

O PROCESSO DE CONSULTA EXTERNA PERCEPCIONADO  
PELO UTENTE E PELO HOSPITAL

Inês dos Santos Cunha

Projecto de Mestrado  
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora:  
Eng.<sup>a</sup> Generosa Gonçalves Simões do Nascimento,  
Assistente no Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional,  
ISCTE - IUL Business School

Maio 2011

# O PROCESSO DE CONSULTA EXTERNA PERCEPCIONADO PELO UTENTE E PELO HOSPITAL

Inês dos Santos Cunha

Projecto de Mestrado  
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora:

Eng.<sup>a</sup> Generosa Gonçalves Simões do Nascimento,  
Assistente no Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional,  
ISCTE - IUL Business School

Maio 2011

O PROCESSO DE CONSULTA EXTERNA PERCEPCIONADO PELO UTENTE  
E PELO HOSPITAL

**Inês dos Santos Cunha**

*“...as pessoas ganham um sentido de propósito se se aperceberem que estão a construir uma catedral (...) e não unicamente a carregar tijolos...”*

Campbell (1998)

## Resumo

A consulta externa apresenta-se como um dos principais serviços disponíveis no Hospital Visconde de Salreu (HVS). O conhecimento dos seus procedimentos, etapas e intervenientes torna-se um importante ponto de partida para a definição de acções que promovam a sua melhoria. Tal estudo passa igualmente pelo conhecimento da percepção dos seus utentes face ao desempenho das consultas externas. Neste sentido, e segundo dados de um estudo externo, os utentes do Hospital respondem com elevados níveis de satisfação ao processo de consultas externas. O questionar dos resultados leva-nos a elaborar o presente projecto com o intuito de descrever o processo de consultas externas, nomeadamente a trajectória do seu utente.

O estudo do processo de consultas externas teve como ponto inicial a construção do seu fluxograma representativo seguido da identificação e interligação dos respectivos pontos críticos. Para tal utilizaram-se as ferramentas *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) e *Stream Analysis*. Pela metodologia utilizada pretende-se identificar e compreender quais os aspectos críticos condicionantes do processo, com um intuito de promover a melhoria contínua e a pró-actividade do Hospital perante temáticas como a qualidade, eficiência e satisfação do utente.

Neste âmbito a metodologia de agendamento de consultas, definição de processo, gestão do atendimento, cultura de pontualidade dos diferentes colaboradores e o conseqüente acumular de utentes nas instalações do Hospital configuram-se como as principais lacunas do processo.

Do meu ponto de vista, a suplantação do conjunto de falhas identificadas passa pelo envolvimento de toda a organização na construção de procedimentos que visem a melhoria contínua, através da mudança de paradigmas culturais e de comunicação, orientados para o processo e utente.

Palavras-chave: Qualidade, Orientação para o processo, Satisfação do Utente.

## **Abstract**

An outpatient consultation is presented as one of the master services available in Visconde Salreu Hospital (HVS). The acknowledgment of their procedures, steps and participant becomes a very important starting point to define improving measures. Such study is equally recognized for its knowledge of the user's perception due to their performance in outpatient consultation. That way, and according to information collected in an external study, the hospital patient's answer to high levels of satisfaction in their outpatient consultation process. Questioning results will lead us to engage the present project with the purpose of describing the outpatient consultation process, particularly the patient path.

The study of the outpatient consultation process had as the initial point the construction of a representative flow chart followed by identification and connection to their particular critical points. In order to study the obtained data, we used the *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) and *Stream Analysis* tools. For the used methodology we aim to identify and understand which the critical aspects are and how are they reluctant in the process, in order to promote the constant improving and the pro-activity of the hospital though themes like quality, efficiency and patient satisfaction.

In the consultation scheduling methodology, process definition, public attendance management, punctuality culture by the different collaborators and subsequent accumulation of patients in the Hospital facilities are perceived as being the major gaps in the process.

In my point of view , in order to overcome the set of issues identified, we must involve the entire organization in the construction of procedures that point out the continuous progress, by changing the cultural paradigms which are oriented to the process and the patient.

Key words: Quality, Orientation in the process, User satisfaction

## **Agradecimentos**

O trabalho que se apresenta contou com o empenhamento de várias pessoas que, a diferentes níveis, viveram e partilharam comigo os processos de investigação e de escrita desta dissertação. Com efeito, contei com o apoio e colaboração que directa ou indirectamente me apoiaram e apoiaram e assumiram grande importância no desenho, desenvolvimento e concretização deste estudo.

Assim começo por endereçar um agradecimento muito especial à minha orientadora, Professora Generosa do Nascimento, pela disponibilidade demonstrada, pelos ensinamentos teóricos e práticos, orientações prestadas e incentivo durante todo o processo de elaboração deste estudo.

Agradeço também ao Dr. Pedro Almeida, como Presidente do Conselho de Administração do Hospital Visconde Salreu pela colaboração prestada durante a realização do trabalho e disponibilidade de meios e recursos necessários; aos colaboradores do Hospital Visconde Salreu pela amabilidade, abertura e disponibilidade, aquando da realização de entrevistas/reuniões para recolha e diagnóstico do processo em estudo.

O meu agradecimento também aos responsáveis da empresa Tempo-Team Recursos Humanos, empresa no qual laboro, pela compreensão, disponibilidade e flexibilidade demonstrada perante as solicitações próprias exigidas pelo Mestrado frequentado.

Estou igualmente grata aos meus familiares e amigos, ao Tiago, pela compreensão, dedicação, apoio incondicional, incentivo e motivação essencial para a efectivação do presente Projecto.

# Índice

Resumo .....	ii
Abstract.....	iii
Agradecimentos .....	iv
1 Introdução .....	1
2 Quadro Teórico .....	3
2.1 As Organizações de Saúde.....	3
2.1.1 O sector da saúde analisado numa óptica económica.....	4
2.1.2 As organizações .....	5
2.1.3 A Estrutura das Organizações de Saúde .....	7
2.2 Qualidade em Saúde .....	11
2.2.1 A importância da qualidade.....	11
2.2.2 O conceito de Qualidade – As diferentes abordagens do conceito.....	12
2.3 Eficácia e eficiência em saúde .....	19
2.3.1 A Eficácia .....	20
2.3.2 Eficiência .....	22
2.4 A satisfação do utente .....	28
2.4.1 Ouvir o utente (VOC) .....	29
3 Metodologia .....	33
4 O Hospital Visconde de Salreu.....	34
5 Resultados.....	37
5.1 A qualidade percebida e satisfação do utente do Hospital Visconde Salreu .....	37
5.1.1 Resultados das Consultas Externas.....	38
5.2 O fluxograma .....	44
5.3 A lista de espera.....	44
5.4 FMEA .....	46
5.5 Stream analysis .....	51
6 Discussão de Resultados.....	57
6.1 As falhas – chave do processo .....	60
7 Projecto de Melhoria.....	65
8 Conclusão.....	71

Bibliografia.....	74
Anexos.....	80
Anexo 1 – Fluxograma representativo do processo do trajectória do utente de consulta externa do HVS.....	80
Anexo 2 – Análise FMEA do processo de trajectória do utente de consulta externa do HVS.....	84
Anexo 3 – Stream Analysis.....	90
Anexo 4 – Lista de espera/Nº de pedidos de consulta externa do HVS entre Janeiro de 2010 e Janeiro de 2011.....	100
Anexo 5 - Linhas orientadoras de entrevista/reunião ao serviço de consulta externa de cirurgia geral.....	108
Anexo 6 – Projecto de Melhoria arquitectado no Microsoft Office Project.....	109

## **Índice de Gráficos**

<b>Gráfico 1</b> – A Imagem Organizacional do HVS.....	39
<b>Gráfico 2</b> – O Processo de Admissão de Consultas Externas.....	39
<b>Gráfico 3</b> – A Qualidade das Instalações do HVS.....	40
<b>Gráfico 4</b> – A Qualidade apercebida dos Médicos.....	40
<b>Gráfico 5</b> – A Qualidade apercebida dos Enfermeiros.....	41
<b>Gráfico 6</b> – Avaliação do Tempo de Espera.....	42
<b>Gráfico 7</b> – A Satisfação do utente do HVS.....	42
<b>Gráfico 8</b> - A Lealdade do utente do HVS.....	43
<b>Gráfico 9</b> - Fluxograma síntese do processo da trajectória do utente de consulta externa.....	44
<b>Gráfico 10</b> – Relação entre tempo de espera e número de pedidos de consulta, na especialidade médica de Cirurgia Geral.....	46
<b>Gráfico 11</b> – Análise, por categoria profissional, das falhas identificadas no processo.....	50
<b>Gráfico 12</b> – Nível de RPN das falhas do processo.....	51
<b>Gráfico 13</b> – Categorização das falhas do processo.....	53

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Configurações estruturais de Mintzberg (2004) .....	8
<b>Tabela 2</b> – Serviços disponíveis no HVS. ....	35
<b>Tabela 3</b> - Dados das Consultas Externas do HVS.....	36
<b>Tabela 4</b> – Falhas identificadas, por etapa, ao processo de consulta externa. ....	47
<b>Tabela 5</b> – Categorização das falhas do processo.....	52
<b>Tabela 6</b> – Relações de causalidade entre as falhas integrantes do processo .....	55
<b>Tabela 7</b> – Acções de melhoria para o ponto crítico “Metodologia de agendamento de consulta” .....	67
<b>Tabela 8</b> - Acções de melhoria para o ponto crítico “Descoordenação de consultas externas e consultas de enfermagem” .....	68
<b>Tabela 9</b> - Acções de melhoria para o ponto crítico “Definição de Processo” .....	69
<b>Tabela 10</b> - Acções de melhoria para o ponto crítico “Cultura de Pontualidade” .....	70

## 1 Introdução

As Organizações de Serviços de Saúde (OSS), nomeadamente os Hospitais, compreendem-se como sendo das organizações da sociedade moderna mais complexas dado, por um lado, pelo conjunto de finalidades que dispõe e por outro pela divisão de trabalho extremamente aturada e pela refinada gama de aptidões técnicas que lhes confere problemas de coordenação e autoridade (Matos e Ramos, 2009). Neste pressuposto, e segundo a teoria da estrutura das organizações defendida por Mintzberg (2004), as OSS apresentam uma estrutura estandardizada pelas qualificações dos seus elementos, no qual o seu Centro Operacional assume o importante papel para produzir os resultados da organização. Conceptualizado as OSS enquanto “Burocracias Profissionais” (*ibid.*) o modo como o Centro Operacional se coordena e age com as diferentes estruturas da organização, pode ser factor determinante na definição do seu modo de funcionamento.

No seguimento das questões internas de coordenação e de gestão do fluxo de trabalho surgem, em contexto actual, segundo perspectiva de Ribeiro (2009), as dificuldades económicas associadas ao sector da saúde, seja pelo aumento da sua despesa, pela conjuntura demográfica e política, ou pelas demais questões associadas, o que confere maior pressão às OSS na gestão dos pressupostos internos e externos. Nesta linha de pensamento não se pode descurar a importância da visão económica que alerta para a necessidade de optimização dos recursos.

Empiricamente associada, surge a temática da qualidade. A definição de qualidade de saúde sugere um conjunto de ensinamentos, aspectos-chave, etapas e procedimentos com vista à sua implementação, que lhe conferem uma conduta de melhoria contínua dos processos do Hospital. As motivações pelas quais as OSS avançam para um processo de qualidade e melhoria contínua serão adaptados aos seus objectivos. No entanto e independentemente dos seus pressupostos, o processo de melhoria contínua é único a cada organização. Nesse sentido, MacDonald (cit. Lopes et al, 2007) refere que o processo de implementação da melhoria contínua não deverá ser solicitado mas construído para a organização, segundo a especificidade da mesma, salientando que o sucesso do processo depende também da forma como é executado e gerido.

Integrante à implementação de um processo de qualidade em saúde está inevitavelmente o utente. Moulin (2002) refere que as organizações de saúde devem abordar metodologias de gestão em que o ponto principal seja o utente e a satisfação das suas

necessidades não descurando, simultaneamente, da optimização do seu próprio desempenho. Assim, o autor refere o foco no utente e utilizadores do serviço como um dos conceitos fundamentais à qualidade. O conhecimento das necessidades do utente é importante para adaptar os procedimentos, meios técnicos e humanos necessários que garantam que as mesmas sejam fornecidas.

Posto isto, o ponto de partida do presente projecto do prende-se com o estudo elaborado pelo ISEGI, solicitado pela ACSS que avalia nos diferentes Hospitais a satisfação do utente segundo um conjunto de valências e indicadores. Tais resultados, no HVS, demonstraram-se como positivamente acima da média.

No Hospital em estudo, o processo de consultas externas assume um importante posicionamento na actividade do mesmo, sendo oportuno a avaliação do referido processo. Ao procurar afastar a expressão de que determinado procedimento “faz-se porque sempre assim se fez” (Matos e Ramos, 2009), o projecto aborda as etapas integrantes do processo sob a sua análise detalhada e crítica, no sentido de propor medidas de melhoria.

Assim, e perante a percepção do próprio Hospital de que existiam aspectos no processo de consultas externas que careciam de eficiência, elaborou-se o presente projecto com o propósito de identificar, nesse processo, os pontos críticos que contribuiriam para tal. Na identificação de factores críticos ter-se-á em consideração a perspectiva do Hospital.

Nesta sequência foram definidos como objectivos operacionais a descrição do processo através da construção, pelos elementos do Hospital, do seu fluxograma representativo. A este procedimento, seguiu-se a realização de entrevistas, cujo enfoque se centrou na identificação, análise e reflexão dos factores críticos percebidos pelo Hospital face o processo de consultas externas. No estudo dos dados utilizaram-se as ferramentas de gestão *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) e *Stream Analysis*.

## 2 Quadro Teórico

### 2.1 As Organizações de Saúde

“A Saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”<sup>1</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*) a saúde constitui-se como parte integrante da vida do ser humano e não como condicionante da mesma, sendo um conceito positivo que reforça os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Sendo a saúde considerada um direito universal a mesma está igualmente definida pela Constituição da República Portuguesa no seu artigo 64º, 1 que refere que a saúde é, antes de mais, um direito e um dever, direito pela sua protecção, e dever de a “defender e promover”. A protecção, pelo Estado, da saúde dos seus cidadãos tornou-se um imperativo político e moral dada a expectativa gerada ao longo das diferentes gerações e pela necessidade de permitir o acesso, geralmente dificultado, dos mais pobres a cuidados médicos de qualidade (Ribeiro, 2009). No mesmo modo, o cidadão tem igualmente um papel fulcral na defesa e promoção da sua saúde, sendo da sua responsabilidade individual zelar pela mesma.

A temática Saúde ganha ainda mais terreno e projecção numa era em que os custos a si associados são foco de interesse de cidadãos, Organizações de Saúde, Governos e Organizações Mundiais. É um facto que os custos em saúde estão sob um crescimento exponencial e que as condições demográficas, sociais e económicas não tendem a contribuir para o seu abrandamento, colocando o sector numa posição delicada, economicamente. Sob este ponto Friedman (cit. Ribeiro, 2009:23) sublinha que “o rápido avanço da ciência na medicina, o importante crescimento dos gastos, seja em termos de inflação da capitação simples, seja pela fracção crescente da parcela que a saúde representa no PIB dos países, bem como uma crescente insatisfação com a prestação de cuidados de saúde, quer por parte dos utentes como dos próprios médicos e demais prestadores de cuidados”.

O aumento da esperança média de vida é um desafio global à gestão em saúde. Os números publicados pelo *Eurostat* (cit. Ribeiro, 2009) divulgado em Agosto de 2008 são preocupantes, referindo que em 2035 um em cada quatro portugueses terá mais de 65 anos e que o ano próximo de 2015 apresentará valores de taxa de mortalidade superiores ao de natalidade. Procura-se actualmente viver mais e melhor, o que não depende, no entanto, apenas do acesso a serviços de saúde. A genética, nutrição, ambiente, higiene, qualidade de

---

<sup>1</sup> O conceito de Saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde em 1946 mantém-se actualmente em vigor, segundo informação da página oficial online da entidade supra.

habitação, entre outros são preponderantes na criação de qualidade de saúde (cf. Ribeiro, 2009). A evolução da medicina e tecnologia levam a maiores níveis de exigência na resistência à doença apesar das evidências científicas entre causa e efeito. O envelhecimento é algo que não pode ser evitado. Melhores cuidados com a saúde prolongam o tempo de vida mas geram novas doenças que exigem diferentes necessidades. Tais cuidados têm associados custos mais elevados. É neste ponto que Ribeiro (*ibid.*:24) enuncia um estranho paradoxo: “melhoramos as condições de saúde para viver mais anos, mas adquiridos mais doenças crónicas, mais patologias complicadas e mais elevados custos de manutenção de qualidade de vida”.

O ciclo gerador de actividades relacionadas com a Saúde leva à sua discussão para além da vertente médica, política e económica. É actualmente uma temática de todos os *stakeholders* associados ao sector, mas acima de tudo, é uma temática de cidadania.

### **2.1.1 O sector da saúde analisado numa óptica económica**

O sector da saúde partilha características comuns aos outros sectores económicos. No entanto a sua especificidade leva-nos a considerar o sector da saúde como um sector especial, sendo a sua análise económica distinta dos demais.

Ribeiro (2009) refere que numa primeira abordagem de diferenciação do sector temos o poder de decisão e de escolha pelo utente. O utente, ainda antes de ser considerado “doente”, procura cuidados de saúde em estado de necessidade que o coloca numa frágil posição. Débil física e psicologicamente o utente não tem conhecimentos suficientes que lhe permitam tomar decisões. É neste âmbito que surge o conceito de assimetria de informação em que numa relação, uma das partes tem informação mais relevante do que a outra. O médico, aquando da avaliação do estado de saúde do utente, tem mais informação sobre as necessidades do utente do que o próprio. Neste sentido o utente segue e confia no conselho médico, criando assim uma relação de dependência para com o mesmo.

Um outro aspecto, ainda que relacionado com a assimetria de informação está na relação no qual o prestador se transforma em prescriptor indicando ao utente qual a terapêutica a seguir. O utente perante a dependência criada realiza o prescrito. O factor especial do sector saúde está no facto de quem presta o serviço é simultaneamente quem o recomenda e prescreve. As implicações desta relação em cadeia é no entanto alvo de uma série de componentes éticas e humanas no qual a prescrição ou conselhos dados são de componente frágil, dado se tratar da saúde e bem-estar do indivíduo.

A terceira componente no qual o sector da saúde difere está no facto de existir um “terceiro pagador”, no qual os custos de cuidados de saúde do indivíduo são suportados maioritariamente pelo Estado, por subsistemas ou por seguros de saúde. As taxas moderadoras, ou seja a parte por si suportada tem uma contribuição para os custos reais reduzida, sendo o seu objectivo “desincentivar” o consumo. Deste modo, o utente acaba por não ter a real percepção dos custos efectivos do seu tratamento médico.

As três componentes indicadas tem uma base comum, base essa que melhor caracteriza o sector da saúde: a incerteza. Barros (2006:24) refere que “se algo que existe, persista e envolva o sector da saúde é a incerteza: incerteza no momento em que se necessita de cuidados médicos, incerteza quanto ao custo desses cuidados médicos, incerteza quanto ao estado de saúde, incerteza quanto ao tratamento adequado, incerteza quanto ao efeito de um tratamento, etc.” A incerteza em saúde gera, numa óptica económica a criação de novos mercados, tais como os seguros de saúde, no sentido de cobrir os riscos associados à incerteza.

Posto isto, a economia tem um papel importante no estudo dos recursos, por si escassos, e na afectação dos mesmos às necessidades das Instituições.

### **2.1.2 As organizações**

Cada área de actuação tem a si associadas organizações que são o espelho do sector cujas características estruturais, financeiras, de gestão, de recursos humanos, de cultura entre outros alicerçam o seu funcionamento eficaz. Uma organização define-se como um conjunto de pessoas em interacção, enquadrada por um meio aos quais está associada uma estratégia, em que os seus elementos estão agregados em sistemas e subsistemas (Silva, 2009). Transpondo o conceito para o sector em estudo, uma Organização de Serviços de Saúde (OSS) é o somatório da organização (como sistema e não como entidade jurídica) e do conjunto de comportamentos direccionados para um objectivo específico: promoção da saúde para uma determinada comunidade.

Para o presente estudo, a Organização de Saúde de referência é um Hospital. Numa óptica geral o Hospital pode ser definido como o local onde as pessoas doentes recebem tratamento médico, sendo no entanto uma definição incompleta numa óptica de gestão. Como refere Matos e Ramos (2009) um Hospital é algo de complexidade superior dada as diversas valências constituintes do mesmo: internamento, urgência, consulta externa, meios complementares de diagnostico e terapêutica, cirurgia de ambulatório e hospital de dia. Ainda que nem todos os Hospitais tenham todas as valências enunciadas, abarcam grande parte

delas. Em complemento o Hospital necessita igualmente de garantir todos os mecanismos de cariz hoteleiro como a alimentação, limpeza, controlo de infecção e segurança de pessoas e bens. Para que toda a estrutura funcione são necessários recursos humanos com formação diversificada para albergar as diferentes áreas de funcionamento do Hospital. Assim, citando Robert Wilson<sup>2</sup> pode-se afirmar que “Os Hospitais colocam-se entre as mais complexas organizações da sociedade moderna e caracterizam-se por uma divisão de trabalho extremamente aturada, bem como por uma refinada gama de aptidões técnicas. O grande hospital procura preencher um conjunto de finalidades principalmente o tratamento de doentes, o de hotel, de centro de prestação de cuidados médicos, de laboratório e de universidade, em virtude da alta especialização das suas actividades, executadas por um vasto corpo de pessoal profissional e técnico, o grande hospital enfrenta problemas muito sérios de coordenação e autoridade”

Aos factores de gestão vem acrescer um novo desafio – o dos valores comportamentais da sociedade. Neste âmbito é possível destacar uma alteração de paradigma na relação interpessoal e organizacional da actuação médica. A tradicional relação entre médico e paciente em simples unidades hospitalares dão actualmente lugar a estruturas complexas, apoiadas em tecnologia e funcionáveis sob equipas multidisciplinares. Este novo paradigma de actuação no sector da saúde surge da expansão dos cuidados de saúde a um número cada vez maior de utentes. Fragata e Martins (2008) afirmam que este cenário de “Medicina de Massas” traz consigo uma cultura de exigência: exige-se justiça, exige-se optimização de recursos e exige-se qualidade.

Neste contexto e para compreender melhor o funcionamento das organizações de saúde Kelly (2003) refere os pressupostos indicados pela *Innovation Associates* em que compara as organizações a um iceberg em que 90% da massa encontra-se debaixo de água. Deste modo a metáfora sugere que numa organização, 90% da mesma não é visível à maioria dos observadores. São estes 90% a força de uma organização. A parte invisível do iceberg representa a essência da organização: o seu modo de funcionamento, a sua cultura, os seus processos e a sua estrutura e é aí que reside a dificuldade de mudar. Importa então estudar a organização segundo uma amplitude dinâmica e profunda a fim de perceber o impacto das suas características no seu modo de funcionamento.

---

<sup>2</sup> Citado por Nogueira da Rocha (1997) em Matos e Ramos (2009)

### **2.1.3 A Estrutura das Organizações de Saúde**

Estudar a Estrutura das Organizações remete-nos inevitavelmente para Mintzberg (2004), considerado um dos escritores mais influentes na área da gestão, nomeadamente de estratégia. Toda a organização congrega pessoas e tarefas e, independentemente do seu ramo de actividade necessita de as conjugar de forma a atingir resultados. Assim, é necessário alocar pessoas a tarefas e é aí que qualquer organização tem duas exigências fundamentais: a divisão de tarefas e coordenação das mesmas. Posto isto Mintzberg (2004) assume cinco mecanismos de coordenação: ajustamento mútuo, supervisão directa, standardização dos processos de trabalho, standardização dos resultados e standardização das qualificações.

Dos mecanismos de coordenação explanados, a standardização por qualificações é aquela cuja presença está demarcada nas OSS. Ao trabalharem em conjunto diversas categorias profissionais, e pela formação e conhecimentos adquiridos cada um sabe exactamente o que esperar do outro. Assim, a standardização das qualificações de cada profissional assegura o essencial da coordenação.

De acordo com o autor acima referenciado e, segundo espelhado na Tabela 1, em que refere que os diferentes mecanismos de coordenação dão origem a 5 estruturas organizacionais: (i) o centro operacional, (ii) o Vértice Estratégico, (iii) a tecnoestrutura, (iv) o pessoal de apoio (v) e a ideologia organizacional. Das estruturas organizacionais apresentadas, o Centro Operacional é a que melhor caracteriza uma OSS, sendo considerado parte crucial da mesma no qual se produzem os resultados que a mantém viva. Sendo a actividade de um Hospital a prestação de cuidados de saúde aos utentes, esta assume um carácter básico mas fulcral. Os utentes que o Hospital recebe, bem como as respectivas consultas, Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica (MCDT), tratamentos, cirurgias ou outras terapêuticas realizadas são a fonte de actividade do mesmo. Tais actividades são realizadas pelo Centro Operacional, ou seja pelos profissionais de saúde especializados em diferentes áreas que, em conjunto, assumem o controlo e desenrolar das tarefas do dia-a-dia. É o Centro Operacional (contando com o apoio da restantes estrutura da Organização) que garante que a actividade de um Hospital, tratamento de utentes se realize, sendo assim considerada o motor do mesmo. O modo de funcionamento desta estrutura está directamente relacionado com o mecanismo de coordenação standardização pelas qualificações – no qual os trabalhadores comunicam e organizam tarefas pela sua categoria profissional e respectiva qualificação.

<b>Configuração Estrutural</b>	<b>Principal mecanismo de coordenação</b>	<b>Parte-chave da organização</b>	<b>Tipo de descentralização</b>
Estrutura Simples	Supervisão directa	Vértice estratégico	Centralização horizontal e vertical
Burocracia Mecanicista	Estandarização dos processos de trabalho	Tecnoestrutura	Descentralização horizontal limitada
Burocracia Profissional	Estandarização das qualificações	Centro Operacional	Descentralização horizontal e vertical
Estrutura Divisionalizada	Estandarização dos resultados	Linha hierárquica	Descentralização vertical limitada
Adhocracia	Ajustamento Mútuo	Funções logísticas	Descentralização selectiva

**Tabela 1** – Configurações estruturais de Mintzberg (2004)

No mesmo seguimento, a definição da estrutura de uma organização traz a si a questão da responsabilidade e poder: como está hierarquizado e quem o gere. Assim, Mintzberg (2004) defende que o poder pode estar centralizado ou descentralizado. Diz-se que uma estrutura organizacional é centralizada quando os poderes de decisão pertencem a um ponto único da organização, ou, em última análise num único indivíduo. Por outro lado, uma estrutura é descentralizada quando o poder de decisão se encontra distribuído por vários elementos da organização. O termo descentralização pode ser utilizado de três formas: descentralização vertical, horizontal e selectiva. Na descentralização horizontal e vertical, o poder de decisão reúne-se essencialmente no centro operacional, uma vez que os colaboradores são profissionais especializados e o trabalho a realizar é coordenado pela estandarização das qualificações. Esta é claramente a configuração das OSS. O poder reside essencialmente na base da hierarquia, pelo que descentralizada verticalmente. Horizontalmente encontra-se igualmente descentralizada dado que o poder está atribuído a não-gestores, sendo eles os operacionais, os que efectuem as tarefas básicas do dia-a-dia. Assim, o poder reside na base da hierarquia a qual poderíamos, numa outra teoria organizacional, inverter, valorizando assim o real poder dos operacionais nas OSS.

Assim, segundo a concepção de Mintzberg (2004), a articulação entre mecanismos de coordenação, parte chave da organização e tipo de descentralização dará origem à configuração estrutural representativa da Organização. Esta assume cinco formas: (i) estrutura simples, (ii) burocracia mecanicista, (iii) burocracia profissional, (iv) estrutura divisionalizada e (v) *adhocracia*, representadas na Tabela 1.

Das cinco configurações estruturais a Burocracia Profissional é a configuração que se adequa às OSS. A Burocracia profissional é uma configuração estrutural no qual o poder é

atribuído ao centro operacional, pela standardização das qualificações. A caracterização da Burocracia Profissional será explanada de forma mais detalhada nos pontos abaixo.

### ***2.1.3.1 A Burocracia profissional***

As Organizações de Serviços de Saúde (OSS) são “organizações de serviços humanos” (Pinelle e Gutwin, 2006), pelo que o capital humano é parte integrante e fundamental da mesma. Segundo Hasenfeld (cit. Pinelle e Gutwin, 2006) as organizações de serviços humanos “são as organizações cuja principal função é proteger, manter ou melhorar o bem-estar dos indivíduos, através da definição, formação ou alteração dos seus atributos pessoais”. Segundo o mesmo existem duas características que distinguem estas organizações das demais: (i) as pessoas são a matéria-prima da organização, as quais procuram moldar e definir os seus atributos; (ii) as organizações têm a seu cargo promover o bem-estar das pessoas que servem.

Sendo organizações de serviços humanos, os profissionais de saúde gerem as suas actividades em torno do utente. Assim, e segundo as configurações estruturais acima apresentadas as OSS assumem a forma de Burocracia Profissional, dado que o desenrolar da sua actividade assenta nos seus profissionais de saúde - o Centro Operacional. Este é constituído por profissionais especializados cujas apetências são fruto de vários anos de formação, o que lhes confere uma posição de autonomia no desenrolar das suas funções. Os procedimentos associados são de difícil aprendizagem, sendo no entanto bem definidos. Estas características definem o ambiente de uma OSS como complexo, devido à exigência de aprendizagem de procedimentos, mas ao mesmo tempo estável dadas as competências bem definidas. Estes factores conferem aos profissionais adaptabilidade com o ambiente organizacional.

O Centro Operacional é gerido segundo a standardização de qualificações no qual os profissionais são altamente especializados, formados e socializados. Os profissionais segundo este paradigma têm controlo e autonomia no próprio trabalho e consequentemente do centro operacional. Aí os profissionais trabalham segundo uma dimensão horizontal mas alargado na dimensão vertical, ou seja descentralizada o que significa que têm uma margem de manobra considerável no controlo do seu próprio trabalho, realizado de forma independente dos colegas, mantendo no entanto a proximidade com os clientes.

Pela importância associada a uma organização configurada segundo a Burocracia Profissional, o Centro Operacional não tem necessidade, pela autonomia conferida aos profissionais de estabelecer linhas hierárquicas complexas dado não existir a necessidade

directa de supervisionar o que sugere a existência de unidades grandes mas com poucos dirigentes. É assim, uma estrutura descentralizada segundo uma dimensão horizontal e vertical.

A autonomia conferida ao profissional tem origem na dificuldade em supervisionar tarefas complexas por um lado, e por outro pela elevada procura dos seus serviços. Este facto leva os profissionais a criarem uma forte relação com a sua profissão e não tanto com a organização, dado que os meios necessários à execução da sua actividade são semelhantes ao universo de organizações. O que as distingue nesta óptica, é o modo como permite que os profissionais evoluam na sua actividade.

Mintzberg (2004) refere que os elevados níveis de autonomia associados à Burocracia Profissional permitem que os profissionais se foquem exclusivamente nas suas funções e no aperfeiçoamento das suas competências, sem interferências. No entanto tal autonomia gera igualmente questões adversas resultado da não supervisão fora da profissão em questões práticas como a detecção e correcção do erro ao qual os profissionais tendencialmente preferem “fechar os olhos”. Geram-se assim problemáticas à Burocracia Profissional de coordenação, autonomia e inovação. O primeiro alerta para a necessidade de estabelecer mecanismos de coordenação, ao invés de comportamentos de superioridade entre o apoio logístico e os profissionais a fim de evitar um conflito interno entre o poder vertical e o horizontal. O segundo, os problemas de autonomia, surge da dificuldade de gestão de personalidades dado que cada profissional exerce a sua profissão de acordo com as normas da mesma, não obstante de ser indivíduo com personalidade e comportamentos distintos que podem entrar em choque com os demais profissionais que exercem a mesma função ou complementares. A terceira problemática reside da dificuldade de inovar numa Burocracia Profissional dada a mesma ser inflexível para a inovação em contraposto com a estandardização de processos e resultados.

Sendo um dos objectivos primordiais das organizações de saúde garantir a prestação de cuidados médicos com qualidade, de forma eficiente e com isso alcançar níveis de satisfação dos utentes, as organizações terão de gerir a sua estrutura em torno desse propósito, reforçando o papel do Centro Operacional. A prestação de cuidados de saúde é da responsabilidade directa da equipa médica, sendo que à gestão cabe avaliar quais os meios necessários para cumprir com a missão hospitalar: prestar cuidados de saúde de qualidade a todos os que recorrem à unidade hospitalar. Posto isto verifica-se nas organizações de saúde uma dualidade hierárquica paralela: uma para os profissionais caracterizada pela competência

e de natureza democrática e outra para as funções de apoio, assente na autoridade de posição e de natureza burocrática mecanicista.

## **2.2 Qualidade em Saúde**

As últimas décadas são testemunhas da aceitação e emprego da “qualidade” no sector dos serviços, sendo encarada como ferramenta de crescimento, sucesso e sobrevivência perante um ambiente altamente competitivo (Sahney, cit. Yesilada *et al.*, 2009).

Uma das definições de qualidade avançada pela *International Organization of Standards* (cit. Honoré *et al.*, 2011) refere-a como “o conjunto de características de um produto ou serviço que se baseia na sua habilidade de satisfazer as necessidades regulamentadas inerentes”. Neste sentido e por revisão literária, o ponto de partida na definição de medidas que promovam a qualidade, vai no sentido das seis medidas definidas pelo *Institute of Medicine*<sup>3</sup> ao qual se acrescentaram três, perfazendo assim nove (Honoré *et al.*, 2011): orientação para a população, equidade, pró-actividade, promoção de saúde, redução de risco, vigilância, transparência, eficácia e eficiência. No mesmo sentido, foram definidas seis áreas prioritárias de actuação: (i) informação tecnológica e estatística de saúde da população, (ii) práticas baseadas na evidência, investigação e avaliação, (iii) sistemas de pensamento, (iv) sustentabilidade e administração, (v) política e (vi) pessoal e educação.

As medidas indicadas e áreas de actuação definidas internacionalmente geram pressão junto das OSS que além dos desafios internos de coordenação, enfrentam um conjunto de pressões externas que as “obrigam” a aplicar mecanismos de qualidade e eficiência para fazer face às exigências diárias. Por conseguinte nas últimas duas décadas, a título de exemplo Lloyd (2004) refere que se transitou de uma relação de confiança e cumplicidade entre médico e doente para um clima de tensão entre os que prestam os cuidados de saúde, os que o recebem e quem os paga. Deste modo os profissionais de saúde são chamados não só a explicar os seus procedimentos mas também a demonstrar através de dados a sua performance.

### **2.2.1 A importância da qualidade**

Moulin (2002) defende que a qualidade é relevante por três motivos: (i) é importante para os pacientes e utilizadores do serviço, (ii) é importante para os colaboradores e (iii) contribui para a redução de custos oferecendo um melhor serviço com os mesmos recursos financeiros.

---

<sup>3</sup> Este ponto será referido com maior detalhe no capítulo 2.3 – Eficácia e eficiência em saúde.

O mesmo autor refere que, em saúde, e segundo a perspectiva do utente, a qualidade não é apenas a prestação do acto médico, é o atendimento, atenção e cortesia disponibilizada, o tempo de espera, o acesso à informação, as condições do edifício e equipamentos e, obviamente, a competência dos profissionais na prestação dos cuidados de saúde. Segundo o paciente a qualidade traduz-se em confiança na organização e no sistema. O processo de avaliação de qualidade é contínuo e mensurado pelo paciente sempre que se desloca a um serviço de saúde. Para os colaboradores, principalmente os profissionais de saúde, cuja actividade assenta no cuidado ao paciente, a qualidade é percebida pelos meios físicos e estruturais da organização que permitem que desenvolvam a sua missão laboral com eficiência. Deste modo, os níveis de motivação tendem a aumentar se os profissionais tiverem o apoio da organização no fornecimento de meios que lhes permitam aplicar as suas competências ao serviço do utente. A qualidade dos serviços prestados aos utentes é igualmente importante para a gestão organizacional, nomeadamente, ao nível da gestão dos custos. Há sem dúvida uma forte ligação entre qualidade e a utilização de recursos – o sucesso está na gestão dos mesmos. Investir em qualidade na saúde pode, tal como noutros investimentos, reduzir custos tal como refere Carrunthers and Holland (cit. Moulin, 2002) avançam com o pressuposto de que “a boa qualidade pode nem sempre reduzir custos, mas uma má qualidade implica normalmente desperdício de dinheiro”. Como se depreende das palavras dos autores há todo o interesse em investir em qualidade e eficiência por contraponto a um serviço não eficiente, de má qualidade e com elevados custos para a Organização.

### **2.2.2 O conceito de Qualidade – As diferentes abordagens do conceito**

Analisando o conceito qualidade segundo a perspectiva do sector da saúde e, apesar da complexidade e multidisciplinaridade de interpretações do mesmo, o Institute of Medicine (cit. Yesilada *et al*, 2009) define qualidade em saúde como o “grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente”. Esta definição vai ao encontro de duas das categorias de qualidade de saúde definidas por Donabedian e Ann (cit. *ibid.*) na qual referem que o resultado da qualidade corresponde aos efeitos desejados em saúde e que o processo de qualidade corresponde ao grau em que a avaliação do estado de saúde seguiu o processo estandardizado alicerçado em evidências científicas. Schoen *et al*, (2005) transpondo as três categorias de qualidade em saúde - estrutura, processo e resultado da qualidade em saúde refere o seguinte: a estrutura corresponde à provisão qualitativa e quantitativa dos recursos; o processo avalia a

competência e prontidão com a qual os profissionais escolhem os melhores meios; o resultado corresponde ao efeito do tratamento realizado, avaliando no presente e no futuro as possíveis alterações no estado de saúde do utente, sendo este o ponto no qual o utente avalia a sua satisfação perante o tratamento aplicado pelo serviço de saúde.

No entanto, tal como defendem Dalrymple e Drew (cit. Kelly, 2003) a qualidade é complexa e representa uma síntese de lições, método e conhecimento adquirido em diversas disciplinas/temáticas. Deste modo é comum, por parte da gestão confundir as temáticas envolventes ao conceito de qualidade. No âmbito da saúde este pode-se desdobrar segundo cinco abordagens: (i) qualidade médica, (ii) controlo qualidade, (iii) melhoria contínua da qualidade (*continuous quality improvement* – CQI), (iv) qualidade total e (v) gestão da qualidade. A Qualidade médica é segundo Donabedian (cit. Kelly, 2003) composta pelas componentes técnicas e interpessoais inerentes ao cuidado médico em que a qualidade será percebida pelo paciente se durante e após o tratamento médico obter uma saúde melhor do que a que tinha anteriormente. A segunda abordagem de qualidade, o Controlo de Qualidade traduz-se na eliminação de defeitos ou falhas relacionados com qualidade. A identificação das mesmas apoia-se na documentação existente e na reanálise do processo sendo os critérios de avaliação definidos consoante os objectivos requeridos para cada tarefa, como por exemplo a rapidez e consequente boa execução da função por um funcionário. Optimizar o processo e reduzir falhas existentes exige um esforço de toda a organização procurando corrigir e melhorar os procedimentos diários. A ferramenta *Failure Mode and Effect Analysis* – FMEA é uma metodologia de análise de produtos ou processos utilizado para identificar possíveis falhas e compreender qual o seu efeito sobre o sistema sendo um modo de avaliação do processo numa organização de saúde.

As abordagens à temática da Qualidade nomeadamente a melhoria contínua da qualidade, a qualidade total e gestão da qualidade, pela sua maior abrangência teórica, será abaixo explanada.

#### **2.2.2.1 Melhoria Contínua da Qualidade – CQI**

Campbell (cit. Lopes *et al*, 2007) afirma que “as pessoas ganham um sentido de propósito se se aperceberem que estão a construir uma catedral (neste caso o futuro) e não unicamente a carregar tijolos (neste caso a fazer sacrifícios).” É esta a base que define Melhoria Contínua da Qualidade – um processo estrutural que envolve os colaboradores no planeamento e execução de um conjunto de medidas de qualidade na prestação de cuidados de saúde que, continuamente melhoradas, possam alcançar ou exceder as expectativas criadas.

Para avançar para um processo que no fundo é também de mudança, cada organização tem um propósito próprio que segundo McLaughlin e Kaluzny (2004) pode ser reflexo dos três tipos de iniciativas levadas a cabo pelas organizações para melhorarem a sua performance: melhoria numa área específica, aprendizagem organizacional e reengenharia do processo.

