 11,00 para execução do Módulo de Coleta. O valor obtido neste estudo, R\$ 37,28, demonstra que o valor pago pelo SUS corresponde a 29,51% do valor gasto para efetuar as atividades do Módulo Coleta.

Em 2005, um estudo feito por Amaral e Silva (2005) contabilizou o custo médio da bolsa de sangue de R\$ 167,93, comparado ao valor da tabela SUS à época, de R\$ 99,82, demonstrava que o valor pago pelo SIA/SUS cobria apenas 59% do valor gasto por cada bolsa de sangue coletada e processada. Logo, os autores concluíram que a capacidade de pagamento da hemorrede é deficitária em relação a despesa realizada.

Embora esses trabalhos tenham apontado valores deficitários em relação à cobertura de pagamento efetuado pelo SUS, Não foi possível comparar os custos obtidos por aquele estudo com o presente porque neste estudo, verificamos apenas o custo médio do Módulo de Coleta de sangue.

A remuneração SUS, praticada por módulos, possibilita variações de déficit e superávit maior ou menor em cada etapa do processo de produção, podendo apresentar eventuais déficits ou superávits em algumas etapas, porém, quando se avalia o custo total da bolsa beneficiada, o resultando apresenta um déficit menor em comparação à avaliação das etapas isoladas.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, as referências ao custeio na área de saúde, envolveram desde simples análise de minimização de custos até os crescentes gastos públicos e os problemas relacionados ao financiamento desses serviços. As análises de custos em saúde envolvem diversas metodologias e objetivos, sempre buscando a apuração ou a mensuração dos custos, valorizando a importância de seu gerenciamento, e do uso das informações obtidas como subsídios para tomada de decisão, escolha de programas e estabelecimento de políticas de saúde. Este estudo utilizou o sistema de Custeio Baseado em Atividades apontado pela literatura como sendo o mais adequado para serviços complexos e com vasto contingente de custos indiretos, como a hemoterapia. Para evitar as distorções dos sistemas tradicionais de custeio e alocar os custos de forma coerente, foram identificadas as atividades do módulo de coleta de sangue juntamente como seus custos diretos e indiretos.

O presente trabalho indica que o maior desembolso realizado pelo Hemoam no custo médio apurado para o Módulo de Coleta se concentra nos custos diretos, sendo o item material de consumo responsável por 50,69% dos gastos efetuados. Entretanto, não podemos desprezar a importância dos custos indiretos, uma vez que o item administração figura com 22% dos gastos realizados para esse módulo, confirmando a aplicação da metodologia de custeio escolhida, como um importante instrumento gerencial, que permite a alocação adequada dos custos.

Pelo método do Custeio Baseado em Atividades, no Hemocentro do Amazonas-unidade sede, o custo médio do módulo de coleta de sangue total é de R\$ 37,26. Esse valor, quando confrontado com os R\$ 11,00 pagos pela tabela SIA/SUS, representa para o hemocentro, um déficit de 70,48 % por cada Módulo de Coleta de sangue executado na instituição.

Custo Médio do Módulo de Coleta de Sangue Total no Hemocentro Regional de Joaçaba (SC) pelo Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC)

Autora: Morgana Baú¹

Orientador: Professor Divaldo de Almeida Sampaio²

Co-orientador: Professor Daniel Poletto Tesser

¹ HEMOSC-SC

² HEMOPE e Universidade de Pernambuco

INTRODUÇÃO

O processo acelerado dos meios de comunicação e de preparação de informações rápidas e mais precisas resultou na globalização da economia, motivo que levou a um aumento da competição entre as empresas. O instinto de sobrevivência fez com que as empresas iniciassem uma intensa e veloz alteração dos processos produtivos, no sentido de criar produtos e serviços de melhor qualidade e de menor custo, atendendo as múltiplas exigências dos consumidores. Os métodos e estilos de gerência tiveram que ser reexaminados para atender o mercado.

A administração empresarial teve que rever seus conceitos, seus sistemas e seus critérios. “As manifestações mais visíveis de um fabricante de sucesso neste novo ambiente são o aumento da automação e informatização, a redução de mão-de-obra direta e de estoques, a maior atenção ao produto.” (BRIMSON, 1996, p. 18). Para continuar viável, a indústria não pode somente se voltar para novas filosofias como o “Gerenciamento de Qualidade Total” (GQT). Na implantação de novas tecnologias, ocorre um aumento de custos, sendo que, o diferencial de uma empresa sobre outra, é em implantar tecnologias, sem onerar os serviços, assim tornando-a mais competitiva. Entrando assim no conceito de “contabilidade de custos” que é um instrumento para produzir informações mais precisas e que dá suporte as decisões gerenciais sobre as novas alternativas de produção e controle que devem fazer em face de concorrência.

Estes conceitos apareceram primeiramente no setor privado, indústrias que até as décadas de 60 e 70, tinham como principais fatores de produção, a matéria prima e a mão-de-obra direta. A partir desta época a atenção se voltou também para os custos fixos indiretos, principalmente com a entrada de novas tecnologias, em que o rateio arbitrário destes custos, não supria as necessidades de empresas ávidas por lucros. Dentro da contabilidade de custos, uma das metodologias criadas foi o método ABC (Active Based Costing), ou seja, custos baseados em atividades, o que veio minimizar as lacunas e distorções que ocorriam com a metodologia tradicional de custos.

Neste ambiente, os serviços públicos de saúde, que, teoricamente, não visam lucros, e priorizam para a qualidade e excelência dos produtos e serviços oferecidos, sentiram a necessidade de minimizar os custos envolvidos nos processos.

“A perseguição ao menor custo, sem afetar a funcionalidade e a qualidade dos produtos serviços, deve ser um objetivo permanente nas empresas, que buscam a excelência empresarial”. (BRIMSON, 1996, p. 18). Os Hemocentros não fogem a regra.

A excelência empresarial é a integração eficaz do custo das atividades com as novas filosofias de produção. As filosofias de produção, GQT, possibilitam o aumento da produtividade procurando obter produtos dentro das especificações, os quais servem como “carros chefes” dos hemocentros. No serviço público, adotando a

contabilidade de custos, pode-se eliminar desperdícios, reduzir gastos, e obter maior rendimento, tornando os investimentos do poder público em hemocentros melhor direcionados.

JUSTIFICATIVA

No início da década de 60, em Florianópolis, foi instalado o banco de sangue da Maternidade Carmela Dutra, com o objetivo de coleta e armazenamento de sangue total. Pela lei 3.555 de 27 de novembro de 1964, foi criado o Centro Hemoterápico Catarinense (CHC), em substituição ao banco de sangue da Maternidade Carmela Dutra que atendia a todo o estado de Santa Catarina.

Em julho de 1987 foi criado o Hemocentro de Santa Catarina (HEMOSC), pelo Decreto-Lei Estadual número 272, com o objetivo básico de prestar atendimentos hemoterápicos. Em 1989, o quadro físico e pessoal do HEMOSC foi ampliado pelo Decreto-Lei, passando assim o HEMOSC a ser o Hemocentro Coordenador, tendo como auxiliares os Hemocentros Regionais localizados nos municípios de Lages, Joinville, Criciúma, Joaçaba e Chapecó.

A compra de insumos, reagentes e tecnologia, é centralizadas no Hemocentro Coordenador (Florianópolis), que tem como característica que a diferencia dos demais órgãos vinculados a Secretaria Estadual de Saúde, a autonomia financeira e administrativa. Isso foi possível porque em 22 de fevereiro de 1994, de acordo com o artigo 24 do código civil foi criada a Fundação de Apoio ao Hemosc – CEPON (FAHECE), e em 24 de março de 1994 foi firmado o convênio nº. 104/94.

O Hemocentro Regional de Joaçaba, objeto do presente estudo, foi inaugurado em dezembro de 2004, possuindo somente 12 anos, atende a 50 municípios e 35 hospitais do meio – oeste de Santa Catarina, coletando em média 600 bolsas/mês e fornecendo uma média de 700 hemocomponentes/mês, para os hospitais e clínicas conveniadas. Consta em sua estrutura funcional 40 colaboradores, sendo que destes, 70% são estatutários e uma área construída de 809,62 m². Como estrutura administrativa possui 1 diretor (médico); 1 gerente técnica (enfermeira); e 1 gerente administrativo (Administrador), além do setor de Qualidade.

O Hemocentro de Joaçaba tem como atividade principal o assistencialismo (coleta, processamento e distribuição de hemocomponentes), para isso contando com os laboratórios de sorologia, processamento do sangue, imunohematologia, hematologia e controle de qualidade. As atividades ambulatoriais são insipientes, começaram em maio de 2006, com a vinda de um médico hematologista para o município.

As certificações pelo ISO 9001/2000 ocorrem somente no Hemocentro Coordenador, mas, o Hemocentro de Joaçaba, possui a padronização de todos os procedimentos. A necessidade do levantamento de custos veio, com a entrada de novas tecnologias, a informatização e o crescimento da Hemorrede de Santa Catarina.

Para controlar e reduzir custos, mantendo a qualidade dos serviços oferecidos, o Hemocentro necessita de ferramentas nas quais se possam contemplar as falhas, corrigi-las e visualizar oportunidades de melhorias. Para isto o sistema de contabilidade de custos oferece um campo de exploração e a oportunidade de se obter resultados fidedignos, se tornando uma ferramenta administrativa a ser explorada, que poderá mudar a cultura gerencial da Hemorrede de Santa Catarina,

No Hemocentro Regional de Joaçaba não se conhece os custos dos procedimentos hemoterápicos, não há um centro de levantamento de custos, um setor de contabilidade, onde os dados de compra de insumos, equipamentos, venda de serviços, e produção, fiquem centralizados. Consequentemente é impossível avaliar se os valores repassados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) cobrem os gastos. O objeto do presente estudo será o levantamento do custo médio do módulo de coleta de sangue total, no HRJ utilizando o método ABC.

A investigação dos custos permitira a avaliação dos recursos envolvidos, bem como a eficiência na gestão dos mesmos. Trata-se de um projeto piloto de análise de custos com a perspectiva de poder ampliá-lo a todas as outras atividades envolvidas no hemocentro, principalmente com os componentes do ciclo do sangue.

HIPÓTESE

Face ao surgimento de novas tecnologias e a ampliação do número de procedimentos nos Hemocentros, tem-se como hipótese, para o presente trabalho, que a remuneração paga pelo SUS é insuficiente para o ressarcimento do custo médio do módulo de coleta de sangue total no Hemocentro Regional de Joaçaba - SC. A aplicação de um sistema eficiente de contabilidade torna-se necessária como ferramenta para um equilíbrio entre receita e despesa.

OBJETIVO GERAL

Este estudo pretende demonstrar a viabilidade do emprego do Método ABC na apuração do custo médio do módulo de coleta de sangue total de doadores no Hemocentro Regional de Joaçaba e comparar o custo médio apurado, com os valores pagos pelo SUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Calcular os custos totais do módulo de coleta e custo médio por bolsa.
- ▶ Comparar o valor recebido do SUS pelo módulo de coleta com o custo médio encontrado para ele no Hemocentro Regional de Joaçaba – SC.
- ▶ Calcular o déficit do repasse do SUS em relação ao valor médio do módulo por bolsa.

MÉTODO

A metodologia utilizada nessa pesquisa é de natureza descritiva e exploratória, com levantamento bibliográfico e estudo de caso. Será exploratória tendo em vista que na literatura os artigos que falam sobre custeio em saúde, utilizam muito pouco da metodologia ABC, as metodologias mais utilizadas são de absorção e RKW. O levantamento bibliográfico foi feito com livros de contabilidade de custos que nortearam o trabalho para a coleta e tratamento dos dados e resultados. Foi utilizada a metodologia ABC segundo Bornia (2002) que divide em quatro etapas o levantamento de custos de um objeto de trabalho:

- a) Mapeamento das atividades.
- b) Redistribuição dos custos das atividades indiretas até as diretas.
- c) Alocação dos custos as atividades.
- d) Cálculo dos custos dos produtos.

As etapas B e C foram agrupadas sendo que a distribuição dos custos das atividades diretas e indiretas e a alocação dos custos foi feito simultaneamente.

Este estudo se desenvolveu no Hemocentro Regional de Joaçaba – Santa Catarina, e tomou como base para o cálculo dos custos, as atividades que compõem o módulo de coleta de Sangue Total. A descrição do módulo de Coleta de Sangue utilizada foi da tabela de faturamento do SIA – SUS para os procedimentos hemoterápicos: 37.011.02-2 – “Coleta de sangue inclui todos os procedimentos e insumos destinados à coleta de sangue e lanche do doador”.

Os valores alocados foram obtidos a partir dos preços de materiais de consumo, gastos com mão- de- obra direta (flebotomistas) e indireta (supervisores, admi-

nistração, direção, condomínio e zeladoria e equipamentos) que foram calculados tendo como base a média dos meses de Janeiro a Junho de 2006.

O Hemocentro Regional de Joaçaba não possui um setor somente para a centralização dos custos. Existem os setores chamando de Financeiro, que tem como função a organização e distribuição das entradas mensais provenientes do Hemocentro Coordenador (R\$ 8.000,00), controlando assim a contratação e pagamento dos serviços terceirizados (vigilância, limpeza e copa), a parte de condomínio (luz, água, telefone, gás e reformas), e cuida também dos gastos com os almoços e lanches dos colaboradores e doadores. E o setor de materiais que é responsável pelos insumos consumidos.

Para a primeira etapa do trabalho: mapeamento das atividades, os dados foram coletados pela observação da rotina de coleta no Hemocentro Regional de Joaçaba no mês de setembro de 2006, nos períodos matutinos. Também foi feita a cronometragem dos tempos gastos em cada atividade, identificação e quantificação do material utilizado no processo, bem como o levantamento dos recursos utilizados (necessário na metodologia ABC). Os preços dos materiais de consumo, os recursos e custos de mão- de- obra direta e indireta (etapas B e C) foram obtidos nos setores de Materiais e Financeiro.

Limitações da pesquisa

O mapeamento das atividades é a tarefa mais importante da pesquisa, pois nele são levantados todos os recursos envolvidos, o tempo gasto, os atores, as quantidades de material gasto e a descrição das atividades em si.

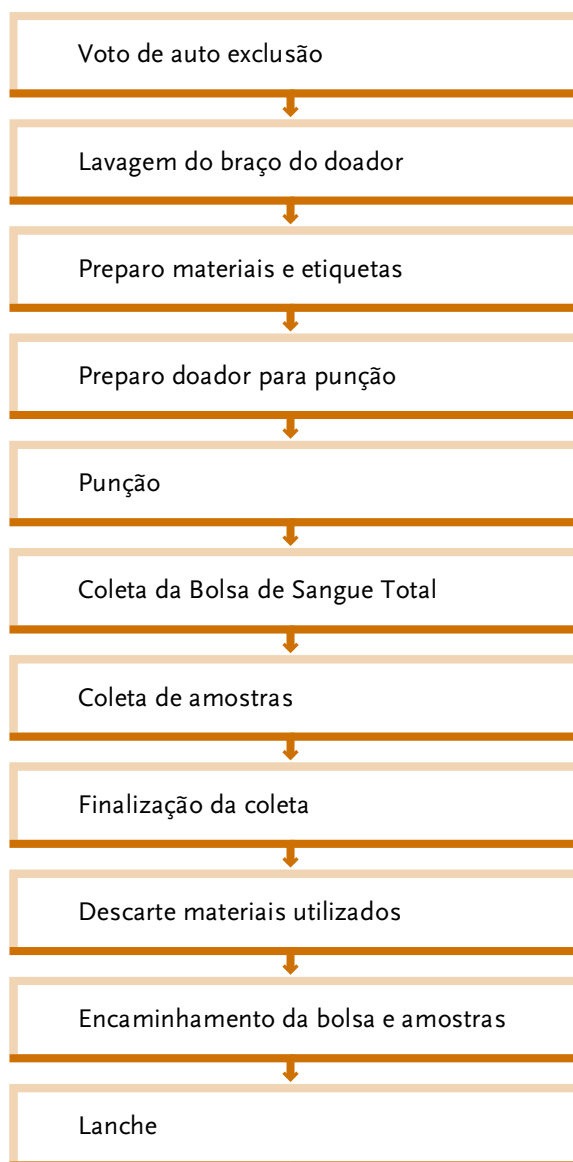
A separação das atividades, em serviços de saúde de hemoterapia é uma tarefa difícil, pois muitas atividades ocorrem simultaneamente e estão interligadas, diferentes de indústrias. Logo elas têm que ser agrupadas.

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa contemplaram três das quatro etapas descritas na metodologia, conforme a apresentação, sendo que a etapa C por motivos metodológicos foi condensada junto à etapa B.

A – Mapeamento das atividades do Módulo de coleta no Hemocentro Regional de Joaçaba

Figura 1. Fluxo das atividades relacionadas à Coleta de Sangue Total e Lanche do doador.



Pelo fluxo foram identificadas e definidas as atividades referentes ao módulo de coleta de sangue total.

Para definir os custos de cada atividade é necessário listá-las, além de descrever como são desenvolvidas, qual o material utilizado, o tempo consumido e a quantidade de funcionários envolvidos em cada atividade (Tabela 1).

Tabela 1. Atividades, descrição de tarefas, material utilizado, tempo gasto e quantidade de funcionários envolvidos.

Atividades	Descrição das Tarefas	Tempo (minutos)	Quantidade de funcionários
Voto de auto - exclusão	Preenchimento de voto de auto - exclusão com caneta Deposito em urna	0,15	zero
Lavagem do braço do doador.	Lavar braço com sabonete e secar com papel toalha	1	Dois
Preparo de materiais e etiquetas	Colocar etiquetas numéricas na ficha dura e ficha de enfermagem	0,10	
Preparo do doador para a punção	Selecionar veia, passar álcool, garrotear, preparar hemomix.	0,30	
Punção	Perfurar braço do doador com kit de coleta e prender o kit com esparadrapo	0,30	
Coleta da bolsa de sangue total	Enchimento da bolsa de sangue total	0,10	
Coleta das amostras para os laboratórios	Preencher os tubos dos laboratórios com a utilização de sistema vacutainer	1	
Finalização da coleta	Clipar a soroteca, passar alicate, dar nó e cortar.	0,20	
Descarte do Material Utilizado	Retirar a agulha do braço do doador, fazer o tamponamento, descartar o kit de coleta, algodão e fitas no descartex.	0,15.	
Encaminhamento da bolsa e das amostras	Anotar tempo de duração da coleta, e colocar a bolsa com amostras no elevador em compocool.	0,40.	Dois
Lanche	Servir o lanche e acompanhar o doador no lanche	7	

B e C – Alocação dos custos as atividades no Hemocentro Regional de Joaçaba. (custos diretos e indiretos)

Após as descrições das atividades foi necessário rastrear os recursos envolvidos, descrever o que contempla como são mensurados para depois atribuir os valores referidos a cada atividade. A etapa C, que é a alocação dos custos indiretos (administração, e direção geral, condomínio e zeladoria, equipamentos, mão-de-obra indireta), foi tratada conjuntamente, já que os custos diretos não apresentam dificuldade para serem alocados aos produtos (Tabela 2).

