



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**

**AL MELLO
MIRIAN SENA SANTOS
SÚLVAN SOARES DOS SANTOS**

**A LOGÍSTICA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CURUZU NO MUNICÍPIO DE
SALVADOR**

São Francisco do Conde – BA

2015.2



**A LOGÍSTICA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO CURUZU NO MUNICÍPIO DE
SALVADOR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina
Trabalho de conclusão de curso, do curso de Pós-
Graduação Lato Sensu em Gestão Pública Municipal da
UNILAB, Márcio André, ministrada pelo Prof. ° Leandro
de Proença Lopes.

Orientador: Professor Marcio André de O. dos Santos

São Francisco do Conde – BA

2015.2

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira

Direção de Sistema Integrado de Bibliotecas da Unilab (DSIBIUNI)
Biblioteca Setorial Campus Liberdade
Catalogação na fonte

Bibliotecário: Gleydson Rodrigues Santos – CRB-3 / 1219

Mello, Al.

M476l

A logística do atendimento de urgência e emergência na unidade de pronto atendimento do Curuzu no município de Salvador. /Al Mello; Mirian Sena Santos; Súlivan Soares dos Santos.São Francisco do Conde, 2015.

41 f.: il.; 30 cm.

Monografiado curso de Especialização em Gestão Pública Municipal da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB.

Orientador: Prof. Dr.Marcio André de O. dos Santos.
Inclui Figuras e Referências.

1. Instituições de Saúde - Avaliação. 2. Unidade de Pronto Atendimento - UPA.I. Santos, Mirian Sena. Santos, Súlivan Soares dos.III. Título.

CDD 362.11

FOLHA DE APROVAÇÃO

AL MELLO

MIRIAN SENA SANTOS

SÚLIVAN SOARES DOS SANTOS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: A LOGÍSTICA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CURUZU NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: LOGÍSTICA E SAÚDE PÚBLICA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

MEMBROS DA BANCA:

Nome do Professor Orientador: Dr. Marcio André de Oliveira dos Santos

Instituição: UNILAB – Campus dos Malês.

Nome do Professor: Dra. Juliana Farias

Instituição: UNILAB – Campus dos Malês.

Nome do Professor: Dr. Pedro Leyva

Instituição: UNILAB – Campus dos Malês.

APROVADO (S) EM: _____ / _____ / _____

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é verificar o processo de logística de atendimento na unidade de pronto atendimento Mãe Hilda Jitolu. Veremos inicialmente um breve histórico e características sobre a logística no atendimento em saúde, além demonstrar a evolução da saúde pública no Brasil e o porquê da criação de unidade de pronto atendimento no âmbito da saúde pública brasileira. Serão abordados dois temas principais: A logística de atendimento em saúde e a Saúde pública e unidade de pronto atendimento. A maior ênfase será dada ao serviço de atendimento prestado. Em seguida serão demonstrados os resultados da pesquisa de campo realizada na Unidade de Pronto atendimento Mãe Hilda Jitolu, no bairro do Curuzu.

PALAVRAS-CHAVE: LOGÍSTICA. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO. SATISFAÇÃO.

ABSTRACT

The objective of this study is to check the service logistics process in the emergency care unit Ilda Jitolu. We will see first a brief history and characteristics of logistics in health care, in addition to demonstrating the evolution of public health in Brazil and because the creation of unit emergency care within the brazilian public health. the main topics will be discussed: The health care logistics and public health and emergency care unit. The emphasis will be given to provided service. Then the field will be demonstrated research results performed on ready mother care unit Ilda Jitolu in Curuzu neighborhood.

KEYWORDS: LOGISTICS. EMERGENCY CARE UNIT. SERVICE DELIVERY. SATISFACTION

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. A logística de atendimento em saúde.....	9
3. Saúde pública e unidade de pronto atendimento	13
4. Metodologia	21
5. Análise dos dados e resultados e discussões	21
6. Considerações finais	24
7. Referências	27
8. Anexos	29

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho se propôs a avaliar de que forma está sendo prestado o serviço de saúde pública na Unidade de Pronto Atendimento do Curuzu, situada no município de Salvador, considerando a aplicabilidade dos princípios norteadores da administração pública, em especial o da eficiência para que diante do levantamento de dados possa, se possível, estabelecer medidas de melhoria na gestão da saúde pública do município.

Segundo a Constituição Federal de 1988, em seus artigos 194, 196 e 197, a saúde é um direito de todos devido ao seu caráter universal e é dever do Estado garanti-la mediante políticas públicas de cunho social e também econômico com o objetivo de reduzir os riscos de doenças, endemias e epidemias, além de promover ações para que os serviços prestados sejam feitos de modo igualitário e eficiente. Nesse sentido, o poder público deve dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle sobre os serviços de saúde.

No Brasil, até 1923 o serviço de saúde pública era oferecido apenas para tratar de epidemias e endemias. Após reivindicações da classe operária em 1923, foi que surgiu a Lei Eloy Chaves que criava as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, esta Lei em seu artigo 9º garantia aos empregados contribuintes: socorros médicos em caso de doença e medicamentos a preço especial, inicialmente as CAPs eram mantidas por empregados, empresários e consumidores destas empresas, mas a partir de 1934 foi instituído pela Constituição Federal que a União também iria contribuir. (TANAKA, 2011).

Após a criação do Ministério da saúde em 1953 e do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS a saúde passou a ser tratada não somente de forma coletiva, mas, também de forma individual. O Ministério da Saúde verificou a necessidade de atribuir aos municípios responsabilidades quanto à saúde da população, esta idéia começou em 1975, porém só obteve sucesso na década de 80, através das Ações Integradas de Saúde – AIS, promovidas pelos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e pelas Secretarias de Estado de Saúde. Tal municipalização era importante para que os serviços básicos de saúde fossem oferecidos pelos municípios e os mais complexos pela União e Estados. (TANAKA, 2011).

Em 1988, através da Constituição Federal, estabeleceu-se como direito social de todos e dever da União, Estados e Municípios. Constata-se, com base na Constituição Federal, a

preocupação do legislador em atender a população, pois esta havia saído da ditadura militar e ansiava por grandes transformações e atendimento de suas necessidades.

Diante dessa breve apresentação histórica sobre a saúde no Brasil, observa-se que as várias transformações e melhorias ocorreram devido às mudanças na relação entre Estado e Sociedade, porém a qualidade dos serviços prestados a população ainda não satisfaz, pois esta não deseja apenas que o serviço seja prestado, mas que seja prestado de maneira eficiente foi por isso que em 1998 foi acrescentado como um dos princípios da Administração Pública a Eficiência.

Os princípios funcionam como elementos norteadores para a aplicação das normas jurídicas ao balizarem o texto posto com a realidade demandada. Nesse sentido, eles trazem consigo uma carga axiológica-valorativa para que se promova uma aplicação do direito de forma mais equânime e justa. Assim sendo, segundo José Afonso da Silva, o princípio da eficiência presente no corpo constitucional no tocante a administração pública traz consigo a proposta de que se deve haver a organização racional dos meios e dos recursos humanos, materiais e institucionais para a prestação de serviços públicos de qualidade em condições econômicas e de igualdade de consumidores.

Nesse sentido a saúde como direito social reconhecido juridicamente deve está pautada pelos princípios da Administração Pública com a finalidade de melhor atender as demandas e viabilizar um acesso mais equânime à população.

1.2 JUSTIFICATIVA

A saúde é um direito social instituído pela Constituição Federal, conforme artigo 196 da CF. Nesse sentido, as esferas públicas federais, estaduais e municipais devem cooperar técnica e financeiramente na prestação do serviço de saúde à população.

É também nesse sentido o art. 37, caput da CF:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Tendo em vista os problemas enfrentados na saúde pública vivenciados pela população com a falta de médicos, remédios e materiais descartáveis nas unidades de saúde e

hospitais da cidade é que se dá a necessidade do estudo sobre análise da eficiência na gestão pública na unidade de pronto atendimento do Curuzu.

