III Congresso Internacional de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento

20 a 22 de outubro de 2014

CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL

MPH0264

ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE LOGÍSTICA E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA NA SAÚDE: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SILVIA MENDES ALMEIDA
QUÉSIA POSTIGO KAMIMURA
qkamimura@gmail.com
ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

ORIENTADOR(A)
QUESIA POSTIGO KAMIMURA
UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE LOGÍSTICA E QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA NA SAÚDE: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Resumo

Este artigo tem como objetivo compreender os conceitos de qualidade em assistência na saúde e logística hospitalar, voltados ao atendimento de urgência e emergência. Para a realização do estudo, procedeu-se revisão sobre os temas: pronto socorro, qualidade em assistência na saúde e logística hospitalar. Foram pesquisados a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos, portarias e documentos relacionados ao tema em estudo. As bases de dados Scielo e Lilacs, foram acessadas com os termos “pronto socorro”, “qualidade” e “logística hospitalar”. Os serviços de urgência e emergência ainda reúnem muitas fragilidades, pois, na maioria dos centros urbanos, a descentralização da assistência é tênue e a ordenação dos fluxos é incipiente; qualidade é definida como o grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos indivíduos e suas famílias; em relação à logística hospitalar, a melhoria da eficiência da logística de abastecimento de um hospital e a racionalização de custos, a integração dos fluxos internos e externos, ainda é um grande desafio a ser vencido na área de saúde.

Palavras-chave: desenvolvimento regional; políticas de saúde; logística hospitalar; qualidade em saúde.

CONCEPTUAL ASPECTS OF LOGISTICS AND QUALITY IN HEALTH CARE: EMERGENCY AND EMERGENCY

Abstract

This article aims to understand the concepts of quality in health care and hospital logistics, aimed at meeting emergency care. For the study, we proceeded to the review on themes first aid, health care quality and hospital logistics. Were surveyed from previously published material, primarily of books, journal articles, ordinances and documents related to the subject under study constituted. The Scielo and Lilacs databases were accessed with the terms "first aid", "quality" and "hospital logistics." Services and emergency still gather many weaknesses, because in most urban centers, decentralization of healthcare is tenuous and the ordering of flows is incipient; Quality is defined as the degree to which health services meet the needs, expectations and standards of care for individuals and their families; in relation to hospital logistics, improved logistics efficiency of a hospital supply and cost rationalization, the integration of internal and external flows, is still a big challenge to be overcome in the area of health.

Key words: regional development; health policies; hospital logistics; healthcare quality.

1 INTRODUÇÃO

No âmbito do sistema de saúde, os serviços de urgência e emergência possuem peculiaridades e especificidades que tem sido objeto de estudo em todo mundo, com enfoque especial para questões relativas ao aumento da demanda e utilização para esse nível de atenção, tanto em serviços privados quanto públicos, evidenciando problemas relacionados à infraestrutura e à organização de serviços, à qualidade da assistência, quantidade e especificidade dos atendimentos realizados e suas principais consequências sociais (LOVALHO, 2004).

No atual cenário globalizado, a qualidade dos serviços prestados em órgãos públicos e privados tem sido discutida e polêmica, principalmente tratando-se de instituições hospitalares. Nos pronto-socorros a situação é crítica devido ao atendimento de casos com risco iminente de vida. Mas nem sempre esse atendimento é completo e coerente, e muitas vezes acabam afetando sua eficiência e eficácia deixando seus pacientes e usuários insatisfeitos, e muitas vezes não oferecendo o serviço adequadamente.

Os serviços hospitalares, especificamente voltados à urgência e emergência, são considerados um dos mais críticos em relação à promoção da qualidade no atendimento, porque de acordo com o Ministério da Saúde é nesse ambiente que se observa, entre outros problemas, a falta de hierarquia no atendimento aos agravos e a desordem nos fluxos internos que são gerados pela elevada procura de usuários por atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para Belucci (2011), dentre os obstáculos vivenciados no local de trabalho, em serviços de urgência e emergência, constam: falta de segurança à equipe; limpeza e conforto precários; falta de profissionais para o atendimento; elevada demanda de pacientes que poderiam ser atendidos na rede básica de saúde; falta de equipamentos e pouco tempo para executar treinamento à equipe.

2 OBJETIVO

Este artigo tem como objetivo compreender os conceitos de qualidade em assistência na saúde e logística hospitalar, voltados ao atendimento de urgência e emergência.

