



Vanessa Sofia Hipólito Proença

# Qualidade Organizacional nas USF: Candidatura ao Modelo Organizacional B na USF Celsaúde

Mestrado em Gestão

Faculdade de Economia

Julho de 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



• U • C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Vanessa Sofia Hipólito Proença

Nº de Estudante: 2008008158

# Qualidade Organizacional nas USF: Candidatura ao Modelo Organizacional B na USF CelaSaúde

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientador de Estágio na FEUC: Professor Doutor Pedro Torres

Entidade: USF CelaSaúde

Orientador na Entidade: Dra. Maria Teresa Tomé

Coimbra, Julho de 2013

## **Agradecimentos**

As simples palavras de agradecimento que irei escrever neste espaço são dedicadas a um conjunto de pessoas que de uma forma direta ou indireta me permitiram chegar até aqui e me ajudaram a percorrer os cinco anos desta vida académica com momentos que jamais esquecerei.

Ao meu orientador da FEUC, Professor Doutor Pedro Torres pela disponibilidade, pelos conselhos e sugestões dadas durante todo o processo de escrita deste relatório.

Á Dra. Maria Teresa Tomé, Coordenadora da USF CelaSaúde, pela oportunidade de realizar este estágio na USF e por toda a disponibilidade, aprendizagem, motivação e apoio prestados.

A toda a equipa de profissionais da USF CelaSaúde, pela forma tão acolhedora com que me receberam e integraram na realidade da USF, pela disponibilidade e vontade de ajudar sempre demonstradas, bem como pela paciência e apoio.

Á minha colega de estágio, Maria João Negrão, pela ajuda, apoio e cooperação que sempre demonstrou (espero ter correspondido na mesma medida).

Á Liliana Barracho, pela amizade especial que nos une e que espero que perdure e pelos momentos inesquecíveis partilhados ao longo destes cinco anos.

A todos os meus colegas de curso com quem convivi, pela amizade que fica e pela aprendizagem conjunta que sem dúvida contribuiu para muito daquilo que hoje sou.

Todo este trabalho assim como todo o meu percurso académico se deve às pessoas mais importantes na minha vida: a minha família. Um agradecimento especial aos meus pais por dedicarem grande parte da sua vida a mim e me proporcionarem, muitas vezes com sacrifícios, todas as condições necessárias para chegar até aqui; ao meu irmão por todo o apoio, paciência e conselhos que durante toda a minha vida me proporcionou; e ao resto da minha família que sempre estiveram lá quando mais precisava.

Um sincero Muito Obrigada a todos por tudo!

## **Resumo**

O presente relatório pretende explicitar todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio curricular, inserido no âmbito do Mestrado em Gestão, que decorreu entre Setembro de 2012 e Fevereiro de 2013, na Unidade de Saúde Familiar (USF) CelaSaúde em Coimbra, desenvolvido na área da gestão da qualidade. O tema escolhido pretende abordar a qualidade organizacional como forma de melhoria do serviço prestado baseada numa melhor organização dos elementos que compõem toda a estrutura organizacional de uma USF. Na escolha deste tema pesou o facto de ele ter vindo a ganhar importância no setor da saúde, uma vez que existe uma aposta clara das entidades de saúde – neste caso em particular, das USF's - em prestar serviços mais completos e com maior qualidade aos seus utentes, de modo a atingirem o nível de excelência na prestação de cuidados de saúde.

Todo o trabalho que foi desenvolvido na USF CelaSaúde visou atingir o objetivo de entrada num modelo organizacional mais exigente, e por forma a obter a aprovação nesse modelo, foram analisadas, definidas e aplicadas medidas corretivas que serão descritas no presente relatório. Depois de realizado o estágio apercebe-se de que a USF CelaSaúde apresenta já melhorias significativas na sua estruturação e organização (melhoria e simplificação de processos administrativos – gestão de stocks, gestão de correspondência, gestão de comunicação e informação interna, entre outros) evidenciando que os Modelos Organizacionais aplicados aos serviços de saúde são ferramentas fundamentais, capazes de garantir a qualidade organizacional e com isso evidenciar uma maior organização e transparência nos serviços prestados.