Vale pontuar que no ano de 2003 foram criadas as UPAs – Unidades de Pronto Atendimento, as quais objetivam estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências. Tais UPAs foram projetadas para o atendimento em três níveis, a saber:

UPA Porte I: tem de 5 a 8 leitos de observação. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.

UPA Porte II: 9 a 12 leitos de observação. Capacidade de atender até 300 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.

UPA Porte III: 13 a 20 leitos de observação. Capacidade de atender até 450 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Nesse sentido, o presente trabalho delimita-se a temática: A logística do atendimento de urgência e emergência na Unidade de Pronto Atendimento do Curuzu no município de Salvador.

1.3. OBJETIVO GERAL

Verificar a *logística* do serviço de atendimento na unidade de pronto atendimento do Curuzu no Município de Salvador diagnosticando seus entraves e avaliar a possibilidade de implantação de medidas de melhoria na gestão da saúde pública do município nesse tipo de atendimento.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as etapas do processo de logística da unidade.
- Verificar se existe um programa de monitoramento e avaliação sobre a prestação do serviço em caso afirmativo entender o que isso representa. Em caso negativo, se tal procedimento for adotado o que mudaria na execução do serviço.

- Verificar a satisfação do usuário quanto ao atendimento fornecido pela UPA e identificar as ações tomadas pela UPA a partir das insatisfações dos usuários quando existentes.

2. A LOGÍSTICA EM ATENDIMENTO EM SAÚDE

O sistema de saúde pública brasileiro apresenta um precário serviço de atendimento à população devido, principalmente, as demandas superiores à sua capacidade de prestação de serviços e a falta de integração entre as ações curativas e preventivas de saúde, o que gera grandes filas de espera por atendimento especializado e insatisfação por parte da população (CAMPOS, 2003). O que corrobora o estudo de Andrade e Ferreira (2006) conduzido em MG, o qual demonstrou que a insatisfação com o tempo de espera por um tratamento é rotineira no sistema de saúde público. O que é complementado pela pesquisa de Franco e Campos, (1998), que identificou a demora no atendimento como principal problema apontado pelos usuários de um ambulatório de pediatria do SUS. Assim, parece haver a inversão da lógica do trabalho da atenção primária à saúde com os serviços de emergência e de urgência onde os usuários, para fugir da espera por atendimento, migram para os serviços de urgência e emergência, sobrecarregando os hospitais. (CAMPOS, 2003).

Neste contexto, foi criado a Unidade de Pronto Atendimento – UPA a fim de desafogar os grandes hospitais e proporcionar melhorias para a população. Diante disso, nos inquieta a ideia de entender a forma dos procedimentos da logística de atendimento em saúde que tem sido praticada na Unidade, desde a solicitação dos prestadores de serviços até a prestação do serviço aos pacientes, os entraves encontrados pelos gestores para efetiva prestação do serviço, bem como melhorias que possam ser realizadas.

A logística em saúde constitui um sistema complexo e muito importante para o atendimento das demandas da população. O atendimento a população começa com o Planejamento Plurianual – PPA, é no PPA que são listadas as metas, os objetivos e as ações que proporcionarão o acesso da população aos serviços de assistência a saúde, assim também fazem parte desse processo a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, que orienta a elaboração e execução do orçamento anual e a Lei Orçamentária Anual –LOA, que estima as receitas que o governo espera arrecadar durante o ano seguinte, e fixa os gastos a serem realizados com tais recursos.

Segundo o *Council of Supply Chain Management Professionals* – (CSCMP 2008), a logística é parte da cadeia de suprimentos que planeja, implementa, controla de maneira eficiente e

eficaz o fluxo físico direto e reverso, bem como serviços e informações associados, cobrindo desde o ponto de origem até o ponto de consumo com o objetivo de atender aos requisitos dos clientes.

Segundo Rosa (2010, p.17) a “logística é definida como a colocação do produto certo, no lugar certo, no prazo certo, na qualidade certa, com a documentação certa, ao custo certo, da melhor forma, deslocando mais rapidamente, agregando valor ao produto, e dando resultado positivo aos acionistas e clientes.”

Para que tal processo seja realizado com a máxima eficiência o Ministério da Saúde padronizou a operacionalização da logística através do Sistema de Logística em Saúde – SILOS, criando o guia do usuário onde estão contidos os procedimentos que devem ser adotados para a compra de produtos e serviços. A compra de produtos e serviços deverá ser realizada pelo SILOS, o qual exige: levantamento de demandas, feita por cada área, neste campo deverão conter o código do produto, descrição, unidade de fornecimento, quantidade, estoque estratégico, custo unitário, moeda, custo estimado total e ultima modalidade de compra, a contemplação no Plano Plurianual, funcional programática, nome da ação, ultimo fornecedor, tipo de distribuição, data da primeira entrega, tempo de entrega, forma da armazenagem; no campo armazenagem requisita: data de entrega, local da entrega, código, quantidade da entrega; e no campo de distribuição as exigências são: código, data, local e quantidade distribuição. O Sistema também disponibiliza os campos para o preenchimento do Termo de Referência: número do TR, data do status, natureza da demanda, elemento de despesa, registro de preços, justificativa, crédito orçamentário, número do sipar, objeto, quantidade, características do objeto, embasamento legal, amostra, dados do recebimento, fornecimento, garantia/ assistência técnica e habilitação técnica.

Os objetivos que devem ser alcançados pelo referido sistema são os seguintes:

- I. Aperfeiçoar, reduzir e agilizar os fluxos, além de garantir a segurança e a integridade das informações.
- II. Planejar o processo de logística integrada do Ministério da Saúde.
- III. Planejar, coordenar, orientar e avaliar o armazenamento e a distribuição dos produtos adquiridos pelo Ministério da Saúde.
- IV. Consolidar o plano de demanda do Ministério da Saúde e assessorar as áreas demandadas.
- V. Criar e gerir o Planejamento Logístico do Ministério da Saúde.
- VI. Criar o TR eletrônico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE p.7, 2012)

Ao analisar o guia do usuário do SILOS é possível perceber a preocupação em atender a população de forma adequada e também que tal atendimento precisa estar conforme determinação legal, é perceptível a atenção quanto ao PPA e a Lei de Licitações, pois tal sistema solicita que o usuário informe se a aquisição solicitada está vinculado ao PPA e o nome da ação, constatamos ainda o direcionamento quanto a armazenagem e distribuição das aquisições; já na construção do termo de referência há a determinação de que tudo seja realizado conforme a Lei 8.666/93 que dispõe sobre as normas para licitações e contratos da Administração Pública.

A organização Council of Logistics Management - CLM (apud FILHO, 2001, p.3) define: “Logística é a parte do processo da cadeia de suprimento que planeja, implementa e controla o eficiente e efetivo fluxo e estocagem de bens, serviços e informações relacionadas, do ponto de origem ao ponto de consumo, visando atender aos requisitos dos consumidores.” Para Santos, (2006) , o gerenciamento de estoques de um hospital deve garantir o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos. Esclarece ainda que a logística deve se preocupar também com o uso equilibrado dos itens, devendo questionar aumentos de consumos, uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, tendo como apoio unidades de enfermagem, o corpo clínico e a farmácia. A logística de atendimento em saúde para suprir as demandas da população é um sistema complexo que inicia-se de forma estratégica no PPA, etapa de planejamento, com as expectativas de quantas pessoas serão atendidas, com as metas e os objetivos; perpassa pelo procedimento tático através de licitações e contratações, etapa de implementação; sendo operacionalizado pelo sistema – SILOS, etapa de controle, e concretizado com o atendimento ao usuário.

O Plano Plurianual é um plano para o período de quatro anos, que compreende o último ano de uma gestão e o penúltimo de outra gestão, para que não haja descontinuidade dos serviços. Conforme a Constituição Federal de 1988, art 165 § 1º, “A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.” Ou seja, trata-se de um planejamento para o país, por um período de quatro anos, neste planejamento são traçados objetivos e metas que o governo pretende alcançar para atender as necessidades da população. Alinhada a esse Plano temos a Lei de Diretrizes Orçamentárias que, conforme a CF é a lei que compreende as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o

exercício financeiro subsequente, além de orientar a elaboração da lei orçamentária anual. A Lei Orçamentária Anual – LOA é a previsão das receitas e despesas de ano seguinte do país, a LOA compreende o orçamento fiscal, o orçamento de investimento e o orçamento da seguridade social.