Neste âmbito Deming<sup>4</sup> estudou o modelo Japonês de CQI e desenvolveu o ciclo “Plan-Do-Check-Act (PDCA)”, ou seja, Planear-Fazer-Verificar-Agir como representação do processo de “melhoria contínua”. Esquemáticamente o modelo refere que qualquer processo de melhoria contínua deve ser previamente planeado procedendo-se à recolha de dados necessários e respectiva análise. De acordo com a informação recolhida é formulado e implementado um plano de acção a fim de melhorar o desempenho na área pretendida. Uma vez implementado é necessário verificar se o plano fora devidamente implementado e, através do controlo estatístico avaliar se as acções estão a resultar numa melhoria da performance. Por fim, e consoante os resultados provenientes da avaliação, são tomadas medidas que corrijam ou realcem o desempenho da organização. O ciclo PDCA, tal como o nome indica, será reiniciado sempre que necessário. Segundo Oakland (cit. Lopes *et al*, 2007), a utilização da metodologia de Deming só fará sentido se a organização aprender com a melhoria dos resultados e standards, fruto da devida documentação pela gestão, melhorados pela aprendizagem e implementados na prática. A metodologia da melhoria contínua será tanto melhor sucedida quanto maior foi o envolvimento organizacional com o processo.

O objectivo deste processo é mais do que alteração de procedimentos e rotinas, é uma mudança de mentalidade e acção a fim de melhorar sempre mais para que a razão de ser das organizações seja cumprida com eficiência e qualidade. O que no fundo a organização pretende com a melhoria contínua é desenvolver boas práticas de gestão, que segundo McLaughlin e Kaluzny (2004) no âmbito das organizações de saúde traduzem-se em (i) compreender a adaptar a organização ao ambiente externo, (ii) permitir e motivar clínicos e gestores a analisarem e melhorarem o processo, (iii) colocar as preferências do utente (utentes e fornecedores) como determinantes primários na definição de qualidade, (iv) desenvolver uma abordagem multidisciplinar que abranja todas as áreas da organização, o que inclui tanto a gestão como os profissionais, (v) planear uma filosofia de gestão e mudança adaptada à organização, (vi) instaurar mecanismos de implementação de boas práticas (vii) garantir

---

<sup>4</sup> Citado por Slack *et al*, 1995 em Lopes *et al*, 2007

motivação para a gestão de dados para que os mesmos possam ser a base da mudança do processo.

O esforço das organizações de saúde em implementar a CQI é justificado pela dificuldade em analisar e reestruturar um processo tão complexo e extenso. Assim, processos de clínicos e de gestão, cuja actividade resulta directa ou indirectamente no cuidado ao doente devem ser analisados suportados por metodologias científicas e de gestão. Nesta medida, a CQI é simultaneamente uma filosofia e um método de gestão. O que a difere das outras filosofias é o peso e o valor que dá ao utente, reconhecendo que é na satisfação do mesmo que está o verdadeiro significado de qualidade.

Como se tem vindo a compreender, implementar o processo de melhoria contínua é deveras complexo mas, se bem executado, é muito benéfico para colaboradores, chefias, *stakeholders* e utentes. Assim e segundo MacDonald (cit. Lopes *et al*, 2007) o processo de implementação da melhoria continua não deverá ser solicitado mas construído para a organização, segundo as especificidade da mesma, salientando que o sucesso do processo depende também da forma como é executado e gerido.

#### ***2.2.2.2 Qualidade Total e Gestão da Qualidade***

Qualidade médica, controlo de qualidade, melhoria contínua da qualidade, qualidade total e gestão da qualidade são abordagens distintas mas simultaneamente complementares, o que pode originar alguma confusão na definição dos conceitos. Na óptica de Dean e Bowen (cit. Kelly, 2003) melhoria contínua da qualidade e qualidade total são conceitos distintos tendo como base o conceito de qualidade total como uma filosofia de gestão caracterizada segundo princípios, práticas e técnicas. São três os elementos constitutivos da qualidade total: (i) foco no cliente, (ii) melhoria contínua, (iii) espírito de equipa (Kelly, 2003). Ainda de acordo com Dean e Bowen (cit. *ibid.* 2003), a qualidade total é um conceito estratégico suportado pelos três princípios nos quais se inclui a CQI. Complementado a estes conceitos está igualmente o de gestão da qualidade que não é mais do que o modo de actuação dos gestores nas diferentes áreas da organização (a relação médico/ gestor, desempenho da actividade médica, gestão de equipas multidisciplinares, gestão de um departamento, administração de um hospital) assim como a capacidade em motivar e implementar medidas que melhorem a performance da organização na prestação de um serviço de qualidade ao paciente e conseqüentemente promover a saúde junto da comunidade. Para implementar a qualidade total com vista ao funcionamento da organização de forma eficiente é necessário o envolvimento da gestão e dos colaboradores, denominado sobre o conceito de gestão da

qualidade. Para a gestão da qualidade ser implementada em toda a organização necessita da questão da qualidade total, também denominada de *Total Quality Management* – TQM. A TQM é entendida como uma filosofia de gestão aplicada em toda a organização. A título de exemplo aplicar a TQM é, perante um dado problema no laboratório, tentar identificar qual a causa, segundo vários níveis de abrangência, medindo qual o impacto do mesmo para os restantes serviços do hospital. Implementar TQM implica que se repense a estratégia da organização e se analise qual o impacto das medidas a tomar no seu contexto global. TQM ou Gestão da Qualidade Total pode-se definir analisando o conceito segundo os seus componentes: Gestão – um processo contínuo com o qual a gestão de topo está envolvida; Qualidade – manter as exigências e expectativas dos utilizadores do serviço, bem como outros stakeholders, mantendo o baixo custo; Total – envolve toda a organização e não apenas algumas áreas. Deste modo e articulando as partes integrantes da definição, a TQM caracteriza-se como sendo um processo contínuo que requer o compromisso dos órgãos superiores de gestão bem como do envolvimento de toda a organização para poder dar resposta às necessidades dos utentes e outros *stakeholders*, não perdendo de vista a questão financeira. Interpretar o conceito e compreender a esquemática de funcionamento da TQM é determinante para adaptar etapas e metodologias a cada organização. Oakland (cit. Lopes *et al*, 2007) defende que a TQM assenta sobre um modelo cujo núcleo é a relação entre utente – fornecedor. A gestão do processo dessas relações é muito importante dada a necessidade de articular utentes internos, externos ou outras parcerias que garantam que o utente recebe um serviço de qualidade. O autor acima referenciado sublinha que a base necessária ao funcionamento do modelo denomina-se de “3Cs” (cultura, comprometimento, comunicação) também designados por “*resultados soft da TQM*”. Para sustentar o modelo são considerados três as “necessidades difíceis da gestão”: sistemas (normas da qualidade), ferramentas (estatísticas ou semelhantes que avaliem o processo) e equipas (círculos da qualidade, equipas de melhoria contínua). O modelo de Oakland pode então ser descrito esquematicamente através de uma forma triangular cujo centro é o processo (relação utente – fornecedor) os vértices, o sistema, ferramentas e equipas unidos através das arestas representadas pela cultura, comunicação e envolvimento. O propósito do modelo é o envolvimento da organização num único objectivo e gerir as relações necessárias para tal.

Para sobreviverem com sucesso, as organizações, incluindo as de saúde deverão adoptar metodologias de gestão que tenham o seu foco no cliente e a satisfação das suas necessidades mas que, simultaneamente, permitam otimizar o seu próprio desempenho. Assim, a metodologia TQM assenta nos seguintes conceitos fundamentais (Moulin, 2002):

*Compromisso e exemplo da gestão de topo:* implementar um sistema de qualidade implica necessariamente o envolvimento da gestão de topo. O exemplo dado pela mesma é elemento influenciador para que os colaboradores encarem o processo de qualidade com seriedade em empenho. É comum por parte da gestão suspender temporariamente as medidas de qualidade aquando do surgimento de outras problemáticas consideradas mais urgentes. No entanto o sucesso da TQM depende da aposta constante na melhoria contínua do processo. Assim os gestores podem adoptar uma postura de envolvimento com a qualidade por exemplo através de: (i) demonstrar, aquando do surgimento de problemas disponibilidade e interesse para com os utentes, apoiando simultaneamente os colaboradores na melhoria da qualidade, (ii) realizar apresentações sobre qualidade, (iii) estar envolvido na formação sobre qualidade, procurando dominar a temática a fim de poder responder eficientemente a questões que lhes sejam colocadas, (iv) gerir e orientar os grupos de qualidade ao invés de delegar responsabilidades, (v) reconhecer e celebrar melhorias da qualidade. Assim a chefia de topo deve manter o contacto permanente com clientes internos e externos, dando o exemplo num processo que se pretende contínuo. A sua presença não é no entanto indispensável para que o processo flua no dia-a-dia.

*Compromisso de toda a organização com a qualidade:* Cruz e Carvalho (cit. Lopes *et al*, 2007) afirmam que “qualquer processo de Qualidade Total é, em si mesmo, um processo cultural”. Assim, segundo esta linha de pensamento, implementar a TQM implica conhecimento e partilha pelos elementos da organização, de uma visão, missão, estratégia e cultura direccionadas para a qualidade e melhoria contínua do processo. A aprendizagem da cultura de qualidade deve assumir uma prioridade real, direccionada a todos os elementos da organização para que os mesmos possam assumir um papel determinante na procura, análise e decisão de soluções que tornem a organização mais eficiente.

*Foco no paciente e utilizadores do serviço:* as organizações de saúde têm como missão a prestação de cuidados médicos e a promoção de saúde junto da comunidade, pelo que conhecer as suas necessidades e adaptar a organização, para que as mesmas sejam fornecidas, é a essência da gestão da qualidade. Profissionais de saúde, gestores e pessoal administrativo deverão desenvolver capacidades técnicas e cognitivas para lidar com os pacientes segundo o que o seu perfil de competências permite.

*Ambiente participativo e trabalho de equipa:* Dilly Millward (cit. Moulin, 2002) afirma que “a melhor ferramenta de marketing da organização são os seus colaboradores. Se não os envolverem, motivarem a comprometerem com o sistema de valores da organização nunca se irá alcançar a qualidade total no atendimento ao utente.” Assim, a participação dos colaboradores é a chave da melhoria da qualidade uma vez que são os profissionais que implementam a qualidade e consequentemente os que melhor conhecem as necessidades dos utentes, a forma de adaptação e satisfação das mesmas. A opinião dos profissionais de saúde sobre aspectos a melhorar na performance da organização é essencial à gestão que articula conhecimentos de carácter administrativo, financeiro, logístico, entre outros, com informações relevantes de âmbito médico.

*Procura da melhoria contínua:* O processo de qualidade corresponde à resolução de problemáticas bem como a sua posterior avaliação. No entanto, a sua correcção não significa a conclusão ou suspensão do processo. Gerir a qualidade não é algo estático ou adquirido – há a necessidade de avaliar continuamente a possibilidade de surgirem novos sinais indicadores de má performance e encará-los como uma oportunidade de melhoria.

*Sistemas de qualidade:* adoptar uma atitude positiva face a utentes e utilizadores do serviço é fundamental no processo de gestão da qualidade. No entanto, e por ser insuficiente para garantir só por si, é necessário o apoio de sistemas e ferramentas para tal. Cabe assim à gestão compreender e analisar a melhor forma de desenvolver e melhorar sistemas e processos eficazes e eficientes. O processo da organização é o somatório dos diferentes processos desenvolvidos em cada área/sector. Deste modo, é necessário compreender a dinâmica da organização numa óptica de coordenação dos diferentes sistemas. A gestão, a fim de evitar conflitos entre as diferentes áreas, deverá ter presente uma visão de cooperação, comunicação e trabalho de equipa interdepartamental.

*Fornecedores e parcerias de qualidade:* a qualidade da organização não depende apenas do seu desempenho – os seus fornecedores e parcerias têm igualmente um papel importante na avaliação global de qualidade. Os serviços e benefícios prestados devem ir ao encontro das necessidades dos utentes mas também da própria organização. O factor qualidade tem, neste âmbito, um factor de acréscimo, uma vez que as organizações procuram mais do que o cumprimento dos serviços mínimos – procuram um serviço de qualidade a baixo custo. Um bom relacionamento entre ambos, no âmbito interpessoal, método de

trabalho, tempo médio de resposta, entre outros aspectos, é igualmente importante para garantir a qualidade desejada.

Por conseguinte e segundo Ishikawa (cit. Lopes *et al*, 2007) implementar um sistema de qualidade total é mais do que aplicar uma teoria que contém muitas outras, é adoptar uma atitude prática e de mudança – mudança na metodologia de trabalho, principalmente de mentalidade e regras de comportamento que permitam assegurar com sucesso o sistema de qualidade.

### ***2.3 Eficácia e eficiência em saúde***

A saúde é, na sociedade moderna, uma temática-chave que envolve mais do que médicos, especialistas em gestão ou decisores políticos. Actualmente falar em saúde implica abranger um largo número de *stakeholders* tais como profissionais de saúde, fornecedores, laboratórios farmacêuticos, empresas seguradoras, académicos e investigadores, *media* e opinião pública e, obviamente, o utente de cuidados de saúde, sendo ele doente ou não. O mediatismo do sector surge, entre outros factores, das exigências da sociedade para com as organizações de saúde e na forma como respondem às mudanças demográficas, económicas e sociais que se fazem sentir. Por seu turno, os centros de prestação de cuidados procuram direccionar os seus processos para a eficiência e qualidade.

Neste âmbito é necessário traçar um caminho para a melhoria que tenha subjacente um esforço e compromisso em atingir objectivos cujo impacto seja percepcionado na qualidade e eficiência dos processos. Esse caminho assenta, segundo o *Institute of Medicine* (2001) em seis objectivos-chave; (i) segurança, os pacientes não devem ser prejudicados pelos cuidados médicos cuja intenção era ajudá-los; (ii) eficácia, a prestação de serviços deve ter como base evidências científicas a fim de serem aplicados apenas a quem deles possa beneficiar; (iii) foco no utente, a prestação de cuidados deve respeitar e ser responsável pelas preferências, necessidades e valores de cada paciente; (iv) serviço oportuno, importância de procurar minimizar tempos de espera e atrasos que podem ser prejudiciais tanto para os que recebem os cuidados como para os que os prestam; (v) eficiência, a prestação de cuidados pressupõe o evitar do desperdício e (vi) garantia de equidade, todo o indivíduo deve receber os melhores cuidados médicos, sendo que estes não devem variar consoante o género, etnia, proveniência geográfica ou estatuto sócio económico do utente. Os objectivos/propostas apresentadas têm como factor de interligação a transparência, ou seja, de expor, analisar e retirar conclusões sobre dados relevantes. Não esquecer, no entanto, que em saúde a exposição de dados está

sujeita a normas de conduta ética que visam proteger o indivíduo da divulgação de informações consideradas confidenciais.

A chave da gestão estratégica e consequentemente do sucesso da organização é “fazer as coisas bem feitas” (eficiência) e não apenas “fazer as coisas certas” (eficácia). A eficácia organizacional tem uma amplitude externa e sugere que a organização está preparada para cumprir a sua missão e realizar a sua visão e objectivos. Por outro lado, a eficiência tem uma orientação interna e sugere que o factor económico seja aplicado para a utilização de capital, recursos humanos e em instalações físicas. No entanto, se uma organização tiver práticas erradas não há eficiência, ou uma boa gestão que evite o declínio. As organizações de saúde devem conjugar ambas, eficácia e eficiência tendo como preocupação, entre outras, a redução de custos, sendo esta determinante para o seu desempenho e sobrevivência futura. A ênfase deve então ser dada à eficiência, ou seja, cumprir objectivos com menos recursos, não descuidando a eficácia – compreender o que se deve fazer.

### 2.3.1 A Eficácia

A definição de eficácia defendida por Etzioni (cit. Rego e Cunha, 2007), ainda que com mais de quatro décadas mantém-se actual e colhe unanimidade entre autores na qual se considera uma organização eficaz aquela que cumpre com os seus objectivos. No entanto, o aprofundamento do conceito não é consensual entre autores. Com efeito, diversos autores apresentam cinco modelos de análise de eficácia, sendo que, no entanto, segundo Cameron, Walton e Dawson (cit. Rego e Cunha, 2007) nenhum contempla o significado total de eficácia. Os modelos apresentados correspondem, por um lado, à evolução do próprio conceito de eficácia e de gestão organizacional e por outro, à visão que cada entidade empresarial tem sobre a sua estratégia. Essa visão varia consoante diversos factores, sendo eles de ordem estratégica, de liderança, de características de mercado, entre outros, que pode determinar se o conceito de eficácia assenta numa análise de produtividade, rentabilidade ou performance, sobrevivência ou viabilidade ou numa óptica de qualidade, excelência, sucesso e criatividade.

Deste modo, o primeiro modelo, também denominado de **modelo tradicional ou por objectivos**, analisa a eficácia segundo um paradigma recto, ou seja, a organização eficaz é aquela que orienta as suas actividades para o alcance de objectivos (lucros, crescimento, produtividade), ou seja, cujos resultados coincidem com os objectivos. A «gestão por objectivos» (*Management by Objectives* – MBO) é o reflexo deste modelo no qual Roth (2009) questiona se a técnica gestão por objectivos contribui, na conjuntura actual, para a

eficácia do desempenho do indivíduo, equipa e organização, sendo que aponta quatro razões que considera justificativas da desintegração da técnica nos dias correntes: (i) instabilidade dos mercados, tecnologia e tendências sociais, (ii) a flexibilidade do trabalho do indivíduo, (iii) criatividade e (iv) a importância dada aos objectivos pessoais encarados, por vezes, como obstáculos e não como desafios de melhoria.

O segundo modelo, denominado por **modelo sistémico**, reconhece a importância dos objectivos, enfatizando, no entanto os meios necessários para os alcançar, opinião defendida por Miles, Yuchtman e Seashore (cit. Rego e Cunha, 2007). Toda uma cadeia de procedimentos congrega inputs e outputs. O presente modelo procura compreender os meios envolvidos no alcance dos outputs, analisando interdependências entre eles. Como tal, e segundo a abordagem sistémica, uma organização é tanto mais eficaz quanto melhores forem as relações entre os aspectos envolventes (fornecedores, clientes, etc.) bem como a sua capacidade de adaptação aos gostos do utente, da mudança tecnológica e valores sociais. A capacidade de adaptação deverá abordar igualmente o desenvolvimento do potencial humano de cada organização, elemento essencial na resposta competitiva. Esta abordagem remete igualmente para a existência de falhas na abordagem sistémica, tais como a dificuldade em clarificar se uma medida representa um objectivo ou meio, ou a definição da relação entre os meios e fins.

O terceiro modelo, denominado de **modelo dos constituintes estratégicos**, é de certo modo uma expansão dos dois modelos anteriormente apresentados. Este modelo enfatiza todos os constituintes considerados relevantes para a sua existência continuada, ou seja, aspectos da envolvência considerados estratégicos para a sua sobrevivência. No modelo dos objectivos a organização é encarada como algo racional cujo propósito é o alcance dos seus objectivos. Por seu turno, no modelo dos constituintes estratégicos as organizações são encaradas como entidades políticas, cujo objectivo é controlar os seus recursos. Assim, uma organização eficaz seria aquela que garantisse um nível de satisfação mínimo dos vários constituintes estratégicos. As dificuldades deste modelo residem, por um lado, na dificuldade de gerir os diferentes interesses dos *stakeholders*, e por outro, na adaptação e actualização constante dos elementos considerados estratégicos numa organização (Rego e Cunha, 2007).

O último modelo, denominado de **modelo de ineficácia**, reporta para a intuição de que a eficácia é não ser ineficaz, ou seja, focaliza-se nos factores que impedem o bom desempenho da organização Cameron (cit. Rego e Cunha, 2007). Esta é encarada como um conjunto de falhas e problemáticas cuja análise é benéfica para identificar os reais critérios de eficácia. A compreensão dos focos de ineficácia será proveitoso aquando da necessidade de

lidar e aprender a fomentar a eficácia. Baum (2005) afirma que a análise das falhas será um caminho benéfico, a fim de evitar falhas maiores e conseqüentemente o fracasso da organização. Segundo a óptica do modelo da ineficácia a organização deverá adoptar uma postura de organização que aprende (*learning organization*), ou seja, que aprende com as falhas e piores práticas, ultrapassando-as, corrigindo e melhorando os seus procedimentos, para ser conduzida por um caminho de eficácia.

Em saúde, a eficácia corresponde também à utilização da evidência científica como alicerce na determinação do melhor tratamento, exames ou terapia que produza os melhores resultados para o utente. Por vezes, o melhor para o utente pode contemplar igualmente a alternativa de nada fazer. Chassin (cit. *Institute of Medicine*, 2001) refere que a medicina baseada na evidência deve adoptar uma postura equilibrada, evitando, por um lado, a subutilização de medidas eficazes e, por outro, evitar o excesso de medidas ineficazes que prejudicam o utente ao invés de o ajudar. Deste modo considera-se em saúde que, uma intervenção é eficaz se recorreu nos seus procedimentos, a uma base de evidências, considerada por Sackett et al (cit. *ibid.*) como a integração do conhecimento com a experiência clínica, respeitando valores dos pacientes. A integração do conhecimento científico, a experiência dos profissionais e o respeito pelo utente deverá gerar procedimentos eficazes, benéficos para ambas as partes: paciente e organização. O *follow-up*, ou seja, a análise de resultados após o tratamento, é igualmente importante para determinar acções de correcção e melhoria. Saber se os serviços são susceptíveis de serem eficazes exige uma monitorização contínua dos resultados dos cuidados prestados, utilizando essa informação para melhorar o atendimento ao paciente. Assim, os profissionais de saúde e as organizações devem adoptar uma postura mais reflexiva e sistemática, estudando os seus próprios padrões de actuação e respectivos resultados. Esta visão era já defendida à aproximadamente um século atrás, por Codman (cit. *Institute of Medicine*, 2001) que recomendava a todos os cirurgiões do hospital o acompanhamento dos seus pacientes após a alta do hospital, a fim de perceber se o tratamento ministrado tinha ou não sido eficaz.

### **2.3.2 Eficiência**

Um sistema de saúde considerado eficiente é aquele que segundo Palmer e Torgerson (cit. *Institute of Medicine*, 2001) aloca os recursos correctamente a fim de rentabilizar o valor aplicado. Por seu turno, o oposto de eficiência em saúde é o desperdício, ou seja, a utilização de recursos sem que haja benefício para o utente quando o propósito do sistema é ajudar. Para alcançar a eficiência, no seu contexto global, ou seja, não contemplando neste âmbito os seus

diferentes níveis há pelo menos duas formas: (i) reduzir o desperdício de qualidade e (ii) reduzir os custos administrativos ou de produção.

Garantir a melhoria de qualidade não tem necessariamente implícita uma menor utilização de recursos. Este facto aplica-se, por exemplo, quando a eficiência significa reduzir recursos até então utilizados de forma abusiva, ou quando a eficiência é direccionada para a segurança, o que resulta numa diminuição do número de actos prejudiciais ao utente. Assim, a utilização excessiva de recursos, ou os erros recorrentes em saúde, contribuem para custos excessivos (*Institute of Medicine*, 2001).

Os elevados níveis de desaproveitamento verificados no sector geram um conflito entre a necessidade de reduzir custos e, simultaneamente, a necessidade de prestar melhores cuidados de saúde aos pacientes com segurança, eficácia, atempadamente e com qualidade.

Implementar padrões de eficiência com sucesso depende, entre outros factores, da cultura da organização, uma cultura cujo alicerce seja a segurança e fiabilidade dos processos. O relatório *To Err is Human* (cit. Fragata e Martins, 2008:215) afirma que “as organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança estruturando e focalizando os seus processos de trabalho e recursos humanos na melhoria da fiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos seus doentes”. Reason (1997) afirma que uma cultura de segurança é uma cultura informada, ou seja, uma cultura em que as pessoas que gerem e operam no sistema conhecem de forma aprofundada os factores humanos e técnicos, os processos, a estrutura da organização bem como a sua envolvente.

Dada a instabilidade do fluxo dos serviços em Saúde, é importante incutir uma cultura de segurança e fiabilidade para que colaboradores e sistema estejam operacionais na resolução das mais diversas situações. Assim, a fiabilidade tem como suporte uma cultura organizacional caracterizada como o conjunto de pressupostos que influenciam as pessoas a gerirem o inesperado. Posto isto, Weick *et al* (2001) apresenta o que considera serem características deste tipo de cultura: (i) o que se faz quando os erros ocorrem (Cultura de *Reporting*); (ii) como é que as pessoas são incentivadas a reportar quando algo não está correcto (Cultura Justa); (iii) com que rapidez as pessoas se adaptam a mudanças radicais (Cultura Flexível); (iv) de que forma é que as pessoas podem converter as lições aprendidas, reconfigurando pressupostos, estruturas de pensamento e acções (Cultura de Aprendizagem). A fiabilidade resulta de uma contínua análise na gestão de oscilações, contingências, incidentes, ao nível das tarefas bem como das interacções que esse desempenho suscita. É precisamente o seu desempenho face a situações inesperadas que caracteriza as organizações consideradas altamente fiáveis, também denominadas de *High Reliability Organizations*.

As *High Reliability Organizations (HRO)* resultam da antecipação e controlo de diferentes contingências que possam ocorrer. Procuram desenvolver mecanismos para gerir o inesperado, promovendo acções de formação e realizando simulações, sendo a sua frequência importante na prevenção de erros. Uma HRO mobiliza os colaboradores para gerir o inesperado, promovendo a cooperação e o ajustamento mútuo. Um dos mecanismos utilizados para ultrapassar a falha é a utilização de ferramentas que permitam proceder à sua identificação, à determinação da causa e respectiva consequência, estudando quais as acções preventivas para tal. Uma das ferramentas que permite a análise da falha é a *Failure Mode Effects Analysis (FMEA)*.

### **2.3.2.1 Failure Mode Effects Analysis (FMEA)**

O erro é inerente ao ser humano. O relatório do *To Err is Human* (cit. Reiling 2003) refere que entre 44.000 a 98.000 de americanos morrem, por ano, em resultado de erros médicos. Estes números significam que morre uma pessoa em cada 343 a 764 admissões. São dados considerados elevados se os compararmos com as mortes ocorridas em acidentes de aviação, sector considerado altamente fiável, onde morre uma pessoa por cada 8 milhões de voos. O relatório indica igualmente que morrem mais pessoas fruto de erros médicos do que em acidentes rodoviários (43 458), cancro do pulmão (42 294) ou SIDA (16 516).

Surge então, neste âmbito, a necessidade de aplicar ferramentas que procurem estudar tais falhas. A *Failure Mode Effects Analysis (FMEA)* é utilizada desde há vários anos, por exemplo, nos sectores da indústria aeroespacial e automóvel (Reid, 2005). Em saúde, a FMEA surge através da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), no processo de acreditação dos hospitais (Fragata e Martins, 2008). O *Institute for Healthcare Improvement* (2004:1)<sup>5</sup> define a FMEA como “ um modelo sistemático e proactivo empregue na avaliação de um processo, nomeadamente na identificação de como e quando este pode falhar e determinar o impacto de possíveis falhas podendo-se assim identificar as partes do processo mais carenciadas.” Podemos igualmente, e segundo Reiling (2003) definir FMEA como um conjunto de três acções: (i) reconhece e avalia possíveis falhas de um produto ou processo, bem como os efeitos das suas falhas, (ii) identifica acções que podem eliminar ou reduzir a possibilidade de ocorrerem potenciais falhas, (iii) documenta o processo.

Consideram-se dois tipos de FMEA – a FMEA de processos (PFMEA) e FMEA de projectos (DFMEA). O primeiro assume a existência de um processo que produz algo, o que

---

<sup>5</sup> Failure Mode and Effects Analysis, Institute for Healthcare Improvement, 2004, p.1

significa que as falhas a detectar seriam no decorrer do processo. Por seu turno a DFMEA considera que o processo funciona bem, avaliando potenciais falhas no final do mesmo, ou seja, avaliando o produto/serviço quando terminado. A DFMEA analisa a falha segundo uma óptica de projecto, não sendo, assim, uma ferramenta de fácil aplicabilidade no sector da saúde, dado que o objectivo do sector é, entre outros, garantir a segurança do utente, procurando evitar falhas no decorrer do seu processo.

A FMEA, se aplicada correctamente, quantifica os riscos associados a projectos e processos conseguindo identificar facilmente os aspectos cujo risco apresentado é superior. Este facto é deveras importante uma vez que, na óptica da qualidade, fazer as coisas certas nem sempre é intuitivo, sendo necessário aplicar medidas de gestão que controlem e meçam o processo, bem como a sequência de actividades do mesmo. Uma vez aplicada a FMEA, os resultados apontam geralmente para actividades/factores cujo risco é considerado elevado e que doutra forma não seriam identificados. Com a informação recolhida a OSS pode e deve aplicar acções correctivas e preventivas que evitem possíveis falhas durante o processo. Assim, os resultados de tais acções deverão ser de melhoria ao nível da qualidade, segurança e custos, com impacto igualmente positivo na satisfação da utente (cf. Reid, 2005).

A aplicação do FMEA segundo Fragata e Martins (2008) poderá ser constituída por cinco etapas: (i) definir a área onde vai incidir, (ii) definir a equipa, (iii) descrever graficamente o processo, (iv) conduzir a análise de falhas e riscos para cada etapa do processo e (v) mensurar as acções a desenvolver, sendo que a profundidade e modo de estudo de cada etapa terá a adaptabilidade associada a cada caso de estudo.

### ***2.3.2.2 Stream analysis***

O *Stream Analysis* é uma ferramenta utilizada no diagnóstico de problemas organizacionais, no planeamento de actividades e no desenvolvimento de processos.

A sua estrutura é técnica e prática, uma vez que se apoia na elaboração de gráficos representativos ao longo das diferentes fases do planeamento estratégico, o que lhe confere maior facilidade na interpretação de dados, fulcral para estudar o que está incorrecto na organização, passo primordial no avançar de todo o processo.

O objectivo desta ferramenta é proceder ao levantamento dos problemas existentes no âmbito de estudo da Organização (poderá ser um processo, um departamento, uma área de actividade, entre outros), categorizá-los e a partir daí, criar interligações de causa e efeito entre ambos, sendo esse o ponto resolutivo, o que identifica qual o impacto das problemáticas levando ao consequente estudo dos possíveis caminhos que os minimizarão.

Assim, segundo Porras (1987) o *Stream Analysis* é composto por oito etapas: (i) criação de uma equipa responsável para o projecto (CMT – *Change Management Team*); (ii) agregar a informação relativa a aspectos menos positivos da organização e fazer uma lista de todos os problemas identificados; (iii) apresentar essa informação à CMT, a qual de forma consensual faz corresponder cada problema a cada categoria do gráfico (*Stream Diagnostic Chart*). Na fase de diagnóstico, os problemas existentes são divididos em categorias, com o objectivo de, aquando a sua representação gráfica fazer interligações entre os mesmos. Estas interligações irão clarificar quais as causas que estão na origem dos problemas, constituindo assim uma base para a sua resolução. São quatro as categorias no qual se dividem as falhas/problemas existentes (aspectos formais, factores sociais, tecnologia e espaço físico) e procuram abranger os principais parâmetros organizacionais. Os aspectos formais dizem respeito a tudo o que pode ser determinado pela organização de topo. Neles estão contidos os objectivos, estratégias, estrutura formal, procedimentos e políticas, sistemas administrativos e sistemas de recompensas formais. Os factores sociais advêm das pessoas e do seu comportamento. Pertencem a esta categoria a cultura (pressupostos básicos, valores, normas, etc.), processo de interacção (interpessoais, grupais, intergrupais), padrões sociais e redes (comunicação, resolução de problemas, tomada de decisão, influência, estatuto) e atributos individuais (atitudes e crenças, competências comportamentais, sentimentos). O factor tecnologia diz respeito ao modo de organização do trabalho, congregando instrumentos, equipamentos e maquinaria, competência técnica, desenho dos postos de trabalho, fluxo de trabalho, procedimentos técnicos e sistemas técnicos. Por fim, o espaço físico diz respeito à configuração do espaço (dimensão, forma, localização relativa), ambiente (luminosidade, temperatura, ruídos, qualidade do ar, limpeza), interiores (decoração, mobiliário, janelas, soalhos, cores) e arquitectura; (iv) nesta conjuntura, a equipa CMT desenha no gráfico as interligações entre os problemas detectados; (v) a equipa analisa o resultado do conjunto dos problemas, separando os mesmos pela semelhança de causas; (vi) a equipa cria um plano de acção focado especificamente nos problemas e respectivas causas; (vii) e a equipa implementa o plano de acção; (viii) na medida que procede o plano de intervenção, a equipa vai actualizando as mudanças ocorridas, registando-as no *Stream Tracking Chart*.

### **2.3.2.3 Importância da Orientação da OSS para o Processo**

Os dados publicados pelo *Institute of Medicine* (2001) (IOM) alertaram para o facto de que cerca de 98.000 pessoas faleceram nos Estados Unidos em resultado de erro médico, enfatizando a importância de olhar o erro sob uma óptica de gestão. Um segundo relatório do

mesmo organismo complementa que os erros têm na sua origem problemas sistémicos em maior proporção do que em problemas individuais. Dos problemas sistémicos fazem parte o processo clínico, o desempenho dos recursos humanos, tecnologia e ambiente físico. De salientar que o ambiente físico, como sendo o local onde os profissionais trabalham e os utentes recebem os cuidados de saúde, representa um ponto essencial no desempenho do hospital, sendo que estudos demonstram que a mensuração do ambiente físico está directamente relacionada com aspectos quantificáveis por utentes e prestadores de serviços (Joseph *et al*, cit. Shoemaker *et al*, 2010). Avaliar as problemáticas hospitalares deve incluir igualmente o posicionamento e esforços da OSS no sentido de criar um ambiente no qual a segurança e cuidado do paciente sejam o foco, procurando motivar os próprios profissionais e garantindo um local de trabalho para tal (Joseph, cit. Shoemaker *et al*, 2010. Assim, Joseph (cit. Yang 2010) argumenta que o conceito de marketing tem sido alterado numa óptica de transacção e mercado para uma abrangência relacional. Surge, então, a importância de desenvolver mais do que externo, o marketing interno, no sentido de juntar a organização num sentido comum com vista a alcançar os níveis de eficiência e qualidade desejados. O esforço a desenvolver perante objectivos estratégicos poderá ter como ponto de partida a implementação de uma visão orientada para o processo. As teorias académicas vão nesse sentido ao definirem uma correlação directa positiva entre processo e estratégia. Sobre a definição de processo, Schantin (cit. Kohlbacher *et al*, 2008) que o mesmo é uma sequencia de etapas com o propósito de transformar inputs em outputs. O processo é orientado para o utente, ou seja, activado pelo mercado interno, ou externo, avalia as necessidades daquele, criando valor adicional pelo que é por ele apreciado. O seu próprio processo é desenvolvido com base em toda a informação e recursos necessários, a fim de assumir a responsabilidade total sobre o seu desenrolar. Posto isto, uma organização orientada para o processo significa que o seu processo organizacional está alinhavado com e para o utente ao invés de apenas estabelecer empatia com estruturas funcionais (Reijers, cit. Kohlbacher *et al*, 2008). A metodologia de orientação para o processo é algo com o qual as OSS se podem igualmente identificar, não surgindo esta, como refere Davenport (cit. *ibid.*) associada, unicamente, a processos industriais, mas também é possível aplicar no sector de serviços. Gerir o processo de uma organização implica por um lado, descoberta, desenvolvimento e execução do processo, e por outro, interacção, controlo, análise e optimização do mesmo (Smith & Fingar, cit. *ibid.*).

Existe uma prova empírica no qual os Hospitais com elevados níveis de orientação para o processo, apresentam níveis moderados, mas significativos de eficiência (Vera e Kuntz,

2007). Uma estratégia de orientação para o processo é primeiramente uma questão estrutural: o modo como a OSS comunica e coordena os diferentes departamentos e profissionais identifica o modo de actuar da mesma, e é desta premissa que deve partir a metodologia de orientação para o processo. Segundo Gemmel *et al* (2008) implementar a orientação do processo em hospitais poderá ser alcançada alterando estruturalmente os mecanismos de coordenação valorizando os processos horizontais pela estrutura vertical sem, no entanto, alterar o funcionamento da organização. Por outro lado, dever-se-á colocar as necessidades do paciente como a base de criação da estrutura organizacional, o que significa que os múltiplos serviços e disciplinas da denominada “linha da frente” devem estar organizados de forma otimizada e integrada de acordo com as reais necessidades do utente. A orientação para o processo deverá, então, estar definida na estrutura funcional e nos serviços que prestam cuidados directos aos utentes, o que não significa necessariamente que uma mudança na estrutura organizacional implique um aumento da orientação para o processo. Adoptar a orientação para o processo é mais do que ter no seu foco o utente, na medida em que um Hospital deve incorporar toda a estrutura e procedimentos associados à actividade do mesmo, tanto mais que nele existem departamentos que não trabalham directamente com o utente. Significa então encontrar um equilíbrio entre a orientação para o processo e o foco no utente na construção de uma estrutura Hospitalar eficiente.

Em conclusão, as organizações de saúde para se tornarem eficientes devem adoptar medidas que por um lado, contrabalançam optimização de recursos e prestação de cuidados com qualidade e que, por outro, mantenham uma cultura de segurança e fiabilidade para reagir de forma eficiente às adversidades do dia-a-dia.

#### ***2.4 A satisfação do utente***

Uma OSS tem o dever de diligência e lealdade não só perante os seus utentes e comunidade mas também para com a sociedade em geral. Deste modo torna-se fundamental conhecer a sua população alvo e respectivas características para direccionar as estratégias que melhor vão ao encontro das reais necessidades dos utentes. Nesta medida, as unidades de saúde devem chegar à comunidade colaborando com organizações externas, mensurando o nível de saúde da comunidade e implementando programas e serviços que melhorem a saúde e bem-estar da população alvo. Uma das possíveis acções a tomar pelas organizações é a aposta na prevenção, ideia reforçada pelo *National Steering Committee* (cit. Olden *et al*, 2008) que afirma que “há muita preocupação em tratar da doença em vez de a impedir – o foco deve mudar para a prevenção e bem-estar”.

Actualmente, as OSS deparam-se com a necessidade de adoptarem uma missão para com a saúde pública e de contemplarem este factor na sua definição estratégica. Como tal, a *American Hospital Association* (cit. Olden *et al*, 2008) referem que a avaliação da performance da gestão deveria ter em conta dois objectivos chave: (i) o contributo da organização para a saúde da comunidade e (ii) o sucesso organizacional. Significa assim, que as organizações devem alicerçar a gestão estratégica no alcance de níveis de eficiência e na satisfação das necessidades da comunidade, a fim de melhorar a sua saúde e qualidade de vida. Shortell e Kaluzny (cit. Olden *et al*, 2008) afirmam que os gestores devem implementar activamente medidas de melhoria contínua de qualidade com impacto na saúde do indivíduo e comunidade. Fos e Fine (cit. *ibid.*) defendem que os hospitais têm responsabilidade social na melhoria da saúde pública. O autor reforça que a gestão em saúde está mais focalizada na população e comunidade e que os estudos epidemiológicos incluem actualmente o nível de saúde, a qualidade de vida e o peso da doença numa comunidade.

No âmbito da qualidade Schultz (cit. Lloyd, 2004) identificou três formas de implementar um sistema de melhoria contínua da qualidade sendo elas: o ouvir a voz do utente (*Voice of consumer* - VOC), ouvir a voz do processo (*Voice of process* - VOP) e a utilização de ferramentas de controlo estatístico (*statistical process control* - SPC). O processo de melhoria contínua da qualidade resultaria de interligação entre VOC, VOP e SPC. Dado o conteúdo do capítulo – a satisfação do utente, iremos versar somente sobre o VOC.

#### **2.4.1 Ouvir o utente (VOC)**

A satisfação do utente pode ser considerada, consoante a óptica de análise, como uma resposta emocional à avaliação de um serviço (Westbrook, cit. Tam, 2007) ou, por seu turno, uma resposta cognitiva baseada na avaliação de atributos (Singh, Yellen *et al*, cit. *ibid.*). Outros investigadores consideram, no entanto, que a satisfação do utente é o resultado do processo de comparação da percepção do serviço com as expectativas criadas para o mesmo (Oliver, Ross *et al*, Spreng *et al*, cit. Tam, 2007), podendo, neste âmbito, estarem incluídas a avaliação cognitiva e resposta emocional (Pascoe, Urden, cit. *ibid.*). A expectativa inicial assume um papel importante na determinação do índice de satisfação do utente, sendo este inversamente positivo ou negativo consoante o grau de expectativas criadas para determinado serviço. Tais expectativas têm na sua origem aspectos sócio-demográficos, sócio-económicos, experiências anteriores, necessidades e o factor passa-palavra (Pope, Zeithaml *et al*, cit. *ibid.*).

