

**Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Administrativas
Programa de Pós Graduação em Administração - PROPAD**

Marco Aurélio Benevides de Pinho

**Lavanderia Hospitalar –
o impacto nos custos e na qualidade do serviço
hospitalar: um estudo multi-caso em hospitais do
pólo médico de Recife**

Recife, 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO A TESES E DISSERTAÇÕES

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso a monografias do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco é definido em três graus:

- “Grau 1”: livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- “Grau 2”: com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita à consulta em ambiente de biblioteca com saída controlada;
- “Grau 3”: apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado à bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia;

A classificação desta dissertação se encontra, abaixo, definida por seu autor.

Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais da pesquisa científica na área da Administração.

Título da dissertação: Lavanderia Hospitalar – o impacto nos custos e na qualidade do serviço hospitalar: um estudo multi-caso em hospitais do pólo médico de Recife

Nome do autor: Marco Aurélio Benevides de Pinho

Data da Aprovação: 06 de Outubro de 2005.

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1 ☒

Grau 2 ☐

Grau 3 ☐

Recife, 2005

Marco Aurélio Benevides de Pinho

Marco Aurélio Benevides de Pinho

**Lavanderia Hospitalar –
o impacto nos custos e na qualidade do serviço
hospitalar: um estudo de multi-caso em hospitais
do pólo médico de Recife**

Orientador: Prof. James Anthony Falk, PhD.

Dissertação apresentada como requisito complementar para obtenção do grau de Mestre em Administração, linha de pesquisa em Informação, Inovação e Tecnologia, do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco

Recife, 2005

Pinho, Marco Aurélio Benevides de

Lavanderia hospitalar – o impacto nos custos e na qualidade do serviço hospitalar : um estudo multi-caso em hospitais do pólo médico de Recife / Marco Aurélio Benevides de Pinho. – Recife : O Autor, 2005.

109 folhas : il., fig., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Mestrado em Administração, 2005.

Inclui bibliografia e apêndices.

1. Administração – Qualidade de serviços – Lavanderia hospitalar – Pólo médico, Recife-PE. 2. Terceirização – Custos – Lavanderia hospitalar. 3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) - Avaliação. I. Título.

**658.562
658.4013**

**CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)**

**UFPE
BC2006-085**

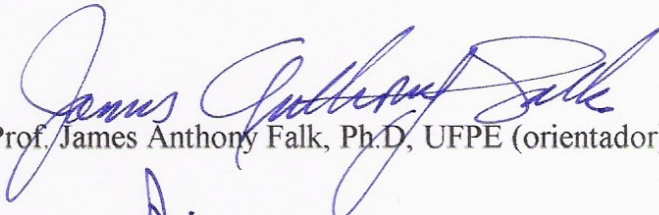
Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Administrativas
Programa de Pós-Graduação em Administração - PROPAD

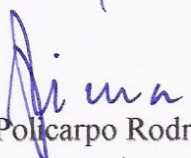
Lavanderia hospitalar – o impacto nos custos e na qualidade do serviço hospitalar: um estudo multi-caso em hospitais do pólo médico de Recife

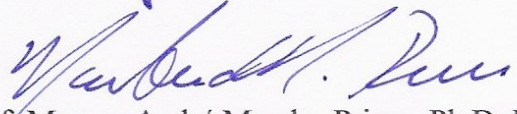
Marco Aurélio Benevides de Pinho

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e aprovada em 06 de outubro de 2005.

Banca Examinadora:


Prof. James Anthony Falk, Ph.D, UFPE (orientador)


Prof. João Policarpo Rodrigues Lima, Ph.D, PIMES/UFPE (examinador externo)


Prof. Marcos André Mendes Primo, Ph.D, UFPE (examinador interno)

A Jaciara, Ana Catarina e Rafael, com amor.

Agradecimentos

A Deus acima de tudo.

A meus pais, Armindo Tavares e Gláucia, que me possibilitaram a chegada até aqui e me educaram nos princípios éticos e religiosos, sem os quais nenhum conhecimento é válido.

A meus avós, Pedro Benevides e Joana D'arc, pelo exemplo e carinho. A minha tia Lúcia, pela contribuição para a minha educação, que tanto me ajudou na realização deste mestrado.

A minha esposa muito amada, Jaciara Andrade de Pinho, que foi minha coragem, meus olhos, meus braços e minhas mãos, nos momentos de dificuldade. Quando achei que não conseguiria, era ela que me tomava pela mão e me guiava. E, também, por ter me aturado no período de criação desta dissertação.

A minha filha, Ana Catarina e meu enteado Rafael, pelo amor e carinho em todos os momentos e pela paciência quando não pude estar presente para dar-lhes carinho e atenção.

A James Anthony Falk, meu orientador, pela inestimável contribuição para a construção desta dissertação e do meu crescimento profissional e pessoal.

A João Policarpo Lima, professor do PIMES / UFPE, e Marcos Primo, professor da UFPE, pela honra de terem participado da minha Banca de Examinadores.

Aos grandes amigos: Ana Paula, Erasmo Lima e Érica Xavier por dividirem comigo esta realização. Estas páginas também têm um pouco deles.

Aos tão grandes amigos Edson e Adriana, que ajudaram na realização desta dissertação de muitas formas. Também sem eles, esta dissertação não teria ficado pronta.

A todos os colegas da Turma 9 de Mestrado do DCA / PROPAD, pelo aprendizado conjunto.

E a todos aqueles não mencionados aqui, que também contribuíram para esta dissertação.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar qual o comportamento dos hospitais do pólo médico do Recife em relação à terceirização do serviço de lavanderia hospitalar? O estudo observou em oito hospitais do pólo médico do Recife, divididos em públicos, particulares e filantrópicos, que possuíam tanto lavanderia própria como terceirizavam o serviço, quais os aspectos de influência na decisão final, o grau de importância da avaliação da CCIH, tanto na decisão de terceirizar ou manter uma lavanderia própria, quanto no acompanhamento da qualidade do enxoval, e qual a percepção dos entrevistados quanto à terceirização da lavanderia. A dissertação foi realizada a partir de uma abordagem qualitativa, não partindo de hipóteses pré-estabelecidas, pelo método de multi-casos. Foi realizada uma revisão teórica dos principais conceitos de qualidade, custos, serviços, incluindo qualidade em serviços, terceirização e lavanderia hospitalar. Os resultados sugerem que, entre os hospitais que participaram da pesquisa, não há um comportamento único quanto à terceirização. Não há, por exemplo, um alinhamento estratégico entre os grupos pesquisados. Cada um faz o que acha melhor, e mesmo entre aqueles que terceirizaram, são feitas ressalvas, como a de que o processo de lavagem poderia ser mais barato e com mais qualidade, se eles lavassem a própria roupa.

Palavras-chave: Qualidade. Custos. Serviços. Qualidade em serviços. Terceirização. Lavanderia Hospitalar

Abstract

The present work has the purpose to analyze which is the behavior of the medical polo in Recife relative to outsourcing of hospital laundry service? The study has observed eight hospitals of the medical polo in Recife, separated in public, private and no profit, who had their own laundry as much as outsourced the service, which were the aspects of influence in final decision, the grade of importance about the assessment of CCIH, to outsource as much as keep his own laundry, and also to follow the linen quality, and which is the perception of interviewee about outsourcing of laundry. The dissertation came from a qualitative approach, without prior hypothesis, by multi-cases method. A theoretical review was made about prior concepts of quality, costs, and services, including quality services, outsourcing and hospital laundry. The outcomes seem to suggest there is no single behavior about outsourcing. There isn't, for example, a strategic alignment between the researched groups. Each one does what thinks is better, and even those who has outsourced, make some considerations, like the wash process could be cheaper e better, if the hospital washed his clothes.

Key words: Quality. Costs. Serivces. Quality in services. Outsourcing. Hospital Laundry.

Lista de Quadros

Quadro 1 (5)	Carga de roupa de acordo com o tipo de hospital	44
Quadro 2 (7)	Comparativo entre hospitais com lavanderia própria e terceirizada	63
Quadro 3 (7)	Hospitais por regime jurídico, nº de leitos, especialidade e cargo.	64
Quadro 4 (7)	Categorias quanto a aspectos de influência na decisão final	66
Quadro 5 (7)	Categorias quanto à importância da avaliação da CCIH	76
Quadro 6 (7)	Importância da CCIH quanto à terceirização nos hospitais públicos	77
Quadro 7 (7)	Importância da CCIH quanto à terceirização nos hospitais particulares	79
Quadro 8 (7)	Importância da CCIH quanto à terceirização nos hospitais filantrópicos	81
Quadro 9 (7)	Visão global da opinião da CCIH nos hospitais	82
Quadro 10 (7)	Vida útil média do enxoval	85
Quadro 11 (7)	Categorias quanto à percepção da terceirização da lavanderia	87

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	12
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4 JUSTIFICATIVA.....	16
5 REFERÊNCIAS CONCEITUAIS.....	19
5.1 QUALIDADE.....	19
5.1.1 <i>Qualidade Total</i>	21
5.2 CUSTOS.....	23
5.2.1 <i>Classificação dos gastos entre fixos e variáveis</i>	25
5.2.2 <i>Classificação dos gastos entre diretos e indiretos</i>	26
5.2.3 <i>Crêterios de rateio</i>	27
5.3 SERVICOS.....	29
5.3.1 <i>Qualidade em serviço</i>	30
5.4 TERCEIRIZAÇÃO.....	33
5.5 LAVANDERIA HOSPITALAR.....	38
5.5.1 <i>Aspectos físicos da lavanderia hospitalar</i>	42
5.5.1.1 Estimativa da capacidade da lavanderia.....	43
5.5.2 <i>Divisão física e fluxo de produção da lavanderia</i>	45
5.5.3 <i>Equipamentos</i>	45
6 METODOLOGIA.....	48
6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	48
6.1.1 <i>Análise Quantitativa</i>	49
6.1.2 <i>Análise Qualitativa</i>	50
6.1.3 <i>Observação</i>	52
6.2 DIMENSÕES DA PESQUISA.....	53
6.3 POPULAÇÃO-ALVO.....	54
6.4 COLETA DE DADOS.....	55
6.5 ANÁLISE DE DADOS.....	56
6.5.1 <i>Análise de conteúdo</i>	57
6.5.1.1 Pré-Análise.....	58
6.5.1.2 Exploração do Material.....	59
6.5.1.3 Tratamento e Interpretação dos Resultados.....	59
6.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	60
7 ANÁLISE DE DADOS.....	62
7.1 TEMAS.....	63
7.1.1 <i>Aspectos de influência na decisão final</i>	63
7.1.2 <i>Importância de avaliação da CCIH</i>	73
7.1.2.1 Opiniões da CCIH.....	81
7.1.3 <i>Percepções quanto à terceirização da lavanderia</i>	83
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
8.1 CONCLUSÕES.....	93
8.2 SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS.....	100

1 Introdução

A cidade de Recife é um importante pólo médico hospitalar do país, porém sua importância no contexto nordestino não se limita à existência de um grande número de unidades de prestação de saúde.

Conforme Sicsú e Lima (2003), Recife caracteriza-se como pólo importante tendo como pano de fundo sua infra-estrutura básica de hospitais e de formação/ profissionalização. Neste universo de instituições de saúde, várias atividades correlatas surgiram para atender às necessidades de funcionamento dos hospitais. Entre estas, podemos destacar os serviços de lavanderia, coleta e tratamento de lixo, as atividades de produção e manutenção de equipamentos, entre outras.

Hoje é consenso que o controle de infecções hospitalares é resultado das medidas indicadas pelos Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH). Aliás, conforme o Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde (1985), o controle de infecção hospitalar está intimamente relacionado com a finalidade dos serviços prestados no hospital. Assim, envolve a eficácia das práticas médicas e de enfermagem e, portanto, todo o instrumental na rotina da unidade.

Nesse contexto está incluída a lavanderia nos serviços de saúde, que desde o século XIX vem sendo alvo de atenção dos profissionais de saúde, para atender critérios na prevenção de infecções. Segundo Lisboa (2001), fontes históricas demonstram que Florence Nightingale, a Dama da Lanterna, em 1854, já tinha cuidados com a roupa hospitalar.

A roupa suja é fonte significativa de contaminação por micróbios. Para eliminar a possibilidade de contaminação através deste veículo, é imprescindível que se estabeleçam métodos de coleta, transporte, tratamento e estocagem adequados da roupa hospitalar (BRASIL/MS, 2000; SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO, 1976).

As lavanderias hoje têm funções mais amplas e dinâmicas, deixando de lado a visão simplista, de um setor que tem a responsabilidade de lavar roupa. É preciso que as lavanderias sejam vistas como um Serviço de Processamento de Roupas, atendendo às necessidades de cada serviço ou pessoa que vai utilizá-la conforme o Manual de Lavanderia do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2000).

As lavanderias que prestem serviço fora do hospital devem ser inspecionadas para garantir a separação entre as áreas contaminada e limpa de processamento da roupa. Deve-se manter controle especial do transporte da roupa para garantir que esteja livre de contaminação. A roupa limpa deve ser acondicionada em algum tipo de proteção impermeável (sacos plásticos, por exemplo), e assim permanecer até ser utilizada (SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO, 1976).

Segundo Lisboa (2001), a terceirização é uma técnica administrativa que possibilita o estabelecimento de um processo gerenciado de transferência a terceiros das atividades de apoio da empresa, permitindo a esta concentrar-se em sua competência essencial.

No caso das unidades de saúde, o modelo proposto é mais ágil e especializado, voltado para sua atividade fim: o atendimento à saúde com qualidade. As empresas de saúde adotam a terceirização como estratégia, especialmente nas unidades de apoio.

Quando a roupa é processada dentro do hospital, os gastos com a lavanderia são variáveis, com exceção dos gastos com pessoal. Estes são fixos. Gastar-se-á mais com a lavagem da roupa à medida que houver um volume maior de enxoval a ser limpo. Já quando a lavagem é feita por empresa terceirizada, normalmente é cobrado um valor mínimo, fixo, independente da quantidade de roupa processada. Com a terceirização, normalmente, o único valor que realmente diminui é o de material de lavagem e manutenção do equipamento. O

pessoal empregado na lavanderia, pode ser relocado em outros setores do hospital, permanecendo o custo.

Lisboa (2001), apresenta algumas vantagens da terceirização como: liberação do espaço físico, diminuição da folha de pagamento e eliminação de despesas com compras de máquinas, equipamentos, produtos, luz, água e manutenção.

Já entre as desvantagens, podemos ter: a falta de qualidade no processamento da roupa, demora no prazo de entrega, preço excessivo do quilo de roupa e falta de controle e responsabilidade com a evasão da roupa.

Outra alternativa de terceirização é a interna, onde a empresa contratada utiliza os recursos disponíveis da própria instituição de saúde: máquinas, equipamentos, mão-de-obra, enxoval, etc. Entre as vantagens temos a possibilidade de um melhor controle do fluxo da roupa, avaliação constante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, avaliação do enxoval existente quanto à qualidade e quantidade. Já a desvantagem é o não comprometimento da equipe externa com a interna (LISBOA, 2001).

Foram escolhidos oito hospitais do pólo médico da cidade do Recife para o desenvolvimento da pesquisa. A amostra conta com três hospitais públicos, três hospitais particulares e dois hospitais filantrópicos, separados assim segundo a esfera de competência administrativa determinada pelo DATASUS (2005). Estes hospitais foram escolhidos por decisão do pesquisador, devido a sua relevância no quadro das instituições de saúde, tanto da cidade quanto do estado. Entre estas oito instituições, três delas terceirizam as atividades de lavanderia. As outras cinco não terceirizam.

2 Definição do Problema

O presente capítulo destina-se a abordar o processo de escolha do problema de pesquisa a ser estudado e as justificativas que argumentam a viabilidade do desenvolvimento do estudo.

A cidade do Recife destaca-se no contexto nacional e nordestino, por possuir um grande número de unidades de prestação de serviços de saúde. Hoje se observa uma razoável concentração, especialmente no bairro da Ilha do Leite, de hospitais, clínicas especializadas, laboratórios de análise e centros de diagnóstico, originando várias atividades correlatas. Entre estas podem ser destacadas empresas de coleta e processamento de lixo hospitalar, serviços de esterilização, além de serviços de lavanderia (SICSÚ, LIMA, 2003).

É conveniente lembrar que o que se entende por Pólo Médico do Recife é formado por um sub-conjunto representado pelo núcleo do mesmo mais um outro subconjunto onde se inserem atividades complementares. No núcleo estão contidos os hospitais. Entre as atividades complementares podem-se citar: atividades de formação de recursos humanos e de pesquisa, atividades de informática e produção de software, entre outras.

O serviço de lavanderia hospitalar terceirizada, já bastante utilizado no sudeste do país, começou no Recife em 1996 com a inauguração da primeira lavanderia hospitalar da região. Em 1999 e 2001 surgiram mais duas outras concorrentes, e as três funcionaram até o início de 2002, quando com o fechamento de uma delas, devido a problemas de ordem administrativa, restaram apenas duas lavanderias especializadas em prestar serviços a hospitais.

Esta pequena quantidade de empresas no mercado prestando este tipo de serviço, gera alguns focos de tensão entre os hospitais (preocupados com a questão do preço e da qualidade

do serviço fornecido a eles) e as lavanderias (preocupadas com o volume de roupa lavada dos hospitais).

Algumas instituições de saúde escolheram a alternativa de terceirização do serviço de lavanderia graças a um sistema de apuração de custos implantado. Com isso, eles podem avaliar adequadamente se auferirão ou não benefícios relacionado à redução de custos, com a terceirização.

A terceirização é um processo de gestão visando fornecer vantagem competitiva. Hitt (2002), afirma que no cenário competitivo e desafiador do século XXI, as empresas precisam desenvolver a habilidade de mudar rapidamente. Para melhor desenvolver essa habilidade, precisa-se criar um ambiente organizacional que inclua e promova a experimentação e o aprendizado.

A inovação possível pela terceirização de atividades essenciais e tradicionalmente executadas pela empresa, visa oferecer vantagem estratégica para a empresa que o adota, através da concentração nas competências essenciais da organização. É vista como uma proposta que as empresas podem utilizar para fazer frente ao ambiente globalizado contemporâneo, melhorando a qualidade dos serviços oferecidos e a redução dos seus custos operacionais.

É neste contexto que o problema de pesquisa se define na seguinte feição: qual o comportamento dos hospitais do pólo médico do Recife em relação à terceirização do serviço de lavanderia hospitalar?

Por fim, pretende-se também avaliar qual a percepção dos hospitais após a terceirização, quanto à melhora da qualidade do processamento das roupas e se houve algum tipo de mudança estratégica na postura da empresa, após esta decisão.

3Objetivos

O presente capítulo destina-se a apresentação do objetivo viabilizando a compreensão da intenção da pesquisa.

3.1Objetivo Geral

Identificar qual o comportamento dos grandes hospitais do pólo médico, públicos e privados, da cidade do Recife, no que diz respeito à terceirização do processamento de roupa hospitalar?

3.2Objetivos Específicos

1. Levantar como se deu o processo decisório utilizado pela administração dos hospitais para se decidir pela terceirização ou não da atividade de lavanderia?
2. Verificar se existe alguma diferença entre os critérios adotados por hospitais públicos e privados, na decisão quanto à terceirização da lavanderia?
3. Examinar, quanto ao aspecto de custo-oportunidade, se a desativação da lavanderia levou ao reaproveitamento da sua área para outra atividade geradora de receita? Alguma área referente à lavanderia foi mantida, mesmo após a terceirização?
4. Verificar se as decisões acerca de uma possível terceirização das atividades da lavanderia, passaram por uma avaliação das CCIH? Ou seja, tanto antes da decisão quanto depois, a opinião da CCIH foi importante, fazendo uma avaliação técnica das estruturas e

processos das lavanderias hospitalares terceirizadas como elemento importante para a decisão final?

5.Verificar se os hospitais que lavam seu próprio enxoval seguem os procedimentos técnicos recomendados para a atividade de lavanderia hospitalar?

6.Verificar se para aqueles hospitais que terceirizaram, a centralização na competência básica, trouxe além de reduções de custos, melhora na qualidade do serviço prestado pelo hospital?

7.Levantar se entre os resultados esperados pelos hospitais que terceirizaram, houve alguma diferença entre a ocorrência de casos de infecção hospitalar antes e depois da terceirização?

8.Levantar se houve aumento ou diminuição da vida útil do enxoval do hospital após a terceirização?

4Justificativa

Uma das grandes características do mundo contemporâneo está na expectativa e no otimismo acerca da inovação. Os mais recentes avanços tecnológicos, reacendem os desejos e as discussões acerca do que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida.

Segundo Motta (1999), as inovações tecnológicas e as transformações sociais dominam a sociedade contemporânea: mudam significativamente a produção e a vida das pessoas. A melhora na qualidade dos produtos e serviços advindos destas inovações aumenta tanto a eficiência empresarial quanto as possibilidades de uma maior universalização do bem-estar.

Com relação às conseqüências deste processo de inovação nas práticas gerenciais:

A segunda metade do século XX presenciou uma revolução científica e tecnológica nas formas de produção. As empresas tornaram-se mais complexas e as concepções de gerência alteraram-se tão profundamente quanto as inovações em produtos e serviços. Essa revolução prossegue com a renovação cada vez mais rápida das atuais concepções de produção e das formas de organização do trabalho. (MOTTA, 1999, p.X).

Porter (1989), afirma que há muito, os serviços representam uma significativa proporção na maioria das economias nacionais. O setor de serviços vem crescendo acentuadamente como proporção nas economias nacionais de todas as nações adiantadas. E começa a ser visto pelo governo como componente importante da economia.

A crescente intensidade de capital e produtividade dos serviços deve-se, por exemplo, à utilização da tecnologia da informação. As empresas de serviços usam computadores (ou técnicas computadorizadas), para realizar funções antigas (e novas), controlando melhor as operações tornando os empregados mais produtivos.

O crescimento observado em muitos países do mundo, e também no Brasil, nas operações dos diversos atores envolvidos na prestação do serviço de saúde, tem levado à

busca por novas alternativas na atração de clientes, bem como a uma pressão constante, por todos os lados, para reduzir gastos. (FALK, 2001).

A qualidade na prestação dos serviços hospitalares também passa por uma melhora das atividades daqueles prestadores de serviços para os hospitais. Entre eles, a lavanderia hospitalar é setor fundamental neste contexto.