Tabela 2. Alocação dos recursos às atividades.

Recursos	O que contempla	Direcionadores de recursos
Material de consumo (Custo Direto)	Todos os insumos utilizados na coleta e copa	Média dos valores das aquisições feitas pelos setores envolvidos no almoxarifado e financeiro nos meses de Janeiro a junho/06
Condomínio e Zeladoria (Custo Indireto)	Água, luz, manutenção predial, ar condicionado. Telefone, vigilância, PGRSS, extintores, limpeza.	Média dos valores gastos por metro quadrado nos meses de Janeiro a Junho/2006
Administração e direção geral (Custo Indireto)	Diretores e gerências, Rh, compras, setor de serviços, captação, finanças, secretaria Direção, almoxarifado e capacitação.	Média dos valores dos meses de Janeiro a Junho/2006 (salários e materiais)
Equipamentos (Custo Indireto)	Equipamentos da coleta e copa (manutenção preventiva, corretiva e valor depreciado), calibração e setor de manutenção.	Média dos valores gastos de Janeiro a Junho/06
Mão-de-obra direta (Custo Direto)	Técnicas em enfermagem e funcionária da copa	Valores gastos com: almoço, salários e encargos sociais do mês de Junho/06.
Mão-de-obra indireta (Custo Indireto)	Responsáveis pela coleta, responsável pelo setor de serviços.	Valores gastos com ticket, almoço, salários e encargos sociais do mês de Junho/06.

A alocação de custos deve representar o consumo dos insumos pelas atividades.

É necessário identificar a média dos valores gastos por recursos para poder explicar como foi feita a distribuição por atividades:

- ▶ Material de consumo: Custo direto, foi feito levantamento por atividade dos insumos consumidos e dividido por seis (total de meses do estudo), os valores foram plotados conforme as atividades que os utilizaram.
- ▶ Condomínio e Zeladoria: Custo indireto, o valor médio foi de R\$ 13.627,66 divididos pelo total de área construída (809,62 m²). O valor por metro quadrado é de R\$ 16, 83.
- ▶ Administração e direção geral: Custo indireto. Os valores médios da administração do Hemocentro de Joaçaba foram de R\$ 18.534,00 divididos em 40 funcionários, chegando-se a um valor da administração por funcionários de R\$ 463,35. Porém sendo um hemocentro regional fica submetido à administração do Hemocentro Coordenador, e o valor da administração de Florianópolis por colaborador fica em R\$ 192,37. Portanto o valor da administração por funcionário no Hemocentro de Joaçaba é de R\$ 655,72.

- ▶ Equipamentos: Custo direto. Feito o levantamento de seis meses, de gastos com manutenção (corretiva e preventiva), depreciação e os valores foram plotados conforme foram somados.
- ▶ Mão-de-obra direta: Custo direto. Feito o levantamento dos salários das flebotomistas que atuam diretamente na coleta de sangue, que, pela medição dos tempos gastos nas atividades, se chegou a um valor percentual do tempo total mensal utilizado para desenvolvê-las. Atribuindo os valores conforme o percentual encontrado.
- ▶ Mão-de-obra indireta: custo indireto. Feito o levantamento dos salários das supervisoras, divididos pelas áreas de função e como na mão-de-obra direta, foi atribuído um valor percentual do tempo das supervisoras por atividade do módulo de coleta.

Nas Tabela 5 a 13, observa-se a alocação dos recursos às atividades com o uso dos direcionadores de recursos.

Tabela 3. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Voto de autoexclusão.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Material de consumo	Quantidade consumida R\$	15,00
Condomínio	M² de área ocupada	16,83
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	13,29
Custo da atividade		45,13

Tabela 4. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Lavagem do braço do doador.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Material de consumo	Quantidade consumida R\$	16,05
Condomínio	M² de área ocupada	16,83
Equipamentos	Valor calibração, manutenção e depreciação.	1,00
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	95,24
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	53,18
Custo da atividade		182,30

Tabela 5. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Preparo de materiais e etiquetas.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Material de consumo	Quantidade consumida R\$	4,72
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	23,81
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	13,29
Custo da atividade		41,82

Tabela 6. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Preparo do doador para a coleta.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Material de consumo	Quantidade consumida R\$	193,00
Equipamentos	Valor calibração, manutenção e depreciação.	79,87
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	95,24
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	53,18
Custo da atividade		421,29

Tabela 7. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Punção.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Material de consumo	Quantidade consumida R\$	11.113,20
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	47,62
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	26,59
Custo da atividade		11.187,39

Tabela 8. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Coleta da bolsa de sangue total.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Administração e direção geral	Salários, materiais/nº. func.	1.311,44
Equipamentos	Valor calibração, manutenção e depreciação.	0,71
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	952,40
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	531,77
Custo da atividade		2.796,30

Tabela 9. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Coleta de amostras para os laboratórios.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Material de consumo	Quantidade consumida R\$	1.150,00
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	95,24
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	53,18
Custo da atividade		1.938,04

Tabela 10. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Finalização da coleta.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Equipamentos	Valor calibração, manutenção e depreciação.	1,24
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	47,62
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	26,59
Custo da atividade		75,45

Tabela 11. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: descarte do material utilizado.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Material de consumo	Quantidade consumida R\$	328,25
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	47,62
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	26,59
Custo da atividade		402,46

Tabela 12. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Encaminhamento da bolsa e das amostras.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Material de consumo	Quantidade consumida R\$	13,1
Condomínio	M² de área ocupada	16,83
Equipamentos	Valor calibração, manutenção e depreciação.	23,00
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	95,24
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	53,18
Custo da atividade		201,35

Tabela 13. Recursos utilizados, direcionadores de recursos e total de recursos para a atividade: Lanche.

Recursos	Direcionador de recursos	Total de recursos R\$
Material de consumo	Quantidade consumida	1.000,00
Condomínio	M² de área ocupada	336,64
Administração e direção geral	Salários, materiais/nº. func.	1.311,44
Equipamentos	Valor calibração, manutenção e depreciação.	10,18
Mão-de-obra direta	Tempo gasto/total horas	2.374,70
Mão-de-obra indireta	Tempo gasto/total horas	761,11
Custo da atividade		5.794,07

D – Cálculo dos custos dos produtos

Após a identificação dos recursos utilizados para cada atividade, e determinados seus valores podem-se obter também os resultados da apropriação dos custos do módulo de coleta de sangue total utilizando o sistema de custeio ABC, conforme a Tabela 14.

Tabela 14. Distribuição dos custos as atividades.

Recursos	Atividades											
	Auto exclusão	Lavagem do braço do doador	Preparo materiais e etiquetas	Preparo doador para punção	Punção	Coleta da bolsa de sangue	Coleta das amostras	Finalização da coleta	Descarte do material utilizado	Encaminhamento bolsas e amostras	Lanche	Total
Materiais de Consumo	15,00	16,05	4,72	193,00	11.113,20		1.150,00		328,25	13,10	1.000,00	13.833,30
Condomínio	16,83	16,83					639,62			16,83	336,64	1.026,76
Administração e Direção						1.311,4					1.311,44	2.622,88
Equipamentos		1,00		79,87		0,7		1,24		23,00	10,18	116,00
Mão-de-obra Direta		95,24	23,81	95,24	47,62	952,4	95,24	47,62	47,62	95,24	2.374,00	3.874,00
Mão-de-obra Indireta	13,29	53,18	13,29	53,18	26,59	531,8	53,18	26,59	26,59	53,18	761,11	1.611,98
Total	45,13	182,30	41,82	421,29	11.187,39	2.796,30	1.938,04	75,45	402,46	201,35	5.793,37	23.084,89

A seguir foi feita a alocação dos custos das atividades ao objeto de custos - Módulo de Coleta de sangue total, tendo sido utilizado como direcionador a média mensal de bolsas de sangue total coletadas de janeiro a junho de 2006, no Hemocentro Regional de Joaçaba – SC, conforme Tabela 15.

Tabela 15. Custo médio do Módulo de Coleta de Sangue e o custo médio do módulo de coleta por bolsa coletada no Hemocentro Regional de Joaçaba/SC.

Atividades	Objeto de custo 01 Módulo de Coleta
Autoexclusão	R\$ 45,13
Lavagem do braço do doador	R\$ 182,30
Preparo de materiais e etiquetas	R\$ 41,82
Preparo do doador para a punção	R\$ 421,29
Punção	R\$ 11.187,39
Coleta da bolsa de sangue total	R\$ 2.796,30
Coleta das amostras	R\$ 1.938,04
Finalização da coleta	R\$ 75,45
Descarte do material utilizado	R\$ 402,46
Encaminhamento das bolsas e amostras	R\$ 201,35
Lanche	R\$ 5.793,37
Custo total	R\$ 23.084,89
Média mensal de bolsas coletadas (jan/jun/06)	540
Custo módulo de coleta de sangue por bolsa	42,75

Obtivemos como custo médio do Módulo de Coleta de sangue total no Hemocentro Regional de Joaçaba/SC – unidade sede o valor de R\$ 42,75 (Tabela 15).

Após a alocação dos valores apurados nas atividades e obtidos os valores médios do módulo de coleta por bolsa chegam ao cálculo do déficit apresentado na Tabela 16.

Tabela 16. Comparação dos valores recebidos pela tabela SIA – SUS e custo encontrado – Cálculo do déficit.

Custo medio obtido R\$	Valor pago pelo SUS R\$	Déficit
42,75	11,00	74,27%

DISCUSSÃO

Nos serviços de saúde, as habilidades, a formação da força de trabalho, a estrutura organizacional complexa, a natureza delicada do serviço prestado os tornam, efetivamente, de difícil gerenciamento. Outros fatores externos, como as contenções de custos daqueles que financiam o sistema, a insaciável demanda dos consumidores por atendimento de alta qualidade, a proliferação de sistemas alternativos de prestação de serviços não simplificam os problemas. Devido ao custo do trabalho ser, na maioria dos serviços de saúde, o maior componente dos custos operacionais, uma maneira dos hospitais lidarem com estas externalidades é aumentar a produtividade. (BITTAR, 1996).

Grande parte das organizações de saúde não faz uso de nenhum sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas, controle de atividades e investimentos. (ABBAS, 2001). Com base na metodologia ABC, conseguiu-se mapear as atividades envolvidas no módulo de coleta do sangue total e do doador. Tendo como base o pagamento recebido pelo MS (Ministério da Saúde), com base na tabela SIA – SUS, que anuncia: 37.011.02-2 – “Coleta de sangue inclui todos os procedimentos e insumos destinados a coleta de sangue e lanche do doador”

O Hemocentro Regional de Joaçaba, por ser um hemocentro subordinado ao hemocentro coordenador, não pode, nos direcionadores de recursos, utilizar somente dados locais, pois é submetido a administração e direção de Florianópolis, fator que onerou este direcionador de recurso.

Outro fator importante observado, é a quantidade de bolsas coletadas no período da pesquisa. Somente 540 unidades, se, com a estrutura funcional existente fossem coletadas mais unidades provavelmente o valor médio do módulo de coleta diminuiria. Dos direcionadores de recursos, com certeza o que teve maior gasto

foi o material de consumo, e este por ser um custo direto, aumentaria também com o número de coletas, porém, os custos indiretos seriam diluídos no montante maior de bolsas coletadas, diminuindo o custo médio final.

Por este motivo, o sistema ABC, mostrou ser uma importante ferramenta gerencial para controle de gastos de uma instituição ou empresa. Outros autores (AMARAL; SILVA, 2005; BITTAR; CASTILHO, 2003), porém utilizam o sistema de custos por Absorção que teriam maior aplicabilidade para cálculo de custos em instituições de saúde.

As atividades de saúde, não são feitas isoladamente, como em uma indústria, por este motivo a divisão de tempo para o cálculo é dificultada. Em grandes indústrias onde se utiliza o ABC, indústrias de produção mecânica, como o volume de produção é maior e uma máquina de cada vez, fica mais fácil aplicar o ABC, como ferramenta gerencial e método de levantamento apropriação de custos.

Um outro exemplo da aplicabilidade gerencial do sistema ABC, ficou demonstrado que: nem toda a atividade que utiliza maior tempo (como a coleta da bolsa de sangue total – 10 min.), é a atividade que consome mais recursos. Exemplo a punção (30 segundos), consumiu mais recursos que a coleta de sangue. Pois os valores de material de consumo foram alocados na atividade de punção. Cada atividade teve seu valor definido conforme a quantidade e a qualidade de recursos utilizados.

A aplicabilidade do ABC, também foi útil para o cálculo da mão-de-obra direta e indireta. Atribuindo percentuais de valor em relação ao tempo total utilizado para as coletas de sangue, conseguindo se calcular o valor pago por tempo ocioso, necessário em serviços de saúde, sendo que o trabalho é delicado e exigente de atenção por se tratar de seres humanos, e a sobrecarga emocional é maior.

CONCLUSÃO

O Presente estudo demonstra que o sistema de Custeio Baseado em Atividades, é viável na apuração de custos em hemoterapia, pois o tratamento dado aos custos indiretos, não passariam pelas distorções dos sistemas tradicionais (rateio). Mostrou-se um sistema de execução difícil, sendo que os dados da hemorrede estavam pulverizados, agregar os valores necessários foi uma tarefa dispendiosa, coincidindo com a opinião dos autores quando citam “os serviços de saúde públicos não estão acostumados a trabalhar com sistemas de custeio e aplicá-los para diminuir desperdícios” (ABBAS, 2001).

Na análise dos objetivos do trabalho, podemos concluir que o mapeamento das atividades do módulo de coleta foi eficiente, porém com limitações devido às atividades estarem interligadas, onde foi necessário condensá-las e agrupá-las.

A obtenção dos custos diretos e indiretos foi de difícil execução devido ao Hemocentro Regional de Joaçaba não ter um centro de custos que concentre todos os dados. Não foram visualizados custos desnecessários na execução do referido módulo e, portanto, não há propostas a serem feitas para reduzir os custos.

A alocação dos custos as atividades mostrou-se eficiente sendo possível calcular o valor médio do módulo de coleta do sangue total por bolsa coletada que mostrou ser de R\$ 42,75 e ao compará-los com os valores repassados pelo SUS chegando ao cálculo de déficit do repasse que representa 74,27% do valor final.

Referências¹

¹ As referências estão vinculadas às quatro monografias apresentadas anteriormente.

- ABBAS, K. *Gestão de custos em organizações hospitalares*. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ALMEIDA, Jorge J. de. *Sistema de custos em organizações hospitalares*. 1987. Dissertação (Mestrado)–Instituto Superior de Estudos Contábeis, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1987.
- AMARAL, M. T. G.; SILVA, M. G. C. Gestão de custos e resultados na rede de Hemocentros da SESA. In: SILVA, M. G. C.; SOUZA, M. H. L. *Temas de economia da saúde*. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2005. p. 89-111.
- BITTAR, E.; CASTILHO, V. O custo médio direto do material utilizado em cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 255-60, 2003.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 1, fev. 1996.
- BORNIA, Antonio Cezar. *Análise gerencial de custos em empresas modernas*. Porto Alegre: Bookman, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.230, de 14 de outubro de 1999. Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 nov. 1999. n. 216–E, Seção 1, p. 8-153.
- BRIMSON, James A. *Contabilidade por atividade: uma abordagem de custeio baseado em atividades*. Tradução Antônio T. C. G. Carneiro. São Paulo: Atlas, 1996.
- GOODE, W. J.; HATT, P. K. *Métodos em pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Nacional, 1977.
- KOHLER, Eric L. *A Dictionary for Accountants*. New York: Prentice Hall, 1952.
- LEONE, G. S. G. *Custos: planejamento, implantação e controle*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- MAHER, M. *Contabilidade de custos: criando valor para a administração*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- MARTINS, E. *Contabilidade de custos*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- PLAYER, S.; KEYS, D. E.; LACERDA, R. *ABM lições do campo de batalha*. São Paulo: Makron Books, 1997.
- SIEGEL, J. G.; SHIM, J. K. *Dictionary of Accounting Terms*. 2. ed. New York: Barron's, 1995.
- Tabela de faturamento do Sistema Único de Saúde – SUS – MS - Brasil

Forma de financiamento do Sistema Único de Saúde para custeio de Unidades Hemoterápicas da Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins

Autora: Lucienne Calderari Teles¹

Orientadora: Professora Adriana Falangola Benjamim Bezerra²

¹ HEMOTO-TO

² Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

INTRODUÇÃO

Contextualizando o financiamento do SUS

A questão do financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS tem sido um dos temas permanentes e mais complexos na agenda de discussão do sistema, desde sua implantação, levando assim as autoridades responsáveis a buscarem, incessantemente, novas fontes de captação de recursos, a exemplo da Emenda Constitucional nº 29, descrita a seguir:

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº. 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a efetiva co-participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2002, p.15).

Conforme Manual Básico de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002c), a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e as leis orgânicas da saúde, Lei 8080 e Lei 8142 (BRASIL, 1990a, 1990b) asseguram a todos os cidadãos brasileiros ou residentes no país o direito à saúde. Tal direito é garantido pelo poder público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças, possibilitando a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Os serviços de saúde são “ações ou procedimentos que têm como principal objetivo a promoção, a conservação ou recuperação da saúde daqueles que deles se beneficiam” (ARAÚJO, 1997, p. 97). Estas ações e serviços de saúde são financiados com recursos da união, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social.

Segundo o relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), apesar da garantia constitucional, o financiamento da saúde tem-se mostrado insuficiente, evidenciado a necessidade de superar formas e critérios de repasse que não contemplam a equidade como princípio norteador. Outra preocupação consiste na forma fragmentada de transferência de recursos federais, tais como: tabela de produção, programas verticalizados e atividades rigidamente estabelecidas a exemplo dos programas de tuberculose, DST/AIDS, hanseníase, frações de média e alta complexidade, entre outros. O referido modelo impede a discussão sobre a forma de utilizar os recursos repassados aos fundos estaduais e municipais de saúde.

Nesse sentido, o comprometido financiamento do SUS tem graves consequências para a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. A gestão descentralizada torna-se gradativamente inviável em decorrência dos baixos tetos finan-

ceiros dos estados e municípios. Em geral, os serviços são remunerados abaixo de seus custos operacionais, sendo as condições e relações de trabalho diretamente afetadas pela carência de investimentos.

