

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
CENTRO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

LEANDRO LUZ

**MÉTODO PARA MELHORIAS NO DESEMPENHO DE UMA UNIDADE DE
TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS: UM ESTUDO DE CASO**

São Leopoldo
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
CENTRO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

Leandro Luz

**MÉTODO PARA MELHORIAS NO DESEMPENHO DE UMA UNIDADE DE
TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Administração da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. José Antônio Valle Antunes Júnior

São Leopoldo
2006

Dissertação “*Método para Melhorias no Desempenho de Uma Unidade de Tratamento de Dependentes Químicos: Um Estudo de Caso*”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração – Nível Mestrado da Universidade do Vale do Rio dos Sinos pelo aluno Leandro Luz, e aprovada em 25 de Agosto de 2006, pela Banca Examinadora formada pelos seguintes professores:

José Antonio Valle Antunes Júnior
Luis Henrique Rodrigues
Ricardo Augusto Cassel
Luciana Fernanda Marques

José Antonio Valle Antunes Júnior (Orientador)
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Visto e permitida a impressão
São Leopoldo,

Prof. Dr. Ely Laureano Paiva
Coordenador Executivo PPG em Administração

AGRADECIMENTOS

Muitos são os agradecimentos necessários a todos que, direta ou indiretamente, participaram do processo de elaboração deste trabalho:

A minha mãe Iracema, pelo seu dogma de vida – “a educação é a herança de meus filhos”.

A minha irmã e madrinha, Maria Julia que implantou em meu espírito o dogma de minha mãe, disponibilizando uma vasta biblioteca e as oportunidades culturais que me alimentam desde a minha infância.

Aos meus irmãos, Expedito, Luis e Roberto que me incentivam com seus exemplos como homens de caráter e empresários de sucesso.

Ao Junico, meu orientador, talvez o único a conseguir encarar a tarefa de orientar um psiquiatra sem “enlouquecer” e nem me “enlouquecer” nesta tarefa.

Ao Rodrigo Leis pela revisão e preciosas sugestões para melhoria deste trabalho.

Aos colegas e amigos da MA2004, Chico, Sérgio, Jorge, Luciana, Rose, Eduardo, Antonio, Silvio, Mauro, Régis, Ana, André, Carlos, Caroline, Moema, Clodoaldo, Dusan, Donoso, Geane, Guilherme, Vanin, Gilberto, Batista, Juliana, Francisco, Vanessa. O tempo que passei com vocês valeu mais que mil horas de Psicoterapia.

Aos meus sócios de Prontopsiquiatria, Cláudio, Rogério, Ruben, Jéferson, Adriano, Béti Maldaner e Vital pelo apoio, críticas e sugestões a este trabalho.

A Régis Oliveira, administrador do Prontopsiquiatria, pelos momentos de conversa e troca de idéias que acabaram incorporados no espírito deste trabalho.

A Equipe da UDAQ, Selmar, Ana Cristina, Ana Paula, Sonia, Solange, Samanta, Tati e Taís pelo apoio e entusiasmo que tornaram possível a realização desta pesquisa.

Aos Diretores do “Hospital”, Luis Antonio e Jacintho pela oportunidade de desenvolver este trabalho nas dependências da sua empresa.

A minha companheira de todas as horas, Lisiane pela paciência e tolerância com todo o tempo investido nesta dissertação.

Aos meus filhos, Isabela e Eduardo que tanto reclamaram que o papai passava mais tempo no computador do que brincando com eles. É por vocês que eu fiz tudo isso.

*Dedico esta dissertação a
memória de meu pai, Orestes
Selistre da Luz, falecido em
Julho de 2005 após longa
enfermidade. Amigo, confidente
e conselheiro, onde quer que tu
estejas te agradeço por teres me
transmitido o desejo de vencer.*

RESUMO

Tendo como pano de fundo a mudança ocorrida no sistema de saúde do Brasil, com a substituição da clientela particular pelos Planos de Saúde, pode-se observar um aumento das dificuldades de manter os negócios ligados à prestação de serviços de saúde com lucratividade. A melhoria da gestão destes serviços pode ser uma solução para manter ou melhorar o resultado financeiro dos prestadores de serviço de saúde. As teorias de gestão da produção, como o Sistema Toyota de Produção (STP) e a Teoria das Restrições (TOC) têm apresentado resultados positivos em realidades organizacionais muito diferenciadas. A Teoria das Restrições já vem sendo utilizada em serviços de saúde para melhoria de processos. Neste sentido, é proposta a utilização da TOC e do STP como embasamento teórico e a Pesquisa-ação como método de trabalho para construção de um Método de Gestão para gerar melhorias numa Unidade de Tratamento para dependentes químicos.

O Método de Gestão proposto foi construído a partir de uma intervenção realizada em uma Unidade de Tratamento para Dependência Química, localizada num Hospital Psiquiátrico privado em Porto Alegre. A intervenção foi realizada conforme as etapas propostas pelo método de trabalho e os resultados foram avaliados através de indicadores de desempenho desenvolvidos a partir da Teoria das Restrições.

ABSTRACT

Starting with the change happened in the Brazil's health system, with the substitution of the private clientele for the health insurance plans, an increase of the difficulties can be observed in keeping the health services businesses with profitability. The improvement of the administration of these services can be a solution to maintain or to improve the health service providers' financial result. The theories of production management, as the Toyota Production System (STP) and the Theory of Constraints (TOC), have been presenting positive results in different kind of organizational realities. The Theory of Constraints has already been used in health services for process improvement. In this sense, the use of TOC and STP is proposed as conceptual framework and the Action-research as work method for the construction of an Intervention Model to generate improvements in a Drug Abuse Treatment Facility.

The Intervention Model proposed was built starting from an intervention accomplished in a Drug Abuse Treatment Facility, located in a private Psychiatric Hospital in Porto Alegre. The intervention was accomplished according to the steps proposed by the work method and the results were appraised through performance indicators developed from the Theory of Constraints.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O Processo e as Operações na Visão de Shingo	29
Figura 2: O Processo de Pensamento da TOC.....	38
Figura 3: Como Interpretar a ARA.....	40
Figura 4: Esquema para a Construção da ARA.....	41
Figura 5: As Relações do Sistema de Indicadores da TOC.....	45
Figura 6: Tipos de operações de Bens e Serviços	50
Figura 7: Hierarquia metodológica proposta pela dissertação.....	61
Figura 8: Árvore da Realidade Atual (ARA) do Hospital.....	110
Figura 9: Mapeamento do Processo Atual de Solicitação e Recebimento de Telefonemas.....	117
Figura 10: O Modelo de Gestão Proposto	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Mundo dos Custos X Mundo dos Ganhos.....	44
Quadro 2: O Levantamento das Assembléias.....	90
Quadro 3: Resultado da pesquisa de seguimento de pacientes.....	93
Quadro 4: Número de pacientes novos do ambulatório encaminhados da internação	122
Quadro 5: Resultados do questionário de Satisfação do Cliente	123
Quadro 6: O Levantamento das Assembléias antes e depois da intervenção.....	125
Quadro 7: Resultado dos Indicadores Globais e Operacionais após a mudança	127

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.2 IMPORTÂNCIA DA PESQUISA	19
1.3 JUSTIFICATIVAS DA PESQUISA	21
1.3.1 <i>Justificativa do Trabalho</i>	21
1.3.2 <i>Justificativa para Escolha da Organização</i>	23
1.4 A QUESTÃO DE PESQUISA	23
1.5 OBJETIVOS DA PESQUISA	24
1.5.1 <i>Objetivo Geral</i>	24
1.5.2 <i>Objetivos específicos</i>	24
1.6 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	24
1.7 ESTRUTURA DO TRABALHO	26
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	27
2.2 O SISTEMA TOYOTA DE PRODUÇÃO (STP)	28
2.2.1 <i>O Mecanismo da Função Produção (MFP)</i>	28
2.2.2 <i>O Princípio do Não-Custo</i>	31
2.2.3 <i>As Perdas nos Sistemas Produtivos</i>	34
2.3 TEORIA DAS RESTRIÇÕES	36
2.3.1 <i>Considerações Iniciais</i>	36
2.3.2 <i>O Processo de Pensamento da Teoria das Restrições</i>	37
2.3.2.1 <i>A Árvore da Realidade Atual (ARA)</i>	39
2.3.3 <i>O Sistema de Indicadores de Desempenho</i>	42
2.3.4 <i>A Logística da TOC</i>	45
2.3.5 <i>Teoria das Restrições e suas Aplicações em Serviços de Saúde</i>	47
2.4 SISTEMAS DE PRODUÇÃO EM SERVIÇOS	49
2.4.1 <i>Características das Operações de Serviço</i>	50
2.4.2 <i>Classificações em Serviços</i>	53
2.4.3 <i>Considerações finais sobre Sistemas de Produção de Serviços</i>	56
2.5 O MODELO DE ANÁLISE	56
2.5.1 <i>Classificação do serviço</i>	57
2.5.2 <i>Seleção dos Processos</i>	57
2.5.3 <i>Descrição e Análise dos Processos</i>	57
2.5.4 <i>Desenvolvimento de Melhorias</i>	59
2.5.5 <i>Avaliação do Resultado</i>	59

3 METODOLOGIA DE PESQUISA	60
3.1 INTRODUÇÃO	60
3.2 MÉTODO DE PESQUISA	61
3.3 O MÉTODO DE TRABALHO	64
3.4 A INTERVENÇÃO	65
3.5 DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO – FASE EXPLORATÓRIA	66
3.5.1 A Pesquisa de Satisfação do Cliente e da Percepção do Tratamento	67
3.6 FASE DA PESQUISA APROFUNDADA	69
3.7 FASE DA AÇÃO	70
3.8 FASE DA AVALIAÇÃO	71
3.9 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	71
4 O ESTUDO DE CASO	72
4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	72
4.2 MODELOS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	72
4.3 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	76
4.3.1 O Programa de Tratamento	77
4.3.1.1 Programa de Desintoxicação, Motivação e Avaliação – Fase 1	79
4.3.1.2 Programa de Tratamento em Regime de Internação – Fase 2	79
4.3.1.3 Programa de Prevenção à Recaída e Reinserção Social – Fase 3	80
4.3.1.4 Programa de Família	80
4.3.1.5 Atividades Desenvolvidas na Unidade de Internação	81
4.3.1.5.1 Aconselhamento	81
4.3.1.5.2 Assembléia de Pacientes	82
4.3.1.5.3 Educação Física	82
4.3.1.5.4 Grupo Operativo	82
4.3.1.5.5 Grupo Motivacional	83
4.3.1.5.6 Grupo de Sentimentos	83
4.3.1.5.7 Grupo de Alta	84
4.3.1.5.8 Prevenção a Recaída	84
4.3.1.5.9 Psicoterapia de Apoio	85
4.3.1.5.10 Seminários	85
4.3.1.5.11 Terapia Ocupacional	85
4.3.1.5.12 Seminários de AA e NA	86
4.4 DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO – FASE EXPLORATÓRIA	87
4.4.1 Capacitação Teórica da Direção	88
4.4.2 A Definição do Grupo de Trabalho	88
4.4.2.1 O Levantamento das Assembléias	89
4.4.2.2 Formação de Grupos de Trabalho dos Setores do Hospital	91
4.4.2.3 Pesquisa telefônica de seguimento de usuários de substâncias psicoativas	92
4.4.2.4 A Pesquisa de Satisfação do Cliente e da Percepção do Tratamento	94
4.4.2.5 Características desta Operação de Serviço	94
4.4.2.6 Classificação dos serviços	95
4.4.2.7 Resumo da Primeira Fase da Intervenção	97
4.5 A PESQUISA APROFUNDADA	98
4.5.1 Avaliação dos Questionários de Percepção do Tratamento e Satisfação do Cliente	98
4.5.2 Reuniões com o Grupo de Trabalho (1º ciclo)	100
4.5.3 Reuniões com Pequenos Grupos	104
4.5.4 Análise do Processo segundo a Lógica das Perdas	106
4.5.5 Análise do Processo segundo o Princípio do Não-custo e do Processo de Pensamento da TOC	108
4.5.7 Definição dos Indicadores Locais de Desempenho	110
4.5.8 As Primeiras Idéias de Mudanças	111
4.5.9 Resumo da Segunda Fase da intervenção	111
4.6 A FASE DA AÇÃO	112
4.6.1 Reuniões com o Grupo de Trabalho para Discussão de Soluções (2º ciclo)	113
4.6.2 As Soluções para a Educação Física	113
4.6.3 As Soluções para os Médicos e Psicólogos	114

4.6.4 As Soluções para as Regras de Funcionamento e Pátio	115
4.6.5 As Soluções para o Problema do Telefone	116
4.6.6 As Soluções Propostas para a Enfermagem	118
4.6.7 As Soluções para os Problemas Administrativos	119
4.6.8 Resumo da terceira Fase da Intervenção	120
4.7 QUARTA FASE DA INTERVENÇÃO – A FASE DA AVALIAÇÃO	121
4.7.1 Avaliação dos resultados da intervenção segundo os Indicadores de Desempenho	121
4.7.1.1 Número de pacientes novos do ambulatório originários da internação	122
4.7.1.2 Índice de Satisfação dos Clientes	123
4.7.1.3 Comparação das Reclamações nas Assembléias antes e depois da Intervenção	124
4.7.1.4 Indicadores Globais e Operacionais	127
4.7.2 O Modelo de Gestão Proposto	129
4.7.3 Resumo da quarta Fase da Intervenção	130
5 ANÁLISE CRÍTICA DA INTERVENÇÃO	131
5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	131
5.2 ANÁLISE DO REFERENCIAL TEÓRICO	131
5.3 ANÁLISE DO MÉTODO DE PESQUISA	133
5.4 ANÁLISE DA INTERVENÇÃO	133
5.4.1 O Tipo de Serviço Prestado na Unidade de Tratamento	134
5.4.2 Os Questionários	135
5.4.3 A Formação dos Grupos de Trabalho	135
5.4.4 Análise da Utilização do Sistema Toyota de Produção	136
5.4.5 Análise da Utilização da Teoria das Restrições	136
5.4.6 Dificuldades Encontradas na Realização da Pesquisa	138
5.4.7 Avaliação Geral do Trabalho	139
5.4.8 Considerações Finais do Capítulo	139
6 CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	140
6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	140
6.2 CONCLUSÕES	140
6.3 LIMITAÇÕES DO TRABALHO	142
6.4 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
ANEXOS	149
ANEXO A - LEVANTAMENTO DAS 50 ÚLTIMAS ASSEMBLÉIAS DA UNIDADE DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	150
ANEXO B - PESQUISA UDQ – AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	163
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DO TRATAMENTO	166
ANEXO D - QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E DE PERCEPÇÃO DO TRATAMENTO – COMENTÁRIOS E SUGESTÕES	170
ANEXO E – ÁRVORE DA REALIDADE ATUAL	175

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

Ao longo da década de 1990, tanto o contexto internacional com o acirramento das disputas comerciais em um ambiente globalizado, como a economia brasileira, atravessaram um processo de fortes mudanças institucionais, econômicas, políticas e tecnológicas. A crescente competitividade onde a mudança tornou-se uma premissa é o fruto mais visível destes novos dias (SOUTO, 2000). Essas mudanças afetaram profundamente a configuração e as condições de funcionamento da indústria da saúde no País, incluindo indústrias farmacêuticas, de equipamentos médico-hospitalares e odontológicos, serviços privados na área de seguros e assemelhados. Gerenciar estas organizações para a constante mudança, adaptando-as a novas situações, tornou-se uma necessidade para ser competitivo.

O aumento dos custos, a baixa eficiência no atendimento aos pacientes e a má utilização dos recursos disponíveis nos serviços de saúde públicos e privados são alguns dos problemas encontrados. Este conjunto de problemas tem levado os profissionais responsáveis pela gestão e administração deste setor da economia nacional a investirem sistematicamente na melhoria dos serviços de saúde, aprendendo e adaptando conceitos oriundos de outras áreas, como da Administração, Economia, Psicologia e Sociologia, originalmente aplicados em ambientes de manufatura, sendo posteriormente adaptados para as áreas de serviços (ILES & SUTHERLAND, 2001).

A prestação de serviços em saúde pública e privada tem foco no mesmo objeto, porém, possuem objetivos distintos. A Constituição Federal de 1988, no seu Artigo 2º, parágrafo 1º, considera a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 2006). O artigo 199 da mesma Constituição Federal do Brasil (2006) afirma que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. A prestação de serviços em saúde privada, de forma diferenciada em relação à prestação de saúde pública, tem como objetivo o lucro.

Para atingir o objetivo de universalização do atendimento público e gratuito, foi criado em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), com financiamento incluído no Orçamento Geral da União.

No entanto, segundo o Conselho Federal de Medicina – CFM (Medicina/CFM, 1999), em 1998 se investia em saúde no Brasil cerca de U\$ 200 dólares por habitante/ano, enquanto que no Canadá investia-se U\$ 2.000 dólares por habitante/ano, valor que chegava a U\$ 3.000 dólares nos Estados Unidos. Além disso, após a definição do texto constitucional em 1988, o gasto social manteve-se praticamente constante em relação ao que era aplicado antes deste ano. A parcela destinada a Saúde no Orçamento Federal, tem traçado caminho inverso à crescente arrecadação do governo com as contribuições sociais, principalmente vinculadas à seguridade social (BORBA, 1998).

As dificuldades do setor hospitalar, tanto público quanto privado, refletem uma crise de financiamento dos dois sistemas provedores dessa área no Brasil. O SUS sofre com problemas crônicos de falta de recursos, o que levou a adiar reajustes das taxas pagas por procedimentos médicos. Esta política de contenção de gastos foi devastadora para hospitais públicos, universitários e filantrópicos.

Já a crise no setor privado, teve início no final da década de 1990, justamente após a promulgação da Lei 9.656, que regulamentou a saúde suplementar. Os serviços privados de saúde anteriormente mantidos de forma particular, fixando arbitrariamente o valor de seu serviço, foram progressivamente sendo substituídos pelos Planos e Seguros de Saúde, que passaram a intermediar a relação financeira dos prestadores de serviço com seus clientes, fixando tabelas de valores pelos procedimentos fornecidos a estes.

As Operadoras de Planos e Seguros¹ de Saúde enfrentaram no início dos anos 90, um modelo de controle de preços, instituído pelo Governo Federal com objetivo de impedir o aumento da inflação. O Governo Federal monitorava os preços básicos da economia, evitando o repasse indiscriminado de custos decorrentes de ineficiências operacionais e administrativas para os compradores, fossem eles consumidores finais ou de outras empresas que fizessem parte de cadeias produtivas (CATA PRETA, 2004).

Em 1997, as Operadoras de Planos e Seguros de Saúde pararam de reajustar os preços dos prestadores de serviço, alegando incapacidade de repasse dos custos para os segurados em decorrência dos percentuais de reajuste autorizados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e posteriormente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Pressionados pelo aumento dos custos dos prestadores de serviço e da sinistralidade (utilização dos serviços de assistência médica pelos usuários dos Planos e Seguros de Saúde) e incapazes de os repassarem para os segurados, as operadoras buscaram a preservação de seu patrimônio, parcela de mercado e de lucratividade, através de restrições múltiplas, sendo as principais: a) nos atendimentos aos usuários; b) nos reajustes aos prestadores de serviço; c) no corte de pessoal administrativo; e d) na interrupção da venda de planos sobre o qual não tem poder de gerenciamento (CATA PRETA, 2004).

A combinação destes e de outros fatores, tais como o baixo crescimento da economia brasileira, queda na renda da população, desvalorização cambial, aumento dos custos dos equipamentos hospitalares (que são em grande parte importados), o esgotamento das gestões administrativas empregadas nos hospitais e os crescentes aumentos de custos com saúde, levaram os prestadores de serviço privados a entrarem em crise.

O ambiente atual para prestadores de serviço privados de saúde é de que obterão lucros apenas se os reembolsos dos Planos e Seguros de Saúde superarem os seus custos. Se os valores de serviços por pacientes são fixos, não acompanhando os aumentos dos preços de insumos, as empresas de saúde devem cortar custos ou aumentar os volumes de atendimento caso desejem manter ou aumentar sua lucratividade (KERSHAW, 2000).

¹ As operadoras de Planos e Seguros de Saúde compreendem as companhias seguradoras (que oferecem seguros-saúde), empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e empresas de auto-gestão (estas três últimas responsáveis por planos de saúde).

Os avanços tecnológicos, o envelhecimento da população, o surgimento de novas e mais potentes drogas (tanto lícitas como ilícitas) e os tratamentos interdisciplinares aumentam os desafios e os custos de tratamento. Por outro lado, os controladores tendem a pressionar por redução nos custos para manutenção das margens de lucro (BREEN, 2002).

Como reação a esta situação, os estabelecimentos de saúde privados estão modernizando sua gestão administrativa, racionalizando gastos e incorporando estratégias que tornem o negócio mais rentável. Uma tendência importante nos hospitais, por exemplo, tem sido a de obter receitas através de medicamentos e exames complementares, já que com outras fontes tradicionais, como as diárias, houve queda na remuneração (CALLEGARI, 2004).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em julho de 2004, o Brasil possuía 493,8 mil leitos hospitalares, dos quais 57,8 mil para psiquiatria, sendo que 87% (50,4 mil) eram leitos do SUS e apenas 7,3 mil privados (CALLEGARI, 2004).

Os Serviços de Saúde associados ao tratamento psiquiátrico, especialmente os Serviços de Tratamento em Dependência Química, que são o foco deste trabalho, não utilizam intensivamente medicamentos e procedimentos de exames complementares, sendo basicamente custeados pelos valores de diária hospitalar.

O tratamento da dependência química, pela sua complexidade e dificuldade, geralmente é feito através de internações em hospital psiquiátrico ou unidade psiquiátrica em hospital geral, o que tende a elevar significativamente os custos do tratamento. O maior custo do tratamento da dependência química, e que não é coberto pelos Planos de Saúde, são as equipes interdisciplinares (formadas geralmente por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, monitores, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos). O atendimento interdisciplinar à dependência química é garantia de qualidade e visibilidade ao produto/serviço e já possui um padrão de concorrência estabelecido no mercado. Porém, não é intensivo em uso de tecnologia, como por exemplo, uso de exames clínicos ou radiológicos (como uma tomografia computadorizada) e medicamentos, que juntos representam em torno de 56% da receita dos hospitais (CALLEGARI, 2004). Em geral, as tabelas de honorários médicos e hotelaria dos Planos ou Seguros de Saúde apresentam-se defasadas e é possível pensar em poucas perspectivas de reajuste em futuro próximo.

Importante perceber que, tanto do prisma dos Serviços de Saúde em geral, quanto da ótica da gestão dos Serviços Psiquiátricos, é relevante abordar problemas associados à gestão e suas relações com a busca permanente da Qualidade e da Produtividade. Isto justifica-se em função dos seguintes fatores: (i) utilização de tabelas de preços defasadas; (ii) custos elevados pelo uso intensivo de mão-de-obra especializada²; (iii) os clientes são cada vez mais exigentes; e (iv) aumento do nível de concorrência. A conjunção destes fatores direciona o prestador de serviço da área de saúde, em especial da psiquiatria, a aprender, adaptar e aplicar conceitos de diferentes teorias da Administração a fim de melhorar a qualidade de seu tratamento, a vantagem competitiva e o incremento na lucratividade.

Borba (1998), postula que:

“os sistemas hospitalares possuem duas alternativas latentes para se adaptarem aos anseios de seus pacientes: (1) aumentar a capacidade disponível; ou (2) aumentar a produtividade do sistema existente. A primeira é dificultada pela contenção de custos existente. Desta forma, a maximização dos recursos existentes e o aumento da produtividade surgem como saídas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde” (BORBA, 1998, p. 02).

Neste contexto geral, os prestadores de saúde têm demorado a adotar os novos princípios e filosofias de administração, utilizados largamente em outros setores da economia para a melhoria da qualidade e da produtividade, tais como o TQC – *Total Quality Control* – e o TQM – *Total Quality Management* (BREEN, 2002).

A produtividade na área de saúde tem sido estudada a partir do arcabouço teórico desenvolvido no âmbito da área de Engenharia de Produção. As técnicas mais utilizadas para o alcance das melhorias desejadas e que vem sendo adaptadas para a área de serviços de forma geral e, para sistemas hospitalares, de forma particular, são: (i) Desdobramento da Função Qualidade (QFD); (ii) Controle de Estoques; (iii) *Just-In-Time* (JIT); e (iv) Controle da Qualidade Total (TQC).

² O custo de pessoal nos hospitais representa aproximadamente, 51% dos custos totais de um hospital (CALLEGARI, 2004).

1.2 Importância da Pesquisa

Os problemas ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas aumentam a cada ano. Suas dimensões e conseqüências ultrapassam aquelas imaginadas há dez ou vinte anos atrás, constituindo um grave problema de saúde pública que exige uma ampliação de recursos nas áreas de prevenção, tratamento e reinserção social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 1997, que a prevalência global de uso de drogas ilícitas era de 3% a 4% da população mundial e que aproximadamente 8 milhões eram dependentes de heroína e 13,3 milhões dependentes de cocaína (WHO, 2000).

A dependência química é definida pela OMS (1997) como um estado psíquico e físico que sempre inclui uma compulsão de modo contínuo ou periódico à droga, podendo causar várias doenças crônicas físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento. Pode também, ser resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais, sendo considerada atualmente uma epidemia social, pois atinge toda gama da sociedade, desde a classe social mais elevada a mais baixa. Já a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (1993) define dependência química como transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas.

Os custos de tratamento oneram famílias e o sistema de saúde. Assim, a cada ano, o uso abusivo de drogas como álcool, maconha, anfetaminas, calmantes e cocaína custam ao País, 7,9% do Produto Interno Bruto (PIB) com tratamentos médicos, perda de produtividade e acidentes que equivalem a U\$ 48 bilhões, segundo estimativas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no ano de 2001 (ARNT, 2001).

O Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicoativas (CEBRID), da Universidade de São Paulo, que possui as melhores estatísticas sobre dependência química no País, detectou 726.000 internações por abuso de drogas em hospitais e clínicas brasileiras, entre 1988 e 1999. O alcoolismo, mal que aflige 12 milhões de brasileiros, foi responsável por 90% das hospitalizações. As internações por cocaína aumentaram exponencialmente de 0,8% em 1988, para 4,6% em 1999 (ARNT, 2001).

Em levantamento domiciliar realizado em 2001, nas 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, o CEBRID constatou que os indivíduos em contato com as

drogas ilícitas chegam a 19,4% da população pesquisada, sendo a maconha a primeira colocada (6,95%), seguida pelos solventes (5,85%), anorexígenos (4,35%), benzodiazepínicos (3,35%), estimulantes (1,5%) e heroína (0,1%). Com relação ao consumo de álcool, o percentual atinge 11,2% da população pesquisada (CEBRID, 2002).

Trata-se, portanto, de um problema global e, como consequência, deveria demandar ações concretas do Estado e da sociedade, em termos de políticas públicas setoriais de prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social e principalmente de redução da oferta de drogas ilícitas por meio de políticas de segurança pública.

Segundo a OMS, existem bons motivos para investir-se no tratamento de dependência química. Muitos estudos conduzidos por esta instituição (LANDRY, 1995; MILLER & HESTER, 1986; ROBERT & OGSBORNE, 1999; NIDA, 1999 *apud* WHO, 2000), demonstram que o tratamento pode resultar em redução (a curto, médio e longo prazo) do uso de substâncias psicoativas, melhoria nos indicadores de saúde e diminuição dos prejuízos sociais, profissionais e familiares dos usuários.

No Brasil, existem dois tipos de sistema de atendimento em internação para dependência química: (i) o público, através do SUS; e (ii) o privado. Ambos enfrentam problemas. O sistema público vem enfrentando problemas associados à falta de recursos financeiros e vagas na rede hospitalar conveniada. O sistema privado tem apresentado dificuldades econômicas para atender o mercado com lucratividade. Acostumados a uma economia em que o preço do produto final era resultado da soma dos custos do tratamento e do lucro previamente determinado, o sistema de saúde privado passa atualmente por reformulações, na qual o lucro é resultado do diferencial entre as tabelas dos Planos e Seguros de Saúde e os custos das empresas.

Neste cenário de limitações econômicas, o uso de estratégias de gerenciamento pode contribuir para melhoria dos processos, reduzindo custos, aumentando a produtividade e mantendo ou até melhorando a qualidade do tratamento.

Segundo Ford (1927, p. 226), “não encontramos nenhuma razão para que um hospital bem administrado não proporcione, nas melhores condições possíveis, o melhor serviço médico-cirúrgico, estabelecendo tarifas fixas e fazendo a instituição bastar-se a si mesma”.

Atualmente, da mesma forma que ocorria há 80 anos atrás, permanece a questão do gerenciamento na saúde como uma das possibilidades de melhoria dos processos de tratamento. A partir destas reflexões, este trabalho pretende desenvolver um modelo teórico, seguido de uma aplicação prática em uma Unidade de Tratamento de Dependência Química de um Hospital Psiquiátrico, tratando do relevante tópico associado à melhoria da gestão dos Serviços de Saúde de forma geral, e da gestão dos Sistemas Psiquiátricos de atendimento à Dependência Química de forma específica.

1.3 Justificativas da Pesquisa

A seguir são apresentadas as principais razões que justificam o desenvolvimento desta dissertação, principalmente quanto ao tema do trabalho em si e quanto à escolha da organização utilizada como estudo de caso.

1.3.1 Justificativa do Trabalho

As condições econômicas do Brasil vêm se modificando ao longo dos últimos 20 anos. Estas modificações têm impactos significativos no Complexo da Saúde do País. Observou-se a universalização da saúde (via o SUS), a regulamentação das Operadoras e dos Planos de Saúde (limitando o repasse de seus custos para os consumidores) e o aumento dos custos com saúde como fatores que auxiliaram os prestadores de serviço privados a entrarem em crise e não conseguirem contornar tal situação. As formas antigas de gerenciamento dos Serviços de Saúde, ainda baseadas no modelo de como os médicos gerenciavam seus consultórios privados (CALLEGARI, 2004), vêm dando mostras de esgotamento. Desta forma, a busca de novas alternativas de gestão dos Serviços de Saúde em geral e dos Serviços Psiquiátricos em particular, torna-se central. As propostas e o Estudo de Caso apresentados neste trabalho são compatíveis com as novas normas de concorrência instituídas no mercado, na medida em que combinam o uso de princípios e técnicas de teorias consagradas em uso sinérgico com desenvolvimentos próprios do pesquisador.

O presente estudo parte da premissa de que a teoria gera conhecimento. Deming (1990 *apud* ANTUNES JÚNIOR, 1998), afirma que não é possível a construção do conhecimento sem a utilização da teoria. Sendo assim, se for possível utilizar-se de maneira sinérgica as principais teorias e princípios existentes na Administração e na Engenharia de Produção, mais efetiva será a geração de conhecimento e, por consequência, maior a possibilidade de melhorar as atuais práticas utilizadas no cotidiano das organizações.

É possível afirmar que, em geral, existe uma lacuna na literatura quando se trata da aplicação dos princípios da Administração e, principalmente, da Engenharia de Produção no setor de serviços de saúde. Isto pode dar a falsa impressão de que tais princípios e técnicas não podem ser aplicados a este segmento da economia.

Assim, entre os diversos referenciais teóricos sobre gestão e com enfoque sistêmico, oriundos da Administração e Engenharia de Produção, optou-se pela Teoria das Restrições (*Theory of Constraints* – TOC) e o Sistema Toyota de Produção (STP). Os motivos que levaram a tal escolha estão relacionados às semelhanças entre o Processo de Pensamento “causa e efeito” aplicado pela TOC com o processo de pensamento utilizado pela medicina para tomar decisões clínicas no tratamento de seus pacientes (TAYLOR & SHEFFIELD, 2002).

A utilização do STP deriva da sua compatibilidade com a TOC por estarem associadas ao Paradigma da Melhoria Baseada nos Processos (ANTUNES JÚNIOR, 1998), ou seja, o princípio segundo o qual um processo é o acompanhamento do objeto de trabalho – produtos, serviços ou idéias (ou neste caso, o tratamento dos pacientes dependentes químicos), no tempo e no espaço.

Ainda, pode-se dizer que existem poucas publicações que tratam da utilização da TOC e do STP em serviços de saúde, o que lhe confere um caráter de inovação, certamente um dos objetivos da pesquisa acadêmica.

Finalmente, neste trabalho há possibilidade de estudar os fenômenos dentro de seu contexto, diferentemente das pesquisas convencionais, onde se exige o isolamento das variáveis de interesse. Segundo Macke (1999), na Pesquisa-ação (método de pesquisa utilizado neste trabalho), é possível investigar os conflitos entre o modelo teórico e os princípios e valores da organização, gerando assim, *insights* sobre os aspectos positivos e negativos de determinada ferramenta no momento de sua implantação.

1.3.2 Justificativa para Escolha da Organização

A escolha da organização estudada se deve aos seguintes motivos:

- É a maior unidade privada de internação em dependência química de Porto Alegre/RS, na medida em que atualmente disponibiliza 45 leitos de internação somente para dependência química;
- É um hospital privado, sem vinculação ao SUS, sendo mantido através de Planos de Saúde e internações particulares;
- Passou por extensa reforma administrativa ao longo da década de 1990, havendo, portanto, um ambiente propício à mudanças de cunho organizacional;
- O hospital apresenta dificuldades financeiras decorrentes do achatamento das tabelas dos Planos de Saúde e de ser um hospital especializado em psiquiatria, portanto, sem poder contar com medicamentos ou procedimentos de exames complementares que tendem a representar, normalmente, 56% do faturamento dos hospitais gerais;
- Mantém uma vanguarda de inovação desde a sua fundação, em 1934, tentando estar sempre à frente nas inovações tecnológicas para o tratamento de doenças mentais;
- O ambiente interno é favorável à mudanças de cunho organizacional, com uma equipe formada na sua maioria por profissionais de nível superior e com aspirações à produção acadêmica; e
- É local de trabalho do pesquisador, o qual mantém boa relação com os proprietários do hospital, lhe proporcionando total liberdade para o desenvolvimento da pesquisa.

1.4 A Questão de Pesquisa

A abordagem do presente estudo é direcionada para a melhoria de processos de um serviço privado de atendimento em saúde mental, atuando em sistema de internação e ambulatorial. A partir desta delimitação, a questão de pesquisa desta dissertação é:

Como pode-se desenvolver um modelo para melhorar a qualidade do tratamento em uma Unidade de Tratamento em Dependência Química, a partir da utilização de alguns conceitos e princípios do Sistema Toyota de Produção e da Teoria das Restrições?

1.5 Objetivos da Pesquisa

São os seguintes os objetivos geral e específicos da presente dissertação.

1.5.1 Objetivo Geral

O objetivo geral consiste em propor um método de intervenção, a partir da utilização da Pesquisa-ação, visando à melhoria do tratamento em uma unidade de internação para dependentes químicos, tendo como embasamento teórico alguns princípios técnicos da Teoria das Restrições (mais especificamente o Processo de Pensamento e a Análise das Restrições) e do Sistema Toyota de Produção (com ênfase no Mecanismo da Função Produção, no Princípio do Não-custo e nas Perdas nos Sistemas Produtivos).

1.5.2 Objetivos específicos

São os seguintes os objetivos específicos do trabalho:

- Definir um método a partir do referencial teórico e do método de pesquisa para gerar melhorias na Unidade de Tratamento de Dependência Química a ser estudada;
- Visualizar o processo do tratamento na Unidade de Tratamento de Dependência Química e suas restrições através da utilização da Pesquisa-ação e do Referencial Teórico.

1.6 Delimitação da Pesquisa

A seguir são apresentadas as delimitações de cunho teórico e àquelas relativas ao objeto de trabalho.

Do ponto-de-vista teórico é possível afirmar que o problema em cena apresenta complexidade. Sendo assim, é possível sugerir a necessidade da proposição de um Modelo de Gestão que utilize, simultaneamente, um conjunto de princípios, métodos e técnicas modernas entre os quais é possível incluir a Teoria das Restrições (TOC) e o Sistema

Toyota de Produção (STP). A compatibilidade entre estas duas abordagens deriva do fato de que elas estão associadas ao paradigma da Melhoria Baseada nos Processos (ANTUNES JÚNIOR, 1998). Em outras palavras, estas abordagens partem de um princípio similar, segundo o qual um processo não é visto como um somatório de operações, mas sim o acompanhamento do objeto de trabalho (produtos, serviços ou idéias) no tempo e no espaço (SHINGO, 1996 *apud* ANTUNES JÚNIOR, 1998). Neste caso, o objeto de trabalho é o tratamento dos pacientes (“movimentando-se” ao longo do período de tratamento segundo um método previamente definido de trabalho) em uma Unidade de Tratamento em Dependência Química.

Porém, estas teorias são muito abrangentes para os fins da construção do Modelo de Gestão proposto no trabalho. Desta forma, a decisão tomada consistiu em definir as técnicas, oriundas das teorias supracitadas, que serão objetivamente utilizadas no trabalho. Estas técnicas são:

- Da Teoria das Restrições serão utilizados:
 - o Processo de Pensamento da Teoria das Restrições, mais especificamente a Árvore da Realidade Atual;
 - o Sistema de Indicadores de Desempenho;
- Do Sistema Toyota de Produção:
 - o Mecanismo da Função Produção;
 - o Princípio do Não-Custo;
 - o Perdas nos Sistemas Produtivos.

As principais delimitações relativamente ao objeto de trabalho são:

- O trabalho é desenvolvido no ambiente, mais geral, do Sistema de Tratamento de Dependência Química;
- Estuda a realidade de uma Unidade de Tratamento de Dependência Química localizada dentro de um Hospital Psiquiátrico, sendo que os resultados obtidos não poderão ser generalizados ao tratamento da dependência química nas suas várias formas.

1.7 Estrutura do Trabalho

O trabalho segue a estrutura descrita a seguir.

O Capítulo 1 apresenta os objetivos, importância, problema da pesquisa, contexto e justificativa do trabalho e da organização estudada, bem como as delimitações do trabalho.

No Capítulo 2 é desenvolvido o Referencial Teórico, destacando os sistemas de produção de serviços, o Sistema Toyota de Produção, a Teoria das Restrições de forma geral e sua utilização em serviços de saúde.

Já o Capítulo 3 trata da Metodologia de Pesquisa, sendo feita uma discussão sobre a hierarquia metodológica que permeou o trabalho, envolvendo: i) a interação dos métodos utilizados no trabalho; ii) a criação do Método Processual; e iii) a utilização da Pesquisa-ação como método de trabalho na condução desta pesquisa.

O Capítulo 4 descreve a organização onde foi aplicado o trabalho, apontando os Modelos de Tratamento aplicados de forma geral e o Modelo de Tratamento aplicado na Unidade de tratamento de Dependentes Químicos. A Organização é analisada à luz das classificações dos Sistemas de Serviços e é descrita a intervenção na Unidade de Tratamento de Dependência Química conforme as etapas do Método de Pesquisa.

No Capítulo 5 é feita a análise crítica da intervenção e dos instrumentos aplicados para a construção do Método Processual.

E o Capítulo 6 apresenta as conclusões, as limitações do trabalho, bem como as sugestões para a elaboração de estudos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Considerações Iniciais

No presente capítulo é apresentado o referencial teórico que embasa o desenvolvimento dessa dissertação. A função do referencial teórico é orientar o processo de mudança na organização utilizada como estudo de caso desse trabalho. Assim, a partir do mesmo são definidos dois pontos chaves: *o que* constitui uma situação de mudança e *como* medir esta mudança (MACKE, 1999).

Conforme definido anteriormente, o presente trabalho consiste em propor um método de intervenção, utilizando teorias desenvolvidas no âmbito da Administração e Engenharia de Produção, visando à melhoria do processo de tratamento em uma unidade de internação para dependentes químicos. Atualmente, as seguintes teorias estão centradas nos processos produtivos (ANTUNES JÚNIOR, 1998):

- O Sistema Toyota de Produção (STP);
- A Teoria das Restrições (TOC);
- As propostas de qualidade na gestão de Deming, Juran, Crosby, Feingenbaum e Ishikawa;
- A Reengenharia de Negócios e de Processos; e
- A Filosofia de Custeio Variável.

O referencial teórico do presente estudo é constituído por princípios básicos da Teoria das Restrições e do Sistema Toyota de Produção. Também serão utilizados

elementos conceituais oriundos de Sistemas de Operações em Serviços, em função do segmento utilizado como estudo de caso ser de serviço.