Quanto à classificação de artigos e áreas hospitalares segundo o seu risco potencial de transmissão de infecções (BRASIL/MS, 1985), as atividades da lavanderia estão classificadas como fornecedoras de artigos críticos e artigos não-críticos. Artigos críticos são aqueles que penetram nos sistemas subpiteliais, no sistema vascular e em outros órgãos isentos de flora microbiana própria, bem como todos os que estejam diretamente conectados com eles. Nestes artigos estão as roupas utilizadas nos atos cirúrgicos e obstétricos.

A lavanderia também tem suas operações classificadas como fornecedora de artigos não-críticos, ou seja, aqueles que entram em contato apenas com a pele íntegra e ainda os que não entram em contato direto com o paciente, como roupas de cama e de uso pessoal.

A interligação existente entre as consequências resultantes da escolha de determinada alternativa num processo decisório, como a terceirização, leva a uma avaliação de outros fatores importantes nesta escolha. A qualidade é um deles. Hoje, existem no Brasil máquinas e processos de lavagem totalmente automatizados. A utilização da tecnologia permite, entre outras coisas, uma maior racionalidade no processamento da roupa garantindo, além de uma garantia de uma roupa limpa e desinfetada (qualidade), uma maior durabilidade do enxoval, que não sofreria uma agressão desnecessária de produtos químicos (redução dos custos). Outro aspecto importante para a garantir a qualidade da prestação do serviço seria a contratação, para o gerenciamento das atividades da lavanderia, de profissionais capacitados e com larga experiência no ramo.

Uma outra questão é a legal. A cobrança mais rigorosa por parte da Agência Estadual de Vigilância Sanitária, cobrando o atendimento a padrões de construção e funcionamento adequados de uma lavanderia hospitalar, pode levar a impossibilitar o funcionamento da unidade própria já existente no hospital. Visto que, muitas das lavanderias que ainda funcionam em hospitais do Recife, não atendem às especificações técnicas mínimas exigidas pelo órgão fiscalizador sanitário.

Estas considerações procuram demonstrar a necessidade de uma análise mais aprofundada quanto ao tratamento a ser dado à lavanderia, nos serviços prestados ao hospital.

5Referências Conceituais

Neste capítulo apresentamos uma revisão da literatura que fundamenta os conceitos a serem empregados neste trabalho. Nosso objetivo é verificar os temas essenciais à construção da pesquisa, as intenções e as idéias que permitem mobilizar e operacionalizar o estudo.

Para explorarmos o impacto nos custos e na qualidade dos serviços hospitalares, oriundos da terceirização da atividade de lavanderia, estudaremos alguns elementos fundamentais: qualidade, custos, serviços, qualidade em serviços, terceirização e lavanderia hospitalar. A qualidade será abordada nas suas definições e no conceito de qualidade total. Apresentaremos as definições de alguns tipos de custos, que sejam de interesse na atividade hospitalar. Os serviços serão destacados a partir do seu desenvolvimento e das dimensões da qualidade no serviço. A terceirização será analisada como estratégia para criação de vantagem competitiva pelas empresas. Ao final apresentaremos características gerais de uma lavanderia hospitalar, como infra-estrutura física e equipamento.

5.1Qualidade

Para melhor entender este conceito, foram utilizadas várias definições apresentadas por autores referenciais no assunto. Juran (2002), começa a propor uma unidade de linguagem para a qualidade, através da definição de alguns temas chave. Entre eles, destacamos:

- α)Serviço: Trabalho executado por alguém. Os serviços relacionam-se também a trabalhos executados para alguém dentro das empresas.
- β)Satisfação do cliente: É quando as características do produto atendem as necessidades do cliente. Em geral, é um sinônimo de satisfação com o produto.

χ)Produto: É o resultado de qualquer processo. Juran adota a mesma classificação dos economistas, que definem produtos como sendo bens e serviços. Assim, o termo produto inclui várias subclassificações:

- Bens: São coisas físicas, como lápis, caderno, televisor, etc.;
- Serviços: Trabalho executado;
- Software: Um dos seus significados é o de programas de instrução para computadores.

O mesmo autor adota duas definições para qualidade, que são de grande importância para os gerentes. São elas:

☞①As características do produto: Para o cliente, quanto melhores as características do produto, mais alta a sua qualidade.

☞②Ausência de deficiências: Aos olhos do cliente, quanto menos deficiências apresentar um produto, melhor a sua qualidade.

A distinção importante nessas duas definições é que: as características do produto afetam as vendas, onde a qualidade mais alta custa mais caro; as deficiências do produto, afetam os custos, assim, aumentando a qualidade e diminuindo-se os custos.

Em outra definição de qualidade, Deming (1990), já no início do primeiro capítulo de seu livro apresenta a qualidade como aquele desempenho no trabalho que satisfaz e orgulha o trabalhador. A melhora da qualidade consegue transferir o desperdício de homens-hora e tempo-máquina para a fabricação de um bom produto e uma melhor prestação de serviços. Assim, como resultado dessa melhora na qualidade, tem-se uma reação em cadeia, com custos mais baixos, melhor posição competitiva, pessoas mais felizes no trabalho e mais empregos.

Baseado em sua experiência no Japão, o autor faz uma clara defesa da postura japonesa em busca pela melhora da qualidade. Ele afirmava que, ao contrário da visão administrativa americana que se preocupava com o custo da qualidade, os japoneses buscam o aprimoramento dos processos sem se preocupar com números.

Segundo Paladini (2004), a palavra qualidade apresenta características que dificultam bastante a sua perfeita definição. Segundo este autor, ela não é uma palavra de termo técnico exclusivo, mas de domínio público. Assim, muitos dos conceitos usados para definir qualidade, com frequência, são incorretos. Para a gestão da qualidade, defini-la de forma errônea pode ter conseqüências sérias para a empresa. Isto, caso considere isoladamente algum dos aspectos conjuntos que compõem a qualidade, como por exemplo: um atributo inerente ao produto ou ao serviço; um elemento que diferencie o produto dos demais; um produto mais confiável; entre outros.

5.1.1 Qualidade Total

Uma empresa honesta tem, como seu objetivo principal, contribuir para a satisfação das necessidades das pessoas. A prioridade da empresa são os consumidores. Estes devem se sentir satisfeitos após a compra do seu produto ou utilização do seu serviço. Além dos consumidores, a empresa também deve se esforçar para agradar seu funcionário, garantindo seu crescimento como ser humano. Garantir o pagamento de dividendos aos acionistas e respeitar os vizinhos da empresa através do controle ambiental (FALCONI, 1999).

Assim, uma das maneiras de atingir o objetivo principal de uma empresa (sobreviver através da satisfação das necessidades das pessoas), pode ser a prática do controle da qualidade total. O controle da qualidade total atende aos objetivos da empresa, pois trata-se de

um sistema gerencial que, partindo do reconhecimento das necessidades das pessoas, estabelece, mantém, e melhora os padrões que atendem a estas necessidades, a partir de uma visão estratégica e com abordagem humanista (FALCONI, 1999).

Como o objetivo de uma organização é satisfazer as necessidades das pessoas, então o resultado esperado de uma empresa é a qualidade total. Desse modo, qualidade total é tudo aquilo que afeta a satisfação das necessidades das pessoas e, por conseguinte, garante a sobrevivência da empresa.

Para Giancesi e Corrêa (1996), se a qualidade total não representa a panacéia para todos os males que alguns advogam, por outro lado certamente contém alguns elementos que podem ser extremamente valiosos. Os autores apresentam algumas considerações importantes nas quais se fundamenta o conceito de qualidade total:

- a) Todos na organização podem e devem contribuir para a qualidade final percebida pelos clientes;
- b) Todos os custos relacionados com qualidade devem ser considerados nas análises;
- c) Todo esforço bem direcionado de melhoria em qualidade repercute na competitividade;
- d) Há sempre uma forma melhor de fazer as coisas;
- e) A qualidade deve ser construída ao longo do processo e não apenas verificada ao final.

Paladini (2004), apresenta o conceito de qualidade total, afirmando que, a rigor não há nada que este conceito acrescente ao conceito básico de qualidade. A distinção entre Gestão da Qualidade e Gestão da Qualidade Total, centra-se no fato de que a preocupação com a qualidade nem sempre foi total. Dessa forma:

A própria evolução do conceito da qualidade mostra que se saiu de uma situação em que todo esforço pela qualidade resumia-se à atividade de inspeção, para um ambiente no qual a qualidade é definida da forma mais ampla e abrangente possível (PALADINI, 2004, p. 6).

Segundo Al-Assaf (1993), a qualidade total (QT), é uma filosofia gerencial inovadora que foi trazida de outras indústrias para o setor de saúde. Qualidade total é uma forma diferente de pensar e gerenciar as organizações, tanto no que diz respeito a uma melhora nos processos como uma maior orientação ao consumidor. Ela é uma transformação cultural e uma experiência educacional que se infiltra através da organização e envolve a todos – *staff* e gerência.

Para Deming, *apud* Al-Assaf (1993), qualidade total é um método moderno de liderança pelo qual os empregados são encorajados a participar dos processos decisórios gerenciais e onde os limites entre os departamentos são eliminados.

Segundo Quinn, Doorley e Paquette (1990), a qualidade na terceirização tem um controle mais direto e rápido, por exemplo, se uma unidade terceirizada tem um desempenho abaixo do esperado, a gerência pode fazer a substituição dos serviços pelos de outro concorrente mais rapidamente do que poderia fechar uma operação interna ou desenvolver uma alternativa por si mesma.

5.2 Custos

Para garantir a sua sobrevivência, os hospitais têm investido pesado em tecnologia e em qualidade de atendimento. Isso gera uma tendência de aumento dos custos fixos e indiretos. Com as novas formas de estabelecimento de preços dos serviços fixadas pelo SUS e pelas empresas de seguro-saúde, se a receita não aumenta na mesma proporção, resta aos hospitais o controle dos seus custos.

Os custos estão associados a todos os tipos de organizações – industriais, comerciais e prestadoras de serviços. O impacto da alta competição existente no ambiente empresarial contemporâneo, fez com que a contabilidade de custos passasse, nas últimas décadas, de instrumento auxiliar na avaliação de estoques e lucros globais para uma importante arma de controle e decisão gerenciais. Ela passou a ser encarada como uma eficiente forma de auxílio no desempenho da nova missão gerencial. (CHING, 2001; GARRISON e NOREEN, 2001; MARTINS, 2001).

Segundo Falk (2001), o fornecimento de definições, conceitos e informações adicionais sobre a contabilidade de custos é complemento necessário à boa compreensão de uma pergunta simples, mas de resposta complexa: “quanto custa?”.

O custo é tido como gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços. Ou seja, o custo é um gasto que, para ser reconhecido como tal, isto é, como custo, ocorre quando da utilização dos fatores de produção (bens e serviços), para a fabricação de um produto ou execução de um serviço. Já despesas são gastos relativos aos bens e serviços consumidos no processo de geração de receitas e manutenção dos negócios da empresa. Todas as despesas estão direta ou indiretamente associadas à realização das receitas. As despesas servem para gerar receitas para as empresas e não para produzir seus bens e serviços (MARTINS, 2001; PEREZ JR., OLIVEIRA e COSTA, 2001).

Centro de custos é uma unidade operacional autônoma distinta das demais, que tem vida própria, demonstrada no conjunto dos seguintes fatores: área circunscrita de abrangência, quanto à responsabilização; fonte geradora de custos; identidade de objetivos comuns, favorecendo a convergência e sinergia no alcance de suas metas; existência de unidade de mensuração específica, relativamente ao montante processado nos centros diretos (BEULKE e BERTÓ, 1997).

5.2.1 Classificação dos gastos entre fixos e variáveis

Perez Jr., Oliveira e Costa (2001), classificam os gastos, quanto ao comportamento em relação às variações nos volumes de produção e de vendas, em:

- Custos e despesas fixos:

- **Custos fixos:** São os custos que permanecem constantes dentro de determinada capacidade instalada, independente do volume de produção. Ou seja, se ocorre uma alteração no volume de produção para mais ou para menos não altera o valor total do custo.

- **Despesas fixas:** São as despesas que permanecem constantes dentro de determinada faixa de atividades geradoras de receitas, independentemente do volume de vendas ou de prestação de serviços. Ou seja, qualquer alteração no volume de receitas para mais ou para menos não altera o valor total da despesa.

- Gastos semifixos ou semivariáveis: Gastos que têm parte de sua natureza fixa e parte variável. Na prática, esses gastos são classificados em função do que seja mais relevante e de acordo com o critério de cálculo.

- Custos e despesas variáveis:

- **Custos variáveis:** São os que mantêm relação direta com o volume de produção ou serviço. Assim, o valor absoluto dos custos variáveis cresce à medida que o volume de atividades da empresa aumenta. No volume, esse crescimento no total evolui na mesma proporção do acréscimo no volume produzido.

- **Despesas variáveis:** São aquelas que se alteram proporcionalmente às variações no volume de receitas.

5.2.2 Classificação dos gastos entre diretos e indiretos

E quanto à forma de distribuição e apropriação, os gastos podem ser classificados como diretos e indiretos.

• **Custos diretos:** São aqueles que podem ser quantificados e identificados facilmente com os produtos fabricados ou serviços prestados, não necessitando de critérios de rateios para serem alocados.

• **Despesas diretas:** São aquelas que podem ser facilmente quantificadas e apropriadas em relação às receitas de vendas e de prestação de serviços.

• **Custos indiretos:** São aqueles que, por não serem perfeitamente identificados nos produtos fabricados ou serviços prestados, não podem ser apropriados de forma direta para as unidades específicas. Necessitando, portanto, da utilização de algum critério de rateio para sua alocação.

• **Despesas indiretas:** São os gastos que não podem ser identificados com precisão com as receitas geradas.

A classificação apresentada está no seguinte esquema:

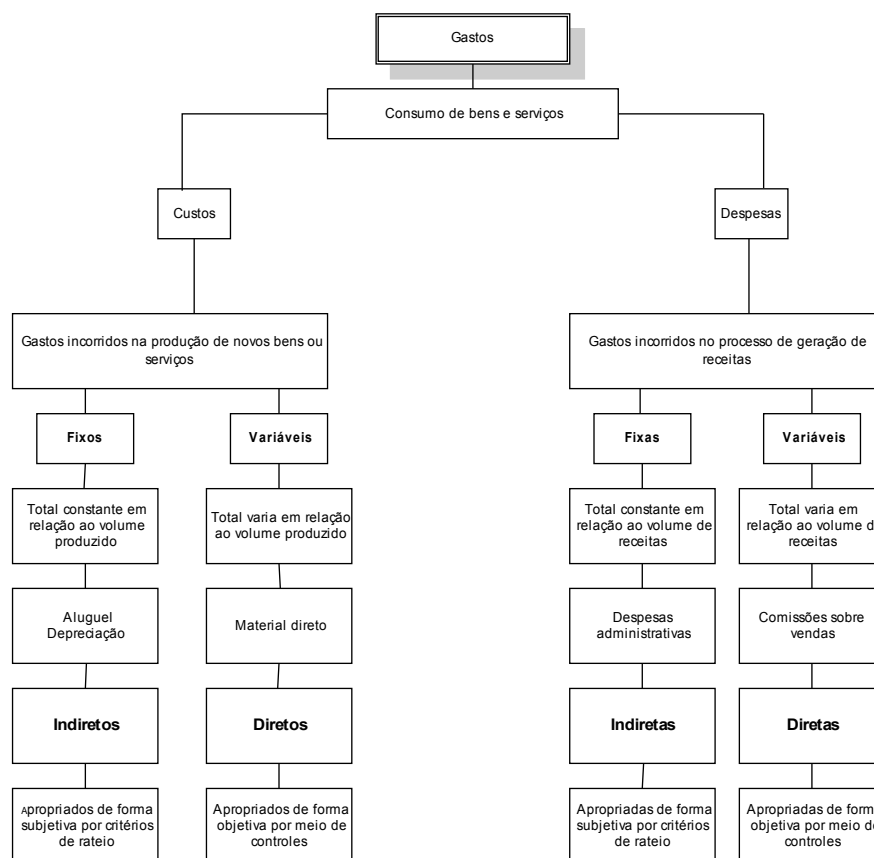


Figura 1 - Esquema de Classificação dos Custos
Fonte: Perez Jr, Oliveira e Costa, 2001, p.28.

5.2.3 Critérios de rateio

São os critérios utilizados para distribuir os gastos indiretos aos produtos, centros de custos, centros de despesas ou receitas geradas. Não há critérios de rateio válidos para todas as empresas, dependendo do gasto que estiver sendo rateado, do produto ou centro de custo que esteja sendo custeado e da relevância do valor envolvido.

Todos os custos indiretos só podem ser apropriados de forma indireta aos produtos ou serviços. Isto é feito mediante estimativas, critérios de rateio, previsão de comportamento de custos, etc. Todas essas formas de distribuição contêm certo subjetivismo, dessa forma, a arbitrariedade sempre vai existir, sendo que às vezes ela ocorrerá em nível bastante aceitável,

e em outras oportunidades só a aceitamos por não haver alternativas melhores (MARTINS, 2001; PEREZ JR, OLIVEIRA e COSTA, 2001)

Falk (2001), refere-se à alocação de despesas como o ato de alocar (ratear), gastos ocorridos e registrados de alguma área ou objeto de custo para outras áreas. Este mesmo autor nos apresenta duas formas principais de alocação de gastos:

- Alocação dos gastos indiretos dentro de um mesmo centro de custos, tendo por finalidade conhecer o custo total de algum paciente ou procedimento específico realizado nele. Por exemplo, quanto do salário do chefe do laboratório (não envolvido na produção), deverá ser alocado para um exame específico do laboratório do departamento de análise clínica? A solução seria o critério de rateio estabelecido.
- Alocação dos gastos totais de um centro de custos qualquer para outro centro de custos que recebe serviços prestados por ele. Por exemplo, o serviço de lavanderia, um centro de custos de apoio que presta serviços indiretos ao paciente. Ele presta bastante serviço para os centros de custos produtores de renda (UTI, emergência, centro cirúrgico, etc.), assim como para outros centros de custos de apoio (refeitório, limpeza, manutenção, etc.). Nestes centros de custos de apoio, os gastos recebidos por rateio seriam somados às despesas diretas do próprio centro de custos, a fim de conhecer seus custos totais. Posteriormente, os custos desses centros seriam alocados aos centros de custos produtores de renda, para fins de estudos de lucratividade, eficiência e produtividade.

As despesas dessa segunda categoria de alocação são normalmente chamadas de *overhead*. Este termo é utilizado para caracterizar despesas gerais não identificáveis a um dado paciente/serviço, como, por exemplo, o salário do diretor do hospital. Os gastos do tipo *overhead* normalmente são agregados primeiro em determinado centro de custos antes de iniciar o processo de alocação. Assim, uma vez alocadas nos centros de custos produtores de renda, elas podem ser alocadas a pacientes específicos ou procedimentos particulares.

5.3 Serviços

O setor de serviços vem crescendo sua participação no desenvolvimento das economias nacionais de todas as nações adiantadas. Os governos já vêem os serviços como componente importante da economia. A importância das atividades de serviços pode ser demonstrada, por um lado, pela posição que ocupam na economia, tanto na participação no Produto Interno Bruto como na geração de empregos, como também pela análise das tendências e transformações que a economia mundial está experimentando (GIANESI e CORRÊA, 1996; PORTER, 1989).

Conforme Porter (1989), o termo “serviços” abrange grande variedade de indústrias, cujas funções para seus compradores não envolvem (ou envolvem ocasionalmente), a venda de um produto concreto. Dada a enorme amplitude e variedade, não há uma taxonomia de serviços geralmente aceita. Os serviços permeiam todos os aspectos de nossas vidas. Hotéis nos hospedam quando estamos longe de casa. Em casa ou no trabalho, utilizamos serviços como eletricidade e telefone, serviços de correios e manutenção. Médicos, hospitais e dentistas cuidam de nossa saúde pessoal. Mesmo quando compramos bens, como um carro novo, por exemplo, existem serviços agregados, como aqueles que permitem mantê-lo funcionando (BATESON e HOFFMAN, 2001).

O crescimento econômico estimulou o crescimento da indústria de serviços, visto que um aumento de prosperidade leva empresas, instituições e indivíduos a tornarem-se cada vez mais desejosos de trocar dinheiro por tempo, comprando serviços ao invés de gastar tempo realizando atividades por conta própria. Este crescimento significou um aumento não só no volume, como também na variedade e diversidade de serviços oferecidos.

A economia de serviços consiste em atividades de serviços que são consumidas embutidas em objetos físicos, prestadas por pessoas, entidades de informação ou institucionais, sem que sejam transformadas fisicamente; ou onde o foco está no uso e

funcionamento de objetos que estão sujeitos às atividades em vez de estarem sujeitos às transformações físicas. O crescimento bem-sucedido do setor de serviços dependerá de um gerenciamento inovador e capacitado, promovendo uma ética de melhoria contínua em qualidade e produtividade (FITZSIMMONS, FITZSIMMONS, 2000).

5.3.1 Qualidade em serviço

Muitos estudos ampliaram consideravelmente a definição e os mecanismos de controle da qualidade nos setores de produção de bens. Contudo, o conhecimento quanto à qualidade na produção de bens, é insuficiente para entender a qualidade no serviço. Mas, afinal, o que significa serviço de qualidade? Segundo Las Casas (1999), para esta determinação, devemos primeiramente conceituar serviços. Segundo o autor, uma das melhores definições é a de que serviços são atos, ações, desempenho. O produto final de um serviço é sempre um sentimento. Os clientes ficam satisfeitos ou não com a prestação do serviço de acordo com suas expectativas. No caso de uma lavanderia hospitalar, este setor deve fornecer roupa limpa para o uso dos pacientes no hospital.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), apresentam as características dos serviços: intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade. Primeiro, a maioria dos serviços são intangíveis, porque se constituem de *performance* ao invés de objetos. Assim, determinar especificações de produção procurando garantir uma qualidade uniforme, raramente podem ser conseguidos.

Segundo, os serviços, especialmente aqueles que utilizam uma grande quantidade de mão-de-obra são heterogêneos: a prestação do serviço varia de prestador para prestador do serviço e dia para dia. E, em terceiro lugar, a produção e o consumo de muitos serviços são

inseparáveis. Nos serviços prestados com o uso intensivo de pessoas, por exemplo, a qualidade ocorre durante a entrega do serviço, geralmente em uma interação entre o cliente e a pessoa de contato da firma de serviço.