A Hemorrede pública, como componente deste sistema, também sofre as consequências do subfinanciamento e tem hoje, como grande desafio, assegurar o seu financiamento. A Hemorrede pública está classificada como serviço de média e alta complexidade, obedece às normalizações complementares específicas como as resoluções: RDC n.º 153, de 14 de junho de 2004 (BRASIL, 2004), que determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea; RDC n.º 151, de 21 de agosto de 2001 (BRASIL, 2001a), Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA que regulamenta e define os níveis de Complexidade da Hemorrede em: Hemocentro Coordenador; Hemocentro Regional; Núcleo de Hemoterapia; Unidade de Coleta e Transfusão; Unidade de Coleta; Central de Triagem Laboratorial de Doadores; Agência Transfusional.

Diante da necessidade de realizar o pagamento direto aos prestadores de serviços estatais ou privados contratados e (ou) conveniados, o SUS adota como base ferramentas de controle assistencial e contábil-financeira da atenção à saúde do INAMPS para formatar a Tabela de Serviços de Informações Ambulatoriais – SIA e do Sistema de Informações Hospitalares – SIH, sendo que na primeira estão estabelecidos os procedimentos realizados a nível ambulatorial e a última os procedimentos hospitalares. Os blocos que constituem as tabelas SIA/SIH-SUS são compostos por grande quantidade de procedimentos, bastantes heterogêneos, de complexidade e custo variados.

Mediante esta lógica de organização, a hemoterapia é ressarcida pelos serviços produzidos, sendo classificada na Tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, no Grupo 37, cujos procedimentos são considerados de alta complexidade, ou seja, aqueles que exigem automação do serviço e profissionais especializados. Constituem o Grupo 37 os seguintes procedimentos: triagem clínica de doador (a) de sangue; coleta de sangue; coleta por processadora automática de sangue; exames imuno-hematológicos; sorologia I; sorologia II; processamento do sangue; pré-transfusional I; pré-transfusional II; transfusão de sangue total e hemocomponentes; entre outros, conforme tabela de procedimentos.

Por serem um insumo estratégico à saúde, os procedimentos de Hemoterapia também estão classificados como média complexidade Grupo 11 da Tabela do SIA/SUS: os exames realizados em amostras coletadas para repetição e outros realizados em doadores, não estão incluídos no Grupo 37 de Hemoterapia, bem como aqueles realizados em amostras de pacientes, exceto os do Grupo 37, ante-

riormente mencionados. Nos Hemocentros encontram-se, ainda, as Ações Especializadas em Odontologia e Fisioterapia, procedimentos estes cobrados de acordo com a Tabela do SIA/SUS, supracitada.

Para efeito de cobrança dos procedimentos de hemoterapia para pacientes internados, a referência é a tabela citada anteriormente do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS e a Autorização de Internação Hospitalar – AIH, incluindo os módulos pré-transfusional, transfusional e sangria terapêutica.

Os sistemas de apuração de custos recomendados passaram a ser considerados como componentes do sistema de informação financeira mais importante para análise gerencial e tomada de decisões estratégicas da instituição (FALK, 2001, p.15). Conforme citação anterior, o constante desafio de equacionar os baixos valores pagos pelo SUS e o crescente desenvolvimento tecnológico têm um grande impacto sobre o equilíbrio financeiro das instituições de saúde. Cria-se a necessidade de novos equipamentos, materiais médicos, reagentes laboratoriais, por vezes, indisponíveis no mercado nacional. Estes fatores oneram, de forma significativa, os serviços, não só pressionando as aquisições e investimentos, como também, demandando uma educação continuada e qualificada de pessoal para operacionalizar essa tecnologia de ponta. Associadas a esses fatores tem-se as desigualdades regionais, como na Região Norte, onde a oferta de bens e serviços é reduzida, em decorrência do acesso, da limitada mão-de-obra e aporte tecnológico, conforme mostra o Plano de Saúde Amazônia.

Neste contexto, torna-se necessário que os hemocentros conheçam bem os seus quadros de custos e o desempenho de seus gastos, bem como as suas receitas, ou seja, estes devem produzir informações de custo sob a ótica gerencial, para que possam subsidiar tomadas de decisões relevantes para o pleno exercício da gerência, pois o mercado atual, mesmo tratando-se de instituição pública de saúde, não admite mais uma administração sem fundamentação técnica, o que pode levar à tomada de decisões inadequadas.

O presente estudo tem por objetivo identificar a forma de financiamento utilizada para suprir as despesas de custeio do Hemocentro Coordenador no Município de Palmas, TO e sua regional, no exercício financeiro de 2005. Nesta busca, optou-se por uma análise quantitativa e financeira da instituição, principalmente no que tange a sua auto-sustentabilidade e para isto torna-se necessário questionar: a forma de financiamento de custeio para Hemocentro Coordenador, do Município de Palmas, TO e sua regional, no exercício financeiro de 2005. Foi adequada para suprir as despesas desta instituição?

O direito à saúde constitui uma luta do homem através dos séculos e faz parte do direito à vida e ao estado de bem-estar, felicidade de todos os seres humanos.

Segundo Carvalho (2005b, p. 1):

No Brasil a luta vem de séculos, entretanto foi nas últimas décadas do século XX que este direito à saúde foi mais discutido. Um dos marcos é a III^a. Conferência Nacional de Saúde em 1963, cujos objetivos foram frustrados pelo início da ditadura militar. Nela se definiu o direito de todos à saúde e a municipalização como caminho para se conseguir implantá-lo. Outro destaque se deve dar é à VIII a Conferência Nacional de Saúde em 1986 que aglutinou e consolidou todas as propostas da denominada Reforma Sanitária com respaldo da sociedade, de técnicos, prestadores e administradores públicos, bem como de representantes do legislativo. Os resultados da VIII CNS foram apresentados ao Congresso Nacional para discussão e incorporação à Constituição. Isto foi feito e consagrou-se na CF de 1988 um corpo doutrinário que brotou de forma ascendente e desembocou na criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para o cumprimento do dever estatal de prestar atendimento à saúde, a Constituição concebeu um Sistema Único de Saúde - SUS, que congrega todos os entes públicos.

MARCO TEÓRICO – SUS, AVANÇOS E DESAFIOS

Um breve Histórico do SUS

Conforme Constituição da República Federativa do Brasil, “Saúde é um direito de todos e dever do Estado e da Sociedade” (BRASIL, 1988, art. 196). Com este artigo constitucional a saúde inscreve-se no contexto das políticas públicas e como direito de cidadania. O Sistema Único de Saúde–SUS foi uma conquista da população brasileira, tendo sido criado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado pelas seguintes leis: Lei 8.080 (BRASIL, 1990a), conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, a qual definiu um processo de planejamento ascendente, que resultou num plano de saúde; estabeleceu o fim do caráter convenial dos repasses; a abertura de conta especial para os recursos do SUS, bem como critérios de repasse. Enquanto a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b) tratou da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Para operacionalização do SUS se fez necessário à elaboração do arcabouço jurídico complementar–leis, normas operacionais, portarias que estabeleciam estratégias para a implantação do sistema durante os anos 90. Em 1991 foi editada a Norma Operacional Básica - NOB-SUS 01/91 (BRASIL, 1991a), Portaria nº 1.481

(BRASIL, 1991b), que define a operacionalização do sistema, assim como, normatiza o pagamento da Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA usando o critério populacional e as Autorização de Internação Hospitalar - AIH pagas diretamente aos serviços hospitalares, estabelecendo ainda, o custeio dos programas especiais e de alto custo.

Em 1993, a Portaria nº 545 de 20/05 (BRASIL, 1993) estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – NOB/SUS 01/93. A Instrução Normativa nº 1 de 23/09 (BRASIL, 1993b) disciplina fluxos e conteúdos do processo de habilitação de municípios e estados às novas condições de gestão previstas na NOB/SUS/01/93; reforçando, ainda, a função de negociação e coordenação na implantação do SUS.

No período entre 1995 e 1996, foram editadas várias portarias e resoluções, dentre elas destaca-se a Portaria nº 74/SAS de 24/7 (BRASIL, 1995a), estabelecendo condições para revisão dos tetos financeiros dos estados referentes ao Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e ao Sistema de Informação Hospitalar - SIH. A Portaria nº 75/SAS de 24/7 (BRASIL, 1995b) disciplina prazo e fluxo para operacionalização de alterações de valores de teto financeiro de municípios, em condição de gestão semiplena. A Resolução SS-367 de 28/11 (BRASIL, 1995 d) dispõe sobre as atribuições da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais e dá providências correlatas. A NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1996), define a gestão plena como responsável pela saúde do cidadão; reforça as funções de gestoras do SUS em cada esfera de governo; fortalece a municipalização; institui, o Piso de Atenção Básica - PAB; a Programação Pactuada Integrada - PPI como instrumentos de gestão pactuada.

Ainda em 96 é instituída Normas Operacionais de Assistência à Saúde -NOAS-SUS 01/01 (BRASIL, 2001b) e NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2002b) que estabelece: a reorganização dos serviços assistenciais na lógica da hierarquização; regionalização e financiamento; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; a revisão de critérios de habilitação e o Plano Diretor de Regionalização - PDR.

Em 2003, foi realizado, no Estado de Sergipe, o 1º Seminário do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde-CONASS para construção de Consensos, cujo tema central foi: “Preocupações e prioridades dos secretários estaduais quanto à organização, gestão e financiamento do SUS”. Era compreensão destes gestores que o processo de financiamento do SUS necessitava contemplar, de forma ampla, a diversidade e as diferenças do país, fazendo-se necessária a construção de uma nova política de alocação de recursos federais que visasse à redução de desigualdades macrorregionais e interestaduais, contribuindo, assim, para a garantia dos princípios constitucionais do SUS (BRASIL, 2006a, p. 163). Entre as prioridades discutidas e consideradas pelos secretários, relativas ao financiamento

do sistema, foram citadas na síntese das conclusões do seminário, expressas na “Carta de Sergipe”, as premissas abaixo relacionadas (BRASIL, 2006a, p. 163):

- ▶ Financiamento do SUS.
- ▶ Redução das desigualdades regionais na definição dos limites financeiros da assistência.
- ▶ Revisão das tabelas de procedimentos.

Nesta perspectiva, o desafio para a gestão do SUS é definir, com transparência, a direcionalidade estratégica ou os grandes rumos da implantação do novo modelo e respectiva lógica dos gastos, pois os serviços de saúde devem buscar resolver os problemas das pessoas da melhor maneira possível e ao menor custo. Esta capacidade de resolver problemas deve estar presente em todos os níveis de atenção à saúde.

Financiamento – nó crítico para construção do modelo de Gestão

No curso da história da implantação do Sistema Único de Saúde houveram muitos avanços, como também, desafios permanentes a serem superados, exigindo dos gestores do sistema um movimento constante de mudanças. Contudo, parece que o modelo vigente encontra-se esgotado. De um lado, pela dificuldade de se impor normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, na maioria das vezes, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Sobre esse assunto refere Carvalho (2005 p.17):

O modelo do SUS ainda não se implantou em sua profundidade de concepção e preceito. Objetivos, funções, diretrizes e princípios declarados na CF e nas LOS, ainda estão, muito deles, no campo do legal-virtual. Repetir o modelo errado e errático de foco maior na recuperação da saúde é repetir erros históricos. Temos que focar o novo modelo, a meu ver, em dois grandes objetivos: re-integrar a assistência e re-humanizar. Mudar o modelo para o SUS e mudar a relação interpessoal.

Dessa maneira, na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE - 2006 (BRASIL, 2006d), que deverá ser revisado anualmente, com base nos princípios constitucionais do SUS. O pacto tem ênfase nas necessidades de saúde da população e implicará no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. A construção deste pacto traz propostas de mudanças significativas como: habilitação x adesão solidária aos termos de compromisso

de gestão; regionalização solidária como eixo estruturante da descentralização; integração de várias formas de repasse de recursos financeiros e unificação dos vários pactos firmados. As prioridades são expressas em objetivos e metas que deverá constar em um termo de compromisso de gestão.

A proposta do pacto traz como diretrizes básicas para o financiamento: a responsabilidade das três esferas; promoção de equidade e repasse fundo a fundo.

A portaria nº 698/GM, de 30 de março (BRASIL, 2006c) define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do sistema, observado o disposto na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990a), e institui a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e de serviços de saúde em blocos de financiamento, eliminando as mais de 100 modalidades de transferências existentes.

Os blocos propostos são:

- ▶ Atenção Básica.
- ▶ Atenção da Média e Alta Complexidade.
- ▶ Vigilância em Saúde.
- ▶ Assistência Farmacêutica.
- ▶ Gestão do SUS.

As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para estados, municípios e Distrito Federal, serão compostas por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. Assim, estados e municípios terão maior autonomia para alocação de recursos, de acordo com as metas e as prioridades estabelecidas nos planos de saúde. É evidente que a redução da fragmentação do repasse de recursos trará benefícios para o sistema, porém faz-se necessário questionar: _ Haverá um incremento no aporte de recursos para o SUS com o Pacto pela Saúde/2006?

O financiamento dos Serviços

Os recursos de financiamento da saúde têm crescido ao longo dos últimos anos, porém são suficientes para atender a demandas pelos serviços e as especificidades regionais? De acordo com o Manual Básico de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002c, p. 13), as ações de saúde implementadas pelos estados e municípios têm a sua remuneração composta de forma tripartite, isto é, recurso oriundo dos poderes federal, estadual e municipal, sendo efetivada pelas

transferências regulares e automáticas; pelo repasse de recursos transferidos por meio de remuneração por serviços produzidos e convênios. Destacaremos aqui, apenas as modalidades de interesse para o estudo:

Remuneração por serviços produzidos e Tesouro Estadual

Segundo o Manual Básico de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002c, p. 13-14), remuneração por serviços produzidos é a modalidade de transferência caracterizada pelo pagamento direto aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS nos estados e municípios não habilitados em gestão plena de sistema. Destina-se ao pagamento do faturamento hospitalar registrado no Sistema de Informações Hospitalares - SIH e da produção ambulatorial registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, contemplando ações de assistência de média e alta complexidade, também observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios. O pagamento é feito mediante apresentação de fatura calculada com base na tabela de serviços do SIA e do SIH. É nesta modalidade que se encontra a instituição pesquisada.

Entretanto, a composição do recurso da instituição em estudo inclui, além dos recursos da esfera federal - remunerados por serviços produzidos; os recursos do Tesouro do Estado (fonte 00), que são pactuados no Planejamento Plurianual – PPA e repassados a Hemorrede através de Fixações de Recursos – FR'S oriundos de negociações entre a emorrede e a Secretaria Estadual da Saúde, nas modalidades de custeio fixo e extra. O custeio fixo é destinado para pagamento da terceirização de mão-de-obra e serviços de pessoa jurídica, nas despesas fixas: água, luz, telefone e correios. Enquanto, o custeio extra é negociado no desequilíbrio financeiro e não obedece a uma sistematização.

Assim, a racionalização dos custos na Hemorrede torna-se um desafio para os gestores/gerentes na perspectiva de garantir o padrão de qualidade dos serviços prestados, principalmente em um insumo estratégico como o sangue.

UMA VISÃO GERAL DA HEMORREDE DO TOCANTINS

A Hemorrede do Estado do Tocantins teve a sua implantação em 1996, desde então vem atravessando diversas fases. Inicialmente, foram priorizadas a construção da infra-estrutura administrativa da rede de apoio e a implantação das primeiras unidades. Posteriormente, foram implementadas a expansão da rede, com a construção, no ano de 1997, da Unidade em Augustinópolis. No ano seguinte, concluiu-se o Hemonúcleo de Gurupi e em 1999, o Hemocentro regional de Araguaína. A

instalação da sede definitiva da rede estadual do Hemocentro Coordenador, em Palmas, capital do Tocantins, foi inaugurada em 20 de maio de 2000, tendo como prioridade a busca da excelência na gestão, a qualificação dos recursos humanos, a reestruturação da rede, a implantação de gerência de projetos e a introdução de uma estrutura administrativa matricial. Associado a esses processos, houve a ampliação dos serviços prestados à população tocantinense, sendo implementados: o núcleo de hemoterapia e os postos e as agências, de acordo com relatório do demonstrativo da evolução da Hemorrede do Tocantins realizado no ano de 2000.

Nos últimos anos, houve uma permanente implementação de serviços especializados e de maior complexidade com o propósito de atender às demandas dos serviços de oncologia, terapia renal substitutiva, cirurgia cardíaca, UTI adulto e neonatal, entre outros. Priorizou-se, também, a qualificação dos recursos humanos que atualmente são 301 servidores na Hemorrede, sendo 83% concursados e 17% em regime de contrato especial. A qualificação destes servidores é acompanhada pelo setor de ensino e pesquisa do Hemocentro Coordenador de Palmas, acontecendo por meio de planejamento anual de educação permanente e continuada, com recursos do próprio estado e por intermédio de convênios com o Ministério da Saúde, conforme descrito no Plano de Sangue e Hemoderivados do Tocantins no ano de 2006.

A Hemorrede do Tocantins é uma diretoria vinculada à Secretaria Estadual da Saúde, ligada diretamente ao gabinete do Secretário de Saúde, e tem como mantenedora uma entidade sem fins lucrativos, a Loja Maçônica Construtores de Palmas. Sua estrutura organizacional é constituída por uma diretoria administrativa, uma diretoria técnica, coordenações regionais e gerências técnicas e administrativas.

O Estado do Tocantins possui o Plano Diretor de Regionalização – PDR, implantado desde 2002. Com o objetivo de descentralizar e facilitar o atendimento, o estado foi dividido em três macrorregiões: norte, sul e central, para sediar as unidades da Hemorrede, seguindo a lógica de interiorização, as unidades que compõem a rede foram distribuídas da seguinte forma:

- ▶ Um Hemocentro coordenador em Palmas, a capital.
- ▶ Um Hemocentro regional em Araguaína, região norte.
- ▶ Um Núcleo de Hemoterapia em Gurupi, região sul.
- ▶ Duas Unidades de Coleta e Transfusão em Porto Nacional e Augustinópolis, respectivamente.
- ▶ Treze Agências Transfusionais intra-hospitalares.

A gestão financeira da Hemorrede, até setembro de 1999, foi totalmente centralizada na Secretária de Estado da saúde. A partir de 01 de outubro, do ano citado, foi celebrado um convênio entre a Secretária Estadual de Saúde - SES/TO e a Loja Maçônica Construtores de Palmas - LMCP, instituição sem fins lucrativos, visando à descentralização das ações e serviços de sangue e hemoderivados oferecidos à população.

As informações do ciclo do sangue são gerenciadas pelo Hemovida, sistema fornecido pelo DATASUS (Ministério da Saúde, 2000) e as informações administrativas financeiras, contam com um programa específico denominado Hemoadimin (TOCANTINS, 2005) construído pelo Hemocentro Coordenador. As três principais unidades hemoterápicas do estado estão dotadas de uma infra-estrutura de informática capaz de atender os sistemas de gerenciamento de informação da Hemorrede, faltando apenas interligação entre as unidades.