2.2 O Sistema Toyota de Produção (STP)

Ao final da segunda guerra mundial, os japoneses iniciaram a reconstrução de seu país arrasado pelos bombardeios aliados. A princípio, desejavam utilizar os métodos de produção em massa, que haviam sido estudados por diversos administradores japoneses nos EUA. No entanto, a tentativa em produzir automóveis em larga escala esbarrou numa série de problemas: (i) o mercado japonês era limitado e demandava diversos modelos diferentes de automóveis, sendo que cada modelo de automóvel não possibilitava escala para a produção em massa; (ii) a Força de Trabalho (FT) japonesa se organizou formando sindicatos fortes que exigiam garantias de emprego, conseguindo restringir bastante os direitos das empresas de demitirem empregados – o que ocorre com frequência na produção em massa; (iii) a economia do país, devastada pela guerra, não dispunha de recursos para realizar os altos investimentos necessários para a implantação da produção em massa (CORIAT, 1994).

Diante de tais dificuldades, a *Toyota Motor Company* desenvolveu novos métodos de produção e administração, conseguindo simultaneamente, produzir modelos em pequena escala e diminuindo custos. Segundo Antunes Júnior (1998), estes esforços de melhorias, conhecidos como Sistema Toyota de Produção, envolvem três níveis: (1) os conceitos básicos; (2) os sistemas que formalizam estes conceitos; e (3) as técnicas para implantação dos sistemas.

Nesta dissertação serão enfatizados os princípios básicos do Sistema Toyota de Produção (STP), os quais participam do arcabouço desta dissertação: (i) o Mecanismo da Função Produção; (ii) o Princípio do Não-custo; e (iii) as Perdas nos Sistemas Produtivos³.

2.2.1 O Mecanismo da Função Produção (MFP)

³ Os demais subsistemas e técnicas não serão comentados por não fazerem parte do escopo deste trabalho.

Shingo (1996b) aborda como ponto de partida para a implantação do Sistema Toyota de Produção em uma empresa genérica, o entendimento do Mecanismo da Função Produção (MFP) e a clara distinção entre a Função Processo e a Função Operação.

De acordo com Antunes Júnior (1998, p. 204), o MFP “constitui-se em um elemento invariante de análise, dado que todas as produções podem ser compreendidas como uma rede funcional de processos e operações”.

Segundo Shingo (1996a), processo é o fluxo de materiais ou produtos de um trabalhador (ou máquina) para outro, nos diferentes estágios de produção nos quais é possível observar a transformação progressiva de matérias-primas em produtos acabados. Já a operação pode ser vista como o trabalho realizado para efetivar essa transformação, ou seja, o fluxo de equipamentos e operadores no tempo e no espaço transformando a matéria-prima (ver Figura 1).

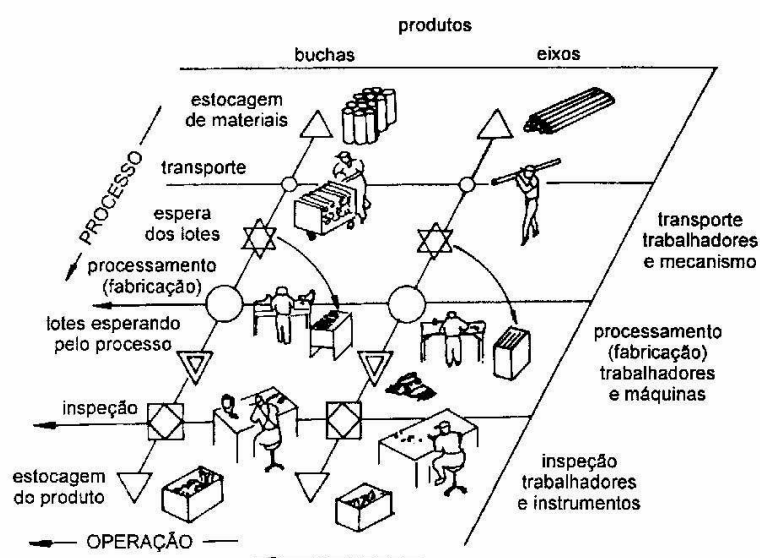


Figura 1: O Processo e as Operações na Visão de Shingo
Fonte: Shingo (1996a, p. 38).

Partindo destas definições de processo e operação, Shingo (1996a, p.29) conclui que “produção é uma rede de processos e operações, fenômenos que se posicionam ao longo de eixos que se interseccionam. Em melhorias de produção, deverá ser dada prioridade máxima para os fenômenos de processo”.

Antunes Júnior (1998, p.79) afirma que “os processos constituem-se no acompanhamento do objeto de trabalho (materiais, mas também serviços e idéias) no tempo

e no espaço. Já as operações constituem-se do acompanhamento do sujeito do trabalho (máquinas e trabalhadores) no tempo e no espaço”.

De acordo com Klippel (1999), pode-se constatar que o processo nada mais é do que o fluxo do produto, enquanto que a operação vem a ser o fluxo do trabalho. Por pertencerem a eixos diferentes, estes fenômenos devem ser analisados separadamente.

Sendo assim, a análise da rede de processos e operações revela que um processo de melhoria da produção deve ter por objetivo a diminuição dos espaços existentes entre os pontos de interseção, tendendo a sua eliminação completa. Nesse sentido, Ghinato (1996 *apud* LEIS, 2002) afirma que estas melhorias derivam do enxugamento da rede, através da implantação de ações que visam à redução ou eliminação das atividades que não agregam valor ao produto.

Shingo (1996a) apresenta um enfoque completamente novo para os conceitos propostos pelo casal Gilbreth, a fim de propor um detalhamento dos processos. Estes processos são divididos em unidades pequenas de análise:

1. Processamento – a transformação dos materiais;
2. Inspeção – a comparação do objeto de trabalho com um padrão estabelecido;
3. Transporte – movimento dos materiais ou produtos e mudanças nas suas posições;
4. Esperas – período de tempo no qual não ocorre nenhum processamento, inspeção ou transporte, podendo ser subdivididas em:
 - a. Esperas do Processo – Um lote inteiro permanece em espera enquanto o lote precedente é processado, inspecionado ou transportado; e
 - b. Esperas do Lote – durante as operações de um lote, enquanto uma peça é processada ou inspecionada ou transportada, as outras se encontram em espera;
5. Estoques – armazenagem de matérias-primas ou de produtos acabados.

Em uma empresa, existem operações necessárias, que agregam ou não valor ao produto final, e as operações desnecessárias, que se constituem em perdas ou desperdícios que devem ser eliminados.

Shingo (1996a), afirma que as operações podem ser subdivididas em:

- Operações de *setup* – preparação antes e depois da operação;

- Operações principais; e
- Folgas marginais.

As operações principais subdividem-se em operações essenciais (que agregam valor ao produto) e operações auxiliares (necessárias para as operações essenciais, mas que não agregam valor ao produto). O exemplo de uma operação essencial é o atendimento individual ao paciente durante o Programa de Tratamento na Unidade de Internação, enquanto que uma operação auxiliar seria o apoio da enfermagem para localizar e conduzir o paciente ao consultório para o atendimento.

As operações de preparação e ajuste são aquelas realizadas antes e depois das operações principais. Pode-se citar como exemplo desta situação, a montagem do material áudio-visual para apresentação de um seminário de tratamento e a preparação do auditório para a realização deste seminário.

As folgas podem ser subdivididas naquelas ligadas ao pessoal (fadiga ou necessidades fisiológicas), as operações (por exemplo, a quebra de um retroprojektor) e folgas entre as operações.

2.2.2 O Princípio do Não-Custo

Antes da crise do petróleo, os preços de venda eram determinados pela seguinte equação:

$$\text{Preço de Venda} = \text{Custo} + \text{Lucro}$$

A interpretação desta fórmula indica que era possível, dentro de certos limites, acrescentar ao preço de venda, eventuais aumentos de custos de forma a assegurar uma margem de lucro preestabelecida, com o mercado absorvendo estes aumentos de custos (KLIPPEL, 1999).

De acordo com Ohno (1997), a aplicação desta equação tende a fazer com que o consumidor seja responsável por todo o custo. Neste sentido, Shingo (1996b) coloca que a questão está em saber se o mercado tolerará ou não a lógica proposta por esta equação.

A mesma lógica pode ser utilizada para o setor de saúde privado. Até o aparecimento e crescimento dos Planos de Saúde, os Serviços Privados de Saúde atuavam no mercado obedecendo, em linhas gerais, esta mesma equação.

Os Serviços Privados de Saúde, que anteriormente eram mantidos de forma particular, fixando arbitrariamente o valor de seu serviço, foram progressivamente, ao longo das décadas de 1980 e 1990, sendo substituídos pelos Planos e Seguros de Saúde, que passaram a intermediar a relação financeira dos prestadores de serviço com seus clientes, fixando tabelas de valores pelos procedimentos fornecidos aos clientes.

Esta nova situação provocou uma mudança na relação entre a oferta e a demanda. Antes a demanda era maior do que a oferta, fazendo com que o mercado se adaptasse as tabelas de honorários privados. Porém, após a migração da clientela para os Planos de Saúde, a relação modificou-se, com a Oferta superando a Demanda, o que tende a tornar os consumidores cada vez mais exigentes no que se refere à qualidade, diversificação e preço dos produtos ofertados pelo mercado.

Assim como a maior parte dos segmentos da economia nacional, os Serviços Privados de Saúde também foram afetados, pois os consumidores tornaram-se mais exigentes com a qualidade, a diversidade e o preço dos produtos.

É neste contexto, que o Sistema Toyota de Produção (STP) propõe a modificação da equação apresentada anteriormente, surgindo assim o princípio da subtração do custo, alterando a fórmula para:

$$\text{Lucro} = \text{Preço de Venda} - \text{Custo}$$

Pode-se interpretar que através desta fórmula, o preço de venda é agora determinado pelo mercado, sendo o lucro o resultado da subtração do custo obtido na produção. Nesta nova lógica, os custos são somente as atividades que agregam valor ao produto e as atividades improdutivas são vistas como desperdício (ANTUNES JÚNIOR, 1998). Shingo (1996a) afirma que a partir deste momento, a única maneira de se aumentar o lucro é através da redução dos custos.

Partindo desta premissa, uma nova fórmula é proposta por Shingo (1996a), que calcula o Custo-Alvo:

$$\text{Custo} = \text{Preço de Venda} - \text{Lucro}$$

A respeito disto, Antunes Júnior (1998) afirma que os custos não são mais entendidos como elementos a serem controlados, mas sim como metas ou referências a serem alcançados. Trata-se da noção do Custo-Alvo (*Target Cost*), que a partir dos preços projetados pela empresa no mercado, negocia-se o preço de custo a ser obtido pela organização.

O STP foi desenvolvido, portanto, sob a premissa da redução dos custos de produção, de maneira a permitir que as empresas sobrevivam no mercado. Para que isto possa tornar-se realidade, é necessário aplicar esforços implacáveis para o corte destes custos, sem os quais uma empresa tende a não sobreviver. Este sistema possui dois pilares: (i) o Custo-Alvo (*Target Cost*), que busca a redução de custos já na fase de desenvolvimento de novos produtos; e (ii) o Custo Kaizen (*Kaizen Cost*), que busca a redução de custos durante o processo de produção e dos produtos já em fabricação, através da implantação de melhorias.

Buscando atingir os objetivos do Princípio do Não-custo, Ohno (1997) estudou os movimentos dos trabalhadores e verificou que estes movimentos poderiam ser divididos em: (i) trabalho sem valor adicionado, que não agrega valor ao produto e gera custo; e (ii) trabalho com valor adicionado. O primeiro pode ser considerado como um desperdício, pois são movimentos decorrentes das condições atuais de trabalho, como por exemplo, a necessidade de caminhar para apanhar uma peça. O segundo é considerado como o trabalho efetivo, na qual ocorre o processamento de peças ou matérias-primas, adicionando valor ao produto ou serviço.

A partir de tais considerações, torna-se possível apresentar os objetivos do Princípio do Não-custo do STP, que segundo Antunes Júnior (1998) são:

- a eliminação completa das perdas (desperdícios);
- a minimização do trabalho adicional, buscando no longo prazo, sua possível eliminação; e
- o aumento proporcional de atividades que agregam valor ao produto em relação às perdas e atividades que não agregam valor ao produto.

2.2.3 As Perdas nos Sistemas Produtivos

De acordo com Macke (1999), a problemática em torno da redução das perdas iniciou-se já nos trabalhos de Taylor e Ford no início do século XX. No Sistema Toyota de Produção, o conceito de perdas foi reformulado de acordo com a visão de melhoria dos processos. Para Shingo (1996b) e Ohno (1997), perdas são todas as atividades que geram custo e não agregam valor ao produto ou serviço.

A operacionalização do conceito de perda proposta por Ohno (1997) e Shingo (1996a) divide-se e classifica-se por categorias dos principais tipos de perdas, que foram chamadas de 'Sete Perdas', descritas sucintamente a seguir:

1. **Perdas por Superprodução** – de acordo com Shingo (1996a), este tipo de perda deve ser o primeiro a ser solucionado, pois ajudam a mascarar outras perdas. Antunes Júnior (1995) postula que estas perdas podem ser atacadas das seguintes maneiras: (a) redução do estoque em processo através do nivelamento e sincronização da produção; (b) mudanças de *layout* que possibilitem a produção de pequenos lotes ou o fluxo unitário de peças; e (c) melhorias no *setup* das operações. Estes tipos de perdas podem ser classificadas em quantitativa (produzir mais do que o necessário) ou por antecipação (produzir antes do necessário).
2. **Perdas por Transporte** – estão relacionadas às atividades de movimentação de materiais, que não agregam valor e geram custos. Deve-se procurar eliminar todo o transporte possível, sendo posteriormente razoável a proposição da mecanização dos transportes restantes. Shingo (1996a) afirma que com ações no sentido de melhorar o *layout* da produção, pode-se obter reduções neste tipo de perda.
3. **Perdas por Estoque** – significa a existência de estoques elevados de matéria-prima, material em processo e produtos acabados que irão acarretar em elevados custos financeiros. Pode-se atacar este tipo de perda através de melhorias executadas no *layout*, no nivelamento das quantidades, na sincronização da produção, na produção em pequenos lotes e na redução dos tempos de *setup*.
4. **Perdas por Espera** – estão associadas à ociosidade dos trabalhadores e/ou máquinas, tendo como principais causas para seu acontecimento a falta de sincronização da produção, os elevados tempos de preparação e as falhas não

previstas. Algumas técnicas podem ser empregadas para minimizar as esperas, como a Troca Rápida de Ferramentas (TRF), o *Kanban* e a Manutenção Produtiva Total (TPM).

5. **Perdas no Movimento** – relacionadas aos movimentos desnecessários dos trabalhadores. É possível minimizar estas perdas desenvolvendo-se melhorias nos métodos de trabalho das operações e na mecanização dos equipamentos.
6. **Perdas por Processamento** – relativas àquelas atividades desnecessárias no processamento. Para se eliminar estas perdas, deve-se racionalizar e melhorar continuamente as tarefas do processamento. Para que isto ocorra, Shingo (1996a) defende a utilização de duas técnicas: (i) a técnica de Análise de Valor (AV), que busca verificar a melhor forma de se produzir um determinado produto; e (ii) a técnica de Engenharia de Valor (EV), que define qual o produto/serviço deve ser produzido.
7. **Perdas por Fabricação de Produtos Defeituosos** – são as perdas que ocorrem quando produtos e componentes produzidos não atendem às especificações de qualidade necessárias. A aplicação dos dispositivos à prova de falhas (*poka-yoke*) e os sistemas de inspeção (sucessiva, auto-inspeção e inspeção na fonte) podem eliminar tais desperdícios.

Antunes Júnior (1998), afirma que é possível ampliar a discussão sobre as Sete Perdas, tomando como visão geral a conceituação de que as Perdas são todas as atividades que geram custos e não adicionam valor ao produto. Robinson & Schroeder (1992) sugerem 4 princípios gerais para eliminar as chamadas Perdas Invisíveis⁴:

- Quando da avaliação ou da aplicação de uma nova técnica de gerenciamento, identificar as fontes de Perdas que serão expostas ou eliminadas, aquelas que não ficarão expostas nem serão eliminadas, aquelas que serão criadas, e as técnicas necessárias para suprir as limitações das técnicas que serão utilizadas;
- Não limitar o treinamento de pessoal ao desenvolvimento de métodos específicos de trabalho, na medida em que os empregados também devem aprender os

⁴ Shingo, (1987, p. 18 *apud* ANTUNES JÚNIOR, 1998) conceitua que “a maior das perdas é a perda que nós não vemos”, ou seja, as Perdas Invisíveis.

pressupostos gerais necessários para a elaboração de melhorias em suas respectivas áreas de atuação;

- Ampliar o leque de visões a partir da qual os processos são geralmente observados; e
- Quando ocorrerem mudanças em qualquer componente do sistema produtivo, o processo como um todo deve ser reexaminado para verificar as eventuais novas perdas que possam ter sido introduzidas no sistema.

Os autores concluem sugerindo que os gerentes de produção se preocupem em detectar as Perdas Invisíveis nos sistemas de produção para posteriormente eliminá-las (ROBINSON & SCHROEDER, 1992).

2.3 Teoria das Restrições

2.3.1 Considerações Iniciais

A Teoria das Restrições (*Theory of Constraints* – TOC) foi desenvolvida pelo físico israelense Elyahu Goldratt. Este físico envolveu-se com a administração da produção a partir do desenvolvimento de um *software* de programação da produção, o OPT (*Optimized Production Technology*). Este *software* foi lançado no final da década de 70, passando a partir daí por uma fase de grande desenvolvimento, com o lançamento de sucessivas versões, que apresentavam conceitos inovadores de administração da produção.

Em 1984, Goldratt lança o livro “A Meta” – *The Goal* (GOLDRATT & COX, 1994), apresentado na forma de um romance. Os conceitos de administração da produção criados a partir do desenvolvimento do *software* OPT são apresentados neste livro. Em 1990, com o lançamento do livro ‘O que é esta coisa chamada Teoria das Restrições’, é que ocorre a formalização de forma mais abrangente da TOC (LEIS, 2002).

De acordo com Cox & Spencer (ANTUNES JÚNIOR, 1998), a Teoria das Restrições pode ser dividida em três componentes:

- Um *Processo de Pensamento* visando à solução de problemas, através dos diagramas de causa e efeito (Árvore da Realidade Atual, Árvore da Realidade Futura, Árvore dos Pré-Requisitos e Árvore de Transição);
- Um *Sistema de Indicadores de Desempenho*, formado pelos Indicadores Globais e os Indicadores Operacionais de Desempenho;
- Uma parte *Logística*, cobrindo os seguintes tópicos: os cinco passos voltados para a melhoria dos processos, a programação através da lógica Tambor/Pulmão/Corda – TPC, o gerenciamento dos “pulmões” e a análise dos sistemas produtivos segundo a classificação V-A-T.

Neste estudo são utilizados o Processo de Pensamento da Teoria das Restrições, mais especificamente a Árvore da Realidade Atual (ARA) e o Sistema de Indicadores de Desempenho.

O referencial teórico da Teoria das Restrições é apresentado nesta dissertação da seguinte forma: inicia-se com o Processo de Pensamento (PP), uma vez que a TOC é o resultado prático do mesmo; a partir do PP, Goldratt desenvolveu um Sistema de Indicadores de Desempenho e um Processo de Focalização para melhorias, que constitui a logística da TOC (MACKE, 1999), que é apresentado na sequência.

2.3.2 O Processo de Pensamento da Teoria das Restrições

Toda a lógica do Processo de Pensamento (PP) da TOC é baseada em relações do tipo efeito-causa-efeito, onde se procura saber por que as coisas acontecem e não como elas acontecem. O objetivo final do método é a elaboração de um plano de ação consistente, capaz de garantir a eliminação dos problemas centrais a partir da efetiva implantação de soluções capazes de serem executadas. Para que isto seja possível, o método utiliza-se de ferramentas voltadas a solução de problemas.

A intenção do PP é promover uma abordagem sistemática que possibilite a criação e implementação de mudanças que resultem em melhoria do desempenho do sistema em análise. Para tanto se deve responder a três questões:

- O “que” mudar?

- “Para o que” mudar?
- “Como” provocar a mudança?

Pode-se afirmar que o Processo de Pensamento é um método de identificação, análise e solução de problemas, que neste caso são as restrições do sistema. O que está sendo buscado é, realmente, uma forma de: i) identificar problemas; ii) propor soluções e; iii) determinar quais são as ações necessárias para que tais soluções possam ser implantadas.

A Figura 2 apresenta um esquema sobre as questões básicas do Processo de Pensamento da TOC. Alvarez (1996 *apud* LEIS, 2002) aponta que tal figura representa um triângulo, que na verdade indica a natureza contínua do processo de aprimoramento.

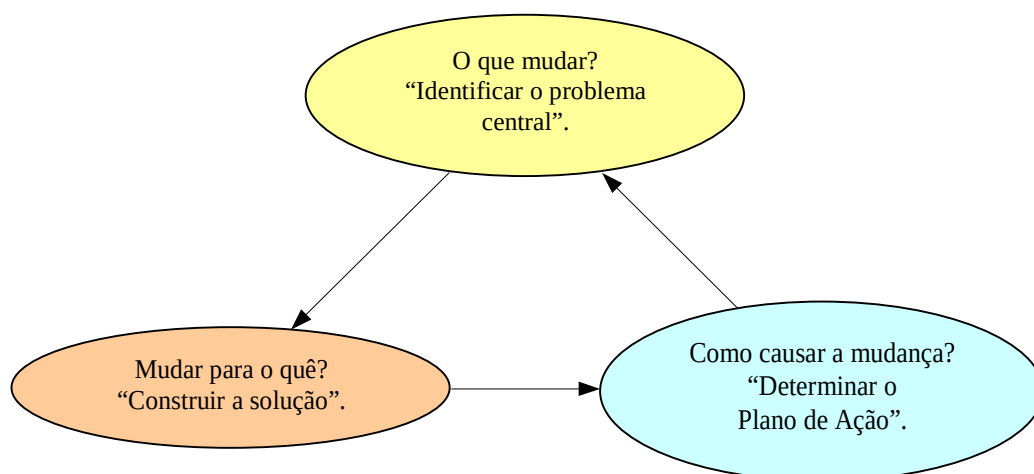


Figura 2: O Processo de Pensamento da TOC
Fonte: adaptado de Goldratt, 1994 (LEIS, 2002).

O PP da TOC engloba cinco ferramentas, baseadas nas relações do tipo efeito-causa-efeito. A Árvore da Realidade Atual (ARA) responde a questão “o que mudar” e evidencia o entendimento da realidade atual do sistema em estudo. A Evaporação das Nuvens (EN) e a Árvore da Realidade Futura (ARF) respondem a questão “para o que mudar” e implica decidir qual a situação desejada para o sistema no futuro. A EN é utilizada como ferramenta de mudança na transição entre a ARA e a ARF. A Evaporação das Nuvens é construída para estabelecer a ação necessária a fim de criar um sistema futuro que produza os efeitos desejados. A partir das ações propostas é construída a Árvore da

Realidade Futura. A ARF “objetiva proporcionar uma visualização de como será o futuro do sistema analisado, caso sejam colocados em prática as injeções propostas” (ANTUNES JÚNIOR, 1998, p. 200). A Árvore de Transição (AT) e a Árvore de Pré-Requisitos (APR) respondem a questão “como provocar a mudança”. A Árvore dos Pré-Requisitos procura identificar as resistências à mudança e, também planejar ações “que possam romper os pressupostos que sustentam os obstáculos existentes” (ANTUNES JÚNIOR, 1998, p. 201). Estas ações são monitoradas através de objetivos intermediários definidos juntamente com as mesmas. Neste ponto entra a Árvore de Transição, que visa unir cada objetivo definido a uma ação planejada (ANTUNES JÚNIOR, 1998).

Estas cinco técnicas baseiam-se em dois pontos principais: a análise efeito-causa-efeito e a visão crítica da realidade. As técnicas empregadas têm a base construída sobre uma grande quantidade de raciocínios lógicos, de forma a estabelecer relações robustas entre os elementos tratados (ALVAREZ, 1996 *apud* LEIS, 2002). Já a visão crítica da realidade busca explicar quais são os pressupostos assumidos do estabelecimento de relações de causa-efeito e da proposição de alternativas.

2.3.2.1 A Árvore da Realidade Atual (ARA)

Nesta dissertação é dada ênfase apenas a primeira etapa, ou seja, “o quê” mudar? A lógica proposta por Goldratt (1994), apresenta algumas poucas causas que são responsáveis pela geração da maioria dos “efeitos indesejados”. Essas causas são chamadas de problemas centrais (*core problems*).

A determinação dos problemas centrais é a base para o progresso do método. Partindo-se deste pressuposto, a técnica utilizada na determinação dos problemas centrais é a da Árvore da Realidade Atual (*Current Reality Tree*).

A Árvore da Realidade Atual (ARA) descreve o sistema como ele é hoje e mostra a relação causa-efeito do sistema a qual é construído, respeitando-se regras lógicas. A construção da ARA inicia pela ‘raiz’, com causas de vários tipos, sendo desenvolvida pelo ‘tronco’ e os ‘galhos’ com os efeitos intermediários e, finalmente, para as ‘folhas’ onde são os efeitos últimos. As ‘folhas’ são os efeitos indesejados e as causas ‘raiz’ constituem o que deve e precisa ser mudado.

Tomando-se alguns efeitos indesejados inicialmente apontados, faz-se uma análise de efeito-causa-efeito, com o objetivo de saber por que estes ocorrem. Durante o desenvolvimento do processo, outros efeitos indesejados podem ser incorporados. Todos os efeitos indesejados são associados através de setas que indicam o sentido do relacionamento causal. A interpretação da Árvore da Realidade Atual (ARA) deve ocorrer sempre a partir da causa: 'Se ocorrer a causa, então o efeito se manifestará', conforme mostra a Figura 3.

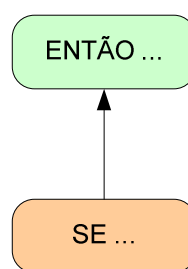


Figura 3: Como Interpretar a ARA
Fonte: baseado em Goldratt, 1994 (LEIS, 2002).

Goldratt *apud* Alvarez (1996), apresenta um roteiro para construção da ARA, que é sintetizado na Figura 4.

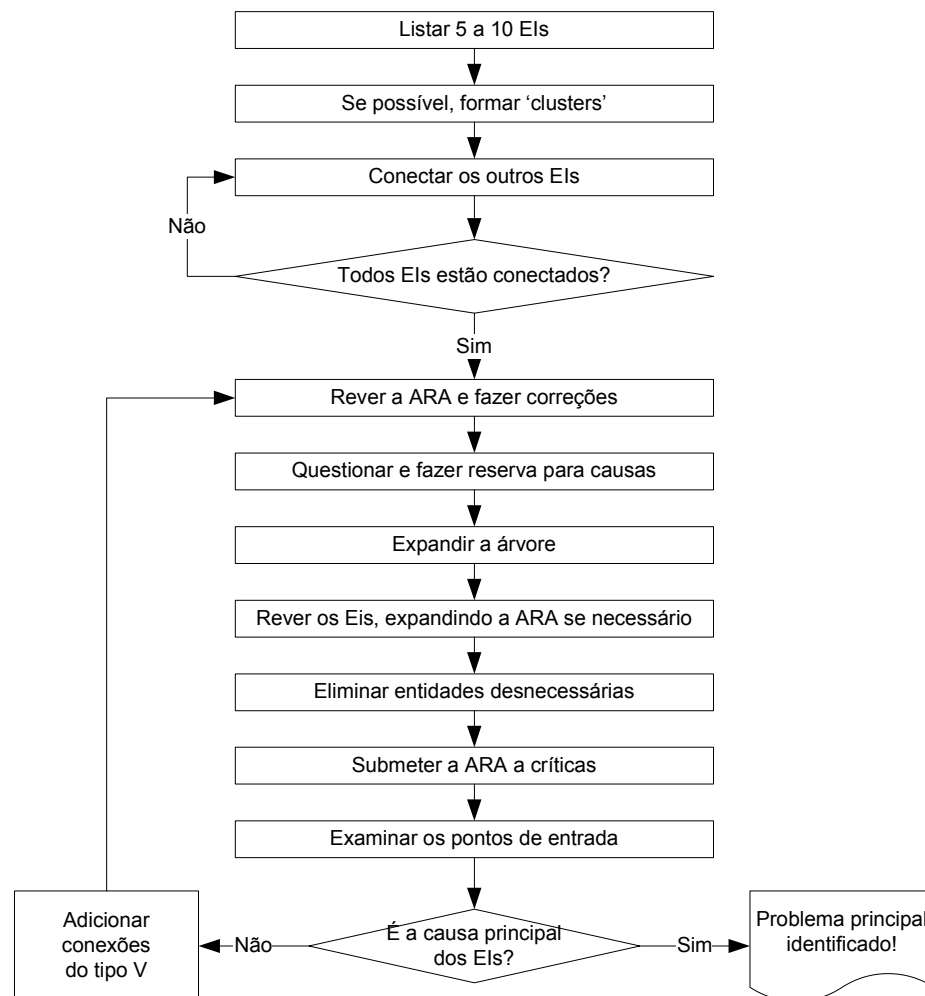


Figura 4: Esquema para a Construção da ARA
Fonte: Alvarez (1996).

O exame acurado das entidades e seus relacionamentos, sugerido por Goldratt (1992), nos passos 2, 3 e 4 devem se dar segundo os sete critérios fornecidos pelo próprio autor, que os chama de categorias de causas legítimas. Os critérios propostos e as ações recomendadas para cada um deles, são:

1. Existência da entidade – verificar se os 'efeitos' realmente existem;
2. Existência da causalidade – verificar se realmente existe a relação entre a 'causa' e o 'efeito';
3. Tautologia – invalidar o efeito de uma causa quando causa e efeito estiverem em *looping*⁵;

⁵ Nos casos onde a única prova da causa é o efeito e vice-versa.

4. Existência de efeito previsto – invalidar a 'causa' se um 'efeito' previsto a partir de sua atuação não existir;
5. Insuficiência de causa – acrescentar outra 'causa' necessária à explicação do 'efeito';
6. Causa extra – identificar outras 'causas' que também possam explicar o 'efeito'; e
7. Clareza – se necessário, detalhar a relação causa-efeito, uma vez que esta pode não se dar de forma direta.

Uma vez determinados os problemas centrais, o Processo de Pensamento da TOC passa para a etapa de desenvolvimento da solução – Para O que Mudar? – e posteriormente para a operacionalização da(s) mesma(s) – Como Causar a Mudança? – que não serão focos deste trabalho, pois as ferramentas de ambas não serão utilizadas para a construção do método de melhoria para os processos de tratamento de Dependência Química.

2.3.3 O Sistema de Indicadores de Desempenho

Para a Teoria das Restrições, a Meta de uma empresa 'é ganhar dinheiro hoje e no futuro' (GOLDRATT, 1996). Esta definição foi ampliada pelo próprio Goldratt que acrescentou dois outros tópicos (ALVAREZ, 1996 *apud* ANTUNES JÚNIOR, 1998):

- 'Satisfazer os empregados hoje e no futuro'; e
- 'Satisfazer os clientes hoje e no futuro'.

Segundo Antunes Júnior (1998), estes dois conceitos são fundamentais na medida em que sem eles não é exeqüível atingir a Meta de 'ganhar dinheiro hoje e no futuro'.

Para alcançar a Meta da empresa, Goldratt (1994) apresenta um Sistema de Indicadores de Desempenho baseado em dois níveis de indicadores: os Indicadores Globais e os Indicadores Operacionais.

Os Indicadores Globais são definidos como sendo:

- Lucro Líquido (LL);
- Retorno Sobre Investimento (RSI); e
- Fluxo de Caixa (FC).

O Lucro Líquido (LL) se constitui em um medidor absoluto, de maneira que é necessário um indicador relativo, como o Retorno Sobre Investimento (RSI) para melhor caracterizar a situação econômico-financeira da empresa. Já o Fluxo de Caixa (FC), é importante porque fornece indicações da situação financeira da empresa a médio e longo prazo. Um trocadilho explicita bem a importância do indicador FC: “Se o Caixa está bem então ele não é importante, mas se o Caixa está comprometido, então o Caixa é o indicador mais importante” (ANTUNES JÚNIOR, 1998, p. 155).

Estes três indicadores são amplos e representam o resultado econômico-financeiro global da empresa. Porém, em função de serem indicadores amplos, necessitam ser desdobrados para que as tomadas de decisões gerenciais do dia-a-dia estejam alinhadas com a obtenção da meta da Empresa. Para possibilitar uma conexão entre estes Indicadores Globais e as ações diárias nas empresas, a TOC propõem outros três indicadores, chamados de Indicadores Locais ou Operacionais (GOLDRATT, 1994, p. 69), a saber:

- Ganho – definido como “a taxa na qual o sistema gera dinheiro através das vendas;
- Inventário – cuja definição é “todo dinheiro que o sistema investe na compra de coisas que pretenda vender”; e
- Despesas Operacionais – que é definido como “todo dinheiro que o sistema gasta para transformar o Inventário em Ganho”.

O objetivo destes indicadores operacionais é avaliar o impacto de decisões locais sobre a relação entre os indicadores e a relação entre as medidas pode ficar assim definida:

- Lucro Líquido (LL) = Ganho – Despesa Operacional
- Retorno Sobre Investimento (RSI) = Lucro Líquido/Investimento

Ainda, seria possível utilizar, no lugar destas medidas:

- Produtividade = Ganho/Despesas Operacionais
- Giros = Ganho/Inventário

Goldratt (1996), partindo da ótica do Sistema de Indicadores explicitado acima, propugna a necessidade de compreender o conceito mais amplo de “Mundo dos Custos” e

do “Mundo dos Ganhos”. O “Mundo dos Ganhos” está vinculado ao indicador ‘Ganho’ e a prioridade é maximizar o mesmo, buscando sempre produzir o *mix* de produtos que renda o maior Ganho possível na Organização. O “Mundo dos Custos” vincula-se aos indicadores ‘Inventário’ e ‘Despesas Operacionais’ e a ênfase é na eficiência local no qual a maximização do desempenho é a prioridade e a meta é reduzir os custos dos produtos. O ‘Ganho’ é considerado o indicador mais importante na medida em que parte do pressuposto do crescimento da organização, ou seja, o “Mundo do Ganho”. O ‘Inventário’ e as ‘Despesas Operacionais’, também são relevantes, na medida em que contribuem para o desempenho global da empresa. O Quadro 1 apresenta sinteticamente o 'Mundo dos Custos X Mundo dos Ganhos'.

Quadro 1: Mundo dos Custos X Mundo dos Ganhos

Mundo dos Custos	Mundo dos Ganhos
Inventário em primeiro lugar. Despesa Operacional em segundo lugar.	Ganho em primeiro lugar.
Sistema de variáveis independentes.	Sistema de variáveis dependentes.
Diversas origens de Inventários e Despesa Operacional são difíceis de serem conectadas.	Sincronismo de funções para a realização de uma venda (Ganho).
Tudo é importante.	Algumas poucas coisas são muito importantes (as restrições).
Regra de Pareto – 20% das variáveis são responsáveis por 80% dos resultados finais.	Regra de Goldratt – 0,1% das variáveis determina 99,9% do resultado.
Sempre 'apagando incêndios'.	Buscar as verdadeiras causas dos 'incêndios'.

Fonte: Adaptado de Macke (1999).

Na inter-relação entre os Indicadores Globais e Operacionais da TOC, o Lucro Líquido cresce com o aumento do Ganho e com a diminuição das Despesas Operacionais. O Retorno Sobre o Investimento aumenta com o Ganho e com a diminuição das Despesas Operacionais. O Fluxo de Caixa é afetado positivamente pelo aumento do Ganho e negativamente pelo aumento do Inventário e da Despesa Operacional. O Inventário (I) mantém uma relação direta com a Despesa Operacional (DO) (quanto maior o I maior tende a ser a DO) e inversa com o Ganho (G) (quanto menor o I maior a habilidade da empresa

em gerar G). As relações entre os sistemas de Indicadores da TOC podem ser vistas na Figura 5.

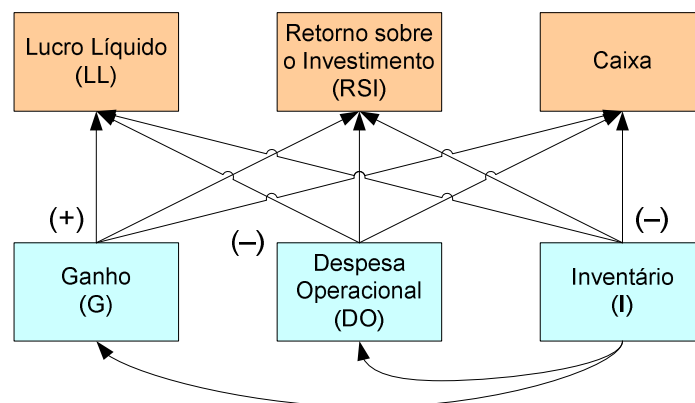


Figura 5: As Relações do Sistema de Indicadores da TOC
Fonte: baseado em Goldratt, 1996 (LEIS, 2002).

2.3.4 A Logística da TOC

A Logística da TOC é subdividida pelos Cinco Passos de Focalização para Melhoria Contínua dos Processos, por um Processo de Programação via Lógica do Tambor/Pulmão/Corda e o Gerenciamento dos 'Pulmões' e pela Análise dos Sistemas Produtivos segundo a Classificação V-A-T.

Nesta dissertação, serão apresentados apenas os Cinco Passos de Focalização, pois os demais componentes da Logística da TOC não serão utilizados no método de melhoria contínua a ser desenvolvido para os processos de tratamento de Dependência Química no caso a ser avaliado.

Partindo-se da premissa de que 'o ótimo global de um sistema não é igual à soma dos seus ótimos locais', a Teoria das Restrições rejeita o paradigma da eficiência como medida de gerenciamento do sistema produtivo, defendida pela contabilidade de custos. Goldratt (1994) aponta que existem restrições atuando no sistema produtivo, que o impedem de atingir a meta, pois caso contrário, a empresa teria resultados financeiros ilimitados, o que implica em uma utopia para as empresas que operam no 'mundo real'.

A identificação de uma restrição é uma tarefa das mais difíceis, Goldratt desenvolveu um método composto de cinco passos para a identificação, exploração,

subordinação e elevação da restrição que tem por finalidade maximizar a lucratividade das empresas. Estas regras (ou passos) da Teoria das Restrições têm como objetivo proporcionar uma análise lógica e racional dos problemas. O alcance da Meta depende da administração eficiente do sistema de restrições (MACKE, 1999). Os passos da Teoria das Restrições são descritos a seguir.

Passo 1 – Identificar a(s) restrição(ões) do sistema

Segundo Antunes Júnior (1998), uma restrição pode ser interna ou externa à organização. Se a restrição for interna ao sistema (materiais, capacidade e política), como por exemplo, no caso de a demanda ser maior que a capacidade produtiva diz-se que ocorre um gargalo de produção. Os gargalos produtivos são restrições estruturais do sistema. Além deles, podem existir outras 'restrições', chamadas de Recursos com Capacidade Restritiva (*Capacity Constraints Resources – CCR's*), que são restrições conjunturais, ou seja, decorrentes da gestão do sistema produtivo. Os recursos CCR's possuem capacidade superior a demanda do mercado, e se não forem bem gerenciados, passam a limitar o desempenho econômico da empresa (ANTUNES JÚNIOR, 1998).

Após a identificação da restrição do sistema é importante a identificação das origens desta restrição. Para que isto possa ser feito, deve-se gerenciar a restrição com cuidado, procurando extrair o máximo de produtividade da mesma. É o tema do passo 2 dos Cinco Passos de Focalização da TOC.

Passo 2 – Decidir como explorar a(s) restrição(ões) do sistema

Caso sejam observada(s) restrição(ões) interna(s) à organização, ou seja, gargalo(s), a intenção é explorar ao máximo a capacidade das restrições, maximizando-se o Ganho no gargalo e tentando minimizar os desperdícios no mesmo.

Se a restrição for externa, o Ganho está limitado pelo mercado (ANTUNES JÚNIOR, 1998).