A qualidade em serviços é a capacidade que uma experiência ou qualquer outro fator tem de satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou trazer benefícios a alguém. É mais difícil para o consumidor avaliar a qualidade de um serviço do que de um produto tangível. A percepção de qualidade no serviço não envolve apenas a comparação entre as expectativas do consumidor e o resultado final. Estas expectativas quanto à qualidade surgem ao longo do processo da prestação do serviço (LAS CASAS, 1999; FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000; PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1985).

A noção de qualidade está intimamente ligada às ciências de saúde. Toda a formação do profissional de saúde é orientada no sentido de obter melhorias – restauração da saúde do paciente ou, se isto não for possível, melhoria das suas condições de vida, melhoria de métodos e técnicas de diagnósticos e tratamentos, simplificação de procedimentos, ou seja, uma busca incessante pela obtenção de resultados melhores (NOGUEIRA, 1996).

Para se falar de qualidade em saúde, o nome que não pode ser esquecido é o da pioneira Florence Nightingale, enfermeira inglesa que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, baseando-se em dados estatísticos e gráficos. Seu trabalho passou a ser reconhecido na guerra da Criméia, onde seis meses após a sua chegada a um hospital de campanha, as taxas de mortalidade recuaram de 42,7% para 2,2%, através de rígidos padrões sanitários e cuidados de enfermagem por ela estabelecidos.

Sloan e Chmel (1996), nos apresentam uma visão mais humana da qualidade em saúde. Os autores discordam das visões que sugerem que as pessoas são mais bem tratadas através de um aparato tecnológico. Para eles, a tecnologia médica é uma ferramenta, não o

elemento central de serviços de saúde de qualidade. A capacidade mental o é. Um trabalho mental bem-feito pelo paciente e por toda equipe de tratamento, pode dispensar a tecnologia baseada em computadores e outras máquinas.

Donabedian (1988), discute a qualidade no tratamento médico, colocando que os médicos têm um grande desafio ao procurar tratar as doenças utilizando ou não métodos alternativos de tratamento. E para comparar as conseqüências destes métodos, precisam haver maneiras mas precisas para medir a quantidade e a qualidade de vida. É necessário entender mais profundamente a natureza da troca interpessoal entre o paciente e o médico, para aprender como identificar e quantificar estes atributos.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), identificaram as cinco primeiras dimensões que os clientes utilizam para julgar a qualidade em serviços:

- Confiabilidade: é a capacidade de prestar o serviço prometido com confiança e exatidão;
- Responsabilidade: é a disposição para auxiliar os clientes e fornecer o serviço prontamente;
- Segurança: é o conhecimento e a cortesia dos funcionários bem como sua capacidade de transmitir confiança e confidencialidade;
- Empatia: é demonstrar interesse, atenção personalizada aos clientes. A empatia inclui as seguintes características: acessibilidade, sensibilidade e esforço para atender as necessidades dos clientes;
- Tangibilidade: é a aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais para a comunicação. A condição do ambiente (por exemplo, limpeza), é uma evidência tangível dos cuidados exibidos pelo fornecedor de serviço.

5.4 Terceirização

No cenário competitivo do século XXI, condições e fatores tradicionais, como custo de mão de obra, acesso a recursos financeiros e matérias-primas, mercados protegidos ou controlados, ainda representam uma fonte de vantagem competitiva. Contudo, num grau menor do que no passado. Uma razão desse declínio é que as vantagens geradas por essas fontes podem ser superadas através de uma estratégia internacional e pelo fluxo relativamente livre de recursos propiciado pela economia globalizada (HITT, 2002).

Neste cenário altamente competitivo e desafiador, poucas são as empresas que conseguem optar pelas decisões estratégicas mais eficazes. Visando melhorar a qualidade das decisões, as empresas do século XXI precisam desenvolver a habilidade de mudar rapidamente. Para melhor desenvolver essa habilidade, um desafio fundamental é gerar um ambiente organizacional que inclua e promova a experimentação e o aprendizado.

As empresas criam vantagem competitiva: “percebendo (ou descobrindo), maneiras novas e melhores de competir numa indústria e levando-as ao mercado, o que em última análise, constitui ato de inovação.” (PORTER, 1989, p.56). Esta inovação deve ser atendida de forma ampla, incluindo tanto melhorias na tecnologia como melhores métodos de fazer as coisas.

Graças às novas tecnologias, os executivos podem dividir todas as cadeias de valor de suas empresas, lidando internamente com os principais elementos estratégicos e terceirizando outros, vantajosamente, com custos mínimos por transação (QUINN, DOORLEY e PAQUETTE, 1990).

A necessidade de sobrevivência das empresas passa por um processo natural de busca permanente pelo aperfeiçoamento, pela prática de modelos de gestão modernos, através da utilização da tecnologia e aprimoramento e desenvolvimento do corpo funcional da empresa.

As empresas modernas precisam ser rápidas buscando atender as demandas dos clientes e se adaptar às freqüentes e crescentes mudanças do ambiente externo. Os gerentes devem agir com espírito empreendedor, agindo, arriscando e transformando a realidade, concentrando-se nas atividades centrais da empresa. Ou seja, as parcerias devem ter como referência a satisfação crescente do consumidor final (ALVAREZ, 1996; GIOSA, 1993).

A terceirização é uma técnica moderna de administração baseada num processo de gestão, que leva a mudanças estruturais, culturais, de procedimentos, sistemas e controles da empresa, capilarizando toda a malha organizacional, com o único objetivo de atingir melhores resultados, concentrando todos os esforços e energia da empresa para a sua atividade principal. Assim, o sucesso de sua aplicação está na visão estratégica dos dirigentes quando de sua adoção nas empresas.

Segundo Alvarez (1996), encontram-se basicamente duas opiniões acerca da terceirização: alguns gestores vêem a prática como modismo; outros, como um movimento na direção de um novo modelo de gestão.

Muitos afirmam que aquilo que não for da competência essencial de uma empresa deve ser entregue a especialistas. Assim, a terceirização traria benefícios a todos os diretamente envolvidos. Empresas e famílias cada vez mais contratam fornecedores de serviços especializados, a fim de realizar tarefas que elas mesmas costumavam executar. A empresa de serviços especializados tem, em muitos casos, vantagens em comparação à realização pela própria companhia interessada (PORTER, 1989).

Através da terceirização, as empresas têm à sua disposição os melhores talentos, oferecendo tanto maior qualidade como maior flexibilidade do que os grupos internos poderiam oferecer (QUINN, DOORLEY e PAQUETTE, 1990). Porém, a ressalva a ser feita é

que se faz necessário uma mudança nas relações de parceria existentes, para que, bem administrada, a terceirização possa trazer esses benefícios.

A questão principal na decisão pela terceirização não está no resultado final, ou seja, terceirizar ou não. Porém, é muito mais importante analisar os motivos que levaram o gestor a decidir pela alternativa escolhida. Assim, *“a conexão entre as decisões que se tomam não está no que é decidido, mas em como é decidido.”* (HAMMOND, KEENEY e RAIFFA, 1999, p17).

Para estes autores, um processo de decisão será eficaz se preencher os seguintes critérios:

- Concentrar-se no que é importante;
- Ser lógico e coerente;
- Reconhecer os fatores subjetivos e objetivos, combinando o pensamento analítico e o intuitivo;
- Exigir apenas a quantidade de informação e análise necessárias para resolver certo dilema;
- Estimular e guiar a obtenção de dados relevantes e opiniões bem informadas;
- Ser direto, seguro, fácil de usar e flexível.

Assim, se a abordagem utilizada para a tomada de qualquer decisão utilizar esses critérios, aumentarão as chances de que ele seja eficaz.

Porém, Simon (1965), já alertava que a perfeição de uma decisão administrativa é relativa, ou seja, ela só é correta se forem escolhidos os meios adequados para atingir finalidades preestabelecidas.

A idéia contrária à terceirização seria a integração vertical. Esta é a combinação de processos de produção, distribuição, vendas e/ou outros processos econômicos

tecnologicamente distintos dentro das fronteiras de uma mesma empresa. As decisões quanto à integração vertical estão comumente baseadas nos cálculos financeiros desta decisão. Analisa-se a estimativa de custos em comparação aos investimentos necessários para a integração. Contudo, esta decisão deve levar em consideração aspectos mais amplos, como problemas estratégicos da integração comparados ao uso de transações de mercado. São a magnitude e relevância estratégicas da integração vertical a essência desta decisão (PORTER, 1986).

Hitt (2002), afirma que muitos dos gerentes de alta direção reconhecem a necessidade de mudança em sua mentalidade, mas ainda hesitam em fazê-las. No entanto, são aquelas empresas que não têm receio na mudança que conseguem agir com a rapidez necessária para atender as necessidades e preferências de um consumidor em mudança constante.

No que pese uma discussão, com argumentos divergentes ou convergentes acerca da terceirização, alguns elementos são comuns a todas as opiniões: parceria, qualidade e mudança. Para os que consideram a terceirização como uma prática associada a um modelo de gestão muito mais amplo, ela representa uma mudança de mentalidade das empresas adaptadas ao novo ambiente competitivo do século XXI. Em Detroit, nos Estados Unidos, por exemplo, uma certa lavanderia que atende vinte e quatro hospitais da cidade, firmou uma parceria com estas instituições de saúde que inclui desde o teste em novos enxovais a serem usados pelos hospitais, até cursos de capacitação dos funcionários dos hospitais que lidam com o manuseio das roupas de cama.

A terceirização do setor de lavanderia nos Estados Unidos, assim como os serviços de alimentação e de arrumadeiras, continuam a dominar as atividades comumente terceirizadas. Porém, outros setores como tecnologia da informação, farmácia e atividades de sala de emergência vêm crescendo nos últimos anos. Os hospitais estão buscando conhecimentos especializados fora do hospital, o que oferece a oportunidade de lidar com custos menores do

que se tivessem que ser desenvolvidos internamente (MOON, 2002). Uma pesquisa realizada com 1.090 diretores executivos de hospitais norte-americanos, em 1992, mostrou que mais de 90% dos respondentes estavam satisfeitos com as operações das empresas de terceirização de hospitalidade (que incluem aquelas que cuidam de serviços como lavanderia, refeições, governança e outras áreas). Além disso, mais de 70% dos respondentes disseram ter terceirizado estes serviços devido à especialização, e conseqüente melhor operação, por parte das empresas contratadas. Os hospitais esperam assim que estas empresas possam ajuda-los a atingir objetivos de controle da qualidade total (HARD, 1992).

Uma pesquisa realizada por Junoy e Sust (2002), procurando analisar os fatores que influenciavam nas decisões quanto a integração vertical / contratação externa, dentre quatro serviços gerais (limpeza, lavanderia, alimentação e segurança), em 790 hospitais espanhóis, mostra que os serviços que apresentaram o maior grau de contratação externa foram os de limpeza e segurança. Sendo que o serviço de lavanderia e alimentação eram os que apresentavam o maior grau de integração vertical, sendo assim administrados pelos próprios hospitais.

A compreensão de que se deveria melhorar o processo de gerenciamento dos recursos físicos, enquanto um dos pontos prioritários para o melhor e maior aproveitamento da rede de prestação de serviços de saúde, direciona, a partir da década de oitenta, as atividades de engenheiros e arquitetos da área da saúde na busca de novas estratégias para o enfrentamento do problema. No Brasil, tanto o Ministério da Saúde, como o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, detentor à época da maior rede pública do país, optaram pela terceirização das atividades relacionadas à manutenção, adaptação e expansão de suas redes de prestação de serviços, sem, entretanto, constituir e capacitar quadros técnicos de engenheiros e arquitetos, para o gerenciamento deste universo crescente de contratos de prestação de serviços (PESSOA, 2005).

Pessoa (2005), afirma que no âmbito do setor público, o processo de terceirização vem sendo empregado desde o final da década de 1970 basicamente nas tarefas de apoio e, principalmente, no âmbito federal. As razões para isso podem ser encontradas nas tentativas de nortear aquele que se constitui num dos principais entraves para a ação do Estado, o déficit crônico de recursos humanos, tanto no que diz respeito à quantidade como à qualidade dos mesmos. A alternativa para contar com pessoal em número suficiente e com as qualificações profissionais requeridas encontra-se na terceirização das funções meio, ou seja, aquelas que não estão diretamente relacionadas com a missão ou objetivos institucionais.

Desse modo, as atividades mais comumente terceirizadas pelos órgãos públicos são aquelas que se enquadram dentro da ampla categoria das atividades gerais (não específicas da organização considerada) como, por exemplo, vigilância, limpeza e manutenção. No âmbito hospitalar somam-se às já mencionadas, duas outras atividades cuja terceirização é significativa: o preparo de alimentos e a lavagem de roupas.

5.5 Lavanderia Hospitalar

A lavanderia hospitalar, historicamente, sempre foi no hospital a grande ignorada. É uma área e setor de serviço menosprezado, para onde os administradores hospitalares geralmente julgavam humilhante se dirigir (MEZZOMO, 1977).

Os hospitais têm buscado novas tecnologias e profissionais mais especializados para assumirem funções administrativas e técnicas. Através do desenvolvimento da administração hospitalar, ocorreu, também, uma demanda muito grande de gerentes que compreendam as rotinas diárias das unidades hospitalares, principalmente na higiene da roupa (LISBOA,

2001). Porém, apesar do desenvolvimento técnico-administrativo, observa-se, ainda, um certo despreparo por parte das chefias para o exercício das funções.

A lavanderia hospitalar é um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades do hospital. O serviço de lavanderia, rouparia e costura de um hospital é de suma importância para o bom funcionamento do hospital, pois a eficiência de seu funcionamento contribuirá para a eficiência do hospital.

Para se obter uma roupa de qualidade é necessário que a lavanderia hospitalar também seja uma lavanderia de qualidade (BARTOLOMEU, 1998). Assim, alguns fatores podem ser identificados como determinantes para a qualidade de uma lavanderia hospitalar:

- 1.O tipo e estado de conservação do maquinário e mobiliário utilizados na higienização das roupas hospitalares;
- 2.Os produtos ou insumos utilizados na higienização das roupas;
- 3.O processo adotado, ou seja, as etapas pelas quais a roupa hospitalar passa ao ser higienizada (triagem, lavagem, secagem, dobragem, armazenagem e distribuição) e o seu controle para garantir a qualidade;
- 4.Os recursos humanos disponíveis para a execução das tarefas relativas ao processo de higienização das roupas hospitalares, sua capacitação, domínio do processo, saúde, satisfação com as condições do seu ambiente de trabalho e motivação;
- 5.O ambiente físico do setor onde é realizada a higienização das roupas hospitalares.

Todos estes fatores interagem entre si interferindo uns nos outros, conforme demonstrado na figura a seguir:

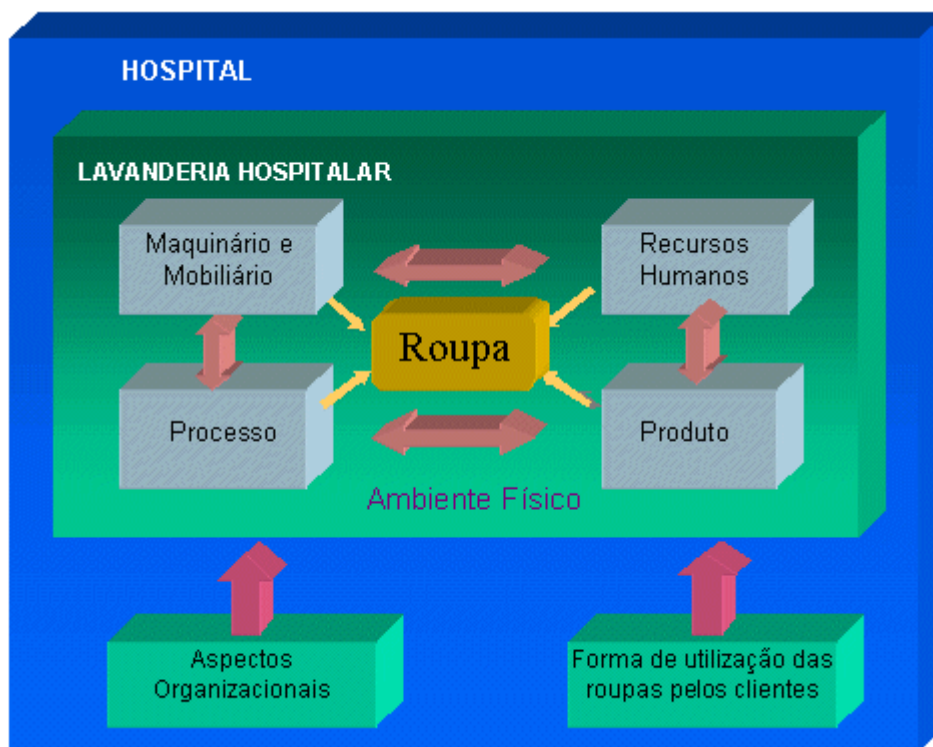


Figura 2 – Fatores de determinação da qualidade de uma lavanderia hospitalar
 Fonte: Bartolomeu, 1998, p.45.

Um bom sistema de processamento da roupa é fator de redução das infecções hospitalares. Estudos realizados na área de microbiologia revelaram que o processamento da roupa em um ambiente único, utilizado nas lavanderias tradicionais, propicia a recontaminação constante da roupa limpa na lavanderia. Esses estudos mostraram, ainda, que grande número de bactérias jogadas no ar, durante o processo de separação da roupa suja, contaminava todo o ambiente circundante. Tais descobertas revolucionaram a planta física da lavanderia hospitalar, bem como instalações, equipamentos e os métodos utilizados no processamento da roupa.

A infecção hospitalar não traz nenhum tipo de benefício para os hospitais. Os planos de saúde não reembolsam os dias em que o paciente esteja internado devido a infecção hospitalar.

A principal medida introduzida para o controle das infecções, foi a instalação de barreira de contaminação, que separa a lavanderia em duas áreas distintas:

- área contaminada ou suja, utilizada para separação e lavagem;
- área limpa, utilizada para acabamento (centrifugação, secagem / calandragem, dobragem) e guarda.

Esta barreira de contaminação só é realmente eficiente se existirem as lavadoras de desinfecção, com duas portas de acesso, uma para cada área, na parede que separa a área suja/contaminada da área limpa, e se as pessoas da área contaminada não circularem nas áreas onde a roupa sai limpa. A barreira de separação deve ser dotada de visores para facilitar a comunicação e o controle.

Complementando o que está descrito acima, a separação funcional das áreas limpa e suja deve ser obtida pelos métodos descritos abaixo (SENAI, 1998):

- Barreira física;
- Sistema de pressão de ar negativo em área de roupa suja;
- Fluxo de ar positivo da área limpa em direção à área suja.

A seguir apresentamos um *layout* de lavanderia hospitalar, conforme Bartolomeu (1998):

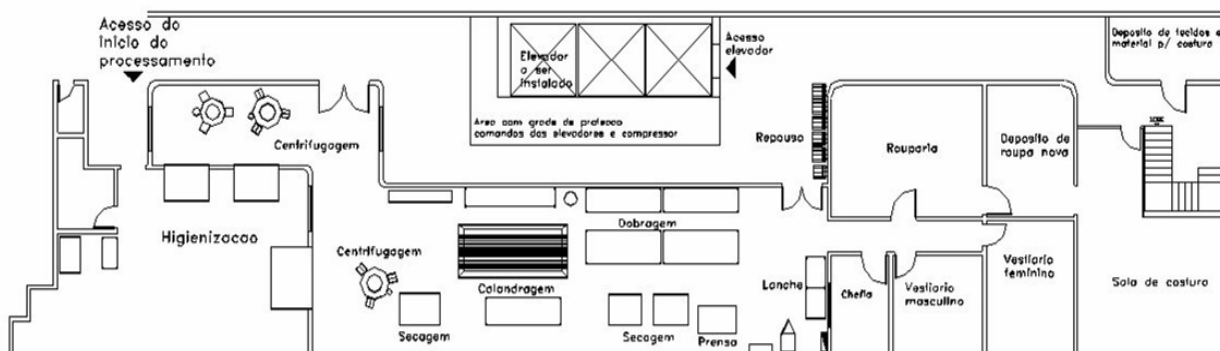


Figura 2 – Layout de uma lavanderia hospitalar
Fonte: Bartolomeu, 1998, p.68.

5.5.1 Aspectos físicos da lavanderia hospitalar

A área física da lavanderia depende do cumprimento de normas técnicas e legais do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 1.884 de 11 de novembro de 1994. Os cuidados voltam-se, sempre, para combater a infecção cruzada, minimizar o custo operacional e assegurar boas condições de trabalho aos funcionários (LISBOA, 2001).

A organização física do serviço difere de qualquer outro tipo de atividade desse segmento como: hotéis, indústrias, clínicas psiquiátricas, clínicas geriátricas, etc., pois os próprios equipamentos são bastante diferentes. Uma análise cuidadosa de várias condicionantes e suas inter-relações poderá subsidiar uma programação detalhada das necessidades relativas ao espaço físico (BRASIL/MS, 2000). A localização adequada de uma lavanderia hospitalar é aquela que considera os seguintes aspectos:

- transporte e circulação da roupa, vertical ou horizontal;

- demanda das unidades do hospital;
- sistema de distribuição de suprimentos no hospital;
- distâncias, considerando diversos fatores: tempos e movimentos; ruídos e vibrações; odores; calor; riscos de contaminação; futura expansão; localização das caldeiras; custo de construção; direção dos ventos; orientação solar.

Dentre estes, deve-se dar ênfase especial à direção dos ventos, para que não haja corrente de ar do ambiente contaminado para o limpo; devem-se evitar escadas ou degraus entre a lavanderia e o restante do prédio, para facilitar o transporte da roupa. Havendo desníveis inevitáveis, devem-se adotar rampas para facilitar a circulação de carrinhos, tanto de roupa suja como limpa.

A precaução fundamental é evitar que a roupa suja cruze ou entre em contato com a roupa limpa, evitando a recontaminação e a dificuldade permanente para o trabalho, causada pelo trânsito cruzado das pessoas.