Segundo dados do Hemoprod (Ministério da Saúde, 2005), a Hemorrede do Tocantins coletou, no período entre janeiro e dezembro de 2005, um total de 26.098 bolsas de sangue.

Destaca-se, ainda, que a Hemorrede do Tocantins é totalmente pública, e que as agências transfusionais intra-hospitalares são gerenciadas e mantidas pela Hemorrede em parceria com os hospitais.

A ação de saúde é cara e de mensuração de resultados, extremamente complexa. Conforme Gomes (2006):

Há que se pensar, através de uma ótica e da mudança de paradigmas, na realização de fato de uma política de inclusão para uma saúde transformada e inovadora aos Estados da Região Norte e que venham responder satisfatoriamente as demandas e necessidade de população, respeitando as peculiaridades regionais, fazendo com que nossos parceiros tenham um olhar diferente para realidades diferentes. Levando-se em conta a estruturação local e a situação sócio-regional. Só assim iremos conseguir um sistema de saúde igualitário, universalizado e equânime, onde o conceito de saúde traduz-se na transformação da cidadania em ação instituída no cotidiano da vida, pois só quem está perto entende como o processo realmente acontece, ultrapassando a ideia de atenção para cuidado, ampliando as responsabilidades de todos os atores envolvidos neste cenário.

A forma e critérios de alocação dos recursos financeiros no SUS hoje, ainda não permitem um adequado custeio dos serviços prestados. Na perspectiva de contribuir para a melhoria do Sistema, este estudo visa a apresentar a forma de financiamento utilizada para suprir as despesas de custeio do Hemocentro Coordenador do Município de Palmas e sua regional, identificando-se, também, as receitas e despesas da instituição, citadas no exercício financeiro de 2005, buscando, responder as-

sim, se a forma de financiamento da saúde para custeio da Hemorrede Pública, no Hemocentro Coordenador do Município de Palmas/TO e sua regional no exercício financeiro de 2005 foi adequada para suprir as despesas da instituição em estudo?

MÉTODO

Local do Estudo

O estudo em referência realizou-se no espaço público, mais especificamente na Hemorrede do Tocantins, classificada como serviço de média e alta complexidade, tendo como recorte o Hemocentro Coordenador de Palmas e sua regional, que agrega um núcleo de hemoterapia na região sul do estado, uma unidade de coleta e transfusão no Município de Porto Nacional e 7 agências transfusionais intra-hospitalares. Esta escolha foi baseada nos relatórios financeiros que apontam um alto custo com hematologia e hemoterapia nessas unidades, no âmbito da Hemorrede Pública do Tocantins.

Desenho do Estudo

Triviños (1987, p. 133) afirma que um estudo de caso “é uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa profundamente”, contemplando assim os objetivos do estudo, que adotou o método quantitativo-descritivo, através de um estudo de caso para consecução de seus objetivos. Os procedimentos técnicos realizados foram: levantamentos bibliográfico e documental, revisão de literatura, agrupamento dos dados estatísticos e análise dos dados computados.

Os dados foram levantados a partir das informações contábeis referentes ao faturamento, às receitas e às despesas do Hemocentro Coordenador de Palmas e sua regional, no exercício de 2005.

Realização do Plano

Na primeira fase foram desenvolvidos levantamento bibliográfico e revisão de literatura abordando os seguintes temas:

- ▶ Contextualizando o Financiamento do SUS.
- ▶ Marco Teórico - SUS, Avanços e Desafios.
- ▶ Uma visão geral da Hemorrede do Tocantins.

Na segunda fase foi realizada a coleta de dados em formulários previamente definidos, visando a conhecer as receitas e as despesas da instituição estudada.

Na terceira fase realizou-se uma análise dos resultados obtidos a partir da tabulação dos dados coletados, fazendo-se um confronto das receitas aferidas com serviços produzidos e as despesas.

Na quarta fase realizou-se a discussão e as considerações finais.

Coleta e Tratamento dos Dados

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2006 e deu-se em planilhas montadas para computar as receitas e os gastos incorridos no período estudado. O preenchimento dos formulários foi feito com informações obtidas através de pesquisas a fontes secundárias de dados fornecidos pelos setores financeiros e de faturamento da instituição.

Em função do objeto de estudo optou-se pelo tratamento quantitativo dos dados, observando a frequência, dos mesmos, em termos percentuais. A coleta dos dados citados anteriormente

As fontes dos dados coletados tiveram como base o programa financeiro hemoadmin (TOCANTINS, 2005), próprio da instituição, os boletins de produção mensal – BPA (Brasil, 2005) e as sínteses do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS (Brasil).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

“A saúde não tem preço, mas tem custo” Silva (2004 p. 33). Tal afirmação reforça a necessidade que os serviços de saúde precisam conhecer a composição de seus gastos e o custo de

Neste capítulo, são apresentados os resultados dos dados coletados através de pesquisa de campo referente às receitas e aos gastos para custear o Hemocentro Coordenador de Palmas e sua regional, no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2005.

Em um primeiro momento buscou-se verificar os valores reais faturados e os efetivamente recebidos no Hemocentro Coordenador, no exercício financeiro de 2005 (Tabela 1).

Tabela 1. Demonstrativo financeiro dos serviços faturados x serviços recebidos no Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional no período de janeiro a dezembro de 2005.

Exercício 2005.	Serviços Faturados	Serviços Recebidos	Diferença
Total	1.880.439,48	1.871.776,18	8.663,30
Média mensal	156.703,29	155.981,35	721,94

Comparando-se faturamento *versus* receita observa-se a diferença de 8.663,30 entre os valores faturados e os recursos efetivamente repassados à Unidade. Demonstrando-se que no período estudado, a diferença apresentada foi relativamente pequena. Entretanto, vale ressaltar que a questão do teto financeiro foi um problema durante vários anos na Hemorrede do Tocantins e tem sido nos diversos serviços de hemoterapia e hematologia do país.

Dando continuidade, foi feito um levantamento de todas as receitas financeiras do Hemocentro Coordenador de Palmas, juntamente com a sua Regional (Tabela 2).

Tabela 2. Demonstrativo financeiro das receitas do Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional, janeiro a dezembro de 2005.

RECEITAS	FONTE 91	FONTE 00	TOTAL
Janeiro	147.231,02	11.523,46	158.754,48
Fevereiro	172.165,68	10.448,80	182.614,48
Março	136.411,42	11.458,03	147.869,45
Abril	147.295,40	11.470,84	158.766,24
Maio	145.291,06	8.352,71	153.643,77
Junho	161.667,36	17.128,76	178.796,12
Julho	144.777,61	24.466,41	169.244,02
Agosto	177.725,87	26.322,04	204.047,91
Setembro	169.750,09	59.634,78	229.384,87
Outubro	165.576,02	119.650,15	285.226,17
Novembro	185.876,87	31.765,42	217.642,29
Dezembro	118.007,78	26.646,43	144.654,21
Total	1.871.776,18	358.867,81	2.230.643,99
Média mensal	155.981,35	29.905,65	185.887,00

Na Tabela 2, apresenta-se, discriminadamente, as fontes de recursos do Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional. Verifica-se que as receitas oriundas da fonte 91 (recursos oriundos da produção apresentada pela instituição) tiveram uma média mensal de repasses no valor de R\$ 155.981,35, tendo sido repassado, ao final do exercício, o valor de R\$ 1.871.776,18, ao tempo em que a fonte 00, recurso

proveniente do tesouro estadual, com uma média mensal de R\$ 29.905,65, totalizou, ao final do exercício, um valor de R\$ 358.867,81. Nota-se que a instituição em referência recebeu no período estudado, um valor considerável da Fonte 00, cerca de 16,08%. Esse valor tem refletido expressivamente na manutenção dos serviços de hemoterapia e sabemos que existe uma forte tendência a aumentar, pois, o processo de estruturação do serviço, a implementação de novas tecnologias diagnóstica e a demanda por pessoal especializado, visando à realização de exames mais confiáveis e com maior rapidez, são fatores que encarecem o produto, porém estes aumentos não são incorporados com a mesma velocidade às tabelas de remuneração do SUS.

Logo após, procurou-se levantar as despesas financeiras incorridas no período estudado. Os dados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Demonstrativo financeiro das despesas do Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional, janeiro a dezembro de 2005.

Mês	Valor R\$
Janeiro	168.523,15
Fevereiro	155.432,63
Março	127.781,65
Abril	156.236,61
Maio	166.397,68
Junho	150.298,58
Julho	185.742,95
Agosto	177.426,99
Setembro	210.875,33
Outubro	370.605,18
Novembro	196.983,98
Dezembro	223.384,43
Total	2.289.689,15
Média mensal	190.807,43

Percebem-se, na Tabela 3, algumas oscilações de valores na série histórica apresentada, entretanto essas oscilações se deveram a aquisições de maior vulto que facilitaram o atendimento nos meses subsequentes, e em consequência disso, apresentaram menores custos.

Após levantamento das receitas e despesas da unidade em estudo, viu-se necessário o confronto entre essas, com a finalidade de se visualizar se as receitas estão sendo capazes de suprir os custos para manutenção do Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional. Os dados são transcritos na Tabela 4.

Tabela 4. Demonstrativo financeiro das receitas gerais (fonte 00 e fonte 91) versus despesas do Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional, janeiro a dezembro de 2005.

2005	Receitas Gerais	Despesas Gerais	Diferença
Janeiro	158.754,48	168.523,15	-9.768,67
Fevereiro	182.614,48	155.432,63	27.181,85
Março	147.869,45	127.781,65	20.087,80
Abril	158.766,24	156.236,61	2.529,63
Maio	153.643,77	166.397,68	-12.753,91
Junho	178.796,12	150.298,58	28.497,54
Julho	169.244,02	185.742,95	-16.498,93
Agosto	204.047,91	177.426,99	26.620,92
Setembro	229.384,87	210.875,33	18.509,54
Outubro	285.226,17	370.605,18	-85.379,01
Novembro	217.642,29	196.983,98	20.658,31
Dezembro	144.654,21	223.384,43	-78.730,22
Total	2.230.643,99	2.289.689,15	-59.045,16
Média mensal	185.887,00	190.807,43	-4.920,43

Na Tabela 4, são mostradas as receitas oriundas da fonte 91 e da fonte 00, do tesouro estadual que totalizaram ao final do exercício financeiro o valor de R\$ 2.230.643,99 com uma despesa no mesmo período de R\$ 2.289.689,15 evidenciando assim a importância do recurso da fonte 00, bem como a necessidade de aumentar o valor do repasse. Se o hemocentro deixasse de receber recursos da fonte 00, conforme Tabela 2, essa diferença seria ainda maior, R\$ 417.912,96, diferença esta que pesaria expressivamente na manutenção de serviços de qualidade prestados à população atendida pelo Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional.

Na Tabela 5, mostra-se a situação caracterizada acima de forma clara, mês a mês:

Tabela 5. Demonstrativo financeiro das receitas de serviços produzidos (fonte 91) x despesas no Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional, no período de janeiro a dezembro de 2005

Mês de referência	Serviços Recebidos fonte 91 (R\$)	Despesas (R\$)	Diferença (R\$)
Janeiro	147.231,02	168.523,15	(21.292,13)
Fevereiro	172.165,68	155.432,63	16.733,05
Março	136.411,42	127.781,65	8.629,77
Abril	147.295,40	156.236,61	(8.941,21)
Maio	145.291,06	166.397,68	(21.106,62)
Junho	161.667,36	150.298,58	11.368,78
Julho	144.777,61	185.742,95	(40.965,34)
Agosto	177.725,87	177.426,99	298,88

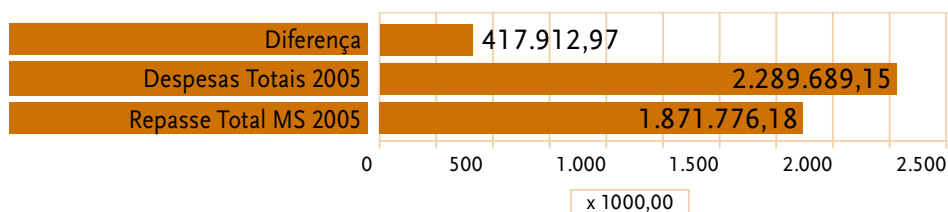
continua...

... continuação

Mês de referência	Serviços Recebidos fonte 91(R\$)	Despesas (R\$)	Diferença (R\$)
Setembro	169.750,09	210.875,33	(41.125,24)
Outubro	165.576,02	370.605,18	(205.029,16)
Novembro	185.876,87	196.983,98	(11.107,11)
Dezembro	118.007,78	223.384,43	(105.376,65)
Total	1.871.776,18	2.289.689,15	(417.912,97)
Média mensal	155.981,35	190.807,43	(34.826,08)

Verifica-se nas tabelas 4 e 5 e, mais claramente, na Figura 1, que a atual forma de financiamento do SUS não está sendo capaz de cobrir as despesas inerentes à manutenção dos serviços prestados e procedimentos realizados, especificamente no Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional.

Figura 1. Confronto entre receitas e despesas do Hemocentro Coordenador de Palmas, 2005.



Quando se analisam os resultados apresentados na Figura 1, verifica-se a defasagem existente entre os valores recebidos do Sistema Único de Saúde – SUS por meio dos serviços produzidos e as despesas da instituição, inviabilizando, assim, a manutenção no equilíbrio das contas. Isto acontece em função dos custos com a prestação dos serviços serem superiores aos valores pagos pelo SUS, o que vem contribuir para o cenário atual.

Embora a diferença apresentada pareça pequena, quando se trata de saúde pública e manutenções dos serviços, pequenas quantias podem comprometer a continuidade e crescimento com qualidade e eficiência dos serviços prestados à população.

Fica evidente que o investimento em saúde ainda é insuficiente, para atender às demandas prioritárias, assim como para corrigir as desigualdades. Mesmo com a melhoria de recursos na média e alta complexidade do SUS nos últimos anos deve-se levar em consideração o aumento da população da região, o aumento do aparato tecnológico, o custo dos insumos, a especificidade da mão-de-obra, que são fatores que elevam os custos dos serviços, cabendo, assim, aos governos estaduais em cumprimento a Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2000), subsidiarem tais serviços, cobrindo o déficit existente entre a tabela do Sistema Único de Saúde e o custo operacional dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, buscou-se apresentar as considerações acerca de todo o levantamento bibliográfico, assim como da aplicação do estudo de caso na instituição pesquisada.

O trabalho não tem a pretensão de ter esgotado o tema sugerido, entretanto, espera ter alcançado todos os objetivos propostos, apresentando de forma clara e objetiva o modelo de financiamento da saúde para custeio da Hemorrede pública do Tocantins: Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional.

A política de financiamento da saúde para custeio da Hemorrede exerce forte impacto na prestação de serviços à população.

Atualmente o modelo existente, baseado apenas na produção, mostra-se inadequado e insuficiente para manter as despesas, especificamente no Hemocentro Coordenador de Palmas e sua Regional, conforme dados apresentados nesta pesquisa, que apontaram um desequilíbrio financeiro na instituição, em que os custos do período são maiores que as receitas.

Qualquer empreendimento prescinde de um financiamento suficiente e adequado para ser levado a cabo. Sem recursos financeiros não se garantem instalações adequadas, equipamentos necessários, materiais de consumo imprescindíveis e recursos humanos suficientes e preparados.

Torna-se um desafio à busca de novas formas de financiamento, que possam garantir a continuidade e crescimento com qualidade e eficiência dos serviços de hemoterapia e hematologia, associado a isso, garantir também revisão, manutenção e ampliação dos valores pactuados regularmente, a fim de evitar a descontinuidade ou mesmo a estagnação da instituição.

Sabe-se que de duas maneiras pode-se garantir mais recursos para determinada atividade humana. A saúde não foge à regra. O caminho passa pelo aumento da receita e (ou) diminuição da despesa (por usar os recursos nas ações corretas – eficácia e (ou) por usar os recursos corretamente nas ações – eficiência). (CARVALHO, 2002, p. 284).

É preciso então, medidas educativas que disciplinem a utilização dos serviços de saúde, evitando desperdícios e otimizando todo recurso disponibilizado, pois, um gerenciamento eficaz é fundamental para a sobrevivência das instituições.

Com o intuito de contribuir com novas pesquisas na área estudada, recomenda-se, de acordo com o tema apresentado e a título de trabalhos futuros, a realização do estudo em um número maior de hemocentros, de modo a demonstrar a importância de se buscar novas propostas de financiamento para a Hemorrede pública nacional.

Financiamento: um desafio para a hemorrede pública

Autora: Márcia Teixeira Gurgel do Amaral¹

Orientadora: Professora Adriana Falangola Benjamim Bezerra²

¹ Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE

² Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira tem sido marcada pela exclusão econômico-social e cultural. Os povos colonizadores trouxeram enormes contingentes de pessoas a fim de produzir riquezas a serem apropriadas e acumuladas por poucos. Naquele período, os poucos médicos existentes se ocupavam em atender a elite; o restante da população, quando necessitava de cuidados médicos, tinha de recorrer à medicina popular ou às instituições de caridade (BLEICHER, 2004).

Aquele cenário permaneceu até que as epidemias começaram a interferir, também, na economia. Em função disso desenvolveram-se campanhas para erradicar essas doenças, sem deixar de ressaltar que o foco era muito mais econômico do que social.

A preocupação com a saúde coletiva, aquela fase, passou por vários momentos até chegar às resoluções promulgadas na Constituição de 1988. Na referida Constituição (BRASIL, 1988), há uma frase que sintetiza o espírito do novo modelo de gestão em saúde adotado para o Estado Brasileiro: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Segundo Bleicher (2004, p. 28):

O campo de atuação do SUS é bastante vasto, indo além da execução, gerenciamento e normatização dos serviços de saúde. Passa pela participação na formulação da política de saneamento, até a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; da formulação da política de medicamentos, à execução da política de derivados de sangue, entre muitas outras.

Esse novo modelo de gestão tem se constituído em uma preocupação nos gestores da saúde, no país, pois os volumosos e crescentes gastos despendidos para produção dos produtos e serviços é, por vezes, incompatível com o seu financiamento. O avanço tecnológico e a crescente demanda, decorrente do empobrecimento, bem como do envelhecimento da população, são fatores que contribuem, de forma decisiva, para esse agravamento.

No mercado atual não se admite mais administrar com modelo de gestão sem fundamentos técnicos, baseado apenas no conhecimento empírico do serviço, o que pode levar à tomada de decisões gerenciais inadequadas (CHERUBIN; SANTOS, 1997).

As organizações prestadoras de serviços, na área da saúde, devem ser administradas de forma a gerar produtos e serviços de nível qualitativo e resolutivo superior, buscando-se, assim, implementar os princípios norteadores do Sistema Único de

Saúde: integralidade, resolutividade, descentralização, participação, autonomia, equidade, intersetorialidade e racionalidade.

