



Brigite da Silva Marques de Brito

A estrutura documental da Qualidade: caracterização e importância na USF CelaSaúde

Mestrado em Gestão
Faculdade de Economia

Setembro de 2012



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Relatório de Estágio Curricular

2º Ciclo – Mestrado em Gestão

A estrutura documental da Qualidade: caracterização e importância na USF CelaSaúde

Orientador de Estágio na FEUC: Professora Doutora Patrícia Moura e Sá

Orientador na Entidade: Dr^a Maria Teresa Tomé

Data de início do Estágio: 13 de Fevereiro de 2012

Data de Conclusão do Estágio: 9 de Julho de 2012

Brigite da Silva Marques de Brito

Nº 2007008000

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra,

Setembro de 2012

Resumo

O presente relatório tem por base o estágio curricular realizado, entre Fevereiro e Julho de 2012, na Unidade de Saúde Familiar (USF) CelaSaúde, em Coimbra, na área da gestão da qualidade.

No âmbito do estágio realizado, o tema que se pretende estudar é a estrutura documental de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), discutindo qual a sua importância e quais os requisitos necessários à sua formalização, de acordo com o referencial normativo da ISO 9000.

A escolha deste tema deveu-se ao facto de, cada vez mais, as organizações de saúde – neste caso as USF - se responsabilizarem pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados.

O trabalho realizado na USF CelaSaúde incidiu na definição e caracterização da sua estrutura documental, com a elaboração do Manual da Qualidade, cujas etapas de elaboração são descritas no presente relatório.

Após a realização do estágio, conclui-se que os Sistemas de Gestão da Qualidade desempenham um papel fundamental em qualquer tipo de organização, transmitindo confiança a todas as partes interessadas e clarificando todas as responsabilidades.

Palavras-chave: Sistema de Gestão da Qualidade, Gestão por Processos, Qualidade em Saúde, Unidade de Saúde Familiar

Abstract

This report is based on an internship held between February and July 2012, in the Family Health Unit CelaSaúde, in the area of Quality Management.

Given its framework, the documental structure of a Quality Management System was chosen as the theme, discussing the importance and the requisites necessary to its formalization, under the reference standard of ISO 9000.

The choice of this theme was due to the fact that health organizations are increasingly taking more responsibility for the continuous improvement of services quality and for the protection of high standards of care quality. The work at USF CelaSaúde focused on the definition and characterization of the documental structure with the development of the Quality Manual, which phases of development are described in this report.

After the internship, it can be perceived that the Quality Management Systems play a key role in any organization transmitting confidence to all the stakeholders and clarifying all responsibilities.

Key-words: Quality Management System, Process Management, Health Quality, Family Health Unit

Índice

Introdução	10
1. A Qualidade e a Gestão da Qualidade.....	11
1.1. Dimensões da Qualidade	11
1.2. Princípios de Gestão da Qualidade	13
1.3. Qualidade em Saúde	14
1.3.1. Introdução.....	14
1.3.2. Modelos para a Qualidade na Saúde	15
1.3.3. O fenómeno de Acreditação na Saúde em Portugal	16
2. Fundamentos de um Sistema de Gestão da Qualidade	18
2.1. Introdução	18
2.2. A família de normas ISO 9000:2008	18
2.3. Formalização de um SGQ.....	20
2.3.1. Documentos do Sistema	20
2.3.2. Controlo de documentos	21
2.3.3. Responsabilidade da Gestão	22
2.3.4. Auditorias Internas	24
3. Gestão por processos	25
3.1. Introdução	25
3.2. Classificação e aplicação da abordagem por processos	26
3.3. Documentação dos processos	27
3.4. Revisão dos processos	27
4. Gestão da Qualidade na USF CelaSaúde	29
4.1. Apresentação da organização	29
4.2. Principais atividades desenvolvidas	32
4.3. Importância de um SGQ para uma instituição de saúde	35
4.4. A estrutura documental: elaboração do Manual da Qualidade	36

4.5. Perspetivas futuras.....	42
Conclusão	43
Referências bibliográficas	45
Legislação	45
Referências Web.....	45
Anexos.....	46

Índice de Anexos

Anexo 1 - Rede de processos da USF CelaSaúde	47
Anexo 2 - Processo Operacional - Saúde Infantil e Juvenil.....	49
Anexo 3 - Processo de Suporte - Identificação de Estranhos à USF.....	52
Anexo 4 - Processo de Gestão - Tratamento de Reclamações e Sugestões.....	54

Índice de Figuras

Figura 1 - As Dimensões da Qualidade: a Perceção da Qualidade varia do consumidor ao produtor	12
Figura 2 - Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processos	20
Figura 3- Hierarquia típica da estrutura documental de um Sistema de Gestão da Qualidade..	21
Figura 4 - Hierarquia de processos	25
Figura 5 - Exemplo de Revisão de Processos.....	28

Lista de abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DQS – Departamento de Qualidade na Saúde

HQS - *Health Quality Service*

ISO – *International Organization for Standardization*

JCI - *Joint Comission International*

KF - *King's Fund*

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente relatório tem uma dupla finalidade: descrever as principais atividades realizadas no âmbito do estágio curricular realizado, entre Fevereiro e Julho de 2012, na USF CelaSaúde, em Coimbra e caracterizar a estrutura documental de um Sistema de Gestão da Qualidade.

A USF CelaSaúde tem como propósito a prestação de cuidados de saúde primários, tendo por base uma autonomia de gestão técnica e profissional e caracterizando-se pelo trabalho em equipa e pela responsabilização coletiva pelos resultados.

Sendo que a gestão da qualidade é, atualmente, considerada como um dos pilares da gestão global de uma organização, foi essa a área de atuação no estágio, sempre com a ajuda da coordenação da USF. O desafio foi o de participar em diversos projetos relacionados com a qualidade do serviço, salientando-se, a definição da estrutura documental da USF com a elaboração do Manual da Qualidade e a junção dos requisitos necessários à passagem para um modelo organizacional de USF mais exigente, o modelo B.

O presente relatório de estágio incide pois sobre uma temática específica, a estrutura documental na USF CelaSaúde, apresentando, numa primeira parte, o enquadramento teórico necessário centrado nas questões relacionadas com a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade, nomeadamente, discutindo qual a sua importância e quais os requisitos necessários à sua formalização, de acordo com o referencial normativo da ISO 9000.

Numa segunda parte, o relatório descreve o estágio em si apresentando, inicialmente, uma pequena descrição da organização e explicitando as diversas atividades desenvolvidas. Seguidamente, é feita uma caracterização da estrutura documental da USF, destacando-se a sua importância na USF e sendo desenvolvidas as etapas da construção do Manual da Qualidade. Adicionalmente, apresentam-se as perspetivas de evolução futura no que respeita às atividades desenvolvidas.

Por último, são apresentadas as conclusões do relatório, procurando fazer-se uma análise crítica ao trabalho elaborado.

1. A Qualidade e a Gestão da Qualidade

1.1. Dimensões da Qualidade

Compreender o conceito de qualidade é algo, indiscutivelmente, subjetivo. No entanto, para que a qualidade possa ser gerida, é necessário que seja objetivada e quantificada, no sentido de a tornar mensurável ou comparável.

Deste modo, e para que haja uma gestão da qualidade, é necessário que a organização tenha um entendimento claro e partilhado do que é a Qualidade. Podem ser considerados três grandes etapas quando se fala de qualidade: a qualidade da conceção, do fabrico/prestação de serviço e do uso (Pires, 2004). No que respeita à conceção, a qualidade deve ser medida no sentido em que o desenho do produto/serviço incorpore as necessidades e expectativas do consumidor; quanto à qualidade no fabrico/prestação de serviço, ela corresponde à ideia de conformidade com as especificações; relativamente à utilização, o produto deve desempenhar as tarefas ou prestar os serviços que o consumidor espera.

No âmbito dos serviços, é comum distinguir entre qualidade técnica e qualidade relacional. Existe a perceção de que, relativamente às atividades de serviços, os Sistemas de Gestão da Qualidade só tratam dos aspetos procedimentais dos serviços e deixam de parte outros importantes como os aspetos profissionais ou comportamentais (Capelas e Paiva, 2004). Ao contrário dos produtos, que possuem características tangíveis, os serviços possuem características intangíveis, muito mais difíceis de avaliar.

Podemos dizer que, de um modo geral, a qualidade engloba um conjunto de características que podem ser divididas em duas grandes categorias: as características funcionais e as características técnicas. As características funcionais são aquelas que são diretamente úteis ao consumidor e que permitem ao produto dar respostas ao quadro de necessidades do utilizador (Pires, 2004). Como exemplo podemos mencionar a comodidade, a fiabilidade, a manutibilidade, etc. As características técnicas são aquelas que resultam da solução técnica encontrada, como por exemplo, o material, o peso, altura, etc.

No que respeita à área da saúde, por exemplo, é frequente usarem-se os sistemas da qualidade voltados para o processamento administrativo do doente e não ligados ao tratamento médico.

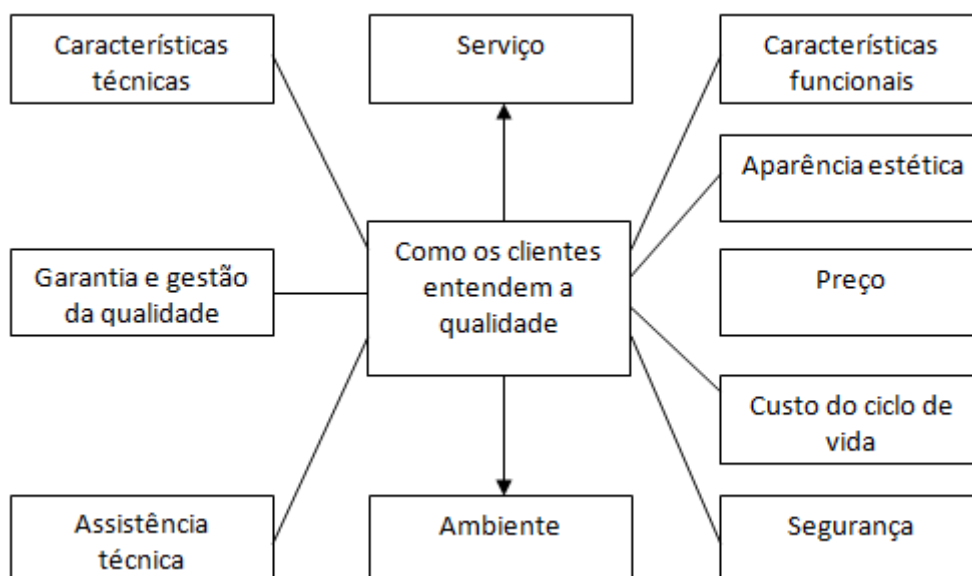
Sendo assim, é importante a identificação e satisfação das necessidades dos clientes, observando-se atentamente os seus comportamentos e analisando o ambiente envolvente.

De uma perspetiva histórica e mencionando alguns autores clássicos, a qualidade pode ser entendida tendo em conta a ênfase que se coloca em determinados aspetos considerados importantes: aptidão ao uso (Juran, 1974, referido em Pires, 2004); conformidade com as especificações (Crosby, 1979, referido em Pires, 2004); perda para a sociedade, causada pelo produto, após a sua expedição (Taguchi e Wu, 1979, referidos em Pires, 2004); controlo total da qualidade (Feigenbaum, 1961, referido em Pires, 2004).