**Palavras-chave:** Qualidade em Serviços de Saúde, Qualidade Organizacional, Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional (DiOr) e Modelo Organizacional B

## **Abstract**

This report aims to explain all the work done over the curricular internship, within the framework of the Master in Management, held between September 2012 and February 2013, in the Family Health Unit (FHU) CelaSaúde in Coimbra, developed in the area of Quality Management. The chosen theme seeks to address organizational quality as a way to improve service, based on a better organization of the elements that compose all the entire organizational structure of an FHU. The choice of this theme is related with his increasing importance in the healthcare sector, since there is a clear commitment of health authorities – in this particular case, of the FHU - on providing more complete services with the highest quality levels to their users in order to achieve excellence in health care treatments.

All the work that has been developed at the FHU CelaSaúde was related with the objective of entry a more demanding organizational model. In order to get this model accredited, were analysed, defined and implemented corrective measures, described later in this report. After performing this internship, we realize that FHU CelaSaúde already shows significant improvements in their structure and organization such as the improvement and simplification of administrative procedures like stocks management, correspondence management, management communication and internal information. In conclusion, we can say that Organizational Models applied to health services are fundamental tools that ensure organizational quality and transparency in services.

**Keywords:** Health Services Quality, Organizational Quality, Organizational Development Diagnosis (DiOr) and Organizational Model B.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ARS – Administração Regional de Saúde

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DiOr – Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional

ENA – Equipa Nacional de Avaliação

ERA – Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento

ETO - Equipa Técnica Operacional

IPAC – Instituto Português de Acreditação

JCI – *Joint Commission International*

MCSP – Missão de Cuidados de Saúde Primários

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SNS – Serviço Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

## **Lista de Tabelas**

<b>Tabela 1</b> – Definições e contributos para a Qualidade.....	12
<b>Tabela 2</b> – As características específicas dos serviços e as suas implicações.....	19
<b>Tabela 3</b> – Critérios de Análise de Candidaturas .....	41

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	11
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	12
1.1. Gestão da Qualidade .....	12
1.1.1. Introdução .....	12
1.1.2. Qualidade e as suas dimensões .....	12
1.1.3. Princípios .....	15
1.1.4. Metodologia de Avaliação da Qualidade .....	16
1.1.5. Qualidade em Serviços de Saúde .....	18
1.1.5.1. Qualidade em Serviços .....	18
1.1.5.2. Qualidade em Saúde .....	21
1.1.5.3. Modelos de Qualidade em Saúde .....	23
1.2. Sistema de Gestão da Qualidade .....	28
1.2.1. Introdução .....	28
1.2.2. Implementação de um SGQ .....	28
1.2.2.1. Vantagens e custos da implementação de um SGQ .....	29
1.2.2.2. Normas ISO 9000 .....	30
1.2.3. Formalização de um SGQ .....	31
1.2.3.1. Abordagem por Processos .....	31
1.2.3.2. Documentação e o seu controlo .....	33
1.2.3.3. Responsabilidade da Gestão .....	35
1.2.3.4. Monitorização, Análise e Melhoria .....	36
1.2.4. SGQ como melhoria na Qualidade Organizacional .....	36
1.3. Modelos Organizacionais nas USF's .....	37
1.3.1. Tipos e características dos vários modelos .....	37
1.3.2. Processo de Candidatura .....	38
1.3.3. Métodos de Avaliação .....	43
CAPÍTULO 2 – O ESTÁGIO .....	46
2.1. Introdução .....	46
2.2. Apresentação da organização: USF CelaSaúde .....	46
2.3. Principais Atividades Desenvolvidas .....	51
2.4. Qualidade Organizacional na USF CelaSaúde: Grelha DiOr-USF .....	54
CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES .....	67
3.1. Análise Crítica .....	67
3.2. Perspetivas Futuras .....	71
3.3. Conclusão .....	72