Os orçamentos são assim divididos para garantir que os recursos da saúde, assistência social e previdência social não sejam desviados (CARVALHO, 2009, p. 116). Assim, podemos inferir que a partir do PPA e LDO é possível visualizar os orçamentos que serão direcionados para os programas governamentais incluindo os voltados para a saúde da população. A estratégia logística deve observar quais os objetivos do governo, e quais as ações que serão implementadas, assim, poderão se preparar se tornando ferramenta para efetivar as políticas públicas.

Conforme explica Carvalho (2009, p.155), a licitação é uma condição previa para a realização de compras e contratação de serviços. Em regra toda compra ou contratação de serviço deve ser realizada através de licitação, regulamentada pela Lei 8.666/1993. Para o Tribunal de Contas da União - TCU (2010, p.135) As licitações ocorrem em sequência lógica, a partir de uma determinada necessidade pública a ser atendida, com início no planejamento e finalização com a assinatura do respectivo contrato ou a emissão de documento correspondente. Ainda conforme (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2010 p.143) a Lei de responsabilidade fiscal impôs ao gestor que toda licitação tenha adequação com a LOA e compatibilidade com o PPA, como condição prévia tanto para o empenho da despesa quanto para a licitação destinada ao fornecimento de bens, execução de obras ou prestação de serviços. Constatase então, as conexões entre o PPA, a LDO, a LOA e a licitação, como instrumentos do gestor para atendimento das demandas da população, é possível inferir ainda, que a licitação é uma das fases do processo de logística. Destaca-se a licitação dentro do conceito de logística feita pelo CLM como sendo a implementação, já que é através dela que são realizadas as compras de produtos e serviços.

O Sistema de Logística em Saúde - SILOS é uma importante ferramenta para o processo logístico, pois é este sistema que facilita a operacionalização de todas as etapas da logística da saúde, desde o planejamento até o controle de estoques. Conforme o guia de usuário – SILOS, (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012, p.9) o sistema exige que cada área informe sua demanda de produtos e serviços para um determinado período. O sistema também auxilia na preparação do Termo de Referência, que é um documento no qual a instituição contratante estabelece os termos pelos quais um serviço deve ser prestado ou um produto deve ser entregue. Tais exigências permitem ao gestor público o conhecimento

das necessidades de forma sintetizada e específica, a partir dessa demanda o gestor fará a implementação da compra, caso já esteja prevista no PPA. O SILOS exige do operador a informação quanto a armazenagem e distribuição dos produtos, o sistema também auxilia no controle dos produtos e locais de entrega. Logo, constatamos a importância do SILOS para a operacionalização da logística na saúde, como ferramenta de identificação da demanda e controle de produtos e serviços.

“Lamentavelmente, em termos de gestão hospitalar, o nosso sistema ainda está engatinhando e poucos se preocupam com planejamento” (BORBA, 2006, p. 63). Essa constatação nos inquieta, pois apesar do que as leis federais exigem, poucos se preocupam em coloca-la em prática, o que implica na prestação dos serviços a população.

Estudo realizado pelo Banco Mundial e divulgado em 2008, afirma que 30% dos investimentos feitos em hospitais foram gastos com internações desnecessárias, constata-se, portanto, a necessidade de mudanças na gestão da saúde e no pré-atendimento hospitalar, com a finalidade de que a população tenha atendimentos mais eficazes e que haja uma redução nos gastos com a saúde. A Unidade de Pronto Atendimento – UPA vem justamente com a ideia de desobstruir o fluxo dentro dos grandes hospitais, fazendo o atendimento aos pacientes e caso identifiquem a necessidade de encaminhamento para um grande hospital isso acontecerá de forma segura e eficiente, segundo dados do Ministério do Planejamento a UPA resolve 97% dos casos que recebe.

3. SAÚDE PÚBLICA E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Segundo Bertolli Filho (2008) percebe-se que historicamente a saúde pública no Brasil teve sua formação embrionária nas culturas locais como exemplo dos rituais curativos indígenas dentre outros, os quais traduziam concepções empíricas de tratamento medicinal. Nesse sentido, figuras como pajé, boticários e jesuítas prestavam assistências básicas à manutenção da saúde populacional. Tais práticas populares medicamentosas serviram de base para a evolução da institucionalização da saúde pública hoje estabelecida. Vale pontuar que o advento da chegada da família real portuguesa por volta de 1808 desencadeou a preocupação com a saúde pública de forma científica ao ponto de serem criadas as primeiras escolas de medicina no país. (FILHO, Claudio Bertolli. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2008, p. 10)

Ante o exposto, vale notar que a presença da corte portuguesa no Brasil colonial mudou o paradigma do tratamento da saúde pública em função de se priorizar os cuidados

com ações sanitárias e de higiene pública com a finalidade de melhorar a saúde da população. Nesse período houve a mudança do foco do tratamento individual e empírico para o coletivo. Já no Brasil imperial deu-se início à medicina científicista embasada por pesquisas e estudo sobre a realidade local e as premissas medicinais.

Com o advento do período governamental republicano, o qual sofreu influências da ideologia positivista o homem brasileiro ocupou um novo papel no cenário social, pois o mesmo fora visto como capital humano para a movimentação da economia, e, conseqüente desenvolvimento político-social. Daí os cuidados com a saúde pública ter uma nova vertente ao ser vista como ponto crucial para a modernização do país em função das dificuldades sobre os controles das epidemias anteriormente vivenciadas serem fatores de dizimação populacional. Nesse contexto histórico a saúde pública passou a ser tratada de forma preventiva sendo sedimentado o conceito de medicina pública, medicina sanitária, higiene ou saúde pública, na qual fora trabalhada mudanças nos hábitos anti-higiênicos populacional com a finalidade de erradicar as doenças de caráter infecto-contagiosas. Tais ações foram precursoras da criação de política pública na área de saúde. (FILHO, Claudio Bertolli. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2008, p. 38)

Foi na era democrática nacional que se criou o Ministério da Saúde, o qual enfrentou as questões da saúde sobre um prisma político, além da criação de hospitais públicos. Tal momento obteve como dificuldade a burocracia de procedimentos, o clientelismo (favores materiais em troca de votos nas épocas de eleição), dentre outros. Assim sendo, “o exercício da medicina deixou de ser entendido apenas como utilização de técnicas para melhorar a saúde da população, sem qualquer relação com interesses das classes sociais. Em vez disso, a medicina passou a ser interpretada como uma prática social capacitada para lutar, através dos canais políticos, pelo bem-estar coletivo”. (FILHO, Claudio Bertolli. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2008, p. 48).

Vale notar que em 1996 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual viabilizou um sistema dual de saúde em que “o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria, pelo menos em teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias”. (FILHO, Claudio Bertolli. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2008, p.56). Nesse ínterim, foi criado o Sistema Nacional de Saúde por volta de 1975 com o objetivo de “baratear e ao mesmo tempo tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o país”. (FILHO, Claudio Bertolli. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2008, p.56). Vale notar que entre as décadas de 70 e 80 fora criado o SUS – Sistema Único/Unificado de Saúde,

o qual tinha por premissa “organizar no plano regional, as ações do Ministério de Saúde, do Inamps e dos serviços de saúde estaduais e municipais” (FILHO, Claudio Bertolli. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2008, p.64).

Conforme explicitado, esse precedente histórico viabiliza a compreensão estrutural do atual sistema de saúde e suas particularidades, além dos fatores sócio-políticos que influenciaram na sua formação e construção hodierna do conceito de saúde. Nesse sentido as discussões sobre a saúde teve sua área de debate ampliada em função das necessidades de desenvolvimento social.

Nesse sentido veremos alguns preceitos teóricos e axiológicos que permeiam o conceito de saúde pública:

Saúde pública é a ciência e arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções comunitárias, a educação dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde. (Winslow, 1920:30 – tradução livre).