Neste sentido, podemos dizer que a qualidade apresenta diversas dimensões, sendo percecionada pelo consumidor e pelo produtor de diversas formas. (Figura 1).

A lógica da gestão da qualidade é, atualmente, parte integrante da gestão global da empresa, devendo ser assumida pela gestão de topo e sendo, ao mesmo tempo, transversal a toda a organização, de modo a que haja um envolvimento de todos. Sendo assim, a tendência tem sido a de adotar uma nova abordagem por processos, em que a lógica da gestão da qualidade tem de passar a ser vista como uma lógica integradora do desempenho dos processos desenvolvidos pelas diferentes áreas da empresa (Capelas e Paiva, 2004).

Figura 1 - As Dimensões da Qualidade: a Perceção da Qualidade varia do consumidor ao produtor



Fonte: (Pires, 2004)

1.2. Princípios de Gestão da Qualidade

Para que a Gestão da Qualidade possa levar a uma organização focada no seu alto desempenho, é necessário que tenha por base um conjunto de princípios que têm como objetivo a melhoria contínua da performance pela focalização no cliente, tendo em conta as necessidades de todas as partes interessadas. Estes princípios são denominados por Princípios de Gestão da Qualidade, devendo ser adotados pela gestão de topo e encontram-se, de acordo com a Norma ISO 9000, estruturados da seguinte forma:

1 – Enfoque no cliente (*Customer-focused Organization*)

“As organizações dependem dos seus clientes, portanto, devem entender as suas necessidades correntes e futuras, ir ao encontro dos seus requisitos e lutar constantemente para exceder as suas expectativas”

2 – Liderança (*Leadership*)

“Os líderes criam a visão e missão da organização e, portanto, o seu caminho. Devem criar e manter um ambiente interno que proporcione envolvimento total no atingir os objetivos da organização”.

3 – Envolvimento dos colaboradores (*Involvement of people*)

“As pessoas, de todos os níveis, são a essência da organização, o seu completo envolvimento faz com que coloquem todas as suas capacidades ao serviço da organização”.

4 – Abordagem por processos (*Process Approach*)

“Um resultado desejado é atingido de forma mais eficiente se os recursos e as atividades relacionadas forem geridas como um processo”

5 – Abordagem sistemática da gestão (*System Approach to Management*)

“Identificar, entender e gerir um sistema de processos inter-relacionados para a concretização de um dado objetivo, melhora a eficácia e eficiência da organização”.

6 – Melhoria contínua (*Continual Improvement*)

“A melhoria contínua deverá ser um objetivo permanente da organização”

7 – Abordagem Factual para Tomada de Decisões (*Factual Approach to Decision Making*)

“As decisões são tomadas com base em dados e informação”

8 – Relações de Mútuo Benefício com Fornecedores (*Mutually Beneficial Supplier Relationships*)

“As organizações e os fornecedores são interdependentes, e as relações de benefício mútuo aumentam a capacidade de ambos em criar valor”.

1.3. Qualidade em Saúde

1.3.1. Introdução

A qualidade nos serviços de saúde tem sido percebida e definida de diferentes formas. Quando falamos de qualidade em saúde temos de ter em atenção dois domínios: o técnico e o interpessoal (Donabedian, 1980). A qualidade técnica na saúde diz respeito à aplicação da ciência da medicina no sentido de responder da melhor forma aos problemas de saúde do doente. A qualidade relacional diz respeito à interação entre o utente e o profissional de saúde, o que é substancialmente mais difícil de caracterizar, relacionando-se com as expectativas por parte do utente.

Adicionalmente, existem alguns atributos que o utente atribui aos serviços de saúde, associados à componente relacional, como o conforto, a prontidão, a privacidade, a cortesia e a aceitabilidade.

Tendo em conta todos estes aspetos, e de acordo com o mesmo autor, o conceito de qualidade traduz-se num serviço de saúde capaz de maximizar o bem-estar do paciente, após ter sido tido em conta o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas.

Com o objetivo de melhorar a qualidade, segurança e eficiência dos cuidados de saúde são apresentados, se seguida, alguns modelos para a Qualidade em Saúde.

1.3.2. Modelos para a Qualidade na Saúde

Modelo da *Joint Commission International (JCI)*

A *Joint Commission International* faz parte da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, organismo dos Estados Unidos da América responsável pela acreditação das unidades de saúde (JCI, 2012).

A JCI trabalha com organizações de cuidados de saúde, governos e defensores internacionais na promoção de padrões rigorosos de cuidados e oferta de soluções para atingir o máximo desempenho (JCI, 2012).

Acreditação pelo *Health Quality Service (King's Fund)*

O *Health Quality Service* foi criado em 1988, no âmbito do *King's Fund*, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, principalmente os hospitalares. O objetivo foi o de alcançar um desenvolvimento organizacional contínuo para serviços de saúde (HQS, 2012).

Este modelo define um conjunto de padrões para avaliação da organização, divididos em três categorias: os obrigatórios para a acreditação, as recomendações e os padrões de excelência, sendo que a avaliação é realizada através de uma auditoria externa sobre os processos desenvolvidos na organização (HQS, 2012).

Normas ISO Aplicáveis a Organizações de Saúde

As normas da família ISO 9000 foram desenvolvidas para apoiar as organizações, de qualquer tipo e dimensão, na implementação e operação de sistemas de gestão da qualidade eficazes (NP EN ISO 9000). Deste modo, estas normas poderão ser aplicadas a instituições de saúde, com base nos Princípios de Gestão da Qualidade.

1.3.3. O fenómeno de Acreditação na Saúde em Portugal

A acreditação em saúde tem como objetivo o reconhecimento público da qualidade atingida nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, através da avaliação objetiva da competência por pares (Programa Nacional de Acreditação em Saúde, 2009).

Em Portugal, a acreditação das instituições de saúde teve o seu início em 1999, aquando da criação do Instituto da Qualidade em Saúde, posteriormente extinto em 2006.

O programa então adotado baseou-se na metodologia *King's Fund* (KF), tendo surgido de um acordo celebrado entre o Ministério da Saúde Português e o *Health Quality Service* (HQS), dando origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais.

Em 2004, fruto da orientação estratégica da melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. adotou o modelo *Joint Commission International* (JCI) para a acreditação dos hospitais.

Até 2009, vinte e sete hospitais tinham iniciado o processo de acreditação pelo KF/HQS, dos quais treze obtiveram acreditação e dos quinze em processo de acreditação pelo JCI, dois obtiveram acreditação (Plano Nacional de Acreditação em Saúde, 2009).

Com o Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de Dezembro, as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português foram atribuídas à Direção Geral da Saúde, cabendo-lhe desenvolver a cultura de melhoria contínua da qualidade.

Neste sentido, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) e aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, com o objetivo de adotar e adaptar um modelo nacional de acreditação em saúde.

O Departamento da Qualidade em Saúde tem como missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Guiando-se por um conjunto de valores baseados na evidência científica, na objetividade e no compromisso, na responsabilidade, confidencialidade e na transparência, compete-lhe a criação do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português (DQS, 2012).

Para ajudar na escolha do modelo, foram definidos alguns critérios:

1. Alinhamento com as grandes linhas da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.
2. Transversalidade e facilidade de adaptação aos vários tipos de unidades que constituem o Sistema de Saúde Português, avaliação por profissionais da saúde nacionais e possibilidade de alargamento a outras áreas de acreditação em saúde.
3. Sustentabilidade económica, de forma a permitir a adoção generalizada do modelo de acreditação escolhido (Plano Nacional de Acreditação em Saúde, 2009).

Por ir de encontro a estes critérios, foi aprovado o modelo ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*), em 2009, pela então Ministra da Saúde, tendo sido celebrado um protocolo de colaboração com a Direção Geral de Saúde. Este modelo, para além de se adaptar aos critérios enunciados, foi concebido para um sistema público de saúde com algumas semelhanças com o português, apesar de sofrer adaptações à realidade portuguesa.

Este modelo, adaptado para Portugal, destina-se a instituições de saúde, na sua totalidade ou por serviços, entre as quais, cuidados primários, hospitalares e continuados, assentando em três pilares básicos: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão por competências (Plano Nacional de Acreditação em Saúde, 2009).

2. Fundamentos de um Sistema de Gestão da Qualidade

2.1. Introdução

O sistema da qualidade é o conjunto das medidas organizacionais capazes de transmitirem a máxima confiança de que determinado nível de qualidade aceitável está sendo alcançado ao mínimo custo (Pires, 2004). Trata-se de um “sistema” pois orienta o pensamento e, conseqüentemente, a ação, com o intuito de atingir um determinado objetivo. Os problemas são cuidadosamente analisados, ajudando a clarificar responsabilidades e tarefas, conduzindo-se, assim, a uma solução ótima.

Deste modo, um SGQ permite uma abordagem sistemática de todas as atividades relacionadas com a qualidade, privilegiando a prevenção e mostrando que a qualidade foi alcançada.

Como enquadramento, existe a família das normas ISO 9000 – Sistemas de Gestão da Qualidade – que fornece as bases para a implementação deste sistema, clarificando conceitos e definindo requisitos.

Existem vários requisitos para a implementação de um SGQ. No âmbito deste relatório, interessam-nos particularmente os requisitos documentais.

Para que o SGQ funcione de forma eficaz, é necessário ter em atenção se este está corretamente documentado, ou seja, se o Manual contempla a Política da Qualidade e objetivos e se estes estão devidamente disseminados pela organização. Para que todos os procedimentos sejam compreendidos e adotados pela organização, é premente que haja uma atribuição de responsabilidades, sendo claro quem desempenha cada uma das tarefas.

Outro aspeto importante prende-se com a atualização do sistema, que deverá ficar a cargo de um responsável da qualidade, sendo atualizado sempre que for necessário. Neste aspeto, o SGQ é dinâmico, adaptando-se às alterações do meio envolvente.

2.2. A família de normas ISO 9000:2008

Tendo em conta que os mercados e as sociedades estão sempre em constante mutação, também as normas têm de acompanhar essa evolução, adaptando-se e sendo revistas sempre que se considera necessário. Sendo assim, a família das normas ISO 9000 – Sistemas de Gestão da Qualidade - sofreu um conjunto de alterações desde a sua génese, sendo a mais substancial

a revisão de 2000. Nesta versão da ISO 9000 procurou-se adotar uma linguagem universal de gestão, de modo a que possa haver uma maior integração com outros sistemas.