Um dos sérios entraves à efetiva materialização do SUS, tem sido seu financiamento, posto ser absolutamente insuficiente ao cumprimento do mandamento constitucional de universalização e gratuidade do atendimento (CHERUBIN; SANTOS, 1997, p. 290).

A Hemorrede Pública do Estado do Ceará vem, ao longo do tempo, tentando equacionar o insuficiente financiamento aos mandamentos da Constituição Federal de universalização e gratuidade do atendimento.

Portanto, atribui-se a origem desta pesquisa, às experiências vivenciadas como gestor administrativo-financeiro da Hemorrede Pública do Ceará, oportunidade em que o fazer cotidiano esteve permanentemente calcado na busca incessante de soluções para manter o equilíbrio financeiro da Instituição.

Segundo Basílio (2002, p. 62), a Hemorrede do Ceará: “foi uma das primeiras iniciativas organizacionais para implantação e funcionamento do serviço público de hemoterapia, surgindo em 1979”. Foi nesse cenário que o HEMOCE iniciou as suas atividades fruto dessa política nacional de criação de centros de hemoterapia, vinculados à Fundação de Saúde do Estado do Ceará – FUSEC.

Na sua fundação, o HEMOCE tinha como objetivos:

incentivar a doação voluntária de sangue; centralizar a coleta e a distribuição de sangue e dos elementos fracionados; evitar desperdício ou a falta de produtos; prestar assistência médica à comunidade, no que concerne ao seu campo de atividade; ministrar o ensino em nível de graduação, pós-graduação e técnico nos ramos de Hemoterapia e Hematologia e especialidades correlatas; desenvolver a pesquisa no seu campo de ação (MARTINS, 1979, p. 8).

Desde o início de suas atividades, o HEMOCE foi cedido, em regime de comodato, à Universidade Federal do Ceará, ficando sob o seu gerenciamento todo o patrimônio da instituição. Após esse período, o HEMOCE passou a ser administrado pela Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand – SAMEAC, considerando a larga experiência que a mesma possuía, já que tinha sob a sua coordenação a Maternidade Escola Assis Chateaubriand e o Hospital Universitário Walter Cantídio. As instituições retro citadas eram vinculadas à referida Universidade (CEARÁ, 1984).

Com a promulgação da nova Constituição Federal e com o advento do Sistema Único de Saúde – SUS, que disciplinava a hierarquia dos serviços, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA passou a gerir todas as instituições prestadoras de serviços de saúde de média e alta complexidade. O HEMOCE, somente

em 2000, passou a ser unidade orçamentária vinculada à rede SESA (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO CEARÁ, 1999).

A Hemorrede atende, hoje, com sangue e derivados aos leitos do Sistema Único de Saúde – SUS do interior do Estado, com uma cobertura de 100% e tem como meta atingir o mesmo percentual nos leitos da cidade de Fortaleza.

O HEMOCE, por meio das suas Divisões de Hemoterapia, Hematologia e Ensino e Pesquisa, tem por objetivo atender à população do Estado do Ceará ofertando sangue e hemocomponentes de boa qualidade, bem como fazendo atendimento hematológico e formando recursos humanos em hematologia e hemoterapia.

Pela dimensão da Hemorrede, pode-se supor quão volumosos são os gastos despendidos para produção dos seus produtos e serviços. O insuficiente financiamento destinado a essa finalidade torna o serviço de hemoterapia uma organização complexa, obrigando-a a buscar alternativas de redução ou racionalização de seus gastos, como forma de sobrevivência. Foi a partir da constatação desse problema, que se configurou o norteamento dado a esta pesquisa, tendo como foco a Hemorrede Pública do Estado do Ceará. Considerou-se, também, ser uma obrigação dos gestores de instituições públicas maximizar o impacto na saúde da população, com os recursos financeiros de contribuição da sociedade.

A necessidade de aprofundamento dos conhecimentos para um melhor desempenho dessa função e a possibilidade de apresentar alternativas para a melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços prestados à comunidade, foram determinantes para escolha do tema de abordagem, voltado para um estudo de caso, contemplando o financiamento da Rede de Hemocentros da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

A referida pesquisa teve por objetivo avaliar a forma de financiamento da saúde, para custeio da hemorrede pública do estado do Ceará, no período de 2003 a 2005, adotando os seguintes procedimentos: descrever a forma de financiamento utilizada para suprir as despesas de custeio da hemorrede pública estudada, identificar as receitas e despesas de custeio e analisar os serviços produzidos, no período estudado, confrontando-os com a receita e com as despesas.

Dessa forma, o estudo foi desenvolvido, com a intenção de torná-lo um instrumento capaz de permitir a visualização das receitas e dos gastos, buscando-se contribuir para a eficiência técnica e alocativa da instituição, viabilizando a oferta de serviços de qualidade, com gasto racional, e, por conseguinte, promovendo o alcance da otimização dos seus resultados econômicos e sociais. Ficará, assim, evidenciado se a forma de financiamento da saúde, para custeio da Hemorrede Pública do Estado do Ceará, no período de 2003 a 2005, foi adequada para suprir as despesas na citada rubrica.

O capítulo, a seguir, abordará a temática do financiamento do Sistema Único de Saúde, cujo objetivo maior é formar os pilares teóricos do estudo.

O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os serviços de saúde correspondem a “ações ou procedimentos que têm, como principal objetivo, a promoção, a conservação ou recuperação da saúde daqueles que deles se beneficiam” (ARAÚJO, 1997, p. 97). A forma como a sociedade organizou-se para prestar esses serviços de saúde, evoluiu através dos anos e constitui, hoje, uma realidade complexa, heterogênea, da qual participam governo, iniciativa privada e entidades filantrópicas.

No Brasil contemporâneo, a participação do Estado no financiamento dos sistemas de saúde fundamenta-se na corrente político-ideológica de base socialista, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, com financiamento estatal, dirigido a todos os serviços de saúde, legitimado pela Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) e regulamentada pela Lei N° 8080/90 (BRASIL, 1990a) conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei N° 8142/90 (BRASIL, 1990b) que normaliza a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Segundo a Carta Magna:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Evidencia-se cada vez mais, a grande necessidade de financiamento dos serviços de saúde, pelo que as autoridades responsáveis buscam, incessantemente, novas fontes de captação de recursos:

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional n° 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a efetiva co-participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2002, p.15).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, o setor público de serviços de saúde no Brasil passou por uma série de mudanças estruturais, entre as quais a delimitação das responsabilidades governamentais: estaduais, municipais e fede-

rais, o que determinou uma autonomia no gerenciamento de recursos, levando-se em consideração a descentralização das atividades de prestação de serviços.

A aprovação do SUS representou a base para o fortalecimento do processo de Reforma Sanitária, a saúde não se restringindo às ações técnicas da área, mas assegurada por políticas econômicas e sociais voltadas para a melhoria do nível de vida da população. (COELHO; SOUSA, 2005, p. 49).

A administração das instituições públicas de saúde tornou-se mais complexa, exigindo um caráter técnico e criativo do gestor de recursos.

Isso implica repensar o papel de gestor do sistema, no sentido de incorporar o componente fundamental de gestão financeira, garantir a capacidade técnica e operativa para gerenciar recursos financeiros e explorar modalidades alternativas para esse gerenciamento. (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998, p. 1).

Segundo o Manual Básico de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002c, p. 42):

A concretização do planejamento da administração pública dar-se através de:

- ▶ Plano plurianual - PPA.
- ▶ Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO.
- ▶ Lei Orçamentária Anual – LOA.
- ▶ Agenda de Saúde.

O Plano Plurianual – PPA contendo as metas governamentais tem como subsídios, a agenda de saúde e as metas plurianuais dos Planos de Saúde. Tomando como base o Plano Plurianual é elaborada a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, que contém as orientações para preparação do orçamento. Na realidade, é o planejamento colocado em prática.

O orçamento consiste em um conjunto organizado de receitas e despesas, previamente aprovado, que espelha as opções políticas dos governantes e tem como objetivo principal suprir as necessidades de saúde da população. Em termos financeiros, o orçamento exprime a destinação de recursos públicos, para o atendimento ao cidadão; seu objetivo maior é o de emprestar transparência aos gastos públicos (BRASIL, 2002).

É necessária a construção de uma gestão orçamentário-financeira do SUS que integre as funções planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde (BRASIL, 2002, p. 41).

Os serviços de saúde, no Brasil, são classificados por sua natureza: público ou privado. Os serviços públicos são aqueles ligados à administração pública, direta ou indireta, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, do qual recebem ressarcimento pelos custos da assistência, de média e alta complexidade (BRASIL, 2002).

O financiamento dos serviços de saúde eminentemente públicos está garantido pela Constituição Federal, por meio da utilização de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Isso requer custeio permanente e duradouro, com um fluxo constante e regular de recursos. Esses mecanismos de financiamento vêm dificultando o cumprimento do mandamento constitucional de atendimento universal e gratuito, porque tais recursos são considerados insuficientes.

As ações de saúde implementadas pelos estados e municípios têm a sua remuneração efetivada pelo repasse de recursos transferidos por meio de convênios, remuneração por serviços produzidos e transferências fundo a fundo (BRASIL, 2002).

A remuneração por serviços produzidos, modalidade na qual se encontra inserida a instituição pesquisada, é realizada pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços de saúde cadastrados no Sistema Único de Saúde – SUS, contra a apresentação de faturas dos atendimentos de média e alta complexidade executados e aprovados; conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios.

O pagamento direto aos prestadores de serviços estatais ou privados contratados e conveniados dá-se na área ambulatorial e hospitalar com base na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e do Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

A Hemoterapia encontra-se classificada dentro da Tabela do SIA / SUS, no Grupo 37, cujos procedimentos são considerados de alta complexidade. Constituem o Grupo 37 os seguintes procedimentos: triagem clínica de doador (a) de sangue; coleta de sangue; coleta por processadora automática de sangue; exames imuno-hematológicos; sorologia I; sorologia II; processamento do sangue; pré-transfusional I; pré-transfusional II; transfusão de sangue total; transfusão de substituição ou troca; transfusão de crioprecipitado; transfusão de concentrados de plaquetas; transfusão de plaquetas por aférese; transfusão de plasma fresco; transfusão de plasma normal; transfusão de concentrado de leucócitos; transfusão de concentrado de hemácias; transfusão fetal Intra-Uterina; sangria terapêutica; aférese terapêutica ambulatorial; irradiação de sangue e componentes destinados à transfusão; deleucotização de concentrado de plaquetas destinado à transfusão; deleucotização de concentrado de hemácias destinado à transfusão; preparo de componentes lavados ou aliquotados destinados à transfusão; aplicação de fatores de coagulação VIII ou IX.

As cobranças dos procedimentos de Hemoterapia em pacientes que se encontram internados constam na Tabela do SIH / SUS, na Autorização de Internação Hospitalar – AIH e incluem: módulos pré-transfusional, transfusional e sangria terapêutica.

Há ainda procedimentos de Hemoterapia classificados como média complexidade que fazem parte do Grupo 11, da Tabela do SIA / SUS, são eles: os exames realizados em amostras coletadas para repetição, exames realizados em doadores cuja cobrança não está incluída no Grupo 37 da referida tabela e os exames realizados em amostras de pacientes.

Nos hemocentros são realizadas, ainda, as ações especializadas em odontologia e fisioterapia, todas cobradas por meio da Tabela do SIA / SUS.

Os procedimentos de hematologia também se encontram inseridos na referida Tabela, SIA / SUS, e enquadra os seguintes serviços: consulta em hematologia, atividade educativa em assistência especializada e de alta complexidade com grupo na unidade, consulta/atendimento em assistência especializada e de alta complexidade.

Além da captação de recursos na esfera federal, oriundos da remuneração por serviços produzidos; na esfera estadual, os recursos do Tesouro são repassados em cumprimento à Emenda Constitucional 29, pelas Fixações de Recursos – FR'S, tendo sido regulamentado por contrato de gestão desde o exercício de 2004.

A diversidade de fontes de financiamento evidencia a complexidade de manter funcionando uma instituição prestadora de serviços de saúde, considerando a incorporação de novas tecnologias, os crescentes gastos e a limitação do Teto Financeiro estabelecido para a instituição.

Os serviços de saúde, providos pelo setor público, representam uma questão importante e controversa, muito discutida por especialistas da área, apoiados na economia da saúde, como recurso orientador dessa discussão. Aspectos como o financiamento dos serviços, a segmentação do mercado, a demanda existente e o impacto de novos investimentos, constituem temas comuns à gestão de serviços da saúde e reúnem elementos essenciais à orientação das decisões no setor.

A fiscalização e a avaliação dos recursos aplicados em saúde são de responsabilidade das secretarias vinculadas, das controladorias e da sociedade civil. O Sistema Único de Saúde prevê a participação efetiva da sociedade nessa busca da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, atuando na formulação das estratégias, no controle da execução das políticas de saúde e nos aspectos econômicos e financeiros.

Após abordagem acerca do financiamento do Sistema Único de Saúde, deverá ser desenvolvida, no capítulo a seguir, a metodologia adotada ao estudo, onde está definido o seu desenho, de forma a possibilitar a obtenção dos resultados.

MÉTODO

Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma rede de hemocentros, classificada como serviço de alta complexidade, localizada no Estado do Ceará. O estado foi dividido em cinco macrorregiões, visando a um abastecimento sistêmico, sendo a hemorrede pública composta por: um hemocentro coordenador, em Fortaleza; quatro hemocentros regionais localizados em Sobral, Iguatu, Crato e Quixadá; um hemonúcleo em Juazeiro do Norte; um posto de coleta fixa, em Fortaleza; e 63 agências transfusionais divididas entre a região urbana de Fortaleza, nos grandes hospitais, e nos municípios do interior.

Para definir os serviços de alta complexidade, a Portaria nº 373/GM (BRASIL, 2002b) refere-se a estas ações da seguinte forma: “[...] tendo em vista as características especiais desse grupo – alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios”.

Desenho do Estudo

Tendo como base a fundamentação teórica, procurou-se apresentar uma metodologia de sistematização para demonstrar o financiamento do custeio, cotejando-se receitas e despesas, especificamente na rede de hemocentros públicos onde as receitas e despesas ganham destaque como fontes de informações capazes de atender às necessidades das novas formas de gerenciar, sendo o foco, naturalmente, a redução de gastos, evidenciada como necessária à sobrevivência das instituições prestadoras de serviços de saúde, especialmente as públicas e filantrópicas.

Segundo Gil (1991, p. 70), “O delineamento refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo tanto a sua diagramação quanto a previsão de análise e interpretação de dados”.

De tal forma, o delineamento definido para alcançar os objetivos desta pesquisa, foi um estudo de caso, descritivo, realizado por meio dos seguintes procedimentos técnicos: levantamentos bibliográfico e documental, revisão de literatura, aplicação

de formulários, agrupamento dos dados estatísticos e análise dos dados computados. Quanto à sua natureza, esta pesquisa teve o tratamento quantitativo dos dados.

Triviños (1987, p. 133) afirma que estudo de caso: “é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente”.

Os dados foram coletados a partir das informações contábeis referentes ao faturamento, às receitas e às despesas, da Rede de Hemocentros da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, nos exercícios de 2003, 2004 e 2005.

Realização do Plano

Inicialmente, foi realizada revisão de bibliografia com objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre a formatação do Sistema Único de Saúde, suas diretrizes e sua forma de financiamento.

Após a revisão de bibliografia, iniciou-se a coleta de dados em formulários que foram previamente definidos.

Posteriormente, os dados foram tabulados e consolidados, fazendo-se as interrelações entre: receitas e despesas, serviços produzidos e receita, serviços produzidos e despesas. Avaliou-se, por consequência, se a forma de financiamento da saúde, para custeio da Hemorrede Pública do Estado do Ceará, no período de 2003 a 2005, foi adequada para suprir as despesas na citada rubrica.

Coleta e tratamento dos Dados

A coleta de dados deu-se em planilhas montadas para computar as receitas e os gastos incorridos no período estudado. O preenchimento dos formulários foi feito pelo pesquisador, com informações obtidas através de pesquisas a fontes secundárias de dados fornecidos pelos setores de faturamento e contabilidade da instituição estudada. As fontes referidas anteriormente são: o Sistema Integrado de Contabilidade – SIC / Secretaria da Fazenda - SEFAZ - CE, o Sistema Financeiro / HEMOCE - CE, o Sistema de Almoxarifado / HEMOCE – CE e os Boletins de Produção Ambulatorial / BPA / Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS – Ministério da Saúde - MS.

O capítulo que se segue, dos resultados e discussão, traz respostas aos objetivos, responde, assim, a pergunta norteadora do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Formas de financiamento da hemorrede pública

Na Tabela 1, está descrita a forma de financiamento da Hemorrede Pública no período estudado:

Tabela 1. Fontes de recursos de financiamento de custeio da Hemorrede Pública do Estado do Ceará, no período de 2003, 2004 e 2005.

Fonte de recurso	Definição
Fonte 00	Recursos Ordinários
Fonte 70	Recursos Diretamente Arrecadados
Fonte 83 *no exercício de 2003	Recursos Provenientes do SUS
Fonte 91	Recursos Provenientes do SUS

Fonte: Construída a partir do Manual Técnico de Orçamento – SEPLAN / CE.

O valor mensal para despesas de custeio da hemorrede, no exercício de 2002, repassado pela Fonte 00, oriundo do Tesouro Estadual foi de R\$ 164.604,70. Tal valor foi repactuado em 2003, em decorrência da mudança de governo, onde a Secretaria da Fazenda do Estado do Ceará – SEFAZ, dentro dos recursos destinados à saúde, passou a disponibilizar para o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - HEMOCE, o valor mensal de R\$ 553.865,00. Em 2004, com a assinatura do Termo de Compromisso firmado entre a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA e o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE, foi normalizado o repasse dos recursos do Tesouro Estadual, e mantido o valor acordado anteriormente, ou seja, a importância mensal de R\$ 553.865,00. Em 2005, o referido valor foi reajustado para R\$ 874.335,00. Pode-se, portanto, observar que houve um aporte significativo de recursos ao se comparar o ano anterior, 2002, aos anos subsequentes: 2003, 2004 e 2005.

A Fonte 70, recursos próprios, integra os valores recebidos a título de ressarcimento de gastos incorridos na cadeia de beneficiamento do sangue, por ocasião do fornecimento de sangue ou hemocomponentes a instituições privadas. A hemorrede pública é impelida a atender esta demanda, considerando ser única neste tipo de atendimento em todos os municípios do Estado do Ceará, exceto na região metropolitana de Fortaleza.

A Fonte 83, no exercício de 2003, e a Fonte 91, nos demais períodos do estudo, são fontes financiadoras do módulo de cobranças por serviços produzidos do Sistema Único de Saúde – SUS. O repasse do recurso financeiro ocorre mediante apresentação das faturas dos atendimentos contemplados na Tabela do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e no Sistema de Informação Hospitalar – SIH.