Passo 3 – Subordinar qualquer outra coisa à decisão anterior

A lógica deste passo, independentemente de onde esteja a restrição, consiste em reduzir ao máximo os Inventários e as Despesas Operacionais e, ao mesmo tempo, garantir

os Ganhos do sistema. Para garantir o Ganho, é preciso reduzir a variabilidade do sistema, o que muitas vezes implica na correta gestão dos estoques nos sistemas produtivos (ANTUNES JÚNIOR, 1998).

Passo 4 – Elevar a(s) restrição(ões) do sistema

O objetivo neste passo consiste em aumentar a capacidade do recurso. No caso da restrição ser interna, a aquisição de mais máquinas, a redução de tempos de preparação e a eliminação de perdas, são ações possíveis de serem tomadas visando incrementar a capacidade da restrição. Se as restrições forem externas, como restrição de mercado ou política externa, é preciso aumentar a demanda ou modificar a política de preços. As ações neste caso tendem a estar vinculadas às áreas de *marketing*, segmentação de mercado e desenvolvimento de novos produtos (MACKKE, 1999).

O aumento da capacidade da restrição implica em reavaliação do sistema para verificar se ocorreram alterações nas restrições.

Passo 5 – Não permitir que a inércia seja a restrição do sistema. Se a restrição for quebrada, retorne ao passo 1.

Esta etapa propõe a necessidade de analisar o sistema como um todo novamente, no intuito de verificar se as restrições continuam as mesmas ou foram alteradas. Este passo indica a preocupação da TOC com a melhoria contínua e sistemática dos sistemas produtivos.

2.3.5 Teoria das Restrições e suas Aplicações em Serviços de Saúde

Os princípios da TOC em geral e de seu Processo de Pensamento (PP) em particular, têm sido utilizados na área médica. Embora o PP venha geralmente sendo utilizado no setor Industrial, em virtude da sua generalidade e flexibilidade, o sistema de PP da TOC pode ser utilizado para qualquer processo ou problema em qualquer situação (TAYLOR & ORTEGA, 2003). Kershaw (2000, p. 02) afirma que “nos tempos atuais, quando a produtividade no setor de saúde depende do gerenciamento dos custos, eficiência

nas operações ou aumento no volume de atendimentos, a Teoria das Restrições pode ser utilizada para atingir estes objetivos”.

Ruhl (1996) e Kershaw (2000) afirmam que as restrições podem ser implantadas tanto em ambientes industriais, como de serviços de saúde. É relevante considerar que as restrições podem ser classificadas em externas ou internas a empresa.

Uma restrição externa ocorre quando uma demanda de mercado ou de suprimentos limita a capacidade da empresa de gerar Ganho. Prestadores de serviço de saúde terão uma restrição externa se a sua capacidade de tratar pacientes exceder o volume de pacientes ou se a disponibilidade de medicamentos ou de suprimentos médicos for restringida.

Uma restrição interna ocorre quando a demanda pelo produto excede a capacidade de uma determinada máquina ou processo de produção. Um prestador de serviços de saúde terá uma restrição interna se o volume de pacientes que demandam a prestação de serviços for maior que a capacidade de tratamento do sistema. Se uma restrição interna for identificada, ela definirá o ritmo da produção ou, em outras palavras, do processo de tratamento.

Kershaw (2000) exemplifica sua afirmação descrevendo o uso da TOC para melhoria nos processos de atendimento em uma Clínica de Oncologia. Através da identificação das restrições ou “gargalos” do sistema, se tornou possível à implementação de uma série de medidas que levaram a um aumento da média de atendimentos diários de 24 para 40 pacientes/dia e uma redução no tempo do processo do tratamento de 2,5 horas para 2 horas por paciente. O estudo deste caso, de acordo com Kershaw (2000), demonstrou como a TOC pode ser aplicada em sistemas de Saúde para aumentar o volume de pacientes. Kershaw (2000) conclui afirmando que a curto prazo, a utilização da TOC pode aumentar a capacidade de atendimento dos prestadores de serviço em Saúde e a longo prazo, o uso da TOC pode melhorar a qualidade da prestação dos serviços de Saúde, aumentando a satisfação dos clientes.

Para Breen (2002, p. 01), em serviços de prestação de saúde privados, o Ganho seria “todo dinheiro que passa pelo serviço fornecido aos pacientes menos os custos variáveis”. Inventário seria “todo dinheiro que o sistema investe na compra de coisas que pretenda vender”. O Inventário incluiria matéria-prima, trabalho em processamento, estoque, ferramentas, prédios e equipamentos. Segundo Breen (2002), pacientes a espera de

tratamento podem ser visualizados como “matéria-prima” ou “trabalho em processamento”. As Despesas Operacionais seriam “todo dinheiro que o sistema gasta para transformar o inventário em ganho” e incluiria o pagamento de salários, despesas correntes e amortizações de empréstimos.

Segundo Kershaw (2000, p. 02), “o processo da TOC pode ser aplicado a qualquer organização que tenha a maximização de seus lucros como meta. Portanto, a TOC deve ser aplicável a empresas de saúde, pois muitas dessas empresas têm como meta o lucro”. O Ganho poderia ser definido como “a taxa de reembolso menos o custo dos medicamentos e suprimentos médicos para o número de pacientes vistos e tratados”. O mesmo autor afirma que a restrição em serviços de saúde “pode ser um certo passo ou procedimento no processo de tratamento do paciente” (KERSHAW, 2000, p. 02).

A TOC também é utilizada pela Faculdade de Medicina da Universidade Rush, de Chicago, nos Estados Unidos, para identificação das causas principais dos erros médicos nos processos de tratamento e para oferecer modelos de planejamento para melhoria na segurança destes processos (McNUTT & ODWAZNY, 2004). Baseando-se no PP da TOC, se buscam as causas essenciais dos problemas, enquanto que anteriormente a análise dos erros médicos era fixada na descrição da cadeia de eventos que resultavam no evento adverso.

2.4 Sistemas de Produção em Serviços

A Função Produção na organização representa a estruturação dos recursos destinados à produção de bens e serviços. Esta função é central devido ao seu produto constituir-se na razão da existência da organização (SLACK, 1997 *apud* WALTER, 2000).

Para fins didáticos, é possível dizer que algumas organizações produzem apenas bens e outras, apenas serviços, porém, pode-se observar que dificilmente existe uma empresa que esteja voltada exclusivamente para a produção de bens, havendo desta maneira, uma constante simbiose entre serviços e manufatura. A Figura 6 mostra operações posicionadas em um espectro que vai de fabricantes de ‘bens puros’ a fabricantes de ‘serviços puros’.

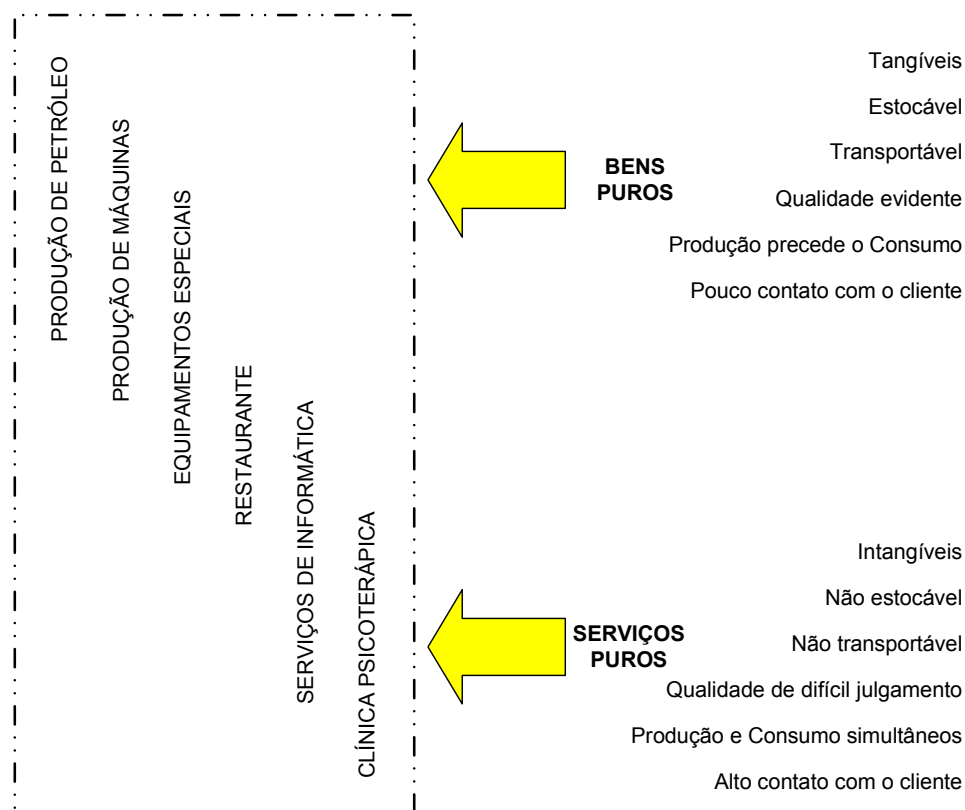


Figura 6: Tipos de operações de Bens e Serviços
 Fonte: adaptado de Slack, 1997 (WALTER, 2000).

Na sequência, é feita uma abordagem das características que identificam os sistemas produtivos de serviços, com o objetivo de subsidiar a discussão sobre o método de melhorias proposto no caso estudado.

2.4.1 Características das Operações de Serviço

As características necessárias para a compreensão das operações de serviço são as seguintes:

- **Intangibilidade** – Os serviços são considerados intangíveis porque não podem ser vistos, provados, sentidos, cheirados ou ouvidos antes de serem comprados. No processo de compra de um serviço, o cliente sofre mais riscos do que na compra de um bem, onde a qualidade pode ser avaliada a partir das características físicas do próprio bem. Por outro lado o serviço pode se apresentar como uma experiência que

o cliente vivência enquanto da sua produção, podendo participar desde a concepção até a sua utilização. Segundo Slack (1997 *apud* WALTER, 2000), os serviços são inseparáveis de seu fornecedor, sejam estas pessoas ou máquinas.

- o Se um erro ocorre durante a produção e o cliente percebe o defeito por conta da simultaneidade; a qualidade do serviço é julgada durante este processo; sendo o cliente participante da operação, ele julgará não somente o produto final, mas também a produção do mesmo. Esta característica deve ser observada pelos prestadores de serviço a fim de satisfazer o cliente, na medida em que este, muitas vezes, necessita de informações sobre a sua necessidade.
 - o Para diminuir suas incertezas, os clientes procuram sinais de qualidade do serviço a partir de tudo que puderem observar sobre o ambiente, limpeza, arrumação, pessoas, etc. Os prestadores de serviço, por outro lado, podem tornar os serviços tangíveis de várias maneiras a partir da valorização das características que possam ser observadas pelo cliente.
- **Participação do cliente no processo produtivo** – Na produção de serviços, o cliente pode participar desde o desenvolvimento até o consumo do mesmo. Na produção de bens, o consumidor tem baixo contato com as operações de produção, ao contrário da produção de serviços, onde há um elevado grau de contato. Devido à necessidade da presença do consumidor para iniciar o processo e a intangibilidade do serviço, há uma dificuldade em se definir e gerenciar os gargalos e recursos com restrições, pois a produção de serviços apresenta maior dificuldade em relação à manufatura quando do gerenciamento de gargalos e recursos com restrição de capacidade aos moldes da Teoria das Restrições (ANDRADE, 1996).
 - o O gargalo está associado a um roteiro de produção e a um ritmo conhecido de demanda e nenhum desses elementos é completamente conhecido em serviços (WALTER, 2000). Por necessitar da participação do cliente na produção do serviço, o tempo e o custo de deslocamento do cliente até as instalações, assim como sua tolerância a esperas do processo, devem ser considerados na decisão econômica da localização do serviço, assim como

a análise destes fatores para avaliação, pelo cliente, da qualidade do serviço prestado.

- o Sendo assim, um eficaz sistema de avaliação de resultados é fundamental a fim de garantir a sintonia entre a atuação local e as metas estratégicas da organização (GIANESI & CORRÊA, 1996). O alto grau de contato com o cliente torna a mão-de-obra recurso determinante da eficácia na organização, pois implica em elevado grau de julgamento pessoal quando da adequação do serviço às necessidades dos clientes, resultando, por um lado, em maior flexibilidade para atendimento às necessidades do cliente, mas torna mais difícil o gerenciamento quanto a resultados individuais (GIANESI & CORRÊA, 1996).
 - o Em serviços, devido a sua natureza, há menos possibilidades de aplicação de conceitos inerentes a padronização (LOVELOCK, 1983). Conceitos de produção em massa nem sempre podem ser adequados aos serviços, sob pena da perda da qualidade e conseqüente perda de clientes.
 - o Segundo Téboul (1999 *apud* WALTER, 2000), o objetivo da qualidade em serviços deve ser “zero deserções”, uma vez que a percepção do serviço prestado é imediata, subjetiva e qualitativa. Se ocorrer algum erro na presença do cliente, este deve ser recuperado. Para os defeitos fora do alcance visual do cliente, o objetivo é o “zero defeito”, para assegurar a qualidade no processo de prestação de serviço.
- **Produção e consumo simultâneos** – Geralmente não há uma etapa intermediária entre a produção de um serviço e o seu consumo. Assim, serviços não podem ser estocados nem tampouco transportados. Além disso, se percebe maior dificuldade na utilização eficaz da capacidade produtiva, pois caso a capacidade produzida disponibilizada não for utilizada, ela será perdida (GIANESI & CORRÊA, 1996). Portanto, deve-se ajustar à demanda, maximizando a utilização da capacidade instalada.
 - o A grande variabilidade nas operações de serviço torna o processo produtivo de difícil gerenciamento, principalmente quanto à alocação da capacidade,

levando o prestador do serviço a trabalhar com excesso de capacidade a fim de não perder as oportunidades de negócio. Por outro lado, a falta de padronização introduz a variabilidade no sistema. Logo, no longo prazo, soluções paliativas adotadas freqüentemente podem tornar o sistema ineficiente. Shingo (1996a) cita a padronização como especialmente eficaz para aumentar a produtividade, uma vez que ineficiências também resultam da diversificação das tarefas, ferramentas e produtos.

- o Segundo Téboul (1999), os serviços puros oferecem poucas perspectivas de ganhos de produtividade devido a forte interação com o consumidor. Já os serviços com forte teor de bens e informações podem ter melhores perspectivas se a interação for simplificada, automatizada ou se economias de escala puderem ser obtidas nos bastidores por um tratamento de massa ou através da melhor utilização da capacidade instalada.

2.4.2 Classificações em Serviços

Existem várias classificações de serviços, mas a seguir são analisadas as propostas por Andrade (1996), Walter (2000) e Ganesi & Corrêa (1996), a fim de se observar a relevância em termos de geração de idéias e percepções para apoio ao planejamento e controle da produção. As classificações analisadas resumidamente por estes autores são apresentadas através das seguintes variáveis:

- **Material processado** – A ênfase do serviço está no processo e o material processado pode ser os consumidores (pessoas), materiais (posses de pessoas) ou informações. O tipo de material processado tem impacto direto no modelo do sistema de produção, como a definição do leiaute e ambiente, por exemplo. Processar pessoas requer um ambiente especialmente atraente e confortável, melhorando o bem estar do consumidor. Para processamento de materiais (posses de pessoas), pode haver leiaute e divisão de atividades com características de manufatura, devido a não necessidade de presença física do cliente no processo. O processamento de informações possui características próprias quanto à distribuição dos recursos de produção. A evolução da Tecnologia de Informação possibilitou a

descentralização de recursos, o armazenamento e transporte de informações a um custo relativamente baixo.

- **Arquétipos de Serviços** – Classificação de serviços agregada em segmentos de serviços profissionais, loja de serviços e serviços de massa (GIANESI & CORRÊA, 1996) a partir das classificações de foco (equipamentos ou pessoas), tempo de contato com cliente por transação (alto ou baixo), grau de personalização (alto ou baixo), grau de julgamento do servidor (alto ou baixo), fonte de adição de valor (*front-office* ou *back-office*) e foco em produto ou processo (ANDRADE, 1996). Esta classificação permite a definição de estratégias de produção. Serviços com alto grau de personalização, julgamento pessoal dos funcionários e autonomia possuem ênfase nas pessoas, as quais devem possuir competências para tal.
- **Fonte de adição de valor** – Esta classificação faz a separação do processo em atividades em que ocorre contato com o cliente (*front-office*) das atividades de apoio – *back-office* (GIANESI & CORRÊA, 1996). As operações de *front-office* são as mais importantes em termos de valor agregado ao serviço. A separação das atividades de alto e baixo contato com o cliente permite que estas sejam projetadas e gerenciadas de maneira diferente e empregando recursos diferentes (WALTER, 2000).
- **Relacionamento com o Consumidor** – Avalia a participação do cliente como recurso no sistema produtivo, podendo o cliente executar tarefas que seriam de responsabilidade da empresa que presta o serviço, como no caso de serviços de auto-atendimento. É possível a obtenção de ganhos de produtividade se houver conhecimento das necessidades e do comportamento do cliente, com políticas diferenciadas de preços para clientes fiéis. O comprometimento do consumidor com a empresa e a sua relação com a sociedade, explicam a oportunidade de inserção de operações tipo *self service* – quanto maior o comprometimento e a base de relacionamento, maiores oportunidades de inserção de operações *self service* (ANDRADE, 1996).
- **Grau de Contato com o Consumidor** – A extensão dos contatos com clientes pode ser classificada entre alto ou baixo grau e exerce influência direta em características do processo de produção de serviço como a variabilidade no sistema e o controle

sobre o mesmo (ANDRADE, 1996). A autonomia para os funcionários que lidam diretamente com o consumidor é fundamental para contornar problemas relacionados à percepção da qualidade do serviço pelos clientes. Esta autonomia e responsabilidade delegada aos funcionários propiciam a maximização do aproveitamento de sugestões e críticas a respeito do serviço prestado, o que é útil para a resolução de problemas e o desenvolvimento de melhorias. Segundo Andrade (1996), na medida em que se eleva o grau de contato, as habilidades necessárias pelos servidores assumem caráter verbal/inter-pessoal e até mesmo de diagnóstico, característica de serviços profissionais.

- **Grau de Personalização** – Segundo Ganesi & Correa (1996, p. 43), “personalizar um serviço significa montar um pacote de serviços visando atingir as necessidades e expectativas de um cliente específico”. Por este conceito, pode haver um conjunto de serviços padrão que podem ser oferecidos de forma segmentada ou não, dependendo da exigência do cliente. O grau de personalização para serviços de massa seria dado pela viabilidade da composição deste portfólio de serviços enquanto que, para serviços profissionais, de alto grau de personalização, o serviço prestado apresenta-se como uma solução específica para uma demanda individual.
- **Natureza da interação com o cliente** – Refere-se a disponibilização do serviço ao cliente. Andrade (1996) as classifica como: (i) ‘consumidor vai à organização de serviços’; (ii) ‘organização vai ao consumidor’; ou (iii) ‘ao alcance da mão’. O desenvolvimento da TI e das comunicações, incluindo a *Internet*, tem proporcionado a crescente disponibilização de serviços ‘ao alcance da mão’, na medida em que os dados podem fluir sem restrições e até mesmo o pagamento pelos serviços prestados deixa de ser tangível, tornando-se virtual.
- **Base da Operação do Serviço** – Classificação voltada a análises com objetivos estratégicos, como explorar barreiras à entrada de novos fornecedores a partir de oportunidades em termos de economia de escala e tecnologia a partir da análise das necessidades tecnológicas em termos de base de operações do negócio – pessoas ou equipamentos (ANDRADE, 1996).
- **Níveis de Oferta e Demanda** – A alocação de capacidade de acordo com a flutuação da demanda assume caráter fundamental para o gerenciamento do sistema

produtivo, a fim de reduzir ou eliminar perdas relativas a tempo ocioso dos recursos e espera por parte dos clientes. O conhecimento do ciclo relativo à flutuação da demanda bem como suas causas, é fundamental para adoção de estratégias para suavização da variabilidade da demanda.

2.4.3 Considerações finais sobre Sistemas de Produção de Serviços

O conhecimento das características do processo produtivo no setor de serviços serve para a identificação de aspectos comuns entre categorias com o objetivo de elaborar estratégias para a definição do processo de produção, bem como para a compreensão do sistema produtivo e a geração de idéias e percepções, possibilitando a análise a partir de várias dimensões.

A partir do enquadramento das operações de serviço em categorias, torna-se possível o desenvolvimento de produtos e melhorias nas operações, permitindo que conceitos de administração possam ser adaptados ao sistema de produção de serviços.

No caso estudado nesta dissertação, a classificação dos serviços prestados na Unidade de Dependência Química facilitará o entendimento do processo de melhorias a ser implantado.

2.5 O Modelo de Análise

O modelo de análise representa o resultado da adequação do Modelo Teórico e do Referencial Teórico ao caso particular estudado e parte da premissa de que o objetivo da análise consiste na identificação e a eliminação das perdas no processo produtivo de tratamento de uma Unidade de Tratamento para Dependentes Químicos.

O estudo necessita estar estruturado para configurar um método de intervenção necessário à execução do trabalho e possibilitar a reaplicação do experimento em outros trabalhos da mesma natureza.

A seguir são apresentadas resumidamente as fases do modelo de análise proposto.

2.5.1 Classificação do serviço

A classificação das operações de serviço proporciona a compreensão do processo em estudo, na medida em que facilita a identificação das características dominantes na prestação dos serviços. Estas características têm implicação na forma de gerenciar o sistema de operações. Desta forma procura-se visualizar o processo em questão de acordo com as diversas classificações abordadas anteriormente.

2.5.2 Seleção dos Processos

São vários os processos envolvidos no tratamento da dependência química, objeto de estudo deste trabalho. Os processos avaliados foram selecionados a partir das impressões e percepções da equipe de trabalho formada para este estudo. Foram utilizados como instrumentos da pesquisa, questionários para avaliar a satisfação e a percepção do cliente com seu tratamento e identificar as principais queixas e os potenciais de melhoria no processo. Os processos selecionados e o resultado dos questionários estão descritos no diagnóstico da organização, apresentado no Capítulo 4 desta dissertação.

2.5.3 Descrição e Análise dos Processos

Existem atualmente diversos métodos para análise dos processos. O mapeamento do fluxo de valor – proposto por Rother & Shook (1999 *apud* LEIS, 2002) – é aquele que apresenta o menor nível de exigência para que o Grupo de Trabalho possa desenvolver e entender a importância de se conhecer o processo na qual estão inseridos. O mapeamento do fluxo de valor deve ser simples de ser entendido e executado, para poder gerar os seguintes benefícios: i) identificação das inter-relações dos principais processos; ii) simplifica o fluxo de trabalho no processo; iii) elimina operações desnecessárias no processo; iv) melhora a comunicação entre os colaboradores; v) possibilita a redução de custos; vi) proporciona entendimento das relações entre os clientes, colaboradores e fornecedores do processo; e vii) identifica as atividades que agregam valor para os clientes.

O modelo de mapeamento de processo para este trabalho está baseado na proposta de Leis (2002). Segundo o autor, ele pode ser aplicado a serviços onde se procura um melhor e mais rápido entendimento do sistema devido à simplicidade do método proposto. Os seguintes passos devem ser seguidos para realizar o mapeamento do processo atual:

- Passo 1 – Escolha de um Serviço: Antes de se iniciar o mapeamento do processo em si, o Grupo de Trabalho deve escolher um serviço. Recomenda-se que iniciem com serviços mais simples para posteriormente realizar o mapeamento do processo em serviços mais complexos.
- Passo 2 – Desenhando o Processo Atual: Depois que escolher o serviço a ser mapeado, inicia-se o mapeamento do processo em si. Cabe ao Grupo de Trabalho responsável por realizar o mapeamento, verificar as inter-relações existentes entre os fluxos dos materiais (também conhecido como fluxo físico do processo) – entrega de pertences dos pacientes, os pertences que devem ser entregues – e os fluxos das informações necessárias para o andamento do processo. Os dados relativos ao serviço que está sendo mapeado (tempos das operações) devem ser coletados enquanto a equipe acompanha os fluxos de materiais e das informações. Para realizar este passo, a equipe pode desenhar a mão e a lápis⁶. Deve-se começar com um rascunho simples da Unidade de Tratamento, na medida em que a equipe conduz a análise do estado atual que a mesma se encontra. Finalmente, para facilitar o desenho do processo atual, sugere-se primeiramente, mapear os fluxos dos materiais e logo a seguir, mapear os fluxos das informações do processo. Em seguida, deve-se realizar a integração de ambos os mapeamentos, constituindo um mapeamento global do processo.
- Passo 3 – Refinando o Desenho do Processo Atual: Baseado no desenho do processo atual realizado a partir de um serviço escolhido é relevante realizar um refinamento deste mapeamento. O Grupo de Trabalho deverá identificar em cada

⁶ O desenho a mão pode ser feito sem demora, enquanto se está no ambiente do mapeamento. Conforme ocorre o desenho do mapeamento, surgirá a necessidade de informações adicionais. O ato de desenhar é fundamental para o entendimento dos fluxos de materiais e das informações. Desenhar a mão significa um maior poder de concentração no entendimento do processo, ao invés de ocorrerem preocupações em como utilizar o computador. O objetivo de mapear o fluxo de valor não é o mapa em si, mas entender o fluxo da informação e dos materiais. E o ato de consertar manualmente os erros no desenho ajuda a refinar as habilidades de mapeamento (LEIS, 2002).

operação do desenho do processo qual o tipo de atividade a qual pertence segundo o modelo proposto por Shingo (1996a) para detalhamento dos processos.

2.5.4 Desenvolvimento de Melhorias

A partir da análise desenvolvida sobre os processos selecionados à luz do Referencial Teórico, em conjunto com a equipe de trabalho, serão propostas melhorias e aplicadas ao ambiente da Unidade de Tratamento de Dependência Química. Importante salientar que esta fase do trabalho compreende a *Fase da Ação* da metodologia da Pesquisa-ação, que é a metodologia a ser empregada neste estudo e será descrita no próximo capítulo.

2.5.5 Avaliação do Resultado

A partir dos indicadores de desempenho propostos por Goldratt (1994), é essencial verificar se as mudanças implantadas traduziram-se em melhorias no processo de tratamento, quanto ao seu custo e lucratividade. A eficácia do tratamento e a satisfação dos clientes quanto ao mesmo serão verificados através da administração dos questionários e do levantamento das queixas dos pacientes, assim como a taxa de abandono do tratamento será analisada criticamente.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 Introdução

A presente pesquisa parte de uma hierarquização metodológica que tem o objetivo de definir e interligar os métodos utilizados no trabalho. A apresentação introdutória desta hierarquia metodológica serve para demonstrar a estruturação do pensamento para a construção desta dissertação.

A partir de uma percepção inicial do pesquisador sobre o objeto de estudo associa-se o Referencial Teórico (apresentado no capítulo anterior). A partir da inter-relação entre as visões empírica e teórica originou-se uma proposta de Método Teórico de Abordagem Preliminar ao objeto de estudo.

Neste trabalho, o Método de Pesquisa a ser utilizado será a Pesquisa-ação, a qual constitui-se em uma pesquisa exploratório-descritiva que visa desenvolver um determinado ambiente organizacional ou objeto de análise, através da associação do saber formal dos pesquisadores ao saber formal e informal dos colaboradores na empresa (THIOLLENT, 1997).

A interação do Método Teórico de Abordagem Preliminar com o Método da Pesquisa-ação, desencadeia um processo de mudanças que resulta no Método Processual para Realizar Mudanças, que é o produto da adaptação dos elementos teóricos estudados às necessidades práticas da organização. A Figura 7 mostra a hierarquia metodológica a ser adotada para a elaboração da presente dissertação.

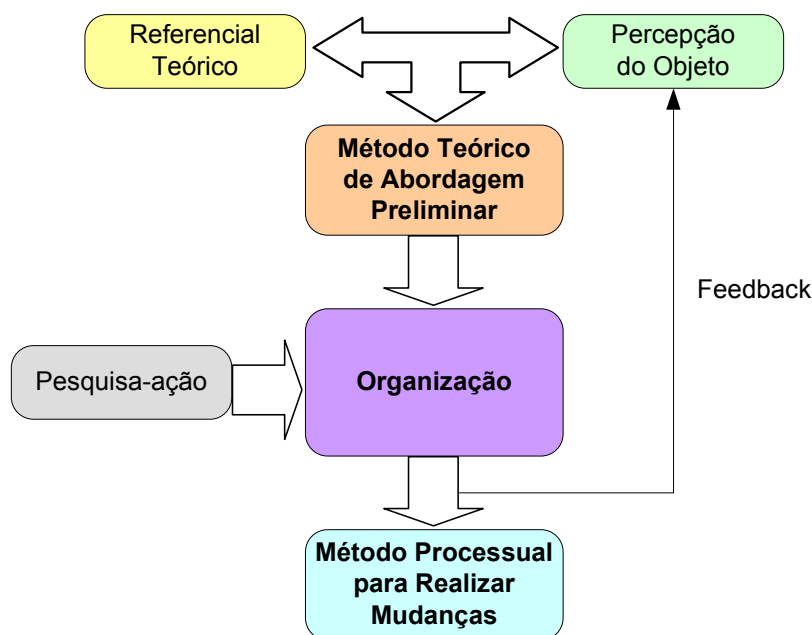


Figura 7: Hierarquia metodológica proposta pela dissertação

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

As mudanças desencadeadas pela interação do Método Teórico de Abordagem Preliminar com a Pesquisa-ação, além de gerar o Método Processual para Realizar Mudanças, retroalimentam a percepção do pesquisador sobre o objeto de estudo, renovando o processo com o objetivo de aprimorá-lo.

3.2 Método de Pesquisa

O Método de Pesquisa escolhido para este projeto é a Pesquisa-ação. Segundo Thiollent (1997), a Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Este envolvimento possibilita a seleção de uma abordagem de mudança que guiará a escolha e utilização de determinadas técnicas e ferramentas para a realização de estudos sistematizados dos processos.

Na Pesquisa-ação, o pesquisador não se limita a verificar se existe um modo melhor de realizar o trabalho. Necessita, também, operacionalizar tal expectativa, com o auxílio dos grupos de gestão da empresa. A atuação do pesquisador requer uma interatividade e cumplicidade com os demais atores, não só na definição dos problemas vividos na empresa, mas nas soluções propostas e na viabilidade das tecnologias adotadas para a busca das soluções necessárias (THIOLLENT, 1997).

Segundo Benbasat, Goldstein e Mead (1987), “a Pesquisa-ação pode ser considerada um tipo de estudo de caso onde o pesquisador deixa de ser um simples observador para tornar-se um participante na implementação de um sistema, embora simultaneamente queira avaliar uma certa técnica de intervenção. O pesquisador não é um observador independente, mas torna-se um participante e o processo da mudança torna-se objeto de pesquisa. Portanto, o pesquisador tem dois objetivos: (i) agir para solucionar um problema; e (ii) contribuir com um conjunto de conceitos para o desenvolvimento do sistema”.

Com uma pluralidade de objetivos para investigação, considera-se que a Pesquisa-ação é orientada em função de uma composição de objetivos de descrição e intervenção de acordo com os seguintes passos (THIOLLANT, 1997):

- As situações sociais são descritas baseadas em verbalizações dos diferentes atores em sua linguagem própria;
- Os pesquisadores elaboram um quadro de interpretação com conceitos derivados de conhecimentos sociológicos, políticos, psicológicos, etc.;
- Nas discussões de trabalho entre pesquisadores e participantes são geradas diversas tentativas de interpretação, com base nas interações entre descrição e conceitos;
- Em sessões coletivas, os conhecimentos derivados das inferências são inseridos nas estratégias ou ações;
- Os valores inerentes à conduta da ação e afetos inerentes à interação entre pessoas ou grupos, são objetos de análise e de controle por parte dos interessados; e
- As informações e itens coletados e discutidos em todos os passos precedentes são estruturados em conhecimentos comunicáveis.

No conjunto deste processo observa-se a importância dos fatos relacionados à linguagem ou a comunicação. Do ponto de vista metodológico, pressupõe-se que na Pesquisa-ação os pesquisadores estejam preparados para lidar com estes problemas no plano cognitivo.

Embora o projeto de Pesquisa-ação não tenha forma totalmente definida, pode-se considerar que existem quatro grandes fases (THIOLLENT,1997):

1. A fase exploratória, onde se detectam os problemas, os atores, as capacidades de ação e os tipos de ação possível;
2. A fase da pesquisa aprofundada é o momento no qual as situações são pesquisadas por meio de diversos tipos de instrumentos de coleta de dados e que serão discutidos e progressivamente interpretados pelos grupos que participam;
3. A fase da ação que consiste em difundir os resultados, definir objetivos exeqüíveis e apresentação de propostas que poderão ser negociadas entre as partes interessadas; e
4. A fase de avaliação tem por objetivos observar, redirecionar o que realmente aconteceu e resgatar o conhecimento produzido no decorrer do processo.

No decorrer da Pesquisa-ação, ocorre um efeito de aprendizagem. Os participantes e pesquisadores aprendem conjuntamente a identificar e resolver problemas dentro da situação em questão. A aprendizagem é difusa ao longo do processo e não é considerada como uma fase propriamente dita (THIOLLENT, 1997).

Segundo Argyrys & Schön *apud* Macke (1999, p. 10), “a Pesquisa-Ação constrói descrições e teorias dentro do contexto prático e avalia estas mesmas através de intervenções que são experimentos, cujos objetivos são testar hipóteses, responder a questões de pesquisa e provocar mudanças desejáveis na situação”.

A metodologia da Pesquisa-ação parece ser a mais adequada para a presente pesquisa por desempenhar um papel importante no estudo e aprendizagem do pesquisador e da equipe de trabalho, fornecendo-lhes meios para responderem com maior eficiência aos problemas de sua realidade organizacional.

Neste estudo, esta metodologia tem o objetivo inicial de registrar a percepção da equipe de trabalho sobre o tratamento na Unidade de Tratamento de Dependência Química. A partir da análise conjunta destas percepções e a luz do referencial teórico selecionado

para o estudo, a pesquisa buscará estruturar os problemas encontrados. A estruturação dos problemas encontrados é apresentada aos colaboradores pelo pesquisador afim de debaterem as possíveis soluções para os mesmos, possibilitando que todos os participantes possam entender e analisar as anomalias verificadas e procurarem uma solução para estas mesmas.

É possível considerar como outros objetivos da utilização desta metodologia o aumento do entendimento dos problemas da Unidade de Tratamento de Dependência Química pelos colaboradores envolvidos e, a partir disto, desencadear um processo de melhorias no tratamento fornecido neste serviço.

Além disto, a Pesquisa-ação irá proporcionar ao pesquisador a análise da organização como um todo e estabelecer um conjunto de técnicas e ferramentas destinadas a reestruturar os processos da organização – Método Processual para Realizar Mudanças. Também irá aumentar o entendimento dos colaboradores sobre o contexto organizacional onde estão inseridos, levando a constante reavaliação da sua estrutura, processos e mecanismos de controle, tornando a organização mais autocrítica e competitiva.

3.3 O Método de Trabalho

O trabalho será desenvolvido embasado nas quatro fases da Pesquisa-ação, descritas sucintamente da seguinte forma:

- Fase exploratória – compreende a revisão bibliográfica, a pesquisa do referencial teórico, diagnóstico da organização e aplicação dos instrumentos de pesquisa;
- Fase de pesquisa aprofundada – reuniões de grupo, discussão dos dados coletados na Fase Exploratória e definição dos processos que serão estudados;
- Fase da ação – elaboração de um plano de ações para melhorias;
- Fase da avaliação – avaliação da intervenção e das melhorias implantadas e construção do modelo de intervenção.

A contribuição metodológica deste trabalho é a aplicação do método da Pesquisa-ação para a construção de um modelo de intervenção para uma Unidade de Tratamento de

Dependência Química e que este modelo possa ser generalizado sob determinadas condições e com uma visão crítica, para serviços semelhantes. Esta pesquisa iniciou com uma seleção da metodologia do trabalho a partir de uma revisão bibliográfica, sendo escolhido o método da Pesquisa-ação⁷. Da mesma forma, foi feita a revisão bibliográfica das teorias que norteiam o Sistema Toyota de Produção (STP), Teoria das Restrições (TOC) e Organização dos Sistemas de Serviço (ver capítulo 2). Importante salientar que, em função da amplitude destas teorias, para a realização da presente pesquisa somente serão utilizados os conceitos básicos destas abordagens.

A partir das percepções do autor, da aplicação de questionários para os clientes e das reuniões do grupo de trabalho, elaborou-se o diagnóstico da organização. Com a identificação dos elementos que surgiram na 1ª fase, passou-se a utilizar nas reuniões técnicas de geração de idéias, principalmente a da Árvore da Realidade Atual, oriunda da TOC (ver Capítulo 2).

Finalmente, foi feita a avaliação dos resultados da intervenção de acordo com os objetivos propostos no trabalho e a descrição do *Modelo de Intervenção*, resultante da aglutinação dos elementos deste modelo que surgiram em cada uma das fases.

3.4 A Intervenção

Segundo Argyris (1970), intervir em uma organização é entrar em um sistema contínuo de relacionamento entre pessoas ou grupos com propósito de ajudá-los. O pesquisador-interventor possui três tarefas: (a) ajudar a gerar informações válidas e úteis; (b) criar condições nas quais os participantes podem fazer escolhas livres e embasadas; e (c) ajudar os mesmos a desenvolver um comprometimento interno para suas escolhas.

Conforme já foi explicitado, o objetivo da intervenção para o presente estudo consiste em provocar melhorias em uma Unidade de Tratamento de Dependência Química quanto a sua eficiência e seu desempenho econômico-financeiro, medido através de um sistema de indicadores de desempenho capazes de retratar a mudança ocorrida.

⁷ As razões para esta escolha já foram descritas previamente neste trabalho.

A intervenção ocorreu, principalmente, através de reuniões com o grupo de trabalho, com a direção da empresa, com a direção do hospital e com pequenos grupos selecionados pelo pesquisador em conjunto com a direção do hospital para a avaliação de situações que envolvessem a interface entre o Hospital e a Unidade de Tratamento de Dependência Química. As reuniões foram realizadas de maneira contínua ao longo da pesquisa e vários processos foram estudados em tempos diferentes, ou seja, enquanto alguns processos se encontravam na fase de ação, novos problemas detectados nas reuniões estavam na fase de pesquisa aprofundada.

De acordo com Thiollent (1997), as atribuições do pesquisador e dos participantes da pesquisa devem ser: (1) definir temas e priorizar problemas; (2) estudar os problemas em sua totalidade e definir as questões de pesquisa; (3) coordenar todas as atividades de pesquisa; (4) centralizar as informações; (5) interpretar os resultados; (6) buscar soluções e propostas de ação; (7) acompanhar as ações implantadas e avaliar os resultados; e (8) divulgar os resultados.

A seguir são abordados os aspectos teórico-práticos relacionados ao método de trabalho para o presente estudo.

3.5 Diagnóstico da Organização – Fase Exploratória

O método de diagnóstico da Pesquisa-ação propõe o uso de procedimentos adaptados às condições específicas enfrentadas no dia-a-dia e tem como objetivo reunir informações a respeito dos problemas. Esta fase da Pesquisa-ação apresenta uma natureza interativa, ou seja, conta com a participação das pessoas implicadas no processo e torna-se um instrumento importante de aprendizagem dos participantes (THIOLLENT, 1997).

A principal técnica utilizada para o diagnóstico da organização é a reunião com a equipe de trabalho. O objetivo das reuniões foi apresentar a equipe de trabalho os objetivos do presente trabalho e buscar o comprometimento dos mesmos com estes objetivos. Além da reunião com os participantes da pesquisa, foram utilizadas outras técnicas de coleta de dados com os pacientes, clientes do programa, com objetivo de se obterem opiniões e

percepções destes mesmos em relação à Unidade de Internação e ao Programa de Tratamento.

Para coletar as opiniões dos clientes, foram utilizadas três fontes:

- Levantamento com o grupo de trabalho das principais queixas dos clientes anotadas nas atas das últimas 50 assembleias de pacientes⁸;
- Trabalho escrito pela equipe interdisciplinar do Programa de Tratamento para publicação em revista científica da área de saúde sobre pesquisa telefônica realizada 6 meses após alta da internação, afim de detectar índice de recaídas (retorno ao uso de substâncias), número de re-internações, re-internações na mesma instituição ou em outras e seguimento ambulatorial do tratamento;
- Aplicação do Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ-8), e do Questionário de Percepção do Tratamento. Estes questionários são aplicados à véspera da alta hospitalar e no momento da alta hospitalar requerida. O objetivo destes questionários é avaliar a satisfação e a percepção do cliente com seu tratamento e identificar as principais queixas e os potenciais de melhoria no processo.