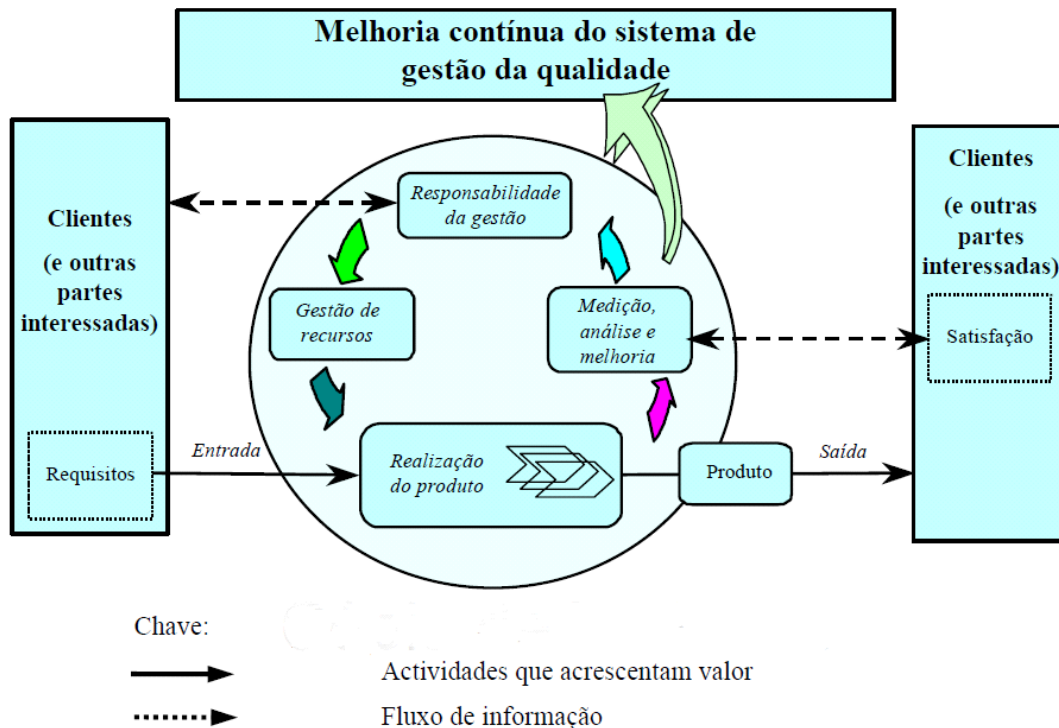
A revisão da norma traduziu-se, assim, num conjunto de três: a ISO 9001: 2000 substituiu as ISO 9001/23:1994, prevendo os requisitos para um sistema de gestão da qualidade; a ISO 9004:2000 substituiu a norma ISO 9004-1, sendo todas as outras partes revistas ou retiradas e tornou-se num guia para a melhoria do desempenho dos sistemas da qualidade; a ISO 9000:2000 substituiu as normas ISO 8402: 1994 e a ISO 9000-1:1994. Para além disto, a norma ISO 19011:2002 agrupou um conjunto de antigas normas, passando a existir uma norma comum no que respeita as auditorias aos sistemas de qualidade e gestão ambiental.

A mais recente edição é a ISO 9000:2008, tendo substituído a ISO 9000:2000, cujas alterações ocorreram ao nível da clarificação de alguns pontos no texto e no aumento da compatibilidade com a ISO 14001:2004.

Estas alterações permitiram uma maior simplificação, tornando-se mais fácil a aplicação das normas. A estrutura da norma apresenta cinco grandes cláusulas: o sistema de gestão da qualidade, a responsabilidade da gestão, a gestão dos recursos, a realização do produto e a medição, análise e melhoria, tal como é ilustrado na figura 2. Partindo da visão de que uma organização é constituída por um conjunto de processos interligados, a norma prevê a adoção da abordagem por processos. São identificados os requisitos de todas as partes interessadas - entradas - com o objetivo máximo de satisfazer essas mesmas partes - que, por sua vez, se traduzem em saídas desejáveis. Para que exista uma melhoria contínua deste sistema, é necessário que haja uma monitorização de todos os processos, através da medição e análise da satisfação dos clientes, sendo criadas ações de melhoria. A gestão de topo desempenha um papel fundamental em todo o processo, assumindo um papel de liderança e procurando o envolvimento de todos os trabalhadores. No sentido de implementar ou melhorar o SGQ é necessário que seja feita uma gestão dos recursos, verificando se os que existem são suficientes e permitem atingir os objetivos propostos ou se, por outro lado, é necessária a identificação e disponibilização de outros.

A melhoria contínua permitirá o estabelecimento de objetivos realistas, sendo alocados todos os recursos necessários e envolvendo todos os trabalhadores na prossecução de um sistema de gestão da qualidade em constante desenvolvimento.

Figura 2 - Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processos



NOTA: As afirmações entre parêntesis não se aplicam à ISO 9001.

Fonte: NP EN ISO 9000:2005

2.3. Formalização de um SGQ

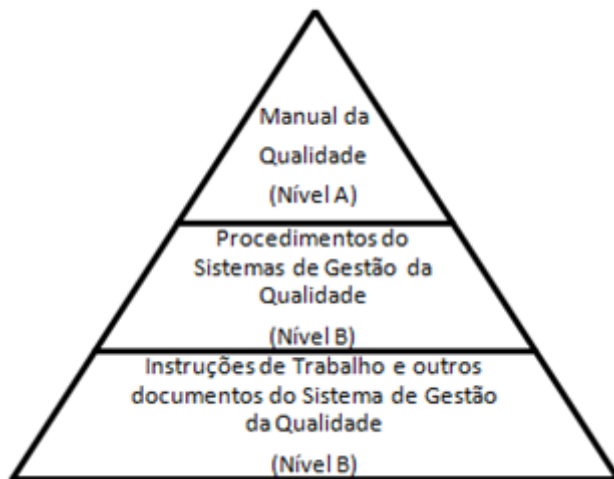
2.3.1. Documentos do Sistema

Os documentos de um sistema da qualidade englobam todos os documentos onde estejam definidos a política, a estrutura da autoridade e responsabilidade e os procedimentos para cada um dos requisitos do sistema. É necessário que o SGQ seja documentado, ficando ao critério da organização a forma de organização dessa documentação e a sua extensão. No entanto, deverá ser sempre tida em conta a dimensão da organização, no sentido de criar uma documentação que seja capaz de garantir que as atividades e processos são descritos e controlados mas que, ao mesmo tempo, não se torne demasiado extensa e seja acessível para todos.

Geralmente, a estrutura documental segue uma hierarquia que facilita a sua compreensão (Figura 3). No topo da hierarquia documental – nível A - surge o documento fundamental do SGQ, o Manual da Qualidade, onde deverão constar a rede de processos que permite

caracterizar adequadamente a organização. É também no Manual da Qualidade que o SGQ é descrito de acordo com a política da organização, fornecendo informação consistente, interna e externamente. Neste sentido, o Manual da Qualidade deve ser visto como um documento orientador para aplicação da política da qualidade da organização.

Figura 3- Hierarquia típica da estrutura documental de um Sistema de Gestão da Qualidade



Fonte: ISO/TR 10013:2001

No nível B – Procedimentos dos Sistemas de Gestão da Qualidade – encontram-se os processos necessários para a implementação do SGQ.

No nível C – Instrumentos de Trabalho e outros documentos do Sistema de Gestão da Qualidade – são contemplados alguns fluxogramas e instruções de trabalho, ou seja, a descrição de como desempenhar determinadas tarefas.

2.3.2. Controlo de documentos

Estando os documentos organizados na estrutura hierarquizada previamente descrita, é necessário controlá-los. Numa primeira fase, é importante compreender que existe um conjunto diversificado de documentos dentro de uma organização sendo, por isso, necessário fazer a distinção entre cada um deles.

Antes de mais, é relevante entender a diferença entre documento e impresso: um documento é utilizado para transmitir informações ou instruções enquanto que um impresso destina-se a

ser preenchido (Pires, 2004). Para além destes documentos, existem ainda os dados, que constituem informações resultantes do normal funcionamento do sistema. Todos os documentos com origem no exterior são também alvo de controlo: dados informáticos, catálogos, normas... Uma forma eficaz de identificar os documentos de uma organização será elaborar uma lista, enumerando todos os tipos existentes. Deste modo, poder-se-á codificar e designar cada um deles de modo a que sejam facilmente identificáveis.

Para além disto, cada documento segue um percurso, desde a sua criação até se tornar, eventualmente, obsoleto. Os documentos que são utilizados para transmitir informação devem conter, sempre, a fonte emissora e a quem se destinam e, no caso de se tornarem inválidos, quem está responsável pela sua remoção do arquivo (s). Adicionalmente, o controlo de documentos deverá permitir saber as atualizações de cada documento e onde se encontra o original de cada um. Sempre que estas atualizações ocorram, deverão ser substituídos todos os documentos antigos pela nova versão.

O controlo de documentos implicará, sempre, três fases: elaboração/preparação, verificação e validação. Um documento só poderá ser validado se tiver a assinatura de quem está responsável pela sua aprovação, devendo essa pessoa ter um conhecimento geral da organização e de todos os documentos que a constituem.

De uma maneira geral, é de extrema importância que todas as responsabilidades relacionadas com o controlo de documentos sejam bem definidas, de modo a que a sua gestão seja mais facilmente realizada.

2.3.3. Responsabilidade da Gestão

A norma prevê um enorme envolvimento da gestão no que respeita à elaboração e implementação do SGQ. A questão chave quando se fala em responsabilidade da gestão passa por definir, de forma inequívoca, quem desempenha o quê. Neste sentido, é conveniente que estejam claras as funções daqueles que gerem, dos que executam e dos que verificam (Pires, 2004).

Este envolvimento da gestão traduz a evolução para um modelo de gestão da qualidade assente nos princípios da Gestão da Qualidade, nomeadamente, a Liderança (*“Os líderes criam a visão e missão da organização e, portanto, o seu caminho. Devem criar e manter um*

ambiente interno que proporcione envolvimento total no atingir os objetivos da organização”) e o Envolvimento dos Colaboradores (*“As pessoas, de todos os níveis, são a essência da organização, o seu completo envolvimento faz com que coloquem todas as suas capacidades ao serviço da organização”*).

Adicionalmente, destacam-se um conjunto de aspetos que, apesar de à primeira vista parecerem evidentes, devem ser tidos em linha de conta, nomeadamente, a comunicação à organização de alguns requisitos, o estabelecimento da política e objetivos da qualidade, a revisão do SGQ e a disponibilização dos recursos necessários.

A comunicação à organização, quer dos requisitos dos clientes e dos requisitos legais/regulamentares, quer dos resultados da implementação do SGQ, assume um papel importante na medida em que existe uma difusão dos objetivos e dos resultados da organização. Deste modo, todos procuram um propósito comum e todos conhecem os efeitos das suas ações, pondo ao máximo as suas capacidades ao serviço da organização.

Uma forma de disseminar esta informação prende-se com a política e objetivos da qualidade. É importante que sejam interligados e coesos e do conhecimento de todos. Assim, a política da qualidade passará por um conjunto de orientações, provenientes do topo da organização e traduzidas em algumas frases, que regem os processos da organização. Os objetivos, acompanhando a política, terão de ser realistas e, de alguma forma, mensuráveis.

No que respeita à revisão do SGQ, este deve ter uma periodicidade definida, com o intuito de averiguar se a política e os objetivos estão a ser cumpridos e sobre a efetividade do sistema. Esta revisão deve ser feita tendo como base algumas informações, tais como o tratamento de não conformidades, resultados das auditorias, monitorização da satisfação do cliente, estado das ações corretivas e preventivas, seguimento das anteriores revisões, alterações ao SGQ e suas implicações e recomendações para a melhoria (Pires, 2004).