3 MÉTODO

Para a realização do estudo, partiu-se da revisão sobre os temas pronto socorro, qualidade em assistência na saúde e logística hospitalar. Foram pesquisados a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos, portarias e documentos relacionados ao tema em estudo. As bases de dados Scielo e Lilacs, foram acessadas com os termos “pronto socorro”, “qualidade” e “logística hospitalar”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Pronto Socorro

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1987), Pronto-socorro é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação.

Partindo-se da Resolução CFM 1451/95, os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado, define-se, também, urgência e emergência, equipe médica, recursos técnicos e ininterruptibilidade do atendimento.

Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. E por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

A equipe médica do Pronto Socorro deve, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas: anestesiologia; clínica médica; pediatria; cirurgia geral e ortopedia. A sala de emergência deve ser equipada com: material para reanimação e manutenção cardio-respiratória; material para oxigenação e aspiração; material para procedimentos de urgência.

Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto Socorro, devem ser: radiologia; laboratório de análises clínicas; centro cirúrgico; unidade de terapia intensiva; unidade transfusional; farmácia básica para urgência e unidade de transporte equipado. O estabelecimento de Pronto Socorro deve permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto (RESOLUÇÃO CFM 1451/95).

4.2 O contexto dos serviços de emergência

A Política Nacional de Atenção Básica tem sido concebida como a estratégia voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e a comunidade Todavia, o esforço na implementação das ações básicas de saúde ainda não foram suficientes para solucionar um grande contingente de problemas de saúde no nível primário de atenção. Assim, o sistema hospitalar continua recebendo, um volume grande de consultas especializadas, exames diagnósticos, procedimentos de alto custo e internações (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2006).

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população.

Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes.

Habitualmente, as urgências "sangrantes" e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência. Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada "proliferação" de unidades de "pronto atendimento" que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de "consultas de urgência".

Esta situação parece justificar a inadequação da demanda por assistência hospitalar, culminando com a superlotação dos serviços de urgências/emergências e consequentemente, com a baixa qualidade da assistência prestada àqueles que realmente necessitam de atendimento de urgência, comprometendo a integralidade da atenção (KOVACS et al, 2005).

Os serviços de urgência e emergência ainda reúnem muitas fragilidades, pois, na maioria dos centros urbanos, a descentralização da assistência é tênue e a ordenação dos fluxos é incipiente. Há predominância do modelo tradicional de organização do atendimento às emergências, determinado pela procura espontânea de usuários, culminando com superlotação das salas de atendimento, com consequente baixa qualidade da assistência prestada, longo tempo de espera para consultas, exames e cirurgias, falta de vagas para internação, bem como de pessoal capacitado (SANTOS, 2003).

Os serviços de pronto atendimento e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atendimento às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações que os torna resolutivos, sob a visão do usuário (MARQUES, 2007).

A demanda por atendimento em unidades de emergência, além de excessiva, não se esgota no que se considera uma necessidade de saúde. É caracterizada, muitas vezes, por pacientes que buscam no atendimento de saúde a resolução para os mais diversos problemas sociais que enfrentam no seu dia a dia (MELO, 2007).

As diferentes concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde possuem para definir a urgência têm sido apontadas como um dos fatores determinantes da superlotação das unidades hospitalares de atenção às urgências. É possível identificar a existência de desencontro entre a finalidade do trabalho nas unidades com modelo tradicional de atendimento às urgências e emergências e as necessidades dos seus usuários, que possuem critérios próprios para caracterizarem o que representa uma urgência, os quais nem sempre coincidem com os parâmetros biomédicos e a organização racional do sistema de atenção à saúde (DESLANDES, 2002).

É imprescindível que gestores, profissionais e usuários tenham clareza da finalidade do trabalho executado na unidade de emergência que deverá ser pactuada com demais serviços e instituições. Qualquer desencontro entre eles acarretará embates e conflitos que terão como produto a insatisfação de todos os envolvidos no processo.

4.3 Qualidade da Assistência na Saúde

Nas décadas de 80 e 90, o conceito de “Qualidade” passou a circular nos meios de comunicação, levando as empresas a transformarem-se, com vistas ao futuro; pela necessidade de sustentabilidade. O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais para o posicionamento das organizações no mercado. Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso.