Segundo aspecto filosófico ou epistemológico a saúde reúne “o reconhecimento de saberes sistemáticos referidos as questões de vida, funcionalidade, competência, sofrimento, dor, aflição, incapacidade, restrição vital e morte”. (Almeida Filho e Paim, 2014: 14).

Já na acepção de fenômeno natural a saúde é um fato, evento, estado, situação, condição ou processo’. (Almeida Filho e Paim, 2014: 15).

Segundo o preceito de funcionalidade a saúde é a análise tanto a doenças que se manifestam como enfermidade como àquelas condições latentes ou assintomáticas’ (Almeida Filho e Jucá, 2002).

A saúde como sendo ausência de doença “não se restringe a modelos biológicos ou naturalistas de patologia. Nesse quadro, saúde implica função social, estado de capacidade ótima para desempenho efetivo de tarefas socialmente valorizadas permitidas pela ausência de enfermidades”. (Almeida Filho e Paim, 2014: 17).

Já a saúde-doença como processo compreende o modelo natural da doença (HND), o qual “considera a evolução dos processos patológicos em dois períodos consecutivos que se articulam e se complementam. Os períodos são: pré-patogênese, quando manifestações patológicas ainda não se manifestaram, e patogênese, em que processos patológicos já se encontram ativos”. (Almeida Filho e Paim, 2014: 19).

O conceito de saúde como medida discute os limites e possibilidades de tratamento quantitativo dos fenômenos da saúde no plano individual e singular que, em nossa cultura científica. (Almeida Filho e Paim, 2014: 21).

Tais formulações conceituais e teóricas formataram a saúde pública na atualidade compondo a estruturação do sistema, a que ele se propõe e aos objetivos a serem alcançados. São com base na evolução histórica desses preceitos que nasce no Brasil a estruturação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A saúde no plano nacional historicamente enfrentou vários entraves e dificuldades desde o plano de formação pessoal dos cidadãos no que tange à educação sanitária e assistência medicinal preventiva até aos interesses políticos de cada dirigente da época. Tais problemas viabilizaram a reflexão sobre a temática e a evolução para a prestação de serviço mais eficiente e qualitativo nas diversas peculiaridades da saúde tanto no plano individual como no plano coletivo.

É nesse sentido que a saúde pública conquistou ambientes de discussões nos setores administrativos, políticos, corporativos, de classe, jurídicos, isto é, nas várias áreas do saberes ampliando o campo de atuação entendendo que as questões sobre saúde não pode ser tratada de forma dissociada da análise do homem e o meio ambiente, além do contexto histórico ao qual está inserido. Vale pontuar que a Constituição Federal de 1988 trouxe um capítulo específico sobre o tema da saúde e com tal tratamento diversas ações foram realizadas como exemplo a criação de políticas públicas, de seminários, construção de curso de formação, ampliação de vagas em universidades nos cursos ligados as áreas de saúde. Daí a necessidade de regulação desse complexo sistema o que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme preleciona os autores Paim e Almeida Filho temos que:

O SUS é uma expressão política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em princípios (valores), diretrizes (políticas e organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que se orientam e definem o curso das ações governamentais. Nesse sentido, o SUS assume e consagra os princípios da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde no sentido de superar o sistema de saúde herdado do período anterior à Constituição cidadã, de modo a garantir o acesso da população a bens e serviços que promovam a saúde e o bem-estar. (Paim e Almeida Filho, 2014, p.123).

Segundo o conceito acima abordado a saúde ganhou uma nova perspectiva saindo do plano restritivo e marginal para um plano global e inclusivo. Isso porque a saúde passou a ser um direito de todos independente da posição social que ocupe ou de ser mantenedor dos

cofres públicos para se obter esse tipo de amparo. Como direito a saúde tem sua temática de discussão e execução ampliada em função do positivismo jurídico gerar efeito fiscalizador tendo em vista de verificar na prática se o preceito fundamental trazido pela Constituição Federal está sendo realizado de modo eficaz e eficiente, ou seja, se suas propostas estão sendo realizadas com sucesso mediante seus princípios norteadores. Vale pontuar que o “sistema” de saúde brasileiro, estruturado ao longo do século XX, teve como marca a separação entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, as campanhas sanitárias, e, de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas”. (Paim e Almeida Filho, 2014, p. 125).

No que tange aos princípios regimentais do SUS temos que a universalidade como ideal a ser alcançado faz-se necessário ter “a ampliação da cobertura de ações e serviços, de modo a torná-los acessíveis a toda a população” (Paim e Almeida Filho, 2014, p. 123). Já no plano da integralidade é entendido como um “conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação” (Paim e Almeida Filho, 2014, p. 124).

É também com a consagração do direito à saúde no art. 196 da CF que houve uma descentralização da gestão do sistema, pois no novo plano as esferas federais, estaduais e municipais desempenham funções próprias no tocante ao poder de decisão e gerenciamento do setor em tela mediante competências próprias.

Assim temos, segundo Giovanella (2011), que um sistema saúde compreende um “conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade”.

Nesse sentido, conforme exposto, se compreende que a temática da saúde não pode ter tratada de modo isolado como uma figura estanque, mas sim, analisada dentro do contexto histórico-social em que certo grupamento humano se localiza geograficamente ao ser observado suas relações interpessoais e comportamentais para com o meio ambiente circunvizinho de modo a traçar o perfil social e enquadrá-lo em ações próprias e peculiares de políticas e sistemas de saúde. A capacidade de observar o meio de maneira genérica, expansiva permite aos gestores, cientistas e analistas da área de saúde uma visão longitudinal dos fatores e problemas vivenciados em cada região brasileira propiciando assim, traçar o perfil de necessidades próprias de cada área e grupamento social tendo em vista as diversas culturas e povos existentes em nosso país.

Assim o sistema único de saúde brasileiro segue a seguinte estruturação institucional e decisória conforme demonstra Giovanella (2011):

	Colegiado participativo	Gestor	Comissões intergestoras	Representação de gestores
Nacional	Conselho nacional	Ministério da saúde	Comissão tripartite 	Estados: Conass Municípios: Conasems
Estadual	Conselho estadual	Secretarias estaduais	Comissão bipartite	Municípios: cosems
Municipal	Conselho municipal	Secretarias municipais	-----	-----

Fonte: SAS/MS, 2002

Assevera ainda Giovanella (2011) as principais atribuições dos gestores do SUS:

Gestor	Execução direta de serviço
Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter de exceção. • Em áreas / ações estratégicas
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual / regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. • Em situações de carência de serviços e omissão do gestor municipal.
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Peso importante na execução de ações / prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerencia de unidades de saúde.

	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação administração, capacitação de profissionais de saúde.
--	---

Conforme acima demonstrado, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil possui uma estruturação bastante setorial com funções definidas objetivamente e especificamente designadas. Tal proposta é bastante audaciosa em função das peculiaridades do Brasil ser segmentado, especialmente pelo fato de cada região ter sua formação social baseada nos precedentes históricos da colonização, fatores esses que marcam o perfil social e comportamental do presente. Daí a necessidade de trabalhar a oferta da saúde de modo diferenciado, ou seja, não se pode uniformizar um padrão de atendimento para ser aplicado nacionalmente, mas sim desenvolver ações e políticas regionalizadas e / ou locais com a finalidade de atingir os problemas específicos de cada unidade federativa, de cada comunidade.

Vale pontuar que a saúde dentro da proposta do SUS atende aos seguintes modelos de atenção: de saúde primária, ambulatorial especializada, de saúde bucal, de saúde mental, de assistência farmacêutica, de vigilância epidemiológica e sanitária. Disso se infere que a análise histórica é de fundamental importância para a construção e evolução de novas maneiras de prestação de serviço no âmbito da saúde. (GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Organizado por Ligia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. Et al. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011).

É nesse sentido que no ano de 2013, segundo a portaria 342 do Ministério da Saúde foi instituída com a finalidade tratar juridicamente sobre a unidade de pronto atendimento (UPA) em atendimento a política nacional de urgência e emergência. Tal proposta teve como objetivo “estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país de modo integrado e articulado com todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna”.