Após esta análise, devem surgir as alterações consideradas pertinentes para o SGQ e os objetivos a alcançar relacionados com determinado processo ou atividade, afetando-se os recursos necessários.

2.3.4. Auditorias Internas

As auditorias internas ao sistema de qualidade têm como objetivo verificar, por um lado, se o sistema está de acordo com os requisitos estabelecidos pela norma e com os requisitos estabelecidos pela organização, e, por outro lado, se está a ser implementado e mantido com eficácia (Pires, 2004).

Sendo assim, a questão dos processos torna-se de extrema importância. É importante avaliar se estão a ser documentados corretamente, se as orientações dadas através da documentação estão a ser cumpridas e se permitem atingir os objetivos propostos. Deste modo, há que verificar todos os processos desde a sua documentação até a sua concretização prática.

Deverá existir alguém, dentro da organização, responsável pelo planeamento e execução destas auditorias que, após a sua realização, irá propor e acompanhar um conjunto de ações corretivas que considerar relevantes.

3. Gestão por processos

3.1. Introdução

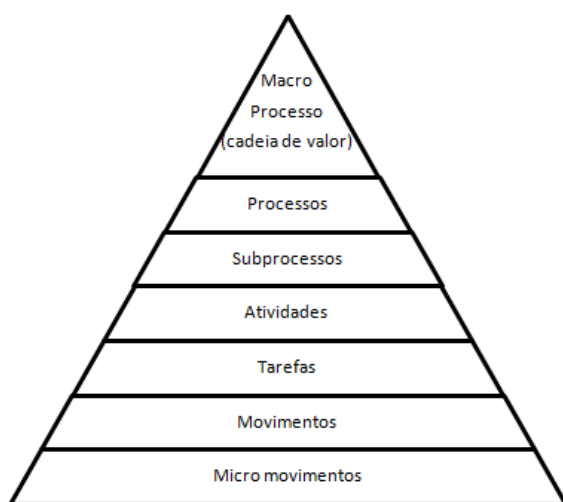
Uma organização é composta por um conjunto de unidades funcionais que, cada vez mais, se acredita estarem interligadas entre si por diversos fluxos de informação. Indo de encontro a esta visão, a gestão por processos surge como uma nova forma de gestão, procurando identificar quais os processos que constituem a organização.

A abordagem por processos incentiva a identificação daqueles processos que apresentam valor acrescentado para o cliente, disponibilizando recursos, tempo e esforços no sentido de os analisar e melhorar.

Um processo é um conjunto de atividades alinhadas para transformar determinadas entradas em saídas desejáveis (Capelas e Paiva, 2004). De uma forma mais complexa, um processo pode ser visto como um conjunto de atividades realizadas por uma ou diversas áreas funcionais de uma empresa ou organização inter-relacionadas entre si e com uma entrada ou saída claramente definidas (Pires, 2004).

Os processos podem ser hierarquizados, desde aqueles que se considera serem os mais importantes para a organização – macro processos – até aos mais elementares – micro movimentos. (Figura 4)

Figura 4 - Hierarquia de processos



Fonte: (Pires, 2004)

Na definição de um processo é necessário ter em atenção algumas características (Pires, 2004): antes de mais, os processos deverão ser definidos pela gestão de topo, pois só desta forma serão escolhidos os processos que realmente são considerados pertinentes para a organização; deverão também ser interfuncionais, seguindo a lógica da interligação entre as diversas unidades de negócio; por último, deverão ter sempre associados um conjunto de objetivos e respetivos indicadores, no sentido de poder ser feita uma medição e avaliação.

Após esta reflexão, é essencial que cada processo seja caracterizado corretamente: cada um deles deverá ser devidamente identificado, possuir um responsável pela sua gestão e ser avaliado periodicamente, sendo apresentadas melhorias sempre que necessário.

3.2. Classificação e aplicação da abordagem por processos

Na identificação dos processos da organização, é essencial organizá-los de acordo com a sua importância para o cliente e impacto nas atividades do negócio. Sendo assim, os processos poderão ser classificados em grupos que refletem a sua relevância: processos integradores ou de gestão, processos operacionais, críticos ou significativos e processos de suporte (Pires, 2004).

Os processos integradores estão relacionados com a estrutura de gestão da organização, influenciando todos os outros processos e estabelecendo formas de atuação interna. A sua natureza deverá ter sempre em atenção a convergência da organização para o cliente.

Os processos operacionais estão diretamente relacionados com a atividade da organização sendo, portanto, orientados para o mercado - clientes, parceiros e concorrência. O resultado destes é percebido de forma direta pelos clientes, que lhes atribuem valor.

Os processos de suporte auxiliam os outros processos, no entanto, são essenciais para o bom funcionamento da organização. Dada a sua natureza de apoio, possuem uma componente mais interna: relacionam-se com as políticas de Recursos Humanos, sistemas de controlo etc.

Após a identificação, é necessário descrever as interações, ou seja, a rede que une todos os processos. A forma de representação desta rede deve ficar à responsabilidade da organização, refletindo a sua cultura interna.

Seguidamente, inicia-se a descrição de cada processo, explicitando a descrição das atividades e o cruzamento das responsabilidades envolvidas em cada atividade com as funções da

estrutura da organização. Esta descrição deverá ser feita utilizando um determinado grafismo que, mais uma vez, ficará à escolha da organização.

No sentido de responder às exigências da norma, é importante ter presente, processo a processo, os seguintes pontos (Capelas e Paiva, 2004): identificação dos requisitos do cliente; objetivos do processo; responsabilidades e autoridades; atribuição de pessoal competente; recursos e ambiente de trabalho; documentação operacional; controlo de não conformidades; aplicação de ações corretivas/preventivas; monitorização da performance; melhoria contínua; disponibilização de registos;

3.3. Documentação dos processos

De forma a transmitir todas as informações necessárias relativas a cada processo, é necessário que seja feita uma documentação adequada dos mesmos, podendo ser feita de várias formas: representação gráfica, ficha de caracterização, descrição das atividades interrelacionadas, procedimentos escritos, instruções, registos e fórmulas de cálculo dos indicadores (Pires, 2004).

De entre estas formas de documentação, salientam-se a ficha de caracterização de processos e a sua representação gráfica. A ficha de caracterização deve ser utilizada para todos os processos e subprocessos, devendo nela constar as entradas, saídas, gestores dos processos, atividades principais, a documentação de cada processo e os objetivos inerentes a cada processo. As representações gráficas constituem uma forma de facilitar a visualização de cada processo. Deverão conter as entradas e saídas, desde que sejam úteis para entender ou gerir o processo, sendo que, na maior parte das vezes, o que despoleta o processo é a informação.

No Manual da Qualidade, a documentação dos processos deverá ser descrita apresentando-se a sua rede e explicitando uma breve descrição de todos os processos podendo acrescentar-se as representações gráficas em seguida.

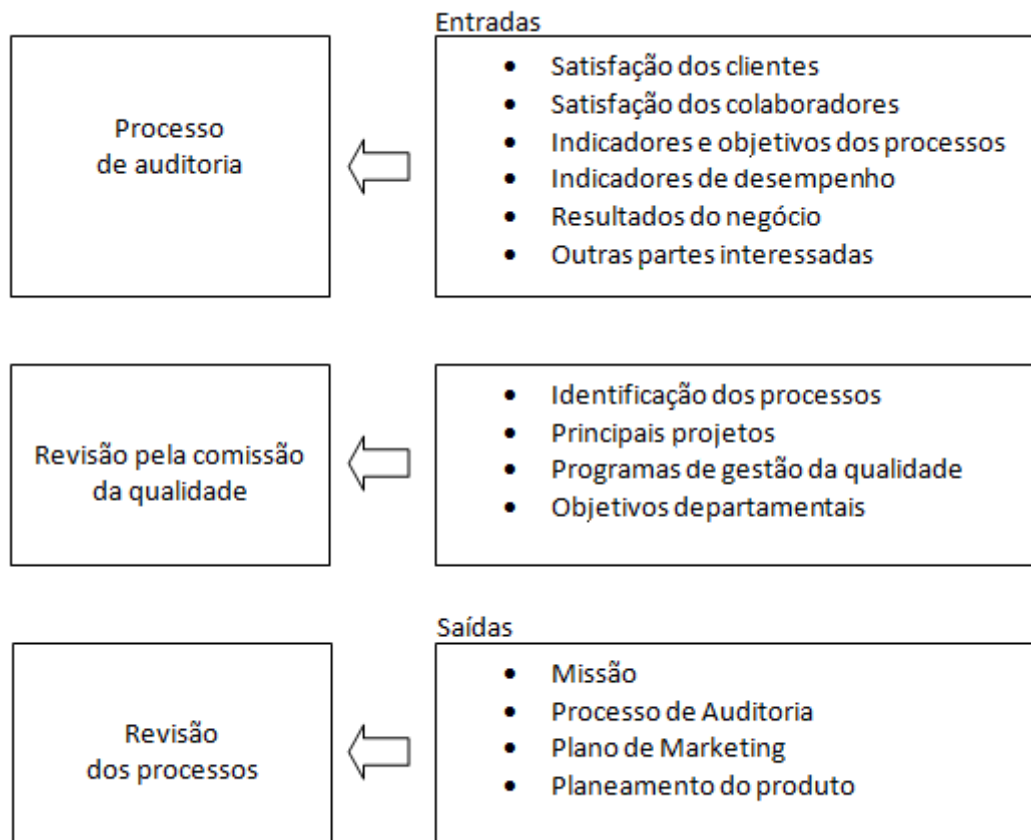
3.4. Revisão dos processos

Dado que a envolvente de uma organização está em constante mutação, é indispensável que o SGQ seja revisto periodicamente, no sentido de verificar se ainda está em concordância com o posicionamento estratégico da organização (Figura 5). Se tal não se verificar, poderão existir

processos aos quais foi atribuída grande relevância e que, de momento, já não são tão importantes para os resultados do negócio.

Adicionalmente, numa primeira fase de implementação do SGQ, é relevante que se olhe com atenção para o mesmo, pois tratando-se de uma fase de experimentação poderão ser necessários acertos.

Figura 5 - Exemplo de Revisão de Processos



Fonte: (Pires, 2004)

4. Gestão da Qualidade na USF CelaSaúde

4.1. Apresentação da organização

As USF's são o espelho da reforma nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) portugueses, iniciada a partir de finais de 1995. As primeiras candidaturas a USF surgiram em 2006, sendo que no final desse ano havia já muitas unidades de saúde a funcionar de acordo com os pressupostos deste novo modelo, baseado numa autonomia de gestão técnico-profissional, no trabalho em equipa e na responsabilização coletiva pelos resultados.

Nesta postura surgiu, assim, em Novembro de 2007, a candidatura da USF CelaSaúde, por parte de um conjunto de profissionais, oriundos do Centro de Saúde de Celas. Os pressupostos de criação da USF CelaSaúde assentaram na prestação de cuidados assistenciais efetivos, privilegiando a acessibilidade e a aceitabilidade. Procurou-se uma intervenção ao nível da comunidade, promovendo e desenvolvendo atividades de investigação e formação, sempre com o objetivo máximo de satisfazer os utentes e os profissionais.