A localização inadequada dos equipamentos e instalações, não condizentes com o serviço, levam a um desperdício de tempo, aumento de fadiga e, conseqüentemente, um baixo rendimento.

5.5.1.1 Estimativa da capacidade da lavanderia

Conforme o Manual de Lavanderia Hospitalar do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2000), para construir ou reformar uma lavanderia hospitalar, existem fatores básicos para a elaboração do projeto, como por exemplo, a necessidade de se determinar, com a maior precisão possível, qual a quantidade e tipo de roupa a ser processada e jornada de trabalho. Esses dados influirão no dimensionamento das áreas, equipamentos, instalações e recursos humanos necessários para atender as necessidades da lavanderia.

Para se estimar a quantidade e peso da roupa devemos levar em consideração o tipo, o número total de leitos, taxa de ocupação e finalidades do hospital, frequência de troca de roupa dos leitos e o volume de roupa usada pelas diversas unidades. Conforme mostramos no quadro abaixo de carga de roupa por tipo de hospital:

Tipo de Hospital	Carga de Roupa
Hospital de longa permanência, para pacientes crônicos	: 2 Kg/leito/dia
Hospital geral, estimando-se uma troca diária de lençóis	: 4 Kg/leito/dia

Tipo de Hospital	Carga de Roupa
Hospital geral de maior rotatividade, com unidades de pronto-socorro, obstetrícia, pediatria, e outras	: 6 Kg/leito/dia
Hospital especializado, de alto padrão	: 8 Kg/leito/dia
Hospital escola	: 8 a 15 Kg/leito/dia

Quadro 1 (5) – Carga de roupa de acordo com o tipo de hospital

Fonte: Manual de Lavanderia, ANVISA/MS, 2000

Para se calcular o peso de roupa a ser processada por dia, utilizamos a fórmula:

$$\frac{\text{Nº de leitos} \times \text{Carga de Roupa (Kg/leito/dia)} \times 7 \text{ (dias)}}{\text{Jornada de Trabalho (dias/semana)}} = \text{Kg/dia}$$

Para o cálculo do peso da roupa por hora de trabalho, utilizamos a fórmula abaixo, com redução de 20% na jornada de trabalho, considerando-se este desconto devido à quebra da eficiência real do trabalhador, por interrupções inevitáveis:

$$\frac{\text{Total de Leitos} \times \text{Kg/leito/dia}}{\text{Jornada (horas) de Trabalho} - 20\% \text{ de jornada}} = \text{Kg/h}$$

Deve-se adicionar mais 10% como margem a uma futura reforma ou ampliação (BRASIL/MS, 2000).

Para um hospital, a roupa tem função importantíssima para a qualidade do atendimento ao paciente. O enxoval é um item que agrega um alto valor de investimento, quer seja a roupa da instituição, quer seja de um serviço terceirizado. Assim, a compra adequada bem como sua conservação exigem cuidados permanentes.

Lisboa (2001), afirma que são comuns as insatisfações relativas à qualidade e à durabilidade dos tecidos. Isso se deve a fatores como uso intenso, lavagens contínuas e mais agressivas ou, em alguns casos, uso indevido. No caso dos tecidos hospitalares busca-se conforto associado à boa durabilidade. O enxoval da unidade deve ter um número mínimo de itens que permita a circulação das peças, evitando seu desgaste prematuro por uso intenso. Os critérios para estabelecer estes números variam principalmente em função das características de atendimento da unidade, da composição dos tecidos e do tipo de serviço de lavanderia (interno ou terceirizado).

5.5.2 Divisão física e fluxo de produção da lavanderia

Em uma lavanderia hospitalar devem ser previstas no mínimo, as seguintes áreas:

- Área contaminada;
- Área limpa: Nesta área temos a sub-divisão entre:
 - Área molhada (centrifugação);
 - Área seca (secagem, calandragem e prensagem); Esta área é composta ainda pelos setores:
 - rouparia;
 - costura;
 - coordenação (chefia);
 - área de lanche.

No caso de fluxos de trabalho, observa-se a seguinte sequência:

“Recepção → separação/ pesagem → lavagem/ centrifugação → seleção de manchas (tratamento e relavagem, se necessário) → secagem/ calandragem → passagem/ prensagem → seleção para costura (conserto e relavagem ou baixa, se for o caso) → dobragem → estocagem e distribuição.” (LISBOA, 2001, p.113).

5.5.3 Equipamentos

- Lavadora de desinfecção - é uma máquina de lavar com duas portas, composta por tambores de aço inox; mecanismo de reversão equilibrado; dispositivo automático para impedir a abertura simultânea de ambas as portas e fluxo de ar, dentro da máquina, regulado por válvula, de modo a permitir a aspiração do ar da área limpa, durante o escoamento da água, e a expulsão do ar contaminado para a área contaminada.
- Centrífuga ou extratora - é a máquina usada para eliminar ou extrair até 40% da água da roupa saída da lavadora. Ela é constituída de dois cilindros, um fixo externo e um giratório interno e perfurado.
- Lavadora extratora - é a máquina de lavar que incorpora a centrifugação à própria lavadora.
- Calandra - é um equipamento que se destina a secar e passar a roupa ao mesmo tempo. Colabora para a melhor qualidade da apresentação e desinfecção da roupa. É constituído de dois ou mais cilindros de metal que giram dentro de calhas fixas de ferro, aquecidas a vapor ou eletricidade. É provida de dispositivo que pára os cilindros automaticamente, evitando acidentes com as mãos do operador. A roupa, passando sob pressão, entre a calha aquecida e o cilindro girando, seca e desenruga.
- Secador - é um equipamento para secar roupas. Possui dois cilindros, um interno, giratório, que movimenta a roupa, e outro externo fixo.

- Prensa - destina-se a passar roupa pessoal. Consta de mesa de tela metálica, revestida de algodão, onde é estendida a roupa. A parte superior, que é uma chapa metálica, aquecida a alta temperatura, desce, exercendo pressão sobre a peça a ser passada.
- Balança - é um instrumento utilizado para determinar o peso da roupa e dos produtos de lavagem. Normalmente são do tipo plataforma para pesagem da roupa e dos produtos químicos de lavagem.
- Carro de transporte - São carrinhos geralmente de aço inox ou fibra de vidro, usados para transportar as roupas nas unidades, ou de uma máquina para outra , ou de uma área para outra.
- Hampers - são carrinhos feitos de estrutura metálica, nos quais são encaixados sacos de tecido. São usados durante a troca de roupa dos leitos, nos quais as roupas sujas são colocadas.
- Máquina de costura - é um equipamento destinado ao reparo das peças danificadas ou a confecção de novas.

6Metodologia

Neste capítulo apresentaremos o procedimento metodológico utilizado no trabalho, relatando o método utilizado, a estratégia de pesquisa, quais os procedimentos desenvolvidos na análise de dados, além dos limites da pesquisa e dos cuidados metodológicos para evitar vieses na dissertação.

6.1Delineamento da pesquisa

A pesquisa em pauta é de natureza exploratória, pois tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, que permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, com vistas formular abordagens mais condizentes com o desenvolvimento de estudos posteriores. São essencialmente baseados na pressuposição de que, através do uso de procedimentos relativamente sistemáticos, podem-se desenvolver hipóteses relevantes a um determinado fenômeno (COOPER e SCHINDLER, 2003; GIL, 1999; TONY, 1981; TRIVIÑOS, 1987). Na descrição da realidade constante nos diferentes ambientes dos hospitais pesquisados, bem como suas estratégias de atuação, passa-se a utilizar o método descritivo.

Nosso raciocínio na pesquisa é indutivo, pois tiraremos nossas conclusões a partir de um ou mais fatos em particular. O método indutivo nos permite construir novos conhecimentos para, posteriormente, através da dedução, chegarmos à ampliação destes conhecimentos. Assim, nossa conclusão configura-se apenas em uma hipótese, sem um laço forte entre razões e conclusões (COOPER e SCHINDLER, 2003; GIL, 1999, LAVILLE e DIONNE, 1999; RICHARDSON, 1999; RUIZ, 1985).

Os tipos de dados incluídos no presente trabalho foram tanto quantitativos como qualitativos, estes analisados sob a ótica da análise de conteúdo, seguindo os preceitos da psicóloga Laurence Bardin (2004). Foi escolhida uma amostra não-probabilística típica de oito hospitais do pólo médico da cidade de Recife, onde, em um período de seis meses, desenvolveu-se a pesquisa, utilizando-se entrevistas semi-estruturadas e estruturadas com funcionários responsáveis pelas atividades da lavanderia e chefes de CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), além de observação direta nas organizações.

O método de pesquisa utilizado foi o de estudo de caso, utilizando um processo de casos múltiplos. Para Yin (2001), a preferência pelo uso do estudo de caso deve ser dada quando da investigação empírica de um fenômeno contemporâneo, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Assim também, a escolha entre o estudo de caso único ou múltiplo permanece dentro da mesma estrutura metodológica. Dessa forma, nenhuma distinção muito ampla é feita entre o estudo de caso clássico (isto é, único), e estudos de caso múltiplos.

6.1.1 Análise Quantitativa

A pesquisa exploratória pode atingir seus objetivos tanto com a utilização de técnicas quantitativas como qualitativas. O método quantitativo, como nos apresenta Richardson (1999), caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no seu tratamento através de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.

O método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, assim, uma margem de segurança quanto às inferências.

6.1.2 Análise Qualitativa

O presente trabalho utilizou-se da abordagem qualitativa, baseada na análise de conteúdo, seguindo os preceitos da psicóloga Laurence Bardin (2004).

A análise qualitativa pode ser apresentada como:

Uma forma de estudo da sociedade que se centra na forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem. [...] Os investigadores usam as abordagens qualitativas para explorar o comportamento, as perspectivas e as experiências das pessoas que eles estudam. A base da investigação qualitativa reside na abordagem interpretativa da realidade social (HOLLOWAY, 1999, p. 25).

Conforme Chizzotti (1998), a pesquisa qualitativa apresenta alguns aspectos característicos, como:

- **A delimitação e formulação do problema:** O problema, na pesquisa qualitativa, não é fruto de um distanciamento do pesquisador. O problema decorre, antes de tudo, de um processo indutivo, através da exploração do contexto onde se realiza a pesquisa; da observação e participação no objeto pesquisado; dos contatos com os informantes que conhecem esse objeto e emitem juízos sobre ele.
- **O pesquisador:** O pesquisador é parte fundamental da pesquisa qualitativa. Deve deixar de lado preconceitos pessoais que possam prejudicar sua compreensão global dos fenômenos observados.

•**Os pesquisados:** Todas as pessoas envolvidas na pesquisa qualitativa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam.

•**Os dados:** Os dados não estão isolados, como acontecimentos fixos, captados em um instante de observação. São fenômenos que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam numa complexidade de oposições, revelações e ocultamentos. Deve-se ultrapassar sua aparência imediata para descobrir sua essência.

•**As técnicas:** A pesquisa qualitativa privilegia algumas técnicas coadjuvantes na descoberta de fenômenos latentes, como observação participante, análise de conteúdo, estudo de caso, etc.

Segundo Pereira (2001), o dado qualitativo é a representação simbólica atribuída a manifestações de um evento qualitativo. É uma estratégia de classificação de um fenômeno aparentemente imponderável que instrumentaliza o reconhecimento do evento, a análise de seu comportamento e suas relações com outros eventos. O dado qualitativo é assim, uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo à sua observação.

Na medição de alguns dados qualitativos, foram estabelecidas no presente trabalho algumas escalas sociais. De acordo com Gil (1999), escalas sociais são instrumentos construídos com o objetivo de medir a intensidade das opiniões e atitudes da maneira mais objetiva possível. Consiste, basicamente, em solicitar ao indivíduo pesquisado que assinale, dentro de uma série graduada de itens, aqueles que melhor correspondem à sua percepção acerca do fato pesquisado. A escala, assim, atribui rótulos numéricos aos atributos e é arbitrada, definida, pelo pesquisador.

Nossa escala procurou medir opiniões do entrevistado, assim, levantar seu julgamento ou crença em relação a determinado fato ou objeto.

6.1.3 Observação

A observação constitui elemento fundamental para a pesquisa., pois ela tanto pode conjugar-se a outras técnicas de coleta de dados como pode ser empregada de forma exclusiva. Sem a observação o estudo da realidade e de suas leis reduz-se sempre à simples conjectura. Desde a formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados, a observação desempenha papel imprescindível no processo de pesquisa. É todavia na fase de coleta de dados que o seu papel se torna mais evidente (CERVO e BERVIAN, 1983; GIL, 1999; RICHARDSON, 1999).

No presente trabalho utilizamos a observação simples. Conforme Gil (1999), entende-se como observação simples aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa espontaneamente os fatos que aí ocorrem. Nos hospitais que possuem lavanderia própria foi observada a infra-estrutura na distribuição física da lavanderia, máquinas e processos. O princípio básico da distribuição física das lavanderias hospitalares é que possuam dois ambientes isolados: **área contaminada ou suja**, para recebimento e manipulação de roupas sujas, e **área limpa**, para tratamento da roupa limpa. Os cuidados com a área física da lavanderia voltam-se, sempre, para combater a infecção cruzada, minimizar o custo operacional e assegurar boas condições de trabalho aos funcionários.

Naqueles que terceirizaram a lavanderia, foi observado se houve a liberação do espaço físico para outras finalidades, diminuição ou remanejamento de funcionários para outras atividades, menor manipulação da roupa nos hospitais, melhor qualidade no processamento da

roupa e grau de conscientização da administração quanto às oportunidades e riscos inerentes à terceirização.

Embora a observação simples possa ser caracterizada como espontânea, informal, não planejada, coloca-se num plano científico, pois vai além da simples constatação dos fatos. Além de exigir um mínimo controle na obtenção dos dados, é seguida por um processo de análise e interpretação.

6.2 Dimensões da Pesquisa

Conforme Rudio (1999), a pesquisa também se distingue pela dimensão “do é” e do “deve ser”. A dimensão “do é” tem como característica essencial a precisão e a objetividade. Como expressão do conhecimento racional, ela é informativa por excelência, não aceitando expressão ambígua ou obscura. Seus argumentos, conclusões e interpretações partem da realidade objetiva e não da criatividade subjetiva do autor.

A dimensão subjetiva apresenta como ponto principal a criatividade subjetiva do pesquisador, especialmente na análise e interpretação dos dados coletados, bem como nas considerações que pretende estabelecer – dimensões do “deve ser”. Esse aspecto da dimensão subjetiva, contudo, não compromete a estrutura literária do trabalho, pelo contrário, reforça a preocupação de expor o conteúdo com clareza, coerência e consistência, entre as partes do texto.

O presente trabalho buscou combinar aspectos da dimensão objetiva e subjetiva, com maior relevância nesta última. Num primeiro momento, foram descritas as realidades das

organizações componentes da amostra, para, em seguida, desenvolver uma apreciação do assunto/ problema.

6.3 População-alvo

Segundo o Datasus (2005), o município do Recife tem ao todo 56 hospitais divididos entre gerais e especializados. Os hospitais gerais somam 24, sendo que destes 18 têm lavanderia própria e 6 lavanderia terceirizada. Os hospitais especializados são 32, com 18 hospitais possuindo lavanderia própria e 14 que terceirizam o serviço. Deste universo, o presente estudo foi realizado em 8 hospitais, sendo 6 hospitais gerais e 2 hospitais especializados.

Os hospitais que participaram da pesquisa foram uma escolha explícita do pesquisador, selecionados entre casos julgados exemplares da população alvo ou de uma parte desta (LAVILLE e DIONNE, 1999). Os hospitais gerais privados foram: Esperança, Unimed Recife 1 e Santa Joana. Entre os públicos, os hospitais gerais: Hospital da Restauração e Hospital Universitário Oswaldo Cruz, e o hospital especializado: HEMOPE. Completam a amostra dois hospitais filantrópicos: o hospital geral Real Hospital Português, e o especializado Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).

Quanto a operação de lavanderia própria ou terceirizada, entre os hospitais particulares, dois terceirizam a lavanderia e um tem lavanderia própria. No caso dos hospitais públicos, dois possuem a própria lavanderia e um terceiriza este serviço de apoio. E entre os filantrópicos, tanto o Hospital Português como o IMIP têm lavanderia própria. Assim, para fins de análise dos dados obtidos, foram criados três grupos, englobando todos os hospitais,

distinguindo-os quanto à sua esfera administrativa, segundo as informações do Datasus (2005):

- **Grupo dos hospitais públicos:** Restauração, HEMOPE e Hospital Universitário Oswaldo Cruz.
- **Grupo dos hospitais particulares:** Esperança, Unimed Recife 1 e Santa Joana.
- **Grupo dos hospitais filantrópicos:** Real Hospital Português e Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).

Nos hospitais listados acima, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os indivíduos ocupantes de cargos administrativos. Também foram aplicadas entrevistas estruturadas com oito enfermeiras chefes da CCIH. O contato inicial com os hospitais escolhidos foi sempre realizado com os gerentes administrativos, a quem se fazia uma breve explicitação do propósito do trabalho. Porém, nem todos se dispuseram a participar da pesquisa, alegando não terem conhecimento suficiente para prestar as informações solicitadas. Nesses casos, eles sugeriam outra pessoa para participar da pesquisa, que pudesse prestar as informações necessárias.

6.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas estruturadas, semi-estruturadas, além de observações simples nos hospitais. Na realização das entrevistas, foi explicado aos entrevistados a finalidade da pesquisa e o tema. As questões foram divididas entre abertas e fechadas, seguindo-se um roteiro de perguntas pré-definido.

Entre as entrevistas semi-estruturadas realizadas com os ocupantes de cargos administrativos, algumas foram gravadas em áudio, outras foram transcritas manualmente,

quando o entrevistado não se sentia à vontade com a gravação da entrevista. Sendo que estas últimas, imediatamente após a realização da entrevista, tinham todo o seu contexto reconstruído pelo pesquisador. Todas elas transcorreram sempre individualmente, tendo uma duração média de 50 minutos cada uma. Elas foram realizadas no local de trabalho do entrevistado ou em salas reservadas.

Posteriormente, todas as entrevistas eram transcritas *ipsis literis*. Era, então, realizado um resumo da mesma em uma tabela em Excel, onde era confrontado com as observações do contexto que pudessem ajudar na interpretação do fenômeno estudado. Apesar de tal método ser mais árduo e levar mais tempo, promoveu a riqueza das informações dos dados colhidos. Não houve restrição quanto a utilização dos nomes dos hospitais, porém, os entrevistados, tendo a garantia de não serem identificados, especialmente aqueles do grupo operacional/administrativo, fizeram alguns comentários que complementavam e serviam para analisar o contexto dos diferentes casos estudados. As pesquisas acontecerem no período de setembro de 2004 a fevereiro de 2005.

Além das entrevistas semi-estruturadas, foram realizadas entrevistas estruturadas com as enfermeiras encarregadas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Estas entrevistas foram aplicadas em todos os hospitais pesquisados, independente se tinham as lavanderias terceirizadas ou não.

6.5 Análise de dados

As inferências realizadas sobre os dados coletados utilizaram-se de uma abordagem qualitativa, indutiva, interpretativa e crítica. Após a coleta e transformação dos dados brutos em elaborados, foi realizado o estudo através da técnica de análise de conteúdo, baseado, eminentemente, na obra de Bardin (2004). Também utilizamos técnicas quantitativas para a verificação de alguns objetivos da pesquisa.

6.5.1 Análise de conteúdo

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: **a pré-análise** → escolha e organização dos documentos a serem submetidos à análise, formulação das hipóteses e dos objetivos; **a exploração do material** → operações de codificação, categorização e elaboração de um texto descritivo; e, por fim, **tratamento e interpretação dos resultados obtidos** → proposição de inferências e interpretações quanto às informações fornecidas pela análise. Estes três pólos são esmiuçados a seguir.

Bardin (2004), define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que se propõe a obter, através de procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que admitam inferências de conhecimentos relativos às circunstâncias de produção e recepção (variáveis inferidas), destas mensagens.

Corroborando e complementando a definição de Bardin (2004), apresentamos uma outra posição acerca da análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas e instrumentos empregados na fase de análise e interpretação de dados de uma pesquisa aplicando-se de modo especial, ao exame de documentos escritos, discursos, dados de comunicação e semelhantes, com a finalidade de uma leitura crítica e aprofundada, levando à descrição e interpretação destes materiais, assim como inferências sobre suas condições de produção e percepção (MORAIS, 1994, p. 32).

Nesta dissertação, foi realizada uma análise das frases e comentários das entrevistas, visando uma categorização temática, conforme os fundamentos conceituais. Para tanto, foi necessário ler, reler e interpretar as respostas uma a uma, visando obter o sentido da asserção, não simplesmente contentar-se com o que era claramente dito, mas procurar compreender o que estava nas entrelinhas.

A própria análise de conteúdo pode ser dividida em duas partes, quantitativa e qualitativa. Na primeira, o que serve como informação é a frequência com que surgem certas características de conteúdo, constituindo-se de uma análise léxica e semântica. Na segunda, a ênfase recai na presença ou na ausência de determinada característica de conteúdo ou de um conjunto de características em um determinado fragmento de mensagem – tema, palavra, personagem. A partir disso, pode-se descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação. No caso do presente estudo, o tema é o que mais importa, sendo realizada, assim, uma análise de conteúdo qualitativa.

Bardin (2004), afirma que a validade do tema não é de ordem lingüística, mas antes de ordem psicológica. O texto pode, assim, ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e proposições portadores de significações isoláveis. O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte do sentido e não da forma, não sendo, pois, baseada em manifestações formais regulares.

6.5.1.1Pré-Análise

Corresponde à fase de organização propriamente dita. Tem por objetivo operacionalizar as idéias iniciais para o desenvolvimento das operações sucessivas. Normalmente, esta fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Ela inicia-se com uma leitura flutuante do texto a ser trabalhado para determinação de um corpus de análise, passando-se, depois, para a escolha de documentos, formulação de objetivos até a preparação do material.

6.5.1.2Exploração do Material

Com as operações de pré-análise convenientemente concluídas, é realizada a exploração sistemática do material. Esta etapa é sub-dividida nos processos de codificação e categorização, nas entrevistas realizadas.

Tratar o material é codificá-lo. A codificação consiste em uma transformação dos dados brutos do texto, através de recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo das características do texto. Nesta fase, pode-se seguir um processo quantitativo, fundado na frequência de aparição de certos elementos da mensagem, ou seguir o processo qualitativo, que corresponde a um procedimento mais intuitivo, onde se observa o contexto da mensagem, mas também contexto exterior a este. Esta dissertação segue por este último processo.