Segundo Donabedian (2003), a qualidade da assistência é julgada pela conformidade com o padrão derivado de três fontes: a) A ciência na assistência à saúde, que determina a eficácia, b) os valores e expectativas individuais, que determina a aceitabilidade c) os valores e expectativas sociais, que determina a legitimidade. O maior desafio e de maior significado moral é reconhecer e manejar as discrepâncias entre as preferências individuais e sociais.Todavia, a qualidade da assistência à saúde é, marcadamente, produto de dois fatores: a) o desenvolvimento tecnológico e científico na saúde e b) a capacidade de transformar esses avanços em assistência ao paciente. Portanto a qualidade na assistência à saúde é produto do conhecimento para o desenvolvimento da técnica e sua aplicação no ato da assistência ao paciente.

No caso da saúde, o enfoque voltado ao cliente deve acontecer com naturalidade, pois a qualidade adquire tal complexidade por lidar com aspirações, expectativas e emoções. Todos os aspectos humanos e materiais são importantes, pois se leva em conta a situação de fragilidade e vulnerabilidade física, psicológica e social que um ser humano passa no momento de uma situação de urgência e emergência.

É uma fragilidade que envolve não somente a pessoa, mas também seus familiares. A rotina se modifica, tornando a experiência da doença muitas vezes angustiante, cansativa e traumática. Por isso, a qualidade no processo de hospitalização é visto pelos clientes e pelas pessoas envolvidas com um olhar minucioso, cauteloso e exigente. Donabedian (apud NOGUEIRA, 1994, p.107) afirma que a"qualidade dos serviços de saúde pode ser vista por três prismas: na visão dos prestadores de serviços; na visão dos usuários e nas prioridades consideradas pela sociedade em geral". Para isto, o autor elenca os Sete Pilares para a Qualidade em Saúde (DONABEDIAN apud NOGUEIRA, 1994, p. 98):

- Eficácia: a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuirpara a melhoria das condições de saúde;
- Efetividade: o quanto que melhorias possíveis nas condições de saúde são de fatoobtidas;
- Eficiência: a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde aomenor custo possível;

- Otimização: a mais favorável relação entre custos e benefícios;
- Aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente no que concerne aacessibilidade, relação médico-paciente, as amenidades, os efeitos e o custo do cuidadoprestado;
- Legitimidade: conformidade com as preferências sociais em relação a tudo mencionadoacima;
- Equidade: diferenciação na distribuição do cuidado c de seus efeitos sobre a saúde.

Contudo, esta estrutura para a qualidade na saúde *é* percebida através alguns fatores que compõe o atendimento hospitalar. PALMA (1996, p. 15) caracteriza a qualidade dos serviços em saúde em seis fatores:

SERVIÇO	**HOSPITALAR**
Mão – de – obra	Enfermagem, atendentes, médicos
Maquinas	Equipamento médico
Método	Técnicas de diagnóstico
Matéria – prima	Indivíduo necessitando de tratamento
Meio ambiente	Hospital
Medida	Grau de sucesso no tratamento

A sistemática de qualidade escolhida pelos serviços de saúde, qualquer que seja, está vinculada a um conjunto de ações e posições socioculturais de seus gestores. Retrata relações estabelecidas entre eles, no processo de trabalho e em seus grupos de referência, refletindo se nas opções definidas. O sistema de crenças e valores dos indivíduos e da organização está embutido na escolha metodológica, que visa a atender às expectativas das partes comprometidas no processo (BONATO, 2011).

Em junho de 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa QUALISUS para 27 regiões metropolitanas das capitais brasileiras e para cerca de 80 hospitais com serviços de emergência, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo Sistema Único de Saúde. O Programa QUALISUS estabelece como objetivo a busca da qualidade na atenção à saúde no SUS enquanto política estratégica de governo.

Qualidade é definida como o grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos indivíduos e suas famílias. São apresentadas seis dimensões de qualidade: (1) resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; (2) redução dos riscos à saúde; (3) humanização das relações entre os profissionais, entre os profissionais e o sistema de saúde, e entre os profissionais e os usuários do sistema; (4) presteza na atenção e conforto no atendimento ao usuário; (5) motivação dos profissionais de saúde; (6) controle social na atenção e organização do sistema de saúde do país.

O objetivo geral do QUALISUS é a elevação do nível de qualidade da atenção à saúde prestada à população pelo SUS, buscando maior satisfação do usuário com o sistema de

saúde. Do ponto de vista operacional, define o usuário do SUS como centro desse processo e propõe: (a) implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) para prestar assistência imediata em situações de risco de vida, no domicílio, em via pública; desempenhando papel organizador dos serviços de emergência com o estabelecimento de grades de referência e regulação da sua porta de entrada; (b) instalar a central de regulação de emergência; (c) organizar e melhorar a qualidade do atendimento nos hospitais de emergência; (d) definir a retaguarda de leitos hospitalares e atenção domiciliar; (e) organizar a rede não hospitalar de emergência. (MINISTERIO DA SAUDE, 2004).