Após a aprovação, surgiu, então, a USF CelaSaúde, pertencente ao ACES do Baixo Mondego I, da ARS Centro, localizando-se em Coimbra, na rua Augusto Rocha. No mesmo complexo de edifícios, situam-se, também, a USF Cruz de Celas e a casa mãe, o Centro de Saúde de Celas. A área de atuação da USF abrange sete freguesias do Conselho de Coimbra, prestando cuidados de saúde a 15.365 utentes.

A oferta de serviços da USF passa por consultas de agudos, consultas de intersubstituição e consultas agendadas em programas de saúde, nomeadamente, consultas de saúde infantil, saúde da mulher, planeamento familiar e rastreio oncológico, saúde materna, diabetes e risco cardiovascular. Adicionalmente, dispõem de consultas domiciliárias para aqueles que, devido a sua condição física, não se podem dirigir à USF.

Missão, visão e valores

Privilegiando o trabalho em equipa e a responsabilidade coletiva pelos resultados, alguns dos profissionais provenientes do Centro de Saúde de Celas decidiram organizar-se enquanto grupo de profissionais de saúde nesta USF. Virados para o futuro, numa postura responsável e cúmplice com os utentes, consideram que são os Recursos Humanos e os utentes que

caracterizam um bom serviço. Da preocupação pela prossecução de um serviço de qualidade surge a missão da USF: “Reinventar o quotidiano – a arte de superar objetivos”.

A sua visão traduz-se numa centralização no cliente/utente, procurando antecipar-se as suas necessidades e dando uma resposta adequada aos seus problemas, a partir de uma estrutura funcional em equipa e multidisciplinar. De forma a atingir este propósito, a USF valoriza o seu recurso mais importante – as pessoas – considerando as suas aptidões, competências e atitudes os meios mais importantes para a satisfação das necessidades dos utentes. Deste modo, todos os profissionais – médicos, enfermeiros e secretários clínicos - são encorajados a participar de forma pró-ativa sendo-lhes delegados poderes e sentindo-se responsáveis por um objetivo comum.

Indo de encontro à missão e à visão, os valores da USF assentam na qualidade nos atendimentos, na interdisciplinaridade, na inovação e na disponibilidade em prestar serviços novos e diferentes.

Subjacente a tudo isto está uma preocupação constante com a qualidade do serviço, quer de forma interna e ao nível da gestão, quer no atendimento ao utente, procurando fidelizar pessoas à organização.

Organização interna

A estrutura interna da USF é composta pelo Conselho Geral, Coordenador da USF, Conselho Técnico, grupos de trabalho e outros órgãos de apoio.

O Conselho Geral é composto por todos os elementos da USF – médicos, enfermeiros e secretários clínicos – sendo que as suas competências passam por aprovar os documentos chave da USF, zelar pelo cumprimento do Regulamento Interno, propor a nomeação do coordenador, aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa profissional, entre outros.

O Coordenador da USF tem como principal função a gestão de todos os processos dentro da USF, presidindo também ao conselho Geral e assegurando a representação externa.

O Conselho Técnico, por sua vez, é constituído por um médico e por um enfermeiro, competindo-lhe a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas

entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. São responsáveis pela avaliação do grau de satisfação dos utentes e profissionais, elaboram e mantêm atualizado o manual de boas práticas e organizam as atividades de formação contínua e de investigação necessárias.

Os grupos de trabalho surgiram com a finalidade de atribuir uma maior responsabilização e alcançar uma maior rentabilização do trabalho. Cada grupo dispõe de um porta-voz que procurará dinamizá-lo, reunindo as monitorizações periódicas e as metas e, posteriormente, mostrando os resultados para análise. Foram criados grupos para as áreas consideradas mais pertinentes: Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Hipertensão Arterial, Diabetes, Domicílios, Vacinação, Comissão de Infeção, Aprovisionamento e Stock, Candidatura ao Modelo B, Outras Candidaturas e Organização de Eventos.

Os outros órgãos de apoio surgem ligados a áreas que, pela sua natureza, servem de auxílio à atividade normal da USF, como a Informática, a gestão de Recursos Humanos, etc.

Numa perspectiva de cooperação interdisciplinar estão também formadas equipas nucleares, compostas por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico.

4.2. Principais atividades desenvolvidas

A chegada à USF deu-se no dia 13 de Fevereiro de 2012, em que o acolhimento foi feito pela Coordenadora da USF e, simultaneamente, coordenadora de estágio na entidade, a Dra. Maria Teresa Tomé.

Nessa primeira reunião, foi-nos feita, a mim e ao meu colega de estágio Elísio Sousa, uma apresentação da USF CelaSaúde, bem como uma breve explicação da organização dos centros de saúde e USF's a nível nacional. Desde logo, foi evidente o interesse por parte da USF em todos os aspetos relacionados com a qualidade do serviço, sendo essa a área onde iríamos efetuar o nosso estágio, durante os 5 meses previstos.

Decorrente deste interesse claro na área da qualidade, foi-nos solicitado, de imediato, a ajuda no primeiro projeto: a candidatura a uma bolsa de atendimento de excelência nas unidades funcionais dos CSP, organizada pela Pfizer. Tratou-se de um projeto intenso mas de curta duração, dado que a sua data de entrega foi feita no dia 17 de Fevereiro. O objetivo desta candidatura consistia na apresentação de uma ou mais ideias inovadoras relacionadas com a qualidade do atendimento, sendo que a ideia mais criativa seria premiada com uma bolsa no valor de 13 000 euros. No relatório enviado à Pfizer, procurou-se evidenciar os aspetos positivos da USF, relacionados com a fase de pré-contacto, contacto e pós contacto com o utente.

Um dos projetos apresentados foi a criação de um portal interativo online, onde poderiam ser colocadas questões, marcar consultas e divulgar informação pertinente ao utilizador, quer através de vídeos, imagens ou textos. Este portal teria uma componente que o distingue de outros serviços semelhantes - a credibilidade - dado ser elaborado por profissionais de saúde.

Para além disto, procurou-se transformar alguns constrangimentos do serviço em oportunidades. Um dos problemas prende-se com o facto de o atendimento ao público não se encontrar separado do atendimento telefónico. Neste sentido, propôs-se criar um departamento de Recursos Humanos, encarregue de proceder, única e exclusivamente, ao atendimento telefónico e online, com vista a minimizar o tempo de espera e chegar àqueles que não procuram o serviço com tanta frequência.

Outra dificuldade relaciona-se com a limitação das instalações que leva a que, por vezes, exista pouca fluidez no atendimento. Assim, apresentou-se a solução de ser criado um contentor

escritório nas imediações do edifício, no sentido de evitar algum estrangulamento e proporcionar o bem-estar necessário aos utentes.

Todas estas sugestões não poderiam ser concretizáveis sem existir uma estrutura que as apoiasse: sendo assim, foi proposto um conjunto de formações internas, dado serem as pessoas e as suas competências os recursos mais valiosos numa organização.

De salientar que todas as propostas foram pensadas no cliente e para o cliente, valorizando o seu bem-estar e ultrapassando as suas próprias expectativas, levando a níveis elevados de qualidade.

O segundo projeto, que ocupou quase a totalidade do estágio, consistiu na elaboração do Manual da Qualidade da USF CelaSaúde. A necessidade da criação do Manual surgiu do interesse notório da USF em elevados padrões de qualidade e na necessidade de definir, por escrito, os processos que fazem parte da atividade normal da USF. Adicionalmente, era importante que a USF tivesse um manual de procedimentos, algo que ainda não existia. Sendo assim, procurou-se ir um pouco mais além, e elaborar o Manual da Qualidade no seu todo.

A elaboração do Manual foi feita através de diversas reuniões com várias equipas multidisciplinares da USF, pois só dessa forma se poderia fazer uma identificação e descrição precisa de todos os processos e se poderia definir corretamente a política e objetivos da qualidade.

Aquando da elaboração do Manual da Qualidade, foi-nos solicitada a ajuda para a candidatura da USF ao modelo B. Dado que nem todas as USF se encontram no mesmo plano de desenvolvimento organizacional, existem vários modelos (A, B e C) que refletem o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo, os incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento, bem como o respetivo estatuto jurídico.

O modelo A corresponde à primeira fase de desenvolvimento, caracterizando-se por ser uma fase de aprendizagem, em que os profissionais aperfeiçoam o seu trabalho enquanto equipa de saúde familiar e desenvolvem o primeiro contributo para o desenvolvimento da prática de contratualização interna.

O modelo B reflete um maior amadurecimento organizacional, em que os profissionais trabalham em equipa de forma efetiva e onde a exigência da contratualização é maior, sendo atribuídos incentivos institucionais e financeiros. Para além das exigências relativamente à

contratualização, existem também outras exigências de cariz interno e organizacional, que espelham uma gestão mais efetiva.

Sendo que a USF CelaSaúde se considerava já num patamar de amadurecimento superior, surgiu, então, a candidatura ao modelo B. Numa primeira fase, foi-nos solicitada, com a ajuda dos profissionais da USF, a realização de um diagnóstico do estado atual da USF, com o auxílio das grelhas de diagnóstico Moniquor e Diquor. O objetivo seria o de identificar e refletir sobre os problemas da USF, pensando no seu percurso desde a sua génese e apontando possíveis soluções de melhoria em áreas consideradas importantes. As grelhas de avaliação, disponibilizadas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), revelaram-se de extrema importância, tendo sido úteis na identificação de aspetos de natureza obrigatória para a aprovação ao novo modelo e também para nos dar a conhecer um pouco melhor a USF.

De uma maneira geral, as grelhas previam que a auto-avaliação fosse feita em seis áreas principais: organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade e instalações e equipamentos.

Da análise destas áreas, identificaram-se algumas falhas no que respeitava à informação obrigatória a ser disponibilizada aos cidadãos, nas salas de espera. Nesse sentido, foram elaborados cartazes com a ajuda dos profissionais, com a informação a fornecer aos cidadãos, tendo sempre a preocupação de que a informação mostrada fosse perceptível, visível e, ao mesmo tempo, apelativa para os utentes.

Outro aspeto com que nos deparámos na auto-avaliação, foi a falta de alguns pontos obrigatórios nos documentos da USF, nomeadamente no Regulamento Interno e no Plano de Ação. Dado que estávamos mais distanciados destes documentos, incumbiram-nos de os ler atentamente e identificar essas pequenas falhas, tendo sido posteriormente feita a adenda aos respetivos documentos.

No que respeita aos processos da USF, existia a falta de um manual de procedimentos e, também, de alguns procedimentos de carácter obrigatório tais como a gestão da violência, a identificação de estranhos, o tratamento de reclamações e sugestões, a transferência de processos etc. Dado que a elaboração do Manual da Qualidade se fez a par com a candidatura ao modelo B, foi possível elaborar estes processos e inseri-los no Manual, sempre com a ajuda dos diversos profissionais da USF, quer médicos, enfermeiros ou secretários clínicos.