Os utentes, de um modo geral, não têm o conhecimento necessário para avaliar as competências técnicas de enfermeiros e médicos pelo que a sua avaliação remete para

aspectos de ordem não técnica (Pope, cit. Tam, 2007). Posto isto, a revisão da literatura aponta os aspectos que os utentes consideram serem relevantes para a sua satisfação: a competência técnica do médico; as competências comportamentais e afectivas do médico; a acessibilidade e conveniência do serviço; o ambiente físico; a duração da consulta; a qualidade do pessoal de apoio, a continuidade dos cuidados médicos e o respeito pela privacidade (Baker, Di Paula *et al*, Grogan *et al*, McKinley *et al*, Nguyen *et al*, Peyrot *et al*, Ware *et al*, Yucelt, cit. Tam, 2007).

O estudo realizado por Co (cit. Lloyd, 2004) complementa o acima enunciado dado que identificou através de inquéritos a mais de que 6000 pais de crianças em 38 hospitais do EUA, os aspectos que geraram maior satisfação aquando dos cuidados prestados às suas crianças: (i) comunicação recebida pelos pais sobre a condição de saúde da criança e (ii) o envolvimento que tiveram na tomada de decisões sobre os cuidados da criança (Co, cit. *ibid.*). Deste modo, comunicar com o paciente e fazer dessa prática parte integrante do processo de cuidar é um novo conceito e desafio das organizações de saúde.

Um serviço considerado de excelência alicerça-se no ouvir da VOC. No entanto, tal procedimento revela-se insuficiente, pois implica igualmente responder às questões e preocupações apresentadas pelo utente, ou pelos seus familiares. Se as Organizações não ouvem e não respondem, os utentes irão procurar outras alternativas de forma convincente.

Orientada para o utente, a organização deve implementar estratégias que lhe permitam atingir os objectivos pretendidos. O processo estratégico de orientação para o utente inicia-se com a identificação das características-chave de qualidade (*Key Quality Characteristics – KQCs*) que representam os aspectos que mais preocupam os clientes e que surgem em primeiro lugar na sua mente, sendo essa identificação feita pelos mesmos. Ao se definir as KQCs é possível ter acesso a um conjunto de dados relativos à percepção e avaliação do processo, da qualidade e do output, segundo a óptica do utente. Deste modo e para melhor compreender a VOC é necessário avaliar o processo: qual o seu início e fim, avaliar a pertinência da sua revisão, identificar os utentes e, perante isto, ponderar quais os aspectos do processo mais valorizados pelos utentes. Com base nesses aspectos e em cruzamento com outros dados e padrões da organização, é possível tentar adaptar e conciliar as necessidades dos utentes com as capacidades da unidade de saúde a fim de alcançar padrões de qualidade para ambos. De salientar que uma má percepção de qualidade por parte dos utentes pode ter efeitos prejudiciais para a organização a longo prazo, dada, entre outros factores, a crescente possibilidade de escolha dos utentes no que refere à Saúde. (Lloyd, 2004)

Analisar o VOC e consequentemente as necessidades dos utentes é importante no desempenho da organização. Lloyd (2004) afirma que é factor-chave no trabalho diário de cada um (i) conhecer os clientes e (ii) tomar medidas a fim de os ouvir e perceber as suas necessidades e expectativas. Para tal, existem três momentos pelo qual se pode ouvir a VOC: antes da prestação do serviço, durante e depois. Campbell e Fiske (cit. *ibid.*) afirmam que analisar a VOC segundo múltiplas abordagens cria não só um maior volume de informação recebida como aumenta a credibilidade e validade dos resultados.

Na óptica de Wensing e Elwyn (cit. Torres e Guo, 2004) são três as componentes essenciais da visão das OSS aos olhos dos pacientes: preferências, avaliação e o *report*. As preferências correspondem aos desejos e expectativas no âmbito dos cuidados de saúde. A avaliação refere-se à reacção do paciente ao serviço prestado pela OSS. Por fim, o *report* dá as OSS um conjunto de opiniões e informações objectivas dos pacientes relativamente ao processo organizacional. Ainda segundo os mesmos autores existem quatro formas de utilizar a visão do paciente no processo de melhoria da qualidade. Primeiro, fornecer informação aos que procuram cuidados de saúde. Os pacientes estão cada vez melhor informados, razão pela qual têm autonomia para escolher o local onde querem receber tratamento médico. Este facto exige um esforço das organizações para prestar um serviço de melhor qualidade a fim de atrair os utentes. Em segundo lugar os autores enfatizam o envolvimento com o paciente. Os autores afirmam que ao adoptar uma estratégia de partilha no processo de decisão ou de registo das preferências dos pacientes, constrói-se uma relação de maior cumplicidade entre os intervenientes. Deste modo, os profissionais de saúde procuram dar uma opinião fundamentada e adequada, valorizando as preferências dos utentes e tomando decisões de acordo com a aprovação do utente. Ao respeitar os desejos do utente a organização contribui para um melhor fluxo de informação e envolvimento com o utente, proporcionando-lhes uma tomada de decisão devidamente fundamentada. Outra forma de melhorar a performance com o auxílio dos pacientes é analisar o seu feedback através da recolha de dados. A opinião do utente pode ser analisada a fim de tomar acções de melhoria em áreas mais fracas. A abordagem final consiste em, com a ajuda dos clientes/utentes, planear e conceber o sistema de saúde. Envolver os clientes e pacientes permite-lhes incorporar o processo e desenhá-lo segundo as suas próprias expectativas resultando assim na identificação dos factores preferenciais do utente e consequentemente num aumento de satisfação (Torres e Guo, 2004).

A revisão teórica sob esta temática leva-nos a diferentes abordagens sobre os elementos considerados determinantes para a satisfação do utente, na sua perspectiva, e como as OSS se podem estruturar para ir ao seu encontro. No entanto, todas as teorias apontam no

mesmo sentido: a necessidade de ouvir o utente, de ir ao encontro das suas necessidades (componente médica e interpessoal) e garantir os níveis de eficiência no processo e estrutura da Organização.

Para avaliar a satisfação do utente, as OSS podem-se apoiar, à semelhança do que acontece noutros ramos de actividade, em ferramentas de estudo sociológico com o objectivo de recolher de dados de opinião e avaliação dos utentes sobre o desempenho organizacional. Através desses dados a organização tem uma percepção quantitativa do impacto que o seu processo tem para os utentes. Consoante o tipo de utente, o contexto e o tipo de informações pretendidas assim serão adaptadas as diferentes técnicas de recolha de dados, nomeadamente inquéritos, amostras de grupos, observação, entrevista, ferramentas tecnológicas, cliente mistério ou mesmo a análise de feedback não solicitado.

Os questionários são, em contexto de saúde, uma ferramenta bastante útil e de aceitabilidade positiva. Consoante os objectivos da OSS poderão avaliar, a título de exemplo, aspectos como a percepção de qualidade geral, do desempenho dos seus profissionais, das instalações físicas, questões relacionadas com o processo tal como: níveis de satisfação e lealdade, entre outros, considerados relevantes para a recolha de dados que lhes possa fornecer respostas às problemáticas, ou aspectos a melhorarem, em vigor. Tais acções pretendem ouvir a voz do utente (VOC), sendo na opinião dos autores Scherkenbach, Deming, Langly e Hayes (cit. Lloyd, 2004) inicio de um processo de melhoria contínua.

### 3 Metodologia

O objectivo do presente projecto é avaliar o processo consulta externa, nomeadamente a trajectória do utente de no Hospital Visconde Salreu. Os pressupostos iniciais têm como base os resultados obtidos no estudo elaborado pelo ISEGI, solicitado pela ACSS, que avalia nos diferentes Hospitais, a satisfação do utente segundo um conjunto de valências e indicadores. Neste, o HVS obteve, de modo geral, resultados positivamente acima da média. Neste sentido, e por contraponto à percepção dos utentes pretende-se verificar a perspectiva interna sobre o funcionamento do processo de consulta externa do HVS.

Os dados obtidos deste projecto serão, por amostra, aplicados à especialidade de cirurgia geral, dado ser a especialidade médica com maior peso e relevância no HVS. Deste modo procede-se, primeiramente, à construção do fluxograma representativo da trajectória do utente de consulta externa. Pretende-se posteriormente, por etapa, identificar pontos críticos do processo, através da aplicação do FMEA. Desses resultados será elaborado o respectivo plano de diagnóstico e planeamento através da ferramenta *Stream Analysis*. O intuito final prende-se com a sugestão de um conjunto de medidas de melhoria contínua aos pontos críticos identificados.

Para o enquadramento do estudo no Hospital foi recolhida informação ao nível estratégico e organizacional através de reuniões (Anexo 5) com o Conselho de Administração bem como a recolha de dados disponibilizados na plataforma online do Hospital.

O estudo da trajectória do utente de consulta externa (de cirurgia geral) do HVS foi elaborado através de entrevistas realizadas junto do Conselho de Administração e de colaboradores directamente envolvidos no processo. São onze os colaboradores que estão directamente ligados à consulta externa de cirurgia geral (quatro administrativas, uma enfermeira, quatro médicos e dois técnicos), no qual foram entrevistados três administrativas, uma enfermeira, dois médicos e dois técnicos, sendo a amostra de análise de 81,3%. Em contexto de entrevista/reunião foi solicitado para que, perante uma primeira versão do fluxograma representativo do processo, o complementassem com tarefas, etapas ou procedimentos que considerassem importante alterar. Uma vez validado, foi solicitado que enumerassem o que consideravam ser pontos críticos no processo da trajectória do utente de consulta externa desde que entra nas Instalações até que sai, com todas as etapas referidas no mesmo. Tal informação faz parte integrante no FMEA e posteriormente do *Stream Analysis*.

As propostas de melhoria foram construídas com o auxílio do sistema informático Microsoft Office Project.

## 4 O Hospital Visconde de Salreu

O Hospital Visconde de Salreu (HVS) está situado na freguesia de Salreu, concelho de Estarreja, Distrito de Aveiro. Inaugurado em 1935, foi nacionalizado em 1975 e elevado à categoria de Hospital Distrital Nível I em 1986. Está, desde 15 de Dezembro de 2010, integrado no Centro Hospitalar do Baixo Vouga E. P. E., juntamente com os Hospitais Infante D. Pedro de Aveiro e E.P.E e Hospital Distrital de Águeda. Este Hospital, actualmente com 76 anos, tem uma estrutura física desadequada às necessidades actuais, pelo que, neste âmbito em 11 de Março de 2010 foi aprovado pelo Ministério da Saúde a construção do Novo Hospital de Estarreja.

O órgão de gestão do Hospital é o Conselho de Administração do qual fazem parte um Presidente e um Vogal, ambos com poder executivo, um Director Clínico e um Enfermeiro Director, sendo os mesmos considerados membros consultivos. Apoiado sob uma estrutura hierárquica que consagra a organização de serviços em três tipologias: área de prestação de cuidados, área de suporte à prestação de cuidados e área de apoio à gestão, o HVS tem nas suas linhas estratégicas os seguintes pressupostos:

*Missão:* Presta cuidados de saúde de forma humanizada e personalizada centrada no indivíduo.

*Visão:* Pretende ser um hospital de proximidade à população alargando a capacidade de resposta às necessidades da mesma sem perder de vista o equilíbrio económico da instituição.

*Objectivos:*

- a. Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, nas vertentes de internamento, consulta externa, cirurgia de ambulatório, hospital de dia, meios complementares de diagnóstico e de terapêutica e serviço domiciliário;
- b. Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- c. Melhoria contínua para garantia da qualidade assistencial;
- d. Formação e investigação;
- e. Cumprimento das metas contratualizadas com o Ministério da Saúde (através de contrato específico e de planos de acção).

O HVS serve directamente os Concelhos de Estarreja e Murtosa com uma população de aproximadamente 38000 habitantes tendo como fonte os cuidados primários dos respectivos centros de saúde. No entanto, e por uma questão de proximidade a esta unidade Hospitalar, dirigem-se igualmente utentes dos Concelhos de Albergaria-a-Velha, Ovar e Oliveira de Azeméis.

Com um total de 111 colaboradores efectivos (dados de 2009), sendo os grupos profissionais mais numerosos os assistentes operacionais com 39 efectivos seguido dos enfermeiros com 30 profissionais a exercer funções, o HVS tem na sua oferta de serviços os abaixo indicados:

Especialidades	Internamento	Consulta	Cirurgia	Hospital de Dia	MCDT
Anestesiologia	●	■			
Cirurgia Geral	■	■	■		
Ginecologia	■	■	■		
Hematologia Clínica		■			
Imagiologia					■
Medicina Física e de Reabilitação	●	■		■	■
Medicina Interna	■	■			
Medicina do Trabalho		■			
Oftalmologia		■	■		
Ortopedia	■	■	■		
Otorrinolaringologia	●	■			
Patologia Clínica					■
Pediatria		■		■	
Pneumologia	●	■		■	
<b>Consultas Não Médicas</b>					
Apoio Nutricional e Dietética		■			

■ Existente  
● Apoio ao Internamento

**Tabela 2** – Serviços disponíveis no HVS.

A oferta de serviços do HVS sofreu, inevitavelmente, alterações numéricas dada a supressão do Serviço de Urgência desta unidade. Assim, a actividade do Hospital tem como fonte a referenciação pelos prestadores de cuidados de saúde primários ou a referenciação interna do próprio Hospital. Posto isto, o HVS estruturou a sua oferta com o propósito de garantir a atractividade do hospital, aumentar os níveis de satisfação dos utentes e justificar a razão da sua existência.

As consultas externas no HVS são actualmente um importante foco de crescimento devido à sua dependência de cuidados primários. Perante o crescimento da procura das especialidades médicas o HVS procura dar resposta reforçando a sua oferta. Assim, e de acordo com o quadro abaixo indicado referente a dados de 2008-2009, assistiu-se a um

crescimento das especialidades médicas implementadas mais recentemente (Ginecologia – 250,43%, Imunoalergologia – 37%, Oftalmologia – 2.140%, Otorrinolaringologia – 234%, Pneumologia – 89%) bem como a consolidação de especialidades médicas consideradas “clássicas” (Anestesiologia – 1.330%, Medicina Interna – 34%, Patologia Clínica – 11%).

ESPECIALIDADE	Consultas Realizadas					
	Primeiras	Primeiras	Varição	Total	Total	Varição
	consultas	consultas	2009-2008	consultas	consultas	2009-2008
	2009	2008	(%)	2009	2008	(%)
Anestesiologia	325	13	2400,00%	329	23	1330,43%
Cirurgia Geral	1.164	1.126	3,00%	4.167	4.021	4,00%
Dietética	52	72	-27,78%	495	402	23,13%
Fisiatria	281	322	-13,00%	650	687	-5,00%
Ginecologia	162	73	121,92%	403	115	250,43%
Hipertensão Arterial	14	29	-52,00%	186	178	4,00%
Imuno-Alergologia	60	61	-1,64%	137	100	37,00%
Medicina Interna	136	121	12,00%	709	529	34,00%
Medicina do Trabalho	1	1	0,00%	101	103	-1,94%
Medicina Curativa	1	2	-50,00%	133	169	-21,00%
Oftalmologia	398	31	1183,87%	896	40	2140,00%
Ortopedia	1.087	1.073	1,00%	2.632	2.620	0,50%
Otorrinolaringologia	255	113	125,66%	592	177	234,46%
Patologia Clínica	21	18	17,00%	355	319	11,00%
Pediatria	32	41	-21,95%	287	313	-8,31%
Pneumologia	69	54	28,00%	260	137	90,00%
Seguros	48	128	-62,50%	147	339	-56,64%

**Tabela 3** - Dados das Consultas Externas do HVS

No que diz respeito à actividade cirúrgica do Hospital, de acordo com os dados de 2008-2009, registou-se nas especialidades de Cirurgia Geral (583 cirurgias realizadas em 2008, 600 em 2009) e Ortopedia (230 cirurgias realizadas em 2008, 203 em 2009) uma certa estagnação. A especialidade de Oftalmologia, devido à realização de cirurgia às cataratas, no final de 2008 teve um crescimento assinalável, embora não haja termo de comparação efectivo.

O Internamento, como actividade assistencial que envolve o consumo de recursos físicos e humanos, face à procura, teve necessidade de aumentar a oferta de camas em 8, no ano de 2009 no serviço de Medicina Interna, sendo o ajustamento das restantes especialidades cirúrgicas igualmente necessário.

As reclamações registadas em 2009 no HVS são consideradas pelo mesmo, residuais, dado o seu número registado (10). Nas referidas reclamações o processo de atendimento é o aspecto mais visado.

## 5 Resultados

### *5.1 A qualidade percebida e satisfação do utente do Hospital Visconde Salreu*

A avaliação da satisfação do utente e sua percepção de qualidade dos serviços de consulta externa do Hospital Visconde de Salreu tem como base o relatório desenvolvido pelo Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI/UNL) para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). O referido relatório descreve os resultados de satisfação dos utentes das valências de Internamentos, Consultas Externas e Urgências do Hospital Visconde de Salreu - Estarreja, SPA.

Em termos metodológicos foi considerada como população alvo utentes com idade compreendida entre 15 e 75 anos (à data de 30 de Junho de 2008), que frequentaram uma Consulta Externa nos Hospitais no primeiro trimestre de 2008 (para o estudo da valência de consultas externas). Para selecção da amostra de utentes foram realizadas amostragens probabilísticas, construídas através de tiragem sistemática de utentes, estratificada por Hospital e por valência (Internamentos, Consultas Externas e Urgências). O relatório refere que não houve, aquando da realização das entrevistas, possibilidade de substituição dos utentes seleccionados, sendo que para que um indivíduo fosse classificado como não respondente foram necessários pelo menos 5 contactos em dias e horas diferenciados. A dimensão global da amostra refere que foram realizadas 22653 entrevistas para o conjunto dos Hospitais. Destas, 7709 dizem respeito à valência de Internamentos, 7839 à de Consultas Externas e 7105 à de Urgências. Para o Hospital Visconde de Salreu - Estarreja, SPA foram entrevistados 312 utentes, dos quais 66 responderam sobre o serviço de Internamentos, 113 sobre o de Consultas Externas e 133 sobre o de Urgências. As entrevistas telefónicas para os utentes (suportadas por sistema CATI), decorreram durante os meses de Julho a Outubro de 2008, em que o questionário aplicável era composto por 46 questões na valência de Urgências, 45 na valência de Consultas Externas e 51 na valência de Internamentos. O controlo de qualidade das entrevistas teve a sua supervisão directa, reentrevista a uma sub-amostra e validação dos dados recolhidos através de aplicações informáticas desenvolvidas para o efeito.

A satisfação do utente de consultas externas teve como base dois submodelos: o modelo estrutural e o modelo de medida. O primeiro é constituído pelo conjunto de equações que definem as relações entre as variáveis latentes, as quais não são observáveis, em que a escala utilizada é de 1 a 100. O modelo de medida é constituído pelo conjunto de equações

que definem as relações entre as variáveis latentes e os indicadores obtidos das respostas dos utentes ao questionário, em que a escala utilizada é de 1 a 10.

A definição dos Grupos de Estrutura, no qual o Hospital Visconde de Salreu pertence ao Grupo III, vai ao encontro da definição de 3 factores-chave tais como a escala/diferenciação, complexidade não ajustada pelo Casemix, Básico/Intermédio ou outros factores definidos para o efeito.

### **5.1.1 Resultados das Consultas Externas**

A valência de consulta externa tem 11 variáveis latentes: imagem, processo de admissão, instalações, médicos, enfermeiros, exames e tratamentos, tempo de espera, tratamento de reclamações, satisfação e lealdade.

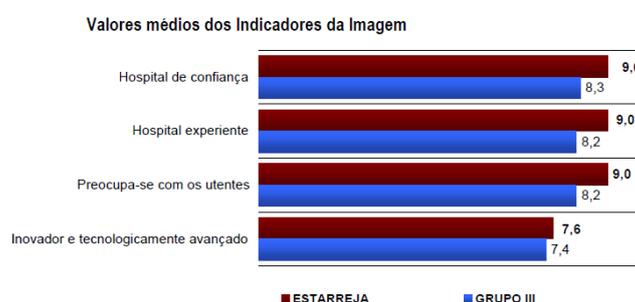
Os resultados globais de satisfação do utente, na valência de consulta externa do HVS, no estudo designado como “Estarreja”, referem que para uma média de 76,8 valores nos Hospitais do Sector Público Administrativo (HSPA) da zona Centro do País, o Hospital apresenta valores de 82,8. Neste sentido, os resultados, por variável latente, para valores médios do Grupo III e HVS, são respectivamente, os seguintes: imagem (78,0; 84,1), processo de admissão (76,5; 84,2), instalações (80,4; 84,0), médicos (88,0; 98,4), enfermeiros (88,8; 98,4), exames e tratamentos (83,8; 85,2), tempo de espera (73,1; 74,8), qualidade global (80,0; 85,8) reclamações (68,6; 71,5), satisfação (79,0; 82,8), lealdade (83,1; 85,9).

As características do utente inquirido referem que 66,4% são do sexo feminino e respectivamente 33,6% de sexo masculino. A respectiva classe etária refere que 6,2% tem idades compreendidas entre os 15 e 19 anos; 8,8% entre os 20 e 29 anos de idade, 12,4% entre os 30 e 39, 30,1% entre 40 e 49, 17,7% entre 50 e 59 e 24,8% dos inquiridos apresenta pertence à classe etária dos 60 aos 75 anos. O nível de instrução dos inquiridos compreende-se essencialmente entre o 1º (37,2%), 2º (23,9%) e 3º (15%) ciclos do ensino básico. Dos utentes inquiridos 40,7% encontravam-se empregados, 17,7% exerciam actividade doméstica, 16,8% eram reformados e 15% encontravam-se desempregados. As consultas externas aos quais os utentes estavam afectos, 68,1% eram de seguimento e 29,2% de 1ª consulta. A zona de residência dos utentes abrange o Concelho de Estarreja (68,1%) e Murtosa (17,7%).

#### **5.1.1.1 Imagem**

A variável “Imagem”, e segundo Gráfico 1, obteve os seguintes resultados, por indicador de avaliação: Hospital de confiança (9,0), Hospital experiente (9,0), Preocupa-se com os utentes (9,0), Inovador e tecnologicamente avançado (7,6). Os valores obtidos pelo

Hospital Visconde Salreu foram, nos quatro indicadores superiores à média obtida pelo seu grupo de referência, o Grupo III.



**Gráfico 1** – A Imagem Organizacional do HVS.

### 5.1.1.2 Expectativas

A variável “Expectativas” avaliada sobre o indicador “expectativas sobre a qualidade geral” regista 7,9 valores (numa escala de 1 a 10), sendo o valor comparativo do Grupo III, 7,4.

### 5.1.1.3 Processo de Admissão

O Processo de Admissão e conforme Gráfico 2, fora avaliado segundo três indicadores: “Facilidade em obter uma consulta, “Qualidade das indicações para encontrar a entrada do edifício e a recepção” e “Qualidade do atendimento e recepção”. Os indicadores obtiveram, respectivamente, 8,2, 8,7 e 8,9 valores. Os valores médios do Grupo III registam para cada indicador as pontuações de 7,4, 8,2 e 8,3, registando-se por parte do Hospital Visconde Salreu valores superiores à sua média de referência.



**Gráfico 2** – O Processo de Admissão de Consultas Externas

### 5.1.1.4 Instalações

A variável de análise da qualidade das Instalações do HVS contempla 6 indicadores os quais, conforme Gráfico 3, apresenta valores ligeiramente superiores à média de referência. Deste modo, o Hospital obteve os seguintes resultados, por indicador: Facilidade em encontrar o gabinete de consulta (8,9); Limpeza e higiene do gabinete de consulta (8,9); Conforto e comodidade no gabinete de consulta (8,3); Protecção e privacidade no gabinete de consulta (8,6); Conforto e limpeza do local de espera (8,6) e Qualidade global das instalações do Hospital (8,2).

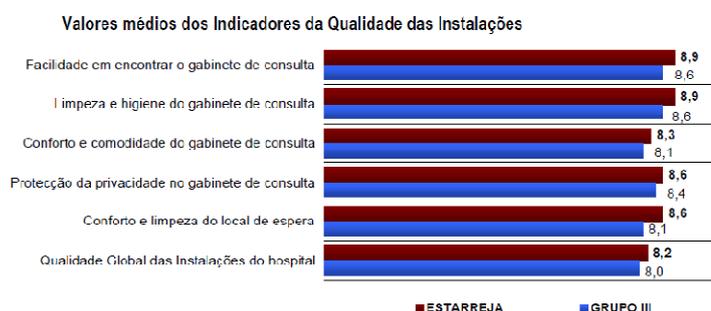


Gráfico 3 – A Qualidade das Instalações do HVS

### 5.1.1.5 Médicos

Para avaliação da qualidade apercebida dos utentes sobre os Médicos do HVS foram considerados seis indicadores, que obtiveram os seguintes resultados: atenção e disponibilidade (9,2), forma como explicaram a condição do utente (9,3), competência e profissionalismo (9,3), explicações sobre medicamentos e exames a realizar (9,2), e informação sobre cuidados e práticas a seguir após a consulta (9,1) e qualidade global do desempenho dos médicos (9,3).



Gráfico 4 – A Qualidade apercebida dos Médicos

### 5.1.1.6 Enfermeiros

A variável qualidade apercebida dos enfermeiros, e conforme Gráfico 5, contempla três indicadores os quais apresentam os seguintes resultados: simpatia e disponibilidade (9,3), competência e profissionalismo (9,2) e qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem (9,1). Dos inquiridos, 67,5% teve contacto com enfermeiros.

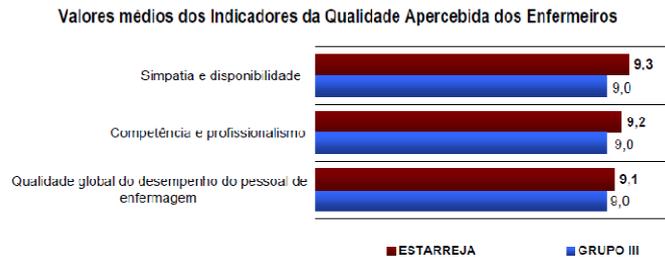


Gráfico 5 – A Qualidade apercebida dos Enfermeiros.

### 5.1.1.7 Exames e Tratamento

Para avaliação da variável Exames e Tratamento foram considerados quatro indicadores, aos quais o Hospital Visconde Salreu e respectivo Grupo III, obtiveram os seguintes resultados: tempo de espera (7,8; 8,0), simpatia e disponibilidade dos técnicos (9,0; 8,8), competência e profissionalismo dos técnicos (9,0; 8,8); qualidade global dos serviços prestados (9,0; 8,7). Dos inquiridos, 62,8 % dos utentes realizaram exames ou tratamento ao passo que 37,2% não o fizeram.

### 5.1.1.8 Tempo de Espera

A variável “Tempo de Espera”, conforme Gráfico 6, é constituída por dois indicadores: tempo de espera antes da consulta e tempo de espera entre a saída da consulta e do Hospital. Nestes indicadores, o HVS registou, respectivamente os valores médios de 7,2 e 8,3.

Valores médios dos Indicadores da Qualidade Apercebida do Tempo de Espera

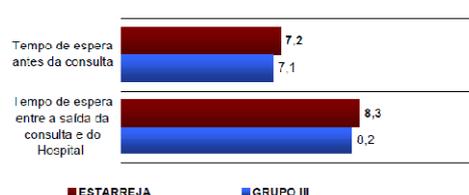


Gráfico 6 – Avaliação do Tempo de Espera.

### 5.1.1.9 Qualidade Global

A valência de qualidade global do serviço prestado em consultas externas, regista o valor médio de 8,7 sendo os resultados médios de referência de 8,2 valores.

### 5.1.1.10 Reclamações

Os dados relativos à valência de reclamações indicam que no ano do respectivo estudo e 0,9% dos utentes apresentaram reclamações. Os indicadores integrantes da valência reclamações foram os seguintes: expectativas criadas na resolução da reclamação e resolução da reclamação. Neste âmbito, o HVS registou, respectivamente os valores médios de 7,7 e 10. Os valores indicados são efectivamente superiores aos do Grupo III (6,1 e 7,2).

### 5.1.1.11 Satisfação

A valência de satisfação contempla três indicadores, conforme Gráfico 7 abaixo representado. Nestes, o HVS regista os seguintes valores: satisfação global (8,8), realização das expectativas (8,5) e hospital ideal (8,2).

Valores médios dos Indicadores da Satisfação

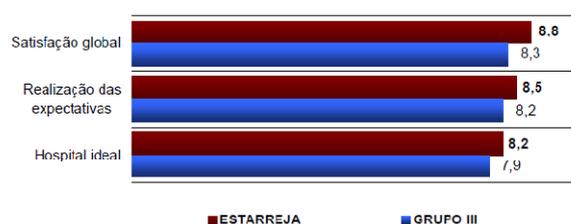


Gráfico 7 – A Satisfação do utente do HVS

### 5.1.1.12 Lealdade

A valência “Lealdade” foi avaliada através de dois indicadores: probabilidade do utente voltar a escolher o hospital em caso de necessidade e se recomendariam o Hospital a familiares, amigos e colegas. Perante estes indicadores, o HVS registou valores médios de 8,9 e 8,6, respectivamente, conforme Gráfico 8.



**Gráfico 8-** A Lealdade do utente do HVS.

### 5.1.1.13 Considerações

O referido estudo aborda onze valências para avaliação da satisfação global e qualidade apercebida dos utentes perante o desempenho, neste caso, das Consultas Externas do Hospital Visconde de Salreu. Cada valência e respectivos indicadores de avaliação permitem quantificar a percepção do utente perante diferentes abordagens e pressupostos, o que permite a recolha de dados úteis e relevantes para o Hospital e respectivos *stakeholders*.

Os modelos utilizados e as valências estudadas abordam questões e temáticas importantes sendo que, no entanto, foi sentida alguma dificuldade na integração das mesmas no quadro teórico do presente projecto. Não obstante, a informação disponibilizada é ponto de partida e de questionamento sobre o desempenho das consultas externas do Hospital.

No referido estudo, o HVS destaca-se positivamente e com maior amplitude nas valências de Processo de Admissão, Reclamações, Imagem e Qualidade Global. No mesmo sentido as valências com valores superiores dizem respeito à avaliação de Médicos e Enfermeiros.

Os dados obtidos representam valores médios para cada valência, sendo que a inclusão dos valores de desvio padrão seria uma mais-valia na interpretação dos resultados. Neste sentido, o Hospital Visconde Salreu regista, regra geral, valores médios superiores em comparação com o seu grupo de referência o que desde já nos leva a questionar se de facto a percepção do utente corresponderá ao real desempenho do Hospital.

## 5.2 O fluxograma

O fluxograma do processo de consulta externa do HVS (Anexo 1) representa, de modo esquemático, um importante processo e serviço do Hospital. Este processo representa, perante determinados momentos de decisão, quais as possíveis trajetórias do utente desde que entra nas Instalações do HVS para efectuar uma consulta externa. O início da trajetória do utente inicia-se antes da sua presença física nas instalações do Hospital, sendo que nas duas etapas iniciais do processo não há contacto directo com o utente. Deste modo, e conforme Gráfico 9, o fluxograma da trajetória do utente de consulta externa do HVS contempla 6 etapas: (1) Encaminhamento do utente para o HVS, (2) Recepção do pedido de consultas, (3) Consultas externas, (4) MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, (5) Consulta Externa/Saída do Utente, (6) Serviços de Enfermagem. Cada tarefa do processo tem associado um responsável pela sua execução, identificada graficamente junto da mesma.



Gráfico 9 - Fluxograma síntese do processo da trajetória do utente de consulta externa

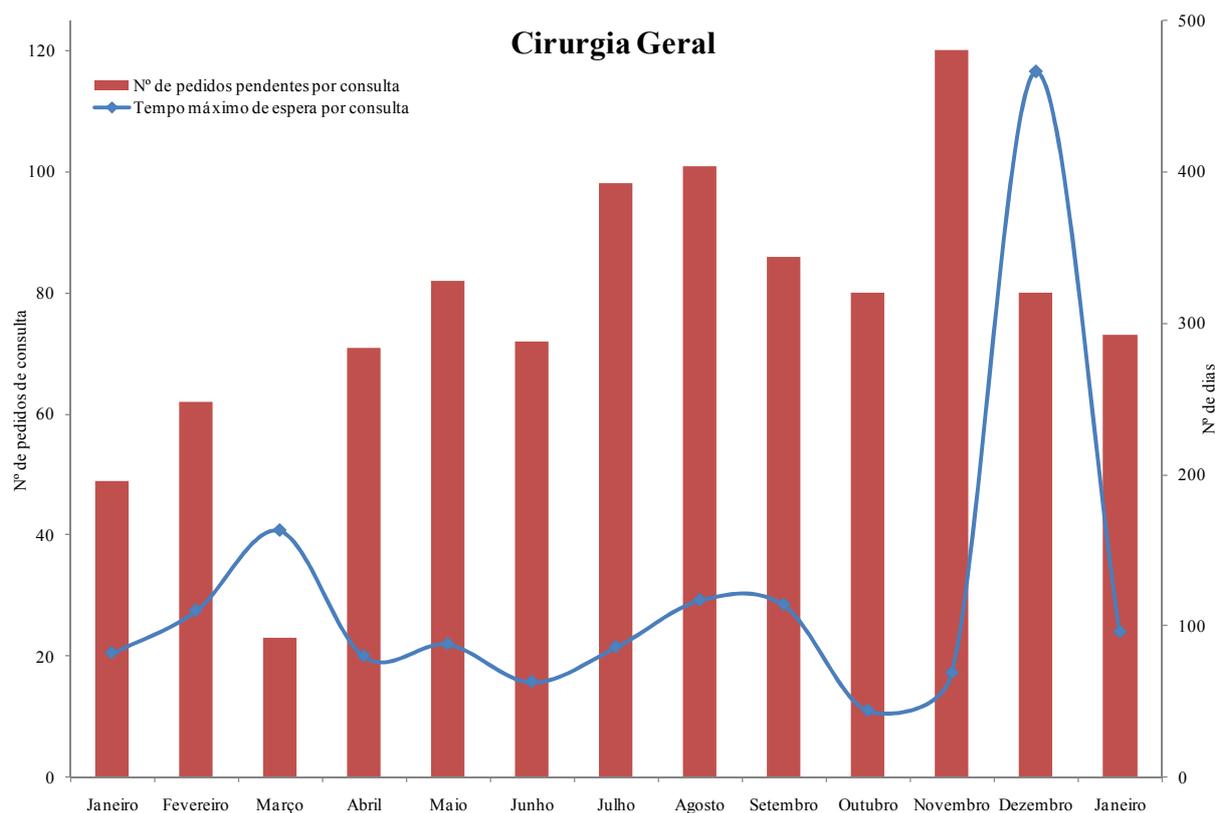
A etapa 3 – consultas externas corresponde ao real propósito do processo: a realização de consulta médica através do qual o utente tem um maior role de trajetórias a seguir, consoante o resultado da mesma. O seu sucesso processual é resultado do decorrer das anteriores e o seu desempenho determinante para as etapas vindouras. É uma etapa integrante e importante ao processo.

Em suma, o Fluxograma das consultas externas do HVS poder-se-á considerar relativamente simples, dadas as etapas e número de intervenientes associados que permite controlar a trajetória do utente, e caso surja alguma problemática, resolvê-la atempadamente.

## 5.3 A lista de espera

A lista de espera, como seja o tempo que os utentes aguardam desde que o seu processo entra no HVS até que seja efectivada a consulta, não fora abordado como problemático no âmbito das entrevistas realizadas. Os dados relativos ao tempo de espera (Anexo 4), seja em consulta externa ou cirurgia, são importantes não só no âmbito da própria

gestão hospitalar mas também aos utentes e comunidade. Neste seguimento, o HVS disponibiliza na sua plataforma online informação mensalmente actualizada sobre o tempo de espera e número de novos pedidos para cada especialidade médica, em consulta externa e cirurgia. Sendo a consulta externa o foco do presente estudo, foram apresentados, neste sentido, dados do HVS entre Janeiro de 2010 e Janeiro de 2011 que compreendem o número de pedidos pendentes no final de cada mês, assim como o tempo de espera máximo nesse mesmo período, calculado pela data do pedido de consulta mais antigo até ao mês em análise. A interpretação fiável dos dados exige o conhecimento da realidade de cada especialidade médica, requer o conhecimento das suas dificuldades, quais os meios humanos e técnicos disponíveis, entre outros, dados considerados relevantes para a justificação dos dados. Os dados referentes às especialidades médicas existentes no HVS, na valência de consulta externa registaram-se numa clara maioria das especialidades um elevado pico de tempo de espera no mês de Dezembro, coincidindo com o respectivo período de férias que parece associado, pois acumulou o número de pedidos de primeira consulta. Num outro registo salientam-se, em determinadas especialidades médicas, picos de tempo de espera tal, como em Oftalmologia, que regista um acumular de tempo de espera no mês de Abril, resultado acumulado da inactividade da especialidade nos meses precedentes, bem como a especialidade de Apoio Nutricional e Dietética, que regista poucos pedidos mas com tempos de espera elevados, resultado da ausência prolongada do médico da especialidade. No caso da especialidade em estudo, consulta externa de cirurgia geral, e conforme Gráfico 10, constatamos que apresenta claramente um número de pedidos de consulta bastante superior às demais especialidades disponíveis no HVS, registando-se em 77 o número médio de pedidos de consulta por mês. No entanto, o tempo de espera máximo por consulta não é superior na mesma proporção, sendo o mesmo, em média de 121 dias. Os valores, elevados, associados ao tempo de espera devem-se ao facto de, por um lado não existirem recursos médicos suficientes face à procura e, por outro, por estratégia do Hospital direccionar preferencialmente parte dos recursos médicos existentes para a actividade cirúrgica em detrimento da consulta externa.



**Gráfico 10** – Relação entre tempo de espera e número de pedidos de consulta, na especialidade médica de Cirurgia Geral.

#### 5.4 FMEA

Aplicar a ferramenta FMEA permitiu identificar um conjunto de informações detalhadas sobre um processo importante do HVS, que atravessa por diferentes locais físicos, por procedimentos padronizados, por comportamentos sociais distintos, por intervenientes que integram mais que uma etapa mas que, indirectamente têm o mesmo propósito: acompanhar a trajectória do utente de consulta externa e garantir que de forma eficiente os objectivos do mesmo sejam cumpridos. A informação recolhida pelo FMEA (Anexo 2) surgiu da colaboração de funcionários e Conselho de Administração através da análise, por etapa e perante o fluxograma do processo em estudo, de quais as tarefas que estariam em falha, qual o seu nível de risco, causas e efeitos e, isoladamente, quais as potenciais acções correctivas das mesmas. A aplicação do FMEA permitiu analisar um processo na óptica de quem, diariamente o realiza. São então dados importantes que com maior ou menor impacto fazem parte do processo.