Conforme informa o portal da saúde, a Rede de Urgências é pensada de forma integrada e coloca à disposição da população serviços mais próximos de sua residência. Com as Centrais de Regulação do SAMU 192, o Ministério da Saúde trabalha na organização da estrutura disponível. Quando uma ambulância do programa é enviada para o atendimento, os profissionais de saúde já sabem para onde levarão o paciente. É o fim da peregrinação à procura de um leito, com a ambulância buscando onde deixar o paciente. Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). O objetivo é diminuir as filas nos prontos-

socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPAS, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. As UPAs inovam ao oferecer estrutura simplificada - com Raio X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24h. Vale pontuar que o próprio ministério do trabalho criou um projeto padrão de arquitetura para UPA 24 h, o qual estabelece padrão de execução de obra para construção de UPAs 24 h nos três Portes (Porte I, II e III), conforme previsto na Portaria GM/MS nº 342, de 4 de março de 2013 cuja utilização é facultativa. (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/454-sas-raiz/dab/upa/11-upa/9667-documento-prioritario>. pesquisado em 30/10/2015 às 20:20. Criado em 19/02/2014).

Vale notar que o atendimento no UPA segue protocolos próprios de atendimento desde a recepção até uma eventual transferência por meio de regulação. Na Bahia, segundo protocolo estadual de classificação de risco, a classificação de risco é realizada através de quatro cores, a saber: azul (não urgente), verde (pouco urgente), amarelo (urgência) e vermelho (emergência). Esta ferramenta utiliza descritores que possibilita a identificação do problema do usuário através do sistema queixa/evento/sintoma com posterior classificação de acordo o grau de prioridade clínica em uma das quatro cores (vermelho, amarelo, verde ou azul). A identificação da gravidade poderá ser feita através de fita colorida colocada no pulso do usuário e um adesivo, da mesma cor, no canto esquerdo de sua ficha de classificação de risco. Esta ficha é encaminhada para a recepção, onde serão coletados e preenchidos os dados pessoais do usuário, para ser gerado o seu prontuário clínico, que então será levado ao consultório médico. (SESAB, 2014. Protocolo estadual de classificação de risco).

Ante o exposto, conclui-se que a UPA dentro do plano de assistência à saúde desempenha uma função humanizadora no sentido de ideologicamente na sua proposta diminuir as dificuldades de acesso ao serviço de saúde ao serem instaladas em locais estratégicos conforme estudo prévio de localização, além de consigo trazer a ideia de acolhimento caracterizado pela prestação emergencial do tratamento buscado pelo cidadão.

4. METODOLOGIA

A metodologia que foi utilizada neste estudo de caso foi de entrevista pessoal com usuários e dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Curuzu, na cidade de Salvador, utilizando a pesquisa quantitativa através de questionários visando identificar a satisfação do usuário. Foram realizados também grupos focais a fim de entender quais as principais reclamações dos usuários. Foi realizada entrevista com o gestor da Unidade para identificar as etapas da logística na Unidade e verificar se sobre programas de monitoria e avaliação dos serviços prestados e quais as ações tomadas diante das insatisfações dos usuários. Além de levantamento bibliográfico sobre gestão de saúde municipal através de artigos, livros, publicações periódicas dentre outras fontes.

A UPA do Curuzu, sob gestão estadual, está situada entre o bairro da Liberdade e a Avenida San Martin, em Salvador-Bahia . A Unidade de Pronto Atendimento homenageou a Ialorixá Mãe Hilda Jitolu, personalidade e referência histórica da comunidade local ao colocar seu nome atrelado a mesma após a reforma do prédio.

Segundo José Moacir Ramos da Silva, diretor administrativo da unidade, a homenagem a referida ialorixá encontrou resistência por parte da comunidade em função de algumas manifestações de intolerância religiosa, as quais resultaram em vinte e dois ataques de depredação ao prédio. Tal situação somente foi resolvida após intervenção social com agentes da comunidade local como a instituição afro Ilê Ayê, escolas locais e associação de moradores, através de palestras de esclarecimento sobre a importância e a representação da homenagem.

5. ANÁLISES DE DADOS E RESULTADOS

Verificou-se que por meio de pesquisa documental por quadro de informações a UPA é composta pelos seguintes setores:

- Administrativo
- Enfermagem
- Recursos humanos
- Contas médicas
- Serviço social

- Vigilante
- Higienização
- Motorista
- Manutenção / CSO
- Copa
- Informática
- Maqueiro
- Laboratório
- SAME – Serviço de Atendimento Médico e Estatística.

A UPA em estudo possui seis leitos femininos, seis leitos masculinos, quatro leitos para crianças, quatorze poltronas para atendimentos mais rápidos / medicação e em casos mais graves o problema é estabilizado e redirecionado para regulação em busca de transferência para unidade de saúde que possa resolver. A UPA em análise, apesar de ter 16 leitos é classificada como de porte II em função de terem duas especialidades médicas, a saber: pediatra e clínico geral. Sua manutenção e gestão são realizadas pela administração do Estado.

O atendimento da Unidade segue as etapas da logística padronizada pelo protocolo estadual de classificação de risco. Existe atendimento de pré-triagem, no qual é feito o acolhimento pela equipe da recepção e a classificação do risco cuja identificação da cor é feita por pulseira seguindo para avaliação médica. Em casos de emergência primeiro faz o atendimento e depois a ficha. Realiza também exames de eletrocardiograma através do sistema *on line* telemédicos e laboratoriais. Quando não é possível realizar tudo que é necessário ao paciente, ele é estabilizado e depois vai para regulação. A Unidade realiza cerca de 4.500 a 5.000 atendimentos mês.

A UPA faz atendimento de urgência e emergência, porém, segundo o gestor José Moacir, a UPA também faz atendimento ambulatorial através de marcação de exames laboratoriais com a finalidade de suprir a quota de atendimento disponibilizada para a Unidade tendo em vista a necessidade da população local, tal atendimento deveria ser realizado pelas unidades de saúde da família. O gestor também pontuou que cerca de 70% dos atendimentos realizados pela UPA são ambulatoriais, pois a região tem apenas 13,5% de cobertura da atenção básica.

Verificou-se que os usuários da Unidade de Pronto Atendimento em análise avaliam sobre a prestação de serviço, através de formulário de satisfação formulado pela própria

Unidade, a qual avalia os seguintes setores: recepção, equipes de classificação de risco, de enfermagem, médica, de serviço social, dos maqueiros e dos vigilantes, conforme amostra do mês de setembro de 2015 em anexo.

Segundo o Diretor José Moacir, diante das insatisfações dos usuários são realizadas reuniões setoriais buscando minimizar as reclamações, e em casos de queixa de algum funcionário específico conversa-se com o mesmo, para que a situação não seja repetida. O diretor ressalta que 90% das reclamações ocorrem devido a alguns médicos não cumprirem a quantidade de horas estabelecidas do plantão, e nesses casos quando não se consegue a mudança de comportamento tais profissionais são devolvidos a Secretaria de Saúde. O diretor pontua que tal medida é tomada em último caso, pois ao devolver um médico a Secretaria não existe prazo para que outro seja encaminhado. Nota-se então, um entrave para que medidas mais severas sejam tomadas, o que impacta diretamente no atendimento as demandas locais.

O monitoramento da qualidade sobre a prestação do serviço fornecida pela UPA é realizado internamente pela assistente social da própria Unidade, e externamente a auditoria SUS, a ouvidoria do SUS, diretoria epidemiológica e o Ministério Público Estadual.

A UPA em estudo participa do Planejamento Plurianual participa do planejamento plurianual através da avaliação de indicadores que demonstram o crescimento populacional, epidemias, crescimento econômico, questão orçamentária, observando o que já foi feito nos últimos dois anos (tempo de referência) e o que ainda precisa fazer, para assim estabelecer um novo planejamento para os anos seguintes. Nesse sentido, segundo gestor, a participação da Unidade nesse processo contribui para a melhoria no atendimento à população. Esse planejamento ocorre de forma conjunta entre a equipe de coordenação, os técnicos e os assistentes administrativos, o qual sempre foi realizado desde a implantação da UPA cuja atenção na execução do mesmo varia em função do governo estadual. O produto desse planejamento, isto é, o aumento da capacidade de atendimento e consequente investimento de melhoria estão intrinsecamente ligados à situação econômica do país.