Importante salientar que na fase exploratória, além das atividades de coleta de dados, ocorreram também atividades de ação – reuniões de grupo e atividades de análise dos dados colhidos para diagnóstico. Foram descritos e analisados as características das operações de serviço da Unidade de Tratamento e os serviços prestados foram classificados de acordo com o referencial teórico. Conforme Thiollent (1997) existe entre as fases um constante vaivém e simultaneidade, devido à coexistência da pesquisa e da ação.

3.5.1 A Pesquisa de Satisfação do Cliente e da Percepção do Tratamento

O objetivo principal da Pesquisa de Satisfação do Cliente realizada neste estudo é avaliar o grau de satisfação e o grau de importância em relação ao serviço prestado aos pacientes internados durante seu tratamento. Já a Pesquisa de Percepção do Tratamento tem por objetivo avaliar a percepção que os pacientes têm do Programa de Tratamento e da

⁸ Assembleia de pacientes é uma das atividades do Programa de Tratamento. As reuniões ocorrem as quartas-feiras, das 10:00 às 11:30 horas, sendo o momento em que os pacientes fazem as suas reclamações e solicitações à equipe de tratamento e a administração do Hospital.

ajuda que receberam durante a internação. Como objetivos secundários de ambos os questionários, pode-se citar a avaliação dos clientes sobre o hospital como um todo, a identificação de potenciais de melhoria relacionados aos serviços oferecidos e estabelecer um elo de ligação entre os resultados obtidos e as ações de melhoria a serem propostas.

As pesquisas realizadas foram de cunho exploratório, ou seja, possuem como objetivo aumentar o conhecimento a respeito de um fenômeno, sem a preocupação de comprovar hipóteses.

Os principais métodos de coleta de dados são o método da observação e o método da comunicação. Os métodos de comunicação, quanto a sua forma de aplicação podem ser por entrevista ou por questionários de auto-preenchimento (MACKE, 1999). O método escolhido para a Pesquisa de Satisfação do Cliente e do Questionário de Percepção do Tratamento foi a comunicação e o instrumento de coleta de dados escolhido foi o questionário auto-preenchido.

A técnica de comunicação com questionários auto-preenchidos é denominada de auto-relato. Nesta técnica é solicitado aos entrevistados que respondam a um questionário contendo questões a respeito de suas atitudes e para mensurar estas mesmas são usadas escalas de medida. Estas escalas associam números às características de um objeto e permitem uniformidade das mensurações (MATTAR, 1997). Nos questionários aplicados, foi utilizada a escala de ordenação – os respondentes devem ordenar ou classificar as categorias apresentadas. As medidas de tendência central que podem ser calculadas para este tipo de escala são a moda e a mediana.

O questionário para Pesquisa de Satisfação do Cliente – CSQ 8, com oito perguntas e o Questionário de Percepção do Tratamento, foram obtidos através da Internet, na página do *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (2006), que permite livre acesso e uso a diversos tipo de questionários de pesquisa.

Existem outras versões do Questionário de Satisfação do Cliente com 30 perguntas. A versão de 8 perguntas foi selecionada devido a sua facilidade de aplicação, sua indicação para uso em serviços de dependência química pelo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* e pela OMS, através de seu *International Guidelines for the Evaluation of Treatment Services and Systems for Psychoactive Substance Use Disorders* (WHO, 2000) e pela disponibilidade para aplicação.

A população estudada com a aplicação do questionário corresponde aos pacientes internados que estavam no momento de sua alta hospitalar ou de sua alta requerida (solicitada por familiar ou responsável pela internação do paciente contrariando orientação do médico assistente). Os dois questionários foram aplicados simultaneamente e o período de aplicação ocorreu de setembro de 2005 a novembro de 2005, com 114 questionários preenchidos e devolvidos. Os questionários eram entregues pelo consultor da Unidade de Internação para auto-preenchimento, que não efetuava qualquer interferência no momento do preenchimento do questionário pelo cliente. Nos dois questionários foram projetados um espaço com instruções de preenchimento para críticas ou sugestões. Ao término do período determinado foram realizados o processamento e análise dos dados. As respostas foram tabuladas na planilha do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 12.0. O tipo de análise utilizada para o tratamento estatístico dos dados é o método descritivo de análise, que fornece informações sumarizadas dos dados obtidos da amostra como um todo. A análise dos dados foi feita de acordo com uma escala ordinal e os resultados foram fornecidos pela mediana, moda e a frequência percentual das respostas. Os questionários podem ser visualizados no Anexo C desta dissertação.

3.6 Fase da Pesquisa Aprofundada

Após a análise dos resultados da fase anterior, tem início a fase da pesquisa aprofundada, onde são intensificadas as discussões sobre os rumos da pesquisa. Este é o momento do estudo onde as idéias e impressões sobre o tema estudado são maturadas no sentido de envolver a equipe de trabalho com os problemas verificados, analisando-os de forma conjunta e delineando as estratégias de ação.

Os problemas verificados a partir do compartilhamento de experiências da equipe de trabalho são entendidos e estruturados. Nesta fase as reuniões constituem-se em uma maneira de levantar informações a respeito dos problemas da empresa, através das verbalizações dos atores implicados. O objetivo das reuniões é repassar aos participantes as informações coletadas através das diversas fontes já citadas. As reuniões foram divididas também em: (a) reunião com grupo de trabalho; e (b) reunião com pequenos grupos. Esta

divisão deveu-se as particularidades de alguns processos que envolvem diferentes grupos de trabalho e que estão descritas no Capítulo 4 desta dissertação.

A partir destas informações, é possível reunir elementos para caracterizar a situação atual da organização estudada, principalmente a respeito do processo de tratamento. Os processos envolvidos no problema inicialmente detectado deverão ser mapeados, discutidos e interpretados pelo grupo de trabalho à luz do referencial teórico escolhido para o trabalho. A discussão deverá se estender até a influência destes processos no resultado do processo de tratamento.

Nas reuniões realizadas nesta fase foram divulgados os resultados da pesquisa realizada com os clientes e discutidos os principais problemas identificados, com o objetivo de construir a *Árvore da Realidade Atual (ARA)*, técnica para levantar as causas dos problemas. As técnicas utilizadas para avaliação das causas dos problemas foram aplicadas na Fase da Ação.

3.7 Fase da Ação

Esta fase consiste em divulgar os resultados obtidos até o presente momento, definir objetivos exeqüíveis e apresentar propostas que poderão ser negociadas entre as partes interessadas. O objetivo desta fase no presente estudo é o de operacionalizar as ações sugeridas no decorrer do estudo, verificando a eficácia de tais ações para aplicação da TOC e do Sistema Toyota de Produção no ambiente da Unidade de Tratamento em Dependência Química. A partir das interpretações e discussões do grupo de trabalho e dos resultados obtidos na análise dos dados, serão conjuntamente definidos alguns objetivos e um método processual para realizar as mudanças no tratamento.

Estas reuniões resultaram em ações concretas, modificando processos na Unidade de Tratamento de Dependência Química.

3.8 Fase da Avaliação

Esta fase consiste na avaliação das melhorias sugeridas, definindo um conjunto de ações para melhora do desempenho do objeto de estudo. A avaliação dos resultados do presente trabalho será feita através de indicadores de desempenho.

As análises dos resultados, juntamente com as habilidades do pesquisador e o projeto de pesquisa são os principais fatores que influenciam a qualidade do estudo na Pesquisa-ação (WESTBROOK, 1995).

3.9 Considerações Finais do Capítulo

No presente capítulo foi abordado o método da Pesquisa-ação como metodologia de pesquisa escolhida para o desenvolvimento desta dissertação. Foram feitas considerações teóricas sobre este método e de sua adaptação para o estudo de caso que serve de objeto para este trabalho. Foi apresentado o referencial teórico em torno desta metodologia de pesquisa assim como questões práticas para adaptação da mesma a este estudo, como as etapas para sua condução. Na apresentação introdutória deste capítulo, foi demonstrada a hierarquização metodológica que tem o objetivo de definir e interligar os métodos utilizados no trabalho. No próximo capítulo será apresentado o estudo de caso em questão.

4 O ESTUDO DE CASO

4.1 Considerações Iniciais

Neste capítulo é apresentado o Programa da Unidade de Tratamento de Dependência Química, objeto deste estudo. Também foi feita uma rápida revisão dos modelos de intervenção terapêutica utilizadas no tratamento da dependência química. São explicitados os dados e resultados da aplicação prática dos conceitos e teorias apresentadas no Referencial Teórico. Esta aplicação ocorreu ao longo do ano de 2005 e o desenvolvimento do capítulo segue o da metodologia da Pesquisa-ação de acordo com as quatro fases sugeridas por Thiollent (1997).

4.2 Modelos de Intervenção Terapêutica no Tratamento da Dependência Química

A drogadição é uma doença complexa caracterizada pela busca compulsiva de droga que persiste mesmo quando o usuário é confrontado com os prejuízos provenientes do seu uso. Para muitas pessoas, a drogadição torna-se uma doença crônica, sujeita à recaídas mesmo após longos períodos de abstinência.

O caminho para drogadição inicia-se pelo ato de consumir a droga. Com o tempo a possibilidade do indivíduo escolher entre usar ou não a mesma tende a ficar comprometida. O desenvolvimento da compulsão é resultado do uso prolongado da droga sobre o

funcionamento cerebral que, também, acaba por afetar o comportamento do indivíduo, interferindo nas suas atividades em âmbito familiar, profissional e na sociedade em geral.

A drogadição aumenta o risco de que o indivíduo usuário contraia uma série de outras patologias, como consequência direta de seu uso ou como seqüela de maus hábitos de higiene e exposição a situações de risco, como por exemplo, violência e compartilhamento de seringas.

Devido à complexidade do problema, o tratamento para esta doença não é simples. O tratamento ideal deve ajudar o indivíduo a parar de usar drogas e manter um estilo de vida livre das mesmas. Ao mesmo tempo, a idéia é que o paciente retome o seu funcionamento produtivo na família, trabalho e sociedade.

Um dos grandes debates da literatura mundial sobre dependência química é o de como definir um Programa de Tratamento eficaz. Um tratamento efetivo deve incorporar muitos componentes terapêuticos diferentes, cada um direcionado a um aspecto diferente da doença e as suas consequências (NIDA, 1999). Existem múltiplas abordagens ao problema e tem sido muito difícil para os pesquisadores chegarem a um consenso no que tange a definição de um único modelo de Programa de Tratamento. Segundo Milby (1988), as modalidades de tratamento de dependentes químicos podem ser classificadas em quatro grandes grupos:

- Abordagens médico-farmacológicas – incluem hospitalização para desintoxicação e tratamento de doenças relacionadas à dependência química; tratamento psiquiátrico; tratamento não-psiquiátrico com clínico geral; terapia de manutenção com opióides⁹ e terapias com antagonistas¹⁰.
- Abordagens psicossociais – incluem psicoterapia psicanalítica; psicoterapia de apoio; psicoterapia e orientação familiar; terapia cognitivo-comportamental; psicoterapia de grupo e terapia de aconselhamento.
- Abordagens sócio-culturais – englobam as metodologias seguidas pelas Comunidades Terapêuticas e os Grupos de Narcóticos Anônimos.

⁹ As terapias de manutenção com opióides constituem-se na utilização de um medicamento derivado de ópio e fornecido de maneira controlada, sob prescrição médica, para o tratamento de pacientes usuários de drogas ilegais derivadas do ópio, tais como morfina e heroína.

¹⁰ As terapias com antagonistas de opióides consistem na utilização de medicamentos que bloqueiam a ação dos derivados de ópio no sistema nervoso central.

- Intervenções baseadas em abordagens religiosas – enfoque institucional na doutrinação religiosa e o aconselhamento espiritual.

É bastante comum que um Programa de Tratamento contenha vários componentes terapêuticos destes diferentes modelos conectados entre si ao longo do tratamento do indivíduo. Também é comum que um paciente usuário de substâncias psicoativas receba ajuda de vários tipos de programas de tratamento ao longo de seu tratamento (WHO, 2000).

Segundo o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 1999), o tratamento para dependência química é tão efetivo quanto o tratamento para outras doenças crônicas semelhantes. Porém, apesar das evidências científicas da eficácia do tratamento, parece ser de senso comum que o tratamento para esta doença é ineficaz. É possível que isso seja parcialmente explicado pelas expectativas irreais dos indivíduos que consideram a doença como simplesmente o uso de drogas. Neste sentido, tendem a considerar que a cura está relacionada à simples supressão do uso dessas substâncias. De fato, por ser uma patologia crônica, a abstinência da substância no longo prazo, geralmente é atingida após tratamentos repetidos. É importante pontuar que nem todos os tratamentos são igualmente efetivos. O *National Institute on Drug Addiction* (NIDA, 1999) desenvolveu uma série de princípios que caracterizam os tratamentos mais efetivos para a dependência química, a saber:

- Não existe um único tratamento eficaz para todos os indivíduos. O tratamento deve se ajustar aos problemas e necessidades individuais para obter sucesso e atingir o objetivo da abstinência;
- O tratamento deve estar disponível quando o paciente estiver pronto (tomar a decisão de parar);
- Para ser efetivo o tratamento deve atender as necessidades médicas, psicológicas, legais e sociais do indivíduo além de tratar sua drogadição;
- O paciente pode necessitar de várias combinações de serviços durante o curso de seu tratamento à medida que suas necessidades vão se modificando. Além do tratamento médico e psicológico, pode tornar-se necessária a terapia familiar, reabilitação profissional e o uso de outras especialidades médicas;
- A permanência no tratamento por um período adequado é fundamental para o sucesso do tratamento. Segundo o NIDA (1999), a maior parte dos pacientes

apresenta melhora significativa em três meses de tratamento, sendo que a maioria dos tratamentos em internação utiliza o modelo Minnesota, que prevê 28 dias de internação¹¹;

- O aconselhamento individual ou em grupo e outras terapias comportamentais são fundamentais para a eficácia do tratamento. Na terapia os pacientes trabalham a sua motivação para abstinência, criam estratégias para evitar a recaída e melhoram suas habilidades para resolução de problemas;
- O uso de medicamentos é um elemento importante do tratamento para muitos pacientes, especialmente quando combinados com o aconselhamento individual e outras terapias comportamentais;
- Indivíduos drogaditos apresentando comorbidade¹² com outras patologias psiquiátricas, devem ter as patologias tratadas concomitantemente;
- Desintoxicação é somente o primeiro estágio do tratamento e provoca pouca mudança no comportamento de uso de drogas, porém, é o primeiro passo para um tratamento efetivo de longa duração;
- O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo, mas uma forte motivação pode facilitar o processo de tratamento;
- Lapsos ou recaídas no uso de drogas podem ocorrer durante o tratamento. O monitoramento dos pacientes ao longo do tratamento através de exames de urina ou outros exames pode ajudar o paciente a evitar a recaída;
- Os programas de tratamento devem oferecer avaliações para HIV/AIDS, hepatites B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas. Deve também aconselhar os pacientes na mudança de comportamentos de risco;

¹¹ O Modelo Minnesota, também conhecido como modelo de abstinência, foi criado em 1950 por um psicólogo e um psiquiatra em um hospital psiquiátrico público do Estado de Minnesota, EUA. O elemento base do tratamento é a multidisciplinariedade, com a mistura de profissionais de saúde e não profissionais, consultores, preferencialmente drogaditos em abstinência, através da utilização de princípios do AA (Alcoólicos Anônimos). Neste modelo há um plano de tratamento individualizado com um envolvimento familiar ativo, em um ambiente de 28 dias de internação e participação em grupos de AA durante e após a internação. O objetivo, além da promoção da abstinência, é o de educar a família e o paciente sobre a sua doença. Nos últimos anos, o Modelo Minnesota vem se tornando mais flexível com a internação de 28 dias devido às exigências dos Planos de Saúde. O modelo espalhou-se pelo mundo e é mais utilizado em hospitais e clínicas privadas do que no serviço público (OWEN, 2003).

¹² Chama-se de comorbidade a existência num mesmo indivíduo de duas patologias diferentes, como por exemplo, um indivíduo dependente de cocaína e com diagnóstico de depressão.

- A recuperação de uma drogadição pode ser um processo prolongado e geralmente requer tratamento para múltiplos episódios de recaída até atingir o objetivo de abstinência prolongada e restauração do funcionamento familiar, profissional e social.

Os tratamentos variam de acordo com a droga de escolha e o tipo de paciente, sendo correto afirmar que o melhor tratamento é aquele que combina as melhores técnicas terapêuticas e outros serviços de apoio ao paciente (NIDA, 1999).

Olivenstein (1984) afirma que a cura é um longo processo a ser percorrido, no qual surgem contratempos e as recaídas são comuns. O mais importante e mais difícil é compreender as motivações do indivíduo, fazer com que ele tome consciência delas, ajudá-lo a transformá-las e prepará-lo para suportar a vida.

Miller (1997) pontua que o processo de tratamento, sendo ambulatorial ou em regime de internação hospitalar deve ser reabilitativo, educacional, corretivo e buscar restabelecer a mente, o corpo e o espírito do indivíduo. Sendo assim, o foco principal do tratamento em regime de internação é a estabilização clínica, psicológica e a preparação para reabilitação com tratamento ambulatorial do paciente.

4.3 Descrição da Organização

A Organização em estudo é uma entidade de saúde privada de Porto Alegre/RS, que realiza serviços de atendimento em saúde mental e tratamento de dependência química. A prestação de serviços em saúde ocorre ambulatorialmente, em sedes próprias ou em parcerias com outras instituições de saúde e atendimento a pacientes internados, exclusivamente em um Hospital Psiquiátrico também localizado em Porto Alegre/RS. O processo de tratamento da dependência química, foco deste estudo, ocorre em parceria com um tradicional Hospital Psiquiátrico, que disponibiliza hotelaria e enfermagem em uma unidade exclusiva para o tratamento da dependência química.

A parceria para o tratamento da dependência química entre as duas Organizações iniciou no ano de 2001. No ano de 2005, passaram em torno de 1.000 pacientes pelo

Programa de Tratamento em dependência química. Cabe a organização em estudo fornecer a equipe técnica e gerir este Programa de Tratamento.

Sua estrutura é composta por dois psiquiatras (sendo um deles o diretor do programa), três psicólogas, um consultor em dependência química (gerente da unidade), duas terapeutas ocupacionais e um professor de educação física. A enfermagem, parte fundamental no processo de tratamento dos pacientes, é gerenciada pelo Hospital. O mesmo ocorre no que tange aos serviços de limpeza, nutrição, farmácia e manutenção.

A Unidade de Tratamento comporta, em um mesmo período de tempo, quarenta e cinco leitos subdivididos em duas unidades, conhecidas como UDQ (Unidade de Dependência Química) 1 e UDQ 2. A clientela da UDQ 1 é composta predominantemente por homens jovens e com perfil de usuários de drogas ilícitas. A UDQ 2 tem 20 leitos e é uma unidade mista na qual os homens internados são maiores de 40 anos de idade e são predominantemente alcoolistas. As mulheres internadas nesta unidade não apresentam limitações de idade ou do tipo de droga de escolha.

A Unidade de Tratamento encontra-se isolada do restante do hospital e possui pátio próprio com estufa para hortoterapia¹³, quiosque, churrasqueira e quadra poliesportiva para atividades de educação física. As duas Unidades oferecem quartos semi-privativos (dois a três leitos por quarto), sendo que alguns quartos possuem instalações sanitárias e os demais utilizam banheiros e chuveiros coletivos. As refeições são feitas em conjunto no refeitório comunitário. Cada Unidade dispõe de refeitório, sala de TV, lareira, consultório para atendimentos individuais e posto de enfermagem. As reuniões de grupos ocorrem na sala de TV, no quiosque, no pátio e, quando na fase três do Programa de Tratamento, em outras áreas do Hospital.

4.3.1 O Programa de Tratamento

O Programa de Tratamento tem uma duração média de 28 dias (seguindo o modelo Minnesota), divididos em três fases. O referencial teórico do atendimento ao paciente do

¹³ A hortoterapia é uma atividade desenvolvida pela terapia ocupacional com fins terapêuticos e consiste na preparação, adubação e plantação de legumes, hortaliças e flores para consumo próprio pelos pacientes durante a internação.

Programa é baseado na Entrevista Motivacional¹⁴ de Miller & Rollnick (2001) e na Terapia Cognitivo-Comportamental¹⁵. Esta técnica psicoterápica caracteriza-se por ser breve, estruturada, colaborativa, educativa e voltada para o presente, isto é, no “aqui e agora”. Nesta perspectiva, visa modificar pensamentos e comportamentos, proporcionando alívio sintomático e modificação duradoura de comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

A Terapia Cognitiva é versátil na sua forma de utilização. Em função disto é utilizada individualmente e também em grupos, assim como com casais e famílias. É também, uma técnica que pode ser utilizada juntamente com grupos do tipo Alcoólicos Anônimos (AA) ou Narcóticos Anônimos (NA).

Os focos de atenção no atendimento de um cliente com problemas de adições no âmbito do modelo cognitivo são: (i) manejo da fissura; (ii) exame das crenças ligadas ao uso de substâncias psicoativas; (iii) desenvolvimento de habilidades para solucionar problemas; e (iv) prevenção à recaída. Para tanto são usadas técnicas básicas de identificação, avaliação e questionamento de pensamentos automáticos e crenças, registro diário de pensamentos automáticos disfuncionais, visualização, distração, dramatização, entre outras.

Como visto acima, são associadas junto a Terapia Cognitiva de Beck (1997), o Modelo Comportamental desenvolvido por Marlatt & Gordon (1993) – conhecido como Prevenção da Recaída – e técnicas de Entrevista Motivacional (MILLER & ROLLNICK, 2001). Assim, adota-se o Modelo Teórico Cognitivo-Comportamental para tratamento de pessoas com Transtornos Aditivos (uso de álcool, drogas, compulsões para jogo, sexo, internet, etc.).

¹⁴ A Entrevista Motivacional é uma terapia de aconselhamento centrada no indivíduo com o propósito de iniciar a mudança de comportamento ajudando os pacientes a resolverem sua ambivalência quanto a engajarem-se em um tratamento e pararem com seu uso de drogas. Esta terapia utiliza estratégias para buscar mudanças internas no paciente. A mesma consiste de uma série de 2 a 4 sessões individuais que buscam o auto-convencimento do paciente quanto ao seu uso de substâncias, plano para mudança e estratégias para situações de risco. Nas sessões subseqüentes, o terapeuta monitora a mudança, revisa as estratégias em uso e encoraja o cliente a manter-se em abstinência.

¹⁵ Estudos revisados por Beck (1997), demonstram a eficácia da Terapia Cognitiva no tratamento da drogadição assim como para outros transtornos. Uma revisão de estudos controlados por Dattilio & Padeski (1995) sugere ser a Terapia Cognitiva tão efetiva quanto os medicamentos para o alívio da depressão, além de apresentar uma taxa inferior de recaídas, quando comparado ao tratamento farmacológico. A quantidade crescente de trabalhos que mostram a eficácia desta terapia constitui uma explicação para o fato desta abordagem ser considerada a que mais obteve popularidade nos últimos 20 anos, tal como demonstra uma pesquisa realizada por Robins, Gosling e Craik (1999).

4.3.1.1 Programa de Desintoxicação, Motivação e Avaliação – Fase 1

É a primeira fase do tratamento e compreende as atividades realizadas na primeira semana de internação. Esse período provoca inúmeros desconfortos em função da abstinência. Em função disso, as atividades de grupo e individuais são construídas de forma criativa, objetivando a tranquilidade do paciente, minimizando o desgaste e proporcionando acolhimento.

A primeira fase compreende a desintoxicação, motivação e avaliação do paciente e é desenvolvida de forma a motivar o paciente para a mudança, favorecer o vínculo terapêutico e o encaminhamento para uma abordagem especializada nos Transtornos Aditivos, bem como auxilia na desintoxicação, na adaptação à internação e ao tratamento, fornecendo esclarecimentos e informações básicas sobre o mesmo.

4.3.1.2 Programa de Tratamento em Regime de Internação – Fase 2

Na segunda fase do Programa são desenvolvidas atividades dinâmicas que incluem atendimentos individuais, grupais e avaliações médicas necessárias ou solicitadas, com duração média de 14 (quatorze) dias.

O eixo do Programa consiste na Promoção à Abstinência e oferece recursos necessários para que os pacientes possam enfrentar a realidade “fora” da internação hospitalar.

Didaticamente, o Programa permite: (i) o reconhecimento cognitivo das situações de risco internas ou externas que podem levar o paciente a recair no uso de drogas ou outros comportamentos aditivos; (ii) promover amplas mudanças do estilo de vida; (iii) identificar os aspectos desencadeantes de uma recaída; (iv) elaborar estratégias específicas para controlar a fissura e/ou compulsão; (v) ter um aprendizado psicoeducacional de modificações, crenças, pensamentos e atitudes associadas ao comportamento; (vi) ter conhecimentos gerais sobre as drogas e outros comportamentos – uso e abuso – acompanhados de reflexão individual e grupal; (vii) estruturação de uma nova rotina diária em substituição aos rituais de obtenção e consumo; (viii) estabelecer um plano de metas e objetivos.

O modelo terapêutico proposto tem como característica a combinação de técnicas psicoterapêuticas. Neste sentido tende a tornar-se bastante flexível para ser utilizado: a) no tratamento de comportamentos aditivos; b) em transtornos compulsivos; c) no descontrole de impulsos.

4.3.1.3 Programa de Prevenção à Recaída e Reinserção Social – Fase 3

Nesta terceira fase do tratamento, que compreende a última semana do Programa de Tratamento, composta de sete dias, as atividades são voltadas para a visualização de estratégias de enfrentamento às situações de risco e ansiedade gerada pelo retorno a rotina do lar e da família. Esse período provoca ansiedade pela antecipação das situações que serão enfrentadas após a alta. Em função disso, as atividades de grupo e individuais são construídas de forma que o paciente possa criar um novo repertório de comportamentos e atitudes a serem adotados para a manutenção da abstinência.

4.3.1.4 Programa de Família

Hoje se sabe que o grupo familiar, como contexto social primário, tem uma contribuição fundamental para dar na recuperação e na reintegração social de pacientes dependentes de álcool, drogas e outros comportamentos aditivos. Já se observou que os membros das famílias tendem a desenvolver comportamentos e atitudes disfuncionais perante estes indivíduos, muitas vezes não contribuindo para seu processo de recuperação.

O acompanhamento familiar desenvolvido durante o tratamento consiste num trabalho psicoeducacional de orientação terapêutica aos familiares e companheiros de dependentes químicos e outros comportamentos aditivos, tendo como objetivo o desenvolvimento de recursos de ajuda efetiva por parte dos familiares na recuperação do dependente. Para tanto, é utilizado um modelo de tratamento do grupo familiar no qual ele é inserido em grupos multifamiliares, com o objetivo de criar um espaço de reconhecimento mútuo entre as famílias de dependentes químicos e adictos e destas com o tratamento e a Equipe que o realiza. Os objetivos dos atendimentos multifamiliares são os seguintes:

- Promover aumento da eficácia do tratamento;
- Diminuição do sofrimento das pessoas que convivem com os dependentes;

- Orientar sobre o uso, abuso e dependência;
- Trabalhar o conceito de Prevenção;
- Prover espaços de compartilhamento de experiências;
- Ampliar os espaços de ajuda mútua dentro da família;
- Contar com o familiar como motivador e referência de saúde para o paciente;
- Trabalhar a co-dependência;
- Investigação da dinâmica familiar, dos mecanismos de defesa utilizados, das possibilidades de relação e da disposição para o tratamento;
- O fortalecimento de todos os familiares como grupo, para que não haja necessidade do “sacrifício de um eleito”;
- Enfatizar o “não” às famílias;
- Passar do ato às palavras;
- A sinceridade em oposição às mentiras, aos pactos perversos, às duplas mensagens;
- Aprendizagem de que o outro é uma pessoa separada, com seus próprios desejos e necessidades; e
- Contato com seus sentimentos, possibilitando uma vivência de relacionamentos saudáveis.

4.3.1.5 Atividades Desenvolvidas na Unidade de Internação

A seguir são resumidamente descritas algumas atividades desenvolvidas ao longo do Programa de Tratamento.

4.3.1.5.1 Aconselhamento

O aconselhamento é, sem dúvida, a intervenção psicossocial mais amplamente utilizada em dependência química. Parte-se do princípio de que a experiência pessoal é fundamental para o reconhecimento das necessidades intrínsecas de um dependente químico. Ao longo dos anos, esta cultura de atendimento se estruturou em quase todas as Clínicas que oferecem tratamento à dependência química. O aconselhamento é definido como o manejo regular de pacientes dependentes, fundamentalmente por meio do apoio,

proporcionando estrutura, monitoração e acompanhamento da conduta e encorajamento da abstinência, além de proporcionar tarefas concretas tentando modificar a dependência por meio da identificação dos problemas diários e comportamentos que contribuem para a auto-administração da droga, pela instrução sobre os efeitos da mesma, pela intensificação da motivação e por meio da distribuição de tarefas visando a superação destes problemas.

O aconselhamento, assim como as outras formas de psicoterapia, tenta auxiliar o paciente no manejo das conseqüências relacionadas com sua dependência, que ao cabo de muitos anos, terminaram se transformando em uma rotina em sua vida. A abordagem utilizada tem o objetivo de encaminhar ou resolver os problemas imediatos que impeçam a abstinência. Não se propõe a abordar aspectos psicológicos envolvidos na dependência química do paciente, a não ser para afastá-lo e facilitar as condutas de abstinência.

4.3.1.5.2 Assembléia de Pacientes

Através da participação em conjunto, os pacientes das duas Unidades de Internação (UDQ 1 e UDQ 2) são reunidos em uma Assembléia. Assim, estes mesmos possuem a oportunidade de manifestar suas sugestões ou reclamações sobre a Unidade e os atendimentos. Ao mesmo tempo, são fortalecidos o sentimento de grupo, responsabilidade e envolvimento, como um todo e com as atividades da Unidade.

4.3.1.5.3 Educação Física

A educação física é uma atividade complementar ao tratamento durante a internação. Auxilia na desintoxicação e na melhoria das condições físicas e mentais dos pacientes internados. As atividades ocorrem todos os dias pela manhã e os pacientes são divididos em grupos, conforme critérios de sexo e idade, para realizarem atividades físicas compatíveis com as faixas etárias e de gênero.

4.3.1.5.4 Grupo Operativo

O que caracteriza os grupos operativos é a relação que seus integrantes mantêm com a tarefa. Esta tarefa poderá ser a obtenção da “cura” (se for um grupo terapêutico) ou a

aquisição de conhecimentos (se for um grupo de aprendizagem). Em essência, não há diferenças entre propósitos terapêuticos e de aprendizagem. Refere-se ao conjunto de experiências, conhecimentos e afetos prévios com que os indivíduos pensam e agem em grupos, mas que para se tornar operativo, ou seja, gerador de mudanças pretendidas, necessita da aplicação de uma estratégia, de uma tática e de uma técnica.

Esquemáticamente, um grupo torna-se operativo quando preenche as condições preconizadas nos 3M's, a saber: Motivação para tarefa, Mobilidade nos papéis a serem desempenhados e disponibilidade para Mudanças que se evidenciem necessárias.

4.3.1.5.5 Grupo Motivacional

As pessoas mudam de várias maneiras e por inúmeros motivos. É um problema comum das pessoas sentirem-se bloqueadas, persistirem em padrões de comportamento que claramente as prejudicam e àqueles a sua volta. Em nenhuma outra área, esse problema é mais claramente visto do que no comportamento dos pacientes dependentes químicos, que buscam a gratificação imediata obtida pela sensação de prazer ocasionada pelo uso da droga, à custa de prejuízos em longo prazo.

O grupo motivacional é estruturado a partir da abordagem da entrevista motivacional proposta por Miller & Rollnick (2001), a fim de ajudar o paciente a desenvolver um comprometimento e a tomar a decisão de mudar, aproveitando o recurso terapêutico grupal, preparando assim uma base motivacional para outras abordagens.

4.3.1.5.6 Grupo de Sentimentos

Este grupo foi estabelecido para uma manifestação mais livre, espontânea e autêntica dos sentimentos que transitam entre os membros do grupo. Além disso, o Grupo de Sentimentos tem como objetivo, atingir um equilíbrio entre as ansiedades de seus diferentes membros, alcançando um estado de mínima perturbação, propiciando a verticalidade (a história, as experiências, as circunstâncias pessoais de um membro do grupo) e a horizontalidade (denominador comum da situação grupal, ou seja, aquilo que em um dado momento é compartilhado por todos os membros do grupo consciente ou inconscientemente).

4.3.1.5.7 Grupo de Alta

O objetivo fundamental do Grupo de Alta é a reinserção social. Esta mesma, significa a progressiva ressocialização do indivíduo em um ambiente que reforce a sua capacidade como um ser autônomo, de interrelacionar-se com seu grupo social, de buscar a felicidade e a auto-afirmação, de lutar, distinguir meios e fins, buscar um significado à própria vida, potencializar o processo de maturidade, pensar, projetar e escolher.

Deve ajudar o paciente a:

- Reconhecer seus valores pessoais;
- Reconhecer seus interesses;
- Dar valor à responsabilidade; e
- Formular e concretizar suas escolhas.

4.3.1.5.8 Prevenção a Recaída

Os Grupos de Prevenção à Recaída se constituem no objetivo final do tratamento. Partindo da premissa de que, ao internar-se, o paciente deixa de utilizar a sua substância de escolha, então o seu objetivo passa a ser o de adquirir estratégias para evitar a repetição do uso ou recaída. Vários são os grupos operativos que lidam com a questão da prevenção a recaída, sendo eles:

- Visão Geral dos Determinantes Imediatos e Reações;
- Antecedentes Encobertos, Equilíbrio do Estilo de Vida e Preparações para a Recaída;
- Determinantes Situacionais e Intervenções de Treinamento de Habilidades;
- Situação de Alto Risco;
- Situações de Alto Risco – Identificação e Classificação;
- Treinamento das Habilidades de Enfrentamento;
- Dramatização;
- Auto-eficácia, Motivação, Compromisso e Força de Vontade;
- Fissuras, Compulsões e Expectativas de Resultado Positivo;
- Decisões Aparentemente Irrelevantes (DAI's);

- Distorções Cognitivas e Processo de Recaída;
- O que fazer quando ocorre um Lapso;
- Mudança no Estilo de vida; e
- Cartão-resposta.

4.3.1.5.9 Psicoterapia de Apoio

Ao longo da vida, há períodos críticos nos quais mudanças ocorrem com maior intensidade. Eventos fortuitos podem causar um profundo impacto na vida das pessoas. A capacidade de superar ou não as crises varia em função da capacidade que os indivíduos têm de se adaptarem ao longo das situações de vida e levar adiante as tarefas próprias das diferentes fases do ciclo de vida.

Neste contexto, a psicoterapia de apoio tem como objetivos a restauração do nível prévio de funcionamento, o reforço de mecanismos de defesa adaptativos e a promoção do crescimento do paciente mediante a remoção de forças que o bloqueiam, bem como o reforço de aspectos positivos de sua personalidade e o desenvolvimento de capacidades para lidar com déficits provocados.

4.3.1.5.10 Seminários

Durante o processo de tratamento, as dúvidas e informações sobre vários assuntos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras questões relacionadas às drogas e ao tratamento, são trabalhadas na forma de seminários.

4.3.1.5.11 Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional é um processo rico em informações que favorecem o estabelecimento de um canal de comunicação com os pacientes. As técnicas utilizadas criam elementos facilitadores de inserção social, através de técnicas grupais e de um espaço de produção. É importante para o trabalho da Terapia Ocupacional, considerar, independente do tipo de atividade desenvolvida (seja artística, de lazer, profissional ou indicada) na situação terapêutica, que a mesma tenha algum significado para o paciente.

4.3.1.5.12 Seminários de AA e NA

As técnicas utilizadas em grupos de AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos) – mais especificamente os 12 passos para recuperação – são consideradas bases para a maioria dos tratamentos para dependência química ao redor do mundo (BURNS, 1997). Porém, como não é o objetivo deste trabalho aprofundar-se nesta técnica, pode-se resumi-la em quatro tópicos:

- a. **Aceitação e Rendição** – baseando no Primeiro Passo, elucida o paciente da importância e necessidade do dependente aceitar-se como dependente, bem como, que sua rendição perante seu comportamento aditivo depende do sucesso da recuperação. Além disso, procura conscientizar o paciente de que seu comportamento provoca a perda do domínio sobre a própria vida.
- b. **O Poder Superior** – transmite a necessidade do ser humano de acreditar em algo maior do que ele próprio, dando razão e sustentação a tudo que a vida oferece. A importância de crer e ter fé num Poder Superior, na forma em que cada um o concebe, ou como queira entender. Muitas pessoas identificam esta força no próprio Grupo, outras em Deus.
- c. **O Despertar Espiritual** – transmite ao paciente o que se entende por Despertar Espiritual, a partir de casos possíveis de identificação e percepções desse despertar verificadas com o passar do tempo. Além disso, procura a conscientização de que os bens espirituais qualificam mais o ser humano que os materiais. Busca deixar claro ao paciente que se o mesmo evita as drogas, a cada vinte e quatro horas, torna-se capaz de usufruir uma vida produtiva e feliz, longe das angústias caracterizadas pelo uso dessas substâncias.
- d. **A Recaída** – informa ao paciente que a recaída (o voltar a usar) não faz parte de um Programa de Reformulação, apesar de tal realidade existir, já que existe uma possibilidade adormecida dentro de cada usuário, motivo pelo qual é necessário estar “alerta” a esta eventualidade. Além disso, caracteriza a recaída como o último ato de um processo.

4.4 Diagnóstico da Organização – Fase Exploratória

Nesta fase da intervenção, além da apresentação do projeto e do Referencial Teórico aos participantes da Pesquisa-ação, foram definidas as características deste sistema de serviço e os instrumentos de coleta de dados para auxiliarem no diagnóstico. Foram aplicados os questionários de Satisfação do Cliente e de Percepção do Tratamento. Porém, o processamento e a análise dos dados destes questionários foram realizados durante a segunda fase da intervenção.

Através da percepção do autor e de conversas informais com os demais membros da equipe, foi comentado que os pacientes não se mantinham em tratamento ambulatorial após a alta. Além disso, percebeu-se que estes pacientes tendiam a retomar seu uso de substâncias psicoativas com uma frequência maior do que a esperada.

A classificação dos sistemas de serviço permitiu uma melhor visualização do tipo de serviço prestado pelo Hospital como um todo e pelo Programa de Tratamento em particular. Isto tendeu a auxiliar as ações sugeridas na terceira fase do Estudo de Caso.

Partindo destas conversas, fatos e observações para realizar a intervenção na organização, foram utilizadas as metodologias, técnicas e ferramentas previamente definidas no Referencial Teórico com o intuito de reestruturar alguns aspectos da mesma.

Os objetivos iniciais para o diagnóstico consistiram em:

- Reunião com a direção da empresa para informar e fornecer conhecimento sobre as ferramentas do estudo através da apresentação do Projeto de Pesquisa e de uma apresentação sobre a Teoria das Restrições e do Sistema Toyota de Produção, teorias que embasaram o desenvolvimento dos trabalhos;
- Selecionar os participantes dos grupos de trabalho: os psiquiatras, as psicólogas, o consultor (que também é um usuário de álcool em abstinência e ex-interno em unidade de tratamento de dependência química), um representante do corpo de enfermagem, as terapeutas ocupacionais e o administrador da empresa.
- Explicar os objetivos iniciais do trabalho (a melhoria dos processos de tratamento), ouvir as opiniões do grupo e iniciar a capacitação teórica dos participantes da pesquisa na Teoria das Restrições e no Sistema Toyota de Produção; e

- Definição pelo grupo de trabalho dos serviços a serem estudados. Para isto foi utilizado como base de referência o diagnóstico organizacional.