<b>1 - Encaminhamento do Utente para o HVS</b>	<b>1A</b>	<b>Comunicação das especialidades médicas do HVS</b>
	<b>1B</b>	<b>Referenciação externa significativa em formato papel</b>
	<b>1C</b>	<b>Descoordenação de informação dada ao utente entre Centro de Saúde e HVS</b>
<b>2 - Recepção do pedido de consultas</b>	<b>2A</b>	<b>Gestão do volume de pedidos de consulta pelos Centros de Saúde</b>
	<b>2B</b>	<b>Qualidade da informação do processo de pedido de consulta</b>
	<b>2C</b>	<b>Registo informático das referências</b>
	<b>2D</b>	<b>Metodologia de análise de prioridades pelo médico triador</b>
<b>3 - Consultas externas</b>	<b>3A</b>	<b>Dados de contacto do utente</b>
	<b>3B</b>	<b>Marcação de consultas por meios exteriores ao processo</b>
	<b>3C</b>	<b>Metodologia de agendamento de consultas</b>
	<b>3D</b>	<b>Cultura de pontualidade</b>
	<b>3E</b>	<b>Ida antecipada dos utentes para as instalações do Hospital</b>
	<b>3F</b>	<b>Acumular de utentes nas instalações do HVS</b>
	<b>3G</b>	<b>Sistema de gestão de atendimento</b>
<b>4 - MCDT</b>	<b>4A</b>	<b>Requisição significativa de exames em formato papel</b>
	<b>4B</b>	<b>Elaboração de relatórios de MCDT internos</b>
	<b>4C</b>	<b>Elaboração de relatórios de MCDT realizados no exterior</b>
	<b>4D</b>	<b>Lista de espera considerada elevada na marcação de ecografias</b>
	<b>4E</b>	<b>Relação oferta/procura de MCDT no HVS</b>
<b>5 - Consulta externa/saída do utente</b>	<b>5A</b>	<b>Falha no registo da alta administrativa</b>
	<b>5B</b>	<b>Definição de processo</b>
<b>6 - Serviços de enfermagem</b>	<b>6A</b>	<b>Descoordenação entre horários de consultas externas e consultas de enfermagem</b>
	<b>6B</b>	<b>Atrasos na prestação de cuidados de enfermagem</b>
	<b>6C</b>	<b>Gestão de prioridades das consultas de enfermagem</b>
	<b>6D</b>	<b>Condições físicas deficitárias do gabinete de enfermagem</b>

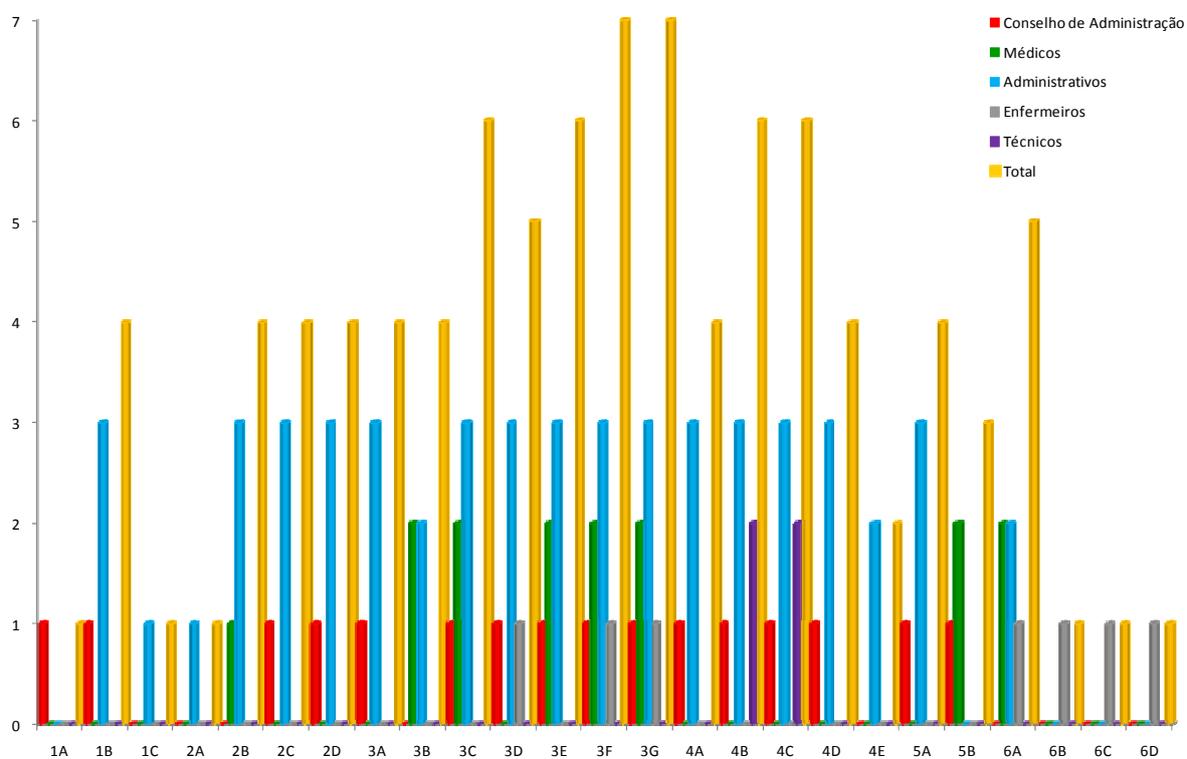
Tabela 4 – Falhas identificadas, por etapa, ao processo de consulta externa.

Deste modo, e ao aplicar o FMEA no processo da trajectória do utente de consultas externas (com foco na consulta externa de cirurgia geral) do HVS, foram identificadas 25 falhas no total das 6 etapas do processo, conforme Tabela 4. A cada etapa estão associados um determinado número de tarefas, sendo que as falhas irão surgir na mesma proporção. Etapas com muitas tarefas ou falhas associadas não significam necessariamente que a problemática incida sobre uma etapa em específico, precisamente por ser uma etapa, etapa essa integrante de um processo que tem acontecimentos de origem e resultado. Na avaliação do respectivo processo foram identificadas para cada uma das 6 etapas, respectivamente, 3, 4, 7, 5, 2 e 4 falhas associadas. A etapa 3 – consultas externas fora a que apresentou o maior número de falhas, 7. Esta etapa contempla os procedimentos desde a marcação da consulta externa até à sua realização, integra tarefas de componente administrativa, médica e operacional. Esta etapa, e por incorporar a chegada do utente ao Hospital, tem igualmente

uma componente social em resposta às tarefas integrantes da etapa como sejam a gestão do atendimento, encaminhamento de utentes, ou tempo de espera nas instalações do Hospital. Assim, na 3ª etapa foram identificadas as falhas que pelas suas causas e efeitos apresentam maior impacto visível para o funcionamento do processo de consulta externa. Não obstante, todas as etapas são integrantes no processo pelo que as falhas identificadas no presente quadro são válidas para o mesmo. As falhas identificadas na primeira etapa – encaminhamento do utente para o HVS dizem respeito à comunicação do HVS com o exterior em aspectos-chave como seja a divulgação das especialidades médicas existentes. Estabelecer uma estreita ligação entre Centro de Saúde e HVS é igualmente importante para, por um lado, articular a informação disponibilizada aos utentes e, por outro, sensibilizar para a importância de, caso existam, utilizar os meios informáticos para envio de referências. Na segunda etapa – recepção do pedido de consulta, a informação disponível no envio das referências é factor condicionante para Hospital e utentes, dado que a qualidade da mesma poderá influenciar o seu registo e a atribuição de prioridade de consulta. A terceira etapa integra falhas de processo e, em consequência falhas sociais. Falhas de processo nas quais se incluem o sistema de gestão de atendimento que dita o correcto encaminhamento de utentes e gestão da prioridade no atendimento, a metodologia de agendamento de consulta, definida por conjuntos de horários, nos quais a sequência de atendimento dentro desse horário é definida pela ordem de chegada dos utentes e uma terceira falha, a marcação de consultas por meios exteriores ao processo em que se avança em etapas do processo até à marcação e efectivação de consulta. Surgem igualmente falhas sociais como seja a cultura de pontualidade no HVS que implica atrasos nas diferentes valências do Hospital, ida antecipada dos utentes para as instalações do Hospital e o acumular de utentes no mesmo. A quarta etapa – Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica (MCDT) apresenta falhas de processo na elaboração de relatórios e lista de espera associadas, resultado indirecto da falta de recursos humanos para tal. A quinta etapa – consulta externa/saída do utente, identifica a não estreita coordenação de tarefas no qual resultam falhas de processo em que o aspecto visível é a saída do utente sem que haja alta administrativa. Por fim, a ultima falha – serviços de enfermagem, integra o processo, caso exista cirurgia. É uma etapa anexa ao processo mas que, dadas as suas falhas serem claro reflexo das demais etapas, fora considerada. Assim, pela descoordenação de horários entre consultas externas e de enfermagem, pela gestão de prioridades de consulta, face à necessidade de atendimento de utentes provenientes de consulta externa médica, e com o anexo das reais condições físicas dos gabinetes de enfermagem, juntam-se a estes mesmos aspectos, considerados só por si falhas, os atrasos na prestação de cuidados de enfermagem.

As falhas identificadas no processo são resultado da opinião dos colaboradores do HVS, sendo que há falhas com as quais as diferentes categorias profissionais se identificam, existindo outras em que a opinião é contrária ou restrita àquela categoria profissional. Das falhas identificadas não houve nenhuma comum a todos os entrevistados (9), dado que a sua contribuição não é passível a todas as etapas da trajectória do utente. Assim, o Gráfico 11 refere, por falha, o número de colaboradores, no total e por categoria profissional que consideram que a referida falha é parte integrante do processo. Os resultados totais apontam que as falhas identificadas de modo mais frequente foram “o acumular de utentes no HVS” (3F) e “sistema de gestão de atendimento” (3G), referidas por 7 colaboradores, seguidas da “Metodologia de agendamento de consulta”(3C), “ida antecipada dos utentes para as instalações do HVS” (3E), “Elaboração de relatórios de MCDT internos” (4B) e “elaboração de relatórios de MCDT externos” (4C). Numa primeira análise poder-se-á referir que as falhas em questão, sendo que as MCDT lhes são específicas, estão directamente correlacionadas entre si podendo a metodologia de agendamento de consulta e a gestão do atendimento originar a ida antecipada dos utentes para o HVS, sendo causa indirecta do acumular de pessoas no mesmo. Por seu turno, as falhas referentes à primeira e sexta etapa do processo foram as menos identificadas, dado serem etapas exclusivas dos serviços administrativos e de enfermagem, respectivamente, não havendo assim a percepção pelos demais das problemáticas associadas às mesmas. As falhas identificadas de modo frequente correspondem às etapas intermédias do processo, seja a Realização de Consultas (3ª etapa) e Realização de MCDT (4ª etapa) as quais congregam um conjunto de elementos que abrem caminho a que os processos previamente identificados não corram rigorosamente como esperado, dando lugar à existência de falhas, sejam elas do próprio processo do Hospital, ou fruto de envolvente externa. Se as falhas são identificadas por um conjunto de categorias profissionais implica que os seus efeitos abrangem mais do que uma tarefa, etapa ou parte do processo. Dando real importância às falhas identificadas na etapa 3, esta suposição aplica-se de facto, dados os efeitos extensíveis a outras etapas e a tarefas de diferentes categorias profissionais senão vejamos: o sistema de atendimento (3G) e acumular de utentes nas instalações do Hospital (3F) é visto como problemático para conselho de administração, médicos, serviços administrativos e de enfermagem, dados os seus efeitos directos ou indirectos na gestão das suas tarefas. Do mesmo modo, conselho de administração, serviços administrativos e médicos estão em consonância na identificação da ida antecipada dos utentes para as instalações do HVS (3E) e na metodologia de agendamento de consulta (3C),

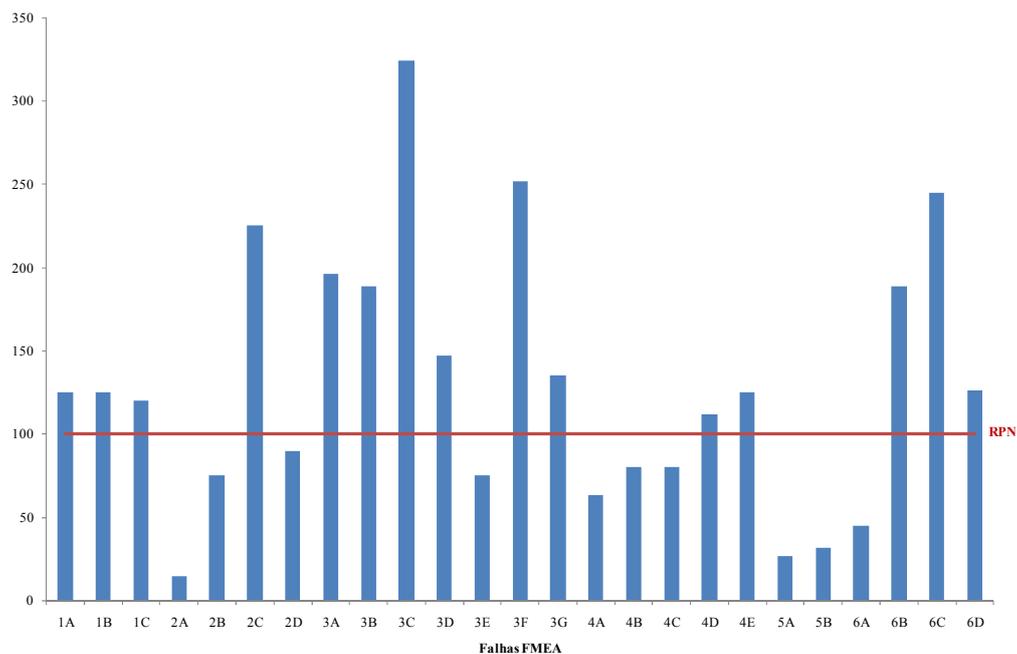
assinalando-as como falhas quais percebem e identificam como limitativas ao longo do processo.



**Gráfico 11** – Análise, por categoria profissional, das falhas identificadas no processo.

As falhas identificadas são, naturalmente, todas elas válidas, e devem ser avaliadas a fim de poderem ser minimizados os seus efeitos, para o Hospital e para os próprios utentes. Posto isto, aplicando o FMEA são consideradas falhas de risco as que apresentem o valor de RPN (*risk priority number*) igual ou superior a 100 valores. O RPN é resultado da classificação pelos colaboradores do HVS do nível de gravidade, periodicidade de ocorrência e detecção pelo utente das falhas identificadas ( $RPN = \text{Gravidade} \times \text{Ocorrência} \times \text{Detecção}$ ). Conforme gráfico representativo, das 25 falhas identificadas, 15 estão acima da linha limite definida pelo RPN (100 valores). Este, não deixa de ser um factor de alerta, sendo que 60% das falhas são consideradas como eventualmente, falhas de risco. Ao analisar os dados, a falha 3C – Metodologia de Agendamento de Consulta constata-se que é a que mais se destaca pelo seu elevado valor de RPN – 324. Esta falha poderá ser o foco da problemática de parte do processo. O modo como se agendam as consultas, por grupos de horários, em que o critério de atendimento é pela ordem de chegada, deixa antever atrasos na realização das consultas, o acumular de pessoas e a dificuldade de gerir e intercalar diferentes serviços. Tais

efeitos têm reflexo no desenrolar do processo, estando directa ou indirectamente relacionadas com as restantes falhas identificadas. As demais falhas com RPN superior, como o acumular de utentes nas instalações do HVS (252 valores), gestão de prioridades nas consultas de enfermagem (245 valores), atrasos na prestação de cuidados de enfermagem (189) são de especial atenção dado a sua interligação de causalidade. No mesmo propósito, surge a marcação de consultas por meios exteriores ao processo (189), considerada como sendo “de risco” por permitir uma falha no processo de marcação de consultas, que poderá dar azo a alterações na gestão do processo e ordens de trabalho. De salientar ainda as falhas registo informático das referencias (225 valores) e dados de contacto de utentes (196 valores), cujos valores são igualmente elevados e cujos efeitos se registam relativamente no início do processo, que poderá condicionar o avançar do mesmo para o utente e Hospital. Os dados do FMEA, nomeadamente as falhas, causas, efeitos encontram-se expressas no quadro abaixo indicado.



**Gráfico 12** – Nível de RPN das falhas do processo.

### 5.5 Stream analysis

No presente projecto a aplicação da ferramenta *Stream Analysis* seguiu-se em complemento ao FMEA. Após identificadas as falhas do processo e respectivas causas e efeitos, tendo presente as que têm maior RPN, procedeu-se à sua categorização. Neste sentido, as falhas foram alocadas em quatro categorias: Factores Sociais, Tecnologia, Aspectos

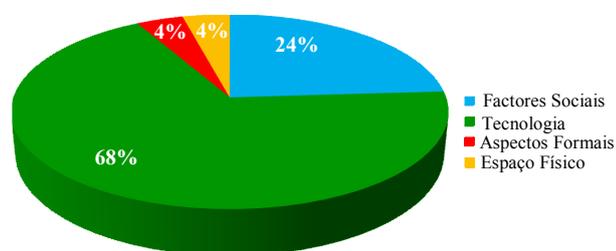
Formais e Espaço Físico, conforme Tabela 5. Uma vez categorizadas as falhas, e no âmbito da ferramenta *Stream Analysis* (Anexo 3), são estabelecidas relações de causalidade entre as mesmas, com o objectivo de avaliar quais as falhas que estão na origem da existência de outras falhas, sendo para isso a fonte do problema e, por outro lado, avaliar quais as falhas que são resultado das demais. A construção destas correlações permite reconhecer os pontos críticos do processo e estudá-lo, com maior detalhe, permitindo identificar meios para os suprimir e melhorar a sua performance.

<b>Aspectos Formais</b>	
<b>O1</b>	Relação oferta/procura de MCDT no HVS
<b>Factores Sociais</b>	
<b>S1</b>	Comunicação das especialidades médicas do HVS
<b>S2</b>	Descoordenação da informação dada ao utente entre Centro de Saúde e HVS
<b>S3</b>	Marcação de consultas por meios exteriores ao processo
<b>S4</b>	Ida antecipada dos utentes para as instalações do Hospital
<b>S5</b>	Cultura de pontualidade
<b>S6</b>	Acumular de utentes nas instalações do HVS
<b>Tecnologia</b>	
<b>T1</b>	Qualidade da informação integrante do processo de pedido de consulta pela sua fonte
<b>T2</b>	Falha no registo da alta administrativa
<b>T3</b>	Gestão de prioridades das consultas de enfermagem
<b>T4</b>	Requisição significativa de MCDT em formato papel
<b>T5</b>	Metodologia de análise de prioridades pelo médico triador
<b>T6</b>	Metodologia de agendamento de consultas
<b>T7</b>	Referenciação externa significativa em formato papel
<b>T8</b>	Descoordenação de horários de consultas externas e consultas de enfermagem
<b>T9</b>	Gestão do volume de pedidos de consulta pelos Centros de Saúde
<b>T10</b>	Atrasos na prestação de cuidados de enfermagem
<b>T11</b>	Registo informático das referências
<b>T12</b>	Dados de contacto do utente
<b>T13</b>	Lista de espera considerada elevada na marcação de ecografias
<b>T14</b>	Elaboração de relatórios de MCDT internos
<b>T15</b>	Elaboração de relatórios de MCDT realizados no exterior
<b>T16</b>	Sistema de gestão de atendimento
<b>T17</b>	Definição de processo
<b>Espaço Físico</b>	
<b>P1</b>	Condições físicas deficitárias do gabinete de enfermagem

**Tabela 5** – Categorização das falhas do processo

As falhas apresentadas são, na sua grande maioria (68%), associadas à Tecnologia, ou seja à organização do trabalho (Gráfico 13). A categorização das falhas identificadas no processo de consulta externa do HVS, como sendo Tecnológicas, prendem-se essencialmente

com sistemas técnicos, desenho dos postos de trabalho e fluxo do trabalho. O primeiro, neste caso concreto, diz respeito à não implementação na totalidade de sistemas que possam facultar informação sobre o processo “just-in-time” a fim de gerar níveis de eficiência entre as diferentes etapas do processo, nomeadamente consultas externas, MCDT e serviços de enfermagem. O desenho dos postos de trabalho diz respeito ao conjunto da sequência das diferentes tarefas, avaliadas pelo nível de autonomia, rapidez ou conhecimento de cada indivíduo, sendo neste caso, e pelos pontos críticos identificados, determinante estabelecer mecanismos de comunicação entre os diferentes intervenientes. O fluxo do trabalho diz respeito ao conjunto de postos de trabalho, cujo modo de actuação em conjunto pode determinar os resultados finais do processo. As falhas cuja componente é a Tecnologia assumem igualmente peso e relevância no total das identificadas com RPN superior. Das 7 falhas em que o RPN apresenta valores superiores a pelo menos 180, cinco são de origem tecnológica e duas sociais (ver Gráfico 13). Este facto poderá avançar que a definição e estudo do processo e organização dos postos de trabalho abrem caminho para a existência das mesmas e o seu impacto reflecte-se não só em aspectos tecnológicos directos, mas também sociais.



**Gráfico 13** – Categorização das falhas do processo.

Assim, ao analisar as interligações estabelecidas, e com base no seu gráfico resultado, tem-se que o corpo das relações de causalidade entre as falhas se regista entre as associadas à Tecnologia e Factores Sociais, estando maioritariamente as primeiras como causa das falhas sociais.

As 25 falhas identificadas deram origem a 53 conjuntos de interligações, resultado da integração das diferentes falhas no processo, as quais são causa e consequência entre ambas. As inter-relações estabelecidas permitiram destacar falhas cuja acção tem como resultado maior número de falhas, comparativamente com as demais. Assim, as falhas que maiores

interligações apresentam como estando na origem de outras problemáticas são “a cultura de pontualidade”, a “definição de processo”, “a descoordenação das consultas externas e consultas de enfermagem” e “a metodologia de agendamento de consultas”. As falhas indicadas são origem directa de outras falhas, podendo, no entanto, ter igualmente uma forte correlação com as demais integrantes do processo. Assim, a falha “cultura de pontualidade” é origem directa de 5 falhas: descoordenação de horários de consultas externas e consultas de enfermagem, atrasos na prestação de cuidados de enfermagem, metodologia de agendamento de consulta, acumular de utentes nas instalações do HVS e ida antecipada dos utentes para as instalações do Hospital. As três primeiras têm claramente relação directa com as causas e consequências no funcionamento do serviço de enfermagem, sendo a causa comum da falha do processo a não aplicação de uma cultura de pontualidade, tendo ainda indirectamente associada a gestão de prioridades das consultas de enfermagem. O facto de existirem marcações de consultas por meios exteriores ao processo, bem como a falha no registo da alta administrativa são aspectos indirectamente relacionáveis com a cultura de pontualidade. A falha de definição de processo é, por seu turno, uma das causas da cultura de pontualidade. A definição de processo é analogamente uma das falhas com maior impacto ao longo da trajectória do utente de consulta externa. A esta estão associadas nove falhas directas, na sua maioria falhas tecnológicas (6). As falhas resultado da definição de processo abrangem, à semelhança da cultura de pontualidade e nos mesmos moldes, a consulta de enfermagem. Directamente relacionadas com a definição de processo estão, do mesmo modo, a metodologia de análise de prioridades pelo médico triador e o sistema de gestão de atendimento de utentes ao qual estão directamente associadas a cultura de pontualidade e o acumular de utentes nas instalações do HVS. São ainda resultado da falha definição do processo a marcação de consultas por meios exteriores ao Hospital e a falha no registo da alta administrativa, falhas essas associadas à componente administrativa do processo. Posteriormente, estão englobadas indirectamente a metodologia de agendamento de consulta e a ida antecipada dos utentes para as instalações do HVS. A definição de processo, ainda que abrangente diz, acima de tudo, respeito à cultura do Hospital, à procura de mecanismos inter-relacionáveis geradores de níveis de eficiência. O seu impacto na trajectória do utente abrange etapas chave do mesmo, tais como: o sistema de gestão do atendimento, que gere o fluxo de utentes aquando chegados ao HVS, a metodologia de agendamento de consulta, cujo impacto se mede na definição de horários entre as acções do processo, bem como a própria saída do utente do HVS no qual se registam falhas na sua alta administrativa. É, então, uma lacuna do processo cujo impacto no mesmo justifica a sua análise interligada. Igualmente importantes

no processo com impacto nos resultados do processo estão as falhas relacionadas com a descoordenação de horários de consultas externas e consultas de enfermagem, bem como a metodologia de agendamento de consulta. A primeira tem essencialmente impactos ao nível social, pelo acumular de utentes nas instalações do Hospital e respectiva ida antecipada para o mesmo, bem como aos consequentes atrasos na prestação dos cuidados de enfermagem. Tal como referido, o facto de não existir um estreito relacionar entre consultas externas e de enfermagem, tem como fonte a cultura de pontualidade, metodologia de agendamento de consulta e a definição de processo. Ainda como falha origem com impacto para o processo, a metodologia de agendamento de consultas tem a si directamente associadas sete falhas. O modo como as consultas são agendadas, por conjunto de horários em que a ordem de realização das mesmas é por ordem de chegada dos utentes, tem como efeitos o factor tempo e respectiva eficiência. Esta metodologia gera atrasos na realização de consultas com efeitos para as restantes acções do processo, nomeadamente enfermagem. Por seu turno, o factor tempo gera impacto para os utentes que se acumulam nas instalações do Hospital e que perante a expectativa de atraso, se dirigem antecipadamente ao Hospital. Por motivos sociais, o modo de metodologia de consultas gera marcações de consulta por meios exteriores ao processo. No final do processo, a alta administrativa do utente, por vezes falha, sendo relação directa com a metodologia de consulta. Do mesmo modo, como acima indicado, a definição de processo e a cultura de pontualidade têm registo causal com o modo como são agendadas as consultas externas.

O1 → T13	T17 → S3	S5 → T6	T17 → S6	T3 → T10	T7 → T11
O1 → T14	S5 → S4	S5 → T8	T1 → T5	T17 → T3	T8 → T10
O1 → T15	S4 → S6	S5 → T10	T1 → T11	T4 → T14	T17 → T8
S1 → S2	T3 → S4	T17 → S5	T1 → T12	T4 → T15	T9 → T11
S2 → S6	T6 → S4	T3 → S6	T6 → T2	T17 → T5	T16 → T10
T12 → S2	T8 → S4	T6 → S6	T8 → T2	T6 → T8	T17 → T10
T5 → S3	T10 → S4	T8 → S6	T17 → T2	T6 → T10	P1 → T10
T6 → S3	T16 → S4	T10 → S6	T6 → T3	T14 → T6	T17 → T16
T9 → S3	S5 → S6	T16 → S6	T8 → T3	T9 → T7	

**Tabela 6** – Relações de causalidade entre as falhas integrantes do processo

Analisando os resultados obtidos pelo *Stream Analysis* na vertente causal temos que, por seu turno, as falhas com maior número de interligações como resultado das mesmas são “atrasos na prestação de cuidados de enfermagem”, “marcação de consultas por meios

exteriores ao processo”; “acumular de utentes nas instalações do HVS” e a “ida antecipada dos utentes para as instalações do HVS”. O atraso das consultas de enfermagem é resultado do modo como são geridas as prioridades das suas consultas, pela descoordenação entre os horários de consultas externas e de enfermagem, definição de processo, cultura de pontualidade, metodologia de agendamento de consulta e cultura de pontualidade. Neste âmbito surgem igualmente as condições do gabinete de enfermagem que contribuem para o atraso na prestação de cuidados de enfermagem. A segunda falha resultado, “marcação de consultas por meios exteriores ao processo” é uma falha social considerada grave dado o seu impacto a nível ético e de gestão do processo. Esta implica que a marcação de consultas não siga as etapas definidas no seu processo, sendo que, neste caso, o utente agenda a consulta directamente com o Hospital. Este facto resulta do modo como o médico triador gere as prioridades de consulta, com a definição de processo, metodologia de agendamento de consulta e o modo como são geridos os pedidos por parte do Centro de Saúde. As duas últimas falhas - resultado, acumular de utentes nas instalações do HVS e ida antecipada dos utentes para as instalações do Hospital são a falha visível de todo um processo. As motivações pelas quais os utentes se dirigem antes da hora de marcação ao Hospital variam consoante o utente. No entanto as falhas associadas deixam antever possíveis causas, nomeadamente o facto de cada marcação não ter o seu próprio horário, mas sim por ordem de chegada (metodologia de agendamento de consulta) o que gera inevitavelmente atrasos, pelo próprio modo de funcionamento de um Hospital, no qual não existe uma cultura enraizada de pontualidade bem como o próprio sistema de gestão de atendimento, apenas dividido em duas senhas. Estes são factores directos associados dos quais os utentes têm percepção. A definição de processo e a descoordenação de horários entre consultas de enfermagem e consulta externa são, por seu turno, factores internos integrantes do facto dos utentes se deslocarem antecipadamente ao Hospital. Inevitavelmente associada está a última falha, o acumular de utentes nas instalações do HVS, com efeitos ao nível do ruído, confusão gerada e perda de bem-estar para utentes e HVS. Esta falha acaba por ser o resultado final das falhas geradas ao longo do processo. A si associada estão 13 falhas (num total de 25) sinal de que o processo permite que a falha acabe por ter efeitos directos no utente, o real utilizador dos serviços prestados pelo Hospital.

## 6 Discussão de Resultados

Os pontos críticos identificados têm subjacentes a questão empírica da orientação para o resultado e para o processo, no caso específico das consultas externas. Assim, e sendo uma meta da organização o alcance de níveis de eficiência e qualidade desejados parte-se do pressuposto de Vera & Kuntz (2007) ao afirmarem que tendencialmente existe uma prova empírica em que os Hospitais orientados para o processo apresentam níveis, ainda que moderados mas significativos de eficiência.

A orientação para o processo como meio para alcance de eficiência não é no entanto a única medida que contribui para esse objectivo. Surge numa outra perspectiva, a qualidade a qual sugere um conjunto de etapas e mecanismos de implementação, alicerçada e construída pela e para a organização. A qualidade pressupõe a melhoria contínua dos processos da organização, o qual, no sector da saúde incorpora inevitavelmente o utente. Smith e Swinehart (cit. Badri *et al*, 2008) sustentam que “a qualidade tem sido definida noutras indústrias orientadas para o consumidor como a satisfação percebida”. Em complemento, Ramachandran e Cram (cit. *ibid.*) afirmam que conhecer as necessidades do utente e desenvolver procedimentos de saúde é considerado imperativo para atingir altos níveis de qualidade. O sector da saúde, neste âmbito definido pelas unidades hospitalares, é inevitavelmente orientado para o serviço ao utente. A satisfação do utente é um importante indicador de qualidade, sendo o seu contributo essencial para o Hospital. Sendo o receptor de serviços prestados, proporciona-lhe uma posição privilegiada e credível na avaliação da sua satisfação perante o Hospital, sendo a sua opinião determinante na definição de estratégias e acções que possam ir ao encontro das reais necessidades do utente e do Hospital. As organizações orientadas para o utente vêm no mesmo e na sua satisfação um ponto crucial no planeamento, implementação e avaliação dos seus serviços. Avaliar e medir a satisfação dos utentes é igualmente uma oportunidade de participação na construção de um sistema de saúde que valoriza a qualidade dos serviços prestados.

O presente projecto teve como referência o processo de consultas externas do HVS, nomeadamente a trajetória do seu utente. Tendo como ponto de partida os resultados de um estudo externo que apontam para níveis de qualidade apercebida e satisfação dos utentes de consulta externa do HVS superiores à média apresentada procedeu-se, na perspectiva do Hospital, ao estudo de parte do processo de consulta externa. Tendo como objecto, o processo de consultas externas, os dados obtidos baseiam-se numa amostra de conveniência à especialidade médica de Cirurgia Geral como sendo a que tem maior impacto de entre as

especialidades médicas existentes no HVS. O estudo do processo foi construído através da realização de entrevistas/reuniões, da construção do fluxograma representativo da trajetória do utente e pela aplicação das ferramentas FMEA e *Stream Analysis*.

Os resultados apresentados isoladamente apontam para os objectivos e realidade de cada ferramenta, sendo o seu estudo mais rico se integrado.

A ferramenta FMEA permitiu, com base na realização de entrevistas aos colaboradores do HVS, identificar 25 falhas do processo as quais divididas pela respectiva etapa e classificadas segundo 4 categorias. Através do FMEA foi possível estudar quais as causas e efeitos de cada falha bem como quantificar o seu nível de risco para o processo. Em complemento e através da ferramenta *Stream Analysis* foram categorizadas e, a partir desse ponto, criadas inter-relações de causa e efeito entre as mesmas, do qual se extraíram as que têm maior impacto no processo, como estando na sua origem e sendo resultado do mesmo.

O fluxograma da trajetória do utente de consulta externa foi construído e dividido em 6 etapas: (1) encaminhamento do utente para o HVS, (2) recepção do pedido de consultas, (3) consultas externas, (4) Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica, (5) consulta externa/saída do utente e (6) serviços de enfermagem. Ao longo das diferentes etapas estão presentes diferentes intervenientes os quais têm tarefas e responsabilidades distintas e afectas a uma ou mais etapa.

Avaliando as etapas do fluxograma temos que a primeira tem uma componente externa bastante elevada, respeitante à entrada dos processos de pedidos de consulta, no qual a comunicação e interligação de tarefas são factores chave. De facto, as falhas apontadas para essa etapa dizem respeito, por um lado, à comunicação externa do Hospital no sentido de divulgar junto dos Centros de Saúde e médicos externos as especialidades médicas existentes e por outro, à necessidade de existência de uniformização da informação facultada aos utentes no que diz respeito à entrada do seu processo. Numa outra vertente, nesta etapa destaca-se ainda o envio das referências em formato papel o qual provoca atrasos logísticos associados ao processo. As referidas falhas acabam por condicionar, numa óptica de eficiência, o desenrolar do início do processo.

A segunda etapa – recepção do pedido de consulta, integra desde o registo dos dados clínicos e pessoais do utente, à triagem de prioridades pelo corpo médico e sua inclusão na lista de espera por consulta externa. É uma etapa sensível no que diz respeito à gestão da informação recepcionada, sendo esta fulcral na definição e organização de processos clínicos. Assim, as principais problemáticas referem-se, por um lado, à qualidade de informação integrante no processo de cada utente que obriga ao contacto com a fonte para esclarecimento

de situações, o que condiciona não só os factores tempo e eficiência associados, como a correcta definição de prioridades pelo médico triador, baseada na informação recepcionada. Na mesma etapa surgem falhas associadas à gestão da ordem de trabalhos impeditivos do alcance dos níveis de eficiência desejados. Numa mesma óptica e, o facto das referências em papel terem, no HVS, um volume significativo condiciona o normal desenrolar das tarefas. O acumular de tarefas em simultâneo desempenhado pelas administrativas não permite a inserção de dados atempadamente o que implica, por um lado, perda de produtividade, uma vez que se provenientes do sistema informático *Alert*, não seria necessário a introdução informática das referências, e por outro, o tempo de espera associado para o utente no avançar da marcação da sua consulta. Inclusivamente esta falha foi referenciada como tendo RPN superior, sinal da necessidade de implementar medidas que permitam obter ganhos numa falha com impacto considerado elevado para todo o processo. As falhas na etapa dois vêm precisamente no sentido de definição de falhas tecnológicas, as quais são classificação inerente, como seja a organização do trabalho, seja pela definição de tarefas, fluxo e desenho dos postos de trabalho ou sistemas técnicos base para o desenrolar do fluxo de trabalho.

A terceira etapa – consultas externas é o real foco do processo, cujo peso se faz sentir nas demais etapas. Nela estão incluídas o maior número de falhas, bem como as que têm maior impacto no processo, seja pelos valores de RPN, por estarem na origem ou serem resultado de uma sequência de etapas. Numa primeira fase, surge a usual problemática dos dados do utente. Pelo facto de os utentes não procederem à actualização dos seus dados junto das diferentes entidades e pela inexistência de cruzamento informático de dados do HVS com os Centros de Saúde, aquando da necessidade de marcação de consulta junto do utente não existirem dados disponíveis para tal, o que impede o seu contacto havendo lugar a penalização directa para o utente que não tem assim acesso a marcação de consulta. Neste caso foi referenciado que, como o HVS pertence a uma comunidade relativamente pequena, há formas não processuais de obter o contacto dos utentes, não devendo no entanto ser norma ou mecanismo de resolução dessa falha. Como regista um RPN superior seria importante, neste sentido, sensibilizar os utentes, através dos meios disponíveis do Hospital, da importância de actualizar os seus dados.

A gestão do atendimento dos utentes foi, no mesmo seguimento, uma das falhas cujo impacto afecta directamente o desenrolar das demais. O sistema de gestão de atendimento é definido aquando da chegada de um utente às instalações do Hospital, o qual tem disponível a triagem de duas senhas, branca e azul que diferenciam os utentes que vão realizar um exame ou procedimento em jejum e os restantes. À metodologia em questão foi associada a

dificuldade de encaminhamento inicial dos utentes para os propósitos que estiveram na origem da sua deslocação. A dificuldade não está propriamente nos meios físicos do Hospital o qual sinaliza de forma graficamente elucidativa o trajecto que o utente deve percorrer, mas sim no primeiro impacto do utente ao chegar ao Hospital, o qual não apresenta visual e processualmente a sua ordem de atendimento. Este facto gera inevitavelmente o acumular de pessoas na sala de espera e átrio do Hospital, com os respectivos efeitos para o bem-estar de utentes e colaboradores do HVS. A problemática da gestão do atendimento diz respeito à inexistência de procedimentos informáticos ou não direccionados para a gestão do volume e encaminhamento dos utentes. Actualmente encontra-se implementado um sistema informático de gestão do atendimento, não sendo, no entanto, os seus efeitos contemplados no presente estudo dado serem posteriores à recolha dos dados em análise no presente estudo.

### ***6.1 As falhas – chave do processo***

O modo como tarefas e etapas se interligam é condição para a construção e o desenrolar do processo, sendo também motivo para as falhas que surjam, no mesmo, causem um efeito causal, sequencial ao processo, cujos efeitos directos se prendem com a sua ineficiência. Destacam-se assim tarefas em que as falhas associadas geram efeitos exponencialmente mais gravosos e com grandes consequências que entram em choque e que se arrastam às demais do processo.

Assim, a seguinte falha, integrada ainda da terceira etapa – consultas externas, tem real impacto ao longo do processo com extensão para as etapas 4,5 e 6. A metodologia de agendamento de consultas define que as marcações sejam efectivadas por conjuntos de horários aos quais estão alocados vários utentes que são atendidos pela sua ordem de chegada. Esta foi referida por diversos funcionários do Hospital como sendo uma falha com real impacto no processo. As causas inerentes à existência da falha estão directamente relacionáveis com, por um lado, a definição do processo e, por outro, pela não aplicabilidade de uma cultura direccionada para os resultados. No entanto, a metodologia de agendamento de consultas não é uma falha isolada. O seu nível de RPN (324), como o sendo o mais elevado entre as falhas identificadas deixa antever o seu real impacto no processo. É igualmente uma falha de origem, que com a sua acção permite a existência de outras falhas associadas que, em conjunto, fragilizam o processo de trajectória do utente. Assim, e em resultado à metodologia de agendamento de consulta estão precisamente integradas as quatro etapas consideradas, no final, como resultado de todo um processo: o acumular de utentes no HVS, deslocação antecipada dos utentes para as instalações do Hospital, marcação de consultas por meios

exteriores ao processo e atrasos na prestação de cuidados de enfermagem. O impacto das consultas externas faz-se sentir essencialmente no factor tempo: a imprevisibilidade detalhada da tarefa gera internamente descoordenação entre as diferentes acções do Hospital, neste caso concreto das consultas de enfermagem que, sendo as primeiras pós cirúrgicas, dependem directamente do fim da realização da consulta médica. Se, por um lado, é na tarefa subsequente de consulta de enfermagem que se observa maior impacto com atrasos na realização das mesmas, descoordenação entre horários de consultas médicas e de enfermagem, ou perante a consulta médica, a definição de gestão de prioridades em enfermagem surte efeitos nos utentes. Não sendo obviamente a única causa, mas uma das mais importantes pois os utentes, convictos de que os atrasos se irão concretizar, e que as consultas são realizadas por ordem de chegada, dirigem-se antecipadamente para as instalações do Hospital, o que gera naturalmente um acumular de pessoas nas instalações.

Em estreita concordância com o impacto que a metodologia de agendamento de consultas tem nas demais etapas do processo surgem, igualmente, duas importantes fontes permissivas à existência de mais falhas: a definição de processo e cultura de pontualidade. A definição de processo é aliás uma falha com impacto generalizado nas demais. Desde as falhas sociais associadas aos atrasos impelidos pela cultura de pontualidade, ou pela problemática do acumular de utentes, seja em falhas de ordem tecnológica como descoordenação de horários, metodologia de agendamento de consultas, gestão de atendimentos, registo de alta administrativa, entre outras. As falhas em que a base é a definição de processo têm origem no não cumprimento ou conhecimento detalhado das diferentes etapas do processo, representado no presente estudo sob a forma de fluxograma. A implementação de mecanismos de qualidade que visem o alcance da eficiência é construído por todos os elementos da Organização, porque o conjunto das suas tarefas é o que define o processo e o desenrolar da actividade do Hospital.

Numa mesma linha de pensamento surge a falha de origem, cultura de pontualidade. A cultura de pontualidade incorpora a responsabilização de todos os funcionários do Hospital no cumprimento dos horários estipulados seja para com as consultas agendadas, médicas ou de enfermagem seja pela realização de MCDT ou outras tarefas do processo as quais tenham horário definido em que o seu incumprimento seja gerador de atrasos no processo, cujo impacto real acaba por recair para o utente. Assim, pelo não cumprimento na integra dos horários estipulados e com o complemento da metodologia de agendamento de consultas que pelas suas características permite maior flexibilização de horários, geram-se atrasos, primeiramente na realização de consultas externas e posterior encadeamento com outras

tarefas do Hospital que delas estão dependentes. Atrasos geram efeitos facilmente percebidos, como seja o maior volume de utentes em espera nas instalações do Hospital com os efeitos já enunciados.

Relacionado com o processo 6 – consultas de enfermagem, tem-se como falha de origem a descoordenação das consultas médicas e de enfermagem. É uma falha de origem mas igualmente resultado. A descoordenação de horários é fruto da não enraizada cultura de pontualidade, da definição de processo em que as diferentes etapas devem ser conhecidas, compreendidas e assumidas pelo Hospital e pela metodologia de agendamento de consultas em que, por não serem agendadas por horário, mas sim por conjunto dos mesmos, impede a correcta interligação e estudo dos tempos associados. É também uma falha origem de demais, as quais provocam atrasos na prestação de cuidados de enfermagem e na correcta gestão de prioridades de enfermagem, entre quem vem directamente de consulta médica e quem tinha agendado tratamento de enfermagem, e indirectamente relacionada a falha no registo da alta administrativa, ainda relacionada com a questão de definição de processo. Socialmente pela perspectiva de atraso também em consultas de enfermagem, os utentes dirigem-se antecipadamente às instalações do Hospital gerando acumular de utentes e tempo de espera associado.