No tocante as necessidades de manutenção da UPA os médicos, enfermeiros, exames laboratoriais maqueiros, segurança são fornecidos pela Secretaria de Saúde, conforme solicitação por ofício. Já os veículos e equipamentos pela Unidade Gestora. Notou-se que os serviços de laboratório têm seus produtos disponibilizados conforme padrão SUS pela Secretaria, sendo solicitadas apenas as quantidades. Nesse sentido, o gestor José Moacir pontua que para melhorar o atendimento à população tem-se a necessidade de ampliar o rol de equipamentos de diagnósticos e agregar profissionais para essas especialidades, além de investir em requalificação. Ainda nesse sentido informa que existe um projeto de ampliação o

qual está na secretaria para ampliação de serviços médicos, serviços com RX e ultrassom, porém a unidade continuará sendo tipo 2.

Em pesquisa realizada com grupos focais, que esperavam por atendimento, foi possível verificar que os usuários estão satisfeitos com os atendimentos recebidos na Unidade o qual inicia-se na pré-triagem e finaliza com o atendimento médico. Contudo, foi possível observar que a principal reclamação é quanto o tempo de espera por atendimento. Tais queixas são de conhecimento da Unidade, pois a mesma realiza permanentemente pesquisa de satisfação do usuário cuja questão está vinculada a deficiente estrutura do plano de atenção básica à saúde no local, a qual deveria ser realizada pela Unidade de Saúde da Família. Tal situação gera um aumento na demanda de procura à unidade de urgência e emergência, além dos hospitais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme levantamento bibliográfico sobre a logística no âmbito da saúde e sua aplicação na Unidade de Pronto Atendimento Mãe Hilda Jitolú no que tange ao aspecto jurídico de observância ao planejamento proposto pelo sistema SILOS a referida unidade participa internamente na construção do planejamento plurianual através do levantamento de dados por meio de indicadores que são resultantes de ação integrada entre a equipe gestora e técnica da unidade. Esses dados são enviados e analisados pela Unidade Gestora Externa, a qual avalia os resultados comparando com exercício anterior, observando também o surgimento das novas demandas com a finalidade de estabelecer as novas metas para o próximo exercício e para que de fato as medidas a serem tomadas para melhorias na rede de atendimento de saúde sejam de fato eficazes.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual são construídas pela Secretaria de Saúde Estadual, através da coleta de dados fornecidos pelas Unidades Gestoras das UPAs. Com base nessas informações é realizada a previsão orçamentária para que a execução do serviço na saúde atenda as reais necessidades locais e / ou regionais com a finalidade de ter um uso racional e equilibrados de itens e ofertas de serviço evitando assim, falta ou excessos.

No plano do atendimento, a UPA Mãe Hilda Jitolú segue o protocolo estadual de classificação de risco da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, o qual estabelece procedimento de atendimento desde a triagem até o momento da avaliação médica. Caso a necessidade do cidadão não possa ser suprida pela unidade local seu problema será

estabilizado pela equipe médica, e, posteriormente direcionado para o sistema de regulação para que o mesmo seja transferido com segurança para a unidade de saúde capaz de concluir seu atendimento de modo eficaz.

No plano da saúde pública a UPA em estudo atende a proposta de regionalização na prestação do serviço considerando os aspectos históricos e sociais da população local com a finalidade de realizar melhorias adequadas as reais necessidades da localidade. Tal situação é percebida e construída através de um programa de monitoramento sobre a qualidade do serviço prestado de modo interno por intermédio de questionário de pesquisa de satisfação criado pela própria Unidade cujos resultados são acompanhados pela assistente social e externamente através da auditoria SUS, a ouvidoria do SUS, diretoria epidemiológica e o Ministério Público Estadual e a Secretaria de Saúde do Estado.

Com o resultado sobre a qualidade do serviço prestado e o acompanhamento das mudanças do estado de saúde da comunidade local através do surgimento de novas epidemias e / ou endemias ou ainda demandas assistenciais como realização de exames laboratoriais, realização de curativo, assim são realizadas discussões temáticas para construção de políticas públicas que ao serem implantadas minimizem, controlem ou até mesmo elimine a raiz do problema.

Mediante a visita de campo fora realizado um grupo focal com cerca de oito cidadãos que aguardavam atendimento os quais sinalizaram que o atendimento realizado desde a portaria até a avaliação médica é satisfatório e a queixa comum é a demora para o atendimento médico em função da reduzida quantidade e especialidade desse profissional.

Ante o exposto, a Unidade de Pronto Atendimento Mãe Hilda Jitolú atende sua função elementar de urgência e emergência, além suprir de modo complementar o papel a ser desempenhado pelo Programa de Saúde da Família, qual seja prestar serviço de atenção básica a saúde através de equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação de modo preventivo.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de; PAIM, Jairnilson Silva. Saúde coletiva – teoria e prática. RJ: Med Book, 2014.

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2006.

BERTOLI FILHO, Cláudio. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996.

BORBA RIBEIRO, Valdir. Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2003.

CARVALHO, José Carlos Oliveira de. Orçamento Público: teoria e questões atuais comentadas. – 3ª. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

CARVANHA FILHO, Armando Orçar. Logística: novos modelos. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. Et al. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

LENZA, Pedro. Direito constitucional esquematizado. 16. ed.rev., atual.e ampl. São Paulo: Saraiva, 2012.

Licitações e contratos : orientações e jurisprudência do TCU / Tribunal de Contas da União. – 4. ed. rev., atual. e ampl. – Brasília : TCU, Secretaria-Geral da Presidência : Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2010.

MENTZER, Jonh.T.; STANK, Theodore .P.; ESPER, Terry L. Supply chain management e sua relação com a logística, marketing, produção e gestão de operações. Jornal de Negócios de Logística, 2008.

ROSA, Rodrigo de Alvarenga. Gestão logística. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, 2010. CAPES: UAB.

SANTOS, Gustavo Alves Andrade dos. Gestão de Farmácia Hospitalar. 3ª. ed. São Paulo: SENAC, 2006.

SILVA, Da José Afonso. Curso de direito constitucional positivo. 24. ed. rev., atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

TANAKA, Eduardo. Resumo de direito previdenciário/Eduardo Tanaka – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SESAB. Protocolo estadual de classificação de risco. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SILOS: Sistema de Logística em Saúde: guia do usuário / Ministério da Saúde. Secretaria- -Executiva. Departamento de Logística em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão e Planejamento Logístico em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Site pesquisado em 18/ 10/ 2014 às 17: 50:
<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAaWdGAK/historia-saude-publica-1920-1940>.

Site pesquisado em 19/ 10/ 2014 às 18: 40: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>

Site pesquisado em 20/ 10/ 2014 às 17: 00:
http://www.francymedia.byethost5.com/portalfrancymedia/francymedia_enfermagem/biblioteca/politicas-saude/politicas-publicas-saude-brasil.pdf

Site pesquisado em 20/ 10/ 2014 às 19: 25:
<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>

Site pesquisado em 20/ 10/ 2014 às 20: 00 <http://mps.jusbrasil.com.br/noticias/2063032/87-anos-lei-eloy-chaves-e-a-base-da-previdencia-social-brasileira>

Site pesquisado em 20/10/2014 às 17: 55: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento>

Site pesquisado em: 30/10/2015 às 20:20 <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/454-sas-raiz/dab/upa/11-upa/9667-documento-prioritario>.

WINSLOW, C.-E. A. The untilled fields of public health. *Science*, v. 51, n. 1306, Jan. 1920.

ANEXOS**Questionário – Pesquisa de Campo****Entrevistado:** _____**Local:** Unidade de Pronto Atendimento - UPA**1 – Qual é o nível ou porte da UPA ?**

UPA Porte I: tem de 5 a 8 leitos de observação. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.

UPA Porte II: 9 a 12 leitos de observação. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.

UPA Porte III: 13 a 20 leitos de observação. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

2 – Como é realizado o atendimento ao chegar na UPA?