6.5.1.3Tratamento e Interpretação dos Resultados

Nesta etapa, ápice da dissertação, as inferências a partir das informações coletadas foram realizadas após a análise das mesmas. Nesta fase, tenta-se entender a investigação,

desembocando na resposta ao problema de pesquisa, atendendo aos objetivos pré-determinados. É a fase de trabalho mais profundo do pesquisador, onde a interpretação e a subjetividade no tratamento dos dados se afloram.

Neste estudo, uma atuação anterior do pesquisador na terceirização de lavanderia hospitalar, influenciou a própria concepção da pesquisa. A partir daí, o desenvolvimento do trabalho, nos contatos com os hospitais, passando pelas observações e, eminentemente, a análise das entrevistas realizadas e questionários aplicados, a partir da referência e confronto com a literatura pesquisada, para por fim, apresentar algumas conclusões, com o intuito de contribuir para a discussão sobre a utilização da terceirização no serviço de lavanderia dos hospitais.

6.6 Limitações da pesquisa

As limitações servem de parâmetros de análise, a fim de que se tenham nítidos os pontos de referência do estudo, bem como as condições restritivas que o compõem.

O estudo baseou-se na metodologia qualitativa de pesquisa, utilizando-se da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, e de métodos quantitativos. É importante frisar que os dados obtidos por meio de entrevistas dos pesquisados nem sempre retratam a realidade histórica da organização, já que os depoimentos são voláteis e às vezes podem representar uma situação momentânea do pesquisado e não refletir o contexto geral da empresa. Da mesma forma, a observação pode distorcer a realidade, visto que, na observação o que aparece é uma “fotografia” do momento pesquisado, baseado em interpretação do pesquisador. Não é de interesse da pesquisa explicar o fenômeno, no sentido de esgotá-lo, mas, sim, analisá-lo e entendê-lo. Assim, procura-se combinar as entrevistas informais com as observações e os

dados fornecidos pela empresa, com o intuito de se entender o máximo possível a situação estudada.

Em se tratando o estudo ora apresentado baseado em uma pesquisa qualitativa, há que se considerar algumas limitações pertinentes a este tipo de análise. Os métodos de pesquisa qualitativa são criticados com frequência por apresentarem uma considerável dimensão subjetiva em comparação com os métodos quantitativos. No entanto, métodos múltiplos devem ser utilizados para o estudo nas organizações (VIEIRA, 2004 e PEREIRA, 2001).

O estudo limitou-se a oito hospitais do pólo médico da cidade de Recife, desejando observar qual a percepção dos hospitais quanto à atividade de lavanderia hospitalar nos custos e na qualidade das suas operações, não almejando uma generalização para outros hospitais do pólo médico ou fora dele, mesmo sabendo que, em alguns aspectos, pode ser possível encontrar tópicos abordados passíveis de serem encontrados em outras organizações do ramo. Partindo da escolha inicial do Hospital da Restauração, os outros hospitais foram uma escolha livre do pesquisador, em função da credibilidade que os mesmos possuem junto à sociedade.

O método de investigação do tipo estudo de caso tem, por si mesmo, segundo Yin (2001), um caráter particularizador, já que seu poder de generalização é limitado, na medida em que a validade de suas conclusões permanece contingente. Desta definição salientam-se dois aspectos: o estudo de caso fica intimamente ligado ao contexto ou processo estudado; este tipo de abordagem não apresenta um método por si só, mas uma estratégia de pesquisa que permite o uso de métodos qualitativos e quantitativos.

O método, apesar de limitado, em termos de potencialidade, em nível de generalização, permite, através de uma análise mais qualitativa, caracterizar o contexto, permitindo melhorar a identificação e compreensão do fenômeno estudado. Essas conclusões

não se revelam necessariamente corretas em outros casos, mesmo semelhantes, e fontes de diferenças distintas inseridas no caso escapam inteiramente à análise.

7Análise de dados

Este capítulo, cerne da dissertação, mostra a análise dos dados obtidos com a pesquisa, explicitando os resultados a que se chegou. Baseado na análise qualitativa, dentro da técnica da análise de conteúdo, foi efetuada a análise das categorias encontradas dentro do conjunto de temas estabelecidos.

O quadro abaixo vem comparar a posição dos hospitais pesquisados quanto à terceirização da lavanderia. Como podemos observar, das oito instituições que compõem a amostra, cinco possuem lavanderia própria. Destes, dois são públicos, um é particular e os outros dois são filantrópicos. Entre os que terceirizam a lavanderia, um hospital é público e dois são particulares.

Hospitais	Lavanderia Própria	Lavanderia Terceirizada
Hospital da Restauração	Sim	
Hospital Oswaldo Cruz	Sim	
HEMOPE		Sim
Hospital Esperança		Sim
Hospital Unimed Recife 1		Sim
Hospital Santa Joana	Sim	
Real Hospital Português	Sim	
IMIP	Sim	

Quadro 2 (7) – Comparativo entre hospitais com lavanderia própria e terceirizada

Fonte: Pesquisa de campo, 2004

A análise será feita global e por grupo de hospitais pesquisados, quanto à sua esfera administrativa – público, privado e filantrópico, como definidos no capítulo anterior, observando-se a similitudes ou distinções entre as percepções, por grupo. As opiniões dos entrevistados serão evidenciadas de acordo com o tema. Para o endosso das análises, serão transcritas, sucintamente, as opiniões dos entrevistados que as corroborem.

No quadro a seguir apresentamos os hospitais pesquisados, separando-os pelo seu regime jurídico, número de leitos, especialidade e cargo do entrevistado.

Hospitais	Regime Jurídico	Nº de Leitos	Especialidade	Cargo do Entrevistado
Hospital da Restauração	Publico	517	Emergência Geral	Gerente de apoio administrativo
Hospital Oswaldo Cruz	Publico	347	Geral	Gerente de lavanderia e rouparia
HEMOPE	Publico	82	Hematologia e Hemoterapia	Sup. Inf.-estrut.hospitalar
Hospital Esperança	Privado	190	Geral	Diretor Administrativo
Hospital Unimed Recife 1	Privado	96	Geral	Supervisor Administrativo
Hospital Santa Joana	Privado	132	Geral	Superintendente Administrativo
Real Hospital Português	Filantrópico	350	Geral	Supervisor de lavanderia
IMIP	Filantrópico	500	Geral Materno Infantil	Supervisor de lavanderia

Quadro 3 (7) – Hospitais por regime jurídico, nº de leitos, especialidade e cargo

Fonte: Pesquisa de campo, 2004

7.1 Temas

7.1.1 Aspectos de influência na decisão final

Esse tema analisa a percepção que os diferentes grupos têm das razões principais para a decisão de terceirizar ou não os serviços de lavanderia do hospital. Essa percepção serve para verificar se há diferença entre as razões levantadas pelos diferentes grupos de hospitais para possuir lavanderia própria ou terceirizar o serviço.

Observa-se em termos globais que todos os entrevistados têm uma percepção definida das razões para operar com uma lavanderia própria ou terceirizada. As percepções são diferentes, porém, tanto entre os diferentes grupos como dentro do mesmo.

As categorias levantadas nos mostram que questões estruturais internas e aspectos financeiros foram preponderantes nas decisões finais dos hospitais pesquisados. O aspecto qualidade, só pôde ser observado em duas categorias encontradas, sendo que uma em hospital com lavanderia terceirizada, e a outra, em um hospital com lavanderia própria.

As questões estruturais e financeiras corroboram com Pessoa (2005), segunda qual o processo de gerenciamento de recursos físicos através da terceirização é um dos pontos prioritários para um melhor e maior aproveitamento das unidades de prestação de serviços de saúde. Assim também, a terceirização baseia-se nas vantagens financeiras, através da redução de custos.

Para os hospitais que terceirizaram a lavanderia, os problemas de estrutura interna podem ser observados no abastecimento d'água insuficiente na cidade do Recife e na indisponibilidade de área no hospital projetada para a lavanderia. No caso dos hospitais que lavam a própria roupa, o enxoval pequeno com a conseqüente escassez de tempo para o processamento da roupa, foram questões importantes na decisão final de continuar com lavanderia própria.

Também se devem ressaltar os aspectos financeiros que tiveram bastante peso. No caso dos hospitais terceirizados o alto valor do M² na Ilha do Leite, a necessidade de investimentos para tratamento de efluentes, custos mais baixos e o custo-oportunidade. Dentro desta questão financeira, o Oswaldo Cruz, hospital público que tem lavanderia própria, afirmou, por exemplo, a própria inviabilidade financeira da terceirização. Apesar da vontade da administração de terceirizar a lavanderia.

O fato de existirem apenas duas lavanderias hospitalares terceirizadas em Recife, não foi apresentado como aspecto importante na decisão final de terceirizar ou manter a própria lavanderia. Esta é uma característica que merece ressalva, pois esta pequena quantidade de empresas no mercado prestando este tipo de serviço, sabidamente gera alguns focos de tensão entre os hospitais (preocupados com a questão do preço pago pelo quilo da roupa lavada e da qualidade do serviço fornecido a eles) e as lavanderias (preocupadas com o volume de roupas lavadas pelos hospitais).

Questões ligadas a uma preocupação com a qualidade foram encontradas apenas no foco nas competências básicas do hospital, no caso do Hospital Esperança que terceirizou a sua lavanderia, e na preocupação com uma maior controle da infecção hospitalar, para o Hospital Santa Joana, que opera com lavanderia própria. O quadro abaixo apresenta as categorias encontradas no tema aspectos de influência na decisão final:

	Categorias
	○Tempo hábil no processamento da roupa ○Enxoval pequeno ○Disponibilidade de área insuficiente ○Alto valor do M² ○Deficiência no abastecimento d'água ○Necessidade de tratamento de efluentes ○Focar nas competências básicas ○Custos mais baixos ○Maior controle da infecção hospitalar ○Inviabilidade financeira da terceirização ○Custo-oportunidade

Quadro 4 (7) – Categorias quanto a aspectos de influência na decisão final

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004

As respostas e percepções quanto às decisões referentes às operações da lavanderia estão separadas por grupo e mostradas a seguir, apresentando os detalhes das perspectivas dos grupos para cada tema secundário referido no quadro anterior.

Grupo 1 – Hospitais públicos

Este grupo avalia, de uma forma geral, a operação da lavanderia como um assunto importante, que, porém, não é tratado da mesma maneira pelas três instituições. Dos três hospitais públicos que compõem este grupo, o Hospital da Restauração e o Hospital Oswaldo Cruz não terceirizam as suas operações de lavanderia, enquanto que o HEMOPE já terceirizou. Os aspectos apontados a seguir, respectivamente pelo Hospital da Restauração e pelo Oswaldo Cruz como mais relevantes para a decisão final de operação do serviço, deixam clara a dificuldade financeira em que os mesmos se encontram atualmente. As citações abaixo revelam esta perspectiva:

Olha, principalmente dois fatores: tempo e enxoval pequeno. E vou lhe explicar o porquê. O tempo: os enxovais ao serem enviados para a lavanderia terceirizada não seriam devolvidos em tempo hábil para as necessidades do hospital. Se nós entregássemos a uma lavanderia, que fosse trabalhar com a gente, por exemplo, quatro quilos de roupa, com certeza esta roupa não seria devolvida à tarde. Ou seja, a gente teria que juntar uma grande quantidade de roupa para, aí sim, chamar a lavanderia. As unidades ambulatoriais, emergência, internação, podem mandar pra nossa lavanderia a quantidade de roupa que houver e ter essa roupa programada pra ser devolvida na hora que precisarem. E quanto ao enxoval pequeno, o enxoval que eu tenho dificultaria uma terceirização. Por conta do acidente que nós tivemos, fomos obrigados a usar as lavanderias de outros hospitais públicos. Esse procedimento durou oito meses, e aí nós tivemos muita coisa do nosso enxoval extraviado. **Aí, hoje, eu tenho um enxoval muito pequeno e não estou podendo comprar mais.** E, além desse problema do enxoval que nós perdemos, ainda tem a questão que a minha rotatividade das roupas é muito grande. (informação oral, grifo nosso).

Há alguns meses atrás, nós até tentamos terceirizar. Chegamos a pedir orçamento e tudo, mas não foi possível porque o custo é muito alto pra terceirizar. **Pra falar a verdade, pra nós, é altíssimo e, no momento que o hospital se encontra, passando por esta crise financeira, nós não podemos contrair mais uma despesa.** Até que seria bom pra nós, assim, terceirizar. Nós temos problema com a água. Ela danifica as máquinas e mancha as roupas, o abastecimento também não é bom. Mas não dá. É muito caro. (informação oral, grifo nosso).

O HEMOPE avaliou como sendo mais barato terceirizar a lavanderia. Os problemas de manutenção das operações, pessoal e compra de matéria-prima dificultavam e oneravam o hospital:

Devido à constante manutenção, que era muito dispendiosa, além de pessoal, nós mantínhamos um quadro de pessoal elevado e que não correspondia à demanda. E a quebra, problemas de manutenção principalmente do maquinário, era constante nesse setor. As calandras de manutenção caríssimas, secadoras e lavadoras. Administrar o pessoal também era difícil e caro. Porque nós mantínhamos no quadro dois privados e um da casa, a cada turno. Se você tinha a cada plantão um folgista, tínhamos que manter quatro da casa e seis terceirizados. Total de dez. Nós operávamos por cada turno com três funcionários, que era, normalmente, um homem e duas mulheres. (informação oral).

Problema de escassez de água foi outro elemento levado em consideração quando da questão da terceirização:

Foi um elemento que foi visto. Foi feito, na época que se pensou na terceirização, um levantamento de para a questão de reaproveitar a própria água. A água que fosse utilizada numa lavagem mais simples. Mas a idéia não vingou. Não sei se porque era cara ou porque decidiram mesmo pela terceirização. Mas que a questão da água foi pesada, foi sim. (informação oral).

No aspecto de custo-oportunidade, a desativação da lavanderia do HEMOPE levou ao reaproveitamento da sua área para uma nova atividade. Esta nova atividade é voltada para a prestação do serviço de coleta de sangue, principal gerador de receita para o hospital:

Exatamente uma das coisas levantadas na lavagem da roupa em casa era que o espaço utilizado pela lavanderia era muito grande, e necessitava ocupar para outras instalações. (informação oral)

Na observação realizada na lavanderia do Hospital da Restauração e do Oswaldo Cruz o pesquisador pôde verificar que os hospitais têm equipamento, em tese, apropriado para lavagem de roupa hospitalar. Porém, alguns funcionando de forma inadequada. O Hospital da Restauração tem maquinário com tempo de uso superior a dez anos e o Oswaldo Cruz com mais de vinte e cinco anos, tendo porém um programa de manutenção periódica, realizado semanalmente através de empresa terceirizada. O Hospital da Restauração não tem um programa de manutenção. Contudo, teve suas máquinas recuperadas recentemente, pintando, efetuando manutenção geral e troca de peças. O que pôde ser observado é que, em nenhum

destes dois hospitais são seguidos os procedimentos recomendados para uma operação segura da lavanderia, em relação à prevenção de infecção.

Isto ficou muito claro na falta de equipamento de proteção individual para os funcionários da área suja, máquinas sem garantia de barreira contra infecção cruzada, funcionamento precário em local não adequadamente preparado para o funcionamento da lavanderia, falta da calandra (equipamento complementar à prevenção de infecção através das roupas), parada por falta de peças de reposição (não adquiridas devido ao seu custo muito elevado), além de que, as lavanderias não possuem sistemas de emissão de vapor (caldeira), para possibilitar uma melhor desinfecção das roupas processadas.

Grupo 2 – Hospitais particulares

Este grupo é composto de três hospitais: dois que terceirizaram o serviço de lavanderia: o Esperança e o Hospital Unimed 1; e um, o Hospital Santa Joana, que tem uma posição bastante firme sobre o assunto: não terceirizou e nem mesmo tem qualquer intenção de fazê-lo no futuro. No caso do Santa Joana, a lavanderia serve aos três hospitais do Grupo Fernandes Vieira: Santa Joana, Memorial São José e Clínica Santa Helena. Os três entrevistados apresentaram questões também bastante objetivas quanto à terceirização ou não do serviço de lavanderia. No caso do Hospital Esperança, o preço excessivo do M² na Ilha do Leite, a falta de um fornecimento contínuo de água e a necessidade do tratamento de efluentes foram as principais razões para a terceirização. No caso do Hospital Unimed 1, a falta de espaço para a ampliação da lavanderia, a fim de atender as demandas do grupo de que o hospital faz parte, foi uma influência na decisão final:

O que foi pesado para não funcionar com uma lavanderia interna foram três grandes fatores: **Área:** não havia área suficiente para colocar a lavanderia, o m² na Ilha do Leite é uma coisa super cara. Então, chegou a ser pensado em colocar uma lavanderia própria fora dessa região. Mas aí apareciam outros fatores: **Água:** não há um fornecimento de água contínuo por parte da Compesa. E também **Tratamento de efluentes:** teria que ter um tratamento específico. Então estes três motivos: **tratamento d'água, fornecimento**

d'água e área foi o que nos levou a terceirizar a lavanderia. (informação oral, grifo nosso).

Vê bem. Quando eu cheguei pra cá o projeto já tinha de terceirizar. Eles já estavam praticamente fechando tudo. O que foi alegado era que não tinham espaço. Porque, assim, como o nosso outro hospital não tinha lavanderia, já era terceirizado, se a gente tivesse aqui uma lavanderia que suportasse os dois hospitais, então seria o ideal. Só que a gente não tinha espaço aqui no hospital para fazer uma ampliação. Por conta dessa ampliação, que não tinha espaço, resolveram terceirizar tudo. Porque não tinha sentido de um ser e o outro não. Até porque é uma unidade só. Quando o outro de lá foi pensado, já foi pensado sem lavanderia. Porque lá também não tinha local para ter uma. O prédio não era para ter um hospital. Era como esse aqui também. Antes, muito antes, não era hospital. Mas aí a decisão foi por conta disso. Porque se não tinha espaço aqui para ampliar e montar uma estrutura correta, para atender todas as unidades da Unimed, inclusive as outras unidades, além dos hospitais, que também já são terceirizadas, então tudo foi terceirizado. (informação oral).

O entrevistado do Santa Joana tem uma posição bem definida de obter um controle maior das operações da lavanderia, através de administração própria:

Porque aqui a gente tem um cuidado muito grande com duas áreas dos hospitais. **Pode ser que a gente ainda venha a modificar essa maneira de pensar, mas, por exemplo, o serviço de limpeza e o serviço de lavanderia a gente exerce um controle muito grande, pra ajudar isso no controle de infecção hospitalar.** Não estou dizendo que as outras lavanderias terceirizadas não estejam aptas, mas a gente acredita muito na própria administração. (informação oral, grifo nosso).

A posição apresentada pelo entrevistado do Hospital Santa Joana não foi baseada em aspectos tangíveis e objetivos. Exatamente assim, é o produto final de um serviço, conforme apresentado por Las Casas (1999), um sentimento. Uma das características dos serviços, segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), é a da intangibilidade, porque se constituem de *performance* ao invés de objetos. Assim, determinar especificações de produção procurando garantir uma qualidade uniforme, raramente podem ser conseguidos.

O fato de existirem apenas duas lavanderias em Recife que prestam serviço de lavanderia hospitalar não foi apontado como motivo de receio por nenhum dos três hospitais para tomar a decisão final. As respostas abaixo correspondem respectivamente ao Esperança, Unimed 1 e Santa Joana:

Não foi motivo pelo seguinte: a gente viu que uma das lavanderias, um das duas, a capacidade instalada seria suficiente para suprir a quantidade de roupas que eu lavo normalmente por dia. A gente terceiriza, por uma questão estratégica com as duas. No dia que uma tiver um problema eu tenho o respaldo da outra. Dessa maneira, o hospital estaria sempre muito bem servido. Como uma das lavanderias tem uma capacidade instalada de absorver toda a minha roupa, e ainda mais do que eu tenho condições de fazer, aí nós vimos que estaríamos bem servidos. (informação oral).

Inclusive, quando fizemos a vistoria, nós visitamos todas as duas que poderiam ser qual que a gente iria ficar. Até porque o Unimed 2 ele tem a Hospitalav, não era a Purilav. Aí eu disse assim: o ideal é a gente conhecer as duas. Terminou que aqui eu só trabalho com a Purilav e lá no Unimed 2 eles dividem. Eu gosto de trabalhar com a Purilav porque nós temos uma parceria muito boa. E eu sei que a lavanderia deles é boa, tanto de estrutura como de processos. (informação oral).

É que quando essas lavanderias surgiram, nós já tínhamos a nossa bem estruturada. Aí, não sentimos a necessidade de terceirizar. (informação oral).

Problemas no abastecimento de água foi um aspecto relevante na decisão pela terceirização apenas no hospital Esperança:

Não existe água na cidade do Recife. Todos os hospitais hoje compram água em caminhão pipa. Alguns hospitais compram. E viram que sai mais barato comprar água do que ter o fornecimento da Compesa. (informação oral).

No aspecto do custo-oportunidade, nem o hospital Esperança e nem o Unimed 1 reaproveitaram a área da lavanderia para uma atividade geradora de receita. No Esperança, a área da lavanderia não foi sequer planejada quando da aprovação do projeto final. E no caso do Unimed 1, a área onde funcionava a lavanderia foi reaproveitada para a instalação de uma rouparia central. É interessante notar neste caso que, para a presente pesquisa, falar em custo-oportunidade deveria ser um conceito relacionado aos hospitais particulares. No entanto, o único hospital que, após terceirizar a lavanderia passou a utilizar a sua área com um centro gerador de receitas, foi um hospital público: o HEMOPE.

Grupo 3 – Hospitais filantrópicos

Este grupo é composto pelos entrevistados do Real Hospital Português e do Instituto Materno Infantil de PE (IMIP). Neste grupo, nenhum dos dois hospitais terceiriza a lavanderia. Não se demonstra nem mesmo interesse pela terceirização do serviço:

A gente nunca teve experiência com lavanderia terceirizada. A nossa única experiência com terceirização é de limpeza e higienização. Mas lavanderia nunca. Nunca se cogitou a possibilidade de lavar fora. A gente tem uma lavanderia boa, bem estruturada. Só pra você ter uma idéia, aqui a gente faz descanso de máquina de lavar. É instalada uma máquina a mais, que permite uma máquina descansar. Nós não fomos nem procurados por uma lavanderia pra terceirizar. (informação oral).