4.4.1 Capacitação Teórica da Direção

Na etapa inicial do trabalho foi feita uma apresentação para Direção da empresa sobre os principais tópicos do Referencial Teórico: (i) do Sistema Toyota de Produção – o Mecanismo da Função Produção e o Princípio do Não-custo; e (ii) da Teoria das Restrições – os Indicadores Globais e Locais de Desempenho e o Processo de Pensamento. O motivo do processo de capacitação ter iniciado a partir da diretoria, consistiu em procurar garantir o comprometimento da mesma com o trabalho. De forma geral, é razoável afirmar que este objetivo foi alcançado. No intuito de esclarecer a proposta de trabalho, esta capacitação foi reproduzida para o Grupo de Trabalho responsável pelo desenvolvimento futuro do trabalho.

4.4.2 A Definição do Grupo de Trabalho

Na reunião para definição do Grupo de Trabalho, estavam presentes os diretores da empresa, os psiquiatras, as psicólogas, o consultor, um representante do corpo de enfermagem, as terapeutas ocupacionais e o administrador da empresa. Nesta reunião foram apresentados o Projeto da Pesquisa e os seus objetivos, que se sintetizaram em torno da melhoria dos processos de tratamento. Foi definida que as reuniões envolvendo o Grupo de Trabalho seriam feitas em dias diferentes dos dias das reuniões de equipe da Unidade de Tratamento. Esta definição ocorreu para que não houvesse sobreposição entre os assuntos ordinários da reunião de Equipe com os assuntos relacionados à pesquisa.

Além da reunião com os participantes da pesquisa, foram utilizadas outras técnicas de coletas de dados com os clientes do Programa (que são os pacientes), que auxiliaram no diagnóstico. O objetivo era coletar as opiniões e percepções dos clientes em relação à Unidade de Internação e ao Programa de Tratamento de forma a fornecer *insights* para a discussão de idéias nas reuniões do Grupo de Trabalho.

Para colher as opiniões dos clientes, foram utilizadas três fontes:

- Levantamento com o Grupo de Trabalho das principais reclamações dos clientes anotadas nas atas das últimas 50 assembléias de pacientes;
- Trabalho escrito pela equipe do Programa de Tratamento para publicação em Revista Científica da área de saúde sobre pesquisa telefônica realizada seis meses após a alta da internação, para detectar os índices de recaídas (retorno ao uso da substância), número de re-internações, re-internações na mesma instituição ou em outras e qual o seguimento ambulatorial do tratamento;
- Aplicação do Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ-8) e do Questionário de Percepção do Tratamento. Estes questionários foram aplicados na véspera da alta hospitalar do paciente e no momento da alta hospitalar requerida pelo mesmo ou de seu responsável. O objetivo destes questionários é avaliar a satisfação e a percepção do paciente com seu tratamento e identificar as principais reclamações e os potenciais de melhoria no processo daí derivados.

4.4.2.1 O Levantamento das Assembléias

As Assembléias de paciente constituem-se em um momento único na rotina de uma Unidade de Tratamento de Dependentes Químicos. Sua origem remonta as Comunidades Terapêuticas¹⁶ de tratamento para dependentes químicos. Trata-se do momento e do espaço que os pacientes do Programa de Tratamento possuem para fazer suas solicitações, reclamações e elogios quanto ao programa, a Unidade, a enfermagem, nutrição e regras da Unidade. Todas as manifestações são anotadas em atas para registro das solicitações.

Para este trabalho foi feito um levantamento das 50 Assembléias ocorridas entre 14 de setembro de 2004 e 27 de setembro de 2005. Os resultados foram divididos em 14

¹⁶ Não há até o momento, um histórico abrangente nem profundo das Comunidades Terapêuticas (CT's) de tratamento de dependência química. É possível afirmar que os programas de CT's têm como ponto inicial o grupo de Oxford, por volta de 1921, passando pelos Alcoólicos Anônimos, de 1935, e pela Synanon, de 1958. O grupo de Oxford era uma organização religiosa que preconizava a ética do trabalho, o cuidado mútuo e os valores evangélicos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, o auto-exame, o reconhecimento dos defeitos de caráter e o trabalho conjunto. Os 12 passos e as 12 tradições do AA são os princípios que guiam o indivíduo no processo de recuperação. Esses passos e tradições, enfatizam a perda de controle da pessoa com relação à substância e a entrega a um "poder superior", o auto-exame, a busca de ajuda do poder superior de cada um para a mudança do próprio eu, reparar males que se tenham causado aos outros, a oração na luta pessoal e o oferecimento a outras pessoas de ajuda para que se empenhem num processo semelhante. Os elementos essenciais das CT's de tratamento de dependência química – conceitos, programas-modelo e práticas básicas – surgiram na Synanon, fundada em 1958 em Santa Mônica, Califórnia (DE LEON, 2000).

grupos de reclamações ou elogios e distribuídos conforme destaca o Quadro 2. É possível verificar o número de vezes na qual os assuntos referentes a esses grupos foram trazidos nas Assembléias. É comum que o mesmo assunto seja trazido de forma diferente na mesma Assembléia, porém, para efeitos de levantamento de problemas, eles foram considerados como colocações individuais e anotados como tal. O resultado completo deste levantamento pode ser visto no Anexo A.

Quadro 2: O Levantamento das Assembléias

	Reclamações	Elogios
Educação física	29	5
Telefone	31	–
Nutrição	132	5
Extras	17	–
Pátio	30	–
Televisão	13	–
Lavanderia e Pertences	47	–
Manutenção	188	5
Psicologia	9	–
Médicos	48	4
Cigarros	27	–
Enfermagem	61	7
Programas	93	23
Diversos	48	–

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

Os aspectos mais importantes deste levantamento, ou seja, aqueles que mais vezes foram solicitados pelos pacientes são descritos a seguir:

- Telefonemas – demora do retorno quando há solicitação e não retorno das ligações;
- Nutrição – pouca quantidade e variedade; não segue o cardápio planejado previamente;
- Falta de funcionários na copa – o que leva a formação de fila;
- Pátio – pouco tempo de pátio, solicitação de ampliação do tempo de pátio;
- Lavanderia – demora na entrega de pertences;
- Manutenção – chuveiros queimados, vasos entupidos, higienização no banheiro é precária e chaves nas portas dos armários;
- Psicologia – solicitação de mais atendimentos individuais;
- Médicos – solicitação de mais atendimentos individuais;

- Cigarro – aumentar o número de cigarros ofertados, na medida em que, atualmente, só são permitidos 10 unidades por dia;
- Enfermagem – falta de manejo dos técnicos de enfermagem em relação aos pacientes;
- Educação Física – mais atividades e atividades diferenciadas para mulheres e idosos.

A análise preliminar das reclamações das Assembléias demonstra dois níveis gerais de problemas: i) os que envolvem o Programa de Tratamento e suas regras de funcionamento – atendimento médico e psicológico, atendimento da educação física, cigarros e liberação de pátio; e ii) os problemas relacionados à administração do Hospital – nutrição, lavanderia, telefone, manutenção e falta de funcionários.

As reclamações direcionadas à enfermagem relacionam-se ao Programa de Tratamento e à administração do Hospital, pois a enfermagem é selecionada, contratada e subordinada diretamente ao Hospital, porém, faz parte do Programa de Tratamento e da Equipe de Tratamento (que não está subordinada a administração do Hospital). Os dois níveis de problemas envolvem dois níveis de solução: (a) os problemas relacionados ao Programa de Tratamento – que podem ser abordados com o Grupo de Trabalho; (b) Os problemas relacionados à administração do hospital podem ser abordados com o Grupo de Trabalho, mas devem ser revisados em reuniões com pequenos grupos.

4.4.2.2 Formação de Grupos de Trabalho dos Setores do Hospital

Com o surgimento de reclamações relacionadas a setores específicos do Hospital – nutrição, lavanderia, telefone, manutenção, limpeza, falta de funcionários e que não estavam subordinados ao Programa de Tratamento, observou-se à necessidade de reunir-se com os setores envolvidos para a avaliação de sua contribuição para a melhoria do processo. Após a realização de um encontro da Direção do Hospital, foi definido que se faria uma reunião com os representantes de cada setor e o administrador do Hospital. Nesta reunião foram apresentados o Projeto da Pesquisa e os seus objetivos (sintetizada pela melhoria dos processos de tratamento) e foram repassados e analisados os resultados dos

levantamentos realizados na 1ª Fase desta intervenção. Foi definido que as reuniões envolvendo cada setor seriam feitas em separado, para a discussão dos problemas específicos de cada grupo. Os grupos formados a partir desta reunião foram denominados de Pequenos Grupos, sendo esta denominação adotada para diferenciar as reuniões com estes grupos das reuniões com o Grupo de Trabalho.

4.4.2.3 Pesquisa telefônica de seguimento de usuários de substâncias psicoativas

Este estudo foi realizado nos meses de Agosto e Setembro de 2005. Envolveu 42 pacientes que estiveram internados na Unidade pesquisada e participaram ativamente do Programa de Tratamento para Dependência Química nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2005. Os pacientes foram comunicados da pesquisa e assinaram termo de consentimento para contato telefônico seis meses após sua alta. Os objetivos desta pesquisa eram os seguintes: (i) detectar o índice de recaídas – retorno ao uso da substância; (ii) número de re-internações; (iii) re-internações na mesma instituição ou em outras; e (iv) o seguimento ambulatorial do tratamento. Foram tentados contatos telefônicos¹⁷ com 63 pacientes que receberam ou solicitaram alta do tratamento na Unidade de Internação nos meses pesquisados (que representa o universo possível de ser pesquisado), dos quais 42 (o que representa uma amostra de 66,67%, considerada boa) deles responderam total ou parcialmente ao questionário¹⁸. Para efeitos desta pesquisa serão apurados os resultados de cinco perguntas do questionário que se relacionam com os objetivos deste trabalho. O questionário completo pode ser visto no Anexo B deste trabalho. As cinco perguntas são as seguintes:

1. Voltou a usar drogas?
2. Houve nova internação?

¹⁷ Só poderiam ser feitas três tentativas de contato telefônico. As ligações atendidas por familiares eram repetidas até três vezes para contato direto com o paciente. Houve casos de paciente atender ao telefonema e negar-se a responder total ou parcialmente ao questionário. Os casos de recusa parcial foram computados como respondentes.

¹⁸ Nesta pesquisa telefônica optou-se por utilizar uma amostragem não-probabilística por conveniência, sendo o tamanho da amostra definido pelo número de pacientes em alta hospitalar nos meses considerados para este estudo. Segundo Hair (2005, p. 248), “por razões pragmáticas, como restrições de tempo e orçamento, métodos alternativos são freqüentemente utilizados. Por exemplo: tamanhos de amostra baseados em regras práticas, em estudos anteriores semelhantes e na própria experiência do pesquisador ou simplesmente ditados pelo que se tem a disposição”.

3. Na Clínica S.J?¹⁹
4. Continua em tratamento ambulatorial?
5. Na Clínica S. J.?

As respostas da pergunta 3 estão diretamente relacionadas à resposta “sim” da pergunta 2. As respostas à pergunta 5 também estão diretamente relacionada à resposta “sim” da pergunta 4. As respostas obtidas em relação a estas 5 questões estão no Quadro 3.

Quadro 3: Resultado da pesquisa de seguimento de pacientes

	Sim	Não
Voltou a usar drogas?	61,9%	38,1%
Houve nova internação?	35,7%	59,5%
Na Clínica S. J.?	46,6%	53,4%
Continua em tratamento ambulatorial?	66,6%	33,4%
Na Clínica S. J.?	33,4%	66,6%

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

Pode-se verificar que o índice de retorno às drogas é semelhante ao índice de 70% de recaídas após tratamento, segundo estudos conduzidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000). A maior parte dos usuários recai no uso da droga nos três primeiros meses após tratamento (WHO, 2000). A partir dessas informações, definiu-se as seguintes questões para análise:

- i) Por que somente metade dos pacientes que reinternam, procuram os serviços do Hospital?
- ii) Por que 33% dos pacientes não procuram tratamento ambulatorial?
- iii) E daqueles pacientes que estão em tratamento, por que somente 33% mantêm-se neste serviço?

¹⁹ O nome da instituição onde foi realizado este estudo não foi revelado por solicitação da direção da mesma. Ao longo deste trabalho, quando houver referência a instituição, a mesma será denominada de Clínica S.J. ou simplesmente de “Hospital”.

4.4.2.4 A Pesquisa de Satisfação do Cliente e da Percepção do Tratamento

O objetivo principal da Pesquisa de Satisfação do Cliente realizada neste estudo é avaliar o grau de satisfação e o grau de importância em relação ao serviço prestado a eles durante a internação. O objetivo da Pesquisa de Percepção do Tratamento é avaliar a percepção que os pacientes têm do Programa de Tratamento e da ajuda que receberam durante a internação. Como objetivos secundários destas pesquisas, pode-se citar a avaliação dos clientes sobre o hospital de forma genérica, a identificação de potenciais de melhoria relacionados aos serviços oferecidos e o de estabelecer um elo de ligação entre os resultados obtidos e as ações de melhoria a serem propostas.

A aplicação dos questionários iniciou durante a Fase Exploratória desta pesquisa e os resultados foram sendo tabulados à medida que os mesmos eram recolhidos. Porém a apresentação e a discussão dos resultados ocorreram na Fase da Pesquisa Aprofundada.

4.4.2.5 Características desta Operação de Serviço

A classificação das operações de serviço proporciona a compreensão do processo em estudo, na medida em que facilita a identificação das características dominantes na prestação dos serviços. Estas características têm implicação na forma de gerenciar o sistema de operações. Desta forma procura-se visualizar as operações de serviço do objeto deste estudo.

Os serviços prestados pelo Programa de Tratamento e que já foram descritos no item 4.3.1, podem ser considerados intangíveis. Porém, dentro do processo de tratamento, o paciente procura perceber sinais de qualidade do serviço a partir de tudo que puder observar sobre o ambiente, limpeza, arrumação, relacionamento com as pessoas durante a internação, etc. Devido à simultaneidade da prestação do serviço e do seu fornecedor (a equipe do Programa de Tratamento), se um erro ou algum problema ocorre durante o processo do tratamento o cliente percebe e imediatamente questiona o defeito. Desta forma a qualidade do serviço é julgada durante o processo do tratamento, sendo o cliente participante da operação. Ele tende a julgar não somente o produto final, mas também o processo de produção do mesmo.

Na operação de serviços da Unidade de Tratamento o cliente tem alto grau de contato com a produção do serviço prestado a eles. O alto grau de contato com o cliente torna a ação dos colaboradores um recurso determinante da eficácia na organização. Isto ocorre porque tende a existir um elevado grau de julgamento pessoal quando da adequação do serviço às necessidades dos clientes.

Os processos relacionados ao Programa de Tratamento não contêm etapas intermediárias entre a produção e o consumo do serviço. Assim, estes serviços não podem ser estocados nem tampouco transportados. Portanto, para que possam ocorrer ganhos de produtividade deve-se ajustar a oferta à demanda visando maximizar a utilização da capacidade total instalada.

Segundo a classificação dos tipos de bens e serviços discutidos no Capítulo 2, os serviços oferecidos pelo Programa de Tratamento podem ser classificados como serviços puros. Os serviços puros oferecem poucas perspectivas de ganhos de produtividade devido a forte interação com o consumidor. Por outro lado, os serviços de apoio oferecidos pelo Hospital – serviços de hotelaria, que estão relacionados a bens e informações, podem ter melhores perspectivas se a interação for simplificada, automatizada ou se economias de escala puderem ser obtidas nos bastidores por um tratamento de massa ou através da melhor utilização da capacidade instalada.

4.4.2.6 Classificação dos serviços

As classificações dos serviços prestados pelo Hospital e pelo Programa de Tratamento são as seguintes:

- Material processado – o material processado na Unidade de Internação são as pessoas que se movimentam ao longo de um Programa (Processo) de Tratamento. Também, é correto dizer que, são processados materiais, como no caso de roupas na lavanderia, compras de “extras” (cigarros, chocolates e refrigerantes) e movimentação de pertences.
- Arquétipos de Serviços – o Programa de Tratamento tem seu foco nas pessoas, com alto grau de contato com os clientes, por período prolongado (28 dias), alto grau de julgamento do servidor, tendo o *front-office* como fonte de adição de valor e as atividades de *back-office* como fonte da maioria das reclamações dos pacientes.

- Fonte de adição de valor – as atividades de geração de valor devem ser hegemonicamente realizadas no *front-office*. Estas atividades são desempenhadas no Programa de Tratamento. No diagnóstico realizado foram observadas reclamações relacionadas a um conjunto de tópicos associadas às atividades de *back-office* que tendem a prejudicar as ações de *front-office*.
- Relacionamento com o Consumidor – são poucas as atividades de *self-service* identificadas neste tipo de serviço. Um exemplo de *self-service* está relacionado ao recolhimento de talheres e pratos após as refeições e algumas responsabilidades nos cuidados com pertences. Por vezes observou-se a ajuda na limpeza do refeitório após as refeições.
- Grau de Contato com o Consumidor – há uma tendência de elevado grau de contato com os pacientes. Apesar da equipe supostamente ter autonomia para contornar problemas relacionados à percepção da qualidade do serviço pelos clientes, poucos membros da equipe exercem esta autonomia, preferindo delegar a responsabilidade aos médicos assistentes, ao consultor da Unidade (que acabou por assumir um papel informal de “Gerente da Unidade”) ou a administração do Hospital. Esta situação é percebida pelos pacientes e acabou por criar, na prática, uma hierarquia informal, com a figura do consultor como a pessoa que “resolve os problemas”. Já os demais membros da equipe são percebidos com graus distintos de responsabilidade.
- Grau de Personalização – existe um conjunto de serviços padrão que são oferecidos a todos os pacientes internados, conhecido como Programa de Internação. Há um desejo por parte da equipe de oferecer pacotes de serviços personalizados para clientes dispostos a pagarem por estes serviços. Porém, são poucas as oportunidades de oferecimento e venda destes pacotes diferenciados.
- Natureza da interação com o cliente – os clientes procuram a organização a partir de necessidades individuais. O Hospital em nenhum momento de sua história participou de campanhas publicitárias e de mídia para atração de clientes. Os focos do *marketing* do Hospital são os profissionais médicos psiquiatras que podem internar seus pacientes no Hospital e os Planos de Saúde, intermediários na relação do cliente com o Hospital.

- Base da Operação do Serviço – a proibição legal da abertura de novos leitos psiquiátricos e a crise financeira e administrativa pela qual passam boa parte dos serviços de psiquiatria surge como oportunidade e ameaça ao Hospital. A proibição de novos leitos e o aumento da demanda por internações para o tratamento da dependência química faz com que o serviço trabalhe no limite de sua capacidade. Por outro lado à crise financeira que atinge todo o setor indiscriminadamente pode levar ao fechamento de serviços concorrentes, colocando o Hospital em posição privilegiada para renegociação de tabelas de valores com os Planos de Saúde. Porém, para chegar a este ponto, o Hospital também necessita superar a sua própria crise financeira.
- Níveis de Oferta e Demanda – a demanda aumenta à medida que a problemática do uso de drogas tende a crescer nas sociedades contemporâneas. Como fatores limitadores, a existência de serviços concorrentes com propostas semelhantes de tratamento, a flutuação da demanda ao longo do tempo, que vem diminuindo frente à limitação do número de leitos disponíveis para internação psiquiátrica e os Planos de Saúde, que restringem sua cobertura às internações em dependência química.

4.4.2.7 Resumo da Primeira Fase da Intervenção

Na primeira fase da intervenção foi iniciada a capacitação dos participantes sobre os principais tópicos do Referencial Teórico: princípios básicos de sustentação do Sistema Toyota de Produção – o Mecanismo da Função Produção, o Princípio do Não-custo; e da Teoria das Restrições – os Indicadores Globais e Locais de Desempenho e o Processo de Pensamento. Inicialmente, estes tópicos foram repassados para a direção da empresa. Posteriormente, os conceitos adotados foram repassados para os demais participantes da pesquisa que formaram o Grupo de Trabalho.

O material relativo à pesquisa telefônica para verificar o índice de recaídas dos pacientes no uso de substâncias psicoativas 6 meses após a internação foi aproveitado nesta pesquisa. Ainda, foram revisadas as atas de reunião das últimas 50 Assembléias da Unidade de Internação para a execução inicial do diagnóstico da Organização. A avaliação dos resultados dos trabalhos realizados apresentou questões relativas à baixa procura dos pacientes pelo tratamento ambulatorial em geral, e pela baixa procura do tratamento

ambulatorial na Organização pesquisada. A análise das atas explicitou os seguintes problemas: i) relacionados ao Programa de Tratamento e a suas regras; e ii) relacionados à administração do Hospital. Foram aplicados dois questionários visando complementar o diagnóstico: a Pesquisa de Satisfação do Cliente e a Pesquisa de Percepção do Tratamento. Os dados obtidos serão discutidos na próxima fase da intervenção. Finalmente, foi feita uma análise da Unidade de Internação e do Programa de Internação sob o prisma da Classificação de Serviços e das Características da Operação de Serviços.

4.5 A Pesquisa Aprofundada

A segunda fase da intervenção foi marcada pela intensificação das atividades de diagnóstico da Organização. Isto foi feito com uma efetiva participação do Grupo de Trabalho. Os principais objetivos desta fase foram:

- Avaliação dos questionários aplicados na primeira fase desta intervenção e repasse ao Grupo de Trabalho das informações coletadas na mesma;
- Análise e discussão dos resultados com o Grupo de Trabalho;
- Avaliação dos resultados a luz do Mecanismo da Função Produção associada a uma análise das Perdas na Organização; e
- Definição dos Indicadores Locais de Desempenho das diferentes áreas da Organização;

4.5.1 Avaliação dos Questionários de Percepção do Tratamento e Satisfação do Cliente

Os questionários foram aplicados nos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2005 junto a 114 pacientes em alta hospitalar ou alta hospitalar requerida. Ao término do período determinado foram realizados o processamento e a análise dos dados. As respostas foram tabuladas na planilha do *software* estatístico SPSS, versão 12.0. O tipo de análise utilizada para o tratamento estatístico dos dados é o método descritivo de análise, que fornece informações sumarizadas dos dados obtidos da amostra como um todo. A análise dos dados foi feita de acordo com a escala utilizada – escala ordinal, e os resultados foram

sintetizados pela mediana, moda e a frequência percentual das respostas. Os resultados foram repassados ao Grupo de Trabalho em reunião específica para discussão crítica dos resultados.

As principais conclusões obtidas a partir da análise dos questionários de Percepção do Tratamento foram:

- As perguntas relacionadas à compreensão da ajuda e objetivos do tratamento foram as que mostraram maior índice de rejeição – 30% dos pacientes afirmaram que a equipe nem sempre compreendeu o tipo de ajuda que eles procuravam e 30,1% afirmaram que eles e a equipe tinham idéias diferentes sobre os objetivos do tratamento;
- Os itens relacionados as informações sobre o programa, ajuda da equipe, motivação para o tratamento e competência da equipe apresentaram um percentual de concordância que variou de 74,4% (nível mais baixo) a 82,7% o (nível mais elevado);
- Houve um empate entre os pacientes que gostaram e os que não gostaram das regras da Unidade – 31,9% não gostaram e 31,8% gostaram. Os restantes 36% não concordaram nem discordaram das regras;
- A eficácia dos grupos operacionais freqüentados ao longo do Programa de Internação foi aprovada por 54% dos pacientes enquanto 26,6% os desaprovaram;
- Apesar de ser uma internação de 28 dias, 36,3% dos pacientes afirmaram que não tiveram tempo suficiente de tratamento;
- A maioria absoluta dos pacientes, cerca de 89,4%, afirmaram que receberam a ajuda que procuravam.

Já as principais conclusões obtidas a partir da análise dos questionários de Satisfação do Cliente foram:

- Para 84% dos pacientes os serviços recebidos foram considerados bons ou excelentes;
- Os pacientes concordam em relação às questões “você recebeu os serviços que desejava?” e “o Programa atingiu suas necessidades?”. Para 83,2% dos pacientes,

eles receberam o serviço que desejavam e 88,5% dos pacientes acham que o Programa atingiu as necessidades deles;

- Não há diferença significativa entre os níveis de satisfação com o tratamento e com o serviço – 87,6% dos pacientes estão satisfeitos com o tratamento que receberam e 90,3% estão satisfeitos com os serviços que receberam;
- Os pacientes, na sua maioria (85% e 83,2%) recomendariam e retornariam ao programa.

Dos 114 questionários preenchidos e devolvidos, apenas 29 dos questionários de Satisfação do Cliente e 51 questionários de Percepção do Tratamento apresentaram algum comentário escrito no campo “comentários e sugestões”. A lista completa das reclamações e comentários encontra-se no Anexo C. Os comentários dos pacientes relacionaram-se principalmente com os seguintes tópicos:

- i) enfermagem – queixas de mau atendimento ou não atendimento de solicitações;
- ii) atendimento médico e psicológico – reclamações de pouca frequência dos atendimentos médicos ou psicológicos individuais;
- iii) educação física – falta de atividades específicas para mulheres e idosos;
- iv) Programa de Tratamento e regras da Unidade – queixas em relação à liberação de pátio, número maior de cigarros, solicitação de mais atividades noturnas e de finais de semana;
- v) administração – reclamações da limpeza, lentidão na entrega de pertences e telefonemas.

4.5.2 Reuniões com o Grupo de Trabalho (1º ciclo)

Como na Empresa pesquisada já havia a prática de realizar reuniões periódicas, a inserção das atividades de Pesquisa-ação ficou facilitada. No 1º ciclo de reuniões com o Grupo de Trabalho foram apresentados e analisados os resultados dos levantamentos realizados na 1ª Fase desta intervenção.

Os dados foram repassados sem prévio tratamento, ou seja, sem que o pesquisador tenha elaborado uma análise prévia dos mesmos. A idéia foi fazer com que os participantes

pudessem comentar espontaneamente os dados e chegassem as suas próprias conclusões sobre os resultados obtidos. Assim, os participantes tendem a comunicar as suas experiências enquanto o pesquisador participa como ouvinte e condutor geral do processo de discussão.

Na sequência são apresentadas algumas observações relativas a este ciclo de reuniões:

- Educação Física
 - o O setor de Educação Física no Hospital é composto por um professor e dois estagiários.
 - o As atividades se concentram na parte da manhã, com um professor e um estagiário e à tarde com um estagiário, sendo as atividades da Unidade de Tratamento realizadas a tarde (13:30 às 14:30 horas) e o professor de Educação Física (estagiário) têm pouco tempo para dedicar-se a Unidade de Tratamento. Isto porque eles dividem a sua jornada de trabalho com as outras unidades do Hospital.
 - o Ainda, os pacientes mais idosos participam pouco destas atividades.
 - o Os pacientes mais jovens solicitam atividades com bola – futebol ou voleibol, com preferência pelo futebol, sem a participação das mulheres, que ficam fumando ao redor da quadra de esportes.
- Atendimento médico e psicológico
 - o As psicólogas são contratadas através de contrato de prestação de serviço entre Pessoas Jurídicas, sendo pagas através de recibos de horas trabalhadas, chamadas de “horas técnicas”.
 - o Devido as restrições orçamentárias²⁰ do Programa, as horas técnicas de cada membro da Equipe do Programa são limitadas ao número de grupos operativos que cada membro da Equipe coordena.
 - o Os atendimentos individuais por parte da psicologia são gratuitos, na expectativa de que com a oferta de usuários do Programa internados por, em

²⁰ O Programa de Tratamento é custeado pelo Hospital, que repassa um percentual do valor de hotelaria dos Planos de Saúde conveniados para custear o Programa. Não é cobrado diferença alguma de valores aos usuários do Programa de Tratamento e não existem tabelas diferenciadas de Planos de Saúde para custear Unidades de Tratamento para dependentes químicos.

média 28 dias, se crie o vínculo terapêutico entre o cliente e o psicólogo para a continuação do tratamento ambulatorial privado²¹.

- o Os pacientes apontam que as psicólogas investem pouco no atendimento individual dos clientes da Unidade de Tratamento por se acharem remuneradas de forma insuficiente.
- o Além disso, os médicos que internam seus pacientes na Unidade de Tratamento também têm pacientes internados em outras unidades do Hospital. Como seus pacientes estão sendo atendidos diariamente pela Equipe do Programa de Tratamento, tendem a priorizar o atendimento aos pacientes de outras unidades, com outras patologias e que não tem Programa de Tratamento.
- o A equipe comentou que o pouco atendimento individual poderia estar relacionado ao baixo número de retorno dos pacientes para o tratamento ambulatorial.

- Regras de funcionamento

- o O pátio da unidade é liberado nos intervalos dos Grupos Operativos e a noite, por períodos de tempo de 20 minutos para cada Unidade (UDQ 1 e UDQ 2), somando oito horários diferentes no dia.
- o Foram limitados 10 cigarros por paciente no dia. Esse número de cigarros foi definido após várias experiências que variaram da proibição total de fumar à liberação total, sendo que o modelo que melhor se adaptou ao Programa de Tratamento é o atual.
- o Na medida em que é proibido fumar dentro da Unidade, os pacientes fumam nos horários de pátio e de Educação Física.

- Enfermagem

- o A enfermeira relata que seus funcionários estão sobrecarregados de atividades na Unidade de Tratamento, pois além da medicação e preenchimento dos prontuários (atividades típicas da enfermagem), precisam atender a porta da Unidade (que esta sempre trancada), fazer a revista

²¹ Diferentemente do atendimento médico, que é na sua maioria coberto por Planos de Saúde, o atendimento psicológico, com algumas exceções, não tem cobertura dos mesmos no Brasil. Isto faz com que o atendimento psicológico seja pago pelo cliente.

pessoal e nos pertences dos pacientes que estão sendo internados, receber e solicitar telefonemas para os pacientes.

- o A Equipe de enfermagem é composta por dois técnicos de enfermagem por turno (são três turnos por cada 24 horas), um técnico para cada Unidade e um estagiário para as duas Unidades.
 - o Os técnicos são responsáveis pela medicação e preenchimento dos prontuários. Já o estagiário atende a porta, as solicitações pontuais dos pacientes e os acompanha ao pátio.
 - o A enfermeira relata que os técnicos de enfermagem têm medo da Assembléia dos pacientes e dos próprios pacientes porque se surgir alguma reclamação, eles provavelmente serão “advertidos” pela chefia de enfermagem ou pelo administrador do Hospital.
 - o O recebimento dos pertences dos pacientes é considerado um problema pela enfermagem. Isto porque, caso venha a ocorrer algum extravio de pertences, eles terão o valor do bem descontado de seus salários.
 - o Há um desconhecimento por parte da enfermagem de todas as regras da Unidade. Isto tende a levar à uma flexibilização das regras nos turnos em que não há presença da equipe do Programa de Tratamento.
- Telefonemas
 - o Os telefonemas são liberados pelo médico assistente e, pelas regras do Programa de Tratamento, só poderiam ser liberados após a primeira semana de internação.
 - o O paciente pode fazer uma ligação e receber duas ligações no dia, sendo que as ligações devem ter duração de cinco minutos e são controladas pela enfermagem.
 - o As ligações devem ser pedidas à enfermagem, que as solicitam à telefonista do Hospital, que transfere a ligação para enfermagem e esta para o paciente.
 - o Não existe horário determinado para solicitação ou recebimento dos telefonemas, muitas vezes o paciente solicita seu telefonema pela manhã e só vai recebê-lo à noite.

- o De forma previsível, este processo tende a gerar forte descontentamento nos pacientes, na enfermagem e na telefonista do Hospital;
- Administração
 - o Uma avaliação aprofundada sobre nutrição, lavanderia e manutenção foi prejudicada pela ausência de representantes destes serviços.
 - o Porém, o Grupo de Trabalho comentou que a constante troca do pessoal da limpeza, por motivo de demissão ou troca da cooperativa que presta serviço ao Hospital, estava prejudicando a rotina de limpeza da Unidade. Isto porque, cada vez que o funcionário era treinado para sua tarefa, ele era substituído por outro profissional.
 - o A manutenção trabalhava com somente dois funcionários para atender todo o Hospital, assim como a nutrição, que mantinha apenas uma cozeira para servir as refeições para as duas Unidades.

4.5.3 Reuniões com Pequenos Grupos

O objetivo da reunião com os Pequenos Grupos foi repassar e analisar os resultados dos levantamentos realizados na 1ª Fase desta intervenção para os setores que não participaram da reunião com o Grupo de Trabalho. A reunião foi acompanhada pelo administrador do Hospital com representantes dos setores de limpeza, manutenção, lavanderia e nutrição. Os pontos analisados na reunião com os Pequenos Grupos foram:

- Limpeza e higienização
 - o Não existe um funcionário fixo para a Unidade de Tratamento, pois o mesmo funcionário pode ser deslocado para outras Unidades conforme a necessidade.
 - o O Hospital terceiriza o serviço de limpeza com cooperativa de prestação de serviços. Foram observados vários problemas associados aos processos de terceirização, especialmente quanto à qualidade do serviço prestado, excesso de faltas e a troca frequente de funcionários.
- Manutenção

- o Existem dois funcionários para a realização da manutenção do Hospital, onde as demandas são freqüentes devido à elevada taxa de utilização dos equipamentos.
 - o Os pedidos são atendidos prontamente. Porém, em muitas ocasiões a solução dos problemas está associada a aquisição de material por parte do Hospital.
 - o Isto tende a acarretar atrasos nos consertos solicitados em função de deficiência na gestão de materiais do Hospital. Uma evidência deste problema relaciona-se com o fato de que não existe um estudo sobre as solicitações mais freqüentes e dos materiais mais utilizados, acoplado a existência de um baixo estoque de materiais de reposição.
- Nutrição
 - o A alimentação fornecida para pacientes e funcionários é balanceada conforme as necessidades médias dos indivíduos.
 - o Por decisão de cunho administrativo relacionada ao custo, não são servidos fiambres.
 - o Devido à redução de pessoal, os funcionários da copa servem as duas Unidades, fazendo com que os horários de refeição sejam diferentes entre as Unidades do Hospital e que as copeiras acelerem seu trabalho para poderem atender o serviço no tempo previsto.
 - o Nas demais Unidades do Hospital, com exceção da Unidade de Cuidados Especiais²², as refeições são servidas em *buffet* e são *self-service*.
 - o Na Unidade de Tratamento de Dependentes Químicos, devido às particularidades da mesma, os pacientes são servidos pela copeira, formando fila em guichê para receberem seu prato.
 - o Os talheres são retirados pelos pacientes de uma bandeja ao lado do guichê.
 - o A mesma copeira atende as duas unidades (UDQ 1 e 2), servindo primeiro uma Unidade e depois a outra.
 - o Os pacientes recebem seis refeições no dia – café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.

²² As Unidades de Cuidados Especiais internam pacientes agudos, com riscos de suicídio, agressão ou intoxicados com substâncias psicoativas e que representem risco para si ou aos outros.

- o Os talheres se constituem em uma preocupação da Equipe da Unidade, na medida em que já foram utilizados como armas em motins de pacientes. Assim, sempre que desaparece alguma faca ou garfo, a copeira avisa a enfermagem que providencia uma revista na Unidade até ser localizado o talher desaparecido. Isto gera revolta e conflito com os pacientes e, na maioria das vezes, os talheres foram perdidos pela própria copeira no processo de limpeza da louça.
- Lavanderia
 - o A lavanderia recebe, etiqueta e entrega os pertences dos pacientes, que não são somente as roupas, mas também aparelhos eletrônicos, maquiagens, artigos de higiene pessoal, etc.
 - o Os pacientes têm a opção de terem suas roupas lavadas no Hospital e pagarem uma taxa para este serviço ou os familiares dos pacientes levarem as roupas para serem lavadas em casa. Neste caso a lavanderia recolhe as roupas dos pacientes, entrega-as para os familiares e faz o processo inverso. São quatro funcionários a realizar este serviço para todo o Hospital.
 - o O processo de etiquetar os pertences é demorado, pois geralmente os pacientes trazem excesso de pertences.
 - o Não há uma sugestão de enxoval para os pacientes que internam.
 - o As solicitações dos pertences são feitas à enfermagem, que repassa a solicitação à lavanderia, que destaca um funcionário para resolver cada problema individualmente.
 - o Não há um horário estabelecido para solicitação e para entrega dos pertences.

4.5.4 Análise do Processo segundo a Lógica das Perdas

A partir da observação da Unidade de Tratamento e das reuniões com o Grupo de Trabalho no processo de intervenção, foi possível efetuar uma análise do processo produtivo da organização sob a ótica das Perdas, propugnada pelo Sistema Toyota de Produção. Para facilitar a análise, o processo produtivo foi dividido nos setores que

apresentaram problemas e que foram discutidos nas reuniões de Pequeno e de Grande Grupo. A seguir, apresentam-se os levantamentos efetuados nas mesmas.

Educação Física

- Perda por processamento – O horário da Educação Física não é cumprido quanto ao início e término das atividades, que são propostas e acabam envolvendo apenas uma pequena parte dos pacientes, ficando os demais à margem das atividades físicas. O professor de Educação Física divide seu tempo entre várias Unidades do Hospital, estando pouco disponível para incentivar e auxiliar os pacientes nas suas atividades físicas. Isto tende a gerar descontentamento, que se reflete na avaliação da qualidade do serviço.
- Perda no movimento – o profissional de educação física movimenta-se pela Unidade de Tratamento chamando os pacientes para as atividades. Sabedores do cronograma de atividades, os pacientes deveriam estar preparados e esperando o profissional para iniciar a atividade.

Enfermagem

- Perdas por processamento – várias atividades não agregam valor no atendimento da enfermagem junto ao paciente; enfermagem atende entradas e saídas da Unidade, ligações telefônicas, perde muito tempo contando e distribuindo medicamentos e anotando no prontuário as atividades dos pacientes sem terem necessariamente atendido os pacientes. Privilegiam atividades burocráticas em detrimento do atendimento ao paciente.
- Perdas por espera – enquanto os pacientes estão nos Grupos Operativos, a enfermagem espera para realizar seus atendimentos e, ao término das atividades de rotina, permanece ociosa.

Lavanderia

- Perdas por transporte – não há horário definido para entrega de pertences, fazendo com que várias vezes ao dia o pessoal da lavanderia se movimente pelo Hospital para transportar os pertences, recebendo e entregando em momentos diferentes.

- Perdas por processamento – etiquetamento dos pertences, ausência de lista de enxoval, fazendo que os pacientes utilizem muitos pertences e se gaste muito tempo colocando etiquetas nas mesmas, além de deslocar um funcionário apenas para esta atividade.

Psicologia

- Perdas por espera – a psicologia faz poucos atendimentos individuais porque não recebe por eles, mas coordena e executa os Grupos Operativos. Nos intervalos entre os Grupos, as psicólogas ficam ociosas, podendo utilizar este tempo ocioso para vincular seus pacientes ao tratamento ambulatorial, garantindo um Ganho futuro.

Manutenção

- Perda por espera – as pessoas responsáveis pela manutenção ficam aguardando o recebimento de materiais para a execução de suas atividades. Na medida em que o setor de manutenção é responsável pela gestão de materiais, esta perda está associada à gestão ineficaz do próprio setor de manutenção.

4.5.5 Análise do Processo segundo o Princípio do Não-custo e do Processo de Pensamento da TOC

O Sistema Toyota de Produção foi desenvolvido sob a premissa da redução dos custos de produção, de maneira a permitir que as empresas sobrevivam no mercado. Buscando atingir os objetivos do Princípio do Não-custo, Ohno (1997) estudou os movimentos dos trabalhadores e verificou que estes mesmos poderiam ser divididos em trabalho sem valor adicionado (que não agrega valor ao produto e gera custo) e trabalho com valor adicionado. O primeiro pode ser considerado como um desperdício e o segundo é considerado como o trabalho efetivo, na qual ocorre o processamento de peças ou matérias-primas, adicionando valor ao produto ou serviço.

A partir de tais considerações, torna-se possível apresentar os objetivos do Princípio do Não-custo do Sistema Toyota de Produção, que segundo Antunes Júnior (1998) são: i) a eliminação completa das perdas – desperdícios; ii) a minimização do trabalho adicional,

buscando no longo prazo, sua possível eliminação; e iii) o aumento proporcional de atividades que agregam valor ao produto em relação às perdas e atividades que não agregam valor ao produto.