4.3. Importância de um SGQ para uma instituição de saúde

A atual reforma dos Cuidados de Saúde Primários levou a uma reorganização dos centros de saúde, em que o modelo hierárquico de controlo vertical foi substituído por uma rede de equipas trabalhando com responsabilidade própria, em função dos processos e dos resultados. Houve, assim, uma descentralização da gestão para o nível local, para os novos agrupamentos de centros de saúde (ACES).

Neste sentido, a governação ou gestão clínica desempenha um papel fundamental. Cada vez mais as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados. O princípio é a aplicação de recursos e meios em processos de qualidade que potencializem os resultados obtidos, não só para o utente, mas também para os profissionais envolvidos e a comunidade. A sua estrutura envolve todos os membros da equipa de saúde e implica esforço conjunto para identificar aspetos que necessitem de melhoria e para procurar soluções.

Esta preocupação com a implementação e manutenção de elevados níveis de qualidade torna pertinente a implementação de um SGQ: só avaliando devidamente a qualidade se poderá melhorar globalmente o desempenho dos serviços de saúde.

Neste sentido, e tratando-se uma USF de um serviço, possui clientes, internos e externos, que deverá procurar satisfazer. O SGQ poderá ajudar a organização a aumentar a satisfação dos seus clientes, indo de encontro aos requisitos exigidos pelos mesmos. Dado que o cliente é cada vez mais exigente, é importante para uma organização de saúde aperfeiçoar continuamente os seus processos, mantendo-os sob controlo. Desta forma, transmite-se confiança, oferecendo serviços com credibilidade e em concordância com os requisitos previamente identificados.

Por outro lado, para que uma organização de saúde possa obter a certificação, é importante que tenha implementado um SGQ. A certificação surge como uma vantagem ao nível do marketing, pois passa a imagem de “empresa certificada”, o que se torna numa vantagem principalmente se, dentro do negócio, forem os primeiros a obter certificação.

Por último, existem motivações relacionadas com a melhoria do desempenho das operações, procurando-se a minimização das falhas. No caso das USF e, em particular, da USF CelaSaúde, este ponto foi de extrema importância, dado que existiam algumas falhas no que respeita ao registo informático de todos os dados das consultas. Dado que o registo correto tem

repercussões nos indicadores da USF, procurou-se uma uniformização dos registos, essencialmente naqueles indicadores que se apresentam como mais importantes.

4.4. A estrutura documental: elaboração do Manual da Qualidade

Da necessidade de salvaguarda de padrões elevados de qualidade na oferta de cuidados de saúde, surgiu, então, a necessidade da elaboração do Manual da Qualidade. Da primeira análise feita à USF, conclui-se que a estrutura documental encontrava-se, ainda, numa fase bastante prematura: havia a necessidade de criação de um Manual de Procedimentos, devido às exigências dos requisitos do modelo B, no entanto, poucos esforços tinham sido feitos, ainda, nesse sentido. Existia já a identificação e caracterização de alguns processos considerados operacionais, contudo, faltava uniformização na descrição desses mesmos processos.

Sendo assim, e aplicando a metodologia da gestão por processos, o desenvolvimento do Manual da Qualidade foi-se efetuando em diversas etapas. Um dos requisitos fundamentais para a implementação do sistema foi o envolvimento e comprometimento da gestão de topo, o que se verificou, plenamente, na elaboração e execução do projeto. Foram realizadas inúmeras reuniões com a Coordenadora e com o Conselho Técnico, que acompanharam de perto todas as fases de criação do Manual, sendo os elementos com maior conhecimento global sobre a organização. Adicionalmente, e com o intuito de ter uma visão multidisciplinar da organização, foram realizadas reuniões com todos os profissionais da USF, quer por grupos profissionais – médicos, enfermeiros e secretários clínicos – quer por grupos de trabalho. Paralelamente a esta visão transversal, pretendeu-se, também, tentar sensibilizar todos os profissionais para a construção do Manual. A ideia era a de tentar disseminar, por toda a USF, uma cultura organizacional voltada para a qualidade e, ao mesmo tempo, que todos sentissem que fizeram parte da tradução dessa cultura no Manual.

Numa primeira fase, começou-se por procurar identificar quais as necessidades e expectativas das partes interessadas, quer do ponto de vista do utente, quer do ponto de vista dos profissionais. Seguidamente, foram estabelecidos a política e os objetivos da qualidade, com a ajuda da gestão de topo. A fase seguinte, e provavelmente a mais morosa, foi a definição de todos os processos da USF, com a atribuição das respetivas responsabilidades. A par com a definição destes processos, foram identificados um conjunto de recursos necessários à prossecução dos objetivos previamente definidos. Numa fase final, foi feita uma pequena

revisão de todos os processos, no sentido de compreender se cada um deles estava claramente definido e para averiguar a sua eficiência e eficácia. Esta revisão levou, por sua vez, à identificação de meios de prevenção de não conformidades e à identificação de áreas de melhoria.

Determinação das necessidades e expectativas dos clientes e de outras partes interessadas

Da perspetiva dos profissionais envolvidos, a construção do Manual da Qualidade teve como objetivo definir e sistematizar as regras que orientassem todos os profissionais que prestam serviços/informações na USF CelaSaúde, garantindo elevados níveis de qualidade percecionados pelo utente. Isto traduziu-se numa uniformização de procedimentos associados às atividades chave da USF, em que todos estariam enquadrados nas suas funções e preparados para responder com eficiência, segurança e com igual nível de qualidade às diversas situações.

Por outro lado, alguns profissionais tinham em vista a acreditação da USF, num horizonte temporal não muito extenso, e o Manual da Qualidade seria o ponto de partida ideal para atingir esse objetivo.

No que respeita às necessidades e expectativas dos clientes, pretendeu-se assegurar uma maior eficiência no processo de receção, marcação, atendimento e encaminhamento dos utentes, e na própria organização interna dos serviços. Um bom atendimento feito ao utente resulta numa relação de proximidade e é percecionado como um atendimento de qualidade.

Estabelecimento da política da qualidade e dos objetivos da qualidade da organização

O estabelecimento da política e objetivos da qualidade foi uma das primeiras questões a ser discutida, essencialmente com a coordenação. Procurou-se que estes traduzissem os resultados desejados pela organização, no que respeita à qualidade. Neste sentido, os objetivos centraram-se no enfoque no cliente, unindo esforços no sentido de lhe proporcionar um atendimento personalizado e humanizado, e estabelecendo uma relação de confiança. Adicionalmente, focou-se a procura pela melhoria da eficiência dos processos, através da sistematização dos mesmos no Manual.

Definição dos processos e responsabilidades necessárias para atingir os objetivos da qualidade

A definição dos processos da USF foi um dos pontos mais morosos de todo o sistema. Inicialmente, a primeira dificuldade foi identificar todos os processos que constituem a USF e dividi-los em operacionais, de suporte e de gestão. Esta tarefa foi realizada com a ajuda da coordenação, sendo que a posterior descrição de cada processo foi feita através de várias reuniões com diversas equipas de trabalho, no sentido de descrever fielmente cada um deles.

Dado que os processos operacionais se encontram diretamente relacionados com a atividade normal da organização, foram identificados como processos *core* o atendimento ao utente e a prestação de cuidados médicos e de enfermagem. Sendo assim, subjacentes ao processo *core* “atendimento ao utente” ficaram todos os processos que envolvem o contacto com o mesmo, quer sejam no seu acesso geral à USF ou às consultas, ou mesmo na própria comunicação com os utentes. Inerentes ao processo “Prestação de Cuidados Médicos e de Enfermagem” ficaram todos os processos de descrição das consultas.

Relativamente aos processos de suporte, sendo estes os que auxiliam os processos operacionais, optou-se por dividi-los em processos de suporte internos – relacionados com o aprovisionamento, gestão de recursos humanos, informática etc. – e em processos de suporte de acesso – relacionados com a sinalética interior e exterior, acessibilidade etc.

Nos processos de gestão, focaram-se dois grandes processos como sendo influenciadores de todos os outros: a gestão da qualidade, com todos os seus processos inerentes, e a contratualização.

Surgiu, assim, a rede de processos da USF CelaSaúde, traduzida num índice de processos numerados e dividido em grupos – Processos Operacionais (PO), Processos de Suporte (PS) e Processos de Gestão (PG)¹.

Após a definição desta rede, a dificuldade foi como descrever cada processo, de modo a que o grafismo utilizado fosse homogéneo para todos os processos e que dele constassem todas as informações relevantes. Após alguma discussão dentro da equipa, conclui-se que a melhor forma seria a de utilizar uma ficha tipo para cada um dos processos, acompanhada do respetivo fluxograma. Sendo assim, a identificação de cada processo foi feita através do seu nome e numeração, da equipa que o constitui e do seu responsável, acompanhada, também,

¹ A identificação dos processos encontra-se no Anexo 1 – Rede de processos da USF CelaSaúde

de uma breve descrição do processo. Adicionalmente, foram identificados os objetivos de cada processo e, sempre que possível, as estratégias e os indicadores necessários para os atingir.

Por exemplo, relativamente ao Processo Operacional de Prestação de Cuidados Médicos e de Enfermagem – *Saúde Infantil e Juvenil* – foi apresentada a equipa responsável assim como os objetivos, as estratégias e os indicadores associados². O fluxograma adjacente descreve toda a atividade médica e de enfermagem. Paralelamente, são dadas indicações de como proceder à codificação das consultas, sendo que as obrigatórias se encontram realçadas. A inclusão da codificação teve como objetivo alertar os profissionais de saúde para os bons registos clínicos e procurar uma uniformização dos mesmos.

Quanto aos Processos de Suporte, um dos processos criados e obrigatórios segundo os guias de diagnóstico foi a *Identificação de Estranhos à USF*³. No entendimento da USF, este processo destina-se a identificar pessoas que se desloquem a este serviço de saúde com algum propósito específico, mais frequentemente Delegados de Informação Médica, não se tratando de utentes nem profissionais da mesma. Neste sentido, é descrito todo o processo desde a notícia de visita até à visita em si, sendo atribuídas responsabilidades dentro da USF na criação de cartões identificativos, mantendo-se a USF informada sobre os seus visitantes.

No que respeita aos Processos de Gestão, um dos processos escritos implementados foi o *Tratamento de Reclamações e Sugestões*, apesar de o procedimento já ter estado a ser implementado na prática⁴. A responsabilidade de analisar as sugestões foi atribuída ao conselho geral da USF, enquanto que no caso de uma reclamação, essa análise deveria ser feito no Gabinete do Utente. No caso de uma reclamação, ficou também definido que todos os esforços seriam realizados no sentido de resolver cada processo de reclamação no prazo de quinze dias.

² A ficha de caracterização e respetivo fluxograma do PO - Saúde Infantil e Juvenil, encontra-se no Anexo 2.

³ A ficha de caracterização e respetivo fluxograma do PS – Identificação de estranhos à USF, encontra-se no Anexo 3.

⁴ A ficha de caracterização e respetivo fluxograma do PG – Tratamento de Reclamações e Sugestões, encontra-se no anexo 4.

Determinação e disponibilização dos recursos necessários para atingir os objetivos da qualidade

Os recursos identificados na USF foram, essencialmente, relacionados com as necessidades formativas na área da qualidade.