Sucintamente são, directamente, quatro as principais falhas de origem do processo, com maior ou menor impacto, impulsionadas seja pela etapa em que estão integradas, seja pelo grau de RPN gerado. Metodologia de agendamento de consultas, descoordenação de consultas externas e consultas de enfermagem, cultura de pontualidade e definição de processo são falhas origem, cujos efeitos são espelhados nas falhas resultado.

Uma das principais falhas resultado do processo é a marcação de consultas por meios exteriores ao processo. O processo de marcação de consulta inicia-se pela recepção no HVS da referenciação de consulta proveniente dos Centros de Saúde ou médicos assistentes do HVS. O HVS recebe o pedido de consulta e, após registo informático encaminha os pedidos de consulta para o médico triador para que este, conforme informação enviada, proceda à definição de prioridades e integre os pedidos na lista de espera do Hospital. Aquando do momento de disponibilidade de realização de consulta, o HVS entra em contacto com o utente para agendamento da mesma. Este é o procedimento para que um utente possa ter acesso a uma consulta externa pelo HVS. No entanto, e principalmente por motivos sociais, face ao pedido do utente directamente junto do HVS para marcação de consulta urgente, esta é-lhe acedida. A marcação de consultas por meios exteriores ao processo não deve ser interpretada apenas como uma questão social em resposta à necessidade e apelo do utente, mas sim como

uma falha de processo enquanto não cumprimento sequencial das etapas às quais todos os utentes passam até à realização da consulta solicitada. É, então, importante sensibilizar os funcionários do HVS para os efeitos associados a esta prática, efeitos que decorrem da ética profissional bem como de gestão do processo e ordens de trabalho. Esta falha foi, na respectiva proporção, considerada de risco superior para a trajectória do utente pelos motivos indicados.

Uma segunda falha resultado, atrasos na prestação de cuidados de enfermagem, é resultado de todo um conjunto de falhas associadas já indicadas, como sejam de interligação entre etapas, cultura de pontualidade ou condições dos gabinetes de enfermagem. É igualmente uma falha com RPN superior. A sua minimização directa poderá abranger, além dos pressupostos já indicados, a contratação de recursos humanos qualificados ao nível de enfermagem e a gestão do volume de utentes agendados a fim de obter ganhos de eficiência.

As duas últimas falhas resultado, acumular de utentes na sala de espera e átrio do Hospital e ida antecipada dos utentes para as instalações do Hospital são os efeitos identificáveis do processo. Identificáveis pelo Hospital e pelos utentes. Os utentes, na sua percepção de qualidade, revelam níveis de satisfação considerados excelentes em todos os indicadores em estudo desde a imagem do HVS como sendo de confiança, experiente e com um sentido de preocupação para com os utentes, a classificação positiva das suas instalações, corpo médico, de enfermagem e técnico os quais são considerados profissionais e simultaneamente atenciosos para com eles. Estes indicadores são geradores de níveis de qualidade percebida, satisfação e de lealdade. A lealdade é, numa óptica externa, uma forte característica da população utilizadora do Hospital que, em todo o estudo, o avaliaram com pontuações elevadas (entre 8 e 9 pontos, numa escala de 1 a 10), demonstrando confiança no mesmo. Um outro aspecto que pode acrescer à lealdade e satisfação dos utentes prende-se com as características da sua população ao nível de profissões, níveis de literacia e faixa etária. Com efeito trata-se de uma população que exerce grande parte da sua actividade no sector primário, cuja faixa etária vai tendencialmente no sentido do envelhecimento e em que os seus habitantes têm, significativamente, níveis de escolaridade situados no Ensino Básico. Percepciona-se uma relação empática entre os utentes e o HVS, em ambos os sentidos. Nos utentes este facto está patente nos resultados de satisfação obtidos e nos colaboradores do Hospital pelas entrevistas/ reuniões realizadas. Neste âmbito foi evidenciado o gosto especial pela sua profissão e pelo servir da população, nomeadamente nas categorias profissionais que estão mais próximas do utente. No entanto entre 11 indicadores avaliados, o tempo de espera foi o indicador que, apesar de não ter uma pontuação quantitativa negativa, demonstrou

maiores índices de insatisfação junto dos utentes inquiridos. Numa escala de 1 a 10, o tempo de espera foi avaliada com uma pontuação de 7.2. O tempo de espera, no estudo externo referenciado, foi avaliado segundo os índices “tempo de espera antes da consulta” e “tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do Hospital”, em que a pontuação do segundo foi considerada boa (8.2) como resposta célere dos procedimentos administrativos necessários. O tempo de espera antes da consulta, seja no átrio, ou na sala de espera do Hospital é a problemática identificada mutuamente por Hospital e utentes como motivo pelo qual as suas causas são válidas, assim como os seus efeitos, em ambos os sentidos. Sendo o tempo de espera resultado visível de um conjunto de motivos que lhes estão na origem, o acumular de utentes nas instalações do HVS é indissociável do tempo de espera. Directamente relacionado com o tempo de espera, ocorre a seguinte situação: os utentes dirigem-se antecipadamente para o Hospital, aguardam na sala de espera e átrio do mesmo e isso gera acumular de pessoas, com efeitos sociais, mas igualmente de processo no qual poderão surgir reclamações associadas à presente ineficiência entre o horário de marcação de consultas e o seu real tempo de efectivação. A gestão de reclamações foi considerada óptima na óptica dos utentes, que avaliavam em 7.7 a expectativa de resolução de reclamação e em 10 a sua resolução.

## 7 Projecto de Melhoria

Os pontos críticos identificados no projecto reflectem os aspectos que têm impacto no funcionamento do processo de consultas externas. O processo revela-se importante para o Hospital uma vez que perante os demais apresenta maiores níveis de afluência. Os utentes, face às consultas externas manifestam elevados níveis de satisfação.

A categorização dos pontos críticos identificados direccionou-os para a componente tecnológica. No entanto poder-se-á assumir que a questão cultural gera grande impacto na sua ocorrência. Sendo um Hospital categorizado como Distrital Nível I, tem na sua comunidade local o seu alicerce, em que se percebe que a sua dimensão gera um nível de envolvimento também ele afectivo, entre Hospital e população – alvo. Este aspecto, tem-se em crer que poderá condicionar a avaliação empírica do funcionamento do Hospital por utentes e pelos próprios funcionários.

A percepção obtida pelo estudo remete para uma cultura direccionada “para o seu dia-a-dia” em que os procedimentos são padronizados e assumidos como tal. Este facto poderá, não descurando das componentes estratégicas associadas à gestão do Hospital, dar origem a pontos críticos relacionados com a orientação para o processo.

Face aos resultados apresentados anteriormente, elencam-se como pontos críticos geradores de maior impacto no funcionamento das consultas externas os seguintes: (i) metodologia de agendamento de consultas, (ii) descoordenação de consultas externas e consultas de enfermagem, (iii) definição de processo e (iv) cultura de pontualidade. Se para as três primeiras questões a proposta de melhoria passa pelo estudo da gestão do processo, a problemática levantada pela cultura de pontualidade remete para a postura de cada indivíduo perante o exercício das suas funções.

As acções de melhoria visão essencialmente, por um lado a utilização das funcionalidades do sistema informático *Alert*, do qual o Hospital dispõe e por outro de uma mudança gradual de postura dos elementos do Hospital perante as temáticas de eficiência e qualidade. Eficiência pela optimização de recursos principalmente do factor tempo, qualidade pela definição de procedimentos que conduzam à melhoria do funcionamento das consultas externas. Tais questões não são apresentadas com data precisa de acção<sup>6</sup> uma vez que a realidade do Hospital que conhecemos é parcelar. No entanto e, para efectuar uma calendarização definiremos o período das acções para um ano. As propostas de melhoria, integradas num Projecto foram construídas com o auxílio do software Microsoft Office

---

<sup>6</sup> As datas indicadas são meramente sugestivas assim como os prazos intercalares de reunião/avaliação.

Project (Anexo 6). Por serem acções ou procedimentos de melhoria contínua, deverão fazer parte do quotidiano do Hospital.

Assim faz sentido definir as seguintes acções de melhoria:

### **1. Metodologia de agendamento de consultas**

A metodologia de agendamento de consultas actual está definida de forma a que as consultas se realizem em grupos de horários no qual estão associados vários utentes, e em que a ordem de atendimento é segundo o horário de chegada de cada utente. Entre outros aspectos e, pelos atrasos e tempo de espera associados, a gestão e planificação da ordem de trabalhos e respectivo tempo associado poderia antever e integrar a marcação de consultas. Como tal, não descurando da metodologia actual, poder-se-ia proceder ao estudo analítico da mesma, a fim de verificar se faria sentido alterar o modo de agendamento de consultas (Tabela 7). Um dos possíveis meios de realização poderia ser através da definição de indicadores que calculem tempos associados às diferentes tarefas das consultas externas. Assim, o estudo com, ou sem, o auxílio de sistema informático poderia, entre outros, incorporar os seguintes indicadores: (i) tempo médio de consulta, (ii) tempo médio de espera dos utentes, (iii) cumprimento com os horários estipulados, de forma a perceber os impactos nas demais tarefas do Hospital. Este procedimento poderia ser um passo para definir tarefas e procedimentos encadeados de modo mais eficiente.

A definição dos indicadores poderá integrar outras estruturas do Hospital, que não unicamente as consultas externas no qual a metodologia de agendamento das mesmas se faça sentir<sup>7</sup>. A acção de melhoria deveria ser implementada por uma equipa designada para tal da qual fizessem parte elementos ligados ao processo de agendamento de consultas. Esta deverá trabalhar em estreita articulação quer com o Conselho de Administração quer com outros órgãos que seja pertinente consultar. Posto isto, e perante os dados obtidos, dever-se-á analisar a necessidade de instaurar novos procedimentos que visem a eficiência do processo.

No mesmo seguimento, a definição de tais indicadores poderia ser obtida com o auxílio do sistema informático *Alert*. O sistema, nos seus campos “alerta”, “atribuição de alta” e principalmente em “planeamento – agendamento de consulta” daria informações e definiria novos modos de actuação nomeadamente: o campo “alerta” daria informações atempadamente sobre os pedidos de consulta, caso a fonte de pedido utilize o mesmo sistema,

---

<sup>7</sup> Uma das possíveis questões inerente a este estudo seria a existência de meios exequíveis e validar se o sistema informático presente permitiria calcular os índices pretendidos.

situação que actualmente ainda não se encontra implementada em todos os centros de saúde e unidades com que o Hospital trabalha. O campo “atribuição de alta” daria igualmente auxílio, entre outros aspectos além da marcação de consultas na gestão da alta médica, social e administrativa. A descoordenação das altas aos utentes foi um dos pontos críticos identificados neste projecto. É no entanto a função do sistema informático “Planeamento – agendamento de consultas” que o apoio à metodologia de agendamento de consultas ganha importância. O sistema permite por tipo de consulta, por exemplo, gerir a notificação de agendamento de consulta, controlar o número de consultas e respectivos utentes associados a fim de evitar sobreposições de marcações, gerir o número de consultas e vagas associadas por data/especialidade/profissional/Hospital, consultar de modo cromático a disponibilidade de consultas entre outras funcionalidades de controlo de agenda que permita facilitar o processo de marcação de consultas.

	<b>Ação de Melhoria</b>	<b>Agentes</b>	<b>Calendarização</b>
<b>Definição do plano de acção</b>	- Reunião de definição de objectivos e constituição da equipa	- Conselho de Administração - Elementos do processo	- Meados de Setembro 2011 (ex.: 12/09/2011)
	- Reunião de definição dos indicadores a avaliar; definição do plano de acção	- Equipa	- Final Setembro de 2011 (ex.: 26/09/2011)
	- Reunião de validação do plano de acção	- Equipa - Conselho de Administração	- Início Outubro de 2011 (ex.: 04/10/2011)
<b>Implementação do plano de acção</b>	- Implementação e monitorização do cálculo dos indicadores	- Equipa	- Meados de Outubro de 2011 (ex.: 17/10/2011 a 07/10/2012)
	- Reuniões de <i>follow-up</i> (recolha, análise de dados, estudo de melhorias e avaliação dos seus impactos)	- Equipa - Conselho de Administração	- Periodicidade quadrimestral (ex.: 06/02/2012; 05/06/2012; 08/10/2012)
	- Análise do estudo e divulgação de resultados	- Equipa - Conselho de Administração	- Final Outubro de 2011 (ex.: 15/10/2012)

**Tabela 7** – Acções de melhoria para o ponto crítico “Metodologia de agendamento de consulta”

## 2. Descoordenação de consultas externas e consultas de enfermagem

A existência da descoordenação de horários entre consultas externas e de enfermagem deve-se ao desconhecimento/não interligação dos procedimentos de consultas externas e de enfermagem. É situação recorrente e assente que na 1ª consulta externa pós-cirúrgica coincide com a 1ª consulta de enfermagem no qual são definidas as terapêuticas a aplicar. Uma das possíveis acções de melhoria seria o circular de informação entre gabinete médico e de

enfermagem da ocorrência (dias e horários) de primeiras consultas pós-cirúrgicas (Tabela 8). Este procedimento poderia ser obtido, se possível, com auxílio de sistema informático. A informação a reter seria, por exemplo, através de um mapa que contemplasse, por médico e respectiva especialidade médica, o número de consultas, a data, horário, patologia associada, nome do utente, entre outras informações consideradas relevantes comunicar.

No mesmo seguimento das marcações de consulta, o sistema informático *Alert* permite igualmente gerir os cuidados de enfermagem, nomeadamente através do cálculo do tempo associado por utente/dia consoante as suas características e problema. Estes dados poderiam permitir uma melhor gestão de calendário entre equipas de enfermagem e médica.

Os procedimentos de melhoria são essencialmente de comunicação de acções médicas que necessitem de apoio de enfermagem e vice-versa, para que se possa obter ganhos de eficiência, maior controlo e organização de tarefas e evitar tempo de espera para utentes.

	<b>Ação de Melhoria</b>	<b>Agentes</b>	<b>Calendarização/duração</b>
<b>Definição do plano de acção</b>	- Apresentação dos objectivos, definição das acções de comunicação a aplicar	- Equipa Médica - Equipa de Enfermagem - Conselho de Administração	- Início de Setembro de 2011 (ex.:19/09/2011)
<b>Implementação do plano de acção</b>	Implementação de acções de comunicação	- Equipa Médica - Equipa de Enfermagem	- A partir de Setembro de 2011e continuamente pelo período de 1 ano (ex.:19/09/2011 a 07/09/2012)
	Auditorias internas/reuniões de <i>follow-up</i>	- Equipa Médica - Enfermagem	- Periodicidade quadrimestral (ex.:12/01/2012; 11/05/2012; 10/09/2012)

**Tabela 8** - Acções de melhoria para o ponto crítico “Descoordenação de consultas externas e consultas de enfermagem”

### 3. Definição de processo

Cada funcionário do Hospital faz parte de um ou mais processos. O conhecimento destes contribuiria para dar uma melhor visão sobre o seu impacto, os procedimentos anteriores e as acções subsequentes a realizar. Esta percepção poderia possibilitar uma análise crítica e responsável sobre a percepção das suas funções, para a construção do objectivo global dos procedimentos do Hospital.

Assim, à semelhança do que foi desenvolvido neste projecto, em que se construiu o processo do trajectória do utente de consultas externas pelos seus intervenientes, poder-se-ia afirmar que a sua construção permitirá uma reflexão sobre os seus procedimentos. Esta poderá ser ponto de partida para a identificação de pontos críticos ocorrentes no mesmo, surgindo a

partir daí as respectivas propostas de melhoria. Neste sentido, a sugestão de melhoria passará pela identificação dos principais processos do Hospital, pelo seu “desenho” e descrição detalhada (Tabela 9). Para tal será necessário constituir equipas que integrem elementos responsáveis pela sua construção, e que garantam a realização de reuniões de *follow-up*. A construção de processo quando finalizada terá como propósito a sua divulgação aos restantes elementos do Hospital e a conseqüente consciencialização da importância de cada processo identificado.

A orientação para o processo ou resultados poderá ter igualmente o auxílio do *Alert*. Sendo um sistema informático hospitalar congrega nas suas diferentes funcionalidades todo um conjunto de interligações entre as diferentes áreas de actuação do Hospital, como sejam consultas medicas, internamento, gestão, cuidados de enfermagem, MCDT, entre outros, o que poderão auxiliar o funcionamento do Hospital.

	<b>Ação de Melhoria</b>	<b>Agentes</b>	<b>Calendarização/duração</b>
<b>Definição do plano de acção</b>	- Reunião de definição de objectivos e constituição de equipa	- Conselho de Administração	- Início Setembro de 2011 (ex.: 05/09/2011)
	- Identificação dos principais processos do Hospital e metodologia a implementar	- Equipa - Conselho de Administração	- Meados de Setembro de 2011 (ex.: 14/09/2011)
	- Reuniões de construção dos processos	- Equipa - Elementos intervenientes de cada processo	- Periodicidade quinzenal (ex.: 28/09/2011; 11/10/2011; 25/10/2011; 08/11/2011; 22/11/2011; 06/12/2011)
	- Validação dos processos, avaliação de procedimentos a tomar	- Equipa - Conselho de Administração	Após 3 meses (ex.: 13/12/2011)
<b>Implementação do plano de acção</b>	- Divulgação dos processos a todos os elementos do Hospital	- Equipa - Conselho de Administração	- Após duas semanas (ex.: 04/01/2012)
	- Auditorias internas/reuniões para perceber alterações/possíveis projectos de melhoria	- Equipa - Conselho de Administração	- Periodicidade Quadrimestral (ex.: 07/05/2012; 03/09/2012)

**Tabela 9** - Acções de melhoria para o ponto crítico “Definição de Processo”

#### **4. Cultura de pontualidade**

A sugestão de melhoria da cultura de pontualidade é por si só um aspecto sensível, tanto mais que do nosso ponto de vista esta poderá ser mais do que um procedimento isolado,

sendo entendido como algo já institucionalizado (Tabela 10). O efeito directo desta prática reflecte-se no tempo de espera do utente para a realização do propósito pelo qual se deslocou ao Hospital. Assim, e como proposta de melhoria, depois de realizada a respectiva acção de sensibilização, poder-se-á definir a efectivação de auditorias internas, com o intuito de verificar se os horários estipulados estariam a ser cumpridos e, em caso negativo, averiguar se o motivo se prende com a cultura de pontualidade referida. Outros sistemas, se aplicáveis, poderão ser incorporar mecanismos, com o auxílio, se possível, de sistemas informáticos, de controlo de entrada/saída e monitorização de tempos de actividade.

	<b>Ação de Melhoria</b>	<b>Agentes</b>	<b>Calendarização/duração</b>
<b>Definição do plano de acção</b>	- Reunião para clarificação de objectivos e impacto da problemática	- Conselho de Administração com responsáveis de serviço/categoria profissional	- Início Setembro (ex.: 02/09/2011)
	- Definição do plano de intervenção	- Conselho de Administração com responsáveis de serviço/categoria profissional	- Aproximadamente duas semanas depois (ex.: 16/09/2011)
<b>Implementação do plano de acção</b>	- Auditorias internas/reunião de controlo dos procedimentos	- Conselho de Administração com responsáveis de serviço/categoria profissional	- Periodicidade Quadrimestral (ex.: 17/01/2012; 21/05/2012; 21/09/2012)

**Tabela 10** - Acções de melhoria para o ponto crítico “Cultura de Pontualidade”

## 8 Conclusão

O HVS, pela sua dimensão, características estruturais e recursos técnicos e humanos de que dispõe procura enquadrar-se segundo as características da sua população oferecendo os serviços que melhor correspondam às suas necessidades e exigências. Numa óptica externa o Hospital apresenta condicionantes que podem directa ou indirectamente influenciar o seu crescimento e performance inserem-se neste âmbito as suas instalações físicas, actualmente desadequadas das necessidades da população, para o qual está prevista e aprovada a construção de um novo Hospital de Estarreja de forma a colmatar esse aspecto e proporcionar melhores infra-estruturas e condições de tratamento à sua população. Num outro prisma, surgem não só as restrições financeiras, mas também as de recursos humanos nas diferentes especialidades médicas que o Hospital dispõe, incluindo as associadas à realização de MCDT. A não alocação dos recursos humanos necessários às necessidades do Hospital poderá enfatizar aspectos como a lista de espera para consultas externas, enfermagem ou realização de MCDT.

O Hospital tem assim a pressão da sua eficiência, como seja a rentabilização dos recursos humanos e técnicos disponíveis para o alcance dos resultados estipulados. Outrora com as condicionantes indicadas, internamente, o processo de consulta externa apresentava igualmente lacunas que contribuíam para a não correcta optimização do mesmo. As falhas identificadas, essencialmente tecnológicas e sociais apresentam uma componente comportamental e estratégica relevante.

Enunciando as principais falhas do processo, com carácter tecnológico como sejam a metodologia de agendamento de consultas, definição do processo, gestão do atendimento ou marcação de consultas por meios exteriores ao processo deixa antever uma problemática estratégica: orientação cultural e organizacional para o processo e para a importância de desenvolvimento de paradigmas de eficiência e qualidade, em que cada elemento da Organização interiorize o impacto do seu papel no desenrolar das actividades da mesma. Não sendo o único meio resolutivo para tais pontos críticos, a aplicação das funcionalidades do sistema informático *Alert*, o qual o Hospital dispõe, poderia solucionar os aspectos cujas falhas incidam sobre o controlo do factor tempo, recursos e meios disponíveis e a melhoria no modo de funcionamento e gestão das consultas externas. Num outro sentido, surge a percepção de que os pontos críticos identificados poderiam ser, em parte, suplantadas pelo empreendedorismo de estudar os diferentes processos da Organização, pelo assumir a

necessidade de mudança em aspectos-chave do processo organizacional que permitissem otimizar recursos, meios e tempo.

Inevitavelmente associada surge a vertente comportamental do processo, expressa com maior relevo, pela cultura de pontualidade ou orientação para o resultado em que a falta de rigor associado aos horários de efectivação de consulta dá azo a atrasos. As questões associadas aos atrasos de realização da consulta externa prendem-se, por um lado, a todo o arrastar que provoca nas restantes actividades do Hospital, como sejam directamente os serviços administrativos, MCDT e serviços de enfermagem e por outro, para os utentes que percebem o atraso dos procedimentos e o tempo de espera associado. Estamos em crer que uma cultura de processo e a comunicação entre as partes envolvidas permitiria a estreita coordenação de etapas e tarefas visualizando o impacto do não cumprimento de horários, da falta de detalhe na sua definição e do seu encadear ao longo das etapas recorrentes.

No entanto quando as falhas, como as indicadas, são de cariz comportamental ou cultural, como seja algo institucionalizado, a sua mudança pode apresentar sérios entraves. A questão cultural poderá, desde já, ser um dos aspectos chave da ocorrência de todo um conjunto de falhas identificadas ao longo do processo.

A cultura de pontualidade ou orientação para o resultado, nomeadamente o cumprimento de tempos e horários associados não só à sua tarefa mas a todas as que dela antecedem ou dependem exige sensibilização para o processo e para o impacto que a pontualidade tem sob o mesmo. A cultura de pontualidade constrói-se primeiramente pela comunicação e sensibilização junto dos elementos do Hospital através da análise dos reais impactos do não cumprimento de horários estipulados e estudados a cada tarefa ou etapa, e da consciencialização de que a cultura de pontualidade fará toda a diferença na oferta de um serviço eficiente e de qualidade e por isso do agrado dos vários utilizadores.

Na mesma sequência surge a necessidade de orientação para o processo, individual e colectiva, de analisar cada acção como sequencial e parte de um todo. Construir e conhecer os principais processos do Hospital ganha real importância numa óptica de eficiência e qualidade.

O modo de actuação do Hospital é construído e moldado segundo as características da sua comunidade, ou seja, adapta-se ao seu estilo de vida e cultura. A população servida pelo HVS é maioritariamente de cariz rural, situada em faixas etárias superiores, com habilitações situadas ao nível do 1º ciclo e, poder-se-á dizer sem grandes restrições horárias laborais associadas. Em acrescento, e pelos resultados obtidos através do estudo requerido pela ACSS, os utentes inquiridos, representativos da comunidade alvo do HVS, apresentam um elevado

envolvimento emocional para com o Hospital e seus profissionais. Os elevados níveis de lealdade e satisfação, de expectativas e qualidade, de profissionais e processos geram toda uma Imagem Organizacional de confiança, atenção e preocupação com o utente, sendo o HVS, no referido estudo externo avaliado com elevados níveis no indicador de “Hospital Ideal”. De facto se o presente Projecto centrasse objecto de estudo unicamente na óptica do utente diríamos que as falhas identificadas seriam praticamente nulas.

Não despreciando os excelentes resultados obtidos, surge a audácia de contrapor os níveis de expectativas dos utentes perante o HVS. O Hospital tem de facto bom desempenho pelo que se percebeu que as falhas ao nível de consulta externa são essencialmente de orientação para o processo. No entanto o aspecto considerado com maior impacto no Hospital, concretamente o tempo de espera antes da consulta, com o acumular de utentes nas instalações do HVS e a ida antecipada dos mesmos, fora inclusive avaliado segundo os utentes como não relevante. Os motivos pelos quais os utentes se deslocam em tempo prévio ao agendado depende de cada indivíduo, mas, numa óptica externa, o facto de anteverem atrasos e dado que as consultas se realizam por ordem de chegada, será um forte factor justificativo.

Neste ponto estaremos perante uma dualidade de opinião: as falhas identificadas surgem devido à forma de operar da Organização perante o processo e qualidade, ou são as condicionantes de recursos e meios factor causal com as falhas identificadas?

Uma outra questão se coloca: os utentes percebem o HVS como um Hospital Ideal, pela sua relação emocional e de lealdade perante o mesmo, ou os pressupostos de qualidade e tempo não estão contemplados nesta classificação?

Independentemente dos pressupostos assinalados, o Hospital em questão tem como missão servir, mais do que um conjunto de utentes, uma comunidade a quem deve a responsabilidade e o dever de prestar com os meios e recursos disponíveis, os melhores cuidados de saúde. Não nos podemos esquecer de que o Hospital responde segundo indicadores financeiros, pelo que a eficiência dos processos é igualmente importante para o dia-a-dia saudável do Hospital.

Em jeito de conclusão não podemos deixar de sublinhar o desejo de que este estudo contribua para a melhoria do processo e para a consciencialização dos intervenientes do sector, do tipo de respostas e serviços oferecidos. Pretende-se que se percepcionem as falhas existentes e as implicações que têm no desenvolvimento dos serviços e dos utentes, e que integrem as propostas de melhoria avançadas no quotidiano de cada Organização.

## **Bibliografia**

Administração Central do Sistema de Saúde, Universidade Nova de Lisboa – ISEGI (2008), Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA – Hospital Visconde de Salteu – Estarreja, SPA.

Armistead, C. e Machin, S.(1997) , Implication of business process management for operations management, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol.17, 886 – 898.

Badri, M. e Attia, S. (2008), Testing not-so-obvious models of healthcare quality, *International Journal of Health Quality Assurance*, Vol.21, No.2.

Barros, P.P. (2006), *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*, Editora Almedina.

Baum, J.A.C.( 2005), *The value of failing grade*, FT Mastering Risk, 9 de Setembro, p.8

Chahal, H. (2008), Predicting Patient Loyalty and Service Quality Relationship: a case study of civil Hospital, Ahmedbad, India, *The Journal of Business Perspective*, Vol.12, No.4, October-December.

Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C., *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (2006), RH Editora.

Dhillon, B. (2003), Methods for performing human reliability and error analysis in health care, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16/6, 306-317.

Donabedian, A. (2003), *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.

Failure Mode and Effects Analysis, Institute for Healthcare Improvement, 2004, p.1

Fragata, J. e Martins, L. (2008), *O Erro em Medicina – Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*, Edições Almedina.

Gemmel, P., Vandaele, D. e Tambeur, W. (2008), Hospital Process Orientation (HPO): The development of a measurement tool, *Total Quality Management*, Vol.19, No.12, December 2008, 1207 – 1217.

Henthorne, T. e Salgaonkar, P. e George, B. (2009), External Recommendations Versus Internal Satisfaction in Health Care: A Case Study in India, *Health Marketing Quartely*, 26:241-250.

Honoré, P, Wright, D, Berwick, D, Clancy, C, Lee, P, Nowinski, J e Koh, H. (2011), *Creating a framework for getting quality into the public health system*, Health affairs

Hospital Visconde de Salreu, <http://www.hvsalreu.eu>

Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21 st century*, National Academy Press.

Kelly, D. (2003), *Applying Quality Management in Healthcare – A Process for Improvement*, AUPHA, Health Administration Press.

Kirdar, Y. (2007), The Role of Public Relations for Image Creating in Health Services: A Sample Patient Satisfaction Survey, *Health Marketing Quartely*, Vol.24, No.3/4, 33-53.

Kohlbacher, M, Gautsch, A, Zenz, H, Leodolter, W. et al., An ERP-Based Process Performance Measurement Approach in an outpatient clinic, *Academy of Health Care Management Journal*, Vol.4, No 2, 23 – 39.

Lloyd, R. (2004), *Quality Health Care: A Guide to Developing and Using Indicators*, Jones and Bartlett Publishers.

- Lopes, A. E Capricho, L. (2007), *Manual de Gestão da Qualidade*, RH Editora.
- McLaughlin, C. e Kaluzny, A. (2004), *Continuous Quality Improvement in Healthcare – theory; implementation and applications*, Aspen Publishers
- Matheson, C.(2009), *Understanding the Policy Process: The Work of Henry Mintzberg*, *Public Administration Review*, November – December, 1148 – 1161.
- Matos, L. e Ramos, I. (2009), *Medir para Gerir – O Balanced Scorecard em Hospitais*, Edições Sílabo.
- Mintzberg, H. (2004), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Publicações Dom Quixote.
- Moulin, M. (2002), *Delivering Excellence in Health and Social Care*, Open University Press.
- Nunes, F. (1994), *As Organizações de Saúde: alguns elementos distintivos*, *Revista Portuguesa de Gestão*.
- Olden P. e Smith, C. (2008), *Hospitals, Community Health, and Balanced Scorecard*, *Academy of Health Care Management Journal*, Vol.4 No.1
- Pinelle, D. e Gutwin, C. (2006), *Loose Coupling and Healthcare Organizations: Deployment Strategies for Groupware*, *Computer Supported Cooperative Work*
- Porrás, J. (1987), *Stream Analysis – A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change*, Addison Wesley OD Series.
- Reason, J. (1997), *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate Publishing Limited.

Rego, A. e Cunha, M. (2007), *O Tao da Eficácia Organizacional – 18,5 Lições de gestão inspiradas no Velho Mestre*, Edições Sílado.

Reid, R. (2005), FMEA – Something Old, Something New, *Quality Progress*, May 2005;38,5, 90-93.

Reiley, T. (2002), FMEA in Preventing Medical Accidents, *Quality Congress. Annual Quality Congress Proceedings*, p.657.

Reiling, J. (2003), FMEA – the Cure for Medical Errors, *Quality Progress*, Aug 2003; 36,8, 67-71.

Ribeiro, J.M. (2009), *Saúde - A Liberdade de Escolher*, Gradiva.

Roth, W. (2009), *Is Management by objectives obsolete?*, Wiley Science

Ryan, A., Burgess, J., Wallack, S.(2009), The Relationship between Medicare's Process of Care Quality Measures and Mortality, *Inquiry* 46:274-290.

Shoen C, Osborn R and Huynh PT, "Taking the Pulse of Healthcare Systems. Experiences of Patients With Health Problems in Six Countries", *Health Aff* 2005, Nov3 :W5-509-W5-525

Shoemaker, L. e Kazley, A. e White, A. (2010), Making the Case for Evidence-Based Design in Healthcare: A Descriptive Case Study of Organization Decision Making, *Health Environments Research & Design Journal*, Vol.4, No.1, 56-88.

Silva, D. (2009), A problematização do conceito de organização como introdução à gestão de recursos humanos, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, ISCTE- Business School.

Sminia, H.(2009), Process research in strategy formation: Theory, methodology and relevance, *International Journal of Management Reviews*, Vol.11, Issue 1, 97-125.

Tam, J. (2007), Linking quality improvement with patient satisfaction: a study of a health service centre, *Marketing Intelligence & Planning*, Vol. 25, No.7, 732 – 744.

Terninko, J.(2003), Reliability/Mistake-proofing Using Failure Mode and Effect Analysis (FMEA), *Quality Congress. Annual Quality Congress Proceedings*, 515.

The Joint Commission(2002), Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System, *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*.

Torres, E, e Guo, K, (2004), Quality improvement techniques to improve patient satisfaction, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.17, No 6, 334-338.

Torres, E, Vasquez-Parrada, A e Barra, Cristobal(2009)The Path of Patient Loyalty and the Role of Doctor Reputation, *Health Marketing Quarterly*, 26:183–197

Vera, A. e Kuntz, L. (2007), *Process-bases organization design and hospital efficiency*, *Health Care Management Review*, 32 (1), 55-65

Villa, S., Barbieri, M. e Lega,F. (2007), Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practilities from three critical cases, *Health Care Sci*, 12:155 – 165.

World Health Organization, Health,

<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/index.html>

Weick, K., Sutcliffe, K. (2001), *Managing the Unexpected*, Jossey – Bass

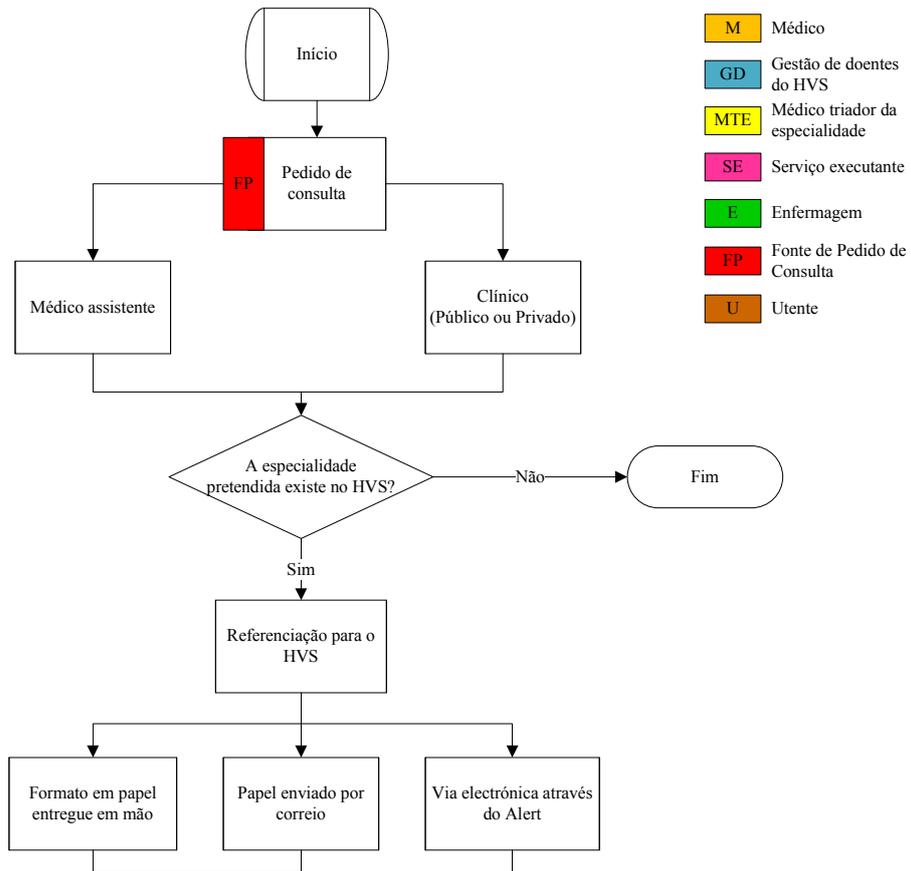
Yang, W (2010), Relationships among Internal Marketing Perceptions Organizational Support, Job Satisfaction and Role Behavior in Healthcare Organizations, *International Journal of Management*, Vol. 27, No.2, August 2010

Yesilada, F. e Yurdakul, D. (2009), Improving Healthcare Service Quality: an application of integrating SERVQUAL and KANO model into Quality function depolyment, International Journal of Business Research, 156 - 165.