Partindo destas premissas é possível analisar várias atividades não relacionadas diretamente ao Processo de Tratamento dos pacientes dependentes químicos em recuperação. Algumas atividades meio, tais como a entrega de pertences, manutenção, telefonemas e lavanderia não agregam valor ao produto/serviço Programa de Tratamento, porém, tendem a influenciar no contexto sistêmico do tratamento em si. Uma análise destes processos com vistas a sua redução, simplificação ou eliminação tenderia a causar um impacto nos custos de manutenção da Unidade de Tratamento. Por outro lado, os processos em epígrafe foram sistematicamente listados nas reclamações dos pacientes da Unidade de Tratamento, sugerindo que são processos importantes para a satisfação do cliente com o serviço. Portanto, qualquer solução para estas perdas que são ligadas a atividades meio, embora não sejam partícipes diretos no tratamento da dependência química, tendem a influenciar indiretamente no mesmo. Isto porque a insatisfação dos usuários em relação as atividades meio tende a dificultar um foco mais específico e eficaz no tratamento em si.

A Árvore da Realidade Atual (ver Figura 8) explicita as relações de efeito-causa-efeito entre as perdas nas atividades meio, as dificuldades relacionadas à eficácia do tratamento em si, os custos associados as perdas e a viabilidade do empreendimento.

Foram selecionados os processos de educação física, atendimento médico e psicológico, enfermagem, telefonemas, lavanderia, limpeza e nutrição para serem avaliados como restrições a um melhor desempenho do Programa de Tratamento de acordo com a ótica dos pacientes. Na Figura 8, estes mesmos representam as causas raízes dos demais problemas (apresentados na cor azul) que trazem como principal efeito indesejado as Dificuldades para Viabilidade Financeira do Hospital (representada na cor alaranjada).

A análise destes processos levou à sugestões de melhoria e a implantação das mesmas nestes processos. Através da melhoria do sistema de Gestão do Programa de Tratamento e dos setores envolvidos, objetiva-se a melhoria da imagem do Hospital e o aumento dos resultados financeiros da Instituição.

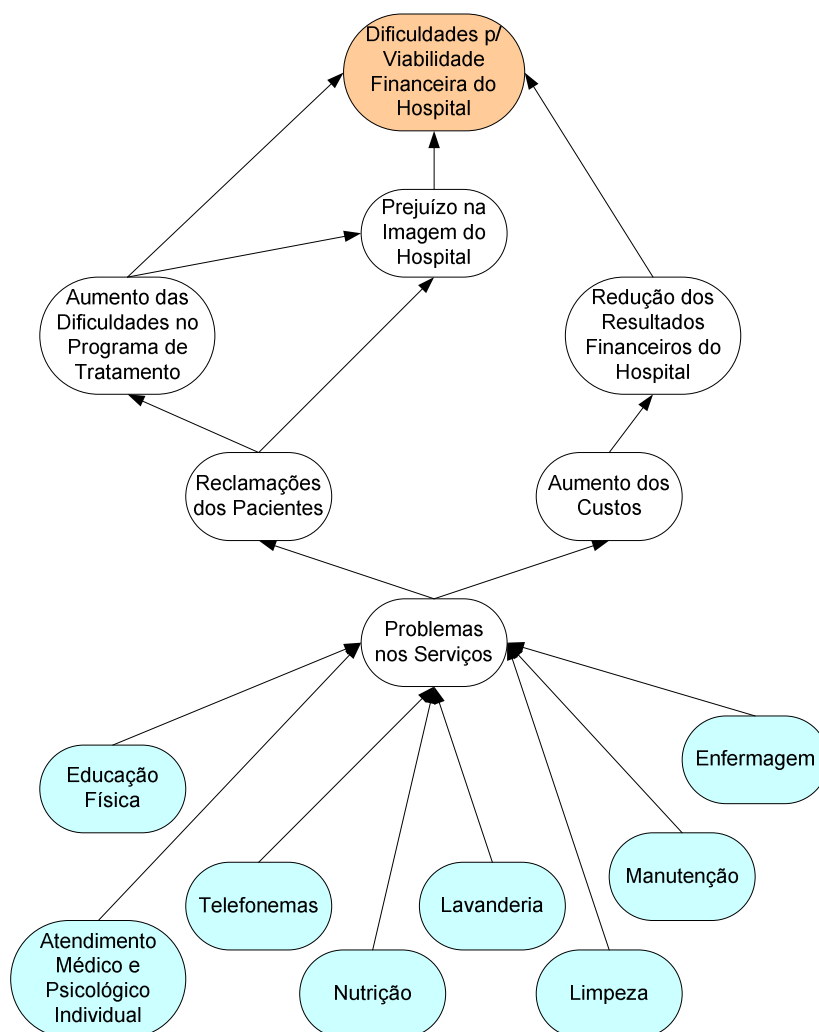


Figura 8: Árvore da Realidade Atual (ARA) do Hospital
Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

4.5.7 Definição dos Indicadores Locais de Desempenho

Ao se intervir numa organização e propor uma situação de mudança, segundo a lógica da Pesquisa-ação, é preciso caracterizar “*o que*” constitui uma mudança e “*como*” medir esta mesma (MACKE, 1999). Neste trabalho, os princípios básicos do Sistema Toyota de Produção (STP) e da Teoria das Restrições (TOC), respondem *o que* constitui uma mudança. Através dos Indicadores Locais de Desempenho da TOC, foi definido *como* medir a mudança. Além dos Indicadores Globais e dos Indicadores Operacionais sugeridos

pela TOC, foram definidos neste estudo os Indicadores Locais visando interpretar o conteúdo das mudanças realizadas. São utilizados os seguintes Indicadores Locais:

- Número de pacientes novos no ambulatório vindos da internação;
- Índice de Satisfação do Cliente (percentual de bom e excelente);
- Avaliação das reclamações dos pacientes nas Assembléias relacionadas à:
 - o Educação Física;
 - o Atendimento médico e psicológico;
 - o Enfermagem; e
 - o Administração.

4.5.8 As Primeiras Idéias de Mudanças

As primeiras idéias sobre alternativas de ações de mudança começaram a surgir nesta Fase. Existem muitos níveis de ações passíveis de serem implantadas. Algumas são fáceis, baratas e rápidas do prisma da execução. Muitas vezes a decisão de implantá-las depende especificamente do comprometimento e da participação da Equipe do Programa de Tratamento e da Equipe do Hospital.

Nesta fase, a administração do Hospital, de posse das informações coletadas na fase anterior, resolveu implantar uma série de ações unilaterais (sem a participação do Grupo de Trabalho) visando a melhoria dos processos. O conteúdo destas modificações será apresentado na terceira fase da Intervenção (Fase da Ação) deste trabalho.

4.5.9 Resumo da Segunda Fase da intervenção

Na segunda Fase da Intervenção foram avaliados os questionários de Satisfação do Cliente e de Percepção do Tratamento. Foram discutidos os resultados destes questionários e das avaliações efetivadas na primeira Fase da intervenção. Os problemas concentraram-se em: i) enfermagem – manejo e conduta; ii) falta de atendimento médico e psicológico individual; iii) falta de atividades específicas de educação física para idosos e mulheres; iv) reclamações relacionadas à liberação de pátio e cigarros; v) reclamações quanto à falta de limpeza, lentidão na entrega de pertences e telefonemas.

Foram identificadas as perdas nos processos da Unidade de Tratamento e do Programa de Tratamento. Verificou-se a necessidade de realização de reuniões com Pequenos Grupos para a análise de processos específicos de alguns serviços. Também foram definidos os Indicadores Locais de Desempenho – número de pacientes novos no ambulatório, índice de satisfação dos clientes e avaliação das reclamações dos pacientes nas Assembléias.

Finalmente, foi gerada uma ARA que resume os principais inter-relacionamentos entre: as perdas nas atividades meio, as dificuldades relacionadas a eficácia do tratamento em si, os custos associados as perdas e a viabilidade/perpetuação da Organização.

4.6 A Fase da Ação

A terceira Fase da Intervenção é marcada pela busca de soluções para os problemas encontrados nos processos que foram analisados na segunda Fase da Intervenção. Nas reuniões com o Grupo de Trabalho, os processos foram separados e analisados individualmente com a ajuda das seguintes ferramentas: i) Fluxograma de processo (neste trabalho é apresentado um exemplo da técnica de mapeamento utilizada para a identificação das perdas no item 4.6.5); ii) Árvore da Realidade Atual²³. A partir dos estudos propostos foram planejadas modificações e, em alguns processos foram implantadas as mesmas. Os principais objetivos da terceira Fase da Intervenção foram:

- Analisar individualmente os processos escolhidos com ajuda do Fluxograma de Processos e da Árvore da Realidade Atual;
- Sugerir mudanças nos processos selecionados; e
- Implantar as mudanças possíveis.

²³ Em resposta a pergunta “*o que mudar?*”, a TOC propõe a construção de diagramas de causa e efeito, denominados Árvore da Realidade Atual (ARA). A ARA descreve o sistema como ele é hoje e mostra a relação causa-efeito do sistema, a qual é construída respeitando-se regras lógicas.

4.6.1 Reuniões com o Grupo de Trabalho para Discussão de Soluções (2º ciclo)

As reuniões desta fase tiveram como objetivo central a análise e busca de soluções para os problemas avaliados na segunda Fase da Intervenção. As reuniões ocorreram no decorrer do mês de Dezembro de 2005. Foram analisados em detalhes os problemas relacionados ao Programa de Tratamento – enfermagem, telefones, regras da Unidade, Educação Física, médicos e psicólogos. Os problemas relacionados ao Programa de Tratamento foram discutidos e analisados. Algumas mudanças nestes processos foram efetivamente implantadas, o que desencadeou uma profunda mudança no Programa de Tratamento. O resultado destas mudanças é discutido na quarta Fase da Intervenção, a Fase da Avaliação dos Resultados.

4.6.2 As Soluções para a Educação Física

O horário da educação física e a reduzida dedicação do professor responsável pela mesma na Unidade de Tratamento foram alguns dos problemas discutidos na segunda Fase da Intervenção. Na reunião para busca de soluções foi elaborada uma Árvore da Realidade Atual (ver Anexo E). Os participantes identificaram vários problemas relacionados a este processo durante a construção da ARA. As soluções propostas foram as seguintes:

- Contratação de um estagiário de Educação Física pelo Programa de Tratamento. Este profissional ficaria à disposição da equipe de trabalho por, no mínimo, um turno de trabalho; e
- Rediscutir os horários da Educação Física com a Equipe atual.

O Grupo de Trabalho deliberou que a contratação de um estagiário aumentaria os custos do Programa de Tratamento. A solução foi rediscutir os horários da Educação Física. O horário foi modificado para parte da manhã e as atividades foram divididas em duas partes: i) o primeiro horário – 09:00 às 10:00 horas – foi direcionado para os homens jovens (menores de 35 anos) das UDQ's 1 e 2 e as atividades seriam relacionadas a prática de futebol, voleibol ou basquete; ii) o segundo horário – 10:00 às 11:00 horas – foi direcionado para os pacientes das duas Unidades que fossem maiores de 35 anos de idade

ou que fossem mulheres. As atividades eram controladas e direcionadas conforme o condicionamento físico individual e constituíam-se de atividades de alongamento e caminhadas.

Esta modificação se tornou possível com algumas alterações no Programa de Tratamento. As atividades da manhã foram modificadas para permitir esta flexibilidade com a educação física. Aboliram-se as atividades por Fase (ver item 4.3.1) na parte da manhã e instituiu-se uma atividade na qual, enquanto um grupo estava em atividades físicas, o outro estava em seminário com o consultor²⁴.

A avaliação do resultado destas modificações é discutida na quarta Fase da Intervenção.

4.6.3 As Soluções para os Médicos e Psicólogos

As soluções para os problemas envolvendo o pouco atendimento de médicos e psicólogos do Programa de Tratamento não foram encontradas nas Reuniões com o Grupo de Trabalho. O Grupo de Trabalho discutiu o papel da psicologia no atendimento individual e sugeriu o pagamento dos atendimentos individuais pelo Programa de Tratamento. Esta sugestão envolvia o aumento de custos e dependia de decisão da direção da empresa, não tendo sido aprovada pela mesma. A solução para estes problemas surgiu em uma reunião do pesquisador com a direção da empresa. Nesta reunião foi apresentada e discutida esta questão e a solução desenvolvida envolveu, não somente o Programa de Tratamento, mas também todos os atendimentos prestados no Hospital. Em relação aos médicos, foi criada a figura do *médico rotineiro*²⁵. Foram contratados quatro médicos rotineiros e compuseram-

²⁴ A figura do consultor tem sua origem nas Comunidades Terapêuticas e no modelo Minnesota de tratamento. Normalmente um consultor é um dependente químico em abstinência que submeteu-se a treinamento para prestar consultoria e aconselhamento aos pacientes internados em Comunidades Terapêuticas ou Clínicas de Tratamento para dependência química. O consultor funciona como um elo de ligação entre os pacientes e as Equipes de Tratamento.

²⁵ O *médico assistente* é o profissional médico contratado pelo paciente ou seus familiares para atendê-lo durante uma enfermidade. Ele é o responsável pela condução do tratamento e suas conseqüências. O *médico rotineiro* que também pode ser chamado de *médico auxiliar* atua como suporte ao médico assistente durante o tratamento de uma enfermidade. Ele tem autonomia para tomar decisões em situações de crise, mas normalmente tende a seguir a conduta terapêutica instituída pelo *médico assistente*, cooperando com o tratamento instituído. Esta forma de atuação em *Equipes de Assistentes* é comum em Hospitais clínico-cirúrgicos, em que os *médicos assistentes* são assessorados por um ou mais *médicos rotineiros*. Este método de trabalho surgiu nos Hospitais-escola, de formação de profissionais médicos, onde os professores

se equipes com o médico assistente e um médico rotineiro criando as *Equipes de Assistentes*. Ainda, foram definidos os dias de visita do médico assistente aos seus pacientes, com um mínimo de três visitas por semana. As demais visitas seriam realizadas pelo médico rotineiro. Desta forma os pacientes seriam vistos pela *Equipe de Assistentes* todos os dias da semana enquanto internados²⁶.

Já a solução para o problema da psicologia envolveu uma mudança significativa na forma de atuação do Programa de Tratamento e na forma de pagamento dos profissionais. Foram extintas as horas técnicas e passaram a ser pagas as horas que o profissional efetivamente permanecia na Unidade de Tratamento durante a semana. Foi contratada uma nova Terapeuta Ocupacional com uma carga horária de 20 horas semanais, no turno da tarde, e que assumiu a coordenação de vários grupos operativos. A contratação da Terapeuta Ocupacional para realizar os Grupos Operativos liberou as psicólogas para realizarem atendimentos individuais nos seus respectivos turnos de trabalho.

4.6.4 As Soluções para as Regras de Funcionamento e Pátio

Na reunião com o Grupo de Trabalho foram desenvolvidas duas ARA's (ver Anexo E) para encontrar soluções para os problemas de pátio e regras da Unidade. O problema do cigarro não foi discutido por se considerar que esta reclamação não será atendida, foi decidido anteriormente, após várias tentativas para identificação do melhor modelo, que os pacientes terão direito a dez cigarros por dia e esta regra não será modificada. Em relação às regras da Unidade definiu-se que as mesmas deveriam ser impressas e distribuídas. Uma cópia foi afixada na porta de cada quarto da Unidade e no quadro mural das Unidades 1 e 2. Cada paciente recebe uma cópia das regras durante o Grupo de Rotinas na Fase 1 do Programa. Um Manual de Rotinas da Internação, contendo um resumo das Regras da Unidade, das rotinas de telefonemas e entrega de pertences é distribuída aos familiares no momento da internação no Hospital. Além disso, a Terapeuta de Família explica aos

especialistas formavam *Equipes* compostas por alunos de graduação e pós-graduação e que atendiam seus pacientes sob sua orientação.

²⁶ Existe uma cultura em hospitais psiquiátricos de que, devido ao longo tempo de recuperação das patologias psiquiátricas e do pouco risco de vida na maioria dos casos, os pacientes não necessitariam ser vistos diariamente se estivessem envolvidos em outras atividades terapêuticas. Esta cultura está sendo modificada por pressão dos clientes e dos Planos de Saúde.

familiares dos pacientes as regras e rotinas do Programa de Tratamento por ocasião da primeira reunião do Grupo de Família, que ocorre na primeira semana do tratamento. Também foi elaborado um *Termo de Compromisso* em que estão descritas resumidamente: i) o funcionamento do Programa; ii) as regras da Unidade. Este termo é fornecido ao paciente no momento da internação e ele deve assinar a sua ciência e concordância com os termos do tratamento.

Já o problema do pátio foi solucionado de duas maneiras. Primeiro houve uma redução do número de saídas para o pátio durante o dia, de dez momentos de abertura de portas da Unidade para acesso ao pátio foram reduzidas para oito. O tempo de saída era de 15 minutos por Unidade e as duas Unidades saíam ao pátio em momentos diferentes, mas isto nem sempre acontecia devido a dificuldades de manejo da enfermagem. A solução tomada incluiu modificações da rotina da enfermagem. As duas Unidades passaram a ter pátio simultaneamente e o tempo de permanência no mesmo foi aumentado para no mínimo 30 e no máximo 45 minutos por dia, dependendo do horário de abertura das portas da Unidade. Nas manhãs de domingo, os pacientes podem permanecer das 9:00 às 11:20 horas no pátio. Os pacientes são acompanhados e atendidos nas suas solicitações por um técnico de enfermagem e um estagiário de enfermagem. O outro técnico permanece no Posto de Enfermagem realizando as atividades de rotina da Unidade.

4.6.5 As Soluções para o Problema do Telefone

O processo de solicitação e recebimento de telefonemas envolve a telefonista do Hospital e a enfermagem da Unidade. Não há um horário definido para o recebimento e solicitação dos telefonemas o que gera descontentamento nos pacientes, na enfermagem e nas telefonistas do Hospital. O Grupo de Trabalho descreveu e discutiu este processo através de um fluxograma. As mudanças sugeridas restringiram-se a definição de dois horários para solicitação e recebimento de telefonemas. Os familiares dos pacientes foram informados das regras de telefonia no momento do procedimento administrativo da internação e os pacientes através do *Termo de Compromisso* que recebem na sua internação. Os pacientes preenchem pela parte da manhã uma lista com as suas solicitações de ligações para aquele dia e o horário que desejam efetuar-las. Os horários para efetuar e

receber ligações são: 11:30 às 13:30 e das 18:30 às 22:00 horas. Os casos em que as ligações não foram completadas por telefone ocupado ou sem resposta, são retornados aos pacientes e se faz uma nova tentativa em horário diferente. As soluções propostas foram bem recebidas pela enfermagem e a telefonista do Hospital.

Na sequência é apresentado (ver Figura 9), o mapeamento do processo atual de solicitação e recebimento de telefones.

- Fluxograma das ligações telefônicas

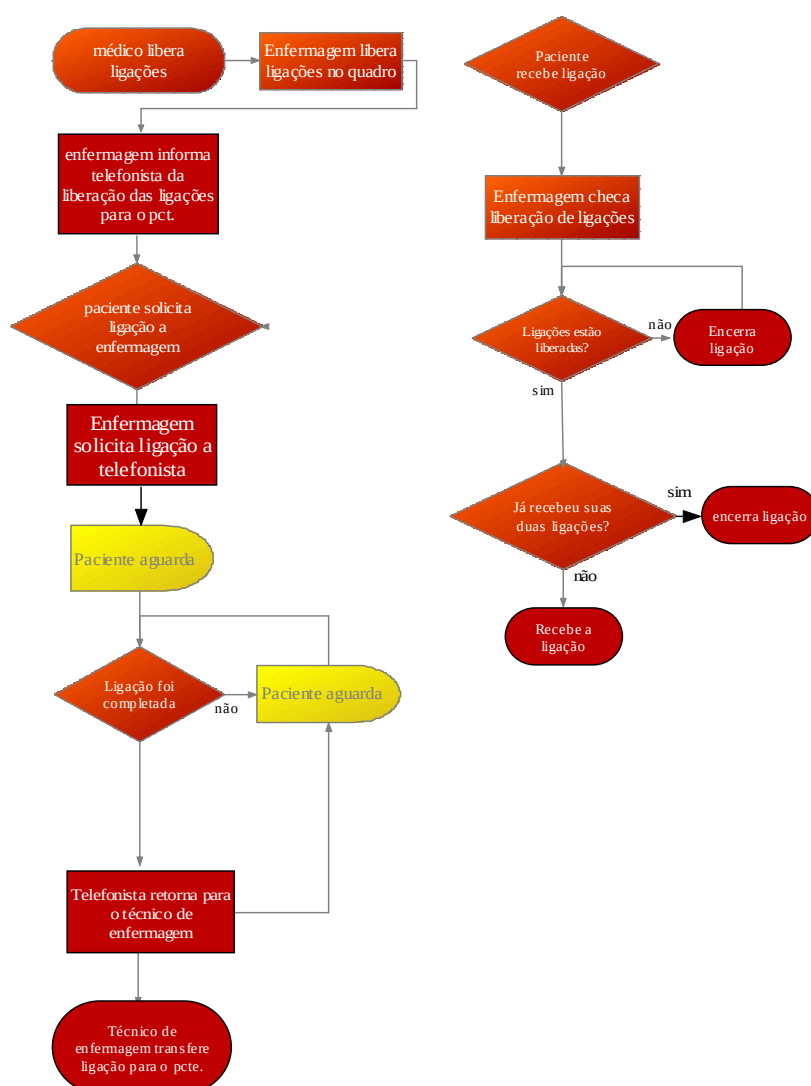


Figura 9: Mapeamento do Processo Atual de Solicitação e Recebimento de Telefonemas

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

4.6.6 As Soluções Propostas para a Enfermagem

Os problemas detectados na enfermagem são complexos, envolvem a Equipe do Programa de Tratamento, o setor de Enfermagem do Hospital e a Direção do Hospital. Soluções que envolvessem aumento de custo, tais como aumentar o número de funcionários, gastos com treinamentos e pagamento por horas extra de trabalho, foram descartados pela Direção do Hospital. Por outro lado, soluções que não envolvessem aumento do número de funcionários ou treinamento, não foram bem aceitas pela chefia de enfermagem.

Neste clima organizacional, o Grupo de Trabalho procurou ser criativo nas suas soluções, modificando processos em situações que pudessem causar impacto em outros setores com problemas. As soluções para o problema do pátio e dos telefonemas foram pensados tendo em vista o desempenho da enfermagem e a melhora do mesmo com a mudança nos processos. Utilizando a ARA das regras da Unidade e do pátio, observaram-se alguns problemas da enfermagem como causadores de descontentamento dos pacientes.

O problema do pátio também foi resolvido através de uma mudança na rotina da enfermagem. Antes da mudança, dois técnicos de enfermagem permaneciam no Posto de Enfermagem em atividades de rotina, além de um técnico responsável por cada Unidade e o estagiário de enfermagem acompanharem os pacientes no pátio. A mudança de horários foi feita de forma a não interferir com os horários de trabalho mais intensos da enfermagem: (a) os horários de troca de plantão – 7:00 horas, 13:00 horas e 19:00 horas; (b) os horários de entrega e conferência de medicamentos da farmácia – 8:30 horas; e (c) os horários de entrega de medicamentos aos pacientes – 8:00 horas, 12:00 horas, 16:00 horas, 18:00 horas e 22:00 horas.

A partir das soluções propostas, a entrega de medicamentos pode ser feita com os pacientes no pátio. Um técnico de enfermagem assumiu a rotina de atendimento no Posto de Enfermagem, além de outras atividades pertencentes a este setor, como o atendimento de telefonemas e a porta, anotar em prontuário as atividades dos pacientes. Já o outro técnico e o estagiário atendem os pacientes no pátio e no ambiente da Unidade de Internação, melhorando o relacionamento da Equipe de Enfermagem com os pacientes.

Com a racionalização dos horários de telefonema, diminuiu significativamente a pressão dos pacientes sobre a enfermagem para efetuar ligações, evitando atritos e manejos ruins da enfermagem junto aos pacientes, assim como a prática de favorecimento de alguns pacientes em detrimento de outros.

Também combinou-se com a Direção do Hospital que os técnicos de enfermagem da UDAQ não participariam do rodízio de unidades com os demais técnicos do Hospital²⁷. As razões para evitar este rodízio são que, a cada vez que o técnico está treinado para a rotina e particularidades da Unidade de Tratamento de Dependentes Químicos, ele parte para outra Unidade. Em contrapartida, a Equipe do Programa de Tratamento comprometeu-se a fornecer treinamento para os técnicos de enfermagem, sem custo adicional para o Hospital. O treinamento era feito dentro do horário de trabalho dos técnicos de enfermagem e ministrado pelas psicólogas e pelo consultor. Os temas deste treinamento relacionavam-se ao manejo do paciente dependente químico e sobre as regras da Unidade, com duração de três horas, divididas em três módulos de uma hora cada um.

O recebimento de pertences por parte da enfermagem não foi modificado. Porém, criou-se um livro descritivo, onde os pertences recebidos eram anotados, conferidos na presença da Enfermeira do Hospital, do técnico de enfermagem e do paciente, sendo assinados por todos os presentes. Isto tende a diluir a responsabilidade da guarda destes pertences com a enfermeira e com o paciente.

4.6.7 As Soluções para os Problemas Administrativos

As soluções para os problemas levantados nas Reuniões de Pequeno Grupo foram decididas unilateralmente pela administração do Hospital, sem a participação do pesquisador. As mudanças serão descritas, mas o processo para mudança não será analisado.

O Hospital rescindiu o contrato com a cooperativa que prestava serviços de limpeza, passando a contratar os funcionários e os dividiu em grupos de limpeza. Cada grupo é responsável por duas Unidades de Internação e cada unidade é limpa duas vezes ao dia. Na

²⁷ É uma prática corrente do Hospital que os técnicos de todas as Unidades de Internação façam um rodízio entre si, nos seus respectivos turnos de trabalho, não permanecendo mais do que 3 meses em cada Unidade.

parte da manhã é realizada uma limpeza geral e na parte da tarde são limpos os banheiros, a copa e o Posto de Enfermagem.

A entrega de pertences foi organizada em horários para solicitação de pertences e de entrega em cada Unidade. Foi extinto o sistema de marcação de roupas (etiquetas) e cada paciente ficou responsável pelas suas roupas em caso de extravio. A lavanderia permaneceu responsável pela entrega e recebimento de pertences e, enquanto executam o procedimento administrativo para internação dos pacientes, os familiares recebem uma sugestão de enxoval para permanência no Hospital. O Hospital suspendeu o fornecimento de toalhas para os pacientes, transferindo aos familiares a responsabilidade pelo fornecimento das mesmas ao seu familiar internado.

Uma taxa de R\$ 25,00 começou a ser cobrada de cada paciente pela administração da distribuição de cigarros e pertences na Unidade, além de um depósito de R\$ 100,00 para cobrir despesas de extras (como por exemplo, chocolates, refrigerantes, biscoitos, jornais).

A nutrição intensificou as visitas da nutricionista às Unidades para desempenhar um papel de ouvidora das reclamações dos pacientes quanto à qualidade e quantidade das refeições servidas.

Algumas modificações implantadas pela administração relacionam-se na sua essência, ao Princípio do Não-Custo. Sendo assim, as atividades que não agregam valor ao produto foram diminuídas ou eliminadas, como a marcação de pertences e a implantação de horários para a busca e entrega de pertences, eliminando-se a perda por processamento e diminuindo as perdas por transporte. A cobrança de taxa administrativa para entrega de pertences não eliminou o processo de entrega de pertences como um custo não essencial ao Programa de Tratamento. Porém, foi introduzida uma maneira de financiar estes trabalhos, gerando uma nova fonte de receita para o Hospital.

4.6.8 Resumo da terceira Fase da Intervenção

Na terceira Fase da Intervenção foram discutidas, analisadas e encontradas diferentes soluções para os processos selecionados. Os processos analisados pelo Grupo de Trabalho foram efetivamente implantados com a ajuda da ARA e do Fluxograma de processo. Os processos que envolviam a administração do Hospital, descritos neste

trabalho, foram modificados sem a participação do pesquisador. A avaliação dos resultados das mudanças implantadas é discutida na quarta Fase da Intervenção – A Fase da Avaliação.

4.7 Quarta Fase da Intervenção – A Fase da Avaliação

Na quarta Fase da Intervenção foi realizado o terceiro ciclo de reuniões para avaliação das mudanças implantadas. Esta intervenção foi realizada no mês de Maio de 2006 e tinha como objetivo principal a análise dos resultados das mudanças implantadas no final do ano de 2005 através da avaliação dos Indicadores Globais e Locais de Desempenho.

4.7.1 Avaliação dos resultados da intervenção segundo os Indicadores de Desempenho

Como já mencionado anteriormente, para mensurar o resultado destas mudanças foram utilizados os seguintes Indicadores Locais:

- Número de pacientes novos no ambulatório vindos da internação;
- Índice de Satisfação do Cliente (percentual de bom e excelente); e
- Avaliação das reclamações dos pacientes nas Assembléias.

Os resultados foram obtidos comparando-se os dados dos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2005, com os dados obtidos nos meses de Março, Abril e Maio de 2006. A avaliação das Assembléias comparou 50 Assembléias ocorridas em 2005 com 21 Assembléias ocorridas entre os meses de Janeiro e Maio de 2006. Além dos Indicadores Locais acima, são avaliados os seguintes Indicadores Globais e Operacionais:

- Ganho;
- Despesas Operacionais; e
- Lucro Líquido = Ganho – Despesas Operacionais.

4.7.1.1 Número de pacientes novos do ambulatório originários da internação

No Quadro 4 são apresentados os números de pacientes novos no ambulatório vindos da internação e em atendimento com as psicólogas do Programa de Tratamento, com a Terapeuta Ocupacional e com o Consultor²⁸.

Quadro 4: Número de pacientes novos do ambulatório encaminhados da internação

2005	SET	OUT	NOV	2006	MAR	ABR	MAI	Média antes da mudança	Média depois da mudança
Psicóloga 1	2	0	0		2	2	2	0,6	2
Psicóloga 2	0	0	0		3	3	1	0	2,3
Psicóloga 3	2	1	0		3	1	2	1	2
Terapeuta Ocupacional	0	0	0		2	0	2	0	1,3
Consultor	3	1	0		3	2	1	1,3	2

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

A análise do Quadro 4 mostra um significativo aumento no número de pacientes encaminhados da internação para o ambulatório quando são comparados os meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2005 (anteriores as modificações implantadas na Organização), com os meses de Março, Abril e Maio de 2006 (posteriores as modificações implantadas na Organização).

A principal mudança na Unidade de Tratamento e que envolveu os psicólogos da Equipe, que também repercutiu sobre os demais membros da Equipe, foi a contratação da Terapeuta Ocupacional, que assumiu a maioria dos Grupos Operacionais, liberando as psicólogas para o atendimento individual. Associada a esta mudança pode-se inferir que houve uma mudança de postura dos demais membros da Equipe, que se motivaram a atender mais pacientes individualmente. Também, é importante lembrar que houve um aumento nos valores repassados à Equipe como remuneração pelo seu trabalho. De qualquer modo, observa-se uma tendência de aumento no número de pacientes provenientes da internação para tratamento ambulatorial, um dos objetivos das mudanças implantadas.

²⁸ O consultor não efetua atendimentos individuais, os números apresentados se referem aos pacientes que ingressaram no Grupo de Prevenção à Recaída, que é um Grupo de auto-ajuda, pago pelos pacientes e coordenado pelo consultor.

4.7.1.2 Índice de Satisfação dos Clientes

Os questionários de Satisfação do Cliente foram aplicados nos meses de Março, Abril e Maio de 2006. Foram aplicados 91 questionários, compreendendo todos os pacientes em alta hospitalar neste período, que representa uma amostra de todo o universo possível de ser pesquisado. As principais conclusões obtidas a partir da análise dos questionários de Satisfação do Cliente estão descritas no Quadro 5, onde os percentuais descritos referem-se apenas as respostas “bom” e “ótimo”.

Quadro 5: Resultados do questionário de Satisfação do Cliente

	Resultado pesquisa anterior	Resultado pesquisa após intervenção
Como você qualificaria os serviços que recebeu?	84%	82,4%
Você recebeu o serviço que desejava?	83,2%	89%
Até onde o nosso Programa atingiu as suas necessidades?	88,5%	86,9%
Você recomendaria nosso Programa a um amigo?	85%	92,3%
Quão satisfeito você está com a ajuda que recebeu?	87,6%	93,5%
Os serviços que você recebeu estão lhe ajudando a lidar melhor com seus problemas?	83,6%	85,6%
Em geral, quão satisfeito você está com o serviço que recebeu?	90,3%	90,1%
Se você necessitasse ajuda novamente, procuraria o nosso Programa?	83,2%	91,2%

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

O resultado do questionário não acusa diferenças significativas entre o questionário realizado em 2005 e o questionário realizado em 2006. A explicação para justificar este resultado é complexa. Apesar de ter sido observado uma diminuição das reclamações dos pacientes em relação à maioria dos processos analisados e modificados, aqueles que permaneceram com problemas podem ter comprometido a visão dos pacientes em relação a qualidade do serviço prestado na Organização.

Por outro lado, observa-se uma melhoria nos percentuais de resposta relacionados ao Programa de Tratamento. Os pacientes perceberam que receberam ajuda, retornariam se

necessário e indicariam o serviço a um conhecido, corroborado pelo maior percentual obtido na pesquisa atual em relação a anterior. Isto tende a mostrar que as modificações implantadas no Programa de Tratamento pelo Grupo de Trabalho repercutiram, de maneira geral, positivamente nos indicadores de resultado.

Dos 91 questionários preenchidos e devolvidos, apenas 12 dos questionários de Satisfação do Cliente trouxeram algum comentário escrito no campo “comentários e sugestões”. Os comentários dos pacientes relacionaram-se principalmente:

- i) enfermagem – queixas de mau atendimento ou não atendimento de solicitações;
- ii) Programa de Tratamento e regras da Unidade – queixas em relação a número maior de cigarros e solicitação de mais atividades nos finais de semana; e
- iii) administração – reclamações da limpeza e lentidão na entrega de pertences.

4.7.1.3 Comparação das Reclamações nas Assembléias antes e depois da Intervenção

Para avaliar a eficácia das modificações implantadas na Unidade de Internação após a intervenção, optou-se por utilizar como um dos indicadores desta melhoria a comparação das reclamações e elogios entre o levantamento das 50 Assembléias realizadas em 2005 (descritas no item 4.4.2.1 desta dissertação) com o levantamento das reclamações e os elogios das 21 Assembléias realizadas entre Janeiro e Junho de 2006. Os resultados foram divididos em 14 grupos de reclamações ou elogios e distribuídos conforme destaca o Quadro 6. Os números representam a quantidade de vezes na qual os assuntos referentes a esses grupos foram trazidos na assembléia. É comum que o mesmo assunto seja trazido de forma diferente na mesma assembléia. Porém, para efeitos de levantamento de problemas, eles foram considerados como colocações individuais e anotados como tal. O resultado completo do primeiro levantamento realizado em 2005, assim como do levantamento realizado em 2006, pode ser visto no Anexo A.

Quadro 6: O Levantamento das Assembléias antes e depois da intervenção

	Reclamações antes da intervenção	Elogios antes da intervenção	Reclamações depois da intervenção	Elogios depois da intervenção
Educação física	29	5	10	–
Telefone	31	–	13	–
Nutrição	132	5	84	–
Extras	17	–	4	–
Pátio	30	–	7	–
Televisão	13	–	12	–
Lavanderia e Pertences	47	–	23	–
Manutenção	88	5	132	–
Psicologia	9	–	1	–
Médicos	48	4	18	–
Cigarros	27	–	5	–
Enfermagem	61	7	47	–
Programa de Tratamento	93	23	13	–
Diversos	48	–	24	–

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

Na seqüência são feitas considerações a respeito de cada um dos indicadores avaliados neste levantamento das Assembléias após a intervenção na Organização:

- Educação Física – no primeiro levantamento analisado havia uma tendência de solicitação por mais atividades e atividades diferenciadas para mulheres e idosos. No segundo levantamento, após a intervenção, além de se observar uma diminuição significativa no número de reclamações, houve uma mudança no tipo de reclamações; os pacientes solicitaram a limpeza na quadra poliesportiva e de equipamentos (bolas e troca das redes das goleiras). Solicitaram também a montagem de uma academia com aparelhos de musculação. Porém, não houve reclamação ou solicitação de atividades diferenciadas para mulheres e idosos.
- Telefonemas – se observou uma diminuição no número de reclamações quanto aos telefonemas. As reclamações restringiram-se a solicitação de mais tempo de ligação e melhoria do controle de ligações. Isto porque, segundo os participantes, certos pacientes estariam recebendo mais ligações do que outros. Porém, não ocorreram reclamações sobre espera de ligações.
- Nutrição – as reclamações anteriores relacionavam-se a pouca quantidade e variedade de alimentos nas refeições, a repetição do cardápio e várias outras reclamações (ver Anexo A). Do levantamento anterior ao atual não ocorreram

modificações nas reclamações dos pacientes. É possível concluir, em relação à nutrição, que as mudanças implantadas pela administração do Hospital não produziram alterações significativas no indicador conforme informações das Assembléias.

- Pátio – a reclamação dos pacientes em relação ao pátio restringia-se à solicitação de ampliação do tempo de pátio. A modificação no tempo de permanência no mesmo, além das outras modificações implantadas, reduziu e restringiu as reclamações à solicitação para que os enfermeiros cumpram o horário e o tempo previsto para o pátio.
- Lavanderia – Diminuiu o número de reclamações dos pacientes na Assembléia. Porém, as reclamações permaneceram as mesmas, ou seja, demora na entrega de pertences e extravio de roupas e pertences.
- Manutenção – permaneceram as reclamações a respeito de chuveiros, vasos entupidos, chaves nas portas dos roupeiros, portas quebradas, etc. Não ocorreram reclamações quanto à demora do atendimento das solicitações ou falta de material para reposição.
- Psicologia – Não foram relatadas queixas de falta ou de pouco atendimento da psicologia. Nas 26 Assembléias realizadas após a intervenção, a única colocação sobre a atuação da psicologia foi uma reclamação sobre a falta de manejo de uma psicóloga.
- Médicos – foram solicitados mais atendimentos do médico clínico geral²⁹ e de mais rapidez na efetivação das avaliações clínicas, reclamações quanto ao pouco tempo de duração da consulta com os médicos assistentes. Não ocorreram outras reclamações quanto ao atendimento dos médicos assistentes.
- Cigarro – solicitações para aumentar o número de cigarros e reclamações sobre restos de cigarros no chão do pátio.
- Enfermagem – persistem as reclamações sobre a falta de manejo dos técnicos de enfermagem em relação aos pacientes.

²⁹ O Hospital oferece os serviços de um médico clínico-geral para as avaliações de situações clínicas dos pacientes. O médico clínico-geral atende a todos os pacientes do Hospital conforme solicitação do médico assistente, do médico de plantão ou da enfermeira do Hospital.

- Programa de Tratamento – reclamações quanto à conduta dos pacientes que não querem se tratar e interferem no tratamento dos demais; esclarecimentos dos critérios utilizados pela Equipe de Tratamento para mudança das fases do tratamento.
- Diversos – problemas relacionados e ocasionados pelos próprios pacientes, como exposição sexual de mulheres, roupas penduradas nas janelas dos quartos, apropriações indevidas de pertences alheios, etc.

4.7.1.4 Indicadores Globais e Operacionais

Os indicadores Globais e Operacionais estão descritos no Quadro 7. Os resultados com os valores absolutos não estão descritos por solicitação da Organização pesquisada. Para dar uma noção dos resultados obtidos foram apresentados os percentuais dos valores, partindo de uma dada base. Para o cálculo do percentual de melhoria foram somados os resultados do trimestre relativo a Setembro, Outubro e Novembro de 2005 e comparados com a soma do trimestre de Março, Abril e Maio de 2006³⁰.

Quadro 7: Resultado dos Indicadores Globais e Operacionais após a mudança

Indicadores	% de melhoria
Ganho (R\$/mês)	11%
Despesas Operacionais (R\$/mês)	- 25%
Lucro Líquido (%)	2,5%

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

Da análise do Quadro 7, é possível verificar que as ações de mudança tiveram como principal consequência econômica um significativo aumento das Despesas Operacionais (25%) com um aumento dos Ganhos (11%) e um pequeno aumento do Lucro Líquido (2,5%). O aumento das Despesas Operacionais pode ser explicado pela contratação do novo membro da Equipe e da mudança no cálculo de pagamento dos demais membros. Apesar deste aumento significativo de Despesas Operacionais, se observa uma tendência de aumento de Ganhos e do Lucro Líquido.