O QUALISUS tem como base pesquisa promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, denominada "A Saúde na Opinião dos Brasileiros". O nível de conhecimento, opiniões, avaliações, grau de satisfação e posicionamentos da população diante das diversas questões relativas ao atendimento à saúde prestado pelo SUS em todo o país foram os aspectos tratados no estudo. Como principais fontes de insatisfação da população estavam: a demora em resolver seus problemas de saúde; o tempo de espera para ser atendido pelo médico e a equipe de enfermagem e a péssima recepção dos serviços (CONASS, 2003).

Desde 1970, o Ministério da Saúde desenvolve também o temaQualidade e Avaliação Hospitalar partindo de início da publicação de Normas e Portarias a fim de regulamentar esta atividade e atualmente trabalha na implantação de um sistema eficaz e capaz de controlar a assistência à saúde no Brasil (ANAIS DO SIMPOSIO ACREDITAÇÃO DE HOSPITAIS E MELHORIA DA QUALIDADE EM SAÚDE, 1994).

Para a Organização Mundial da Saúde - OMS a partir de 1989, a Acreditação passou a ser elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina. Em 1990 foi realizado um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para América Latina (SCHIESARI, 1999).

A Acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação como complementam (NOVAES, 1994).

A acreditação tem inicio com uma avaliação de qualidade e de procedimentos baseada em padrões internacionalmente legitimados, gerando um conjunto de orientações para a organização, visando à melhoria do seu desempenho. Na acreditação, não se avaliam setores ou departamentos isoladamente, mas todos os serviços da organização. Um programa de acreditação hospitalar deve ter efetiva responsabilidade em medir o desempenho, em promover melhorias de qualidade facilitando estímulos externos e o necessário esforço interno, e deve ter também genuína responsabilidade perante os usuários (BONATO, 2011).

A certificação da avaliação hospitalar pelo processo de Acreditação aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, bem como estabelece níveis crescentes de Qualidade. A padronização dos processos de avaliação vem ao longo dos anos evoluindo e aprimorando a identificação de critérios, indicadores e padrões cada vez mais significativos para os vários serviços hospitalares. Entende-se que o futuro será das organizações que possuírem algum tipo de certificação e que de certa forma, isto quebrará o paradigma da fragmentação da saúde proporcionando serviços que

realmente atendam as necessidades da população, com segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes, essência da excelência (FELDMAN et al, 2005).

4.4 Logística Hospitalar

A logística vem sendo utilizada como uma ferramenta potencial para as organizações, aliando competitividade com baixos custos e agregando valor ao cliente, possibilitando um fluxo eficiente de produtos e serviços desde fontes fornecedoras até os usuários. Uma gestão eficiente da cadeia de suprimentos permite a organização um planejamento mais eficaz, podendo focar mais em seu negocio essencial.

A logística pode ser definida como o processo eficaz de planejamento, implementação e controle integrado do fluxo de materiais, informações e dinheiro do ponto de origem ao ponto de destino, com o propósito de atender as crescentes exigências de qualidade impostas pelos clientes (CARILLO JUNIOR, 2003).

Segundo Moura (2003), a logística deve ser vista como um processo abrangente que integra o fluxo de materiais e informações, desde a fase de projeto e planejamento de um produto, desenvolvimento de fornecedores, recebimento de matérias primas e componentes, produção, armazenagem, distribuição e transporte, de forma a atender as necessidades do cliente.

O hospital é um componente fundamental na rede de serviços, no contexto de cadeia produtiva de saúde. Os hospitais se apresentam, atualmente, como a organização mais complexa que participa da prestação de serviços de saúde. (KAMIMURA, CORNETTA, 2010).

Apesar da evolução gradual e crescente na gestão deste tipo de organização, a melhoria da eficiência da logística de abastecimento de um hospital e a racionalização de custos ainda é um grande desafio a ser vencido na área de saúde, haja vista a singularidade dos serviços prestados e a multiplicidade de materiais empregados em sua realização (SOUZA, 2011).

De acordo com Ribeiro (2005), a logística hospitalar representa um dos maiores desafios da administração hospitalar, principalmente, quando se avalia o tamanho da sua importância em atender às necessidades do hospital, seja no serviço de apoio, higienização, lavanderia,manutenção, bem como os auxiliares de diagnósticos, hemodiálise, centro cirúrgico, banco de sangue, especialidades médicas e tantos outros.