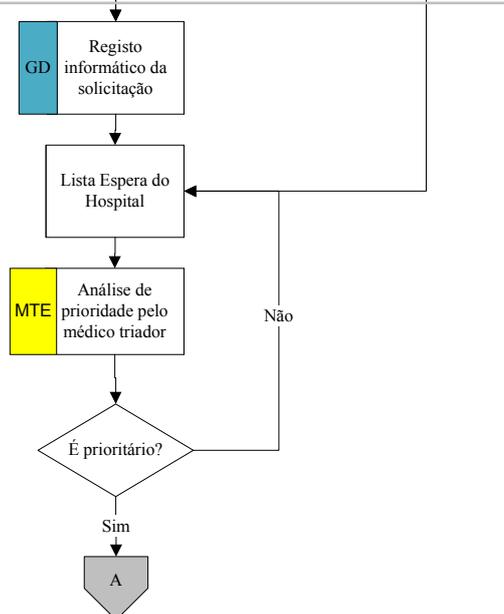
## Anexos

### Anexo 1 – Fluxograma representativo do processo do trajectória do utente de consulta externa do HVS

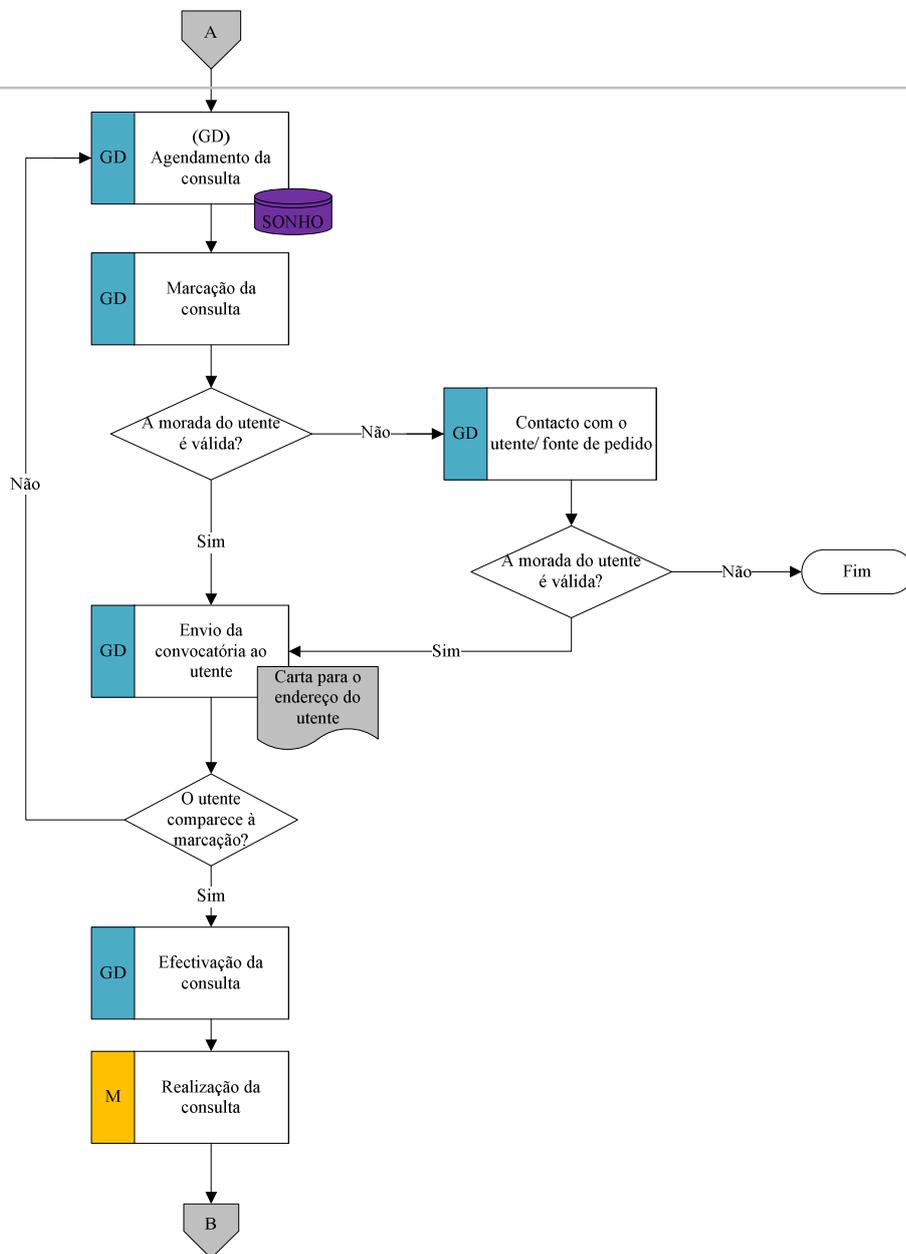
#### 1 - Encaminhamento do Utente para o HVS

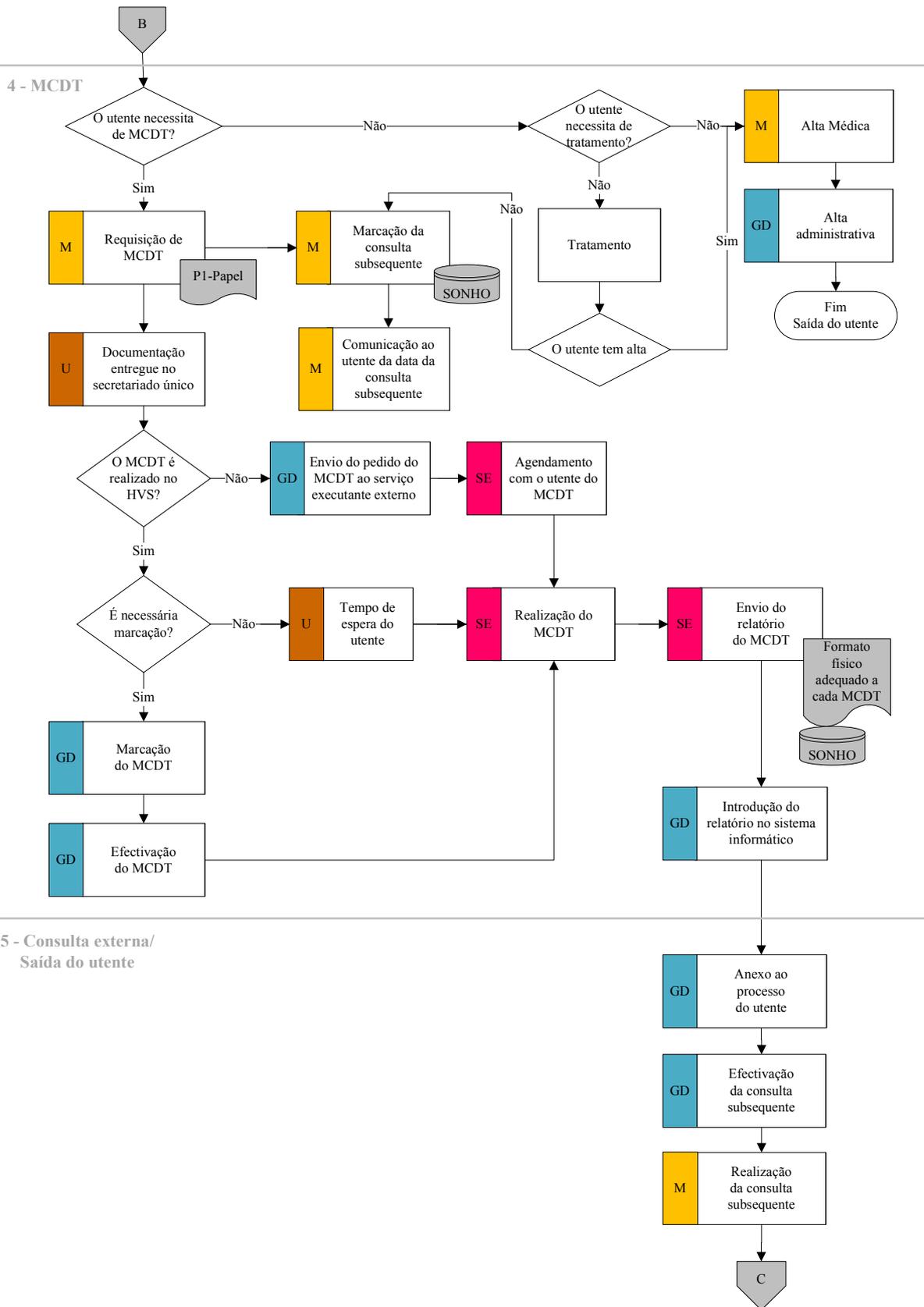


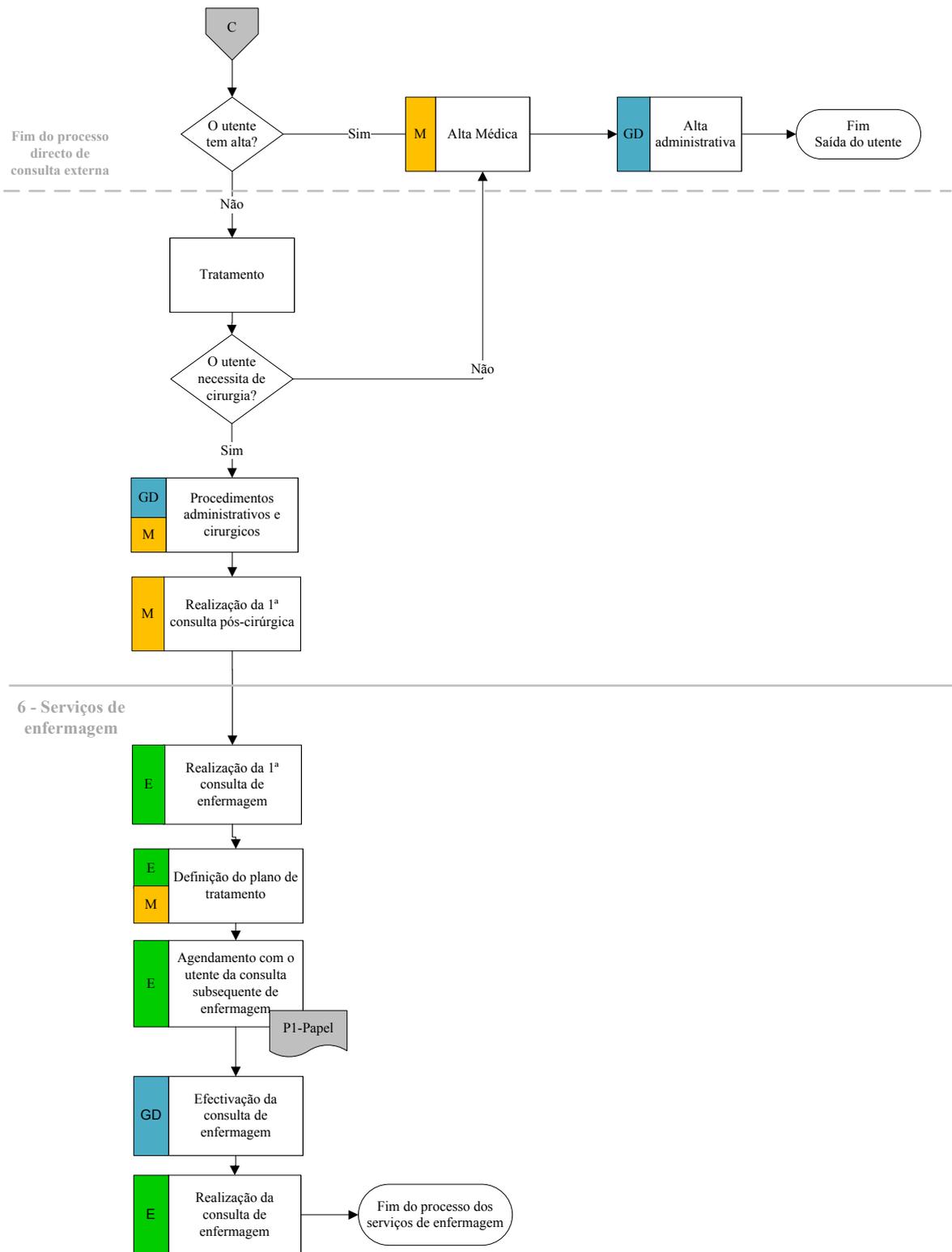
#### 2 - Recepção do pedido de consultas



3 – Consultas Externas







## Anexo 2 – Análise FMEA do processo de consulta externa do HVS

ETAPA	FALHAS	EFEITOS	GRAVIDADE	CAUSAS	OCORRÊNCIA	DETECÇÃO	RPN	ACÇÃO A TOMAR	RESPONSÁVEL
1 - Encaminham ento do Utente para o HVS	<p>Comunicação das especialidades médicas existentes no HVS (Desconhecimento por parte dos Centros de Saúde/Médicos externos da existência das especialidades médicas existentes no HVS)</p>	Atrasos na referênciação dos utentes para outros Hospitais onde exerçam a especialidade médica pretendida	5	<p>Falta de informação/divulgação junto de centros de saúde/médicos externos das especialidades médicas existentes no HVS</p>	5	5	125	Divulgação das especialidades médicas existentes no HVS, com maior foco nos Centros de Saúde de onde provém o maior volume de utentes	Conselho de Administração
		Atraso para o utente na marcação de consulta médica						Sensibilização para a criação de uma base de dados interactiva junto da fonte de pedido para consulta e partilha de dados informativos relevantes para ambas as partes	
		Perda de eficiência para o médico dado que tem necessidade de pesquisar novamente os Hospitais com a especialidade médica pretendida							
1 - Encaminham ento do Utente para o HVS	<p>Referenciação externa significativa do pedido de consulta em formato papel (volume significativo de pedidos de consulta externa em formato papel ao invés da utilização do sistema informático <i>Alert PI</i>)</p>	Atrasos no desenvolvimento do processo nomeadamente:	5	<p>Referenciação de consulta em formato papel ao invés da utilização do sistema informático <i>Alert PI</i></p>	5	5	125	Sensibilização das fontes de pedido da importância da utilização do <i>Alert PI</i> e do impacto para o HVS e utentes da referenciação via papel	Conselho de Administração
		- na recepção do pedido/documentação pelos motivos logísticos associados						Equipamento das instituições sob o mesmo procedimento de referenciação de consultas externas - o <i>Alert PI</i>	
		- no registo dos pedidos dada a necessidade de introdução de dados em sistema informático						Formação periódica dos recursos humanos na utilização do sistema informático em questão	
	<p>Descoordenação de informação dada ao utente entre Centro de Saúde e HVS (comunicação do Centro de Saúde ao utente do envio do pedido de consulta ao HVS, facto que não se vem a concretizar)</p>	Reclamação dos utentes junto do HVS procurando respostas à não convocação para consulta externa	3	Falta de comunicação e consequente referenciação por parte do Centro de Saúde para com o HVS	5	9	120	Reportar as ocorrências aos Centro de Saúde reforçando a importância de estabelecer uma boa comunicação não só entre ambas as partes como aos utentes	Gestão de doentes

ETAPA	FALHAS	EFEITOS	GRAVIDADE	CAUSAS	OCORRÊNCIA	DETECÇÃO	RPN	ACÇÃO A TOMAR	RESPONSÁVEL
2 - Recepção do pedido de consultas	Gestão do volume de envios de pedidos de consulta pelos Centros de Saúde (periodicidade irregular dos pedidos de consulta pelo Centro de Saúde havendo a percepção de acumulação de pedidos procedendo à sua referenciação após determinado volume)	Volume de pedidos relativamente inconstante gerando assim um acumular de trabalho administrativo  Atraso no agendamento da consulta com efeitos directos para o utente	3	Gestão de volume de pedidos por parte dos Centros de Saúde	5	1	15	Dado ser uma questão interna do modo de funcionamento dos Centros de Saúde, o HVS deve comunicar com os mesmos a fim de compreender o motivo dos pedidos irregulares	Gestão de doentes
	Qualidade da informação integrante do processo de pedido de consulta pela sua fonte (a informação integrante do processo nomeadamente ao nível do diagnóstico do utente é por vezes insuficiente /incompleta /ilegível)	Necessidade de contacto com a fonte para esclarecimento de questões relacionadas com o conteúdo do processo geram implicações ao nível da gestão do tempo e trabalho para HVS e utente que, por factores externos tem o agendamento da sua consulta atrasada  Possíveis erros na definição de prioridade no agendamento de consulta médica dada a qualidade da informação enviada	5	Causas externas ao HVS, providas da fonte e relacionadas com o correcto preenchimento e transmissão de informação importante sobre o estado de saúde do utente	5	3	75	Sensibilização junto dos médicos da importância e impacto do envio de informação considerada essencial para um correcto diagnóstico do estado de saúde do utente	Gestão de doentes
	Registo informático das referências (Dado que as referências em papel representam um volume significativo para o HVS há a necessidade de os inserir no sistema informático a fim de serem validados e integrados no processo)	Tempo de espera para o utente no avanço do processo de agendamento de consulta  Perda de produtividade e eficiência do HVS no processo, dada a necessidade de introdução de referências que, se providas do Alert PI não seria necessário	5	Tarefas administrativas em simultâneo o que não permite a inserção de dados atempadamente  Envio significativo das referências via papel	5	9	225	Procurar obter ganhos de eficiência no trabalho administrativo	Conselho de Administração
	Metodologia de análise de prioridades pelo médico triador (gestão da origem de trabalhos percebida como não sendo eficiente)	Metodologia de triagem (análise dos pedidos providos de Alert/papel) poderá ter implicações na correcta avaliação de prioridade com efeitos directos para o utente não só ao nível do factor tempo como em saúde e bem-estar	9	Organização do fluxo de trabalho pelos médicos triadores	5	2	90	Ganhos de eficiência no trabalho nomeadamente na definição de etapas e procedimentos a fim, com base na informação disponível avaliar as referências como um todo de fimdo assim com o maior rigor possível os processos prioritários à marcação de consulta	Médicos triadores de especialidade

ETAPA	FALHAS	EFEITOS	GRAVIDADE	CAUSAS	OCORRÊNCIA	DETECÇÃO	RPN	ACÇÃO A TOMAR	RESPONSÁVEL
3 - Consultas externas	Dados de contacto do utente incompletos/desactualizados	O não contacto/convocatória do utente por parte do HVS com efeitos directos na gestão do HVS e para a saúde do utente	7	A não actualização de dados por iniciativa do utente junto das entidades Inexistência de cruzamento de base de dados entre HVS e Centros de Saúde	4	7	196	Sensibilização/divulgação junto dos utentes da importância de actualizar os seus dados pessoais junto das entidades	Gestão de doentes (esforço contínuo)
	Marcação de consultas por meios exteriores ao processo (utentes dirigem-se ao HVS e solicitam directamente uma consulta de especialidade, sendo esta agendada)	Sobrecarga de agenda de médicos face ao estipulado	7	Questão social comum aos estabelecimentos de saúde: o pedido pessoal do utente procurando atendimento médico com a maior urgência possível Falta de definição de processo e conhecimento das respectivas etapas	3	9	189	Estudo, elaboração e definição do processo pelos elementos do Hospital a fim de ser interiorizado e do conhecimento de todos	Gestão de doentes / Conselho de Administração
		Modificações na escala de trabalhos anteriormente definidas pelos seus utilizadores - médicos, com implicações não só ao nível da consulta como nos restantes serviços a si associados Implicações éticas nomeadamente pelo cumprimento das prioridades médicas definidas pela lista de espera							
	Metodologia de agendamento de consultas (as consultas são agendadas e realizadas por conjunto de horários sendo que a ordem de realização das mesmas é definida segundo ordem de chegada)	Atrasos na realização de consulta dado o nº de utentes alocado a um período de tempo	6	Sistema adoptado de marcações de consultas que não contempla o estudo do tempo médio de duração da mesma bem como o impacto do factor tempo para utentes e Hospital Gestão e planificação da ordem de trabalhos e respectivo tempo deixa antever o sistema de marcação de consultas	9	6	324	Reorganização do sistema de marcação de consultas com ou sem o auxílio de sistema informático para o efeito, que contemple medidas de eficiência do processo nomeadamente o estudo de tempo médio de consulta, tempo médio de espera dos utentes, cumprimento dos horários, entre outros	Gestão de doentes / Conselho de Administração
Acumulação de pessoas na sala de espera e átrio do HVS provocando ruído, confusão, perda de conforto e bem-estar, dando origem a reclamações A não previsibilidade do início/fim de consulta tem implicações na gestão do tempo/tarefa no funcionamento não so das próprias consultas como nos restantes serviços directamente a si relacionados									

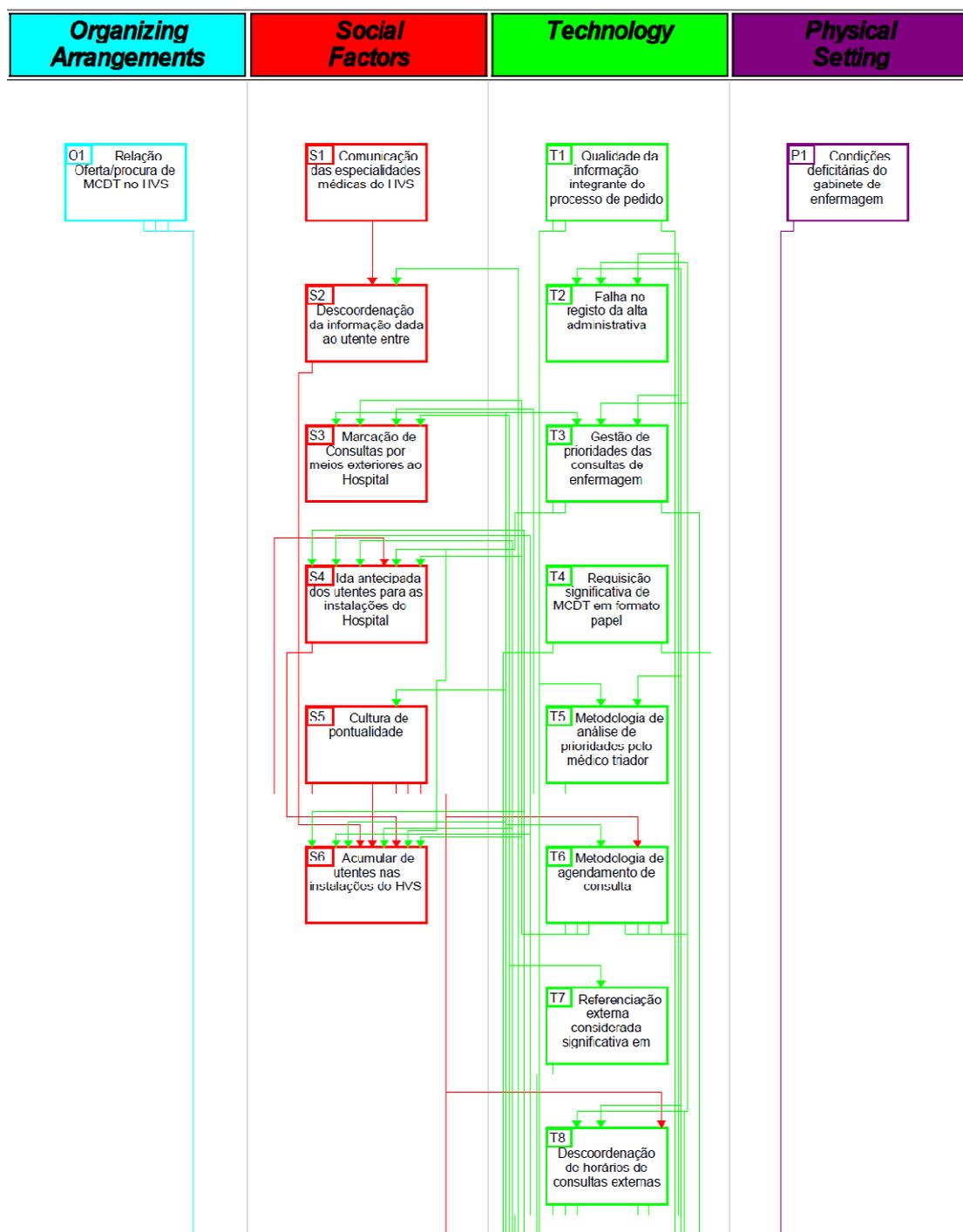
ETAPA	FALHAS	EFEITOS	GRAVIDADE	CAUSAS	OCORRÊNCIA	DETECÇÃO	RPN	ACÇÃO A TOMAR	RESPONSÁVEL
3 - Consultas externas  (cont.)	<p><b>Ida antecipada dos utentes para as instalações do Hospital</b></p> <p><b>Gestão de atendimento (ausência de sistema informático - actualmente existe um sistema manual de duas senhas - utentes que vão realizar exame em jejum e outros assuntos)</b></p>	<p>Acumular de pessoas na sala de espera e no átrio do Hospital dando origem a ruído, confusão, perda de conforto e reclamações</p>	3	<p>Questão social e cultural com diferentes motivações</p>	5	5	75	<p>Reorganização do sistema de marcação de consultas</p>	<p>Gestão de doentes (esforço contínuo)</p>
		<p>Perda de produtividade dos elementos do Hospital sendo frequentemente interpelados pelos utentes com questões relativas ao tempo de espera.</p>		<p>Sistema de marcação de consultas por grupos de horários tem a si associado tempo de espera dado que o atendimento é por ordem de chegada razão pela qual os utentes se dirigem antecipadamente ao Hospital com o intuito de serem atendidos mais rapidamente</p>				<p>Sensibilização dos utentes para se deslocarem ao Hospital breves momentos antes do horário de agendamento de consulta</p>	
		<p>Dificuldade de encaminhamento e atendimento de utentes uma vez que a definição de prioridade é definida através de apenas duas senhas</p> <p>Acumular de pessoas na sala de espera e no átrio do Hospital dando origem a ruído, confusão, perda de conforto e reclamações</p>	5	<p>a não implementação de um sistema informático ou não de gestão de volume e direccionando de utentes</p>	9	3	135	<p>Implementação de um sistema que contemple não só o encaminhamento dos utentes mas também o cálculo do volume médio de utentes que se dirigem ao HVS, os serviços mais requisitados bem como outros dados importantes para a gestão hospitalar</p>	<p>Conselho de Administração</p>

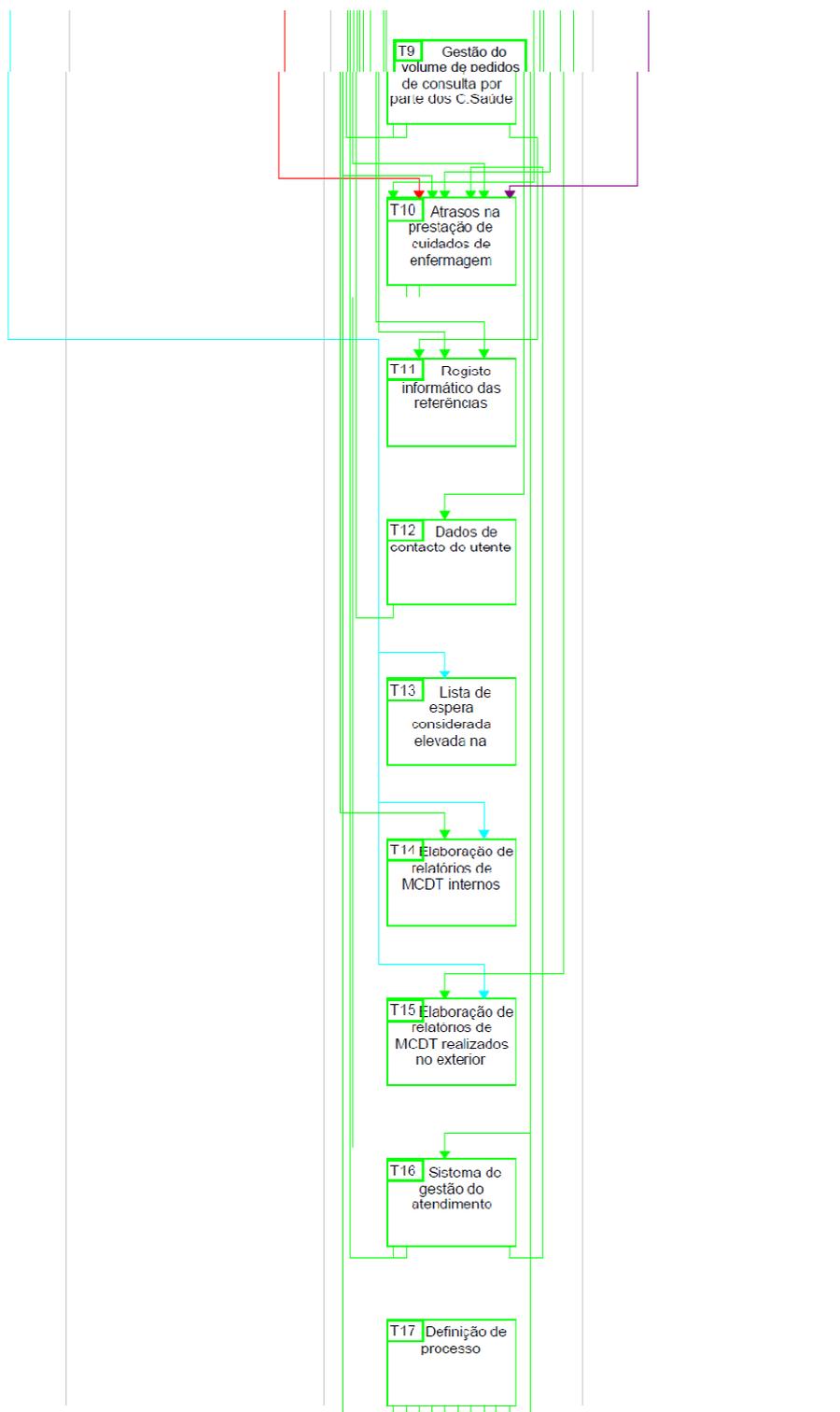
ETAPA	FALHAS	EFEITOS	GRAVIDADE	CAUSAS	OCORRÊNCIA	DETECÇÃO	RPN	ACÇÃO A TOMAR	RESPONSÁVEL
4 - MCDT	<b>Requisição significativa de exames em formato papel</b>	Necessidade de registar o pedido de exames em suporte informático com origem para atrasos e sobrecarga de trabalho administrativo bem como atrasos na marcação de exames	3	Metodologia de trabalho associado à marcação de exames ausência de sistema informático que interligue os diferentes serviços do Hospital	7	3	63	Desenvolvimento de sistema informático de agendamento de exames	Conselho de Administração
		Surgem situações de alerta com efeitos para o utente e Hospital dada a necessidade dos relatórios serem elaborados antes da consulta externa associada	5	Falta de recursos humanos no HVS, nomeadamente médicos especializados na referida área	4	4	80	Contratação de médicos cuja especialidade se enquadre nos MCDT onde a falta de RH tem maior impacto Gestão de agenda a fim de obter ganhos de eficiência	Conselho de Administração
	<b>Atrasos na elaboração de relatórios de exames médicos realizados internamente</b>	Surgem situações de alerta com efeitos para o utente e Hospital dada a necessidade dos relatórios serem elaborados antes da consulta externa associada	5	Falta de comunicação/competências no cumprimento dos prazos estipulados de entrega dos relatórios	4	4	80	Melhorar os meios de comunicação entre ambas as partes gerindo os prazos de pedido de exame, a sua realização e posterior envio de relatório. O tempo médio de espera é neste âmbito relevante dado que condiciona a calendarização da consulta externa	Gestão de doentes
		<b>Atrasos na elaboração de relatórios de exames médicos realizados no exterior</b>	Tempo de espera para o utente na marcação de exame com efeitos directos para o seu diagnóstico e tratamento afectando a sua saúde e bem-estar	7	Falta de recursos humanos no HVS, nomeadamente médicos especializados na referida área	4	4	112	Contratação de médicos/subcontratação de serviços que permita suprir a carência nesta área Gestão de agenda a fim de obter ganhos de eficiência
	<b>Relação oferta/procura de MCDT no HVS (percepção de desequilíbrio entre o n.º de vagas de MCDR face às necessidades dos utentes)</b>	Perda de eficiência do HVS dado o desfasamento considerável no tempo de resposta entre diferentes MCDT disponíveis no Hospital	5	Falta de recursos humanos/capacidade de contratação para colmatar falhas em determinadas especialidades	5	5	125	Estudo do rácio das necessidades dos utentes/oferta do HVS bem como a alocação de RH/Equipamento necessário a esse equilíbrio Gestão de agenda a fim de obter ganhos de eficiência	Conselho de Administração
		Efeitos directos para os utentes no seu diagnóstico e tratamento aquando da necessidade de realização de vários MCDR cujos tempos de resposta são necessariamente variáveis							

ETAPA	FALHAS	EFEITOS	GRAVIDADE	CAUSAS	OCORRÊNCIA	DETECÇÃO	RPN	ACÇÃO A TOMAR	RESPONSÁVEL
5 - Consulta externa/Sai da do utente	Falha no registo da alta administrativa	Descoordenação da informação nomeadamente ao nível de consultas posteriores com efeitos não só para o processo do utente como também para os dados de gestão do HVS daí gerados	3	Falha de comunicação entre médico (que dá a alta médica) com o administrativo dada a não concretização da alta administrativa aquando da alta médica	9	1	27	Melhorar os mecanismos de transmissão de informação	Gestão de doentes
	Descoordenação entre horários de consultas externas e consultas de enfermagem	Volume de trabalho de enfermagem inconstante e imprevisível gerando perda de produtividade e eficiência Dificuldade de gestão de ordem de trabalhos com efeitos na optimização do factor tempo para Hospital e utentes que têm associados elevados tempos de espera com consequências a si associadas.	5	Falta de comunicação entre a equipa médica e de enfermagem sobre o volume de utentes esperados que irão necessitar de 1ª consulta de enfermagem bem como os horários perspectivados para tal Ausência de sistema informático que permita visualizar antecipadamente e em tempo real o volume de utentes pós-cirúrgicos com consulta externa agendada	3	3	45	Gestão de volume de utentes com 1ª consulta pós-cirúrgica que necessitam de consulta de enfermagem Estudo e tratamento de dados relativos à relação entre consulta externa e consulta de enfermagem	Médicos/Enfermagem
6 - Serviços de enfermagem	Atrasos na prestação de cuidados de enfermagem	Tempo de espera para o utente nas instalações do Hospital com as consequências associadas	3	Escassez de RH de enfermagem Gestão do volume de trabalho e respectiva optimização do tempo	7	9	189	Contratação de RH qualificados ao nível da enfermagem Gestão do volume de utentes agendados a fim de obter ganhos de eficiência	Enfermagem
	Gestão de prioridades das consultas de enfermagem (A 1ª consulta de enfermagem externa provinda de consulta externa exerce prioridade sobre as consultas de enfermagem de acompanhamento previamente agendadas com os utentes)	Dificuldade de gestão do tempo e volume de trabalho por parte da equipa de enfermagem Acumular de pessoas na sala de espera e no átrio do Hospital com os respectivos efeitos	5	Falta de comunicação entre o corpo médico - enfermagem sobre o volume de utentes esperados	7	7	245	Implementação de um sistema informático ou não de gestão de consultas de enfermagem tendo como fonte, entre outros, dados relativos ao volume de utentes esperados bem como a patologia clínica e tempo associado	Enfermagem
	Condições físicas deficitárias do gabinete de enfermagem	Desconforto e falta de privacidade do utente/enfermagem	3	Condições físicas e de ordenamento do Hospital	7	6	126	Apesar de estar previsto a construção de um novo Hospital de Estarreja, nas condições físicas actuais poder-se-á gerir o espaço e melhorá-lo dentro do previsto e possível.	Conselho de Administração

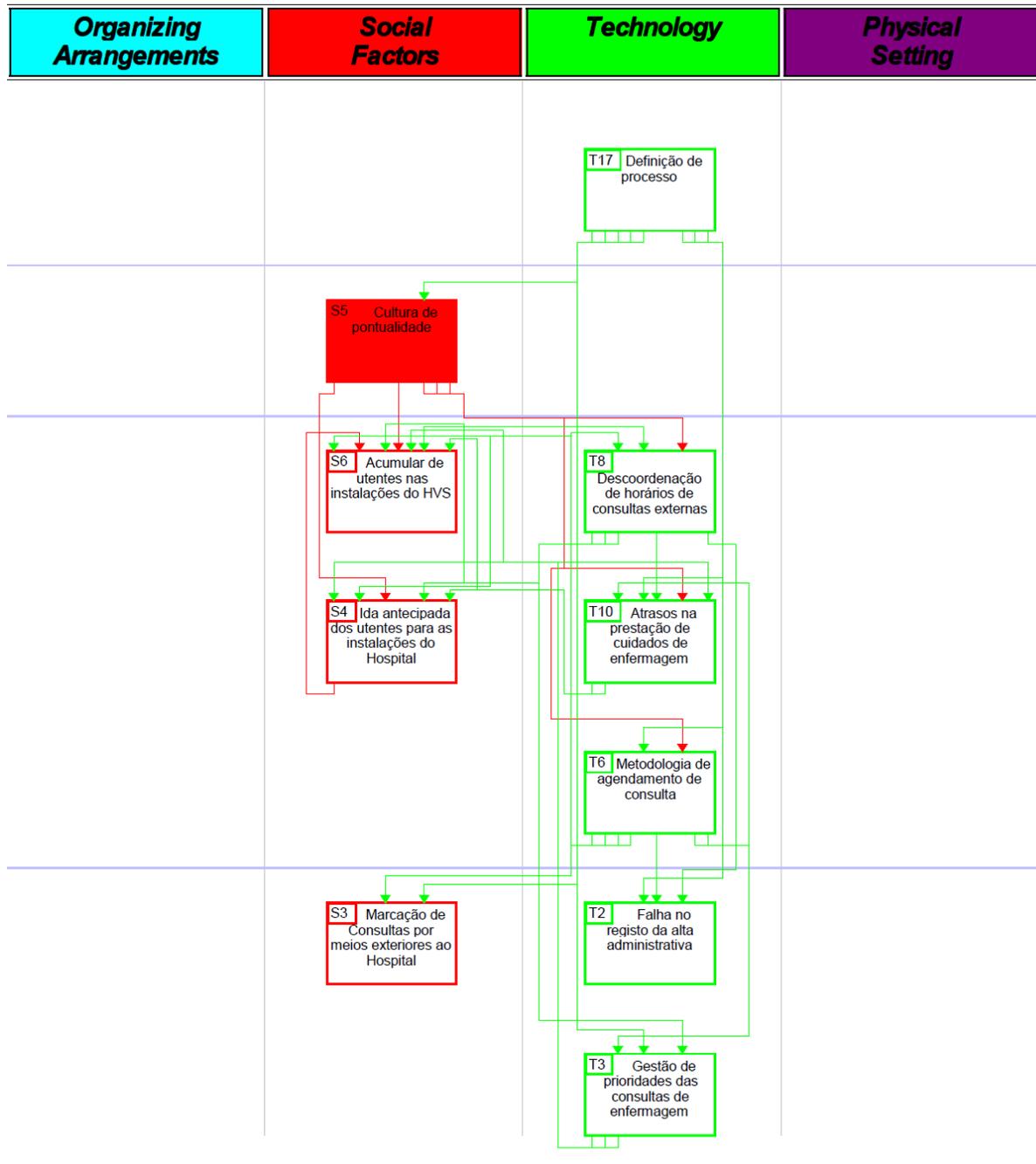
## Anexo 3 – Stream Analysis

### Gráfico Resumo do Processo

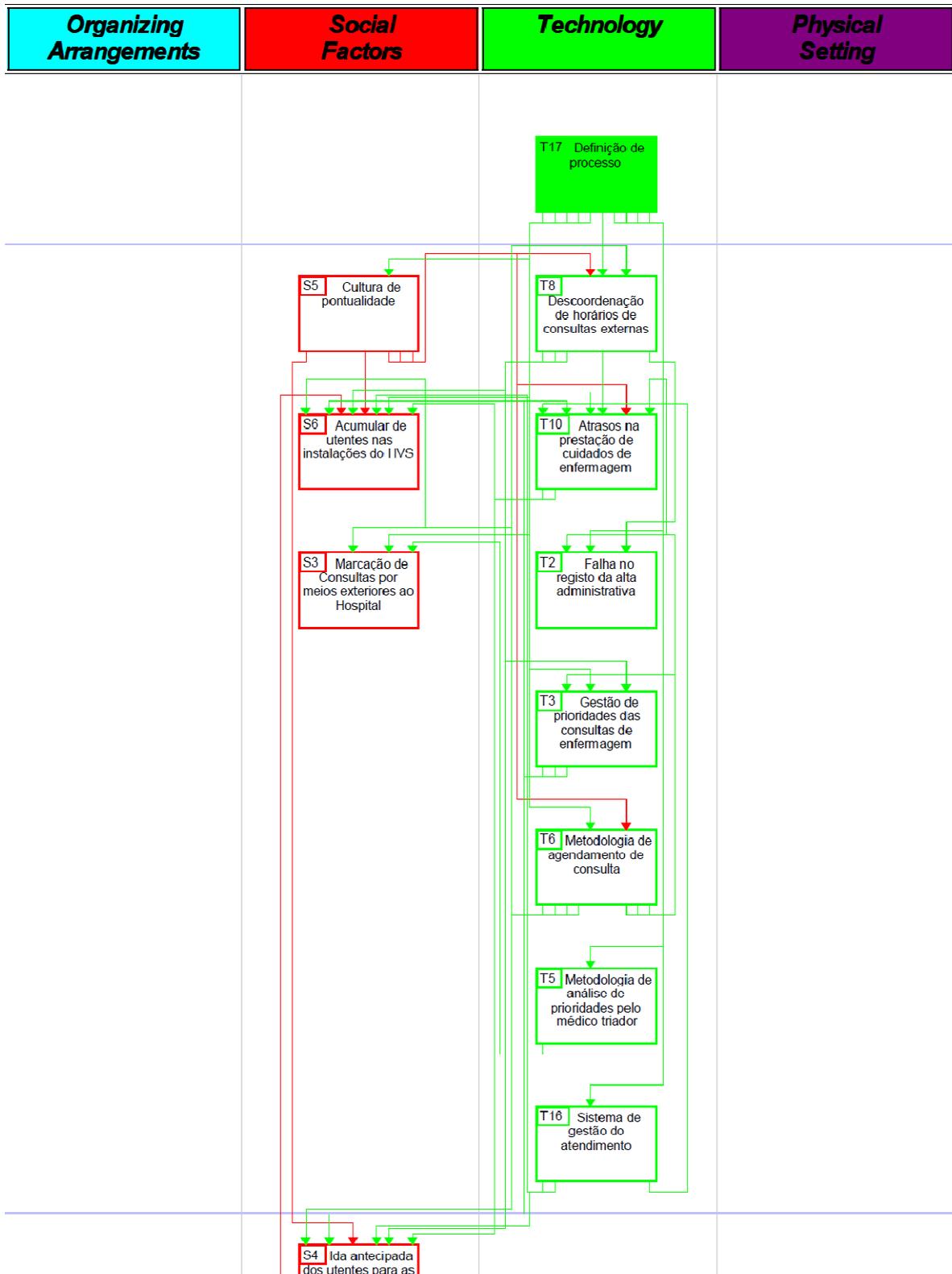




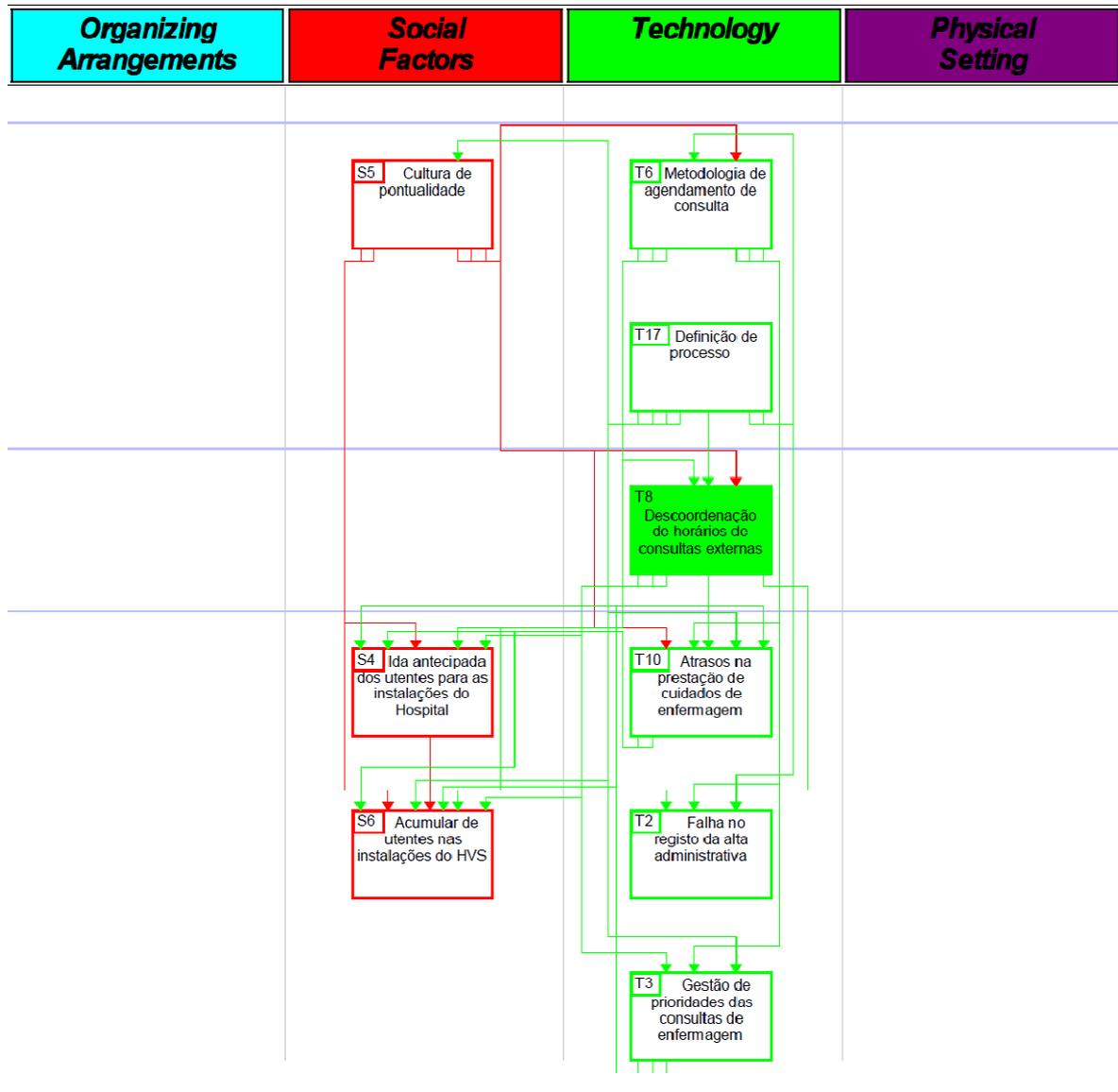
**Gráfico Representativo da Falha Cultura de Pontualidade, sendo Falha de Origem.**