³⁰ Os meses de Janeiro e Fevereiro de 2006 não foram considerados para este levantamento devido a sazonalidade do atendimento, queda natural do número de atendimentos relacionada às férias dos profissionais médicos e da queda da procura por atendimento dos pacientes.

Para a Teoria das Restrições, a Meta de toda empresa, ‘é ganhar dinheiro hoje e no futuro’ (GOLDRATT, 1996). Esta definição foi ampliada pelo próprio Goldratt que acrescentou dois outros tópicos (ALVAREZ, *apud* ANTUNES JÚNIOR, 1998):

- ‘Satisfazer os empregados hoje e no futuro’; e
- ‘Satisfazer os clientes hoje e no futuro’.

Segundo Antunes Júnior (1998), estes dois conceitos são fundamentais, na medida em que sem eles não é exequível atingir a Meta de ‘ganhar dinheiro hoje e no futuro’. As soluções propostas para melhoria do Programa de Tratamento visaram atingir estes dois objetivos. A contratação do novo membro da Equipe e a mudança no cálculo de pagamento dos demais membros veio ao encontro a uma solicitação de maior valorização financeira da Equipe e da primeira meta proposta – Satisfazer os empregados hoje e no futuro. Todas as mudanças implantadas tinham o objetivo de alcançar a segunda meta – Satisfazer os clientes hoje e no futuro.

Partindo da ótica do sistema de indicadores da TOC, as mudanças ocorridas na Unidade de Tratamento e no Programa de Tratamento estavam também relacionadas ao conceito mais amplo de “Mundo dos Custos” e do “Mundo dos Ganhos”. O primeiro vincula-se aos indicadores ‘Inventário’ e ‘Despesas Operacionais’, sendo a ênfase dada na eficiência local no qual a maximização do desempenho é a prioridade e a meta é reduzir os custos dos produtos. Já o segundo está vinculado ao indicador ‘Ganho’ e a prioridade é maximizar o mesmo. Os resultados obtidos tendem a mostrar que o aumento do ‘Ganho’ pode ser considerado como um indicador positivo das mudanças implantadas na Organização.

Por outro lado, as ‘Despesas Operacionais’, também são relevantes, na medida em que contribuem para o desempenho global da firma. Neste caso em estudo, houve um significativo aumento das Despesas Organizacionais, que poderia ser interpretada como um resultado negativo das mudanças implantadas, mas que, na realidade demonstram o esforço de um investimento para se atingirem as demais Metas: (a) Aumento do Ganho; (b) Satisfação dos empregados hoje e no futuro; e (c) Satisfação dos clientes hoje e no futuro.

4.7.2 O Modelo de Gestão Proposto

Como dito anteriormente, o objetivo geral deste trabalho consiste em propor um método de intervenção, denominado Modelo de Gestão, a partir da utilização do método da Pesquisa-ação, visando à melhoria do tratamento em uma Unidade de Internação para Dependentes Químicos, tendo como embasamento teórico alguns princípios técnicos da Teoria das Restrições e alguns princípios básicos de sustentação do Sistema Toyota de Produção.

O Modelo de Gestão foi construído ao longo do processo da pesquisa nas quatro fases da Pesquisa-ação. O mesmo é formado por duas grandes partes: (i) a base conceitual; e (ii) a parte operacional. A base conceitual é formada pela sinergia de conceitos da TOC e da STP relacionadas à melhoria nos processos e da análise do serviço pela classificação de Sistemas de Serviços. A base operacional é a responsável por colocar em prática as idéias que surgem do estudo e a adaptação do referencial conceitual, para a realidade específica. O processo da mudança proposto foi participativo visando incluir os atores envolvidos na rotina da Organização e nos processos estudados.

Através de Indicadores – que neste estudo são os questionários de satisfação do Cliente e de Percepção do Tratamento, avaliação das reclamações dos pacientes nas Assembléias e questionário de Seguimento dos pacientes são definidos alguns processos que são analisados à luz do referencial teórico. Os problemas detectados são discutidos e solucionados, sendo as mudanças medidas através do Sistema de Indicadores Globais e Operacionais da TOC e dos Indicadores Locais, definidos ao longo do processo participativo de melhoria.

O final do processo gera *feed-back*, criando desta maneira um processo de melhoria continua. O Modelo de Gestão pode ser visualizado na Figura 10.

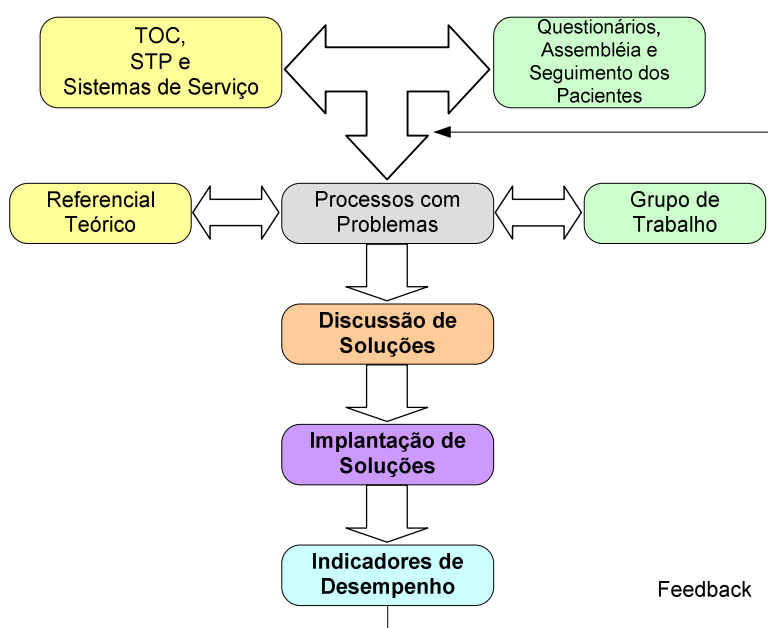


Figura 10: O Modelo de Gestão Proposto

Fonte: Elaborado pelo Autor (2006).

4.7.3 Resumo da quarta Fase da Intervenção

Nesta Fase da Intervenção foi realizado o terceiro ciclo de reuniões para avaliação das mudanças implantadas, sendo realizada no mês de Maio de 2006. Nesta fase, analisou-se os resultados das mudanças implantadas no final do ano de 2005 através da avaliação dos Indicadores Globais e Locais de Desempenho. A partir do Referencial Teórico e da aplicação do método da Pesquisa-ação foi proposto o Modelo de Gestão.

5 ANÁLISE CRÍTICA DA INTERVENÇÃO

5.1 Considerações Iniciais

A análise crítica da intervenção é apresentada conforme o modelo de intervenção construído no trabalho. Cada elemento desenvolvido e utilizado ao longo deste trabalho será avaliado criticamente. Inicialmente é apresentada a avaliação do Referencial Teórico e na sequência a avaliação da Pesquisa-ação como método de trabalho norteador desse trabalho. Posteriormente é avaliada a intervenção na Organização.

5.2 Análise do Referencial Teórico

O Referencial Teórico empregado neste estudo está embasado em dois grandes eixos: o Sistema Toyota de Produção e a Teoria das Restrições. Foram utilizados da Teoria das Restrições os seguintes tópicos: i) o Processo de Pensamento – mais especificamente a Árvore da Realidade Atual; e ii) o Sistema de Indicadores de Desempenho. Do Sistema Toyota de Produção foram utilizados: i) o Mecanismo da Função Produção; ii) o Princípio do Não-Custo; e iii) as Perdas nos Sistemas Produtivos.

É possível afirmar que os princípios e técnicas utilizados no trabalho foram pouco aplicados em processos de saúde, apesar da existência de alguns trabalhos desenvolvidos com base na Teoria das Restrições para avaliação de processos. O desafio de utilizar teorias originadas na Administração/Engenharia de Produção em processos de saúde foi bem

aceito pelo Grupo de Trabalho que participou da pesquisa. Observou-se que os conceitos abordados na capacitação teórica do Grupo de Trabalho (o Processo de Pensamento, Árvore da Realidade Atual e o Sistema de Indicadores de Desempenho – da TOC; e o Mecanismo da Função Produção, o Princípio do Não-Custo e as Perdas nos Sistemas Produtivos – do STP) mostraram-se apropriados para a abordagem dos problemas da Organização pesquisada. Do prisma analítico, é possível perceber as potencialidades da adoção destes conceitos em Organizações ligadas a saúde.

A análise do serviço prestado pelo Programa de Tratamento na Unidade de Internação do ponto de vista de Sistemas de Serviço, enriqueceu a discussão sobre os serviços prestados na Unidade de Tratamento, agregando à visão da mesma, a ótica da prestação de serviços e suas implicações para o bom desempenho do tratamento. Novamente, observou-se a possibilidade da adoção destes conceitos em uma Unidade de Tratamento de Dependentes Químicos.

A apresentação e discussão crítica do Referencial Teórico com os participantes da pesquisa ocorreram nas reuniões de Grande e de Pequeno Grupo. O Grande Grupo, composto pela Equipe do Programa de Tratamento, participou de todas as fases da Intervenção. Nestas fases os participantes do Grande Grupo trabalharam no sentido de pensar, sugerir, planejar, implantar e avaliar as mudanças. Esta situação motivou a efetiva participação do Grande Grupo no processo de Intervenção na Organização. Por outro lado, a participação dos Pequenos Grupos limitou-se a capacitação teórica e ao levantamento dos problemas na segunda Fase da Intervenção.

Ainda, partindo do diagnóstico, a Administração do Hospital implantou algumas mudanças. Porém, as medições feitas através da utilização dos indicadores locais mostraram que os resultados alcançados não foram eficazes. Neste sentido, para futuras aplicações práticas parece recomendável a utilização de um método participativo, como o gerado neste trabalho, a partir da utilização de uma lógica de Pesquisa-ação. Isto leva a elaborar trabalhos levando em consideração todos os passos propostos no método de intervenção.

5.3 Análise do Método de Pesquisa

O método de pesquisa selecionado para este trabalho foi a Pesquisa-ação. A utilização deste método possibilitou a condução dos trabalhos práticos de acordo com os vários passos propostos no mesmo. A utilização desses passos pressupõe alguns princípios básicos: i) capacitação teórica dos participantes; ii) a discussão sistêmica e sistemática da mudança; e iii) o comprometimento com a mudança.

A principal limitação observada na aplicação da Pesquisa-ação é a impossibilidade de repetir o experimento, pois cada intervenção será diferente da anterior em função dos diferentes contextos e situações. Segundo Macke (1999, p. 155), “é possível testar teorias em várias situações, mas cada contexto será levemente diferente e dessa forma, surge a necessidade de interpretar a teoria de acordo com as circunstâncias”. A mesma autora afirma que “apesar disso, as intervenções em organizações são oportunidades de testar ferramentas complexas que não podem ser observadas separadamente, isto é, para compreendê-las é preciso observar a natureza sistêmica de sua aplicação”.

Para o presente estudo, as atividades da Pesquisa-ação foram facilitadas no Grande Grupo devido ao fato do mesmo ser constituído pelos membros da Equipe do Programa de Tratamento. Em função da experiência prévia de trabalho em grupo é provável que este tenha sido um elemento facilitador para que, através da utilização do método proposto, tenha sido possível a criação e geração de eficazes soluções em conjunto.

Por outro lado, as reuniões com Pequenos Grupos foram menos eficazes, provavelmente em função da existência de uma cultura centralizadora da administração do Hospital para a tomada de decisões. Talvez, este seja um elemento capaz de explicar, pelo menos em parte, a não continuação do processo da pesquisa nas suas fases de Ação e Avaliação.

5.4 Análise da Intervenção

A intervenção na Organização iniciou por uma análise dos problemas do Programa de Tratamento através da adoção de um instrumento inicial de coleta de dados: as

Assembléias de pacientes, que já eram parte da rotina do Programa de Tratamento e existiam antes da existência desta pesquisa. Também iniciou por uma percepção coletiva, do pesquisador e da Equipe do Programa de Tratamento, de que o serviço prestado na Unidade de Tratamento não estava tendo a eficácia esperada.

A análise das reclamações dos pacientes nas Assembléias e a percepção coletiva da Equipe do Programa de Tratamento levaram o pesquisador a procurar entender o funcionamento deste serviço, buscando no Referencial Teórico ferramentas que pudessem auxiliar este entendimento. A seguir são descritas, de forma resumida, as etapas desta intervenção.

5.4.1 O Tipo de Serviço Prestado na Unidade de Tratamento

A busca do entendimento do tipo de serviço prestado na Unidade de Tratamento levou o pesquisador a localizar este serviço numa classificação de Sistemas de Serviços. A classificação dos Sistemas de Serviço proporcionou a compreensão do processo em estudo, na medida em que facilitou a identificação das características dominantes neste tipo de Organização. Estas características têm implicação na forma de gerenciar o sistema de operações.

A partir da análise crítica das características do serviço prestado na Unidade de Tratamento foi definido que:

- A Equipe deve ter um caráter resolutivo dos problemas que possam surgir ao longo do processo de tratamento;
- O atendimento ao indivíduo deve ser priorizado e para isto os membros da Equipe devem estar preparados e disponíveis;
- O sucesso do tratamento também depende das habilidades individuais da Equipe; e
- Os problemas de *back-office* que, a princípio não estão relacionados com o Programa de tratamento, afetam o posicionamento do paciente frente a Equipe. Isto porque o paciente não distingue a responsabilidade pelo que considera uma falha no seu tratamento. Neste sentido, é relevante ressaltar que a Equipe deve agir como facilitador na resolução dos problemas de *back-office*.

5.4.2 Os Questionários

A aplicação dos questionários de Satisfação do cliente, de Percepção do Tratamento e de Seguimento de Usuários, revelou-se uma fonte de dados interessante para a realização do diagnóstico da Organização na fase inicial da pesquisa. A análise dos questionários revelou que, apesar dos altos índices de satisfação com o tratamento, isto não impede que grande parte dos pacientes retome o uso de substâncias psicoativas, não se mantenham em tratamento ambulatorial e procurem outros serviços para se tratarem quando necessário. A percepção do Grupo de Trabalho foi de que os índices de recaída estão próximos dos índices aceitos pela Organização Mundial de Saúde. Porém, estes índices podem ser melhorados, assim como a taxa de abandono do tratamento neste serviço também pode ser modificada com a implantação de melhorias que vão de encontro as principais reclamações dos pacientes.

5.4.3 A Formação dos Grupos de Trabalho

Desde o início da pesquisa, o Grupo de Trabalho formado pela Equipe de Tratamento mostrou-se interessado e “motivado” com a possibilidade de avaliar e implantar modificações na Unidade de Tratamento. Durante a aplicação da pesquisa, o Grupo manteve-se interessado e ativo na realização do trabalho. É possível pensar que o fato de o pesquisador ser parte da Equipe de Trabalho e coordenador do Programa de Tratamento, possa ter interferido positivamente na participação da Equipe durante este trabalho. Por outro lado, os Pequenos Grupos não conseguiram completar todas as fases da pesquisa.

Isto parece ser passível de ser explicado a partir do receio da direção do Hospital de que o espaço concedido aos colaboradores pudesse “ameaçar” a cultura centralizadora da direção do Hospital. Mesmo assim, na primeira e segunda fase da pesquisa os Pequenos Grupos trouxeram significativas contribuições relacionadas com a identificação dos processos que apresentavam problemas e a discussão e proposições de soluções para os mesmos.

Provavelmente, como já detectado em trabalhos similares (MACKE, 1999), a continuidade dos trabalhos poderia depender da elevação do grau de escolaridade e

compreensão dos funcionários da limpeza, nutrição, lavanderia e manutenção. As dificuldades associadas ao tema supracitado foram detectadas quando da apresentação dos objetivos do trabalho e do Referencial Teórico ao Pequeno Grupo.

5.4.4 Análise da Utilização do Sistema Toyota de Produção

A identificação e análise das Perdas visaram identificar os principais problemas relacionados ao processo do tratamento na Unidade de Internação. A análise das mesmas foi feita nas reuniões com o Grande Grupo a partir: (i) da descrição dos processos selecionados e identificados como Restrições do sistema – identificados com base nos questionários aplicados; (ii) a Assembléia dos pacientes; e (iii) da experiência do Grupo de Trabalho.

Nos processos onde foram identificadas perdas, buscaram-se soluções para minimizar ou eliminar estas mesmas. Os processos que estiveram sob responsabilidade do Grupo de Trabalho apresentaram resultados melhores do que os processos sob responsabilidade da Administração do Hospital. Este resultado pode estar relacionado ao fato de que todos os processos que foram discutidos, modificados e implantados pelo Grupo de Trabalho de maneira participativa, comprometeram a Equipe do Programa de Tratamento com o processo da mudança. Já os processos sob responsabilidade da Administração do Hospital foram implantados sem a participação dos colaboradores que, desta forma, não estavam devidamente comprometidos com as mudanças.

5.4.5 Análise da Utilização da Teoria das Restrições

É possível afirmar que o processo de mudanças na Unidade de Tratamento foi construído tendo como base essencial o Processo de Pensamento da TOC. A Árvore da Realidade Atual foi utilizada na maioria dos processos analisados, tendo auxiliado na tomada de decisão a respeito das mudanças que foram implantadas na Unidade de Tratamento. Da mesma maneira, os Indicadores de Desempenho propostos pela TOC contribuíram para a efetivação das mudanças na Unidade de Tratamento.

Os Indicadores de Desempenho são os elementos responsáveis pela avaliação da efetividade das ações em provocar as mudanças desejadas. Neste trabalho, o Sistema de Indicadores é composto pelos Indicadores Globais e Operacionais da TOC e pelos Indicadores Locais definidos, especificamente, de forma a avaliar a situação de mudança.

Dos Indicadores Globais (Lucro Líquido, Retorno Sobre Investimento e Caixa), somente foi apresentado à variação do prisma do Lucro Líquido por razões relacionadas ao sigilo dos dados. Igualmente, para Ganho e as Despesas Operacionais foram apresentados somente o percentual de suas respectivas variações. Os valores foram calculados sobre as médias dos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2005 e comparados com as médias dos meses de Março, Abril e Maio de 2006. Para mensurar o resultado das mudanças também foram utilizados os seguintes Indicadores Locais:

- Número de pacientes novos no ambulatório vindos da internação;
- Índice de Satisfação do Cliente (percentual de bom e excelente); e
- Avaliação das reclamações dos pacientes nas Assembléias.

O número de pacientes novos no ambulatório vindos da internação ajudou a explicitar:

- i) que os pacientes estão se mantendo no tratamento após internação;
- ii) que há formação de vínculo entre os terapeutas e os pacientes; e
- iii) que possibilita o aumento do Ganho do Programa de Internação.

O índice de Satisfação do Cliente mostrou o número de pacientes satisfeitos com a Unidade de Internação e o Programa de Tratamento. O percentual atual de pacientes satisfeitos e muito satisfeitos gira em torno de 90%.

A avaliação das reclamações dos pacientes na Assembléia representa a mudança mais significativa. Ouvir com a devida atenção, de forma estruturada/organizada e com a liberdade necessária, representa uma mudança na maneira de encarar a relação Equipe de atendimento – paciente.

Tradicionalmente, os dependentes químicos são vistos como pacientes solicitantes e dispostos a mentir e a enganar, manipulando situações para pressionar os que estão lhe tratando, com o objetivo de voltar a usar a droga de escolha. Mas, ao analisar-se o conteúdo

das reclamações dos pacientes, é possível observar que eles estavam, na realidade, apontando os processos que necessitavam de ajustes. No processo de melhoria contínua deste serviço, a análise das Assembléias, associado aos demais indicadores, pode indicar a necessidade de novos ajustes no Processo de Tratamento, mas também, pode apontar os possíveis caminhos para a obtenção dos resultados esperados.

5.4.6 Dificuldades Encontradas na Realização da Pesquisa

Embora as considerações acima permitam visualizar o alcance dos objetivos propostos, no decorrer do trabalho surgiram algumas dificuldades que têm o potencial de auxiliar nas pesquisas futuras que podem ser efetuadas sobre o tema, sendo:

- O estilo centralizador da Direção do Hospital, que tomou medidas para corrigir os processos diagnosticados como problemáticos nas reuniões de Pequeno Grupo sem a participação do mesmo na discussão da implantação destas mudanças, inibiu e desestimulou a participação dos demais serviços nas etapas seguintes do estudo. Isto tende a se refletir no resultado das mudanças implantadas nestes serviços.
- O fato de o pesquisador ser coordenador da Equipe do Programa de Tratamento estimulou a participação dos demais elementos da Equipe no trabalho. Porém, muitas vezes colocou o pesquisador no papel de condutor do processo. Em outras palavras, a Equipe esperou que o pesquisador tivesse a iniciativa de propor os processos e as mudanças a serem implantadas. Esta situação foi, pelo menos em parte, contornada pela postura do pesquisador, que atuou no sentido de provocar o debate entre os membros da Equipe, fazendo que partissem deles as sugestões ou *insights* para as mudanças.
- A avaliação dos resultados destas mudanças não é completa, pois dos processos diagnosticados como problemáticos apenas aqueles que foram modificados pelo Grupo de Trabalho apresentaram melhoria de acordo com os indicadores de desempenho. Os processos modificados pela administração do Hospital – nutrição, limpeza, lavanderia e manutenção – permanecem com problemas e sob negociação com a Equipe do Programa de Tratamento para auxiliar na reestruturação destes processos.

5.4.7 Avaliação Geral do Trabalho

De forma geral, é possível tecer os seguintes comentários gerais a partir do trabalho realizado:

- A utilização da Pesquisa-ação como método de pesquisa na condução de trabalhos na área de saúde parece ser eficaz do prisma da busca científica dos resultados e da geração de métodos de intervenção específicos para cada Organização. Importante ressaltar que, em função de tratar-se de um método de cunho participativo, os resultados obtidos parecem apontar para a eficácia da abordagem em contraposição a ações de cunho centralizado;
- A escolha do Referencial Teórico associado a um conjunto específico de ferramentas do Sistema Toyota de Produção e da Teoria das Restrições parece adequado para a pesquisa realizada em uma Unidade de Tratamento para dependentes químicos. As melhorias do Sistema Produtivo em cena permitem criar as bases de gestão para a melhoria do tratamento em si dos pacientes; e
- Através do uso conjunto do Método da Pesquisa-Ação e das ferramentas teóricas do Sistema Toyota de Produção e da Teoria das Restrições foi possível desenvolver um modelo para melhorar o desempenho dos processos vinculados ao tratamento de uma Unidade de Tratamento em Dependência Química. A intervenção na Organização serviu para ilustrar o tipo de resultado passível de ser obtido, sendo que foram observadas melhorias no desempenho econômico-financeiro da Organização pesquisada.

5.4.8 Considerações Finais do Capítulo

Neste capítulo, foi analisada criticamente a intervenção realizada em uma Unidade de Tratamento de Dependência Química. As atividades foram abordadas e analisadas de acordo com o modelo de intervenção proposto para este trabalho. No capítulo seguinte são apresentadas as conclusões e recomendações para trabalhos futuros.

6 CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

6.1 Considerações Iniciais

A abordagem do presente estudo é direcionada para a melhoria de processos de um serviço privado de atendimento em saúde mental, atuando em sistema de internação e ambulatorial. O Referencial Teórico utilizado para a execução da pesquisa está baseada no Sistema Toyota de Produção e na Teoria das Restrições.

O modelo de intervenção para melhorar os processos do tratamento de uma Unidade de Tratamento em Dependência Química foi construído e descrito de forma sucinta. Os resultados financeiros gerados com a intervenção evidenciam a melhoria do desempenho no serviço prestado nesta Unidade de Internação.

6.2 Conclusões

O trabalho realizado alcançou parcialmente os resultados esperados pelo pesquisador. Os processos que envolveram a participação da Equipe do Programa de Tratamento foram analisados, modificados e tiveram seu desempenho medido através dos Indicadores Locais de Desempenho. Estes processos auxiliaram na melhoria dos processos do tratamento na Unidade de Tratamento. Por outro lado, os processos que necessitavam apoio da administração do Hospital, não chegaram a termo conforme o método de

intervenção proposto para este trabalho. Isto tende a evidenciar a necessidade da ampliação da utilização do método para as áreas que se relacionam com a Organização estudada.

A utilização do Referencial Teórico apontou “*o que mudar*” e “*como provocar esta mudança*”. Neste trabalho, os conceitos da Teoria das Restrições foram rapidamente absorvidos pelo Grupo de Trabalho e utilizados em todas as etapas da intervenção. Isto tende a mostrar a adequação dos conceitos para sua utilização na área de saúde mental de forma geral e a avaliação de processos de internação de forma específica.

A classificação dos serviços prestados pelo Programa de Tratamento através do Referencial Teórico relacionado aos Sistemas de Serviço, possibilitou um melhor entendimento da Equipe sobre o tipo de serviço que estavam prestando aos pacientes. Ainda, foi possível constatar uma mudança na forma de “olhar” os pacientes, passando a considerá-lo como: (i) clientes/usuários de um sistema de serviços; (ii) avaliadores do serviço prestado pela Equipe de Tratamento; e (iii) participantes da construção das soluções de gestão necessárias para melhorar o tratamento como um todo.

Parte significativa dos resultados obtidos no trabalho se deve a participação efetiva da Equipe no Grupo de Trabalho. O fato de todos os membros da Equipe terem formação de nível superior (graduação ou pós-graduação) tendeu a auxiliar e facilitar o trabalho do pesquisador. Nos Pequenos Grupos, o baixo grau de escolaridade interferiu na compreensão dos objetivos e do Referencial Teórico da pesquisa, situação enfrentada por outros pesquisadores (MACKE, 1999; SOUTO, 2000) que elaboraram trabalhos semelhantes a este.

A aplicação de conceitos do Sistema Toyota de Produção carece de um aprofundamento destes conceitos frente à realidade da Unidade de Internação. A sinergia destes conceitos com os conceitos da TOC, é fundamentada no aprimoramento contínuo dos processos produtivos e na busca de melhorias voltadas aos processos. Na pesquisa realizada, foi possível verificar e avaliar a eficácia da utilização da lógica das Perdas e do Princípio do Não-custo. Isto tende a sugerir a possibilidade e potencialidade de que estes conceitos possam ser explorados em outros trabalhos que os utilizem como base teórica.

Finalmente, a flexibilidade do método proposto para a realização deste trabalho – a Pesquisa-ação, permitiu a interação entre os diferentes elementos envolvidos na mudança: (i) o Referencial Teórico; (ii) a Organização estudada; e (iii) o Grupo de Trabalho. Desta

forma, o desenvolvimento processual do trabalho permitiu ao pesquisador aprimorar sua capacidade de entender e modelar os problemas verificados na Unidade de Internação.

6.3 Limitações do Trabalho

São as seguintes as limitações deste trabalho:

- O Modelo de Gestão, resultado desta intervenção, é específico para a Organização estudada. É possível sugerir generalizações de cunho analítico. Porém, mesmo no caso das generalizações de cunho analítico, torna-se necessário considerar as interferências de fatores relacionados à cultura da Organização que dependem fortemente dos contextos/situações estudadas. Assim, estudos sobre este tema necessitam passar pelo crivo de uma adaptação do tipo caso a caso;
- Este trabalho tratou dos aspectos relacionados à gestão que, por tratar-se de atividade meio e essencial no processo terapêutico, tende a influir nos resultados sistêmicos do tratamento. No entanto, isto não pode ser considerado uma inovação em termos do tratamento da dependência química nas suas variadas formas.
- A participação simultânea do pesquisador também como membro coordenador do Programa de Tratamento pode ter ocasionado interferência no desenvolvimento do estudo. No entanto, a utilização de várias fontes de coleta de dados (questionário, Assembléia, etc.) e a utilização rigorosa dos métodos de pesquisa e de trabalho visaram minimizar os problemas supracitados;
- O Modelo de Gestão proposto parte de uma abordagem técnico-econômica, não levando em consideração aspectos relacionados à cultura da Organização. Porém, a pesquisa apresentou dificuldades todas as vezes onde foi necessário intervir nos processos relacionados a Administração do Hospital.

6.4 Recomendações para Trabalhos Futuros

A seguir são apresentadas as recomendações/sugestões para trabalhos futuros:

- Aprofundar e redefinir conceitualmente a teoria do STP, adaptando-a para a utilização em serviços e, especificamente, em serviços de saúde. O STP foi originalmente construído em ambientes de manufatura – a Toyota. Porém, conforme Antunes Júnior (1998, p.79), “os processos constituem-se no acompanhamento do objeto de trabalho (materiais, serviços e idéias) no tempo e no espaço. As operações constituem-se do acompanhamento do sujeito do trabalho (máquinas e trabalhadores) no tempo e no espaço”. Abre-se desta forma a possibilidade de aplicação destes conceitos em realidades organizacionais distintas das industriais.
- Avaliar a possibilidade de replicar os conceitos estabelecidos e os métodos testados neste trabalho em outros serviços de tratamento semelhantes.
- Utilizar os conceitos da TOC em processos de mudança em Organizações de serviço e Serviços de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, R. R. **Desenvolvimento de Uma Análise Comparativa de Métodos de Identificação, Análise e Solução de Problemas**. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.

ANDRADE, A.L. **Taxonomias em Serviços como Ferramentas de Apoio ao Planejamento e Controle da Produção**. Working Paper, PPGE/UFGRS, 1996.

ANTUNES JÚNIOR, J. A. V. **Em direção a uma teoria geral do processo na administração da produção: uma discussão sobre a possibilidade de unificação da Teoria das Restrições e da teoria que sustenta a construção dos sistemas de produção com estoque zero**. Tese de Doutorado em Administração. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Administração/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

ARGYRIS, C. ***Intervention Theory and Method: A behavioral science view***. Reading (MA): Addison-Wesley, 1970.

ARNT, R. Agora as Empresas Brasileiras começam a descobrir os prejuízos causados pelo abuso de drogas entre seus funcionários. **Revista Exame**, pág. 42 a 56, Edição 743, Ed. Abril, junho de 2001.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva – teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BENBASAT, I.; GOLDSTEIN, D. K.; MEAD, M. *The case research strategy in studies of information systems*. **MIS Quarterly**, p. 369-386, sep.,1987.

BORBA, G. S.; **Desenvolvimento de uma abordagem para a inserção da simulação no setor hospitalar de Porto Alegre**. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

BREEN, A. M. *Applying the theory of constraints in health care: part 1 – the philosophy*. **Quality Management in Health Care**, 10 (3), p. 40–46, 2002.

BURNS, J. E. **O caminho dos doze passos**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

CALLEGARI, L. Hospitais Privados. **Panorama Setorial – Gazeta Mercantil**. São Paulo, novembro de 2004.

CATA PRETA, H. L. N. Análise da política de reajustes para planos individuais e coletivos implementada pela ANS. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, vol. 1, n. 1, dezembro de 2004.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país**. Brasília: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Coord. Organização Mundial da Saúde: trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL. **Legislação da Saúde**. Dados obtidos em março de 2006 em: www.Senado.gov.br/sf/legislação/const/

CORIAT, B. **Pensar pelo Avesso: o modelo japonês de trabalho e organização**. Rio de Janeiro: UFRJ/Revan, 1994.

DATTILIO, F. M. & PADESKI, C. A. **Terapia Cognitiva com Casais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DE LEON, G. **The therapeutic community**. New York: Springer Publishing Company, 2000.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Pesquisa de Satisfação do Cliente – CSQ 8. Dados obtidos em Fevereiro de 2005 em: <http://www.emcdda.com>

FORD, H. **Hoje e amanhã**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1927.

GIANESI, I. G. N. & CORREA, H. L. **Administração Estratégica de Serviços**. São Paulo: Atlas, 1996.

GOLDRATT, E. M. & COX, J. **A Meta**. edição ampliada. São Paulo: Educator, 1994.

GOLDRATT, E. M. **A Síndrome do Palheiro: Garimpando informação num oceano de dados**. São Paulo: Educator, 1996.

GOLDRATT, E. M. **Mais que Sorte... Um Processo de Raciocínio**. São Paulo: Educator, 1994.

GOLDRATT, E. M. **An Introduction to Theory of Constraints: The Goal Approach** (seminar description). Berkshire: Avraham Y. Goldratt Institute, 1992.

HAIR, J. F. Jr, BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ILES, V. & SUTHERLAND, K. **Organizational Change: a review for health care managers, professional and researches**. NCCSDO, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2001. Disponível pelo site: www.sdo.ishtm.ac.uk.

KERSHAW, R. *Using TOC to “cure” healthcare problems*. **Accounting Management Quarterly**, spring, p. 2-7, 2000.

KLIPPEL, A. F. **O Sistema Toyota de Produção e a Indústria de Mineração: uma Experiência de Gestão da Produtividade e da Qualidade nas Minas de Fluorita do Estado de Santa Catarina.** Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

LANDRY, M. *Overview of addiction treatment effectiveness.* **Office of Applied Studies**, n. 116. Rockville, MD: SAMHSA, 1995.

LOVELOCK, C. *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights.* **Journal of Marketing**. vol. 47, p. 9-20, summer, 1983.

LEIS, R. P. **Método de Melhorias para Processos Produtivos de Oficinas Mecânicas de Concessionárias de Automóveis Brasileiras – Uma Abordagem a Partir da Produção Enxuta/Sistema Toyota de Produção e da Teoria das Restrições.** Dissertação de Mestrado em Administração. São Leopoldo: Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2002.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1997.

MACKE, J. **Desenvolvimento de um modelo de intervenção baseado no sistema Toyota de Produção e na Teoria das Restrições: A utilização da Pesquisa-Ação em uma indústria de cerâmica vermelha de pequeno porte da região metropolitana de Porto Alegre.** Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

MARLATT, G. A. & GORDON, J. R. **Prevenção da Recaída.** Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

McNUTT, R. A. & ODWAZNY, M. C. *The Theory of Constraints and Medical error: A conversation with Robert A. McNutt.* **Q Manage Health Care**. vol.13. n. 3, p.183-187, 2004.

Medicina/Conselho Federal de Medicina – Conselho Federal de Medicina. É preciso salvar o SUS. **Jornal Medicina**. Maio de 1999. Dados obtidos em www.cfm.org.br em Janeiro de 2006.

MILBY, J. B. **A dependência de drogas e o seu tratamento.** Trad. Silvio M. de Carvalho. São Paulo: Pioneira EDUSP, 1988.

MILLER, W. E & HESTER, R. K. *The effectiveness of treatment techniques: what works and what doesn't, in treating addictive behaviors – processes of change.* New York: Plenum Press, 1986.

MILLER, W. R. *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction.* Rockville MD: NIH publications, 1997.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press, 2001.

NIDA – National Institute on Drug Addiction. *Principles of drug addiction treatment.* NIDA, 1999. Dados obtidos em 09/06/2006 no site www.nida.nih.gov

- OHNO, T. **O Sistema Toyota de Produção: Além da produção em larga escala**. Porto Alegre: Bookman, 1997.
- OLIVENSTEIN, C. **A droga**. Trad. Marina Camargo Celidônico. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. **World Drug Report**. New York: Oxford University Press, 1997.
- OWEN, P. *Minnesota Model: Description of counseling approach*. **Butler Center for Research and Learning, Hazelden Foundation**, 2003. Dados obtidos em <http://nida.nih/ADAC/ADAC11.html>.
- ROBERT, G. & OGSBORNE, A. C. **Best practices: Substance abuse treatment and rehabilitation**. Ottawa: Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues, Health Canada, 1999.
- ROBINS, R.W.; GOSLING, S. D.; CRAIK, K. H. An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist*, vol 54, n. 2, p. 117-128, 1999.
- ROBINSON, A. G. & SCHOROEDER, D. M. *Detecting and eliminating invisible waste*. **Production and Inventory Management Journal – Fourth Quarter**, p. 48-52, 1992.
- RUHL, J. *An Introduction to the Theory of Constraints*. **Journal of Cost Management**, summer, p. 43-48, 1996.
- SHINGO, S. **Sistema Toyota de Produção – do ponto-de-vista da Engenharia de Produção**. Porto Alegre: Editora Bookman, 1996a.
- SHINGO, S. **Sistemas de Produção com Estoque Zero: O Sistema Shingo para Melhorias Contínuas**. Porto Alegre: Bookman, 1996b.
- SOUTO, R. S. **Aplicação dos princípios e conceitos do sistema Toyota de produção em uma etapa construtiva de uma empresa de construção civil**. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.
- TAYLOR, L. G. & ORTEGA, R. D. *The application of Goldratt's thinking process to problem solving*. **Precedings of the Academy of Strategic Management**. vol. 2, n. 2, p 9-13, 2003.
- TAYLOR, L. G. & SHEFFIELD, D. *Goldratt's Thinking Process applied to Medical claim processing*. **Quality Management in Health Care**. vol.80, n.4, fall, p. 13-21, 2002.
- TÉBOUL, J. **A Era dos Serviços**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1999.
- THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.
- WALTER, A. **Um Método de Modelagem de Sistemas de Produção de Serviços Baseado no Mecanismo da Função Produção**. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.
- WESTBROOK, R. K. *Action Research: A new paradigm for research in production and operations management*. **International Journal of Operations and Production Management**, vol. 15, n.12. p. 6-20, 1995.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. 2000, disponível no site: www.who.int/druginformation

ANEXOS

ANEXO A – LEVANTAMENTO DAS 50 ÚLTIMAS ASSEMBLÉIAS DA UNIDADE DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

ANEXO B – PESQUISA UDQ (AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA)

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DO TRATAMENTO

ANEXO D – QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E DE PERCEPÇÃO DO TRATAMENTO – COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

ANEXO E – ÁRVORE DA REALIDADE ATUAL

ANEXO A

LEVANTAMENTO DAS 50 ÚLTIMAS ASSEMBLÉIAS DA UNIDADE DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Período considerado: 14 de setembro de 2004 à 27 de setembro de 2005.

Local: Clínica São José/UDQ.

Fonte: Livro de registro de assuntos da Equipe do PISTA/Interação.

Metodologia: Assunto X Incidência.