Cabe ressaltar que, pelas normas vigentes, os repasses são feitos diretamente ao Fundo Estadual de Saúde – FUNDES e, posteriormente, encaminhados à conta própria do HEMOCE.

Receitas de custeio da Hemorrede Pública do Ceará

Na Tabela 2, estão demonstrados os valores da receita arrecadada pela hemorrede no período estudado.

Tabela 2. Receitas de custeio da Hemorrede Pública do Ceará – período 2003, 2004 e 2005.

Receitas	2003	%	2004	%	2005	%
Fonte 00	6.948.131,60	43,25	10.249.548,82	54,59	10.492.020,00	55,87
Fonte 70	413.312,97	2,57	460.007,79	2,45	303.087,02	1,61
Fonte 83	8.701.890,20	54,17	-	-	-	-
Fonte 91	-	-	8.065.517,39	42,96	7.984.917,54	42,52
Total	16.063.253,77	100,00	18.775.074,00	100,00	18.780.024,56	100,00

Fonte: Construída a partir dos dados do Sistema Integrado de Contabilidade – SIC/SEFAZ.

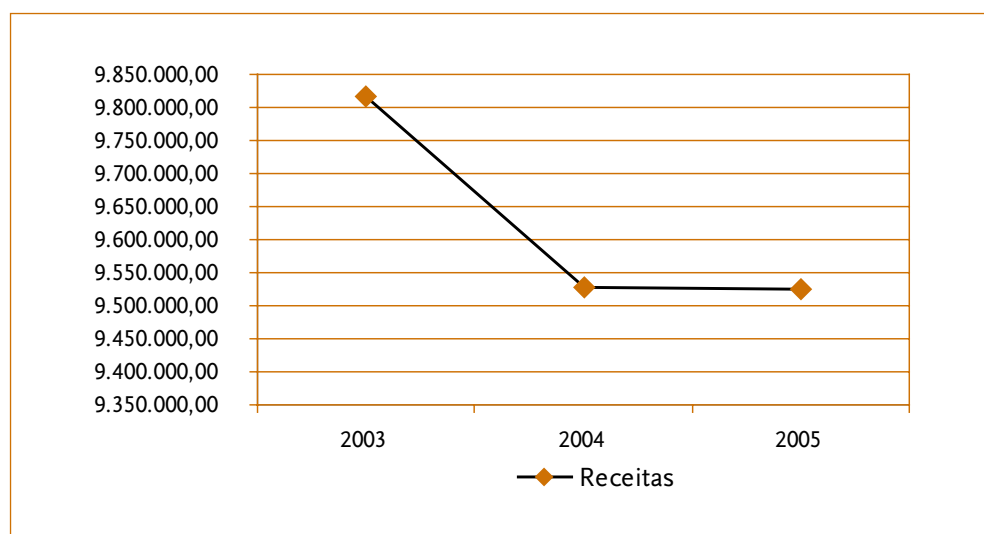
Observa-se que os recursos da Fonte 00 tiveram grande crescimento, no período estudado, com a maior representatividade do que as outras fontes, denotando o compromisso do Governo do Estado em investir na manutenção da sua rede de unidades.

A Fonte 70 tem pouca expressão para a hemorrede, pois os recursos são oriundos de uma demanda instável, fornecimento de sangue e hemocomponentes aos leitos privados, no interior do estado.

Observa-se, ainda, um decréscimo da receita apresentada, comparando-se os valores recebidos por meio da Fonte 83, no exercício de 2003, e da Fonte 91, nos exercícios de 2004 e 2005, fato que deve ser associado ao aumento de cobertura da hemorrede, aos leitos do SUS, no período estudado, e ao ineficiente sistema de cobrança das Requisições de Transfusões – RT'S que se dá junto ao prontuário do paciente.

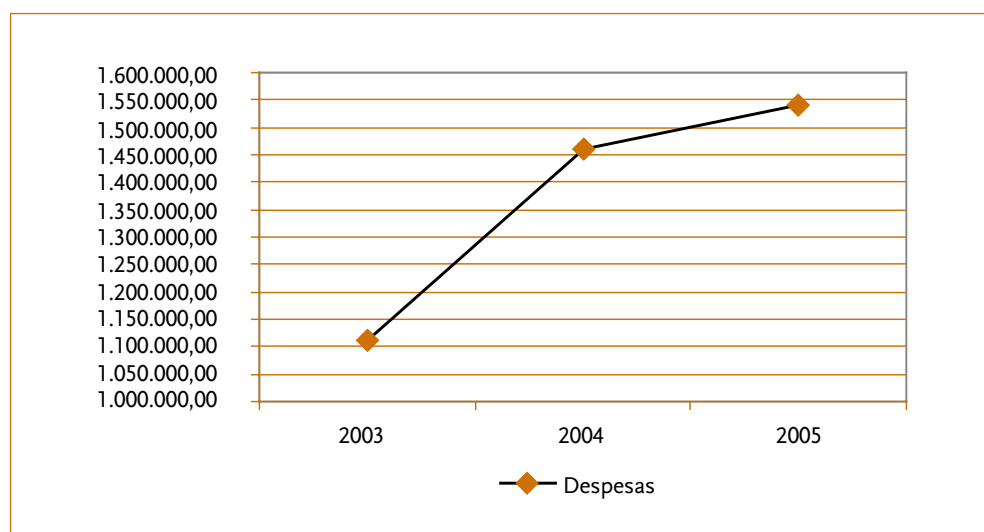
O aumento da despesa com pessoal paga com recursos do Sistema Único de Saúde diminui, conseqüentemente, os valores disponibilizados para despesas com o custeio da unidade, demonstrados na Tabela 2 e nas Figuras 1 e 2. Portanto, dos recursos informados nas Fontes 83 e 91 foram retirados os valores equivalentes ao pagamento de Produtividade e Incentivos ao Cargo Comissionado e a Atividade Relevante, demonstrados nas Figuras 1 e 2, considerando tratar-se de despesa de pessoal.

Figura 1. Receitas oriundas do SUS, no período de 2003, 2004 e 2005.



Fonte: Construída a partir dos dados do Sistema Integrado de Contabilidade – SIC/SEFAZ.

Figura 2. Despesas com produtividade e incentivos pagos com recursos do SUS, no período de 2003, 2004 e 2005



Fonte: Construída a partir dos dados do Sistema Integrado de Contabilidade – SIC/SEFAZ.

Despesas de custeio da Hemorrede Pública do Ceará

Na Tabela 3, demonstra-se as despesas de custeio da hemorrede pública, de forma detalhada, nos grupos material de consumo, serviços de terceiros e locação de mão-de-obra.

Tabela 3. Custeio da Hemorrede Pública do Ceará – período 2003, 2004 e 2005.

Despesas	2003	%	2004	%	2005	%
Material de consumo	9.082.229,37	60,99	10.412.724,26	59,79	11.576.744,42	57,74
Serviços de terceiros	5.323.177,29	35,75	6.140.316,47	35,26	6.328.441,47	32,66
Locação de mão-de-obra	487.119,03	3,26	862.481,36	4,95	1.473.559,66	7,60
Total	14.892.525,69	100,00	17.415.522,09	100,00	19.378.745,55	100,00

Fonte: Construída a partir dos dados do Sistema de Almoxarifado do HEMOCE e do Sistema Integrado de Contabilidade – SIC/SEFAZ.

Foram consideradas despesas de custeio os itens a seguir relacionados:

- ▶ Material de Consumo: limpeza, utensílios de cozinha, expediente, laboratório, manutenção, médico hospitalar, medicamentos, gases medicinais, odontológico, gêneros alimentícios, peças para veículos, tecidos e fardamentos, bolsa de coleta de sangue, combustível, informática, instrumental cirúrgico e odontológico.
- ▶ Serviços de Terceiros: água, contratos de manutenção, diárias, energia elétrica, exames diversos, serviços de manutenção, telefone e comunicação, capacitação de recursos humanos, contratos diversos e encargos sociais.
- ▶ Locação de mão-de-obra: terceirização e cooperativas.

No que se refere às despesas com material de consumo, houve um aumento no período, devido à ampliação da cobertura hemoterápica no Estado do Ceará, tendo sido abertas novas agências transfusionais e o Hemocentro Regional de Quixadá, em 2003, requerendo, conseqüentemente, um quantitativo maior de insumos, cuja variação de preços de mercado tem relação direta com o aumento dos gastos.

No item de despesa referente a serviços de terceiros estão os gastos referentes ao convênio firmado entre a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA e a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand – SAMEAC, cujo objeto é “... desenvolver atividades técnico-operacionais em parceria com a SAMEAC, visando a disponibilização de recursos humanos, treinamentos e cursos de capacitação e reciclagem... para o Sistema Integrado de Hemorrede do Estado do Ceará...”. Para entender a importância financeira da SAMEAC nas despesas da hemorrede, informaremos a seguir os valores efetivamente pagos ao convênio nos anos estudados:

- ▶ 2003- R\$ 4.142.251,57
- ▶ 2004- R\$ 4.695.000,00
- ▶ 2005- R\$ 4.425.511,54

O aumento significativo no valor de locação de mão-de-obra ocorreu, principalmente, devido à substituição de postos de trabalho SAMEAC por postos terceirizados e de cooperativas, o que evidencia o quão dispendioso é para a instituição pública a terceirização de seu quadro de pessoal. Enquanto a SAMEAC, como entidade filantrópica, não cobrava taxa de administração, entre outras, as empresas terceirizadas e cooperadas cobram, do erário público, todas as taxas que lhe são devidas, aumentando, significativamente, o preço da sua prestação de serviços.

Compatibilização entre receitas e despesas de custeio da Hemorrede Pública do Ceará

Na Tabela 4, procura-se demonstrar a diferença entre a receita e a despesa de custeio da hemorrede, no período estudado.

Tabela 4. Compatibilização entre receitas e despesas de custeio da Hemorrede Pública do Ceará – período 2003, 2004 e 2005.

	2003	2004	2005
Receita	16.063.253,77	18.775.074,00	18.780.024,56
Despesa	14.892.525,69	17.415.522,09	19.378.745,55
Diferença	1.170.728,08	1.359.551,91	(598.720,99)

Fonte: Construída a partir dos dados do Sistema de Almoxarifado do HEMOCE e do Sistema Integrado de Contabilidade – SIC/SEFAZ.

Infere-se, pela Tabela 4, que a hemorrede teve, durante o período estudado, um crescimento mais acentuado das suas despesas, do que o crescimento da sua receita. Merece destaque o aumento da despesa com mão-de-obra terceirizada, cujo valor teve significativo aumento, consequência da política de extinção da SAMEAC. A hemorrede procurou, através de ações de utilização racional dos recursos materiais, manter o equilíbrio financeiro da instituição. Cabe informar que, no exercício de 2002, a hemorrede fechou as suas contas com um déficit de R\$ 2.087.821,82, com seus fornecedores, denotando uma situação de grande fragilidade.

Serviços produzidos e receitas da Hemorrede Pública do Ceará

Na Tabela 5, demonstra-se a diferença ocorrida entre os serviços produzidos e a receita efetivamente recebida.

Tabela 5. Serviços produzidos X receita da Hemorrede Pública do Ceará – período 2003, 2004 e 2005.

	Serviços produzidos	Valores	Receita	Valores	Diferença
2003	BPA	9.665.400,31	BPA	7.573.680,09	(2.091.720,22)
	AIH	1.318.041,87	AIH	1.185.975,02	(132.066,85)
	Total	10.983.442,18	Total	8.759.655,11	(2.223.787,07)
2004	BPA	9.734.756,3	BPA	8.319.604,08	(1.415.152,23)
	AIH	1.549.899,46	AIH	896.624,35	(653.275,11)
	Total	11.284.655,77	Total	9.216.228,43	(2.068.427,34)
2005	BPA	11.478.741,03	BPA	8.960.007,31	(2.518.733,72)
	AIH	1.757.491,31	AIH	967.872,24	(789.619,07)
	Total	13.236.232,34	Total	9.927.879,55	(3.308.352,79)

Fonte: Construída a partir dos dados do BPA / DATASUS e do Sistema Integrado de Contabilidade – SIC/SEFAZ.

Foi demonstrado, na Tabela 5, que a produção ambulatorial da Hemorrede do Ceará é significativamente maior do que o teto financeiro estabelecido, justificando-se, portanto, a grande diferença entre os valores faturados e os efetivamente repassados ao Fundo Estadual de Saúde – FUNDES. No que tange a receita arrecadada por meio das AIH'S cabe informar que a Hemorrede encontra grande dificuldade em acompanhar a cobrança dos hemocomponentes fornecidos à rede de hospitais gerando, desta forma, uma grande diferença entre os serviços produzidos e a receita. Há de se esclarecer que a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará retira até 3% do valor da receita das unidades da rede para garantir a sua manutenção, portanto a receita apresentada na Tabela 5 deverá ser maior do que a receita efetivamente recebida, apresentada na Tabela 2.

Serviços produzidos e despesas da Hemorrede Pública do Ceará

Na Tabela 6, evidencia-se a diferença ocorrida entre os serviços produzidos, pela hemorrede, e suas despesas.

Tabela 6. Serviços produzidos X despesas da Hemorrede Pública do Ceará – período 2003, 2004 e 2005.

	2003	2004	2005
Serviços produzidos	10.983.442,18	11.284.655,77	13.236.232,34
Despesa	14.932.902,43	17.140.087,74	19.196.966,64
Diferença	(3.949.460,25)	(5.855.432,97)	(5.960.734,30)

Fonte: Construída a partir dos dados do BPA / DATASUS, do Sistema de Almoxarifado do HEMOCE e do Sistema Integrado de Contabilidade – SIC/SEFAZ.

Observa-se, na Tabela 6, uma ascendência, nos anos de 2003, 2004 e 2005, do total dos serviços produzidos, por meio de AIH e BPA, o que mostra uma maior amplitude na cobertura dos leitos SUS, considerando ser este o objetivo da Hemorrede Pública. Observa-se, também, que apenas com estes recursos recebidos por meio dos serviços produzidos ao Sistema Único de Saúde – SUS, a Hemorrede do Ceará não conseguiria manter o equilíbrio das suas contas. Sabe-se, entretanto, que em cumprimento à Emenda Constitucional 29, cabe aos governos estaduais subsidiarem tais serviços, cobrindo o déficit existente entre a Tabela do Sistema Único de Saúde e o custo operacional dos serviços, com o objetivo maior de oferecer à população serviços sanitários, de níveis qualitativo e quantitativo superiores à demanda em saúde.

As considerações finais, apresentadas no próximo capítulo, trazem as análises dos resultados para o campo da economia da saúde, numa macro visão dos serviços de hematologia e hemoterapia no Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento dos serviços de saúde, a partir do 3º quartil do século XX, vem ganhando destaque, do ponto de vista econômico, considerando o crescimento, em largas proporções, dos gastos públicos com saúde. O crescimento desses gastos nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, são decorrentes de fatores como: extensão horizontal e vertical da cobertura, envelhecimento da estrutura etária da população, modificação nas estruturas de morbimortalidade e rápidas mudanças na tecnologia médica, entre outros (SILVA, 2004).

Os serviços de hematologia e hemoterapia, como parte desse sistema, têm, hoje, como grande desafio assegurar o seu financiamento.

Os resultados apresentados inferiram que a Hemorrede Pública do Ceará conseguiu, durante o período estudado, manter o equilíbrio de suas contas, em decorrência da contrapartida de recursos estaduais. Observa-se, no entanto, que no último ano do estudo o financiamento foi insuficiente para cobrir os gastos despendidos com a produção dos serviços, evidenciando uma tendência crescente da relação negativa entre gastos e custeio em saúde.

Os recursos oriundos da Fonte 00 - Tesouro do Estado são, hoje, majoritários no financiamento do HEMOCE; em contraposição, os recursos de produção vêm diminuindo gradativamente, fruto da expansão da cobertura assistencial e da manutenção do valor estabelecido para o Teto Financeiro da Assistência – TFA.

Segundo Médici (1995, p. 31):

embora venham mudar a natureza e as fontes de financiamento, os gastos com saúde seguem crescendo, como resultado de fortes pressões de custos que se originam por problemas de cobertura de natureza demográfica, tecnológica e gerencial.

Pela restrição de seu financiamento, cabe à Hemorrede Pública adotar práticas administrativas que agreguem valores positivos aos processos gerenciais, propiciando uma melhor eficiência técnica e alocativa aos recursos disponíveis, sem que ocorram impactos negativos nos níveis de saúde.

Deve haver também, medidas educativas que disciplinem a utilização dos serviços de saúde, visto que, o hábito de consumo excessivo dos serviços sanitários tem acarretado desperdício e elevação dos gastos em proporções indesejáveis. No caso específico da hemoterapia, os profissionais da área devem nortear a sua conduta com o objetivo de assegurar o uso racional do sangue e seus derivados, com impacto sensível na redução dos custos da Hemorrede.

A capacitação profissional, a avaliação tecnológica em saúde, a medicina científica de conhecimentos e a valorização do trabalho multiprofissional, são, também, caminhos a serem seguidos para que a assistência à saúde tenha os seus recursos majorados.

O mercado de serviços de saúde tem tendência ao crescimento, com uma demanda cada vez maior e mais exigente; assim, as instituições públicas têm na melhoria de seu desempenho técnico e gerencial a grande oportunidade de se manterem ativas nesse mercado.

Produção de Serviços da Hemorrede Pública Municipal do Rio de Janeiro: Análise Comparativa

Autora: Simone Pereira da Silva¹

Orientadora: Professora Adriana Falangola Benjamim Bezerra²

¹ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RJ)

² Departamento de Medicina Preventiva e Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco

INTRODUÇÃO

Nos primórdios da civilização, saúde era sinônimo de ausência de males, motivo pelo qual durante um longo período a busca pela saúde se resumia à cura desses males. O conhecimento disponível para combater as doenças era oriundo da religião ou das magias; a cura estava condiciona à ação de forças divinas, sobrenaturais. Esse pensamento devia-se ao fato de que as doenças eram adquiridas como punições aos homens pelas divindades, podendo somente estas, livrá-los de seus males (SCHWARTZ, 2001).

Por volta do ano 4.000 a.C., iniciou-se uma análise científica do processo de cura. Na Grécia houve o abandono da concepção místico-religiosa de doença. “Hipócrates foi o grande nome da medicina grega – uma medicina que afastava a religião do campo das doenças”, desenvolvendo um novo conceito de doença, esta como um problema natural, real. Segundo ele, a cidade e o tipo de vida influenciavam a saúde das pessoas. A saúde deixa de ser, simplesmente, a ausência de males, para compreender uma série de outros fatores como, boas condições de vida e infraestrutura sanitária (SCHWARTZ, 2001).