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	74
LEGISLAÇÃO .....	76
REFERÊNCIAS WEB .....	77
ANEXOS.....	78

## Sumário de Anexos

<b>Anexo I</b> – Formulário de Candidatura ao Modelo A.....	79
<b>Anexo II</b> – Indicadores base contratualizados de incentivos institucionais para USF.....	81
<b>Anexo III</b> – Indicadores de desempenho assistencial contratualizados para atribuição de incentivos institucionais com USF .....	82
<b>Anexo IV</b> – Métrica de avaliação para atribuição de incentivos institucionais.....	83
<b>Anexo V</b> – Métrica de avaliação para atribuição de incentivos financeiros .....	84
<b>Anexo VI</b> – Indicadores de avaliação para atribuição de incentivos financeiros .....	85
<b>Anexo VII</b> – Guia para Aplicação do Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF, DiOr – USF .....	86
<b>Anexo VIII</b> – Estrutura de um Procedimento antes da Auditoria .....	90
<b>Anexo IX</b> – Estrutura de um Procedimento após Auditoria .....	91

## Sumário de Figuras

<b>Figura 1</b> – As várias dimensões da Qualidade .....	14
<b>Figura 2</b> – Modelo de Excelência da EFQM .....	17
<b>Figura 3</b> – Modelo de Excelência de Malcolm Baldrige .....	18
<b>Figura 4</b> – Modelo dos Gaps da Qualidade em Serviços .....	20
<b>Figura 5</b> – Modelo de um SGQ baseado em processos .....	32
<b>Figura 6</b> – Hierarquia da Documentação de um SGQ .....	33
<b>Figura 7</b> – Candidaturas a USF por anos (de 2006 a 2013) .....	46
<b>Figura 8</b> – DiOr-USF, ponto 1.1 – Desenvolvimento da Equipa, critério A .....	55
<b>Figura 9</b> – DiOr-USF, ponto 1.1 – Desenvolvimento da Equipa, critérios E e F .....	55
<b>Figura 10</b> – DiOr-USF, ponto 1.3 – Gestão e Comunicação na USF, critério B .....	56
<b>Figura 11</b> – DiOr-USF, ponto 1.3 – Gestão e Comunicação na USF, critério F .....	56
<b>Figura 12</b> – DiOr-USF, ponto 1.4 – Instrumentos da USF, critério D – Manual de Procedimentos .....	57
<b>Figura 13</b> – DiOr-USF, ponto 1.6 – Aprovisionamento, critério A .....	57
<b>Figura 14</b> – DiOr-USF, ponto 1.7 – Registo de Equipamento e Material, critérios A e B .....	58
<b>Figura 15</b> – DiOr-USF, ponto 1.8 – Registos Clínicos, critério A .....	58
<b>Figura 16</b> – DiOr-USF, ponto 1.9 – Acesso de Pessoas Estranhas à USF, critério A .....	58
<b>Figura 17</b> – DiOr-USF, ponto 2.1 – Direitos dos cidadãos nos serviços de saúde, critérios B, C, D e E .....	59
<b>Figura 18</b> – DiOr-USF, ponto 2.1 – Direitos dos cidadãos nos serviços de saúde, critérios H, I e J .....	60
<b>Figura 19</b> – DiOr-USF, ponto 2.1 – Comunicação com os utentes, critério F .....	60
<b>Figura 20</b> – DiOr-USF, ponto 3.1 – Obtenção Atempada de Cuidados e Aconselhamento, critério F .....	61
<b>Figura 21</b> – DiOr-USF, ponto 4.1 – Análise da Eficácia Organizacional, critérios A e B .....	62
<b>Figura 22</b> – DiOr-USF, ponto 4.2 – Boas Práticas Clínicas, critérios B e C .....	62
<b>Figura 23</b> – DiOr-USF, ponto 4.4 – Comunicação com os Utentes e Profissionais, critério A .....	63
<b>Figura 24</b> – DiOr-USF, ponto 4.5 – Avaliação da Satisfação de Utentes e Profissionais, critérios A e B .....	63
<b>Figura 25</b> – DiOr-USF, ponto 4.5 – Avaliação da Satisfação de Utentes e Profissionais, critério C .....	64
<b>Figura 26</b> – DiOr-USF, ponto 4.9 – Carta da Qualidade, critério A .....	64
<b>Figura 27</b> – DiOr-USF, ponto 4.10 – Monitorização e Discussão da Contratualização, critérios A e B .....	64
<b>Figura 28</b> – DiOr-USF, ponto 4.10 – Monitorização e Discussão da Contratualização, critério D .....	65