EDUCAÇÃO FÍSICA:

- Sem atividades às 2ª feiras – 1
- Futebol proibido X lesões nas atividades de voley – 1
- Bicicleta ergométrica, solicitação – 1
- Academia, normas para utilização – 1
- Academia, formas para a Unidade Ter uma em sua área física – 1
- Profissional de saúde para emergências nas práticas esportivas – 1
- Disponibilidade de pomadas “tipo gelol” no posto de enfermagem – 1
- Aparelhos para musculação na Unidade, solicitação – 1
- Bola de basquete, solicitação – 1
- Intervalo de café da tarde e início da Educação Física, aumentar – 1
- Educação Física aos domingos, solicitação – 1
- Mais atividades físicas – 2
- Exercícios físicos adaptados aos mais idosos – 2
- Atividades físicas de salão para os dias de chuva – 1
- Bolas furadas – 2
- Aparelhos danificados na UDQ 2 – 2
- Atividades físicas para mulheres – 3
- Modificar horários, solicitação – 1
- Sem atividades aos sábados – 1
- Atividade física, falta do professor – 3
- Atividades físicas mais variadas – 1
- Elogios – 5

TELEFONE:

- Retorno das ligações solicitadas, demora – 9
- Não retorno das ligações e/ou não realização – 7
- Aumento do nº de ligações – 5
- Mais tempo de conversação – 3
- Recados importantes (empresa) não repassados ao paciente – 1
- Quem não tem depósitos, esclarecimentos – 1

- Liberações de telefonemas, esclarecimentos – 5

NUTRIÇÃO:

Café da manhã:

- Frio – 8
- Fraco – 3
- Pouca quantidade – 8
- Frios (fiambres) – 6
- Mais margarina – 3
- Leite aguado – 1
- Pão seco – 1
- Frutas, iogurte, solicitação de inclusão – 1

Lanche 10:15 horas:

- Pipoca, bolo, solicitação – 1
- Variar as frutas – 1

Almoço:

- Frio – 10
- Falta comida – 13
- Carne dura – 5
- Limão para temperar saladas – 2

Jantar:

- Frio – 5
- Falta comida – 4
- Chá digestivo após, solicitação – 1

Ceia:

- Chá frio – 5
- Chá muito forte – 1
- Iogurte, leite com chocolate, solicitação – 1
- Mais reforçada – 1

Outros assuntos referentes:

- Não seguir o cardápio – 6
- Buffet não funciona – 2
- Respeito aos horários – 1
- Variar o cardápio – 6
- Equipe almoçar junto com os pacientes – 1
- Cafézinho após o almoço, solicitação – 2
- Encontrada lagartixa – 1
- Qualidade na preparação das refeições – 3

- Mais uma funcionária para distribuição das refeições – 5
- Copos, falta – 2
- Horário do jantar, solicitação de mudança – 5
- Água mineral, falta – 3
- Água para chimarrão, falta – 4
- Chimarrão às 06:00 horas, solicitação – 2
- Água para chimarrão, novos horários de distribuição – 2
- Garrafas térmicas para o café da manhã, solicitação – 1
- Jogos de mesa tipo americano (novos) – solicitação – 1
- Pedido de cardápios oferecidos, demora 1 semana – 1
- Dietas prescritas, comunicação para nutricionista – 2
- Cumprimento do cardápio de dietas prescritas – 2
- Falta de manejo (grosseria) da copeira – 1
- Elogios – 5

EXTRAS:

- Identificar com o nome do paciente quando da entrega dos pedidos – 1
- Não recebem o pedido solicitado – 3
- Falta de comunicação do depósito pela administração – 2
- Ter acesso ao extrato de despesas – 1
- Saber os preços dos serviços e dos gêneros adquiridos – 1
- Confusão na entrega dos pedidos – 2
- Demora na entrega do solicitado – 3
- Atraso na entrega dos refrigerantes para as refeições – 1
- O que pode ser comprado, esclarecimentos – 2
- Orientação aos familiares, na internação, dos diversos tipos de extras – 1

PÁTIO:

- Mais tempo – 16
- Unidades juntas – 6
- Cumprir horários – 5
- Mais horários – 3

TELEVISÃO:

- Respeito na troca de canais – 2
- Antena para TV na UDQ 2 – 4
- Respeito às normas para funcionamento após as 23:00 horas – 7

LAVANDERIA – ROUPARIA – PERTENCES:

- Roupas enviadas para outra unidade – 1
- Peças de roupas devolvidas manchadas – 3

- Roupas extraviadas – 10
- Demora na entrega de roupas – 16
- Marcação de roupas de forma inadequada – 1
- Demora na entrega de pertences liberados – 12
- Cintas, cadarços, esclarecimentos – 3
- Informação de preços do serviço de lavanderia, acesso – 1

MANUTENÇÃO:

- Ratos, desratização – 4
- Lenha, fornecimento – 7
- Lâmpadas, troca – 7
- Vasos entupidos – 14
- Chuveiros, frio, quente, falta de regulagem – 25
- Suporte de copos UDQ 2 – 3
- Cobertura para o varal, solicitação – 2
- Chave dos roupeiros, quebradas, fechaduras – 13
- Placa para os banheiros livre X ocupado – 3
- Colocação de prateleiras nos boxes – 1
- Espelhos, falta – 3
- Lixeiras, solicitação – 8
- Corrimão para a escada de acesso ao quiosque – 4
- Vazamentos de banheiro – 4
- Cortinas para os boxes – 5
- Tapetes de borracha antiderrapante para banheiros – 2
- Limpeza dos banheiros, falta – 12
- Grama, solicitação para ajardinamento – 1
- Reciclagem do lixo, divisão – 8
- Toalha de papel, falta – 5
- Escovas para banheiro, solicitação – 1
- Forrar os bancos de madeira – 1
- Mais higiene dos pacientes na utilização de banheiros – 12
- Maçaneta da porta do banheiro – 2
- Toalhas, falta – 13
- Limpeza do pátio – 7
- Pano de chão para os banheiros, solicitação – 2
- Bancos quebrados – 3
- Porta do banheiro danificada – 2
- Troca de roupas de cama – solicitação, demora – 5
- Vidros quebrados – 1
- Balanças estragadas – 1
- Campanha de atendimento do posto de enfermagem com defeito – 1
- Limpeza das mesas de refeições – 6
- Elogios – 5

ATENDIMENTO DA PSICOLOGIA:

- Solicitação de atendimento – 6
- Mais apoio – 2
- Atendimentos diários, solicitação – 1

ATENDIMENTO MÉDICO:

- Falta de atendimento do médico clínico geral – 12
- Pouco atendimento do médico assistente – 17
- Que sejam solicitados exames e avaliações durante a internação – 2
- Troca de médico assistente, solicitação, esclarecimentos – 1
- Atendimentos e receitas pelo médico de plantão por telefone – 2
- Plantão médico clínico finais de semana, solicitação – 1
- Atendimento médico clínico, insatisfação com o médico (grosso) – 1
- Insatisfação com o atendimento médico assistente – 2
- Consultas muito rápida – 3
- Medicamentos para outros problemas de saúde física, mais rapidez – 2
- Atendimento médico todos os dias, solicitação – 2
- Não atender em horário de grupo – 2
- Melhor orientação aos familiares e pacientes que internam na UDQ pelo médico de plantão – 2
- Elogios – 4

CIGARRO:

- Aumento do nº – 9
- Demora na entrega – 3
- Entrega fora do horário – 2
- Mais horários para consumo – 3
- Cumprir horários para consumo – 4
- Pagamento de taxas, inconformismo – 4
- Cigarro para menores, esclarecimentos, normas – 2

ENFERMAGEM:

- Cumprimento dos horários de pátio estabelecidos – 5
- Fornecimento de medicação errada – 2
- Bagunça, “chacrinha”, festa no posto (horário da noite) – 5
- Dormindo nos sofás – 3
- Assistindo TV após terem desligado (23:00 h) – 2
- Pacientes dentro do posto no turno da noite – 1
- Incompetência (turno da noite) – 1
- Utilização de telefone para assuntos particulares – 1

- Dormindo no turno – 2
- Não batem no quarto para entrarem – 2
- Apoio para horários de pátio noturno, falta – 1
- Não atendimento através da campainha – 2
- Falta de manejo estagiários – 2
- Fornecer a medicação na hora certa – 2
- Medicações, orientações sobre quem prescreve – 5
- Falta de manejo (agressividade, ameaças, cordialidade, educação, grosseria, maus tratos, estupidez) – 15
- Falta de manejo da enfermeira (turno da noite) – 2
- Enfermagem X TV (23:00 h) – 6
- Solicitação de retorno de técnicas de enfermagem – 2
- Elogios - 7

PROGRAMA:

- Cronograma de atividades, solicitação – 2
- Separar pacientes que não querem se tratar – 1
- Horários ociosos turno da noite – 2
- Falta de material para TO – 2
- Filme para os finais de semana, solicitação – 5
- Realização de atividades no pátio, solicitação – 2
- Atividades para pacientes que não recebem visitas – 1
- Comportamento inadequado de pacientes nas atividades, solicitação dos pacientes de medidas educativas – 2
- Barulho nas atividades de grupo, campainha, abre-fecha porta, chama pacientes – 6
- DVD, doação – 1
- Cumprimento dos horários de atividades, solicitação – 1
- Iluminação interna para estufa – 2
- Relacionamentos inter-pessoais, esclarecimentos, normas – 4
- Jornais, revistas, atualização de periódicos, solicitação – 1
- Atividades aos domingos, solicitação – 1
- Transferências de pacientes para UCE, critérios, esclarecimentos – 1
- Transferências de pacientes para Unidades abertas. Esclarecimentos – 1
- Novos jogos de salão (xadrez, dama, dominó), solicitação – 3
- Churrasco, solicitação – 8
- Mesa de ping-pong, solicitação – 3
- Mais dias de visitas – 2
- Material de escrever e papel, solicitação – 2
- GATTO, normas, suspensão, horários, barulho – 4
- Filmes proveitosos aos finais de semana, elogios – 4
- Churrasco, elogios – 6
- Atividades com Karaokê, solicitação – 1
- Caixa de sugestões, sugestão – 1

- Horta, normas, horários, material, pessoal – 5
- Participação de pacientes nas atividades, normas, esclarecimentos – 3
- Rotinas da Clínica e da Unidade, solicitação de esclarecimentos – 2
- Outros profissionais em palestras, solicitação – 1
- Projeto LATA, diretrizes e objetivos – 2
- Jornal para Unidade, solicitação – 1
- Atividades para pacientes que completaram o programa e continuam na Unidade – 2
- Grupos mais intensos, abordagens mais efetivas, solicitação – 4
- Passeios pela clínica, solicitação – 1
- Atendimento em UCEs, reclamações – 2
- Cadarços, Cintas e afins, esclarecimentos – 2
- Modificação do critério de visitas, sugestão – 1
- Sala de jogos e leitura, solicitação – 1
- Atividades período de carnaval – 1
- Saídas para pátio dias de visita – 1
- Biblioteca, implantar – 1
- Reunião familiar, problemas, somente apresentação – 2
- Atividades de final de ano – 1
- Ociosidades em feriadão – 1
- Revistas completas após receberem visitas, reconsiderar – 1
- Elogios – 13

DIVERSOS:

- Troca de roupas na unidade, normas – 3
- Unidade Kraepelin, barulho, choro – 2
- Envio de correspondência de paciente para fora, demora – 1
- Violação de correspondência – 2
- Retorno/cumprimento das pautas de assembléias anteriores – 4
- Extintores e saídas de emergência – 2
- Plano contra incêndio – 1
- Taxa de ligações à cobrar, esclarecimentos – 1
- Ambulância à disposição de pacientes para exames externos, solicitação – 1
- Termômetro, solicitação para comprar – 2
- Lareira, normas para acendimento – 2
- Rabo quente, solicitação – 1
- Ventilador no quarto, solicitação – 5
- Mosquitos, solicitação de aparelhos para combater – 3
- Cortinas para ambiente da UDQ 2 – 2
- Roupas penduradas em janelas de quartos, esclarecimentos, normas – 2
- Banheiros fechados da UDQ 1, solicitação de abrir – 2
- Alta administrativa, esclarecimentos – 3
- Medidas educativas para enfermagem e não somente para pacientes – 1
- Saídas para consultas externas, normas – 1

- Alimentos e roupas no armário, apropriações indébitas – 2
- Pacientes com cuidados especiais, melhor estrutura de assistência – 5

LEVANTAMENTO DAS ASSEMBLÉIAS DA UNIDADE DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA (janeiro/maio 06)

Período considerado: 04/jan/06 à 14/maio/06

Assembléias verificadas: 21

Local: Clínica São José/UDQ.

Fonte: Livro de registro de assuntos da Equipe do PISTA/Internação.

Metodologia: Pauta Principal X Assunto X Incidência.

EDUCAÇÃO FÍSICA:

- Falta de manutenção das redes – 1
- Reparos na tabela de basquete – 1
- Quadra de esportes muito suja – 1
- Construir uma mini-academia na quadra de esportes – 1
- Disponibilizar uma barra e uma prancha inclinada – 1
- Mudança de horários, explicações sobre horário novo – 1
- Aparelhos para musculação na Unidade, solicitação – 3
- Novas bolas para as atividades, solicitação – 1

TELEFONE:

- Não retorno das ligações e/ou não realização (tipo ligou não atendeu/não quer atender) – 4
- Mais tempo de conversação – 1
- Dificuldades para efetuar ligações a cobrar – 1
- Enfermagem não “passa” as ligações (noite) – 1
- Falta de controle nas ligações (alguns pacientes recebem/fazem ligações a mais) – 5
- Novos horários das ligações, explicações – 1

NUTRIÇÃO:

Café da manhã:

- Frio – 3
- Fraco – 2
- Falta de pão - 3
- Frios (fiambres) – 4
- Mais margarina, geléia – 7

- Adoçante, solicitação – 1
- Pão dormido – 1
- Nescau, retorno – 1
- Servir no horário – 2

Lanche 10:20 horas:

- Usar as frutas para preparar batidas – 2

Almoço:

- Frio – 2
- Falta comida – 6
- Falta carne na hora de repetir – 2
- Galinha, ninguém aguenta mais – 4
- Suco, solicitação – 4
- Arroz cru – 1
- Salada, falta – 3

Jantar:

Ceia:

- Mais salgados – 2
- Reforçar – 2
- Leite e Nescau – 1

Outros assuntos referentes:

- Variar o cardápio – 5
- Nutricionista melhor – 1
- Mais uma funcionária para distribuição das refeições – 5
- Horário do jantar, solicitação de mudança, muito cedo – 5
- Desaparecimento de talheres – 3
- Desaparecimento de talheres, normas – 1
- Monitores de talheres – 1
- Água para chimarrão, mais horários – 2
- Garrafa térmica para chimarrão – 1
- Garrafas térmicas para o café da manhã (leite/café), solicitação – 1
- Dietas não enviadas – 2
- Dietas prescritas, comunicação para nutricionista (falha) – 1
- Falta de manejo (grosseria) da copeira do turno da tarde – 1
- Churrasco, solicitação – 4

EXTRAS:

- Ter acesso ao extrato de despesas – 1
- Saber os preços dos serviços e dos gêneros adquiridos – 1
- Demora na entrega do solicitado – 1

- Atraso na entrega dos refrigerantes para as refeições – 1

PÁTIO:

- Cumprir horários – 4
- Horários da noite (pressão dos enfermeiros) – 1
- Mais rigor com pacientes com conduta inadequada no pátio – 1
- Novos horários, explicações – 1

TELEVISÃO:

- Respeito na troca de canais entre os pacientes – 4
- Antena para TV na UDQ 2 – 1
- Respeito, pela enfermagem, às normas para funcionamento após as 23:00 horas – 7

LAVANDERIA – ROUPARIA – PERTENCES:

- Roupas extraviadas – 5
- Demora na entrega de roupas – 9
- Demora na entrega de pertences liberados – 6
- Roupas e pertences extraviados, o que fazer? – 2
- Informação de preços do serviço de lavanderia, acesso – 1

MANUTENÇÃO:

- Ratos, baratas, dedetização – 4
- Lenha, fornecimento – 4
- Lâmpadas, troca – 4
- Vasos entupidos – 11
- Chuveiros, frio, quente, falta de regulagem, oscilações – 8
- Suporte de copos UDQ 2 – 1
- Chave dos roupeiros, quebradas, fechaduras – 7
- Torneiras da UDQ 1 vazando – 1
- Corrimão para a escada de acesso ao quiosque – 1
- Vazamentos de banheiro, válvula hidra – 1
- Infiltrações na UDQ 2 – 2
- Cortinas para box – 2
- Estrados e tapetes de borracha antiderrapante para banheiros – 6
- Limpeza dos banheiros (vasos, pias, box, área de circulação), falta – 10
- Colocar saboneteira UDQ 2 – 1
- Recolocar a papeleira nos banheiros UDQ 2 – 1
- Retirar as câmeras dos banheiros, privacidade – 1
- Reciclagem do lixo, divisão – 1
- Recolhimento do lixo mais vezes – 3
- Lavagem das lixeiras, tampas – 2

- Limpeza das mesas dos refeitórios – 2
- Melhorar a limpeza do ambiente, quartos (varrer, lavar, lavar janelas...) – 8
- Mais caixas de cinzeiros no pátio – 2
- Mais conscientização dos pacientes em relação a limpeza e higiene – 8
- Cheiro de esgoto na UDQ 2 – 3
- Teias de aranha – 5
- Passar pano nos móveis, cadeiras, sofás, criado mudo,... – 3
- Limpeza dos colchonetes – 2
- Cortador de unha, normas de utilização e maneiras de desinfetar – 1
- Tampa rachada, quebrada – 2
- Luz do banheiro UDQ 2, muito fraca – 1
- Tela para os banheiros da UDQ 2 – 1
- Porta do box com problemas, UDQ 2 – 2
- Tampa do vaso não para aberta – 1
- Mictório, solicitação – 1
- Comprar um termômetro – 2
- Extintor de incêndio, prazo d e validade – 1
- Toalha de papel, falta – 2
- Troca das roupas de cama, solicitação de mais vezes – 6
- Toalhas, falta – 2
- Travesseiros e cobertores, falta – 1
- Limpeza do pátio, conscientização de pacientes – 1
- Pano de chão para os banheiros, solicitação – 1
- Campanha de atendimento do posto de enfermagem, trocar de lugar – 1
- Papel higienico, falta – 1
- Plano de combate a incêndio – 1

ATENDIMENTO DA PSICOLOGIA:

- Falta de manejo da psicologia – 1

ATENDIMENTO MÉDICO:

- Atendimento médico clínico, mais presente – 3
- Atendimento médico clínico, diariamente - 2
- Atendimento médico assistente, falta – 2
- Médico libera/administração não libera – 2
- Avisar quando o médico vem – 1
- Plantão não resolve os problemas – 1
- Consultas muito rápida – 2
- Medicações para outros problemas de saúde física, mais rapidez – 1
- Falta de informações aos familiares e pacientes que internam na UDQ pelo médico de plantão – 2
- Autonomia para enfermagem administrar “se necessário” – 2

CIGARRO:

- Aumento do nº – 1
- Demora na entrega – 2
- Cumprir horários para consumo – 1
- “Bitucas” no pátio, conscientização – 2

ENFERMAGEM:

- Cumprimento dos horários de pátio estabelecidos – 3
- Fornecimento de medicação errada – 4
- Bagunça, no posto (horário da noite) – 1
- Utilização de telefone para assuntos particulares – 1
- Não batem no quarto para entrarem – 1
- Falta de manejo estagiários – 2
- Falta de manejo (postura, ética, respeito, prepotência, agressividade, ameaças, cordialidade, educação, grosseria, maus tratos, estupidez) – 15
- Privilégio de pátio – 2
- Informações desencontradas – 2
- Quadro da enfermagem desatualizados em relação ao prontuário – 1
- Horário das 12:00 às 14:00 h, enfermagem não resolve nada – 1
- Demora no atendimento – 2
- Agir com pressão e intimidação (Duprè, Kraeplin) – 3
- “Bater boca” com paciente – 1
- Extravios de pertences no posto – 3
- Falta de manejo de estagiários – 2
- Solicitação de transferência de técnico – 1
- Solicitação de esclarecimento de afastamento de estagiário – 1
- Falta de material de 1º Socorros - 1

PROGRAMA/NORMAS/GRUPOS:

- Separar pacientes que não querem se tratar – 1
- Mais tempo para debates do filme (cineterapia) – 1
- Critérios para passagem de fases – 2
- Realização de atividades de TO no pátio, solicitação – 1
- Comportamento inadequado de pacientes nas atividades, solicitação dos pacientes de medidas reeducativas – 1
- Barulho nas atividades de grupo, campainha, abre-fecha porta, chama pacientes – 1
- Atendimento em UCEs, reclamações – 1
- Modificação do critério de visitas, novas orientações – 1
- Solicitação dos visitantes usarem banheiro da UDQ – 1
- O que pode ser trazido, esclarecimentos – 1
- Melhor aproveitamento das verduras da estufa – 1

- “Fofocas” nas UDQs – 1

LAZER

- Jornal diário, fornecimento – 2
- Jogos de salão (xadrez, dama, dominó), solicitação – 5
- Churrasco, solicitação – 3
- Atividades com Karaokê, solicitação – 1
- Filme para os finais de semana, solicitação – 1
- Instrumentos musicais, solicitação – 1
- Revistas atualizadas, solicitação – 2

DIVERSOS

- Troca de roupas na unidade, normas – 1
- Unidade Kraeplin, barulho, choro – 2
- Retorno/cumprimento das pautas de assembléias anteriores – 2
- Lareira, normas para acendimento – 1
- Roupas penduradas em janelas de quartos, esclarecimentos, normas – 1
- Alimentos e roupas no armário, apropriações indébitas – 2
- Fechar janelas da Unidade Kraeplim – 2
- Exposições das meninas da Unidade Kraeplim (seios de fora...) – 2

ANEXO B

Pesquisa UDQ – Avaliação do Programa de Dependência Química

Tabulação SPSS – Versão 12.0

1. Participante

2. Sexo

- 0- Masculino
- 1- Feminino

3. Idade

4. Telefonema

- 1- Paciente respondeu ao telefonema
- 2- Paciente não respondeu
- 3- Familiar respondeu ao telefonema
- 4- Outra pessoa respondeu ao telefonema
- 5- Negaram-se a responder

5. Sobre o paciente

- 1- Vivo
- 2- Morto
- 3- Desaparecido
- 4- Preso

6. Voltou a usar drogas?

- 0- não
- 1- sim

7. Qual substância?

- 1- álcool
- 2- cocaína
- 3- crack
- 4- maconha
- 5- múltiplas drogas
- 6- cocaína e crack
- 7- outras
- 8- cocaína e álcool

8. Quanto tempo após a internação?

- 1- mesmo dia

- 2- uma semana
- 3- um mês
- 4- um a dois meses
- 5- dois a três meses
- 6- três a quatro meses
- 7- quatro a cinco meses

9. Houve nova internação?

- 0- não
- 1- sim

10. Quantas?

11. Na Clínica São José?

- 0- não
- 1- sim

12. Envolveu-se em delitos?

- 0- não
- 1- sim

13. Está trabalhando?

- 0- não
- 1- sim

14. Tipo trabalho:

- 1- trabalho formal
- 2- desempregado
- 3- aposentado
- 4- estudante
- 5- trabalho informal
- 6- trabalho formal e estuda
- 7- trabalho informal e estuda

15. Continua em tratamento ambulatorial?

- 0- não
- 1- sim

16. Qual?

- 1- Psicoterapia
- 2- Psiquiatria
- 3- Psicólogo
- 4- psicólogo e psiquiatra
- 5- Terapia de família
- 6- Psicólogo/ psiquiatra e terapia de família
- 7- Outros

17. Na Clínica São José?

0- não

1- sim

18. Apresentou alguma doença clínica após a internação?

0- não

1- sim

19. Quais?

1- Inflamação na coluna

2- Doenças Pulmonares

3- Gastrite

Obs:

9- não requer resposta em função da pergunta anterior

99- não respondeu à pergunta

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DO TRATAMENTO

Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ-8)

Por favor, nos ajude a melhorarmos nosso programa, respondendo algumas perguntas sobre os serviços que você recebeu. Queremos escutar a sua opinião, positiva ou negativa. Responda todas as questões e utilize o espaço em branco ao final do questionário para expressar seus comentários e sugestões.

CIRCULE A SUA RESPOSTA

1. Como você qualificaria os serviços que recebeu?

4	3	2	1
.....			
Excelente	Bom	Regular	Ruim

2. Você recebeu o serviço que desejava?

4	3	2	1
.....			
Definitivamente, não	não realmente	em geral	Definitivamente, sim

3. Até onde o nosso programa atingiu as suas necessidades?

4	3	2	1
.....			
Quase completamente	Na maioria	Pouco atingiu	Não atingiu

4. Você recomendaria nosso programa a um amigo?

4	3	2	1
.....			
Definitivamente, não	não realmente	em geral	Definitivamente, sim

5. Quão satisfeito você está com a ajuda que recebeu?

4	3	2	1
.....			
Insatisfeito	Indiferente ou pouco insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

6. Os serviços que você recebeu estão lhe ajudando a lidar melhor com seus problemas?

4	3	2	1
.....			
Sim, me ajuda muito	Sim, me ajuda um pouco	Não me ajuda muito	Não me ajuda em nada

7. Em geral, quão satisfeito você esta com o serviço que recebeu?

4	3	2	1
.....			
Muito satisfeito	Satisfeito	Indiferente ou pouco insatisfeito	Insatisfeito

8. Se você necessitasse ajuda novamente, procuraria o nosso programa?

4	3	2	1
.....			
Definitivamente, não	não realmente	em geral	Definitivamente, sim

Comentários e Sugestões.

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DO TRATAMENTO

Por favor, leia estas instruções antes de preencher este questionário. Se tiveres alguma dificuldade solicite auxílio a algum membro da equipe de tratamento.

Estamos muito interessados em saber seus pontos de vista sobre seu tratamento neste programa. Por favor, para cada afirmação abaixo, marque com um sinal (x) no espaço correspondente para mostrar se você “concorda plenamente”, “concorda”, “não concorda nem discorda”, “discorda” ou “discorda plenamente”.

Suas opiniões são confidenciais e serão utilizadas para o aperfeiçoamento do tratamento oferecido atualmente. Na segunda folha deste questionário você dispõe de um espaço em branco para escrever qualquer comentário sobre como foi o seu tratamento e para sugestões de melhoria.

Durante meu contato com este tratamento:	Concordo Plenamente	Concordo	Não concordo Nem discordo	Discordo	Discordo Plenamente
A equipe nem sempre compreendeu o tipo de ajuda que eu queria	0	1	2	3	4
Fui bem informado sobre o programa de tratamento	4	3	2	1	0
Eu e a equipe tínhamos idéias diferentes sobre os objetivos de meu tratamento	0	1	2	3	4
Sempre havia um membro da equipe disponível quando eu queria conversar	4	3	2	1	0
A equipe me motivou para solucionar meus problemas	4	3	2	1	0
Não gostei de todos os grupos que participei	0	1	2	3	4
Não tive tempo suficiente para solucionar meus problemas	0	1	2	3	4
Os membros da equipe foram competentes em suas tarefas	4	3	2	1	0
Recebi a ajuda que procurava	4	3	2	1	0
Não gostei de algumas regras e normas do tratamento	0	1	2	3	4

Por favor, escreva no quadro abaixo qualquer comentário que quiseres fazer sobre o tratamento que recebestes aqui.

Estamos muito interessados nas suas sugestões para podermos melhorar nosso serviço.



© Addiction Research Unit, Maudsley Hospital/Institute of Psychiatry, UK.
Traduzido por Leandro Luz

ANEXO D

QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E DE PERCEPÇÃO DO TRATAMENTO – COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Questionário de Satisfação do Cliente – Comentários e Sugestões

Foram preenchidos e devolvidos 114 questionários nos meses de setembro, outubro e novembro de 2005. Destes, apenas 29 questionários trouxeram algum comentário escrito no campo “comentários e sugestões”. Abaixo estão listados os comentários dos pacientes. Os elogios não foram especificados por não serem de interesse deste trabalho.

1. Pátio liberado por mais tempo, 1 carteira de cigarro por dia.
2. Mais atendimento psicológico, mais tempo e exercícios para educação física.
3. Queixas do atendimento da enfermagem e de uma das psicólogas.
4. Pátio liberado por mais tempo, mais atividades a noite;
5. Maior cuidado e atenção com brincadeiras dos pacientes;
6. Poucas consultas com médico assistente e com psicóloga;
7. Elogios;
8. Queixas do atendimento da enfermagem;
9. Elogios;
10. Elogios à enfermagem;
11. Elogios à enfermagem;
12. Elogios à enfermagem;
13. Serviços de hotelaria, condições físicas do ambiente e lentidão no atendimento da lavanderia continuam deixando a desejar, bem como a falta de atividades nos finais de semana;
14. Muitos problemas de ordem administrativa, falhas de comunicação entre os setores e solicitação de pedidos. Problemas para solicitar e receber telefonemas;
15. Mais atendimento psicológico, reavaliação das atividades de educação física;
16. Elogios ao programa;
17. Melhora da limpeza nos banheiros e salas de refeição;
18. Elogios à enfermagem;
19. Mais atividades de educação física para as mulheres;
20. O programa é bom, queixa de um funcionário da enfermagem, quer acesso a sauna, academia e piscina;
21. Liberação de mais cigarros por dia;
22. Elogios ao programa e a todos os funcionários;
23. Poucas consultas com médico assistente;
24. Elogios a Clínica concorrente;
25. Elogios;
26. Queixa do atendimento de um enfermeiro quanto a sua rispidez e rigidez;

27. Reuniões mensais com enfermagem e equipe de limpeza para corrigir falhas, mais tempo de atendimento psicológico individual e em equipe, mostrar cronograma de atividades; elogios ao restante da equipe;
28. Elogios;
29. Poucas consultas com médico assistente.

Os comentários anotados forma divididos em 5 campos:

- Enfermagem;
- Atendimento médico e psicológico;
- Educação física;
- Programa e regras da unidade;
- Administração.

Enfermagem:

- Queixas do atendimento da enfermagem, envolvendo 1 ou mais enfermeiros: 6 (queixas de manejo ruim, rispidez e não atendimento de solicitações);
- Elogios ao atendimento da enfermagem, envolvendo 1 ou mais enfermeiros: 7;

Atendimento médico e psicológico:

- Queixas da falta ou pouca frequência do atendimento médico: 3;
- Queixas da falta ou pouca frequência do atendimento psicológico: 4;
- Elogios ao atendimento médico e psicológico: 3.

Educação física:

- Queixas à educação física: 2 (solicitação de atividades específicas a mulheres e mais atividades físicas);
- Elogios à educação física: 3.

Programa e regras da unidade:

- Queixas ao programa e as regras da unidade: 5;
- As queixas ao programa dividiram-se em: (a) liberação de pátio – 2; (b) liberação de mais cigarros – 2; (c) solicitação de mais atividades noturnas e de finais de semana – 2.
- Elogios ao programa: 6;

Administração:

- Queixas da administração: 4.
- As queixas da administração dividiram-se em: (a) queixas da limpeza – 2; (b) lentidão para entrega de pertences e telefonemas – 2.

Questionário de Percepção do Tratamento – Comentários e Sugestões

Foram preenchidos e devolvidos 114 questionários nos meses de setembro, outubro e novembro de 2005. Destes, 51 questionários trouxeram algum comentário escrito no campo “comentários e sugestões”. Abaixo estão listados os comentários dos pacientes. Os elogios não foram especificados por não serem de interesse deste trabalho.

1. Mais opções de atividades físicas;
2. Mais atividades em finais de semana;
3. Pouco tempo de internação para resolver os problemas;
4. Mais tempo de pátio;
5. Sem atividades físicas específicas para idosos e mulheres;
6. Rever regulamento interno, mais atividades físicas para idosos, mais atividades espirituais, mais horários de pátio;
7. Elogios;
8. Demora da manutenção, demora para entrega de pertences, perda de pertences na lavanderia, limpeza ruim;
9. Elogios;
10. Mais atividades físicas para idosos e mulheres; utilização da horta, mais grupos operativos;
11. Elogios;
12. Mais atividades físicas;
13. Separar os grupos por tipos de dependência;
14. Elogios;
15. Elogios;
16. Mais atividades de Terapia Ocupacional;
17. Falta do atendimento da psicologia;
18. Elogios;
19. Elogios;
20. Solicitação de mais refrigerantes no almoço;
21. Melhor distribuição do tempo para atividades diárias;
22. Mais palestras com o consultor;
23. Queixa do manejo da enfermagem;
24. Queixa do manejo da psicóloga;
25. Melhorara a limpeza da Unidade;
26. Manejo ruim da enfermagem, comida ruim;
27. Pouco atendimento médico;
28. Mais atividades da educação física, retorno das ligações telefônicas solicitadas;
29. Queixas do manejo da enfermagem;
30. Elogios;
31. Limpeza péssima, educação física péssima;
32. Elogios;
33. Elogios;
34. Elogios;
35. Elogios;
36. Elogios;
37. Mais tempo de pátio;

38. Grupos muito repetitivos;
39. Acesso a jornais e revistas;
40. Elogios;
41. Mais atendimento médico;
42. Mais atividades de educação física;
43. Mais tempo livre em espaço aberto;
44. Lavanderia extravia pertences e demore muito para alcançar pertences;
45. Mais regras para organização geral;
46. Manejo ruim da enfermeira;
47. Administração muito lenta para resolver problemas;
48. Mais horários de pátio ao longo do dia;
49. Transferências para unidade aberta;
50. Mais tempo de pátio;
51. Mais recursos para educação física.

Os comentários anotados forma divididos em 5 campos:

- Enfermagem;
- Atendimento médico e psicológico;
- Educação física;
- Programa e regras da unidade;
- Administração.

Enfermagem:

- Queixas do atendimento da enfermagem, envolvendo 1 ou mais enfermeiros: 4 (queixas de manejo ruim, rispidez e não atendimento de solicitações);

Atendimento médico e psicológico:

- Queixas da falta ou pouca frequência do atendimento médico: 2;
- Queixas da falta ou pouca frequência do atendimento psicológico: 2;

Educação física:

- Queixas à educação física: 9 (solicitação de atividades específicas a mulheres e idosos e mais atividades físicas);

Programa e regras da unidade:

- Queixas ao programa e as regras da unidade: 1;
- As queixas ao programa dividiram-se em: (a) liberação de pátio – 6; (b) mais e melhores grupos operativos – 5; (c) solicitação de mais atividades noturnas e de finais de semana – 1; (d) mudança do regulamento interno - 1.

Administração:

- Queixas da administração: 9.

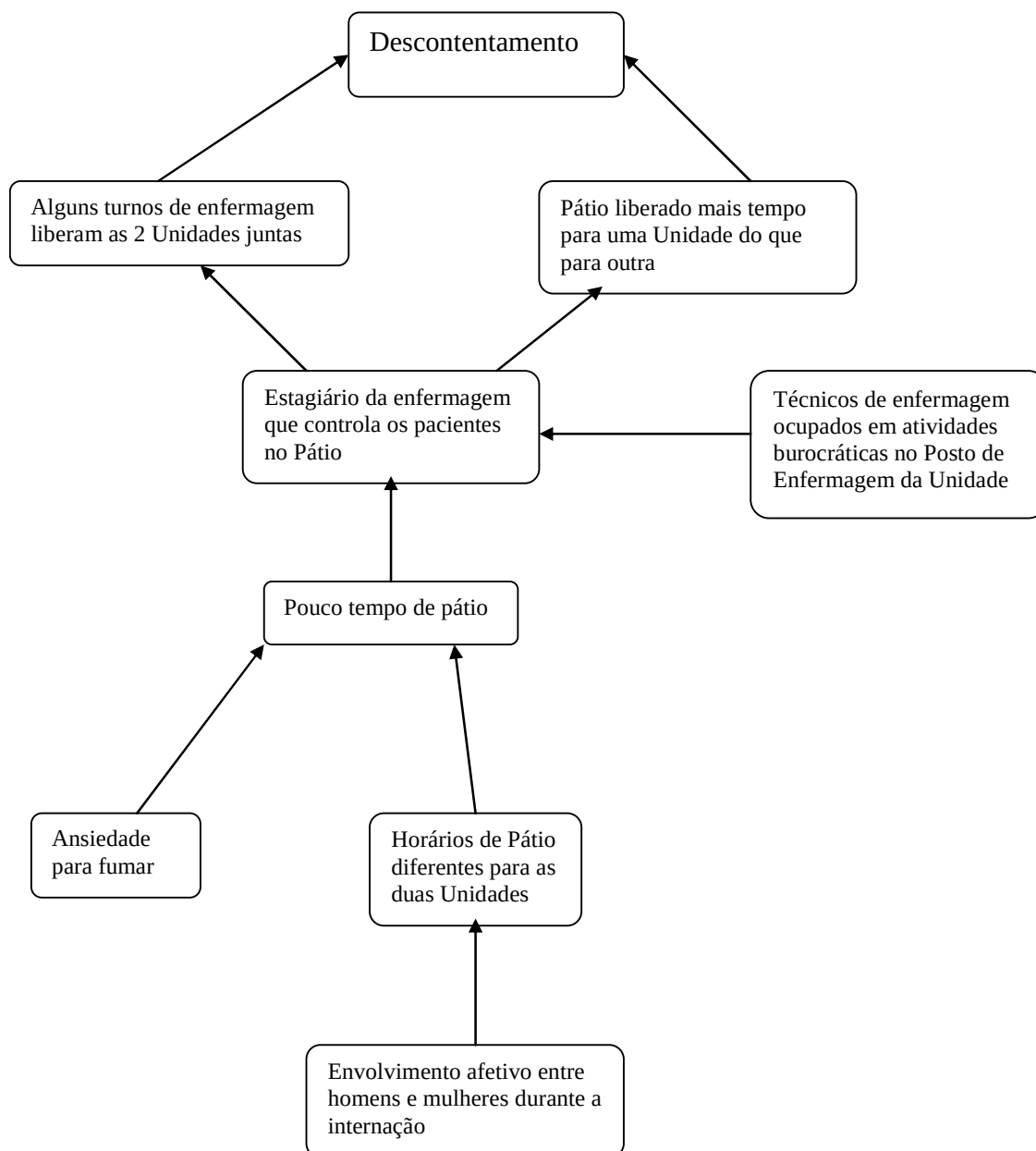
- As queixas da administração dividiram-se em: (a) queixas da limpeza – 3; (b) lentidão para entrega de pertences e telefonemas – 4; (c) manutenção lenta – 1; (d) comida ruim - 1.

ANEXO E – ÁRVORE DA REALIDADE ATUAL

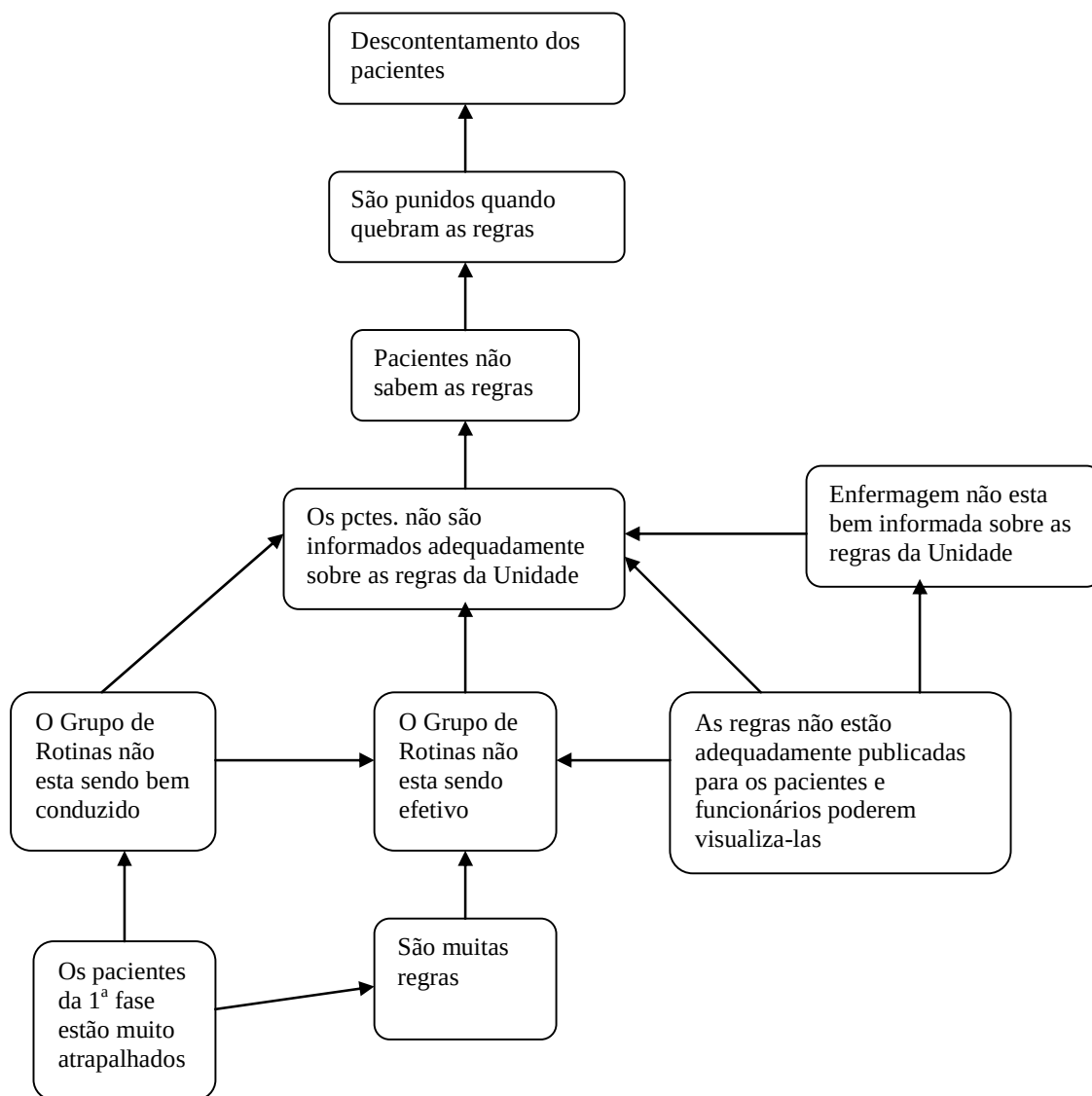
Árvore da Realidade Atual para o problema da Educação Física.



Árvore da Realidade Atual para o problema do Pátio.



Árvore da Realidade Atual para o problema das Regras da Unidade



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)