O aspecto relevante para se manter o serviço de processamento de roupas no IMIP, é o fator custo. Só, pra você ter uma idéia, o quilo da roupa lavada aqui no IMIP é, aproximadamente, 18% menor do que o que seria cobrado, hoje em dia, por uma lavanderia terceirizada. Além disso, eu tenho aqui trabalhando profissionais de lavanderia. O próprio nome do setor eu fiz questão de mudar, já pra mudar a maneira como vêm a lavanderia. Meus funcionários são qualificados e, além disso, a estrutura física da minha lavanderia também é muito boa. (informação oral).

Os equipamentos do Português e do IMIP são bem novos. Os do Português foram trocados em 2004, com exceção da calandra que tem dez anos. No IMIP, todos foram trocados na última reforma da lavanderia que ocorreu há dois anos. À época da pesquisa todas as máquinas funcionavam bem, menos a calandra que já estava parada há três meses devido à falta de uma correia, que ainda não havia sido repostada devido ao seu alto custo.

Como explicou o entrevistado do IMIP, a manutenção periódica, realizada a cada quinze dias, é feita pelo representante em Recife do fabricante das máquinas. Porém, caso haja a necessidade de troca de peças, estas têm que ser solicitadas ao fabricante, no Rio de Janeiro. Isso acarreta custos mais altos como também demora na reposição. Já no caso do Português, a manutenção periódica também acontece a cada quinze dias, porém é realizada

por um funcionário do hospital. Não havia na ocasião, nenhum equipamento que não estivesse funcionando.

É de estranhar a declaração do entrevistado do Hospital Português que afirma nunca ter sido sequer procurado por uma lavanderia terceirizada oferecendo-lhe seus serviços. A lavanderia do Hospital Português pôde ser avaliada através da observação direta como a maior e mais bem equipada, entre os hospitais com lavanderia própria, que participaram da pesquisa. Mesmo que não se possa desmentir o entrevistado, questiona-se se o caso não é ao invés de falta de oferta para terceirizar, falta de necessidade.

A lavanderia do Hospital Português segue à risca as recomendações para um funcionamento eficaz, observando a clara separação entre as diferentes áreas, vestimenta adequada para o pessoal da área contaminada, fluxo de transporte da roupa suja e da roupa limpa sem cruzamento, qualidade dos equipamentos, qualidade dos produtos de lavagem, utilização do vapor para uma melhor desinfecção da roupa, enfim todos os pontos que são observados quando da avaliação do funcionamento de um setor de processamento de roupas.

A lavanderia do IMIP também apresenta qualidades, com clara separação entre as diferentes áreas, vestimenta adequada para o pessoal da área contaminada, fluxo de transporte da roupa suja e da roupa limpa sem cruzamento, equipamentos novos, ressaltando-se a não utilização do vapor na lavagem do enxoval e a falta de uma calandra para garantir um melhor acabamento e uma melhor desinfecção da roupa.

Em ambos os hospitais foram procurados inicialmente para prestar as informações, os seus gerentes administrativos. Porém, tanto no hospital Português quanto no IMIP, eles não tinham qualquer conhecimento do setor de lavanderia, sugerindo outra pessoa para participar da pesquisa. Assim, para realizar as entrevistas, o pesquisador foi encaminhado para os

supervisores de lavanderia. Estes tiveram condições de responder a todas as perguntas que fizemos.

7.1.2 Importância de avaliação da CCIH

Esse tema relaciona-se à visão que os grupos têm da importância da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), não só quanto à decisão de terceirizar ou manter uma lavanderia própria, mas também da sua própria atuação no acompanhamento da qualidade do enxoval. As informações colhidas dos grupos divergiram quanto a tal perspectiva, ou seja, a atuação da CCIH entre alguns hospitais não é percebida da mesma forma.

Entre os hospitais públicos, apenas no Oswaldo Cruz a CCIH tem influência nos assuntos ligados à lavanderia, tanto dando sua opinião quanto à possibilidade de terceirizar quanto controlando o processamento da roupa. No Hospital da Restauração, a lavanderia fica sob a responsabilidade da chefia de enfermagem, e no HEMOPE a CCIH hoje está retomando as suas operações, pois estava desestruturada até pouco tempo atrás. Assim, ninguém fiscaliza a qualidade do serviço prestado pela lavanderia contratada.

Em todos os hospitais particulares, a atuação da CCIH nas atividades da lavanderia é importante e constante, seja na sua participação quando na decisão pela terceirização ou não da lavanderia, seja avaliando constantemente a qualidade do serviço. Já entre os hospitais filantrópicos, há uma diferença no papel da CCIH junto à lavanderia. No IMIP a lavanderia é responsabilidade da chefia de enfermagem, quanto ao Português, a CCIH acompanha constantemente o serviço de processamento de roupas.

A importância da opinião da CCIH na decisão de uma possível terceirização da lavanderia foi avaliada pelos entrevistados a partir uma escala de medidas qualitativas,

variando de 1 a 4. Sendo que 1, significava uma avaliação de MENOS IMPORTANTE por parte do entrevistado; e 4, corresponderia à avaliação de MUITO IMPORTANTE. Às escalas 2 e 3 não foi atribuída uma denominação, apenas elas serviriam para posicionar o entrevistado quanto à sua opinião sobre a CCIH. Após responder a esta questão, era solicitado a cada entrevistado que explicasse porque havia assinalado um determinado ponto na escala.

Para fazer uma comparação entre as respostas dadas pelos funcionários administrativos sobre a lavanderia, foi aplicada uma entrevista estruturada com as chefias de CCIH de todos os hospitais que participaram da pesquisa. Neste caso, também foi aplicada a mesma escala para que os entrevistados pudessem avaliar a importância da opinião da CCIH na decisão de terceirizar ou não a lavanderia. Neste aspecto, as respostas dadas tanto pelos funcionários administrativos quanto pelas chefias de CCIH foram as mesmas.

Entre os hospitais que terceirizam a lavanderia: HEMOPE, Esperança e Unimed 1, todos consideram a opinião da CCIH quanto à terceirização muito importante. Para os hospitais que operam com lavanderia própria, a opinião da CCIH só é muito importante para dois: o público Oswaldo Cruz e o particular Santa Joana; no grupo dos hospitais públicos, o Hospital da Restauração, por ter as atividades da lavanderia sob responsabilidade da chefia de enfermagem, não tem participação da CCIH. No IMIP, a situação é a mesma: a opinião da CCIH não foi importante porque a lavanderia responde à chefia de enfermagem. Já no caso do Português, a importância da opinião da CCIH foi considerada menos importante na escala quanto à terceirização. Porém, é presente no dia-a-dia da lavanderia.

As categorias surgidas do tema importância da avaliação da CCIH, vistas no quadro 3 (7), servem para verificar as diferenças entre os grupos de hospitais da posição da CCIH:

	Categorias
Tema: Importância da avaliação da CCIH	○ Não se intromete nas operações da lavanderia ○ Estabelece padrões para os produtos de lavagem ○ Assistência em casos extraordinários ○ Não analisa propostas de terceirização ○ Realiza vistoria prévia nas lavanderias terceirizadas ○ Adequação dos processos das lavanderias ○ Visitas periódicas às lavanderias ○ Garantia na qualidade da prestação do serviço

Quadro 5 (7) – Categorias quanto a importância da avaliação da CCIH

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004

Dentre as categorias surgidas, algumas levantam pontos positivos e outras pontos negativos, na participação da CCIH no processo de lavanderia. Entre os pontos positivos temos: estabelecer os padrões para os produtos de lavagem, realizar vistoria prévia nas lavanderias terceirizadas que apresentem propostas para os hospitais, verificar a adequação dos processos dessas lavanderias, fazer visitas periódicas de inspeção às lavanderias e garantir a qualidade na prestação do serviço.

Como pontos negativos temos aquelas situações em que a influência da CCIH é pequena, como: não se intrometer nas operações da lavanderia, prestar assistência apenas em casos extraordinários e não participar sequer da análise de propostas de terceirização.

A seguir apresentamos os resultados das entrevistas realizadas com o pessoal administrativo dos hospitais. Nas escalas quanto à importância da CCIH na terceirização, por

serem as mesmas, as opiniões analisadas incluem aquelas que foram expressas pelas chefias de CCIH.

Grupo 1 – Hospitais públicos

Neste grupo, o Hospital da Restauração, que não tem uma atuação forte da chefia da CCIH nas atividades da lavanderia, teve sua avaliação considerada menos importante quanto a uma possível terceirização das atividades da lavanderia. Porém, foi considerada muito importante no Oswaldo Cruz e no HEMOPE. No Oswaldo Cruz, a CCIH era totalmente a favor da terceirização, porém, a idéia não foi a frente porque a terceirização seria inviável do ponto-de-vista financeiro. Nos três hospitais a opinião do pessoal administrativo foi igual à da chefia da CCIH. Os resultados da escala são apresentados resumidamente a seguir:

CATEGORIA	QUANTIDADE DE HOSPITAIS	HOSPITAL
MENOS IMPORTANTE	1	Hospital da Restauração
MUITO IMPORTANTE	2	Oswaldo Cruz e HEMOPE

Quadro 6 (7) – Importância da CCIH quanto à terceirização nos hospitais públicos

Fonte: Pesquisa de campo, 2004

O Hospital da Restauração tem a chefia de enfermagem e não a CCIH como responsável pelas operações da lavanderia:

Olha, a CCIH não participa em nenhum assunto que se relacione à lavanderia. A chefia de enfermagem é que cuida da operação da lavanderia. A CCIH não se intromete nas operações normais, diárias, da lavanderia. Ele só fez estabelecer padrões para os materiais de lavagem, como: sabão, umectante, amaciante, alvejante, etc. Ela também presta assessoria quando ocorre algum problema extraordinário, como no caso do incêndio. Mas não de uma forma rotineira. Mesmo nas propostas de terceirização que a gente já recebeu, a importância da opinião da CCIH foi nenhuma. (informação oral).

Já no Oswaldo Cruz, a CCIH tem uma participação ativa, tanto no acompanhamento da lavagem do enxoval, como nas decisões relativas à terceirização:

Olha, a chefe da CCIH foi quem levantou, junto comigo a possibilidade de terceirizar. Ela participou do processo de análise das propostas de terceirização. Porque, como eu já disse antes, a nossa opinião era favorável à terceirização. Só não fizemos porque era muito caro. (informação oral).

No caso do HEMOPE, a enfermeira-chefe da CCIH foi uma das principais responsáveis pela terceirização da lavanderia, participando de todo o processo que levou à terceirização da lavanderia:

A decisão da CCIH foi importante. A enfermeira-chefe, que tinha na época da terceirização, foi uma das idealizadoras de tirar a lavanderia daqui. Ela deu total apoio ao processo. Participou da licitação e acompanhou a desativação da lavanderia. (informação oral).

Nem a CCIH do Hospital da Restauração nem a do Oswaldo Cruz realizaram vistoria nas lavanderias hospitalares terceirizadas que apresentaram alguma proposta. O HEMOPE, antes de terceirizar a lavanderia fez uma vistoria:

A vistoria foi realizada pela chefe de enfermagem, a chefe da CCIH e a supervisão administrativa. E também a supervisão que exerço hoje, que à época chamava-se supervisão de serviços gerais. Além de uma funcionária da lavanderia. (informação oral).

Porém, a vistoria não foi um elemento importante na decisão final:

Porque fizeram uma amostragem. Nós trabalhamos com processo licitatório. Aí, geralmente, ganha o menor preço de pesagem. Nós fomos na intenção da Hospitalav porque fomos através de indicação. Mas ela ficou a lavando a nossa roupa apenas porque ganhou a licitação. (informação oral).

No Hospital da Restauração nenhuma chefia de enfermagem realiza inspeção periódica nos enxovais:

Olha, a CCIH não faz avaliação nenhuma, não. Há uma enfermeira que cuida da rouparia. Esta enfermeira, como nenhuma outra chefia de enfermagem, não realiza qualquer tipo de controle nos enxovais. Nem quanto à desinfecção pela lavagem nem quanto à qualidade ou estado das roupas. (informação oral).

A CCIH do Oswaldo Cruz realiza avaliação nos enxovais, mas esporadicamente. Não é um procedimento sistemático. Quanto ao HEMOPE, a CCIH não tem hoje uma atuação dentro do hospital como um todo, por estar desestruturada:

A CCIH depois que foi desmontada, porque ela está tentando se montar de novo agora, não é mais presente. Porque houve um período de afastamento da CCIH. Ela não faz vistoria no enxoval. Ela, a CCIH, ela foi desestruturada. Ela tinha um idealizador, ou melhor dois: Íris, que saiu daqui e dr. João Lemos, que chegou a falecer. Aí, deixou um período com um espaço. (informação oral).

Grupo 2 – Hospitais particulares

Nos hospitais particulares a atuação da CCIH é ativa e constante. Essa opinião é dividida pelos entrevistados administrativos e pela própria chefia de CCIH. O quadro a seguir, sobre a importância da avaliação da CCIH, ilustra bem isso:

CATEGORIA	QUANTIDADE DE HOSPITAIS	HOSPITAL
MENOS IMPORTANTE	Nenhum	
MUITO IMPORTANTE	3	Esperança, Unimed 1 e Santa Joana

Quadro 7 (7) – Importância da CCIH quanto à terceirização nos hospitais particulares

Fonte: Pesquisa de campo, 2004

Este grau de importância atribuído a CCIH é corroborado pelos comentários a seguir, respectivamente do Esperança, Unimed 1 e Santa Joana:

A CCIH no Esperança, começou a funcionar seis meses antes da abertura do hospital. E ela afirmou que não haveria problema na terceirização, desde que ela fizesse vistoria nas lavanderias que existiam na cidade. Tanto que nós começamos com uma lavanderia que já estava estabelecida há bem mais tempo, que era a Hospitalav, e depois a Purilav que veio em seguida. E são feitas visitas periódicas às lavanderias, e não tem sido encontrado nenhum problema de infecção. No Esperança, a CCIH sempre dá a última opinião em tudo. Tudo que feito no hospital, primeiro é submetido a CCIH. (informação oral)

A CCIH acompanhou tudo. Inclusive, eu fui junto. Por eu ter economia doméstica e ter me especializado em lavanderia hospitalar, nós visitamos todas as duas lavanderias que poderiam ser qual a que a gente iria ficar. Até porque o Unimed 2 ele tem a Hospitalav, não era a Purilav. Pelo grau de conhecimento que eu tinha, por vários congressos, da supervisora da Purilav, então eu já conhecia a lavanderia toda em si. Aí eu disse que o ideal era a gente conhecer as duas, pra decidir com qual a gente ia ficar. Aqui eu só trabalho com a Purilav e lá no Unimed 2, eles dividem. (informação oral).

Ela participa, inclusive nós temos todos os anos treinamentos dados pela CCIH. Nós temos também uma gerência, através do SESMT, a CIPA também na área de segurança e a gente está com um trabalho conjunto, muito de perto. Existe, vamos dizer uma co-gestão dos setores. (informação oral).

Houve vistoria para avaliação técnica das estruturas e processos das lavanderias hospitalares terceirizadas, realizada pelos três hospitais. Porém, apenas nos casos do Esperança e do Unimed 1, houve a participação da CCIH e essa vistoria serviu como ponto importante para a decisão final quanto a terceirização. O Santa Joana realizou visitas às duas lavanderias terceirizadas, mas não com a CCIH. Mesmo assim, essas visitas não modificaram a posição do hospital de permanecer com a lavanderia própria:

Fizemos vistoria, sim. Participaram a chefe da CCIH, eu, por ser formada em engenharia química, além do nosso diretor médico. E, todos os meses, a chefe da CCIH, eu e o nosso diretor médico vamos visitar as lavanderias. Essa visita prévia foi um elemento importante na decisão final. Porque serviu para verificar a adequação dos processos das lavanderias para garantir a qualidade da prestação do serviço. Nós temos no hospital um departamento específico de rouparia, em que toda roupa é pesada e fiscalizada (quando vai e quando volta). Inclusive a enfermeira chefe do CME, que também fiscaliza a qualidade da roupa que volta. (informação oral).

Fizemos uma vistoria sim. Foram todos os dois CCIH, o daqui do Unimed 1 e do Unimed 2, eu fui junto, além do diretor administrativo do hospital 1. E, a vistoria foi importante porque a gente teve que dar a opinião, avaliar. (informação oral).

Eu mesma já fui, tanto a Purilav quanto a Hospitalav. Agora, não fez muita diferença, porque, como eu já falei, mesmo não tirando os méritos dessas lavanderias, nós acreditamos que o melhor é continuarmos com a lavanderia sob a nossa administração. (informação oral).

Nos três hospitais deste grupo, a CCIH realiza avaliações periódicas dos enxovais. Transcrevemos abaixo a resposta a essa pergunta por parte da entrevistada do hospital Unimed 1, por apresentar uma opinião pessoal de funcionário, quanto ao contrato com uma lavanderia hospitalar terceirizada:

A CCIH verifica tudo. Até no tipo de mancha, a gente pega toda medicação, qualquer mudança de medicação a farmácia liga pra mim dizendo que mudou o tipo de medicação. Aí, a gente pega um lençol branco, molha todinho, marca, coloca o nome e manda pra lavanderia pra ver o que

acontece. Tem algumas manchas, de certos produtos que não saem. Já fiz até um teste com um rapaz de São Paulo, trazido pela chefe da CCIH. Mas eu disse a ele que não sairia, **porque eu sei que lá fora as lavanderias usam cloro, não é como a lavanderia dentro da casa da gente, que a gente controle, que a gente usa produtos que sai mais caro. Mas como a gente não tem interesse de ganhar dinheiro, mas conservar o enxoval e ganhar mais durabilidade, a gente não usa produto que vá danificar o enxoval.** Porque a rotatividade do hospital ela é muito grande. Então a lavanderia do hospital, pra mim, ela é viável porque eu não tenho tanta perda de enxoval. Uma lavanderia terceirizada ela é boa, talvez na área de custo, mas outros aspectos são mais difíceis. **Se fosse montar um hospital pra mim, eu jamais terceirizava a lavanderia.** (informação oral, grifo nosso).

Grupo 3 – Hospitais filantrópicos

Nos hospitais filantrópicos há uma diferença na atuação da CCIH entre os dois hospitais. Enquanto no Hospital Português, a CCIH tem uma presença forte, no IMIP, o setor de processamento de roupas não se reporta a ela, mas a chefia de enfermagem. O quadro abaixo mostra a importância da avaliação da CCIH quanto à terceirização:

CATEGORIA	QUANTIDADE DE HOSPITAIS	HOSPITAL
MENOS IMPORTANTE	2	Português e IMIP
MUITO IMPORTANTE	Nenhum	

Quadro 8 (7) – Importância da CCIH quanto à terceirização nos hospitais filantrópicos

Fonte: Pesquisa de campo, 2004

A CCIH no Português foi menos importante no que concerne a uma decisão de terceirizar a lavanderia, visto que, como já apresentado no presente trabalho, este hospital nunca nem mesmo cogitou a possibilidade de lavar a roupa em lavanderia terceirizada. Porém, no dia-a-dia, a CCIH foi identificada como muito atuante.

Nunca foi realizada, por nenhum dos dois hospitais uma vistoria nas lavanderias terceirizadas de Recife, para verificar a adequação e qualidade dos processos. Quanto à avaliação periódica dos enxovais, apenas no Português ela é feita pela CCIH. Que analisa, além do enxoval, estrutura, matéria-prima para lavagem das roupas, higienização do

ambiente, água, tudo. No IMIP, a CCIH realiza apenas avaliação quanto à qualidade da água utilizada no processamento das roupas, que é comprada através de caminhões-pipa. A avaliação do enxoval não é feita.

7.1.2.1 Opiniões da CCIH

Visando comparar e confirmar as respostas dadas anteriormente pelos funcionários administrativos entrevistados quanto a importância da CCIH, foram aplicadas entrevistas estruturadas com as chefias de CCIH de todos os hospitais que participaram da pesquisa. Passaremos agora a apresentar as respostas, separando-as por grupo pesquisado.

QUESTÕES					
HOSPITAIS	Terceiriza	Vistoria técnica	Avaliação de enxovais	Desinfecção enxoval com terceirização	Alteração infecção com terceirização
	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
HOSPITAIS PÚBLICOS					
Restauração	N	N	N		
OswaldoCruz	N	N	S		
HEMOPE	S	S	N	N	N
HOSPITAIS PARTICULARES					
Esperança	S	S	S	N	N
Unimed 1	S	S	S	N	N
Santa Joana	N	N	S		
HOSPITAIS FILANTRÓPICOS					
Português	N	N	S		
IMIP	N	N	N		

Quadro 9 (7) – Visão global da opinião da CCIH nos hospitais

Fonte: Pesquisa de campo, 2004

As escalas referentes à importância da CCIH quanto à terceirização, tiveram respostas iguais por parte dos funcionários administrativos e as chefias de CCIH, assim, elas não serão mais apresentadas nesta parte do trabalho.

Grupo 1 – Hospitais públicos

A CCIH do Hospital da Restauração e do Oswaldo Cruz não realizaram vistoria técnica nas lavanderias hospitalares terceirizadas para avaliar adequação de processos e instalações. Apenas a CCIH do HEMOPE realizou uma vistoria como essa. No caso da avaliação periódica nos enxovais quanto à desinfecção, a CCIH não realiza qualquer tipo de avaliação no Hospital da Restauração e no HEMOPE. Neste último, apesar de ter lavanderia terceirizada, a CCIH hoje está se reestruturando. Já no Oswaldo Cruz, a CCIH avalia não só os enxovais como também acompanha todo o processo de lavagem.

Como o HEMOPE é o único hospital deste grupo com lavanderia terceirizada, só a ele couberam as duas últimas perguntas. A chefia da CCIH afirmou que não houve melhora no grau de desinfecção do enxoval após a terceirização, bem como nenhuma alteração no quadro de infecção hospitalar que pudesse ser relacionada à lavanderia.