É feito uma pré- triagem ? Sim Não

Existe classificação da necessidade do atendimento? Sim Não . Se sim de que maneira?

3- Quais critérios são utilizados para serem prestados os atendimentos?

4- Que tipo de atendimento é feito na UPA ? E qual a maior procura?

Urgência Emergência Outros citar

5 - Quais tipos de especialidades médicas tem essa Unidade?**6 – Qual o ente da federação é responsável pela manutenção da estrutura funcional da UPA?**

Município Estado União

7 – Qual a média de atendimento mensal realizada pela UPA?

8- A UPA realiza exames médicos?

Sim () Não (). Se sim, Quais?

9- Depois do atendimento realizado qual a orientação o médico fornece ao paciente?

() Eles pedem para o paciente voltar depois de algum tempo.

() Eles mandam buscar o tratamento em hospital.

() Outro Procedimento

10 - Os usuários reclamam ou dão alguma opinião a respeito do serviço de atendimento médico de urgência e emergência da UPA ?

() Sim () Não. De que maneira ocorre em caso positivo?

11 – Quem monitora a qualidade da prestação do serviço fornecida pela UPA:

12- Quais as etapas para compra de produtos e serviços feitos pela unidade?

13- Quais os setores responsáveis pela logística de compras de produtos para a manutenção UPA?

14- A UPA participa, através de algum funcionário, da elaboração de algum desses instrumentos?

() PPA () LDO () LOA () não participa.

15- Qual a importância da participação da UPA na construção desses instrumentos?

() Irrelevante.

() Importante, mas não indispensável.

() Muito importante, pois através da participação é possível melhorar o atendimento a população.

() Indispensável

16 – O que é planejado, no Planejamento Anual da UPA?

17- O planejamento realizado na UPA segue algum critério? Quais?

18 – Quem participa do planejamento anual?

19- Existe alguma monitoria ou controle das ações planejadas? Se sim, por quem?

20- O planejamento anual realizado pela UPA tem sido o suficiente para atender todas as demandas locais?

21- Quando começou a ser realizado o Planejamento Anual? Houve alguma mudança, comparando aos anos em que não existia?

22 - Como é feita a solicitação de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem? algum tipo de sistema?

23 - Como é solicitado a prestação dos serviços de laboratório?

24- Existe algum tipo de planejamento para a expansão da UPA , quanto a prestação de serviços médicos em outras especialidades?

25 – Em sua opinião, o que precisaria ter na Unidade ou melhorar o atendimento a população?

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Mês: SETEMBRO 2015

TOTAL FICHAS: 14

CAMPO	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	BRANCO	NULO
Atendimento Prestado pela Recepção	6	8	0	0	0	0
Atendimento Prestado pela Equipe de Classificação de Risco	4	4	2	0	2	2
Atendimento Prestado pela Equipe de Enfermagem	7	5	1	0	0	1
Atendimento Prestado pela Equipe Médica	7	5	2	0	0	0
Atendimento Prestado pelo Serviço Social	6	3	3	0	1	1
Atendimento Prestado pelos Maqueiros	4	2	1	1	0	6
Atendimento Prestado pelos Vigilantes	8	3	3	0	0	0
Serviço de Limpeza e higiene da Unidade	6	4	4	0	0	0

Porque escolheu a Unidade de Emergência Mãe Hilda Jitolu?

TOTAL	%
Próximo de casa	42,86
Bom atendimento	14,29
Única opção	7,14
Indicação de Amigo	7,14
Não respondeu	21,43
Nulo	7,14

PORCENTAGEM %	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	BRANCO	NULO
Atendimento Prestado pela Recepção	42,86	57,14	0,00	0,00	0,00	0,00
Atendimento Prestado pela Equipe de Classificação de Risco	28,57	28,57	14,29	0,00	14,29	14,29
Atendimento Prestado pela Equipe de Enfermagem	50,00	35,71	7,14	0,00	0,00	7,14
Atendimento Prestado pela Equipe Médica	50,00	35,71	14,29	0,00	0,00	0,00
Atendimento Prestado pelo Serviço Social	42,86	21,43	21,43	0,00	7,14	7,14
Atendimento Prestado pelos Maqueiros	28,57	14,29	7,14	7,14	0,00	0,00
Atendimento Prestado pelos Vigilantes	28,57	21,43	21,43	0,00	0,00	0,00
Serviço de Limpeza e higiene da Unidade	42,86	28,57	28,57	0,00	0,00	0,00

Figura 1- Resultado da pesquisa de satisfação realizado pela unidade.
 Fonte: Unidade de Pronto Atendimento – Curuzu.



Figura 2- Resultado da pesquisa de satisfação realizado pela unidade em gráficos.
 Fonte: Unidade de Pronto Atendimento – Curuzu.

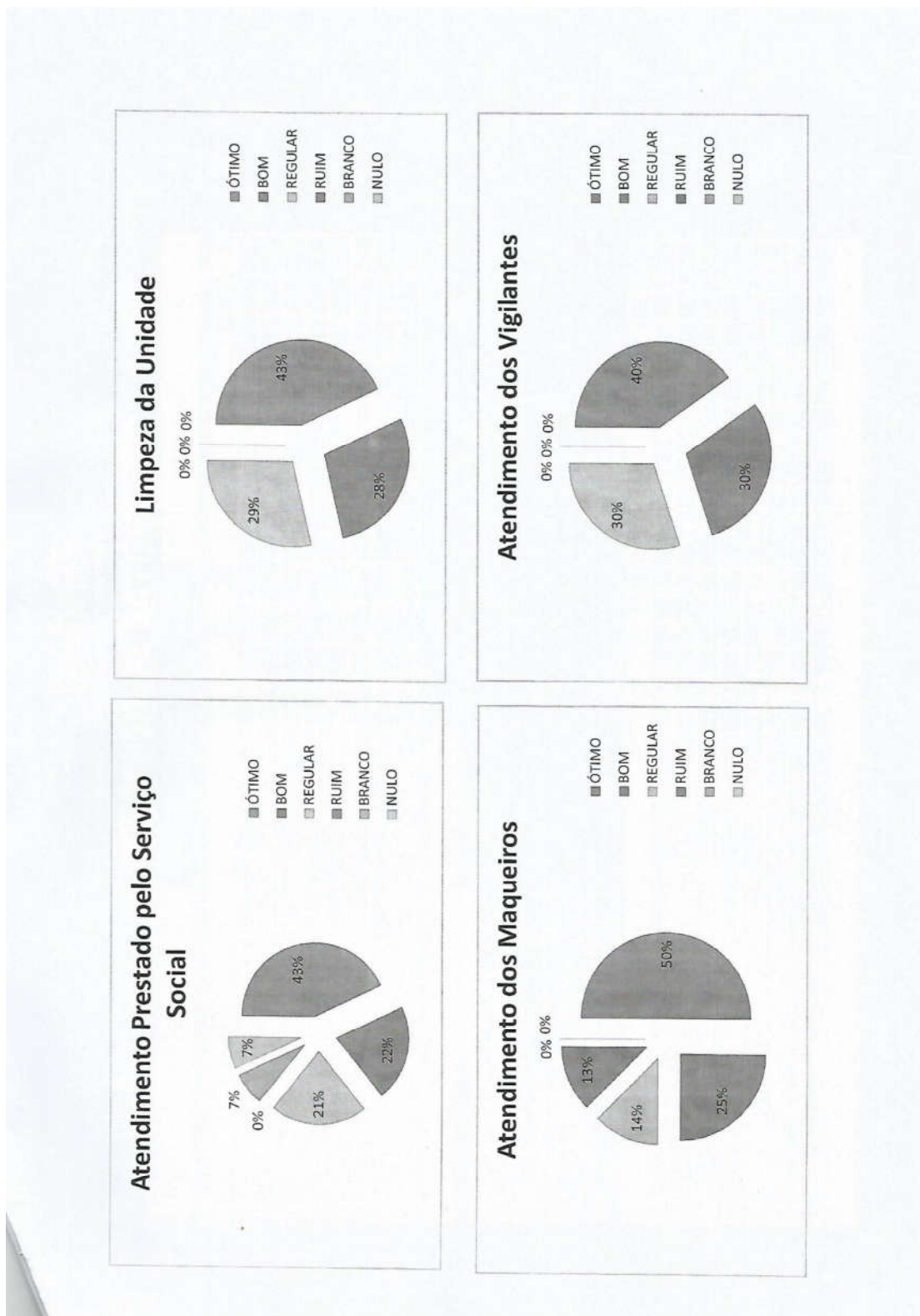


Figura 3- Resultado da pesquisa de satisfação realizado pela unidade em gráficos.
 Fonte: Unidade de Pronto Atendimento – Curuzu.