Neste sentido, os dois elementos do conselho técnico frequentaram um curso de formação em auditorias às USF. Esta formação permitiu-lhes conhecer, um pouco mais, a abordagem por processos, facilitando a construção do Manual da Qualidade.

Considerando relevante todos beneficiarem das competências adquiridas nesta área, foi proposto que mais alguns profissionais da USF tivessem essa mesma formação. Paralelamente, foi proposto que alguns administrativos tivessem formação relacionada com a melhor forma de fazer o arquivo da USF, no sentido de haver um controlo de documentos mais efetivo.

Para além das necessidades formativas, existem um conjunto de recursos que seriam imprescindíveis para melhorar a qualidade do serviço, mas que são alheios à USF, relacionados, nomeadamente, com as próprias instalações. O edifício é bastante antigo, com divisões algo pequenas e com acessos que poderiam ser melhorados, em caso de emergência. Está previsto a USF CelaSaúde mudar-se para as instalações das consultas externas do Hospital Pediátrico de Coimbra, daí uma intervenção profunda no atual edifício não se justificar, no entanto, o processo tem sido algo moroso. Existem também diversos equipamentos que poderiam ser úteis à USF, como uma central telefónica, equipamento audiovisual e equipamento informático.

Estabelecimento de métodos e sua aplicação para medir a eficácia e eficiência de cada processo

Após a identificação e caracterização de cada processo, a fase seguinte foi avaliar cada um deles. Nesse sentido, foram colocadas um conjunto de questões no sentido de compreender se cada um dos processos estava devidamente identificado e definido de forma adequada, se todas as responsabilidades se encontravam atribuídas, se os procedimentos estavam a ser implementados e mantidos e se o processo estava a ser eficaz relativamente aos resultados obtidos.

No que respeita aos processos relacionados com o circuito do utente na USF, procurou-se simulá-los, utilizando inclusive o quiosque de senhas para testar a sua efetividade. Por outro lado, com a ajuda do respetivo fluxograma, foi possível verificar se o processo estava a ser descrito corretamente ou não.

Relativamente aos processos clínicos, dado terem sido elaborados maioritariamente pelos profissionais de saúde, foi pedido aos grupos de trabalho que revissem cada um deles.

Os restantes processos, nomeadamente os processos de suporte, foram verificados no local, tendo sido verificadas as sinaléticas, as condições de acessibilidade, entre outros.

Quanto aos processos de gestão, após ter sido feita a sua revisão, conclui-se faltar um processo que definisse o próprio SGQ, apesar de terem sido incluídos subprocessos relacionados com este, nomeadamente, o *Tratamento de Reclamações e Sugestões* e o *Controlo de Documentos*. Como melhoria a curto prazo, deve ser definido este processo, e adicionados outros que lhe estão subjacentes, como por exemplo, a definição de como elaborar um procedimento.

Tratamento de não conformidades, ocorrências e reclamações

Na análise ao tratamento de não conformidades, conclui-se que estas poderiam ter diversas origens, sendo mais vulgarmente relacionadas com reclamações dos utentes, mas também com não conformidades ao nível interno no serviço, resultantes de relatórios e auditorias da qualidade, alterações na documentação, entre outras.

Sendo assim, foi implementado o procedimento *Tratamento de Reclamações e Sugestões*, previamente descrito. Todas as responsabilidades foram, claramente, definidas, desde a recolha das sugestões e respetiva análise, assim como, relativamente às reclamações, desde a solicitação do livro de reclamações até à resposta.

Adicionalmente, foi utilizada a grelha de diagnóstico “Guia do Auditor”, disponibilizada pela MCSP, tendo sido utilizada como uma ferramenta de auditoria interna, no sentido de detetar não conformidades internas.

4.5. Perspetivas futuras

No que respeita ao trabalho desenvolvido na USF em matéria de qualidade, existe ainda um caminho a percorrer. Relativamente ao Manual da Qualidade, este encontra-se ainda numa fase experimental, podendo existir melhorias ao nível do seu conteúdo. Ao nível dos processos, seria importante incluir alguns na rede já existente como por exemplo um processo para revisão do SGQ, dado tratar-se de um requisito da norma ISO 9000, definindo-se a periodicidade de reuniões para a revisão e avaliando-se os resultados e o grau de satisfação. Inerente à revisão, seria também importante incluir, um procedimento sobre a forma de construir cada procedimento novo criado.

Ao nível da descrição dos processos, seria pertinente definir, de forma clara e inequívoca, todas as entradas e saídas de cada um, incluindo-as nas fichas de caracterização.

No que respeita à qualidade do atendimento, os procedimentos definidos poderiam ser completados com um pequeno Manual de Boas Práticas no Atendimento, onde poderiam ser definidas algumas orientações para os profissionais que intervêm nas diversas fases de contacto com o utente. O bom atendimento tem assumido, cada vez mais, uma importância crescente, dado que o utente formula uma opinião aquando da utilização do serviço. O objetivo seria o de sensibilizar todos os profissionais para a vertente comportamental e o impacto da sua comunicação com os utentes, sendo definidas algumas linhas gerais na forma de atendimento, nomeadamente a sua postura, atitudes, expressão verbal etc.

Uma questão que poderá ser alvo de posterior discussão é a qualidade dos registos clínicos. Apesar de, em cada processo médico e de enfermagem, terem sido definidas algumas linhas de orientação, seria importante todos estarem de acordo com a melhor forma de fazer esses mesmos registos, no sentido de existir alguma harmonização e de melhorar os indicadores contratualizados.

Por último, o passo seguinte poderá ser dar início ao processo de acreditação da USF, dado que todos os esforços têm sido feitos no sentido de fornecer um serviço de saúde de qualidade.

Conclusão

Da análise teórica realizada no relatório, foi possível concluir que os Sistemas de Gestão da Qualidade desempenham um papel fundamental em qualquer tipo de organização, transmitindo confiança a todas as partes interessadas e clarificando todas as responsabilidades. Trata-se de um processo de melhoria contínua, na medida em que as necessidades identificadas e transformadas em saídas desejáveis sofrem um processo de constante aperfeiçoamento, sendo realizados procedimentos de medição, análise e melhoria, definindo as responsabilidades no processo e alocando os recursos necessários.

No que respeita à documentação, requisito fundamental na definição de um SGQ, é importante que os documentos sigam uma hierarquia que facilite a sua compreensão, desde o Manual da Qualidade, passando pelos procedimentos e acabando nas instruções de trabalho. A documentação assume particular relevância dado que é nos documentos do sistema que estão definidos a política, a estrutura da autoridade e responsabilidade e os procedimentos para cada um dos requisitos do sistema, garantindo que todos os processos são adequadamente descritos e controlados.

A gestão por processos, inerente a um SQG, permite uma visão da organização baseada em unidades funcionais interligadas entre si, sendo identificados os processos que acrescentam valor para o cliente, até aos mais elementares.

Do trabalho realizado na USF CelaSaúde, foi possível definir a estrutura documental da qualidade, tendo, para tal, sido elaborado o Manual da Qualidade. Tendo em vista a acreditação futura da unidade e a manutenção de elevados padrões de qualidade percecionados pelo utente, foram realizados diversos passos na elaboração do manual, desde a determinação das necessidades e expectativas das partes interessadas, o estabelecimento da política e objetivos da qualidade, a definição dos processos, responsabilidades e alocação de recursos, a aplicação de métodos para medir a eficácia e a eficiência e o tratamento de não conformidades, ocorrências e reclamações.

O resultado alcançado foi um Manual da Qualidade, ainda em fase experimental, mas que se apresenta já como uma base sólida na definição de um serviço de saúde de qualidade. A USF deverá, assim, dar início ao processo de acreditação brevemente, dado que algumas das condições estão reunidas.

Como recomendações a curto prazo, dado que o manual ainda se encontra numa fase experimental, devem ser efetuadas algumas melhorias no que respeita à introdução de alguns processos e, portanto, na melhoria da rede. A própria caracterização dos processos poderá ser aperfeiçoada, introduzindo alguns aspetos relevantes. Adicionalmente, poderá ser dada ênfase à questão comportamental no atendimento aos utentes, com a introdução de um Manual de Boas Práticas no Atendimento.

Referências bibliográficas

CAPELAS, L. e PAIVA A. P., (2004) *Manual Prático para a Certificação e Gestão da Qualidade com Base nas Normas ISO 9000:2000*, Verlag Dashofer

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, DEPARTAMENTO DE QUALIDADE NA SAUDE (2009), *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*.

DONABEDIAN, A., (1980) *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Health Administration Press. 1-6

MCSP., (2009) *Unidades de Saúde Familiar, Metodologia de Contratualização, USF – modelo A e modelo B*

NP EN ISO 9000:2005. *Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário*. IPQ

PIRES, A. R., (2004) *Sistemas de Gestão da Qualidade*. Edições Sílabo, Lisboa.

RAMOS, V. *Governança Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários*. Revista MSCP. 30-33

Legislação

DECRETO-LEI n° 234/2008. "D. R. 1.ª série — N.º 233 (08-12-02) 8600

Referências Web

Missão de Cuidados de Saúde Primários - <http://www.mcsp.min-saude.pt/>

Departamento de Qualidade na Saúde - <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>

International Organization for Standardization – ISO 9000 Quality Management - http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm

Joint Commission International - pt.jointcommissioninternational.org

Health Quality Service, King's Fund - www.kingsfund.org.uk

Anexos

Anexo 1 - Rede de processos da USF CelaSaúde

MANUAL DA QUALIDADE
CAPÍTULO 4 – MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS

Índice processos

PO – Processos Operacionais

PO.1 – Atendimento ao utente

PO.1.1 – Acesso Geral à USF

PO.1.2 – Acesso Geral às consultas na USF

PO.1.3 – Consulta Aberta/Intersubstituição

PO.1.4 – Circuito de acordo com a situação para os cuidados de enfermagem

PO.1.5 – Comunicação para os utentes

P.O.2 – Prestação de cuidados (médicos e de enfermagem)

PO.2.1 – Vacinação

PO.2.2 – Pensos, injetáveis e outros tratamentos de enfermagem

PO.2.3 – Saúde Infantil – 0 aos 18 anos

PO.2.4 – Saúde do Adulto

PO.2.5 – Saúde da Mulher, PF e Rastreio Oncológico

PO.2.6 – Saúde Materna

PO.2.7 – Diabetes

PO.2.8 – Hipertensão Arterial

PO.2.9 – Cuidados Domiciliários

PO.2.10 – Sistema de Renovação de Prescrições

PS – Processos de Suporte

PS.1 – Acesso

PS.1.1 – Sinalética Exterior

PS.1.2 – Sinalética Interior

MANUAL DA QUALIDADE
CAPÍTULO 4 – MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS

PS.1.3 – Estacionamento

PS.1.4 – Acessibilidade

PS.1.5 – Sala de espera

PS.2 – Internos

PS.2.1 – Aprovisionamento e manutenção de equipamentos e instalações

PS.2.2 – Gestão de recursos humanos

PS.2.3 – Informática

PS.2.4 – Comunicação Interna

PS.2.5 – Distribuição de correspondência na USF

PS.2.6 – Identificação de estranhos

PS.2.7 – Controlo de Infeção

PS.2.8 – 5s

PG – Processos de gestão

PG.1 – Gestão da qualidade

PG.1.1 – Política de qualidade dos documentos da USF

PG.1.2 – Tratamento de Reclamações e Sugestões

PG.1.3 – Formações e Congressos

PG.2 – Contratualização

Anexo 2 - Processo Operacional - Saúde Infantil e Juvenil

MANUAL DA QUALIDADE
CAPÍTULO 4 – MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS

PO.2.3 – Saúde Infantil e Juvenil – 0 aos 18 anos

Equipa	Dra. Cristina Fagulha, Enfª Fátima Moço, Enfª Ana Patrício, Enfª Helena, Sec. Clínico Isabel Teles
Dinamizador	
Contactos	

Breve descrição

A saúde infantil e dos adolescentes é uma área fundamental na rede de cuidados de saúde. Propomo-nos garantir padrões de qualidade na vigilância da saúde destes grupos etários, em conformidade com as normas da DGS e colaborando ativamente com as UCF regionais. O programa de saúde infantil e juvenil assenta na vigilância da saúde e bem-estar psicossocial da criança e do adolescente, identificação de fatores de risco, tratamento atempado de patologias e ainda na promoção de comportamentos saudáveis por parte das crianças, jovens e respetivas famílias.