Grupo 2 – Hospitais particulares

Neste grupo, todos os hospitais têm uma atuação forte da chefia da CCIH nas atividades da lavanderia. No caso de vistoria técnica nas lavanderias hospitalares terceirizadas, a CCIH dos hospitais Esperança e Unimed 1 participaram das visitas realizadas. No caso da visita do Santa Joana, a CCIH ficou de fora. Nos três hospitais são realizadas avaliações periódicas nos enxovais. Quanto à melhora no grau de desinfecção do enxoval e se houve alteração no quadro de infecção hospitalar após a terceirização, as chefias de CCIH do Esperança e do Unimed 1 responderam que nenhum destes fatos foi observado.

Grupo 3 – Hospitais filantrópicos

Nos hospitais filantrópicos, quanto à lavanderia a atuação da CCIH é diferente nos dois hospitais. Enquanto no Hospital Português, a CCIH tem uma presença forte, no IMIP, o setor de processamento de roupas não se reporta a ela, mas a chefia de enfermagem.

Nunca foi realizada, por nenhum dos dois hospitais uma vistoria nas lavanderias terceirizadas de Recife, para verificar a adequação e qualidade dos processos. O Português nunca chegou sequer a ser procurado por uma lavanderia para terceirizar suas operações. Quanto à avaliação periódica dos enxovais, apenas no Português ela é feita pela CCIH. Que analisa, além do enxoval, estrutura, matéria-prima para lavagem das roupas, higienização do ambiente, água, tudo. No IMIP, a CCIH realiza apenas avaliação quanto à qualidade da água utilizada no processamento das roupas, que é comprada através de caminhões-pipa, não sendo feita avaliação do enxoval. Como os dois hospitais possuem lavanderia própria as perguntas finais da entrevista não cabiam para os mesmos.

7.1.3 Percepções quanto à terceirização da lavanderia

Não há uma opinião unânime entre os entrevistados quanto às percepções a respeito da terceirização. Nos hospitais públicos, todos à exceção do HEMOPE trabalham com lavanderia própria. Mas mesmo neste caso, o entrevistado apresentou ressalvas quanto a esta estratégia.

Já entre os hospitais particulares, dois deles terceirizam. O terceiro não tem a mínima intenção de terceirizar e considera a lavanderia interna melhor, por poder exercer um maior controle sobre o serviço prestado pela mesma. Contudo, o entrevistado do Hospital Unimed 1 afirma ter problemas no relacionamento com a lavanderia terceirizada, além de ter a opinião de que o melhor era ter uma lavanderia própria. E nos hospitais filantrópicos, a terceirização da lavanderia nunca foi sequer cogitada. O entrevistado do Português chegou a afirmar que o hospital nunca foi sequer procurado por uma lavanderia terceirizada.

No aspecto de vida útil média do enxoval, os hospitais que afirmaram ter a maior durabilidade das roupas foram três hospitais que não terceirizam as operações de lavanderia. Foram eles: o Hospital Santa Joana entre os particulares, com 12 meses de vida útil média; o

Real Hospital Português, com 18 meses; e o IMIP, com durabilidade de 12 meses. Pelo menos neste aspecto, a terceirização aparenta não ter sido um bom negócio para os hospitais que terceirizaram. O HEMOPE tem uma vida útil média do enxoval de três meses, igual à época em que tinha lavanderia própria. E no Esperança e Unimed 1 a durabilidade média é de 6 meses, podendo chegar a oito. No caso do Unimed 1, o entrevistado afirmou que com a lavanderia própria, a vida útil média das roupas era de doze meses. No quadro abaixo, apresentamos as durabilidades médias do enxoval de cada hospital:

Hospitais	Terceiriza (S / N)	Vida útil
Hospital da Restauração	Não	3 a 6 meses
Hospital Oswaldo Cruz	Não	6 meses
HEMOPE	Sim	3 meses
Hospital Esperança	Sim	6 a 8 meses
Hospital Unimed Recife 1	Sim	6 meses
Hospital Santa Joana	Não	12 meses
Real Hospital Português	Não	18 meses
IMIP	Não	12 meses

Quadro 10 (7) – Vida útil média do enxoval

Fonte: Pesquisa de campo, 2004

Para um hospital, a roupa tem uma função importantíssima para a qualidade do atendimento ao paciente. O objetivo maior é oferecer conforto e garantir segurança quanto à limpeza e desinfecção das peças utilizadas. Como item que agrega um alto valor de investimento, quer seja a roupa da instituição, quer seja de um serviço terceirizado, a compra adequada bem como sua conservação exigem cuidados permanentes (BRASIL, 2000).

O trabalho se inicia com a definição da prioridade dada pela instituição ao quesito conforto vs durabilidade. Atualmente encontramos disseminados os tecidos clássicos de 100% algodão e suas misturas principalmente com o poliéster. Quando a prioridade é o conforto, inexoravelmente a escolha será pelos tecidos de puro algodão. Quando se quer associar a isto o bom desempenho de lavagem e durabilidade, as misturas de algodão com poliéster são

recomendadas. Já as composições mais utilizadas são: 100% algodão, misto com 67% poliéster e 37% algodão e misto com 50% poliéster e 50% algodão.

Assim, a durabilidade e a *performance* de desempenho de tecidos para uso nos serviços de saúde envolvem vários aspectos, como: matéria-prima do tecido, uso correto da roupa, conservação, processo de lavagem, qualidade dos produtos usados na lavagem e número de itens do enxoval. Neste último aspecto, por exemplo, para determinar a quantidade ideal do enxoval é necessário conhecer o perfil do consumo das roupas do mesmo, ou seja, valorar a quantidade necessária de cada tipo de roupa utilizada a cada 24 horas em cada departamento do hospital, considerando-se para cálculo os valores consumidos nos dias de movimento em “pico”. As médias para o cálculo de mudas de enxoval necessárias para um hospital são de 4 a 5 mudas em um hospital com lavanderia interna e de 5 a 6 mudas em um hospital com lavanderia externa.

Entre os hospitais estudados, o Real Hospital Português, que tem, por exemplo, um bom processo de lavagem, usa produtos de boa qualidade no processamento da roupa, preza pela sua boa conservação e seu bom uso e tem lavanderia interna, a durabilidade do enxoval foi a maior (18 meses). Já os hospitais públicos da Restauração, Oswaldo Cruz e HEMOPE, que começam errados desde a quantidade de mudas de enxoval disponíveis, chegando até um processamento ineficaz das suas roupas, usando produtos de péssima qualidade, a durabilidade do enxoval cai para 3 meses. Restauração e Oswaldo Cruz afirmaram que além dos problemas de operação com o enxoval, ainda enfrentam o problema da evasão do mesmo, que é levado tanto por pacientes que recebem alta como por pacientes transferidos para outros hospitais em ambulâncias.

Assim, a maior ou menor durabilidade do enxoval usado em cada um dos hospitais pesquisados, não pode ser determinada por um fator isoladamente, mas por um conjunto deles. Dados fornecidos pela ANEL (Associação Nacional das Empresas de Lavanderia),

apresentam um valor médio do m² do tecido usado para confeccionar lençóis hospitalares, vendido em São Paulo, de R\$ 44,00. Se, por exemplo, deseja-se determinar o comprimento de um lençol protetor de colchão para um colchão de 1,90m de comprimento x 0,80m de largura e 0,20m de espessura, serão necessários 3,36m de tecido, sendo que apenas a superfície utilizável do colchão tem uma área de 1,52m². Muitos hospitais, como no caso de nossa amostra o IMIP, confeccionam o próprio enxoval. No entanto, entre os hospitais pesquisados, tanto aqueles que comprem o enxoval pronto como os que o confeccionam, não tinham um valor preciso de quanto gastavam com seu enxoval.

As categorias surgidas numa percepção quanto à terceirização, podem ser vistas no quadro 11 (7).

	Categorias
Tema: Percepção da terceirização da lavanderia	○Lavanderias terceirizadas com operação satisfatória ○Terceirização como grande alternativa para todas as empresas ○Ausência de problemas com mão-de-obra ○Custo de administração da estrutura mais barato ○Terceirização temporária emergencial ○Custo-benefício positivo na terceirização ○Irrelevância da terceirização ○Maior controle da operação interna

Quadro 11 (7) – Categorias quanto à percepção da terceirização da lavanderia

Fonte: Pesquisa de Campo, 2004

Grupo 1 – Hospitais públicos

Entre os hospitais públicos, todas as clínicas do Hospital da Restauração e do Oswaldo Cruz, lavam a roupa nas lavanderias dos próprios hospitais. Respectivamente nas transcrições abaixo vemos que, o Hospital da Restauração e o Oswaldo Cruz, se enfrentam algum problema para lavar a própria roupa, adotam um esquema emergencial de parceria. Onde eles podem enviar suas roupas para serem lavadas em outros hospitais da rede pública. O HEMOPE também empregava o mesmo modelo, na época em que ainda possuía lavanderia própria:

Apenas em casos de emergência, tipo, se algum hospital da rede pública estiver precisando, estiver com problema pra lavar a sua roupa, aí, a gente presta um apoio a esses hospitais, lavando a sua roupa. E, que eu saiba, nunca tive conhecimento de algum hospital que tenha tido a idéia de terceirizar a sua própria lavanderia para outros hospitais. Nem público nem privado. (informação oral)

Apenas lavamos o enxoval de outros hospitais da rede pública se necessário, em casos de emergência. Mas terceirizar, nós, nem que quiséssemos, poderíamos. (informação oral).

Quando nós tínhamos lavanderia própria, nós funcionávamos num esquema de parceria. Por exemplo, o Hospital da Restauração se tinha problema, vinha lavar roupa aqui. Mas não de forma sistemática. E eu também não tenho conhecimento se algum outro hospital já teve a idéia de terceirizar, quer dizer, de terceirizar sua lavanderia pra outros hospitais. E, respondendo a sua outra pergunta, quando a gente passa pelo processo licitatório, a empresa tem por obrigação, através de um termo de contrato, onde a empresa tem que indicar três outros hospitais, principalmente do pólo médico, que ela presta serviço. Mas não há uma troca de informações constante entre os hospitais sobre assuntos assim. (informação oral).

Os três entrevistados afirmaram não terem conhecimento de algum hospital, do pólo médico ou fora dele, que já tenha pensado em terceirizar seus serviços de lavanderia para outros hospitais. Eles também não têm uma troca de informações constante quanto a operações terceirizadas, nem da lavanderia nem de outros serviços. Quanto ao aspecto da média de vida útil do enxoval do hospital, os números são bem parecidos entre os hospitais. Para o Hospital da Restauração, a durabilidade média é de três meses, podendo chegar a seis

com um enxoval mais desgastado. No Oswaldo Cruz a durabilidade média é de seis meses. E o HEMOPE, que é único hospital público da amostra que já terceirizou a lavanderia, o entrevistado reclama de ter muita roupa danificada, tendo uma durabilidade média do enxoval de três meses:

Nosso enxoval dura, em média, três meses. No máximo ele pode durar seis, mas aí já muito desgastado. A nossa rotatividade de pacientes é muito alta e, além da questão do uso excessivo do enxoval, também temos um extravio de peças muito grande. (informação oral, grifo nosso).

Aqui a durabilidade média do nosso enxoval é de seis meses. Apesar da água que abastece nosso hospital ser muito rica em ferro, o que causa um desgaste maior tanto das máquinas quanto da roupa, nós temos conseguido contornar esse problema em relação a durabilidade do nosso enxoval. (informação oral, grifo nosso).

Olhe, a durabilidade do nosso enxoval é um grande problema. **Em média está durando três meses.** Nós temos tido muita roupa danificada. (informação oral, grifo nosso).

No HEMOPE, não foi observada alteração significativa na vida útil do enxoval após a terceirização. Já que, mesmo com lavanderia própria, eles sempre tiveram problemas com roupas danificadas. Porém, quanto à alteração na qualidade do enxoval (apresentação, textura, firmeza das cores), o entrevistado considerou que a alteração foi para melhor:

Melhorou, melhorou muito. Porque nós sempre tínhamos a questão da manutenção. Por exemplo, nós lavaríamos a roupa normal, daí quando chegasse no serviço da secagem, tínhamos problema na secadora. As roupas não eram passadas. A calandra daqui passou anos queimada, porque era caríssimo seu conserto. E era uma senhora calandra. Agora a roupa vem bem passada, embalada em sacos. Aí, por isso que melhorou a questão da qualidade de apresentação. (informação oral).

Quanto à diferença nos custos do hospital devido à terceirização, sua resposta não foi clara, porém o mesmo aproveitou a oportunidade para expressar sua opinião pessoal em relação ao assunto:

Houve redução de custo sim. Mas, na minha opinião, eu não sou a favor da terceirização. **Porque eu acho que se você der condições para que a coisa funcione, talvez a terceirização seja um custo maior.** Agora eu acredito que a questão custo-benefício foi levada em consideração pela Fundação HEMOPE, porque o custo era alto na manutenção da lavanderia. E hoje,

como você faz uma lavagem por pesagem, é bem melhor. Você não está ocupando uma área, você não está gastando energia e, assim, você só paga pelo que consumir. (informação oral, grifo nosso).

Grupo 2 – Hospitais particulares

Entre os hospitais deste grupo, o Esperança foi o único onde, no início do seu projeto de construção, ventilou-se a possibilidade de ter uma lavanderia própria e oferecer seus serviços para outros hospitais. Também foi o único em que o entrevistado afirmou já ter sido procurado por um hospital para oferecer serviços de lavanderia. Porém, após uma vistoria, verificou-se que o mesmo não possuía instalações adequadas:

Por não possuir lavanderia própria, o Esperança não poderia terceirizar. Mas se o hospital fosse colocar uma lavanderia grande, sim. **A direção do hospital também pensou nessa possibilidade, de colocar uma lavanderia grande e convidar outros hospitais, clínicas de repouso, para lavar lá. Mas aí, foi visto que isso seria fugir um pouco da área de atuação do hospital, e que havia outras atividades mais prementes a serem desenvolvidas.** O Esperança era um hospital novo, que estava começando, então não partiu para isso. Mas que, inicialmente, era uma área de interesse, era. Teve até um hospital, que eu prefiro não revelar o nome, que nos procurou oferecendo que a gente lavasse a nossa roupa com eles, mas nós fizemos uma vistoria e não achamos as instalações adequadas. (informação oral, grifo nosso).

O entrevistado do Unimed 1 não tem conhecimento de hospital do pólo médico que já tenha pensado na possibilidade de terceirizar a própria lavanderia:

Eu só conheço hospitais que terceirizaram e depois voltaram. Hospitais que terceirizaram para ter uma experiência e não venderam as máquinas e voltaram. (informação oral).

O Santa Joana não tem intenção de explorar esse serviço para outros hospitais, como fica claro na citação a seguir:

Nós não temos capacidade instalada pra isso. A capacidade instalada de máquina nossa, atende bem os três hospitais e nós não nos interessamos pelo turno da noite. Porque nesse horário os trabalhos são mais difíceis de serem supervisionados. (informação oral).

Os hospitais deste grupo não trocam informações estratégicas com outros hospitais do pólo médico sobre lavanderia. O Esperança, apenas sobre outros serviços, porque no pólo

médico, outros hospitais do seu porte não terceirizam a lavanderia. E o Unimed 1, apenas troca informações operacionais:

Quanto a outros serviços, sim. Mas, eu acho que com lavanderia terceirizada aqui, de hospital do porte da gente, eu acho que só tem a gente. Pois, o Santa Joana tem uma lavanderia própria. Memorial e Santa Joana tem uma lavanderia única, e o Português. Então, eu acho que o único hospital de nosso porte que tem terceirizado a lavanderia somos nós. Então, a gente até troca informações com o Santa Joana e com o Memorial. Mas terceirizado só temos nós. (informação oral).

Eu troco informações com o pessoal do Hope e do Esperança, que também terceirizaram, do tipo quando tem uma mancha mais forte que o pessoal não consegue tirar. Aí a gente conversa. Quanto a informações técnicas nós não trocamos. (informação oral).

No hospital Esperança, a durabilidade do enxoval é de seis meses. Foi apresentada uma razão para a baixa vida útil do enxoval:

Aqui nós temos uma vida útil muito pequena e vou lhe dizer porquê. **O nível de exigência dos nossos pacientes é grande**, e você sabe que hoje em dia se usa uma quantidade de produtos químicos que mancham as roupas, então a gente tem um trabalho grande aqui com a nossa equipe de enfermagem sobre conservação de enxoval, e eu acho que o enxoval da gente não chega a durar nem um ano. Varia de seis a oito meses, no máximo. (informação oral, grifo nosso).

No hospital Esperança, não houve alteração significativa na vida útil do enxoval nem na sua qualidade após a terceirização, mas, como foi salientado pelo entrevistado, porque o hospital nunca teve experiência anterior com uma lavanderia própria. Assim, eles não tinham como comparar:

Olha, não teve alteração significativa. Porque, como sempre foi terceirizada, a gente não tem como fazer uma comparação porque nunca houve lavanderia própria. (informação oral).

O hospital Unimed 1 tem uma vida útil do enxoval de seis meses, e considera que a alteração na vida útil e na qualidade do enxoval, após a terceirização, foi para pior:

Vê, tanto a vida útil da roupa da gente quanto a sua qualidade, ficaram piores com a terceirização. Quando a gente lavava em casa era durava muito mais, chegava a um ano e a sua qualidade também era melhor. Como eu já falei,

lavanderias que prestam serviço usam cloro nas roupas, não têm exatamente uma preocupação com a durabilidade da roupa. (informação oral).

Já a vida útil do enxoval do hospital Santa Joana, que funciona com lavanderia própria, é de doze meses. Para o Esperança, a terceirização é considerada como uma grande alternativa. Inclusive, permitindo ao hospital direcionar os seus esforços para as suas competências básicas. Mas também é feita a ressalva de que, solucionados certos problemas operacionais, seria mais barato possuir uma lavanderia interna:

Se a gente tivesse área suficiente, água e tratamento de efluentes, essa coisa toda, seria mais barato eu estar lavando a minha própria roupa. Mas, em função da disponibilidade de área, água e tratamento, a gente resolveu terceirizar. Mas hoje em dia, a terceirização é uma grande alternativa para todas as empresas. Veja, eu não tenho mão-de-obra, eu não tenho problemas legais com a CPRH e uma série de coisas. Então, a gente acha que é muito positivo essa questão de terceirização. Mesmo pagando um pouco mais caro. Quer dizer, vigilância é terceirizada. Toda a minha limpeza é terceirizada. Se o funcionário fosse meu, seria mais barato? Com certeza. Mas o custo de administrar essa estrutura, a gente não tem. Então, pra gente, a gente fica focado na atividade fim, que é prestação do serviço médico hospitalar. Então, a gente tem terceirizado o máximo que a gente pode. (informação oral, grifo nosso).

No hospital Unimed 1 foi notada uma redução de custos, principalmente quanto à estrutura de funcionamento da lavanderia:

Já de início os custos baixaram. Logo quando foi decidida a terceirização, nós ainda ficamos um tempo trabalhando parte em casa, uma parte na lavanderia terceirizada, só enquanto se resolvia a questão de demissão dos funcionários. Mas com a implementação total, os custos se reduziram, ao menos na operação em si, rapidamente. (informação oral).

Questões legais de proteção ao meio-ambiente foram consideradas como menos importantes pelos dois hospitais do grupo que terceirizaram a lavanderia.

Grupo 3 – Hospitais filantrópicos

Para os dois hospitais deste grupo a terceirização da lavagem do enxoval é um assunto irrelevante. Como já foi mostrado antes, no tema dos aspectos da decisão, estes hospitais não apresentam interesse pelo assunto terceirização. A operação interna da lavanderia é

satisfatória e, como foi citado pelo hospital Português, ele nem chegou a ser procurado por alguma das lavanderias terceirizadas que operam em Recife.

A vida útil do enxoval dos dois hospitais é boa. No Português, a vida útil média do enxoval é de 18 meses. No Imip, a roupa dura em média 12 meses. Foram feitos investimentos recentes na lavanderia dos dois hospitais, como fica claro pelo tempo de uso do maquinário, que leva a crer que existe uma confiança neste serviço executado internamente.

8 Considerações finais

A finalidade desta pesquisa foi analisar qual o comportamento dos hospitais do pólo médico do Recife em relação à terceirização do serviço de lavanderia hospitalar. A partir da consecução dos objetivos gerais e objetivos específicos propostos e da análise e interpretação dos dados que emergiram da pesquisa e vistos no capítulo anterior, serão apresentadas as conclusões a que se chegaram com este trabalho, acrescentando sugestões para trabalhos afins futuros.

8.1 Conclusões

A terceirização é vista como uma nova estratégia de gestão da empresas, capaz de melhorar seu desempenho por um foco nas competências essenciais da organização. Especificamente no ramo hospitalar, a terceirização da lavanderia visa a maior qualidade na execução de um serviço de extrema importância para o hospital. Além disso, uma redução dos custos fixos também é esperada com esta decisão.

A partir dos temas estudados e dos resultados obtidos, passamos a expor as conclusões de acordo com o objetivo geral e objetivos específicos estipulados:

Em nosso objetivo geral pretendemos analisar qual o comportamento dos grandes hospitais do pólo médico, públicos e privados, da cidade do Recife, no que diz respeito à terceirização do processamento de roupa hospitalar? Concluímos que, entre os hospitais que participaram da pesquisa, não há um comportamento único quanto à terceirização. Cada um faz o que acha melhor, e mesmo entre aqueles que terceirizaram, são feitas ressalvas, como a de que o processo de lavagem poderia ser mais barato e com mais qualidade, se eles lavassem

a própria roupa. A lavanderia, especificamente, é um assunto que não é do conhecimento de todos os administradores hospitalares. Procurados inicialmente para a entrevista, nem todos estavam aptos a prestar as informações necessárias. Assim, éramos encaminhados a quem podia prestar melhores informações. Essa falta de conhecimento por assunto tão importante, traz uma confirmação para a afirmação de um dos entrevistados: de que a lavanderia no hospital é um setor marginalizado, sujo por natureza e para onde são mandados funcionários que devem ser punidos.