A Organização Mundial de Saúde – OMS (1948) define que a “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”. Ao Estado não compete apenas oferecer a cura e a prevenção das doenças, mas também promover o bem-estar físico, mental e social do indivíduo, ou seja, além do aspecto “curativo” e “preventivo” surge uma nova dimensão, denominada “promoção da saúde”.

Saúde, dentro dos padrões modernos, pode ser conceituada como o bem-estar físico, mental e social do indivíduo, e para o seu alcance é necessário, além da ausência de doenças, qualidade de vida. Se um indivíduo não tem acesso às condições adequadas de moradia, alimentação e saúde, não possui qualidade de vida.

A Constituição Federal de 1988 amplia o conceito de saúde. Para ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação (BRASIL, 1988).

Tendo em vista que o direito à saúde é um direito fundamental, o Estado tem o dever de prover as condições necessárias ao pleno exercício do direito à saúde, bem como de abster-se de todo ato que possa colocá-la em risco.

A Carta Magna refere em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1998).

Fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição também determina que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único (BRASIL, 1988).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS é constituído por um conjunto de ações de “relevância pública”, e sua regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde são atribuições do poder público. Suas diretrizes são: *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo; *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e *participação da comunidade* (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o SUS, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta lei regula, no território nacional conforme seu artigo 4º, as ações e serviços de saúde desempenhados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (BRASIL, 1990a).

A organização, direção e gestão do SUS, as questões relacionadas às competências e atribuições das três esferas de governo, ao funcionamento e participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde, à política de recursos humanos e recursos financeiros, gestão financeira, planejamento e orçamento estão descritas na Lei 8.080 (BRASIL, 1990a).

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) vigente, obedecendo a pressupostos, tais como:

- ▶ Essencialidade, sendo a saúde um direito fundamental do cidadão.
- ▶ Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- ▶ Integração, com a participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento, financiamento e execução.
- ▶ Regionalização e hierarquização do atendimento.
- ▶ Descentralização político-administrativa com direção única e autonomia em cada esfera de governo.

► Controle das ações e serviços de saúde.

Estão incluídas também no campo de atuação do SUS a formulação e execução de ações da política de sangue e seus derivados.

Segundo Mansur (2001), as receitas provenientes de impostos e contribuições sociais, recolhidas pela União, pelos estados e municípios compõem o financiamento público da saúde no Brasil, além de recursos provenientes de empréstimos junto a agências multilaterais, como o Banco Mundial.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Em seu parágrafo único, cita os recursos para a cobertura das ações e serviços de saúde que serão implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal, que se destinarão aos investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde (BRASIL, 1990b).

A sociedade participa do planejamento e do controle da execução das ações e serviços de saúde. Essa participação se dá por intermédio dos Conselhos de Saúde, presentes na União, nos estados e municípios. Além dos Conselhos de Saúde, o SUS tem como espaço do controle social as Conferências de Saúde.

A Constituição Federal, em seu artigo 198, parágrafo primeiro, trata do financiamento do SUS, com recursos provenientes do orçamento da seguridade social, da União, estados, Distrito Federal e municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Foram editadas ao longo dos anos as portarias chamadas de Normas Operacionais (NOB 91 (BRASIL, 1991a), NOB/92 (BRASIL, 1992), NOB/93 (BRASIL, 1993), NOB/96 (BRASIL, 1996)), estando atualmente em vigência a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/02 (BRASIL, 2002b)). Estas normas são instrumentos que definem estratégias de avaliação e desempenho do SUS, assim como as competências de cada esfera de governo, e as condições necessárias para que estados e municípios assumam suas responsabilidades para a operacionalização do sistema. O conteúdo das normas é definido entre o Ministério da Saúde e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Os objetivos principais das Normas Operacionais são o aprofundamento e reorientação da implementação e normalização do SUS, a definição de estratégias e prioridades e a indução e o estímulo às mudanças por meio da relação entre os gestores.

A primeira Norma Operacional Básica, criada em 1991 (NOB/SUS 01/91 (BRASIL, 1991a)), teve como pontos principais o financiamento pelo pagamento da produção de serviços, a centralização da gestão do SUS no âmbito federal, o instrumento convenial como forma de transferência de recursos para os estados, Distrito Federal e municípios, o reajuste de valores repassados pela Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) e a implementação dos Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial do SUS (SIH/ SIA/SUS) para o pagamento aos prestadores de serviço.

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (BRASIL, 1993) criou a transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena, definindo também o papel dos estados como os gestores dos sistemas estaduais de saúde. Nesta norma também foram constituídas as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, importantes espaços na pactuação entre os gestores.

Após um período de discussões, em 1996, foi criada a Norma Operacional Básica, NOB/SUS 01/96 (BRASIL, 1996), e nela foi implantado o Piso Assistencial Básico (PAB), instituída a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e foram determinadas as responsabilidades dos gestores municipais e estaduais.

O Ministério da Saúde, juntamente com o CONASS e o CONASEMS, após discussões devido a problemas durante a implementação da NOB/SUS 01/96 (BRASIL, 1996), publicou a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (BRASIL, 2001b), com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Para tanto, foi instituído o Plano Diretor de Regionalização – PDR.

Para uma efetiva co-participação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, a fim de assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29 em 13 de setembro de 2000, alterando a Constituição Federal de 1988 nos artigos 34, 35, 156, 167 e 198 (BRASIL, 2000).

A EC nº 29/2000 (BRASIL, 2000) trata da utilização dos recursos para a saúde que passaram a ser aplicados, obrigatoriamente, pelos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde. Além de definir os limites mínimos de aplicação em saúde, a EC nº 29 também estabeleceu regras de adequação para o período de 2000 a 2004, por meio de cálculos dos limites, critérios de rateio dos recursos, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde e normas de cálculo dos montantes a serem aplicados pela União, estados, Distrito Federal e municípios.

Devido às dificuldades reveladas no decorrer dos anos na implantação, implementação e execução do SUS, foi firmado por meio da Portaria nº 399 de 22 de

fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006d) o “Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS”, no qual foram definidos os seguintes aspectos de relevância: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida, no que concerne ao Programa Nacional de Sangue e Hemo-derivados, tem como uma das prioridades a redução da mortalidade materna e infantil, por meio de qualificação dos pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto (BRASIL, 2006d).

O Pacto em Defesa do SUS versa sobre os compromissos entre os gestores com a consolidação do processo de Reforma Sanitária Brasileira, desenvolvendo e articulando ações que visem a qualificar e assegurar o SUS como política pública, tendo como uma das ações a regulamentação da EC nº 29 (BRASIL, 2006d).

No Pacto de Gestão do SUS, estão incluídas as diretrizes para a gestão do SUS: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006d).

Na diretriz do financiamento estão incluídos os recursos para custeio na área de hemoterapia, no bloco de financiamento para Atenção de Média e Alta Complexidade, e no bloco de Assistência Farmacêutica, o financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os programas estratégicos de responsabilidade do Ministério da Saúde, incluída a Coordenação da Política Nacional do Sangue e Hemoderivados (CPNSH).

Para que o recebimento dos recursos seja realizado, municípios, estados e Distrito Federal devem contar com *Fundos de Saúde, Conselhos de Saúde, Planos de Saúde, Relatórios de Gestão e Contrapartida de recursos para a saúde* no respectivo orçamento. Estes recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares (BRASIL, 2002c).

A análise realizada durante o presente trabalho abordou exclusivamente a remuneração pela produção de serviços da Hemorrede em questão, por meio de repasse do Ministério da Saúde (MS).

Este tipo de transferência se caracteriza pelo pagamento do faturamento hospitalar e ambulatorial referente às ações de média e alta complexidade dos estados e municípios que ainda não se encontram no regime de gestão plena, tendo este estudo o objetivo geral de analisar as informações existentes no SIA e SIH/SUS, referente à remuneração por produção de serviços da Hemorrede Pública Municipal do Rio de Janeiro, no período de 2005.

Para a consecução do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: identificar, pelos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS a produção de serviços e as receitas oriundas do repasse de recursos federais dos serviços produzidos pela Hemorrede Pública Municipal do Rio de Janeiro, identificar, pela Hemorrede da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a sua produção de serviços e confrontar as informações de produção de serviços provenientes dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS e da Hemorrede Pública Municipal do Rio de Janeiro com as receitas provenientes da transferência de recursos federais.

A inexistência de estudos que identifiquem a adequação entre o repasse de recursos federais e a produção de serviços da referida Hemorrede justifica a realização deste trabalho, a fim de que se possa conhecer a realidade da gestão financeira da Hemorrede da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Diante do exposto, esta pesquisa pretendeu responder à seguinte questão: A produção de serviços da Hemorrede Pública da Cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2005, correspondeu às receitas provenientes da transferência de recursos federais sob a forma de remuneração por serviços produzidos?

A HEMORREDE DO RIO DE JANEIRO

O Estado do Rio de Janeiro possui uma população estimada de 15.561.720 habitantes e constitui-se de 92 municípios, divididos em oito regiões geográficas. O Município do Rio de Janeiro encontra-se na região metropolitana e sua população é estimada em 6.136.656 habitantes (Fonte: IBGE, 2006).

A Hemorrede Pública do Estado do Rio de Janeiro atua na assistência hemoterápica, sendo realizada coleta, processamento e abastecimento de sangue e hemoderivados aos serviços de assistência à saúde públicos e conveniados com o SUS, localizados no Estado. A assistência hematológica é realizada no atendimento de usuários com doenças primárias do sangue, como as anemias hereditárias, hemofilia e as doenças onco-hematológicas.

A missão da hemorrede estadual consiste em “promover o ordenamento do processo de regionalização e a consolidação de uma rede de serviços de hemoterapia e hematologia públicos capaz de atender às necessidades do SUS de modo a contribuir para a garantia da universalidade, integralidade e equidade aos bens e serviços de saúde”.

A estrutura da Hemorrede encontra-se dividida da seguinte forma (RJ, 2006):

- ▶ 1 Hemocentro Coordenador.
- ▶ 4 Hemocentros Regionais.
- ▶ 22 Núcleos de Hemoterapia.
- ▶ 1 Unidade de Coleta e Transfusão.
- ▶ 63 Agências Transfusionais.

Compondo esta rede estadual está a Hemorrede Pública Municipal do Rio de Janeiro, sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ).

A Hemorrede Pública Municipal do Rio de Janeiro, universo contemplado pela pesquisa, é composta por 01 Núcleo de Hemoterapia intra-hospitalar e 15 agências transfusionais (AT), a qual presta assistência hemoterápica às unidades municipais de saúde. Foi criada uma Gerência de Hemoterapia visando à coordenação dos serviços de hemoterapia do município, ficando subordinada à Coordenadoria de Tecnologia em Saúde (CTEC) da SMS/RJ.

O Núcleo de Hemoterapia encontra-se na unidade hospitalar denominada Hospital Municipal Raphael de Paula e Souza (HMRPS), localizada em uma área geograficamente de difícil acesso à população. No núcleo são coletadas, em média, 170 bolsas/mês. Destas bolsas, o HMRPS utiliza cerca de 50 bolsas/mês e disponibiliza o restante para um hospital de grande emergência localizado na mesma área geográfica. As amostras de sangue das bolsas coletadas são enviadas ao HEMORIO, onde é realizada a sorologia.

As agências transfusionais estão distribuídas nos hospitais das grandes emergências, maternidades e em hospitais de pequeno e médio porte que atendem às situações clínicas e cirúrgicas do Município do Rio de Janeiro. O sangue utilizado nestas unidades é proveniente do HEMORIO. Os procedimentos realizados nas AT estudadas no trabalho referem-se aos módulos pré-transfusionais e transfusionais.

Os hospitais que atendem às grandes emergências apresentam um grande volume transfusional mensal que varia de 500 a 900 bolsas, sendo sua utilização predominante nas situações cirúrgicas, infecções sistêmicas e nos politraumatismos (BRASIL, 2006b).

As maternidades atendem às gestantes de baixo e alto risco, sendo as UTI neonatais os locais de maior quantidade de transfusões realizadas (BRASIL, 2006b).

Os recursos humanos dos serviços de hemoterapia são próprios da SMS, assim como a responsabilidade pela aquisição de insumos e de equipamentos. Não existe

formalmente na estrutura organizacional da SMS o quadro de hemoterapia, fato que dificultou a busca de informações referentes à área.

MÉTODO

Os procedimentos ambulatoriais realizados no núcleo de hemoterapia analisados neste trabalho referem-se aos módulos que englobam: triagem clínica de doador(a) de sangue, coleta de sangue, exames imuno-hematológicos e processamento do sangue. O módulo de sorologia não foi analisado, uma vez que este procedimento é realizado pelo Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO).

Foi utilizado o modelo descritivo de pesquisa para a realização do trabalho, desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica do tema e pesquisa documental aos bancos de dados da saúde.

Foi realizada revisão bibliográfica, abordando definições sobre saúde, o SUS e o seu financiamento, a Hemorrede Pública Estadual do Rio de Janeiro e a inserção da SMS/RJ nesta rede.

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) foi uma das fontes de dados no estudo, pois possui dados sobre diversos programas oferecidos ao âmbito federal, estadual e municipal, entre eles o repasse de recursos aos municípios.

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) possibilitou conhecer o repasse de recursos financeiros pelo governo federal ao município para o pagamento das ações de caráter ambulatorial.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) representou importante fonte de dados por conter informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, por meio do faturamento mensal das internações.

Os dados obtidos referem-se ao período de janeiro a dezembro de 2005. A coleta de dados foi realizada durante os meses de outubro e novembro de 2006, por meio de pesquisa aos bancos de dados do SIA e SIH/SUS, e informações da SMS quanto à produção de serviços das AT. O HMRPS também forneceu dados do quantitativo de triagens de doadores de sangue e coletas de sangue realizadas no período.

Os dados foram agrupados e organizados em tabelas, de acordo com os procedimentos ambulatoriais realizados no Núcleo de Hemoterapia do Município do Rio de Janeiro referentes aos módulos de coleta de sangue, exames imuno-hemato-

lógicos e processamento do sangue, e os procedimentos realizados nas AT referentes ao valor sangue cobrado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O método quantitativo foi escolhido como forma de tratamento dos dados, sendo realizada uma análise comparativa entre as quantidades e os valores mostrados pelas tabelas do SIA e do HMRPS, e dos valores de sangue apresentados pela SMS *versus* os valores de sangue aprovados na tabela do SIH.

É importante salientar que, no período estudado, houve no Município do Rio de Janeiro uma intervenção federal, e alguns hospitais foram retirados da administração municipal. Destarte, esta pesquisa se deteve somente no núcleo de hemoterapia e nas agências transfusionais que estão, hoje, sob a administração municipal, estando excluídos da pesquisa núcleos de hemoterapia e agências transfusionais dos hospitais que foram, na época, desmunicipalizados (Hospital do Andaraí, Hospital da Lagoa, Hospital de Ipanema e Hospital de Jacarepaguá).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os valores de referência dos procedimentos analisados na pesquisa foram obtidos das tabelas SIA e SIH. Os procedimentos ambulatoriais pertencem ao grupo 37 da referida tabela, assim como os procedimentos hospitalares estão incluídos nos serviços de hemoterapia da tabela correspondente. A análise e discussão dos resultados serão divididas em dois momentos: no primeiro momento, serão analisados os procedimentos ambulatoriais e posteriormente, os procedimentos hospitalares.

Produção Ambulatorial

Os resultados obtidos referentes ao conjunto de procedimentos dos módulos de coleta de sangue e exames imuno-hematológicos do núcleo de hemoterapia do HMRPS estão expressos nas Tabelas 1 e 2.

Nota-se que, em relação ao procedimento de triagem clínica de doador(a) – valor deste estipulado em R\$ 2,81 (dois reais e oitenta e um centavos) –, não houve corte na quantidade apresentada, fato que não ocorreu com os demais procedimentos. A coleta de sangue teve um corte de 113 procedimentos, redução equivalente a R\$.243,00 (um mil, duzentos e quarenta e três reais), já que, de acordo com a Tabela SIA, este procedimento custava R\$11,00 (onze reais).

Os exames imuno-hematológicos do doador (tipificação ABO, determinação de fator Rh (D), provas para detecção de anticorpos irregulares), cujo valor encontra-

va-se em R\$ 12,50 (doze reais e cinquenta centavos), tiveram uma diminuição de 1.515 procedimentos, o que corresponde a uma redução de R\$18.937,50 (dezoito mil, novecentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

No total, houve um abatimento de R\$ 20.180,50 (vinte mil, cento e oitenta reais e cinquenta centavos), aproximadamente 27% do valor dos dois módulos apresentados.

Tabela 1. Procedimentos do módulo de coleta de sangue realizados no HMRPS – Rio de Janeiro, 2005.

Procedimento	Quantidade aprovada	Valor aprovado (R\$)	Quantidade apresentada	Valor apresentado (R\$)
Triagem clínica de doador (a) de sangue	1.861	5.229,41	1.861	5.229,41
Coleta de sangue	1.465	6.115,00	1.578	7.358,00
Total	3.326	21.344,41	3.439	22.587,41

Fonte: SIA/SUS

Tabela 2. Exames imuno-hematológicos realizados no HMRPS – Rio de Janeiro, 2005

Procedimento	Quantidade aprovada	Valor aprovado (R\$)	Quantidade apresentada	Valor apresentado (R\$)
Exames imuno-hematológicos	4.254	53.175,00	5.769	72.112,50

Fonte: SIA/SUS

Considerando os procedimentos de triagem clínica de doador e coletas de sangue, foram analisados os dados obtidos do SIA, confrontando com as informações de produção obtidas da unidade estudada. Há uma diferença entre a quantidade de procedimentos realizados informados pela unidade e a quantidade apresentada informada pelo SAI (Tabela 3).

Ao considerarmos as informações passadas pela unidade, a diferença do valor repassado do MS para a SMS em relação aos módulos de triagem e coleta seria ainda maior: R\$ 1.788,07 (um mil, setecentos e oitenta e oito reais e sete centavos) (R\$ 413,07 da triagem clínica de doador (a) e R\$ 1.375,00 da coleta de sangue), visto que seriam acrescidas 147 triagens clínicas e 125 coletas de sangue.

Os valores dos exames imuno-hematológicos não foram confrontados, pois a unidade estudada não dispunha dos dados para que fosse realizada a comparação, porém acredita-se que, de acordo com a quantidade de coleta apresentada pela unidade, esses valores provavelmente seriam maiores e, conseqüentemente, a diferença do repasse seria ainda maior.