Os parâmetros de análise utilizados para diferenciar os procedimentos de controlelogístico entre um hospital e uma empresa de outro segmento é justamente o custo destinadoa manter um estoque. De acordo com Barbieri e Machline (2006), nos Estudos Unidos, cerca de 33% dos custos operacionais dos hospitais referiam-se aos suprimentos com medicamentos, alimentos e outros materiais. Sobre o assunto, Wanke (2004) complementa que a gestão de estoques em organizações de saúde (hospitais, clínicas, centros médicos e almoxarifados) vem passando, nos últimos anos, por profundas transformações, principalmente nos EUA, União Européia e Sudeste Asiático. Nessas regiões, o custo total associado à gestão de estoques de medicamentos pode representar entre 35 e 50% do custo operacional total numa organização de saúde e pode consumir entre 16 e 28% do orçamento anual de um hospital com mais de 50 leitos. Essa oscilação, em muitos casos, varia de hospital para hospital, dependendo do seu porte e do seu tipo de especialidade.

Ainda sobre o assunto, Infante e Santos (2007) comentam que os dados sobre a participação dos materiais hospitalares (inclusive medicamentos), no orçamento dos hospitais no Reino Unido, indicam que ela pode corresponder de 13 a 17% dos custos hospitalares, nesse caso não diferindo substancialmente das estimativas brasileiras, nas quais os custos oscilam em 15 a 25%. Os autores ainda salientam que inúmeros trabalhos apontam a economia potencial e os ganhos de qualidade na assistência advindos da racionalização do sistema de abastecimento, destacando a importância de incorporar os conceitos de logística e cadeia de suprimentos para organizar o sistema produtivo do hospital.

De acordo com Dias (2010), o processo da logística de abastecimento é responsável pelas compras de materiais necessários a produção, ou à prestação de serviços. O processo de compras considera aspectos diversos como maior relacionamento com fornecedores, negociação de preços e prazos de entregas e planejamento de compras programadas visando a redução de custos.

Percebe-se, assim, que uma evolução das ferramentas de gestão de materiais pode contribuir de maneira significativa na melhoria da prestação dos serviços hospitalares, principalmente quando se envolvem grandes somas de recursos destinados ao funcionamento dessas instituições.

Para Sbrocco (2001) dentre os vários setores que compõem um hospital, a área de suprimento é uma das essenciais, pois é ela quem apoia todas as atividades funcionais, desde as mais básicas até as mais complexas. É indiscutível, portanto, a sua importância no dia-a-dia dos hospitais, independentemente de seu porte.

A Cadeia de Suprimentos no setor de saúde é caracterizada por sua complexidade devido, não apenas à grande diversidade de fornecedores usados por instituições como hospitais e clínicas, além dos vários canais de distribuição, mas também em razão da complexidade das próprias instituições de saúde. Dessa forma, os hospitais devem desenvolver suas próprias redes de logística a fim de entregar medicamentos e outros materiais advindos dos fornecedores aos seus pacientes ou clientes. Consequentemente, são observados a presença de duas cadeias na Gestão de Suprimentos do setor da saúde: uma externa e outra interna à organização. Visto que a cadeia de suprimentos no setor da saúde caracteriza-se pelos produtos selecionados muitas vezes pelo próprio médico, altos níveis de estoque, descontinuidade no fluxo do produto, fluxo de informações baseado em relatórios manuais, tecnologias inconsistentes, práticas de compras ineficientes e altos custos associados com a gestão de contratos e descontos (CSC Consulting, 1996), alguns estudos acadêmicos apontam o Sistema Híbrido de Redução de Estoques como uma alternativa para otimizar a Gestão da Cadeia de Suprimentos, uma vez que esse sistema combina o método de redução de estoques com o reabastecimento convencional da unidade de cuidados ao paciente (RIVARD-ROYER et al, 2002).

5 CONCLUSÃO

A demanda por atendimento em unidades de emergência, além de excessiva, não se esgota no que se considera uma necessidade de saúde. Neste sentido, os serviços de urgência e emergência ainda reúnem muitas fragilidades, pois, na maioria dos centros urbanos, a descentralização da assistência é tênue e a ordenação dos fluxos é incipiente. Há predominância do modelo tradicional de organização do atendimento às emergências, determinado pela procura espontânea de usuários, o que leva a

superlotação das salas de atendimento, e consequentemente, baixa qualidade da assistência prestada, longo tempo de espera para consultas, exames e cirurgias, falta de vagas para internação, bem como de pessoal capacitado.