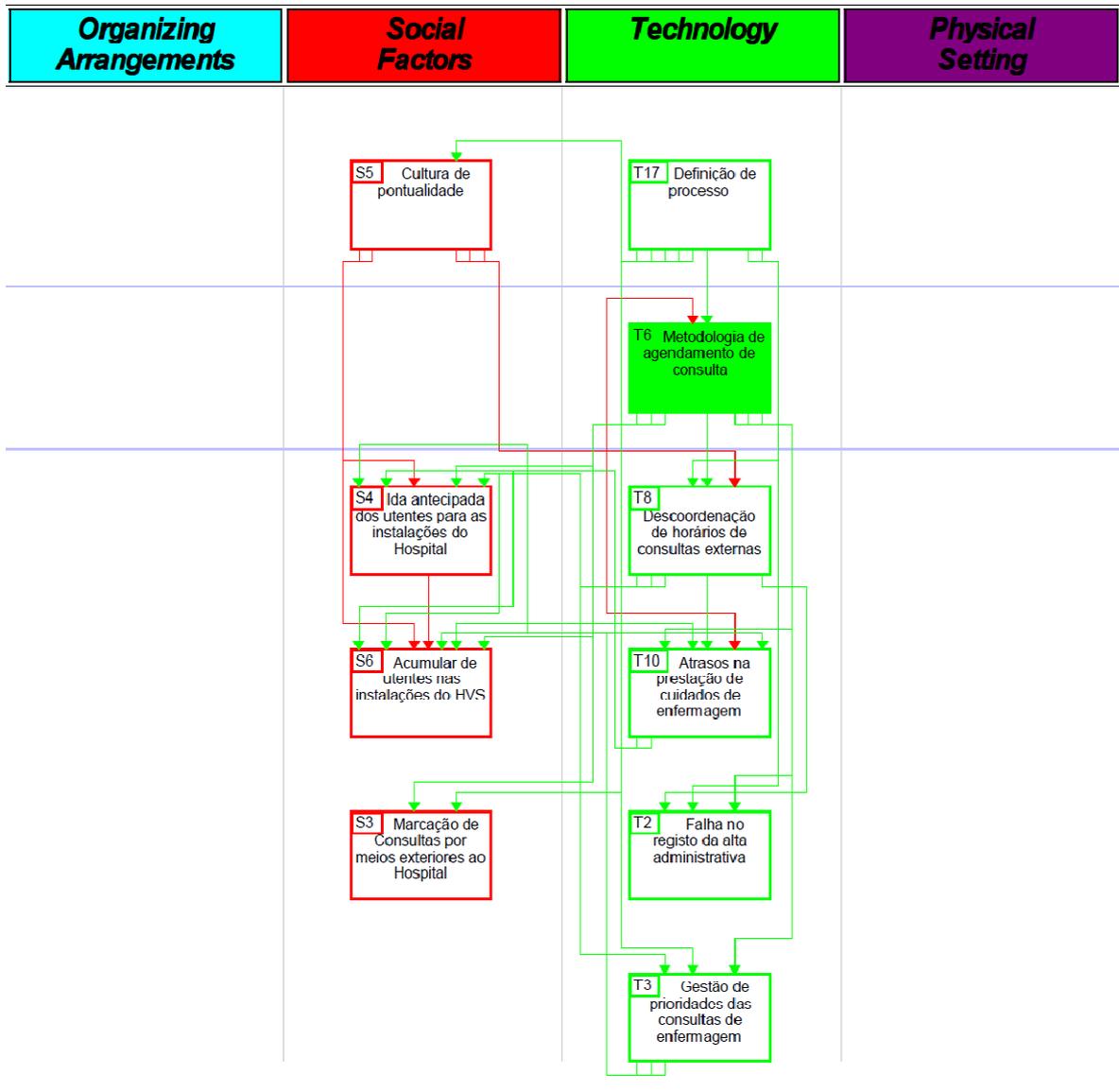
**Gráfico Representativo da Falha Definição de Processo, sendo Falha de Origem.**



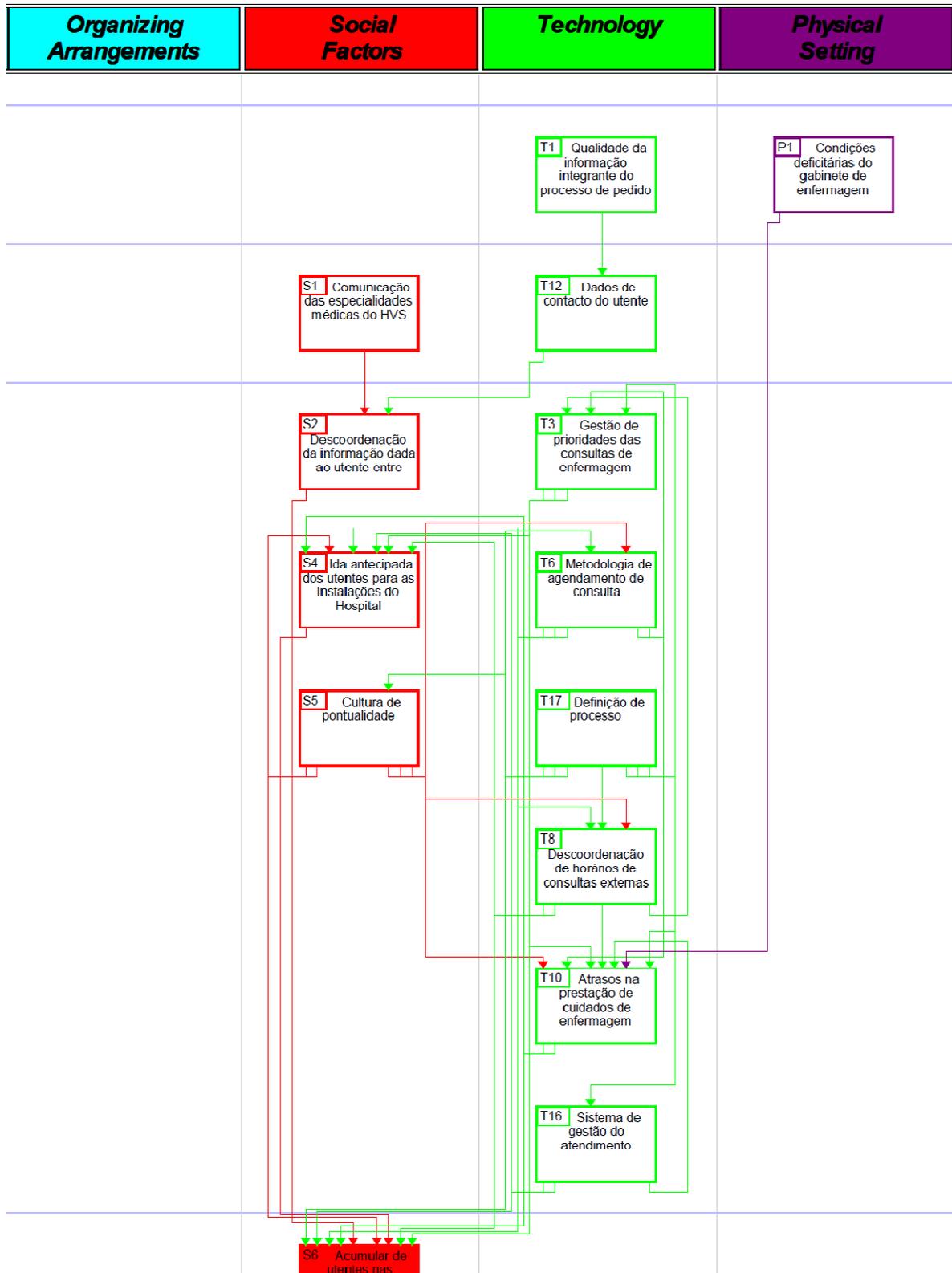
**Gráfico Representativo da Falha Descoordenação de Consultas de Enfermagem e Consulta Externa, sendo Falha de Origem.**



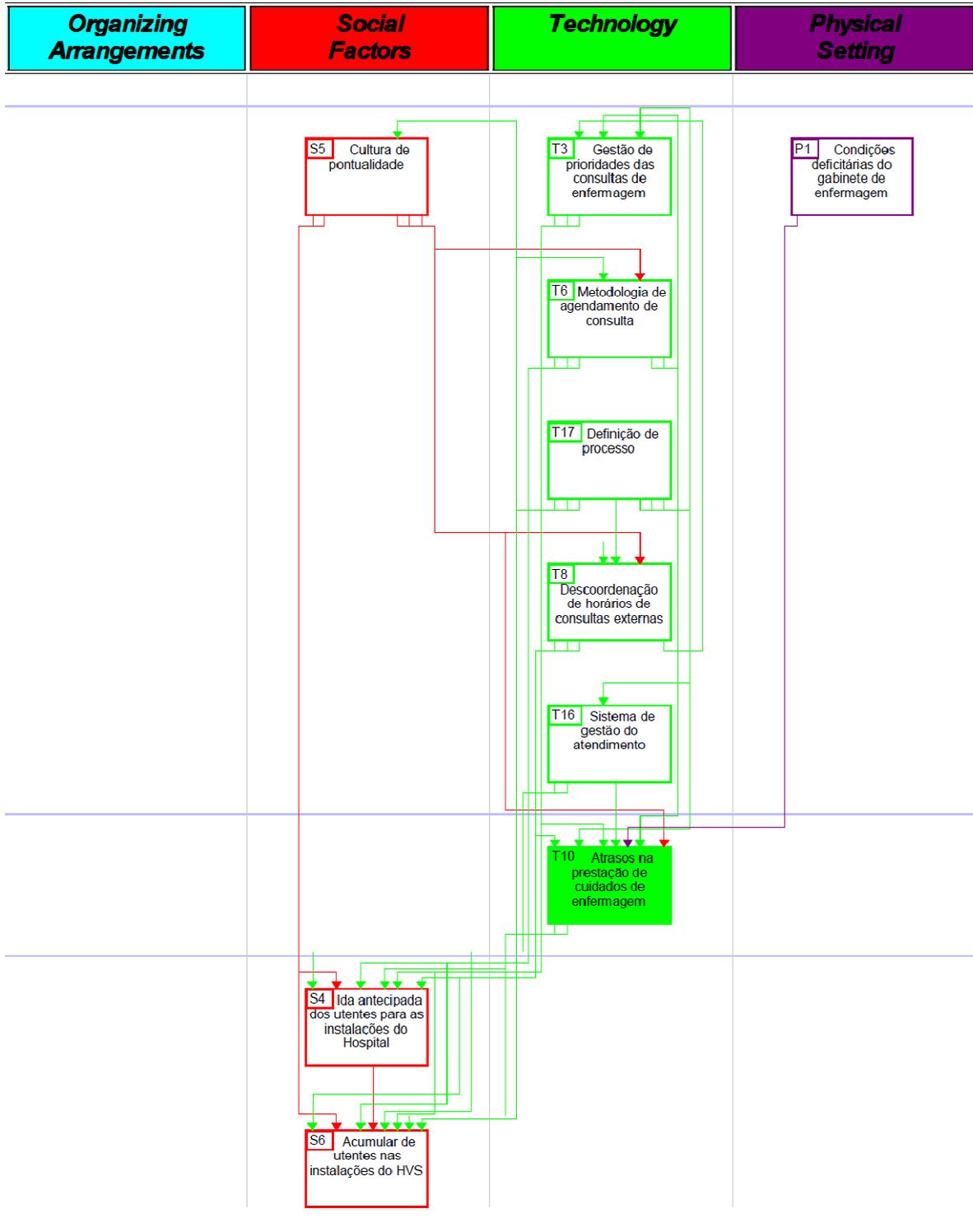
**Gráfico Representativo da Metodologia de Agendamento de Consulta, sendo Falha de Origem.**



**Gráfico Representativo da Falha Acumular de Utentes nas Instalações do HVS, sendo Falha Resultado**



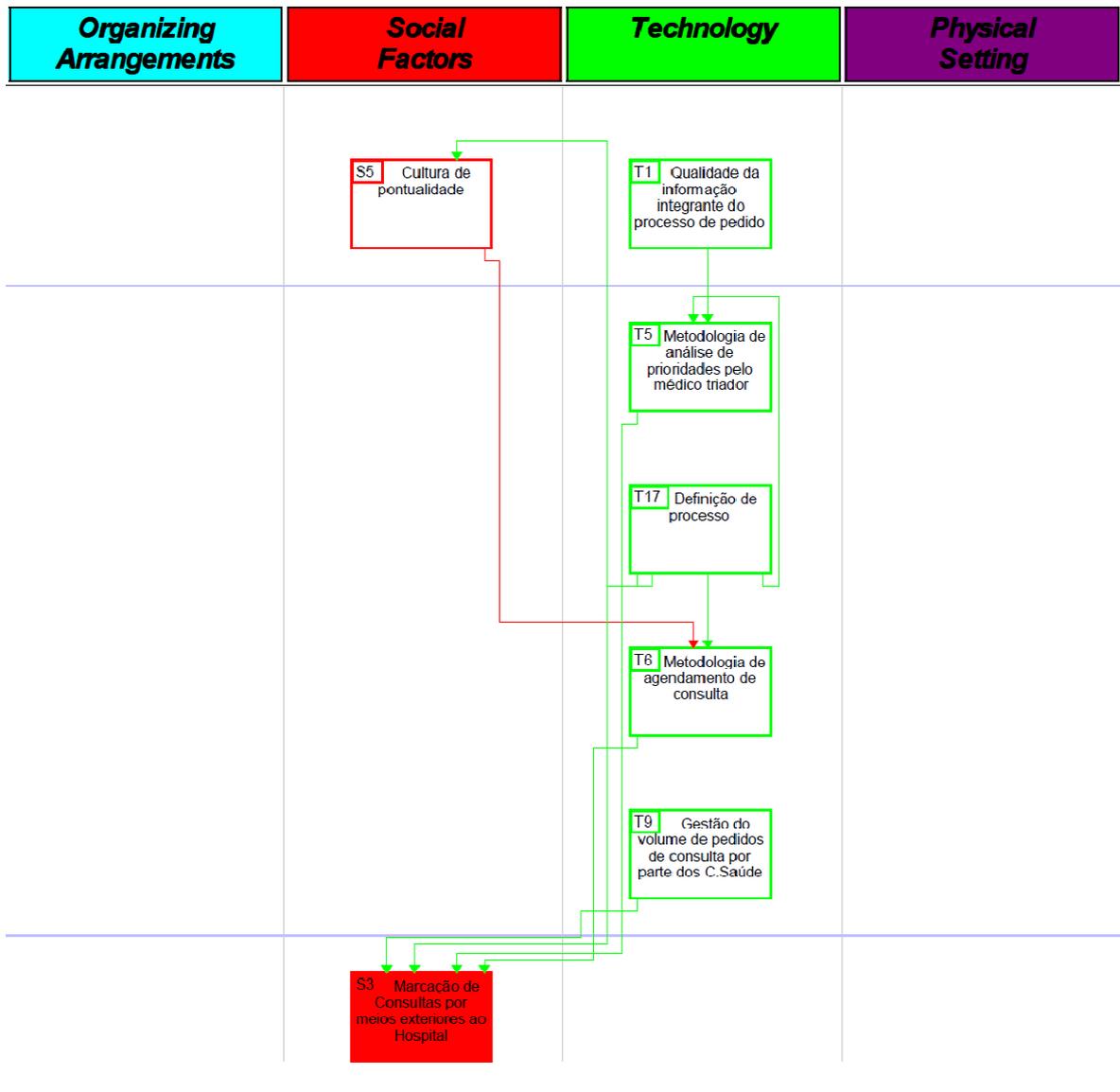
**Gráfico Representativo da Falha Atrasos na prestação de cuidados de enfermagem, sendo Falha Resultado**



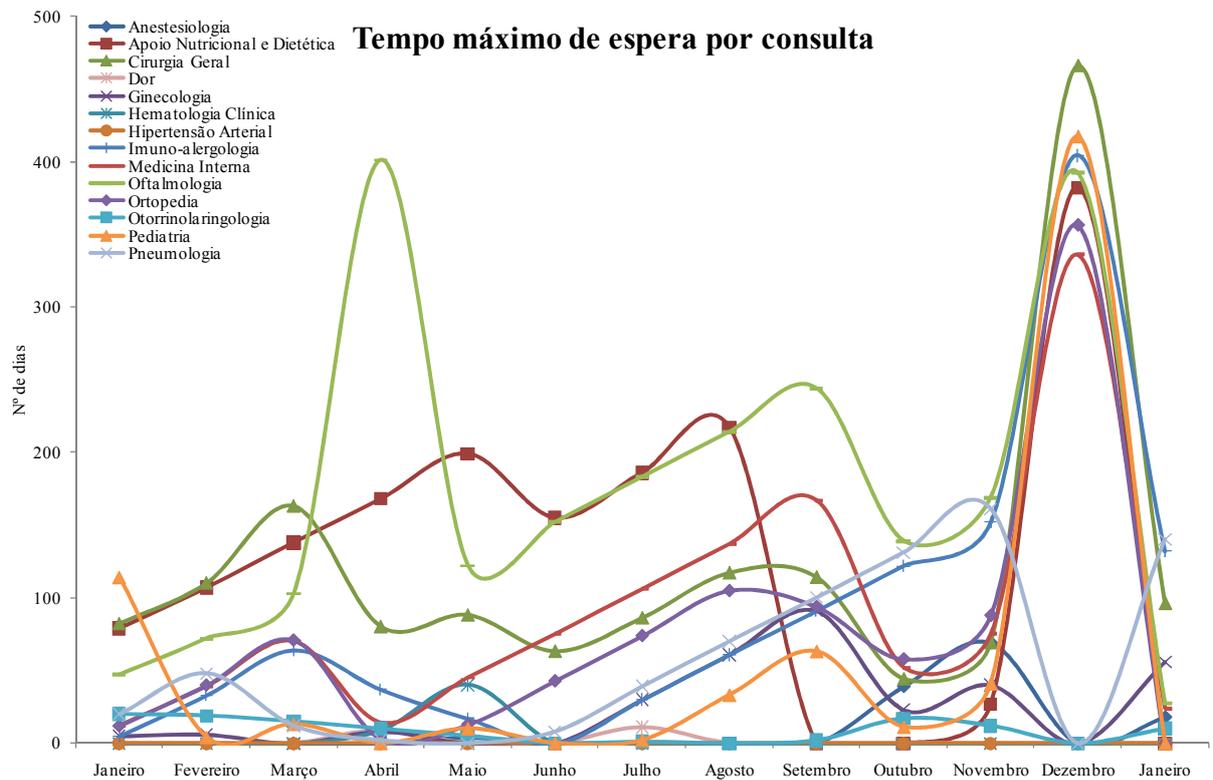
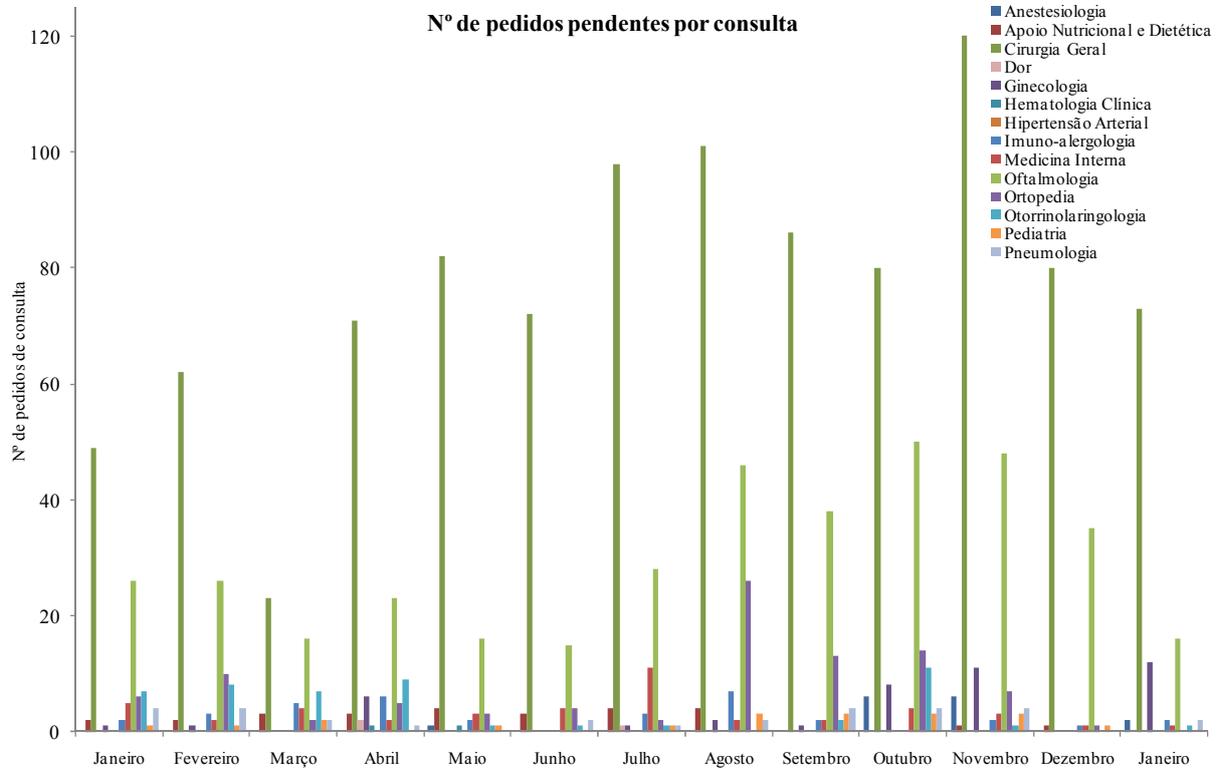
**Gráfico Representativo da Falha Ida antecipada dos utentes para as Instalações do HVS, sendo Falha Resultado**

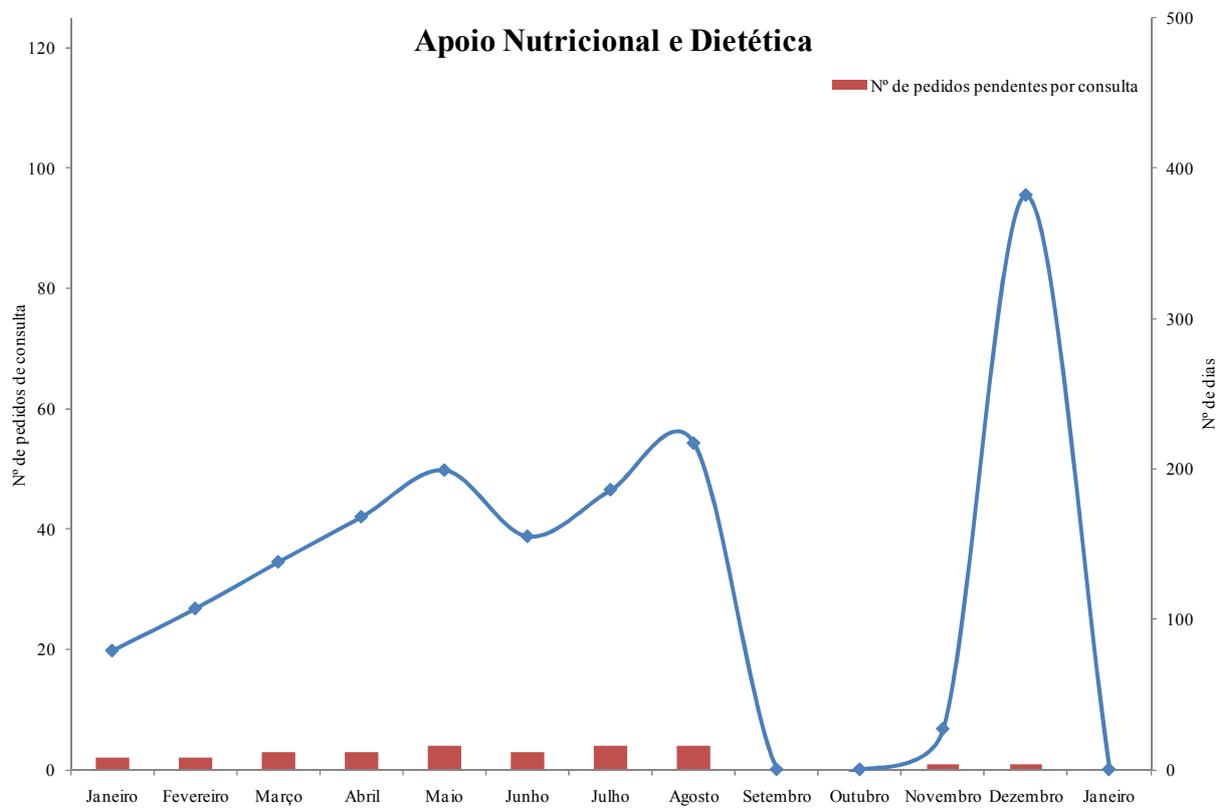
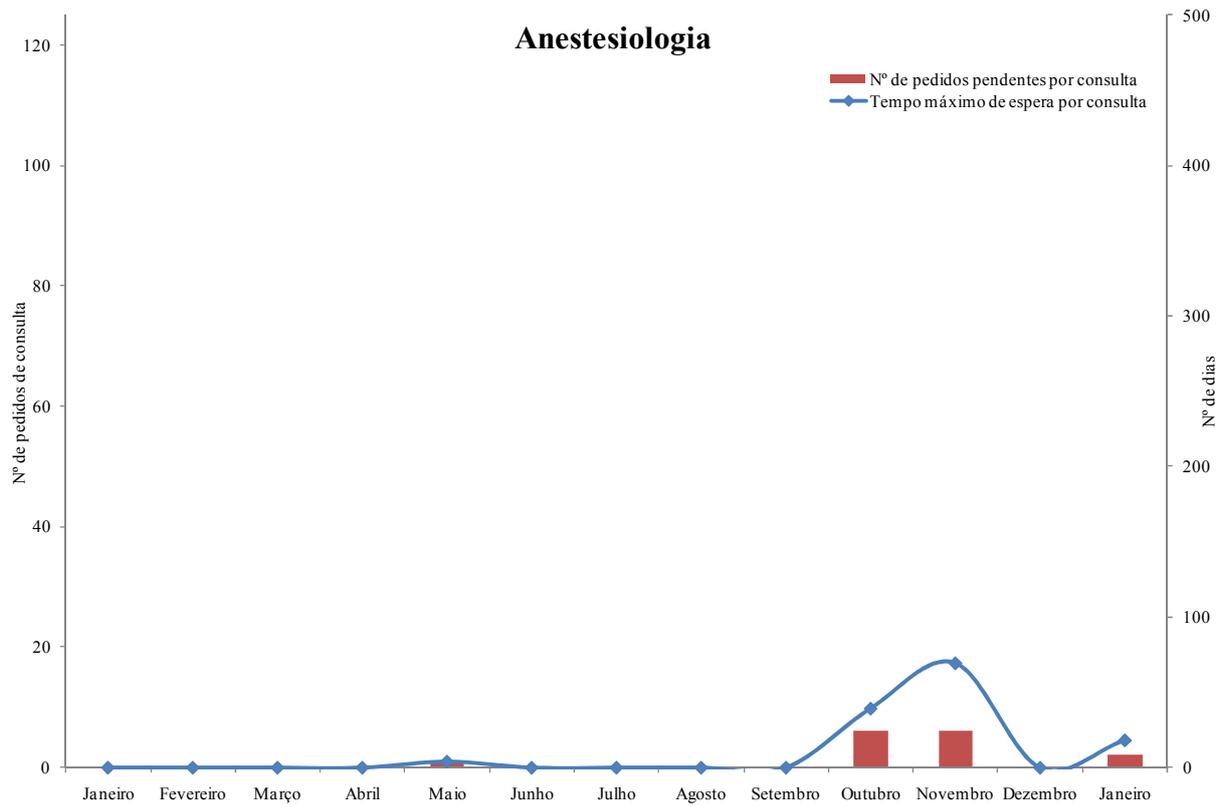


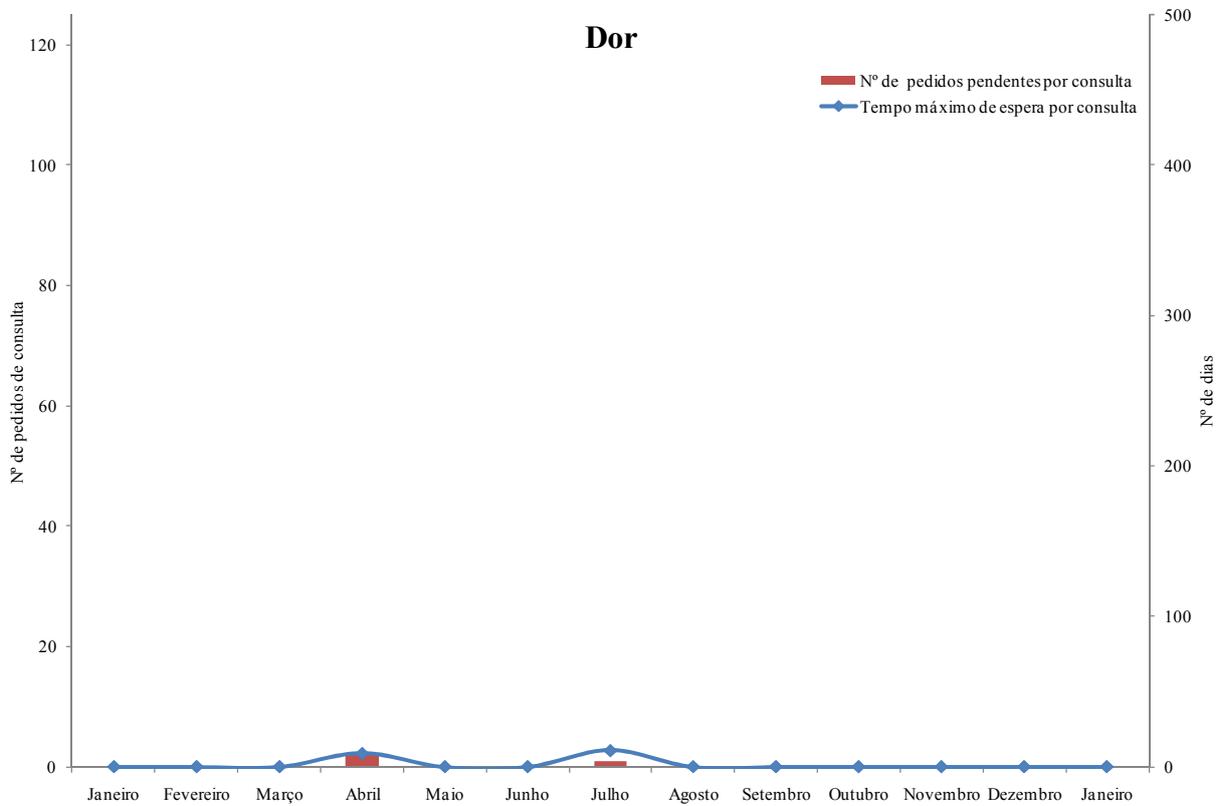
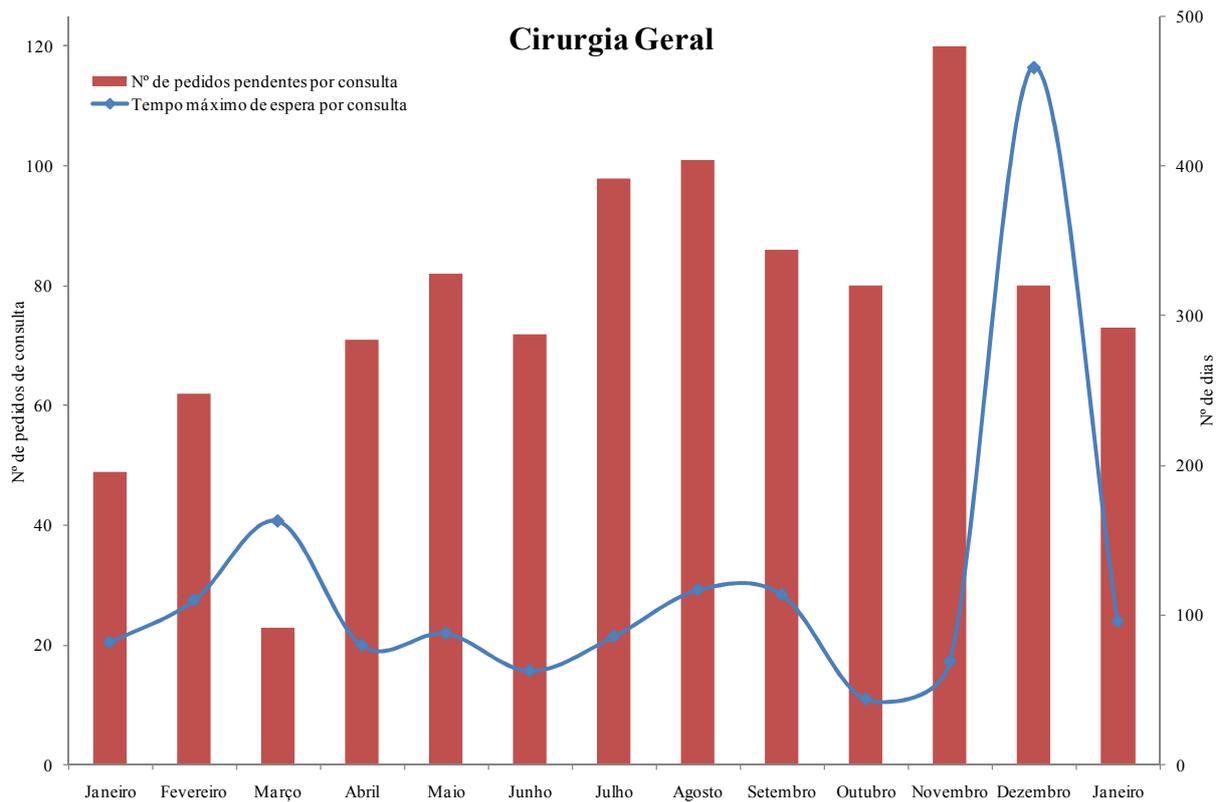
**Gráfico Representativo da Falha Marcação de consultas por meios exteriores ao processo, sendo Falha Resultado**

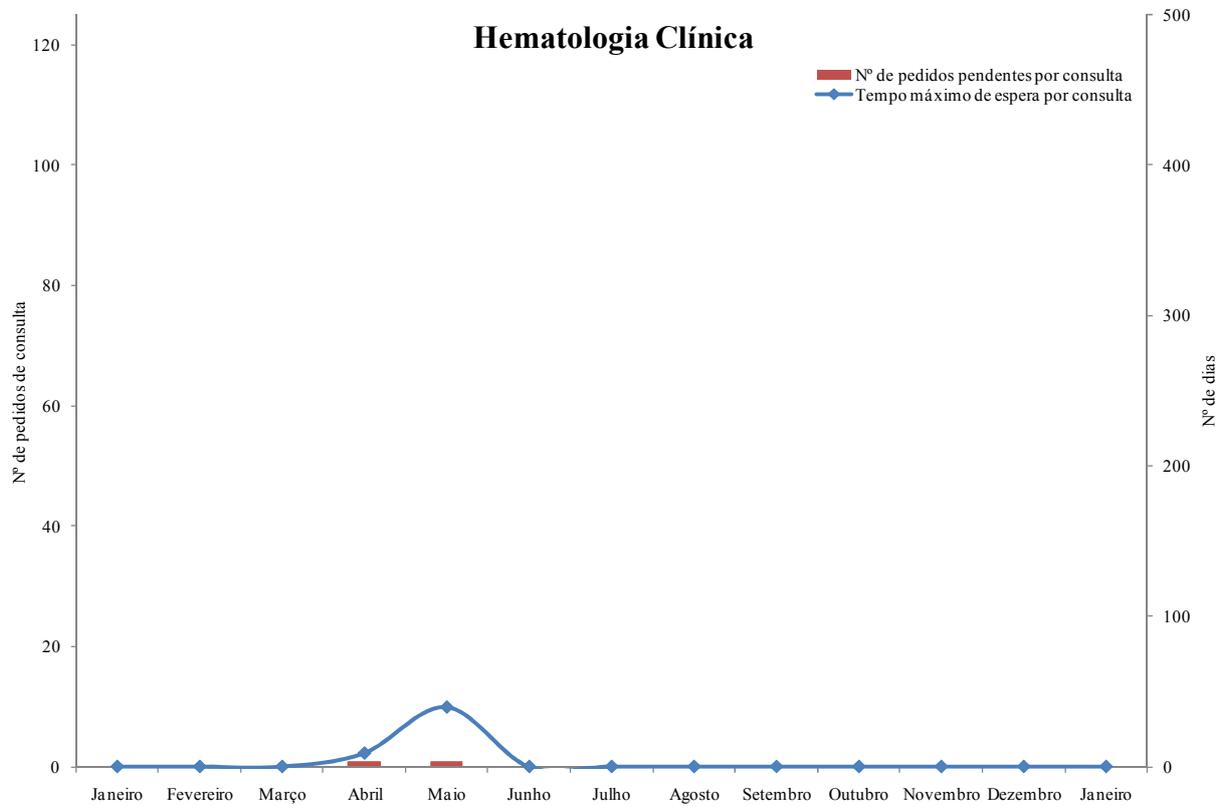
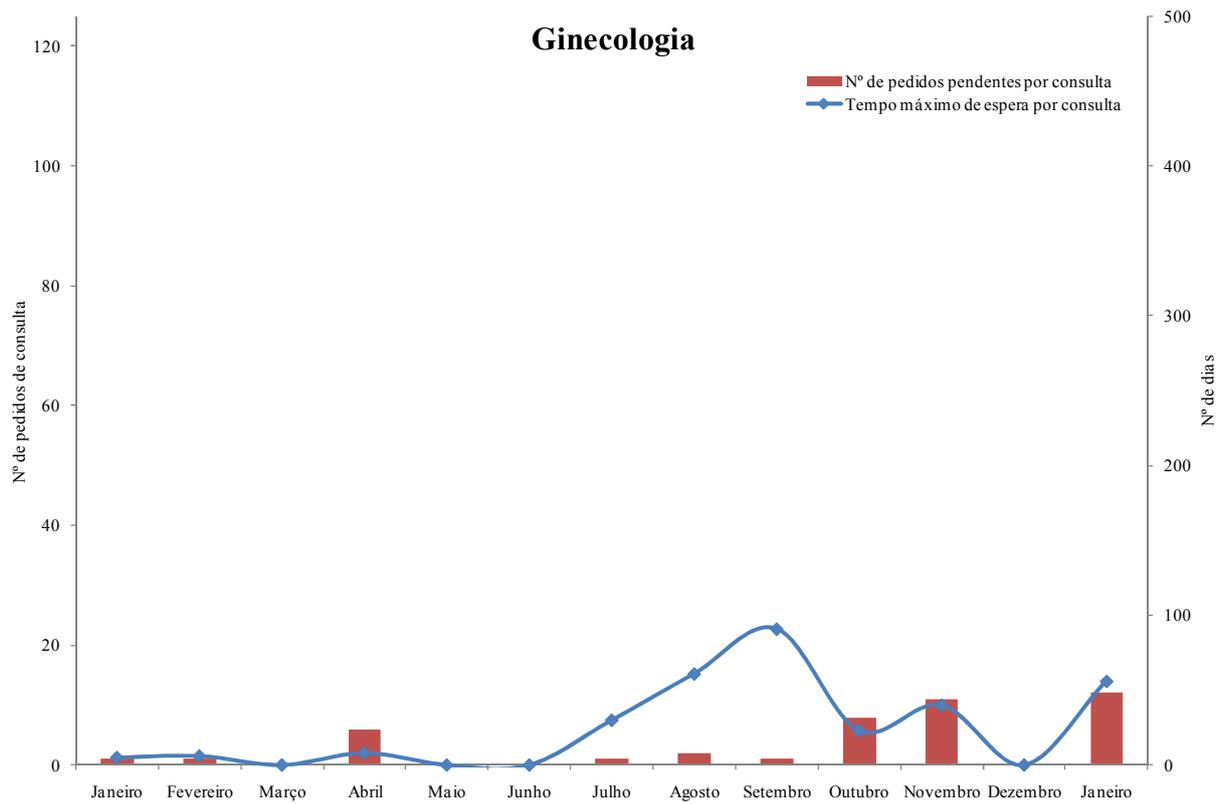