No processo decisório utilizado pela administração dos hospitais para se decidir pela terceirização ou não da atividade de lavanderia, notou-se que os objetivos direcionadores de alternativas foram estabelecidos quanto a aspectos financeiros, considerações quanto a características operacionais internas e preocupação com a qualidade. Sendo que, entre os aspectos financeiros considerados, a terceirização para os hospitais públicos, por exemplo, não se apresenta como uma possibilidade de ganhos e melhoria nos custos. Entre os que possuem lavanderia própria, os hospitais públicos apresentam a dificuldade financeira atual como o fator relevante por trás das razões apontadas para a decisão de manter a lavanderia, pois não podem pagar contratos com empresas terceirizadas nessa área. Assim, continuam realizando suas atividades em instalações deficientes, sem vestimenta e equipamento de proteção individual adequados para os funcionários, além da baixa qualidade dos processos de lavagem. No caso dos hospitais particulares, fatores ligados a um maior controle dos custos do hospital e garantia da qualidade foram preponderantes para as decisões.

Entre os hospitais filantrópicos, a idéia da terceirização não é sequer levantada. Tanto por se considerar que é mais barato ter lavanderia própria, como também por uma simples falta de interesse pelo assunto. Além da boa qualidade operacional das lavanderias dos dois hospitais. Porém, o fato do pesquisador não ter sido recebido pela diretoria de nenhum destes

hospitais, que afirmava não possuir subsídios suficientes para prestar as informações necessárias também nos remete para o caso de pouco interesse pela atividade de lavanderia.

Foram observadas diferenças entre os critérios adotados por hospitais públicos e privados, na decisão quanto à terceirização da lavanderia. Os entrevistados dos hospitais públicos apresentaram predominantemente questões operacionais nas decisões para permanecer com lavanderia própria: tempo hábil de processamento da roupa por uma lavanderia terceirizada e enxoval pequeno, por exemplo. Porém, tanto nestes aspectos quanto na própria afirmação por parte de um dos entrevistados de hospital público da inviabilidade pelos valores praticados pelas empresas terceirizadas, fica latente a difícil situação financeira pela qual passam alguns hospitais públicos. O enxoval que já é reduzido, à medida que vai sendo usado, não é repostado em quantidade suficiente para satisfazer às necessidades dos hospitais. Também há a questão de perda e extravio do mesmo. A água utilizada na lavagem, que tem deficiência no abastecimento, ainda é de má qualidade. Porém, nenhum destes aspectos é definitivamente resolvido, ou melhor, contornado, por falta de recursos financeiros para estes hospitais.

O HEMOPE, que é o único hospital público da amostra que já terceirizou a lavanderia, acha que é mais barato terceirizar, já que agora a administração não tem mais que se preocupar com manutenção de equipamentos, problemas com pessoal e compra de matéria-prima para lavagem. Porém, a durabilidade do enxoval, com a lavanderia terceirizada, é uma das mais baixas entre os hospitais pesquisados: 3 meses, não tendo se alterado após a terceirização. Mesmo tendo uma apresentação melhor, o enxoval ainda traz um custo alto para o hospital. Assim, o problema do custo não foi exatamente resolvido com a terceirização. Além disso, a opinião expressa pelo entrevistado foi de que a lavanderia interna se tivesse condições adequadas para o seu funcionamento, com equipamentos novos, capacitação dos funcionários, investimentos na melhoria dos processos de lavagem, ela poderia prestar um

serviço muito melhor do que a lavanderia terceirizada. Uma das razões para formar esse ponto-de-vista é justamente a durabilidade baixa dos enxovais.

Nos hospitais privados foram observados critérios ligados à qualidade e à necessidade de um controle maior de custos. Nos hospitais filantrópicos, o IMIP e o Português têm a mesma posição: nem mesmo discutir a terceirização da lavanderia por considerar que são bem atendidos neste quesito. Simplesmente, por um desinteresse no assunto. Porém, no caso do IMIP, o entrevistado considerou ainda que lavar a própria roupa tem um custo, em média, 18% menor do que se a lavagem fosse terceirizada.

Para os hospitais particulares a terceirização foi escolhida em razão do alto custo do M² na Ilha do Leite o que leva a uma avaliação mais detalhada de projetos de construção e ampliação de hospitais com grandes áreas, especialmente que não sejam destinadas a geração de receita. Da necessidade de realização de tratamento de efluentes para atender as normas legais de preservação do meio-ambiente, o que além de ter um custo de manutenção também demandaria uma área específica para tanto. E também da decisão de focar os esforços do hospital nas suas competências básicas, buscando um melhor desempenho em suas áreas fins.

Para os hospitais Esperança e Unimed 1 essa posição ficou clara. Os dois hospitais chegaram a levantar a possibilidade de utilizar uma lavanderia própria para lavar a roupa de outros hospitais. O Unimed 1 pensava em utilizar uma casa ao lado do hospital para lá montar a sua lavanderia. Já o Esperança levantou essa possibilidade quando o projeto do hospital estava sendo feito. Escolher uma área dentro do pólo médico da Ilha do Leite para montar a lavanderia. Neste caso, esta possibilidade também se mostrou muito dispendiosa. Porém, a decisão final foi motivada, principalmente, pela idéia de que o negócio dos hospitais não era lavar roupa. Assim, não valia a pena investir na construção ou remodelação de uma lavanderia hospitalar para explorar esse serviço.

Para o hospital Santa Joana, a posição de permanecer com uma lavanderia própria não sofre influência de nenhum tipo de opinião externa. Simplesmente, a direção do hospital tem essa opinião e não está disposta a modificá-la. Para o Santa Joana, a lavanderia interna proporciona uma melhor qualidade, através de um maior controle dos processos, para evitar casos de infecção hospitalar.

Nenhum dos hospitais pesquisados fosse público, privado ou filantrópico, com lavanderia própria ou terceirizada, teve a visão de transformar a lavanderia de um centro de custos para um centro de receita, prestando serviços para outros hospitais. A exploração desse serviço por parte dos hospitais, inclusive, poderia conter um componente de credibilidade, já que a lavanderia estaria sendo administrada por profissionais do meio hospitalar, que, acredita-se, teriam uma maior preocupação com a qualidade e segurança dos processos.

No aspecto de custo-oportunidade, entre os hospitais que terceirizaram, nenhum dos hospitais particulares utilizou a área destinada à lavanderia para um setor gerador de receitas. No Esperança essa área nem mesmo chegou a existir no projeto final, ao decidir-se pela terceirização da lavanderia. No Unimed 1, na área onde ficava a lavanderia, hoje está instalada a rouparia central do hospital. O HEMOPE, ao terceirizar a lavanderia, instalou no local em que ela ficava, um setor para coleta de sangue. Além do Unimed 1, tanto o Esperança quanto o HEMOPE, continuam operando uma rouparia central.

Em relação à importância da CCIH especificamente às atividades da lavanderia, entre os hospitais públicos não há uma posição predominante. Isso porque, no Hospital da Restauração a lavanderia é acompanhada pela chefia de enfermagem, mas não pela CCIH. Esta apenas acompanhou o estabelecimento dos processos de lavagem, dando as orientações gerais para atender as legislações vigentes. Como a chefia de CCIH é ocupada por uma enfermeira, a chefia de enfermagem controlar a lavanderia não traz nenhum prejuízo para a avaliação da qualidade do processo. O Oswaldo Cruz tem uma participação efetiva da CCIH

no acompanhamento da lavanderia. Para o HEMOPE, a CCIH que foi importante quando do processo para terceirização foi desestruturada. Atualmente, ela está sendo reestruturada. Por essa razão, não há nenhuma avaliação da roupa lavada fora.

Os hospitais particulares foram unânimes no papel importante da CCIH. Desde avaliação da opinião do setor quanto à idéia da terceirização, como no controle da qualidade do enxoval e dos processos de lavagem. Isto tanto para os hospitais com lavanderia terceirizada como para aquele com lavanderia própria.

Entre os hospitais filantrópicos a CCIH participa constantemente no dia-a-dia da lavanderia do Real Hospital Português, enquanto no IMIP a chefia de enfermagem é a responsável pelo serviço de processamento de roupas. A CCIH realiza avaliação apenas quanto à qualidade da água utilizada no processo de lavagem.

Entre os hospitais que lavam a própria roupa, os hospitais públicos são os que apresentam as piores condições. Como já foi dito anteriormente, as instalações são deficientes, não há uma barreira garantida entre a área suja e a área limpa, os funcionários da área suja trabalham sem vestimenta e equipamento de proteção individual adequados, a baixa qualidade dos processos de lavagem, equipamentos velhos e trabalhando de forma precária, enquanto outros, como a calandra, nem mesmo funcionam. Assim, concluímos que as características das lavanderias destes hospitais não proporcionam a segurança recomendada na sua operação.

O Santa Joana, único hospital particular com lavanderia própria, tem uma lavanderia de boa qualidade. Inclusive, ela atende outros dois hospitais: Memorial São José e Clínica Santa Helena, que fazem parte do mesmo grupo empresarial do Santa Joana. A lavanderia atende a todos os requisitos para a boa operação de uma lavanderia hospitalar. Passando, inclusive, por controles constantes de integrantes da CCIH e da CIPA.

Os dois hospitais filantrópicos têm boas lavanderias hospitalares. Sendo que gostaríamos de ressaltar que, entre os hospitais pesquisados que têm lavanderia própria, a melhor de todas é a do Real Hospital Português. Ela atende plenamente a todos os requisitos de lavanderia hospitalar e, além disso, tem capacidade instalada suficiente para, caso fosse do interesse da administração do hospital, competir no mercado de lavanderias hospitalares terceirizadas.

Para aqueles hospitais que terceirizaram, não ficou claro que essa decisão tenha trazido necessariamente reduções de custos e uma melhora na qualidade do serviço prestado pelo hospital. O HEMOPE, por exemplo, ampliou a área de coleta de sangue, mas tem uma durabilidade do seu enxoval muito baixa. Tão baixa quanto à época em que lavava a própria roupa. O Esperança afirmou que terceirizar a lavanderia contribuía para centrar os esforços na competência básica de prestar um serviço médico de boa qualidade. O hospital, por ser novo, tinha outros assuntos mais importantes com que se preocupar, visando firmar seu nome no mercado de assistência médica em Recife. Já o Unimed 1, também terceirizou por achar que não valia a pena investir para melhorar o serviço de lavanderia, além de também considerar que o negócio do hospital não era explorar lavanderia hospitalar. Porém, os entrevistados dos três hospitais apresentaram a opinião de que se tivessem lavanderia própria, seria mais barato e o processo teria melhor qualidade. O que é um contra-senso, já que uma hora a terceirização da lavanderia é uma grande saída, porém parece ainda haver no âmago dos entrevistados o receio de terceirizar uma atividade tão importante e crucial para a qualidade final do serviço hospitalar, como é a lavanderia.

Quanto a casos de ocorrência de infecção hospitalar, os entrevistados eram rápidos em afirmar que o nível de infecção era muito baixo no hospital. Além disso, entre os poucos casos registrados, não havia nenhum que pudesse estar relacionado à atividade da lavanderia.

Quanto à vida útil do enxoval, no HEMOPE a terceirização não trouxe benefícios. A vida útil média do enxoval continua sendo igual a da época em que o hospital lavava a sua própria roupa. Porém, a apresentação do enxoval melhorou após a terceirização. O Esperança não tem padrão de comparação, já que desde inaugurado a lavanderia é terceirizada. Contudo, o enxoval hoje dura de 6 a 8 meses, no máximo. E não pode permanecer mais tempo em uso, para garantir a satisfação dos pacientes do hospital. Quanto ao Unimed 1, a durabilidade do enxoval foi criticada, pois quando a lavanderia era própria, a durabilidade média do enxoval era de 12 meses. Hoje, ela é de 6 meses.

Não foram encontrados indícios entre os hospitais que terceirizaram a lavanderia de que a decisão tenha sido motivada por uma busca de flexibilização, de um espírito empreendedor. Antes o principal ponto ressaltado foi o custo-benefício com a terceirização e a idéia de que aquilo que não for da competência essencial de uma empresa deve ser entregue a especialistas.

8.2 Sugestões para estudos futuros

Em primeiro lugar é pertinente salientar as limitações inerentes à natureza de um estudo como este que foi realizado, sempre incitando a caminhos científicos mais a percorrer. Desta forma, as diversas categorias aqui afluídas dentro dos temas pesquisados, faz antever que muito há o que se pesquisar no campo do comportamento dos hospitais em relação à terceirização de serviços auxiliares e da influência de outros temas que circundam esta prática. A questão do alto valor do M² na Ilha do Leite, o abastecimento insuficiente de água para os hospitais, são questões novas surgidas durante o presente estudo, que nos levariam a um número deveras grande de outros trabalhos.

O enlevo que presidiu à escolha do tema e guiou o estudo, ainda que conscientes do difícil objetivo que nos propusemos vencer nesta investigação, continua a estar presente no nosso espírito e será, certamente, este fascínio que nos conduzirá a reflexões mais aprofundadas sobre esta problemática, procurando ultrapassar algumas das limitações e dificuldades que ao longo do presente estudo se nos apresentaram.

Referências

- ABBAS, Kátia. **Gestão de Custos em Organizações Hospitalares**. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: < <http://www.gea.org.br/scf/katia.html> >. Acesso em: 10 de Maio de 2004.
- Al-ASSAF, A. F. Principles of Total Quality in Health Care Organizations. In: Al-ASSAF, A. F.; SCHMELE, June A. **The textbook of total quality in health care**. Florida, EUA: St. Lucie Press, 1993.
- ALVAREZ, Manuel S. B. **Terceirização: Parceria e Qualidade**. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Campus. 1996.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004.
- BARTOLOMEU, Tereza Angelica. **Identificação e avaliação dos principais fatores que determinam a qualidade de uma lavanderia hospitalar**: Um estudo de caso no setor de processamento de roupas do Hospital Universitário da UFSC. 1998. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.eps.ufsc.br/disserta98/angelica/index.htm>>. Acesso em: 03 de Agosto de 2005.
- BATESON, John E. G.; HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de services** . 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de Custos e Resultado na Saúde: Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Congêneres**. São Paulo. Ed. Saraiva. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Lavanderia**. Brasília: ANVISA, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Manual de controle de infecção hospitalar**. Brasília: CDMS, 1985.
- CAMPOS, Vicente Falconi. **TQC – Controle da qualidade total** (no estilo japonês). Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.
- CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pámela S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7.ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- DEMING, W. Edwards. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.
- DONABEDIAN, Avedis. **The quality of care: how can it be assessed?** Journal of American Medical Association, Michigan, v. 260, n. 12, p. 1743 – 1748, Sept. 1988.

FALK, James Anthony. **Gestão de Custos para Hospitais: Conceitos, Metodologias e Aplicações**. São Paulo. Ed. Atlas. 2001.

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GARRISON, Ray H.; NOREEN, Eric W. **Contabilidade gerencial**. 9.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2001.

GIANESI, Irineu G. N.; CORRÊA, Henrique Luiz. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas. 1994.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOSA, Lívio Antônio. **Terceirização: uma abordagem estratégica**. São Paulo: Pioneira, 1993.

HAMMOND, John S.; KEENEY, Ralph L.; RAIFFA, Howard. **Decisões inteligentes: como avaliar e tomar a melhor decisão**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

HITT, Michael A; IRELAND, R. Duane; HISKISSON, Robert E.. **Administração estratégica: competitividade e globalização**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

HOLLOWAY, I. **Basic concepts for qualitative research**. In: Basic concepts for qualitative research. Blackwell Science, Ltd, Oxford, UK, 1991.

KAPLAN, Robert S.; Cooper, Robin. **Custo e desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo**. São Paulo: Futura, 1998.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**. Porto Alegre: UFMG, 1999.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos**. 6.ed. São Paulo. Ed. Atlas. 1998.

MEZZOMO, Augusto A. **A lavanderia hospitalar no Brasil**. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1977.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo. Hucitec – Abrasco, 1999.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação Organizacional: A Teoria e a Prática de Inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1999.

NOGUEIRA, Luiz Carlos. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1996.

NORMANN, Richard. **Administração de serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços**. São Paulo: Atlas, 1993.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade: teoria e prática**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. **A conceptual model of service quality and its implications for future research**, Journal of Marketing, Massachussets, v. 49, p. 41-50, Fall 1985.qa

PEREIRA, Júlio César R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2001

PEREZ JR., José Hernandez; OLIVEIRA, Luís Martins; COSTA, Rogério Guedes. **Gestão estratégica de custos**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

PESSOA, Luisa Regina. **Hospitais federais no Rio de Janeiro e a terceirização das atividades meio: em busca de qualidade, flexibilidade e ganhos econômicos**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/saudemetropolitana/arquivos/arq588.pdf>>. Acesso em: 03/08/05.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. 7.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

_____. **A vantagem competitiva das nações**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. **Competição: estratégias competitivas essenciais**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PUIG-JUNOY, J.; PÉREZ-SUST, P. Integración vertical y contratación externa em los servicios generales de los hospitales españoles. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona/es.,v.16, n. 2,

mar/abr 2002. Disponível em: <<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pid=13029319>>. Acesso em 03/08/05.

QUINN, James Brian; DOORLEY, Thomas L.; PAQUETTE, Penny C. Além de produtos: estratégia baseada em serviços. In: MONTGOMERY, Cynthia A.; PORTER, Michael. **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

RICHARDSON, Roberto Jarry, **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo. Atlas, 1999.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. São Paulo. Atlas, 1985.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL. **Processamento de roupas – lavanderia**. Recife: DITEC/DET, 1998.

SICSÚ, Abraham B.; LIMA, João Policarpo R. Pólo médico do Recife: clusterização, desafios e tendências em curso. In: SEMINÁRIO MODERNIZAÇÃO TECNOLÓGICA PERIFÉRICA, 8, 2003, Recife. **Anais**. Recife, FUNDAJ, 2003. 1 CD-ROM.

SIMON, Herbert A. **Comportamento administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. Rio de Janeiro: FGV, 1965.

SLOAN, M. Daniel; CHMEL, Michael. **A revolução da qualidade na saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO. **Controle de infecções no hospital**. São Paulo, 1976.

TRIPODI, Tony; FELLIN, Phillip; MEYER, Henry. **Análise da pesquisa social**. 2.ed. Rio de Janeiro. F. Alves, 1981.

TORRES, Silvana; LISBOA, Teresinha Covas. **Limpeza e higiene, lavanderia hospitalar**. 2.ed. São Paulo: CLR Balieiro, 2001.

VIEIRA, Marcelo M. F. **Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração**. In: VIEIRA, Marcelo M. F.; ZOUAIN, Deborah Moraes (Org.). Pesquisa qualitativa em administração. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa: Entrevista – Qual o comportamento dos hospitais do pólo médico da cidade do Recife quanto à terceirização da lavanderia?

1 ☐ x 2 ☐

Hospital:
Regime Jurídico:
Nº de Leitos:
Especialidades:

Nome do Entrevistado:
Cargo:

QUESTÕES

1.Qual ou quais aspectos foram mais relevantes para a decisão final?

2.Qual o grau de importância da CCIH, ao cogitar-se a decisão quanto a uma possível terceirização das atividades da lavanderia?

MENOS IMPORTANTE 1 2 3 4 MAIS IMPORTANTE

3.Houve uma vistoria para avaliação técnica das estruturas e processos das lavanderias hospitalares terceirizadas? Se houve, quem realizou a vistoria? (CASO NÃO TENHA SIDO FEITA VISTORIA, PULAR A PRÓXIMA PERGUNTA).

4.Esta vistoria foi elemento importante na decisão final? E por quê?

5.A CCIH realiza algum tipo de avaliação periódica nos enxovais, quanto à desinfecção, por exemplo?

6.Há alguma clínica existente dentro do hospital que terceirize o serviço de lavanderia?

7.Alguma vez, este ou outro hospital do pólo médico pensou na possibilidade de terceirizar os seus serviços de lavanderia para outros hospitais? (EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA, PULAR A PRÓXIMA PERGUNTA).

8.Caso esta idéia já tenha surgido, o senhor (a) sabe por quê não foi colocada em prática?

9.Seu hospital troca informações com outros hospitais do Pólo Médico quanto a operações terceirizadas, tanto da lavanderia quanto outros serviços?

10.Qual o tempo médio do maquinário da sua lavanderia?

11.Seu maquinário tem programa de manutenção periódica? Em caso afirmativo, com que periodicidade?

12. Quem é o pessoal responsável por realizar a manutenção do equipamento?

13. Qual a vida útil média do enxoval do hospital:

☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ 18 meses ☐ 24 meses ☐ Acima de 24 meses.

14. Houve alteração na vida útil do enxoval após a terceirização?

☐ Para melhor ☐ Para pior ☐ Sem alteração significativa

15. Houve alteração na qualidade do enxoval (apresentação, durabilidade, firmeza das cores), após a terceirização?

☐ Para melhor ☐ Para pior ☐ Sem alteração significativa

16. Qual o grau de importância de questões legais de proteção ao meio-ambiente na decisão de terceirizar?

MENOS IMPORTANTE 1 2 3 4 MAIS IMPORTANTE

17. Problemas de escassez de água serviram como questão relevante na decisão de terceirizar?

18. O fato de existirem apenas duas lavanderias em Recife que prestam serviço de lavanderia hospitalar, foi motivo de receio por parte do hospital na decisão pela terceirização?

19. No aspecto de custo-oportunidade, a desativação da lavanderia levou ao reaproveitamento da sua área para uma nova atividade?

20. Esta nova atividade é geradora de receita?

21. Ao optar pela terceirização, quanto tempo levou para sentir a diferença nos custos do hospital?

22. Houve alguma alteração no quadro de infecção do hospital após a terceirização da lavanderia?

APÊNDICE B – Questionário CCIH

TRANSCRIÇÃO QUESTIONÁRIO – OSWALDO CRUZ

1 ☐ x 2 ☐**Hospital:****Nome do Respondente:****Cargo:**

QUESTÕES:

1.Qual o grau de importância da CCIH, ao cogitar-se a decisão quanto a uma possível terceirização das atividades da lavanderia?

MENOS IMPORTANTE 1 2 3 4 MAIS IMPORTANTE

2.A CCIH já realizou alguma vistoria técnica nas lavanderias hospitalares terceirizadas para avaliar adequação de processos e instalações?

() SIM () NÃO

3.A CCIH realiza algum tipo de avaliação periódica nos enxovais, quanto à desinfecção, por exemplo?

() SIM () NÃO

4.Houve melhora no grau de desinfecção do enxoval após a terceirização?

() SIM () NÃO

5.Houve alguma alteração no quadro de infecção do hospital após a terceirização da lavanderia?

() SIM () NÃO

6.Considerações adicionais do respondente