Objetivos

Melhorar a qualidade assistencial às crianças / adolescentes;
Reduzir a morbilidade e mortalidade deste grupo etário e acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança / adolescente;

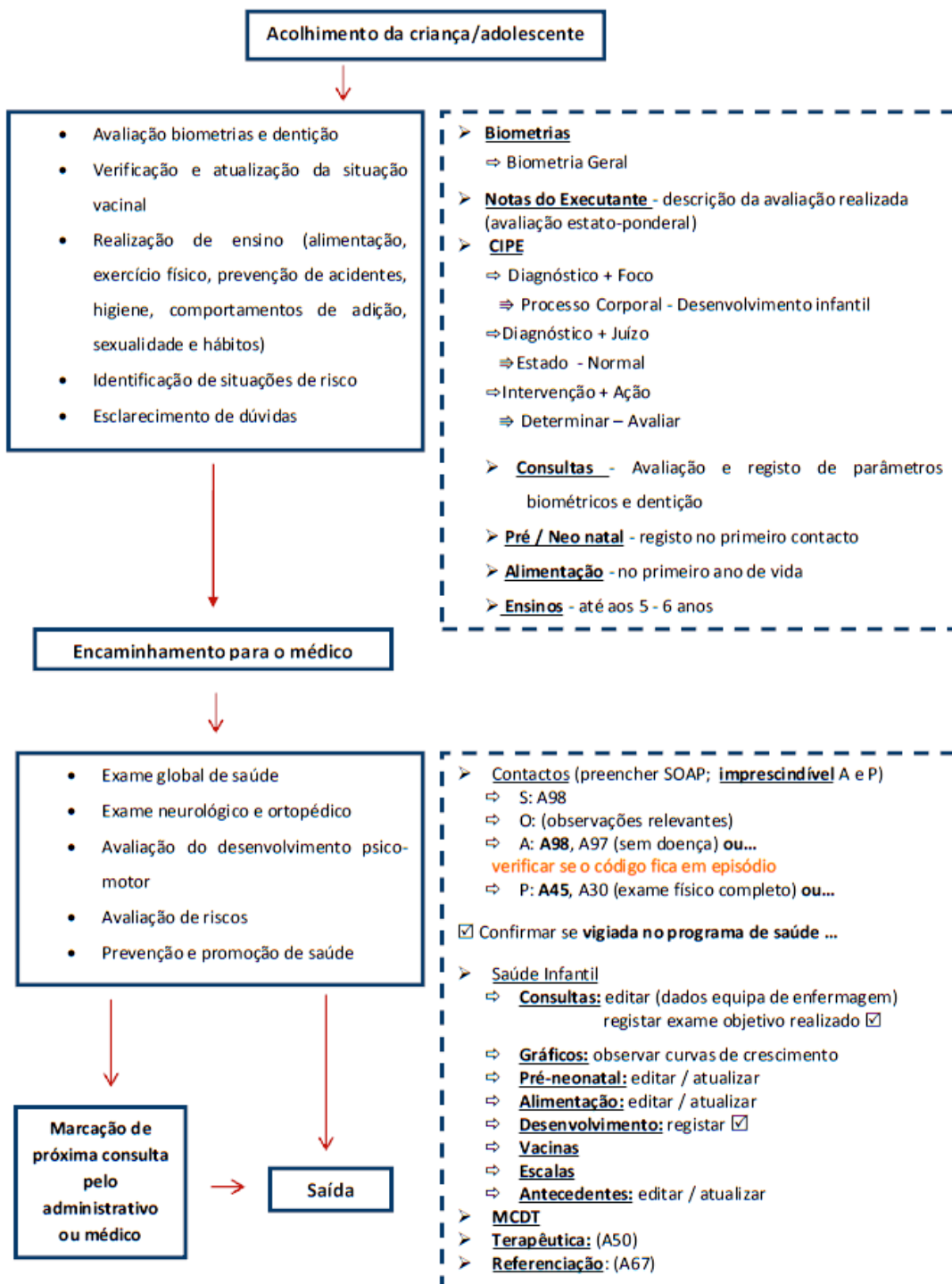
Estratégias

Oferta pró-ativa da 1ª consulta de RN, na sequência da inscrição do RN na unidade;
Garantir cuidados de enfermagem domiciliários ao RN após alta hospitalar;
Realização do exame global de saúde aos 5-6 anos;
Promover o papel parental e paternidade eficaz;
Cumprir as orientações da DGS para a calendarização das consultas e vigilância das crianças;
Preencher o BSII;
Promover o atendimento sem barreiras e oferecer “exames de saúde oportunistas”;
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento, atendendo também à saúde sexual e reprodutiva e à afetividade;
Identificar precocemente fatores e comportamentos de risco, visando a redução da vulnerabilidade;
Analisar as questões biopsico-sociais desta fase com os adolescentes e seus familiares;
Estabelecer parcerias com outros setores para uma abordagem integrada;

MANUAL DA QUALIDADE
CAPÍTULO 4 – MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS

Indicador	Meta	Meta	Meta
	2012	2013	2014
6.12- Percentagem de 1 ^{as} consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	88%	88%	88%
6.13- Percentagem de diagnósticos precoces realizados até ao 7 ^o dia de vida do RN	98%	99%	99%
4.9M- Percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas de vigilância de SI dos 0 aos 11 meses	70%	72%	75%
4.10M- Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas de vigilância de SI no 2 ^o ano de vida	70%	72%	75%
5.13MOD.2- Percentagem de inscritos com peso e altura registados nos últimos 12 meses	65%	70%	75%

Saúde Infantil e Juvenil



Anexo 3 - Processo de Suporte - Identificação de Estranhos à USF

**MANUAL DA QUALIDADE
CAPÍTULO 4 – MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS**

PS.2.6 – Identificação de estranhos

PS.2.6 – Identificação de estranhos à USF

Equipa	
Dinamizador	
Contactos	

Breve descrição

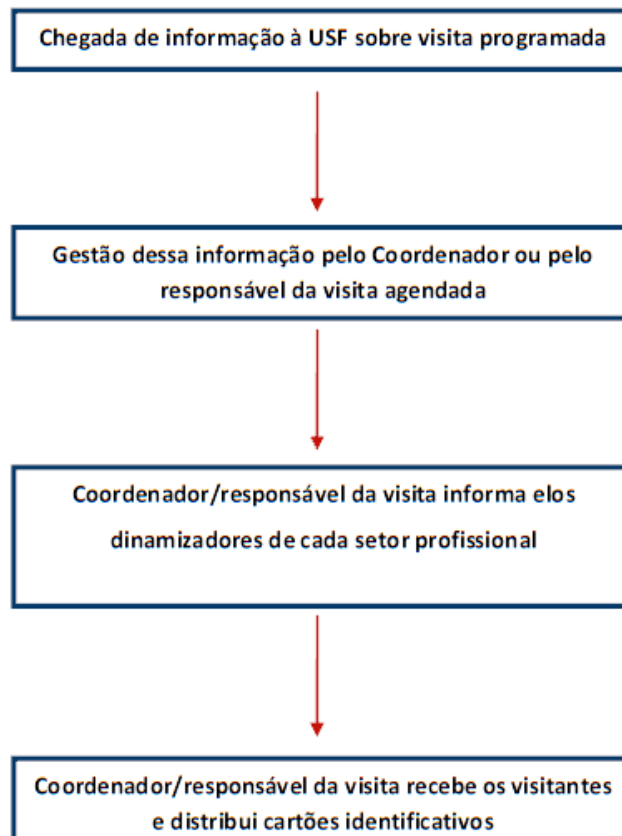
A USF CelaSaúde tem, na sua essência, a prestação de serviços de saúde primários aos seus utentes, pelo que se entende como pessoas estranhas à USF todos aqueles que se deslocam à USF sem esse propósito ou que não sejam profissionais da mesma. Para essas situações, a USF disponibiliza cartões de identificação para DIM's ou visitantes (conforme o caso específico) tendo, para isso, que ser avisada com 24h de antecedência.
Os DIM's deverão marcar mensal ou semestralmente.

Objetivos

Manter a USF (profissionais e utentes) organizada e informada sobre as pessoas estranhas ao serviço.

MANUAL DA QUALIDADE
CAPÍTULO 4 – MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS

Identificação de estranhos à USF



Anexo 4 - Processo de Gestão - Tratamento de Reclamações e Sugestões

**MANUAL DA QUALIDADE
CAPÍTULO 4 – MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS**

PG.1.2 – Tratamento de Reclamações e Sugestões

Equipa	
Dinamizador	
Contactos	

Breve descrição

A USF CelaSaúde colocou nas salas de espera duas caixas de sugestões, desde Fevereiro de 2010.

Semanalmente, as caixas são abertas por uma secretária clínica, designada para o efeito, que as regista e encaminha para o Coordenador da unidade e Assistente Social, para respetivo tratamento e resposta, bem como análise em Conselho Geral.

No caso de o utente solicitar no secretariado clínico o livro de reclamações, este é-lhe disponibilizado em ambiente privado, numa relação personalizada. Após a reclamação apresentada, dá-se conhecimento ao coordenador da USF e envia-se à Técnica Superior de Serviço Social, para respetivo tratamento/seguimento.

Objetivos

- Melhorar a satisfação do utente, estando atento às suas expetativas.

Observações

Todas as reclamações deverão ser rubricadas por todos os profissionais que as recebem, devendo verificar se todos os dados de identificação estão devidamente preenchidos, remetendo-as de imediato ao Gabinete do Utente

Os profissionais alvo de audições das reclamações, deverão remeter ao GU, no prazo de 5 dias úteis, conforme estabelece a circular normativa da DGS de 4 de Agosto de 2009, a resposta ao pedido de audição.

Todos os esforços serão realizados para a resolução da situação em 15 dias.

MANUAL DA QUALIDADE
CAPÍTULO 4 – MODELO DE GESTÃO POR PROCESSOS

Tratamento de sugestões e reclamações