Figura 4 - Cartilha do SAME página 1
Fonte: Unidade de Pronto Atendimento – Curuzu.

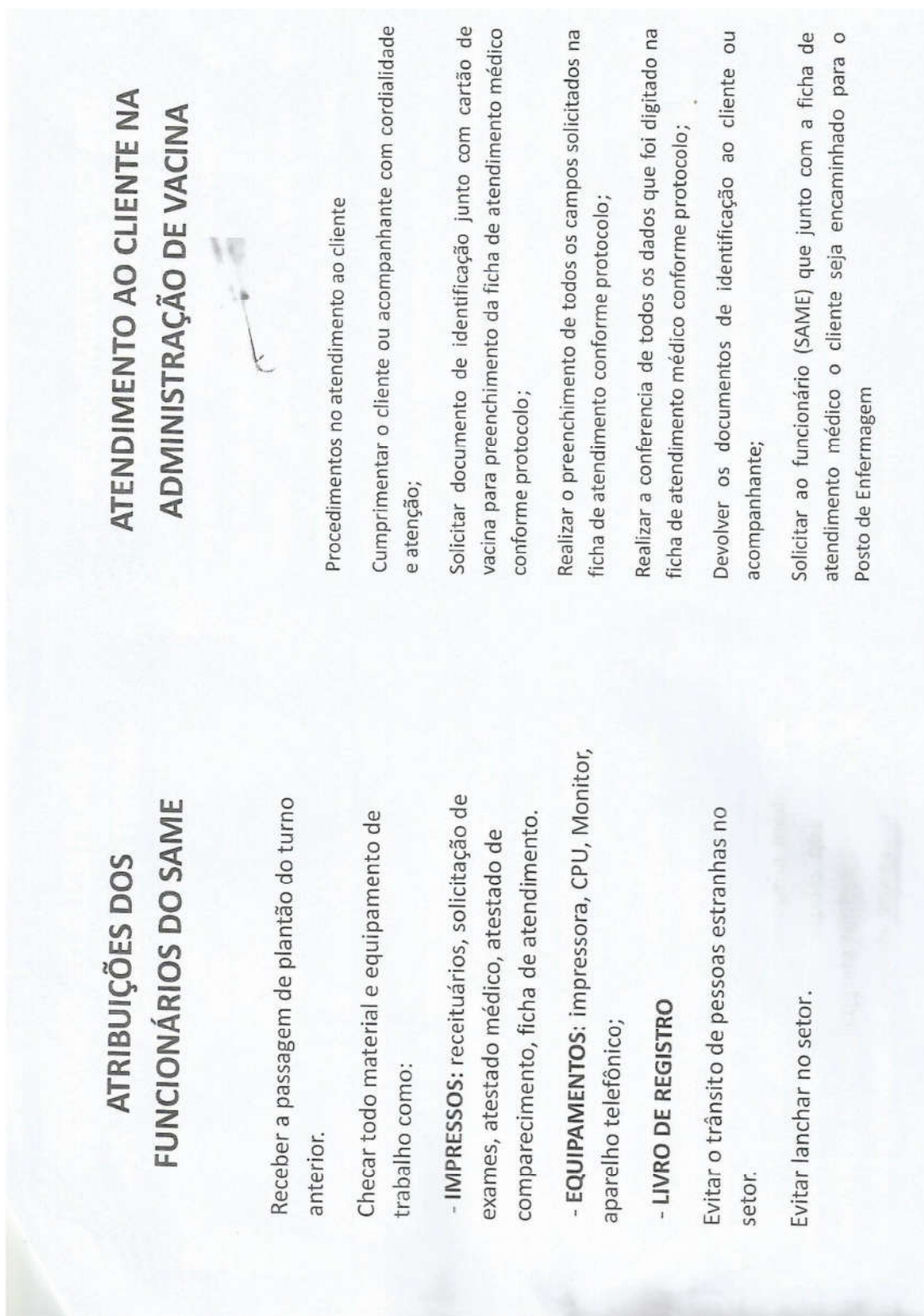



Figura 5 - Cartilha do SAME páginas 2 e 3.
 Fonte: Unidade de Pronto Atendimento - Curuzu

ATENDIMENTO AO CLIENTE NOS CASOS DE MEDICAÇÕES EXTERNAS



Solicitar documento de identificação junto com a receita médica ao cliente ou acompanhante;

Conferir os dados da receita médica como:

- Data de validade (30 dias a partir da data de emissão);
- Carimbo e assinatura do médico que emitiu a receita;
- Preencher a ficha de atendimento médico conforme protocolo caso a receita esteja dentro das normas exigidas;
- Informar ao cliente caso a receita médica não esteja dentro das normas exigidas que deverá retornar ao seu médico para retificação da receita assinatura do médico e data da receita.

PREENCHIMENTO DA FICHA DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

Cumprimentar o cliente ou acompanhante com cordialidade e atenção.

Solicitar documento de identificação para preenchimento da ficha de atendimento médico;

Realizar o preenchimento de todos os campos solicitados na ficha de atendimento.

Realizar a conferência de todos os dados que foram digitados na ficha de atendimento médico.

Devolver o documento de identificação ao cliente ou acompanhante.

Solicitar ao cliente que aguarde ser chamado inicialmente pela triagem equipe de enfermagem e depois para atendimento médico.

Entregar a ficha de atendimento médico ao funcionário responsável pelo encaminhamento do setor da triagem.

Figura 6 - Cartilha do SAME páginas 5 e 6.
Fonte: Unidade de Pronto Atendimento - Curuzu

ATENDIMENTO AO CLIENTE NOS CASOS DE SUTURA



O funcionário responsável (SAME) deverá encaminhar o cliente à sala de Sutura;

Solicitar documento de identificação ao cliente ou acompanhante;

Realizar o preenchimento da ficha de atendimento conforme protocolo;

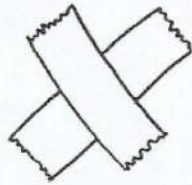
Devolver documentos de identificação ao cliente ou acompanhante;

Encaminhar ficha para consultório de acordo com a especialidade;

Comunicar a enfermeira e ao médico plantonista a existência do paciente na sala de sutura.

Informar ao cliente que logo será atendido.

ATENDIMENTO AO CLIENTE NOS CASOS DE CURATIVO



Solicitar documento de identificação ao cliente ou acompanhante;

Realizar o preenchimento da ficha de atendimento de acordo com o protocolo;

Devolver documento ao cliente;

Informar ao cliente o local onde será realizado o curativo;

Solicitar ao cliente que aguarde ser chamado para atendimento pela equipe de enfermagem;

Figura 7 - Cartilha do SAME páginas 7 e 8.
Fonte: Unidade de Pronto Atendimento - Curuzu



Acervo pessoal dos pesquisadores- Jose Moacir – Gestor da unidade
Fotografado pelos autores - 2016



Acervo pessoal dos pesquisadores - 2016
Discentes: Al, Súlivan e Miriam (direita para esquerda)



Acervo pessoal dos pesquisadores – 2016
 Cartaz informativo sobre a classificação de riscos na área externa.
 Fotografado pelos autores.



Acervo pessoal dos pesquisadores - 2016
Área externa, de espera do pré-atendimento.
Fotografado pelos autores.



Acervo pessoal dos pesquisadores - 2016
Área externa, de espera do pré-atendimento.
Fotografado pelos autores.



Acervo pessoal dos pesquisadores - 2016
Vista externa do prédio/Fotografado pelos autores.