Tabela 3. Procedimentos apresentados pelo SIA/SUS x Procedimentos informados pelo HMRPS – Rio de Janeiro, 2005

Procedimento	Quantidade apresentada SIA	Valor apresentado SAI (R\$)	Quantidade informada HMRPS	Valor informado HMRPS (R\$)
Triagem clínica de doador(a) de sangue	1.861	5.229,41	2.008	5.642,48
Coleta de sangue	1.578	17.358,00	1.703	18.733,00
Total	3.439	22.587,41	3.711	24.375,48

Fonte: SIA/SUS / HMRPS

Estão expressos na Tabela 4 os valores identificados no módulo de processamento do sangue realizado pelo núcleo de hemoterapia estudado. Houve uma diminuição de 431 procedimentos, que de acordo com o valor de R\$ 2,38 (dois reais e trinta e oito centavos) da Tabela SIA, corresponde a uma redução de R\$.025,78 (um mil, vinte e cinco reais e setenta e oito centavos) do valor apresentado. Se considerarmos os dados obtidos da unidade estudada a respeito da quantidade de coletas realizadas (1.703), esta redução de valor seria ainda maior: R\$ 1.323,28 (um mil, trezentos e vinte e três reais e vinte e oito centavos).

É importante salientar ainda que, conforme foi apresentado na Tabela 1, a quantidade de coletas de sangue realizadas corresponde à mesma quantidade de processamentos de sangue, pois no período estudado o núcleo de hemoterapia não dispunha de centrífuga refrigerada, o que impossibilitava a unidade em fracionar a bolsa de sangue total em outros componentes.

O processamento de sangue deve ser realizado a fim de que se possa fracionar o sangue em diversos componentes, como concentrado de hemácias, plasma, plaquetas, entre outros, permitindo uma melhor racionalização do seu uso.

Tabela 4. Produção de processamento do sangue realizado no HMRPS – Rio de Janeiro, 2005.

Procedimento	Quantidade aprovada	Valor aprovado (R\$)	Quantidade apresentada	Valor apresentado (R\$)
Processamento do sangue	1.147	2.729,86	1.578	3.755,64

Fonte: SIA/SUS

Confrontando os dados obtidos no SIA com os valores de produção informados pelo HMRPS em relação aos procedimentos de triagem, coleta de doador (a) de sangue e processamento do sangue, obtemos uma diferença de R\$ 4.354,35 (quatro mil, trezentos e cinquenta e quatro reais e trinta e cinco centavos) entre o valor aprovado no SIA e a produção ambulatorial informada pela unidade, demonstrada na Tabela 5. Se acrescentarmos os valores aprovados e apresentados

do SIA dos exames imuno-hematológicos a fim de obtermos um valor total, esta diferença aumenta para R\$ 23.291,85 (vinte e três mil, duzentos e noventa e um reais e oitenta e cinco centavos).

Tabela 5. Valores dos procedimentos apresentados pelo SIA/SUS e HMRPS – Rio de Janeiro, 2005.

Procedimento	SIA/SUS		HMRPS (R\$)
	Valor aprovado (R\$)	Valor apresentado (R\$)	
Triagem clínica de doador(a) de sangue	5.229,41	5.229,41	5.642,48
Coleta de sangue	16.115,00	17.358,00	18.733,00
Exames imuno-hematológicos	53.175,00	72.112,50	72.112,50
Processamento do sangue	2.729,86	3.755,64	4.053,14
Total	77.249,27	98.455,55	100.541,12

Fonte: SIA/SUS / HMRPS

Os dados indicam uma diferença entre os serviços produzidos informados pela unidade analisada e os serviços apresentados no SIA. Alguns fatores podem originar estas discrepâncias, como relatórios efetuados pela unidade que apresentam modificações por conta de erro de digitação e situação cadastral da capacidade do serviço estar classificada diferente da sua capacidade real, gerando um possível corte de procedimentos realizados. Tais fatos devem ser apurados, a fim de corrigir os problemas que geram perda significativa de receita.

Produção Hospitalar

Os procedimentos hospitalares referentes à hemoterapia, ou seja, valores de sangue cobrados nas AIH são divididos em dois módulos: pré-transfusional, que engloba a reclassificação ABO e Rh (D) da bolsa de sangue e classificação ABO, determinação de fator Rh (D) e provas para detecção de anticorpos irregulares do receptor; e o módulo transfusional, onde estão incluídas todas as transfusões sanguíneas.

Os maiores valores pagos e apresentados referem-se às agências transfusionais localizadas nos hospitais que atendem às grandes emergências, e são nestas unidades onde ocorre a maior redução de valores de sangue.

É importante notar que, em algumas unidades, os valores sangue apresentados e aprovados foram nulos. Tal fato pode ser atribuído a fatores, como o cadastro do estabelecimento não apresentar os requisitos para o ressarcimento do procedimento e o preenchimento incorreto da AIH, levando a glosas.

A glosa da AIH pode ser originada por diversos tipos de preenchimento incorreto, tais como: limite de cobrança de atos profissionais, lançamento de código com dígito errado, apesar de constar na tabela de procedimentos, AIH sem CPF do diretor clínico do hospital, AIH sem lançamento de CGC/CPF ou com dígito errado no campo serviços profissionais, campo ato profissional sem lançamento ou com lançamento errado de dígito, “campo quantidade de ato” incompatível com os atos executados, procedimento realizado diferente do solicitado, hospital ou profissional não cadastrado na especialidade, lançamento de CPF de profissional não cadastrado no SIH/SUS, CGC lançado não cadastrado como SADT - Banco de Sangue, entre tantos outros fatores que podem ocasionar a rejeição da AIH. A glosa pode ser total ou parcial, e uma vez rejeitada a AIH, tudo que estiver incluído nela também será rejeitado (BRASIL, 2002a).

A diferença entre o valor total apresentado e o valor total aprovado foi de R\$ 103.156,98 (cento e três mil, cento e cinquenta e seis reais e noventa e oito centavos), mostrando uma diminuição de aproximadamente 20% do valor apresentado.

A Resolução/MS RDC nº 151/2001 (BRASIL, 2001a) estabelece os níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia e define como *núcleo de hemoterapia* “entidade de âmbito local ou regional, de natureza pública ou privada, para atuação micro-regional na área de hemoterapia (...)” e determina as funções das *agências transfusionais*: “(...) armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados (...)”, informando ainda que estas agências serão supridas por serviços de maior complexidade.

Nota-se que ainda que, sendo o núcleo de hemoterapia um serviço de maior complexidade comparado às agências transfusionais, o mesmo deveria suprir uma quantidade considerável de agências transfusionais. Na Hemorrede Pública Municipal do Rio de Janeiro, isto não corre, visto a pequena quantidade de coletas realizadas pelo serviço.

No Plano Diretor de Sangue, Componentes e Hemoderivados do Estado do Rio de Janeiro – 2004/2007 foram utilizados os parâmetros da resolução supracitada e avaliadas as demandas regionais, sendo a rede estruturada, no que concerne aos núcleos de hemoterapia: o atendimento a demanda média de 200 mil habitantes (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 2004).

Este documento refere ainda que, para a implantação de Serviços de Hemoterapia com processamento (preparo de hemocomponentes e exames imuno-hematológicos), a coleta mínima deve ser de 50 (cinquenta) bolsas/dia. Os laboratórios devem obrigatoriamente realizar a validação prévia de kits, reagentes e demais insumos utilizados, efetuar controles de qualidade interno e participar de programas de controle de qualidade externo (proficiência).

É importante evidenciar que a diferença entre o valor apresentado pelo núcleo de hemoterapia e o valor aprovado dos procedimentos ambulatoriais (R\$ 23.291,85) foi significativamente inferior à diferença entre o valor total apresentado e o valor total aprovado da produção hospitalar (R\$ 103.156,98).

O fato de as agências transfusionais, que têm uma complexidade menor que o núcleo de hemoterapia, produzirem uma quantidade muito maior de serviços nos faz indagar sobre a manutenção deste núcleo de hemoterapia, pois o valor necessário para custear um serviço desse porte é maior comparado ao custo de uma agência transfusional. São necessárias hoje adequações, tanto de área física como de recursos humanos e equipamentos para o pleno funcionamento do serviço dentro das especificações da Vigilância Sanitária.

Além disso, ainda há um outro fator que faz repensar sobre a necessidade de mantê-lo: sua localização geográfica torna-o um serviço de difícil acesso, consequentemente, há constantemente uma baixa na quantidade de doadores de sangue.

CONCLUSÃO

O objetivo geral proposto quando na elaboração deste estudo foi contemplado, visto que foi analisada a informação existente no Sistema SIA e SIH, referente à remuneração por produção de serviços da Hemorrede Pública Municipal do Rio de Janeiro, no período de 2005.

Os objetivos específicos estabelecidos também foram alcançados, já que foram identificadas a produção e as receitas oriundas do repasse de recursos federais, pelo SIA, SIH e pela SMS/RJ e foram confrontadas as informações provenientes da produção com as receitas.

As diferenças encontradas no trabalho mostram a necessidade em identificar os problemas que geram as perdas de receita, tanto da produção ambulatorial, como da produção hospitalar a fim de aumentar o repasse de recursos federais para a SMS/RJ.

O tema da pesquisa não se esgota neste momento, ao contrário, ficou clara a necessidade em aprofundar o assunto e estimular a realização de estudos referentes ao custo da manutenção de um núcleo de hemoterapia e das agências transfusionais, a fim de que possam ser conhecidas as capacidades das unidades e as receitas para o custeio dos serviços.

Devem também ser estabelecidos critérios para a implantação de futuros serviços na Hemorrede Municipal Rio de Janeiro, fundamentados em uma avaliação tecnológica, incluindo a avaliação de sua necessidade, visando a otimização dos recursos e maximização de ganhos no sentido de estabelecer uma cobertura de atendimento baseada em evidências.

Referências¹

¹ As referências estão vinculadas às três monografias apresentadas anteriormente.

ARAÚJO, José Duarte de. As peculiaridades do mercado de serviços de saúde. *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 97-109, jul./set. 1997.

BASÍLIO, Francisco Plácido de Sousa. *Evolução das políticas de hemoterapia no Brasil: o sistema público de hemoterapia do Ceará*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

BLEICHER, Lana. *Saúde para todos, já!* Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Seminário do Conass para entender o Pacto pela Saúde: legislação e notas técnicas do Conass*. Brasília, 2006a. 169 p.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal

e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o regulamento técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2001a. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1195>>. Acesso em: 18 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 153, de 14 de junho de 2004. Determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jun. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Dados de utilização de sangue pelas unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro*. 2006b. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 25 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Orientações técnicas sobre o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)*. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde; Fundo Nacional de Saúde. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico*. Brasília, 2002c. 58 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprovar a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jan. 1991a.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991. Reedita com alterações a Norma Operacional Básica do SUS nº 01/91 que passa a apresentar o texto constante do anexo 1 da presente resolução. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jul. 1991b. Seção I, p. 14.216

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2001b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab01/gabjan01.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92), conforme texto constante no anexo I da presente portaria. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 fev. 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002b. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno NOAS 02.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf)>.

- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab01/gabjan01.htm>>.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica - NOB 01/93. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 1993. Seção I, p. 6961. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00009206&lng=pt&nrm=iso>.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab06/gabmar06.htm>>.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.481, de 19 de agosto de 1991. Aprova as diretrizes, destinadas a orientar as medidas de prevenção, tratamento e controle da hanseníase no país, que serão coordenadas pela instância técnica - dermatologia sanitária do centro nacional de epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e revoga a portaria ministerial 498 de 09/10/87. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 ago. 1991b.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22.932.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 74, de 24 de julho de 1995. A revisão dos tetos financeiros dos estados, prevista no art 6 da portaria SAS/MS 15/95, dar-se-á, observadas as disponibilidades orçamentario-financeiras do Fundo Nacional de Saúde/MS, com base nas seguintes condições: I- estar em dia com o cronograma de compromissos da programação integrada. II- cumprir quesitos que demonstram avanços na construção do sistema de controle, avaliação e auditoria em anexo. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1995a. Disponível em: <http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol10_09.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 75, de 24 de julho de 1995. As alterações de tetos financeiros dos municípios em gestão semiplena somente poderão ser efetivadas decorrido o período mínimo de 3 (três) meses de sua fixação, exceto quando houver alteração do teto do estado. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1995b. Disponível em: <http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol10_09.pdf>.

_____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*. 2002. 301 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, Gilson. O financiamento da saúde no Brasil nas fimbrias de 2006. Saúde: mais recursos para preservar a vida. *Revista Conasems*, Brasília, n. 14, p. 17, 2005a.

_____. *O financiamento público da saúde no bloco da constitucionalidade*. 2005b. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/conferenciaST2005/cdrom/CD%20coletanea%20leis%20e%20textos/Artigos/15>>.

CEARÁ. Governo do Estado. Contrato de Comodato. *Diário Oficial do Estado do Ceará*, Fortaleza, CE, 9 fev. 1984. n. 13.768, pt. 1.

CHERUBIN, Niversindo Antônio; SANTOS, Nairo Augusto. *Administração hospitalar: fundamentos*. São Paulo: CEDAS, 1997.

COELHO, Vera Maria Câmara; SOUSA, Fernando José Pires de. *Financiamento da saúde no Estado do Ceará – receitas e despesas em face da evolução econômica e social*. Fortaleza: Gráfica e Editora Pouchain Ramos, 2005. v. 3. (Série Economia da Saúde).

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Câmara Técnica do Sangue do Estado do Rio de Janeiro. *Plano Diretor de Sangue, Componentes e Hemoderivados do Estado do Rio de Janeiro*: Rio de Janeiro, 2004-2007. Rio de Janeiro, 2004. Relatório. Mimeografado.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. *Relatório: financiamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/FINANCIAMENTO>>.

COUTTOLENC, Bernard François; ZUCCHI, Paola. *Gestão de recursos financeiros*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. (Série Saúde e Cidadania, 10).

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO CEARÁ. Fortaleza: Governo do Estado, n. 448, nov. 1999.

- GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- MANSUR, Marília C. *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990*. 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- MARTINS, José Murilo de Carvalho. *Uma realidade – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE*. Fortaleza: Imprensa Universitária da UFC, 1979.
- MEDICI, André Cezar. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. *Economia da saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995.
- SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação de uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.
- SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. *Introdução à economia da saúde*. Fortaleza: UECE/Expressão Gráfica, 2004.
- SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da; SOUSA, Maria Helena Lima (Orgs.). *Temas de economia da saúde*. Fortaleza: UECE/Expressão, 2006.
- TOCANTINS. Hemocentro Coordenador. *Plano diretor de sangue e hemoderivados*. Palmas, 2006. 38 p.
- _____. Hemocentro Coordenador. *Relatório de gestão*. Palmas, 2005. 12 p.
- _____. Hemocentro Coordenador. *Relatório do demonstrativo da evolução da hemorrede do Tocantins*. Palmas, 2000. 12 p.
- _____. Secretária da Saúde do Estado. *Plano Diretor de Regionalização*. Palmas, 2002. 46 p.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. *A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE HEMOCENTROS

Coordenação do Curso

Profa. Luci Praciano Lima

Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

Vice-Coordenação do Curso

Prof. Oscar Bandeira Coutinho Neto

Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

Secretária

Maria Luciana Ferreira Neves

Local de Realização: Recife (PE)

Ano de Realização: 2006

Docentes Coordenadores das Disciplinas

Disciplinas	Coordenador
Políticas de Saúde no Brasil: Aprendendo com as Organizações e Analisando Políticas	<i>Prof. Divaldo de Almeida Sampaio</i>
O contexto da Gestão em Saúde no Brasil: Selecionando Prioridades	<i>Prof. Divaldo de Almeida Sampaio</i>
Introdução à Pesquisa em Saúde: Elaboração do Projeto de Monografia	<i>Professoras Thália Velho Barreto de Araújo e Ana Bernarda Ludermit</i>
A Saúde como Objeto de Trabalho e a Organização da Atenção à Saúde	<i>Professores Divaldo de Almeida Sampaio e Sueli Mamede de Oliveira</i>
Organização, Planejamento e Gestão em Saúde	<i>Professores Adriana Falangola Benjamin Bezerra e Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo</i>
Gestão Financeira, de Insumos e Equipamentos	<i>Professor Antônio Reynaldo D'Albuquerque Maranhão</i>
Gestão de Pessoal da Saúde	<i>Professora Sueli Mamede de Oliveira</i>
Instrumentos de Apoio à Gestão	<i>Professor Fred Jorge Tavares de Lucena</i>

Relação dos Concluintes

Alunos	Instituição / Localidade
Ana Lúcia de Sena	HEMOPE/PE
Ana Suely Leite Saraiva	HEMOPA/PA
Andréa Maria de Lima	Hospital Universitário Oswaldo Cruz/PE
Celia Araújo Ferreira	HEMOIBA/PB
Denise Peixoto Beckel	CNPSH/MS/DF
Edilene Maria Cavalcante de Farias	CNPSH/MS/DF
Edlene Melo Reis do Nascimento	HEMONORTE/RN
Edwin Vivanco Valenzuela	HEMOACRE/Unidade Cruzeiro do Sul/AC
Eliana Dalla Nora Franco	HEMOSUL/MS
Eugênia Maria Amorim Ubiali	FMRP/USP/SP
Fernando Augusto Fonseca Monteiro	HEMOPA/Unidade Marabá/PA
Irmgard Maria Buhr	Hospital das Clínicas- UFPE/PE
José Roldão Silva Brito	HEMOAP/AP
Kléber Sandro Brasil dos Santos	HEMOAM/AM
Lucienne Calderari Teles	HEMOTO/TO
Luêna Maria Souza Silva	HEMOMAR/MA
Maria Auxiliadora Marques de Lima	HEMOACRE/AC
Maria Cecília Teori Hashimoto	HEMOCAMP/UNICAMP/SP
Maria da Conceição Pereira Passos	HEMOLACEN/SE
Maria de Fátima Rodrigues de Oliveira	HEMOPE/Unidade Caruaru/PE
Maria de Fátima Lopes Rosa	HEMOACRE/AC
Maria Inês Vasconcelos Lopes Ferreira	HEMOPE/PE
Marcia Teixeira Gurgel do Amaral	HEMOCE/CE
Moisés Leite Motta	HEMOAM/AM
Morgana Baú	HEMOSC/SC
Osnei Okumoto	HEMOSUL/MS
Regina Lúcia Oliveira Ramos	HEMOPI/PI
Roselene Marreira Moreira	HEMORAIMA/RR
Sandra Regina Prates de Andrade Rodrigues	HEMOBA/BA
Silvana Maria Tomasi	HEMEPAR/Unidade Cascavel/PR
Silvia Maria Spalding	HEMORGS/FEPPS/RS
Simone Pereira da Silva	Secretaria Municipal de Saúde/RJ
Susana Helena Gai Mercer	HEMEPAR/PR
Syrlei Rodrigues de Macedo	HEMONORTE/RN
Verônica Maria de Araújo Morais	HEMOIBA/PB

ISBN 978-85-334-1727-4



9 788533 417274

Disque Saúde

0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/bvs



**Ministério
da Saúde**