Qualidade é definida como o grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos indivíduos e suas famílias.

Em relação à logística hospitalar, a melhoria da eficiência da logística de abastecimento de um hospital e a racionalização de custos, a integração dos fluxos internos e externos, ainda é um grande desafio a ser vencido na área de saúde.

Os serviços hospitalares, incluindo os de urgência e emergência, na perspectiva de redes de atenção à saúde, deveriam ocorrer de modo articulado e complementar, sendo necessário para formação da rede assistencial que os serviços de saúde reconheçam-se como parte integrante do sistema de urgência, atendendo o paciente de acordo com a capacidade resolutiva de cada serviço.

Agradecimentos

À Universidade de Taubaté – Processo 609-2013.

REFERENCIAS

Anais do Simpósio Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade em Saúde; 1994, Rio de Janeiro (RJ). AnAcadNacMed 1994; 154(4):185-213.

BARBIERI, J.C.; MACHLINE, C. Logística hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Saraiva, 2006.

BELLUCCI JUNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 32, n. 4, Dec. 2011 .

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. Re. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2011, p. 319-331.

CSC CONSULTING, "Efficient Healthcare Consumer Response: Improving the Efficiency of the Healthcare Supply Chain", CSC Consulting, Cleveland, OH. 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS). Saúde na opinião dos brasileiros. Brasília. PRO – GESTORES. Editora do Ministério da Saúde. 2003.

DESLANDES, S. F., Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002.

DIAS, M. A. P. Administração de materiais: uma abordagem logística. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

FELDMAN, L. B. et al. Historia da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Ver. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, v. 18, p. 213-219, 2005.

INFANTE, M.; SANTOS, M.A.B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para área de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, jul./ago. 2007.

KAMIMURA, Q. P.; CORNETA, V. K. A logística integrada no ambiente hospitalar. Revista Laes&Haes, 2010.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. J. Pediatr. 2005; 81(3):251-8.

MARQUES, G.Q. , LIMA, M. A. D. S., Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1):13-9.

MELO, E. M. C., et. al. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. Cad Saúde Pública 2007 dezembro; 23(12):3000-10.

MINISTÉRIO DA SAÚDE,Terminologia Básica em Saúde, Brasilia: Editora do Ministério da Saúde, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF); 2004.

MNISTÉRIO DA SAÚDE, QUALISUS: Política de Qualificação de Atenção à Saúde. Brasília. Documento de trabalho. Versão 15 de junho de 2004.

NOGUEIRA, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVAES, H. M, PAGANINI, J. M., Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994. (OPAS/HSS/ 94.05).

PALMA, A. Modelo para gestão da qualidade nas organizações prestadorasde serviços, 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) — Departamentode Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina,Florianópolis.

RIBEIRO, S. Logística hospitalar: desafio constante. Notícias hospitalares – Gestão de saúde em debate, São Paulo, n. 46., mar. 2005. Disponível em: <http://www. noticiashospitalares.com.br/mar2005/htms/apoio. htm>. Acesso em: 23 mar. 2014.

RIVARD-ROYER, H., et. al.,"Hybrid stockless : a case study – Lessons for health-care supply chain integration", International Journal of Operations & Production Management, Vol. 22, n. 4, pp. 412 – 424, 2002.

SANTOS, J. S., et. al, Avaliação do modelo de organização doHCFMRP-US, adotando, como referência, as políticasnacionais de atenção às urgências e de humanização.Medicina (Ribeirão Preto) 2003 abril; 36:498-515.

SBROCCO, E. Movimentação & armazenagem. Revista Log. Disponível em: <http://www. guialog.com.br/ARTIGO201.htm>. Acesso em: 22 mar. 2014.

SCHIESARI, L. M., Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evoluçãohistórica e referências externas.[dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.

TAN, K. C., et. Al. “Supply chain management: an empirical study of its impact on performance”, International Journal of Operations & Production Management, Vol. 19, n. 10, pp. 1034 – 1052, 1999.

WANKE, P. Tendências da gestão de estoques em organizações de saúde. Centro de estudos em logística. Universidade Federal de Rio de Janeiro: COPPEAD, 2004. Disponível em: <http://www.centrodelogistica.com.br/new/fspublic. htm>. Acesso em: 23 mar. 2014.