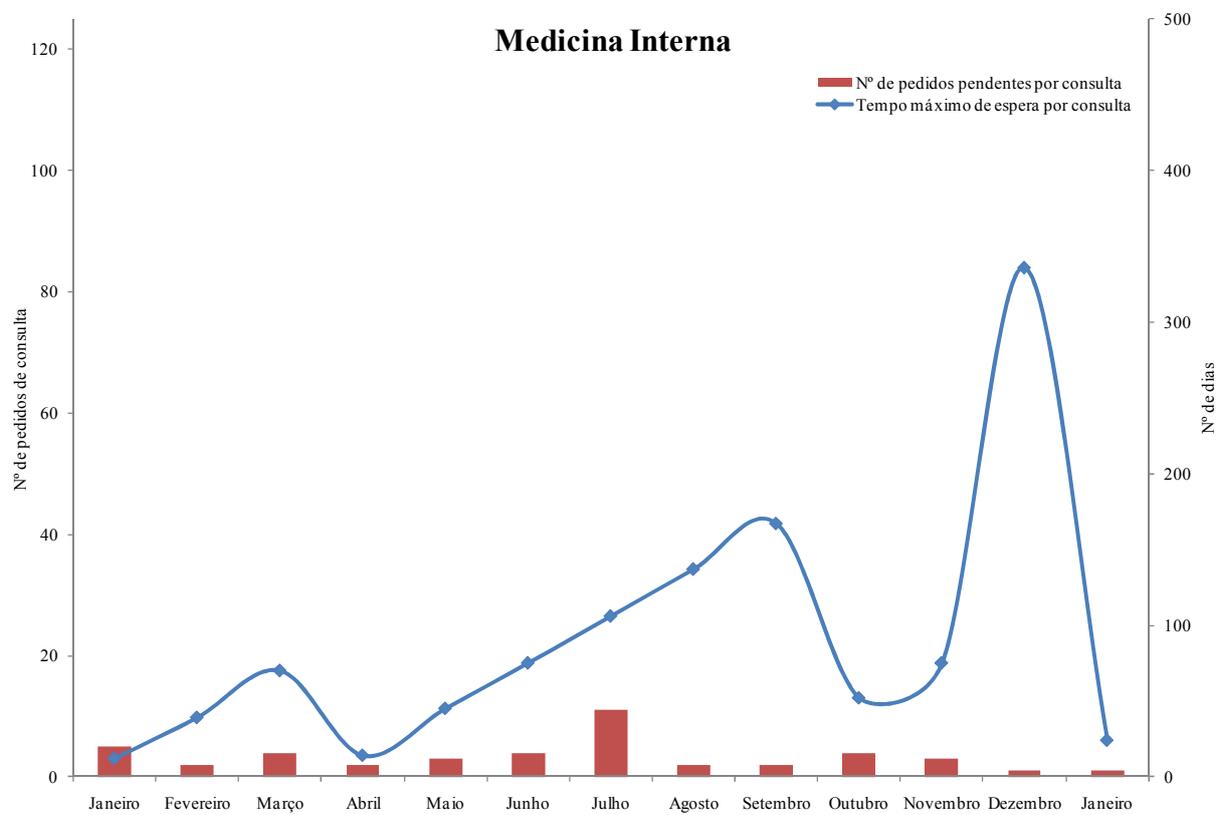
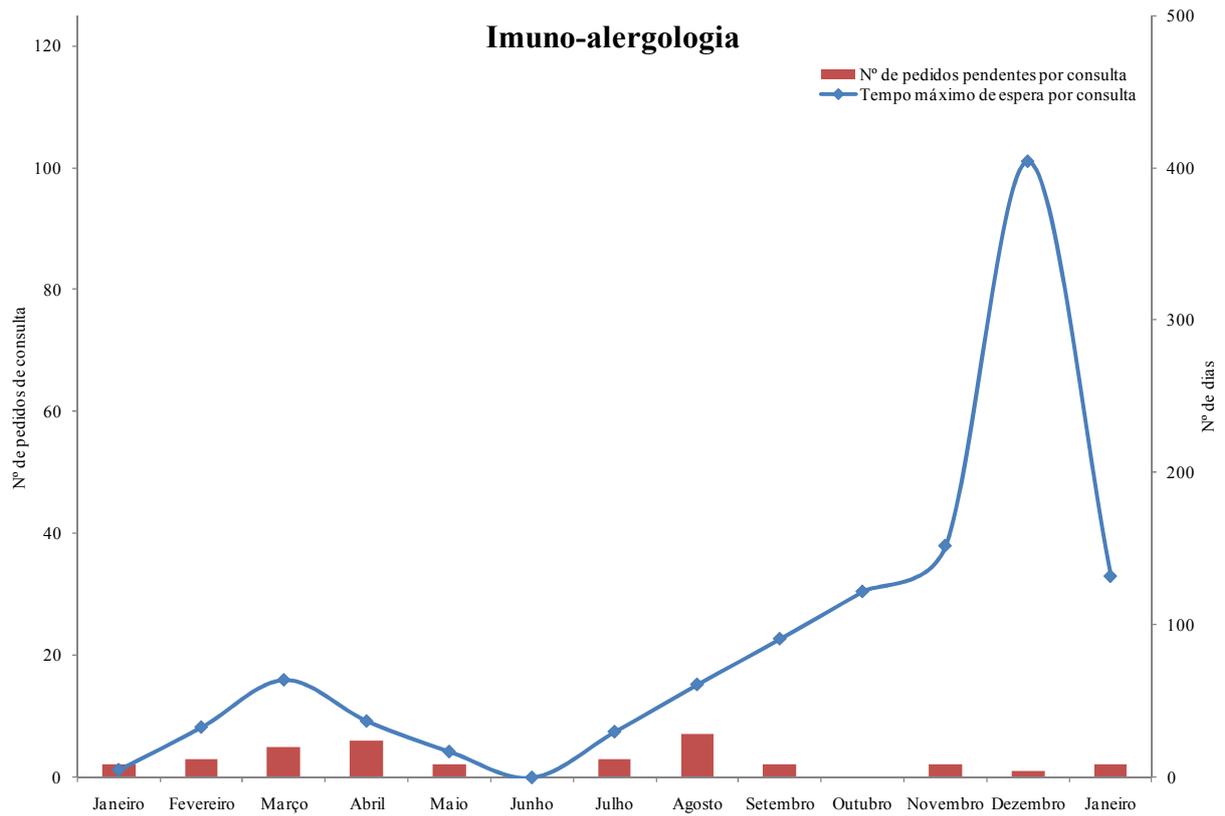
## Anexo 4 – Lista de espera/Nº de pedidos de consulta externa do HVS entre Janeiro de 2010 e Janeiro de 2011

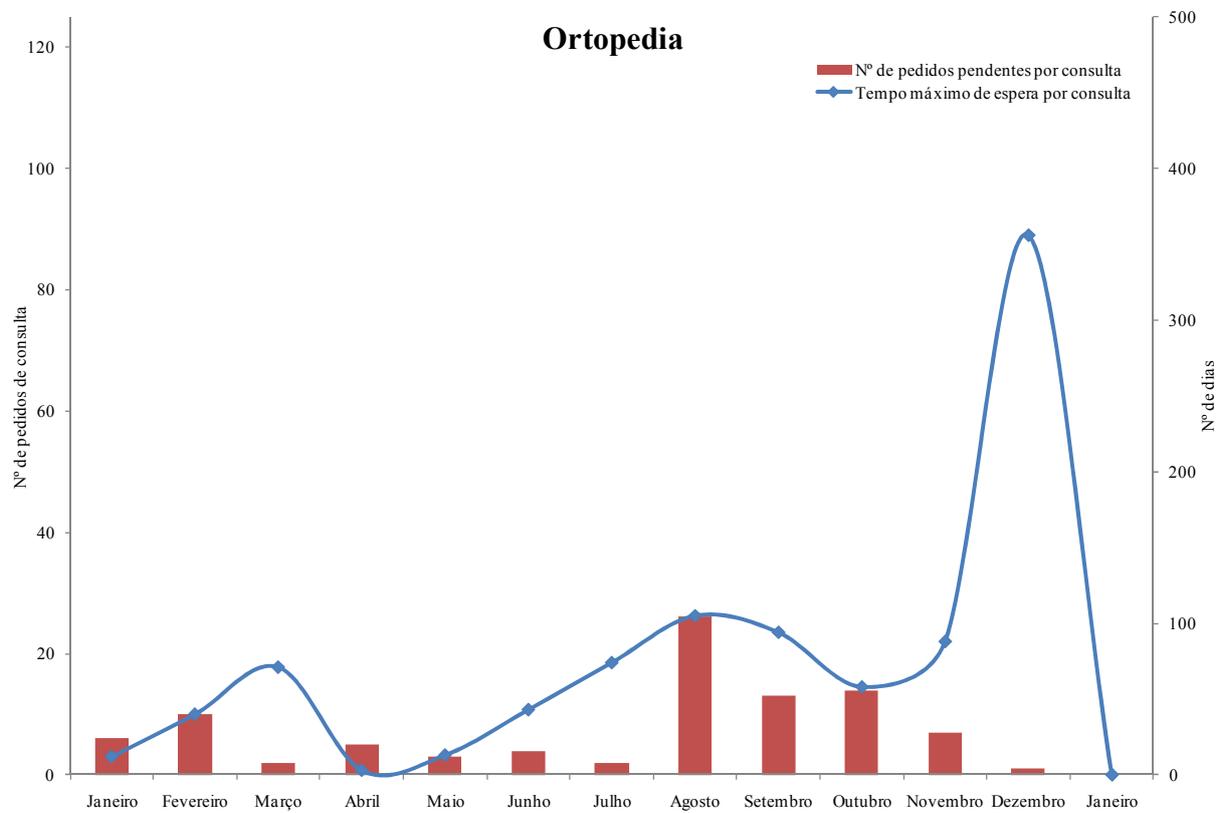
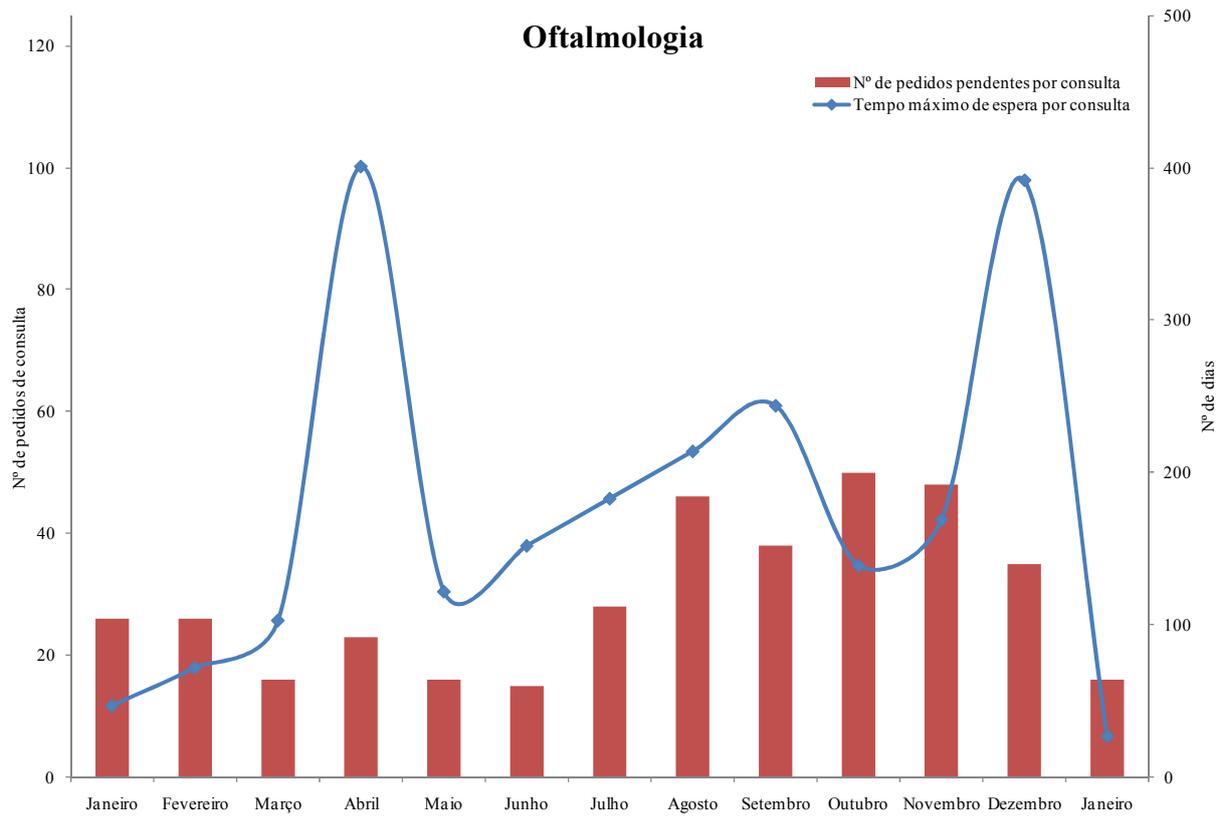


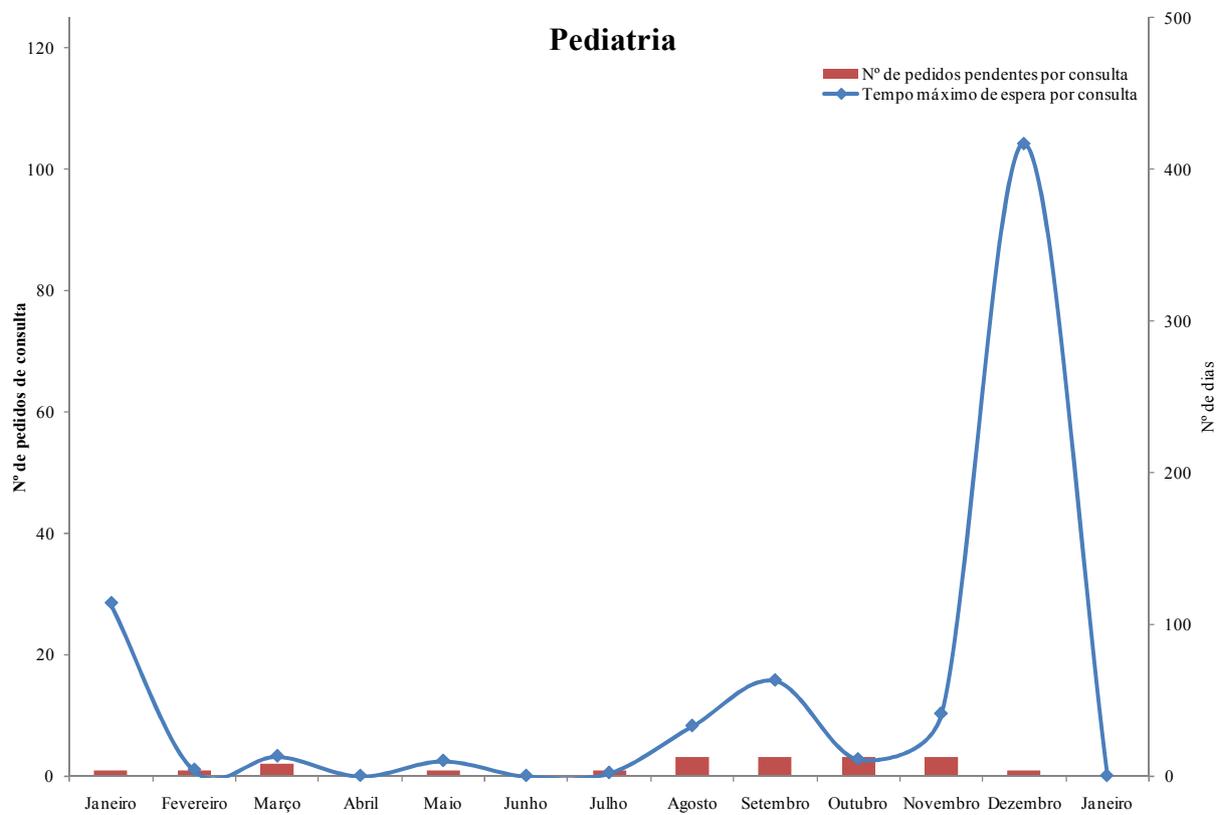
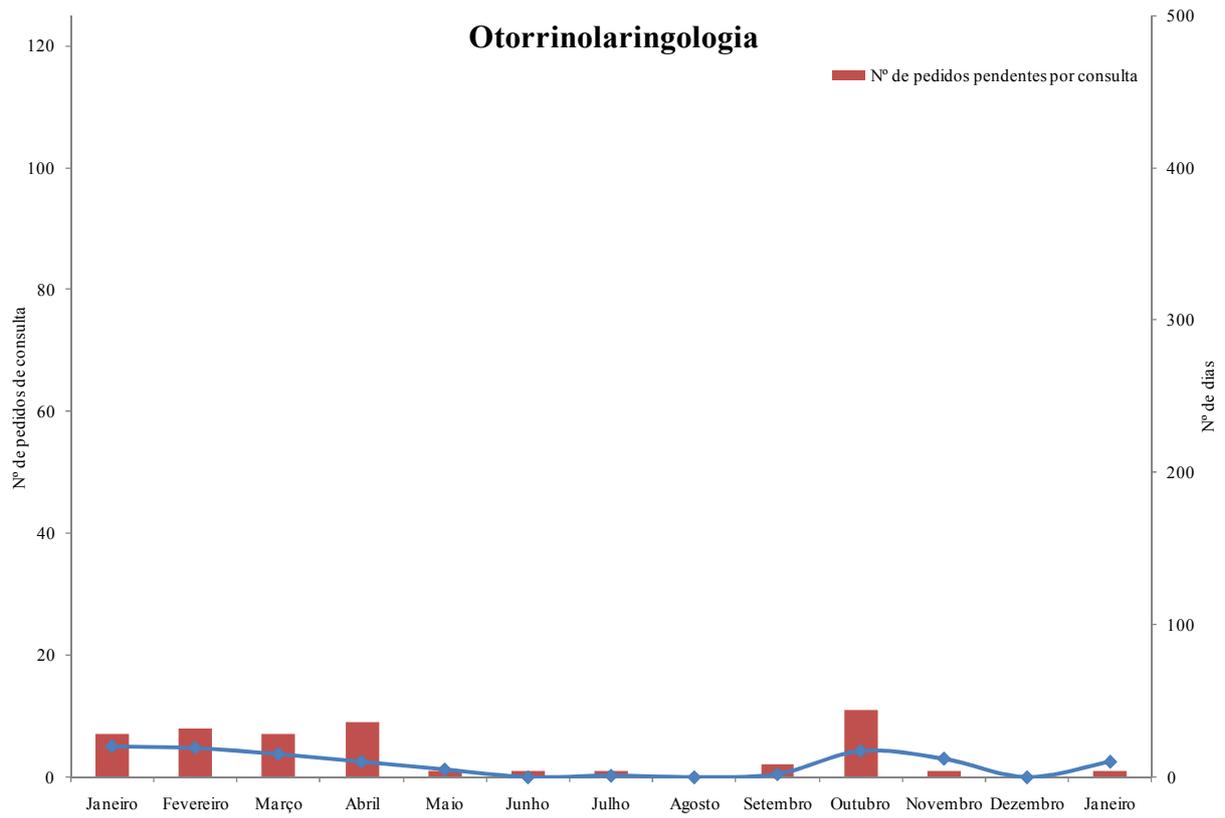




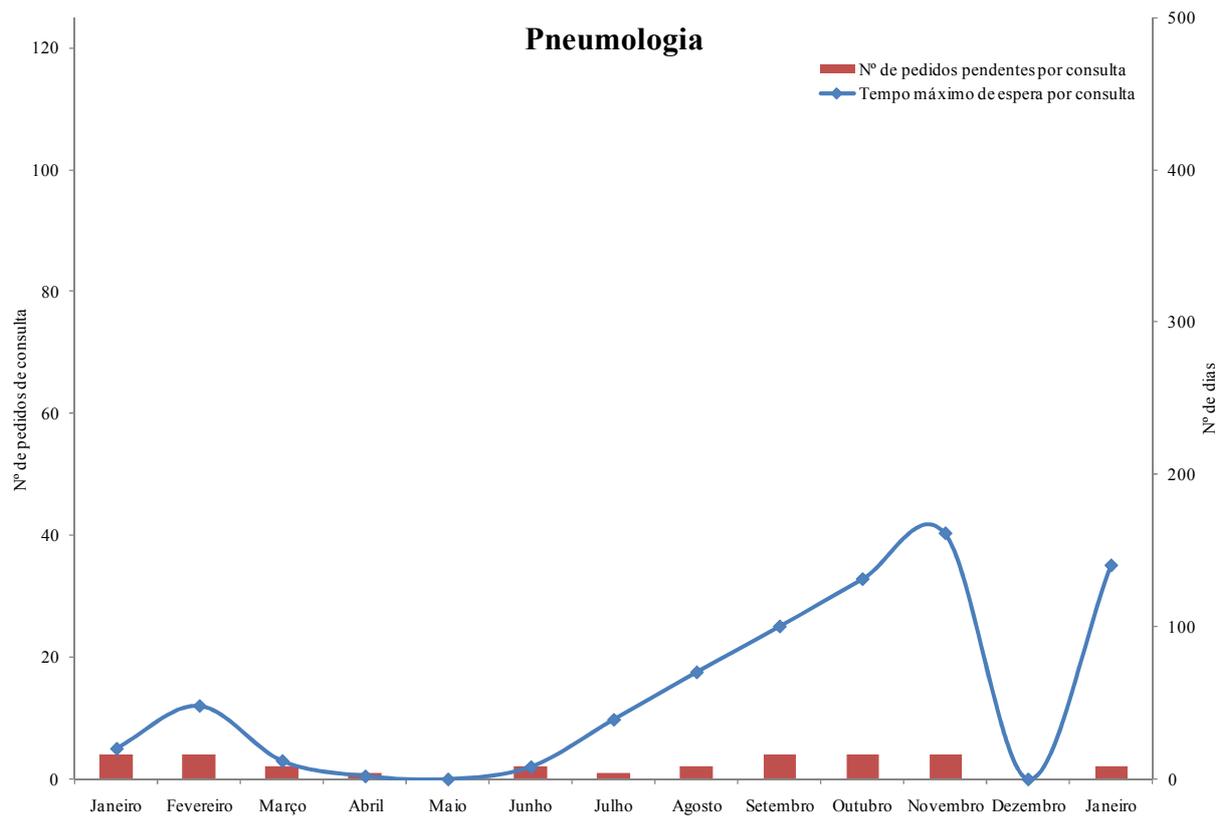








# Pneumologia



## **Anexo 5 - Linhas orientadoras de entrevista/reunião ao serviço de consulta externa de cirurgia geral**

### **1. Identificação do Projecto de Mestrado**

(Breve explicação do propósito e objectivos do Projecto, a realizar no Hospital Visconde de Salreu)

Apresentação pessoal e do Projecto:

- *Origem do Projecto:* Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde pelo INDEG/ISCTE
- *Denominação do Projecto:* “O processo de consulta externa percebido pelo utente e pelo Hospital”
- *Local de estudo:* Serviço de consulta externa de cirurgia geral do HVS
- *Objectivo:* analisar a trajectória do utente desde a sua entrada no HVS (quando provindo de referência para consulta externa) até à sua saída (tratamento/alta médica) a fim de identificar aspectos de melhoria e de eficiência para o Hospital
- *Recolha de dados:* Junto do Conselho de Administração e funcionários do HVS ligados directamente à trajectória do utente em estudo

Apresentação do fluxograma representativo do processo da trajectória do utente

Apresentação das 6 etapas do fluxograma:

- (1) – Encaminhamento dos utentes para o HVS
- (2) - Recepção do pedido de consulta
- (3) - Consultas Externas
- (4) Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica
- (5) Consulta Externa/Saída do Utente
- (6) Serviço de Enfermagem

Análise das diferentes etapas do fluxograma, solicitando esclarecimentos aprofundados para cada etapa, com questões colocadas de acordo com o desenrolar da explicação por parte do entrevistado. Aspectos principais a focar: questões de ordem organizacional, social, tecnológica e físicas que possam justificar a sequencia e interligação de etapas.

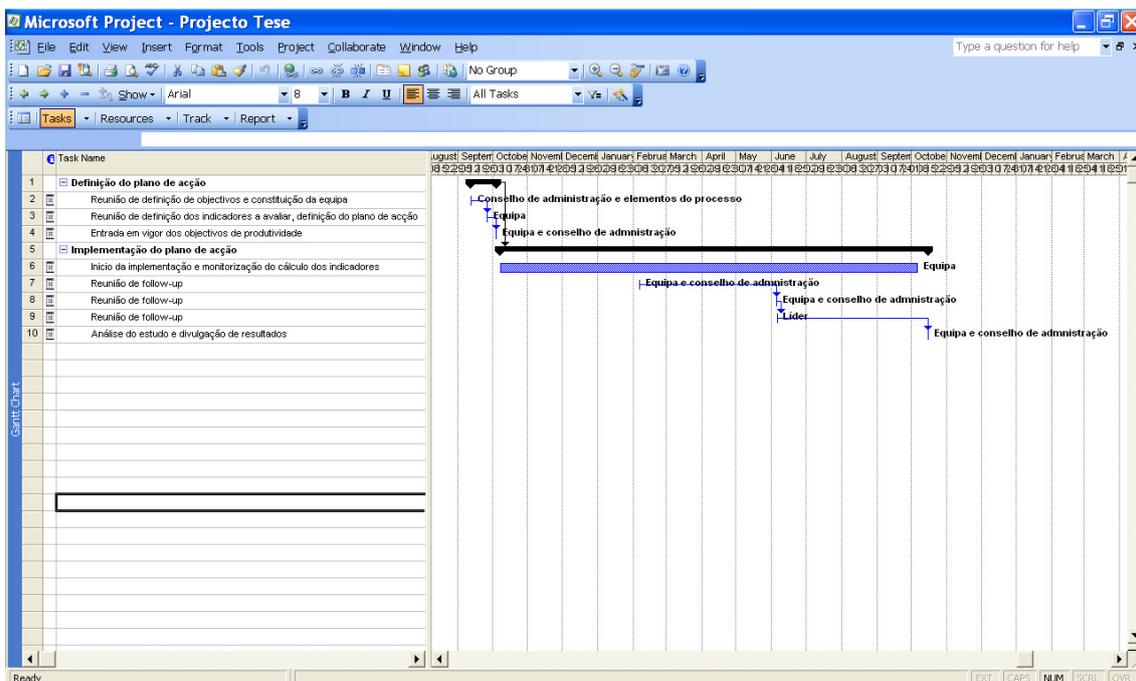
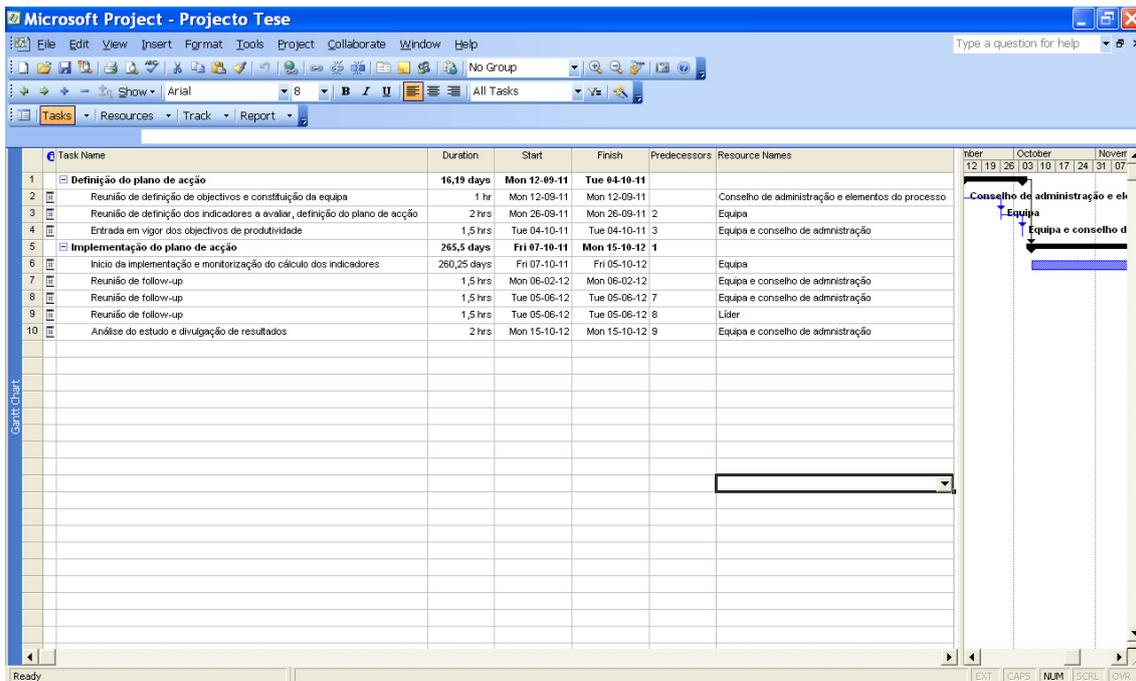
Solicitação de identificação de falhas para cada etapa, com destaque para as principais causas inerentes à mesma bem como os restantes itens integrantes da análise FMEA.

Análise global do processo com solicitação de indicações de aspectos genéricos que possam afectar o funcionamento do mesmo.

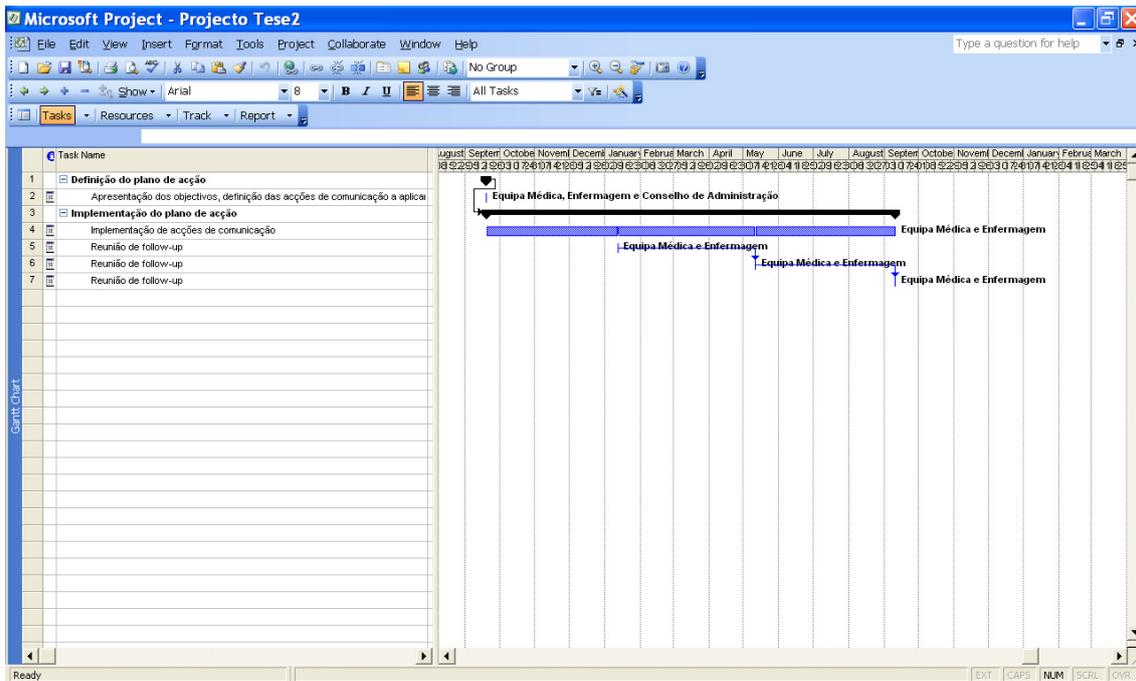
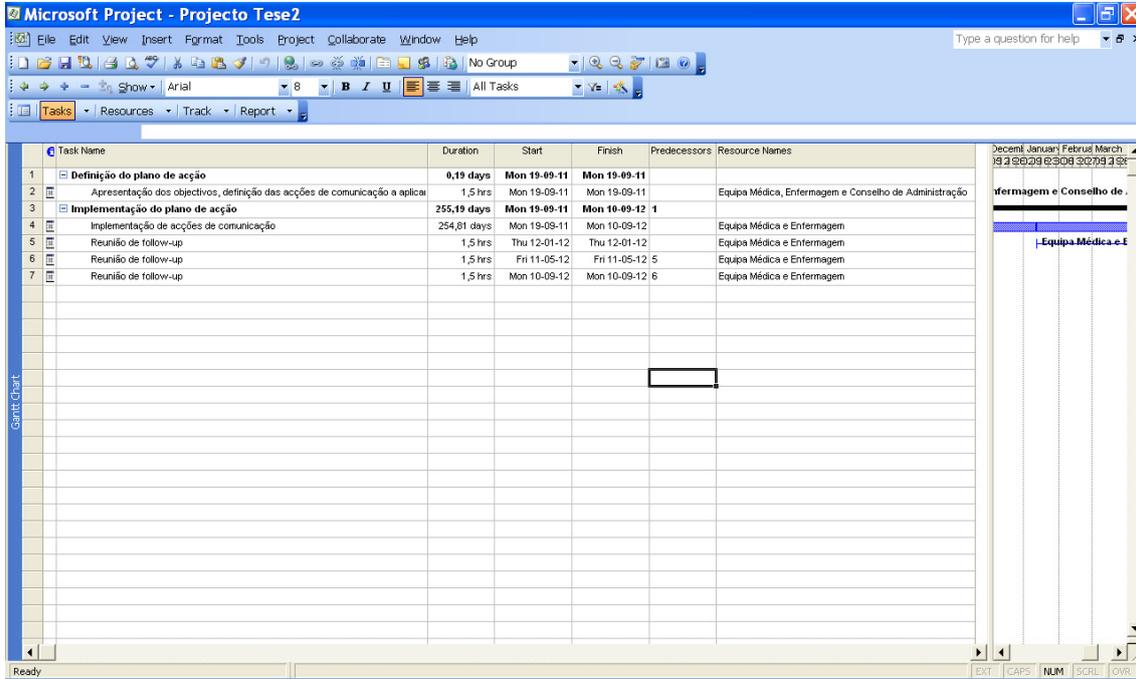
2. Final de entrevista, considerações finais.

# Anexo 6 – Projecto de Melhoria arquitectado no Microsoft Office Project

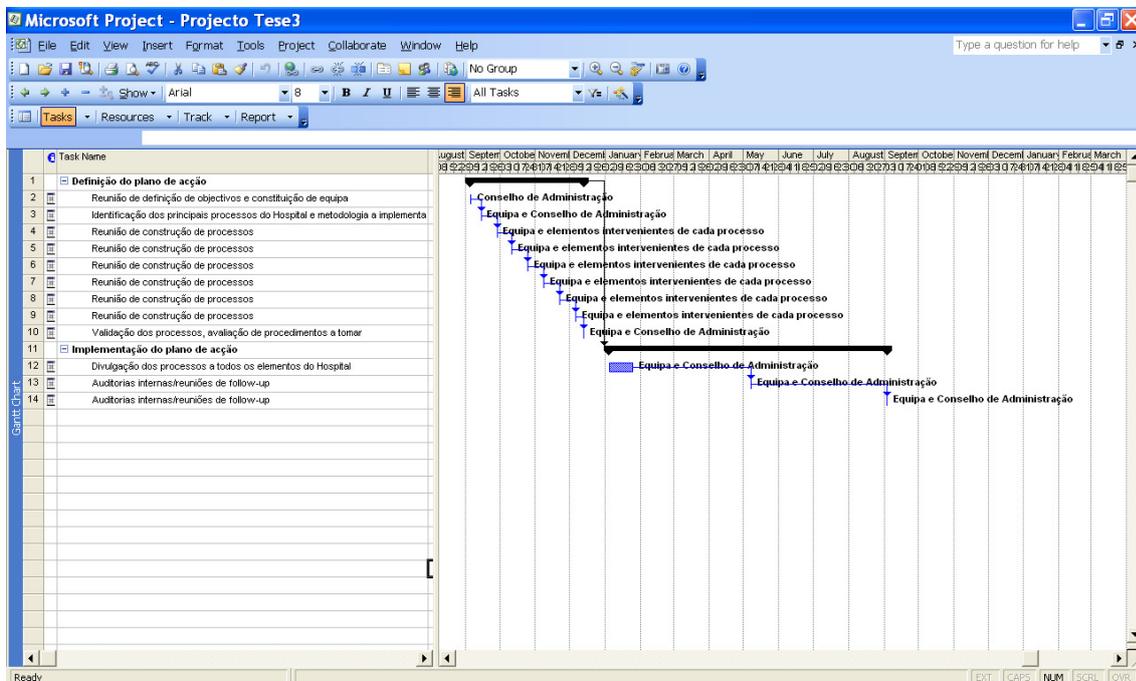
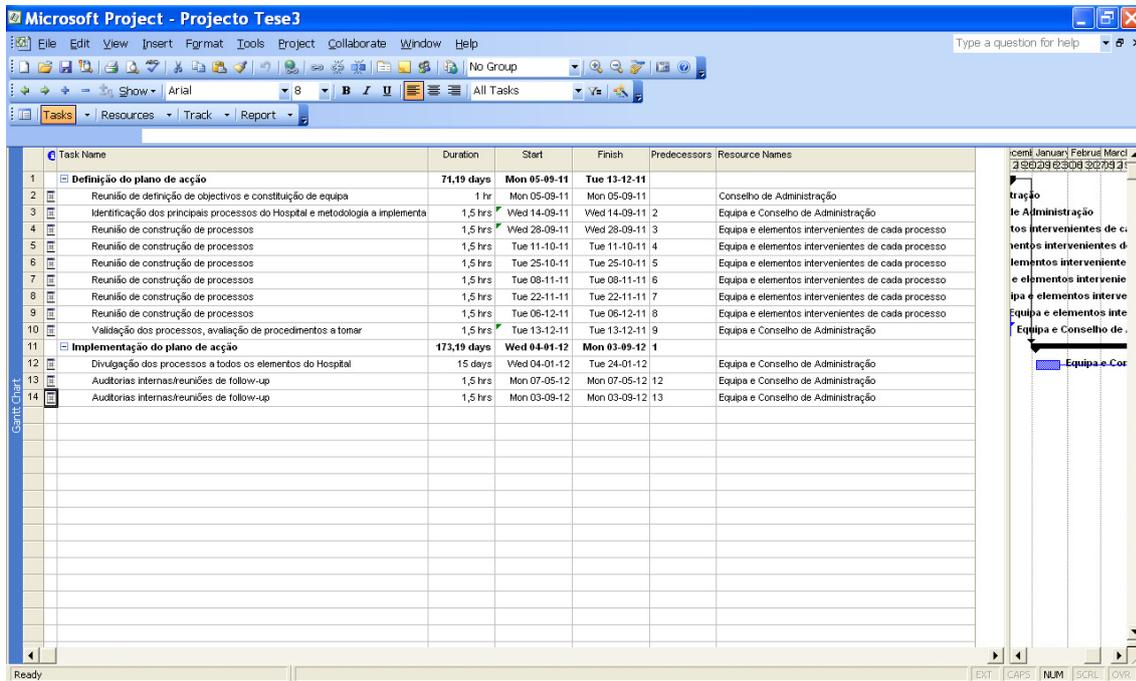
## Metodologia de agendamento de consulta



## Descoordenação de consultas externas e consultas de enfermagem



# Definição de processo



# Cultura de pontualidade