## **INTRODUÇÃO**

Este relatório visa dar a conhecer todo o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular que decorreu entre setembro e fevereiro de 2013, na USF CelaSaúde, em Coimbra, com ênfase em atividades relacionadas com a candidatura da USF CelaSaúde a um novo modelo organizacional: o modelo organizacional B.

A USF CelaSaúde presta cuidados de saúde primários, através de uma equipa que privilegia a acessibilidade e a prestação de cuidados de saúde com altos níveis de qualidade, satisfazendo utentes e profissionais.

A temática da qualidade é cada vez mais uma preocupação em serviços de saúde, onde existe uma aposta clara na melhoria organizacional das USF's através da implementação de modelos organizacionais assentes numa autonomia de gestão técnica e profissional, baseado no trabalho em equipa e na responsabilização coletiva pelos resultados obtidos. Dentro desta perspetiva, a USF CelaSaúde candidatou-se a um modelo organizacional mais exigente, necessitando de um trabalho e esforço conjunto para o cumprimento de todos os requisitos necessários à entrada num novo modelo.

O presente relatório incide sobre esta temática, qualidade organizacional nas USF's, estando dividido em três capítulos: no primeiro é feito um enquadramento teórico, onde são aprofundados temas como a gestão da qualidade, a qualidade em serviços, a qualidade em saúde e os vários modelos organizacionais de USF. Numa segunda fase, é apresentada a USF, as suas principais atividades e a sua organização; são também descritas todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, de onde se destaca a análise feita através da grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF, que permitiu à USF CelaSaúde obter uma avaliação interna do desempenho organizacional, identificar problemas e implementar ações de melhoria.

Por último, são apresentadas as conclusões do relatório que incluem uma análise crítica e algumas propostas de melhoria, uma perspetiva futura e os principais contributos de todo o trabalho desenvolvido.

## CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1. Gestão da Qualidade

#### 1.1.1. Introdução

Ao contrário do que se possa pensar, as preocupações com a qualidade sempre existiram e continuarão a existir dada a crescente preocupação das organizações em acrescentar valor aos produtos e serviços que vendem e prestam. A aposta na qualidade tem sido uma prioridade para a maior parte das organizações que, através da satisfação das necessidades dos seus clientes, pretendem ser líderes e vingar num mercado cada vez mais competitivo. Aqui também entram, neste caso particular, as instituições de saúde, que, apesar de não existir verdadeira competição entre elas, estão constantemente preocupadas em prestar os melhores cuidados de saúde aos seus utentes, colocando assim em destaque a qualidade no serviço de saúde prestado.

#### 1.1.2. Qualidade e as suas dimensões

Dada a crescente importância que a qualidade foi adquirindo, ao longo do século XX foram vários os autores que se debruçaram sobre ela, tentando clarificar o seu conceito.

**Tabela 1** – Definições e contributos para a Qualidade

Autor	Definição	Contributo
Joseph Juran (1974)	A Qualidade é entendida como a adequação ao uso.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planeamento da Qualidade</li><li>• Controlo da Qualidade</li><li>• Melhoria da Qualidade</li></ul> Juran considera que se deve relacionar a melhoria da qualidade com o seu planeamento e controlo, e destaca que uma gestão integrada e uma abordagem sistémica são importantes para uma organização atingir os objetivos a que se propôs.

Fonte: Adaptado de Saraiva e Teixeira, 2010

**Tabela 1** – Definições e contributos para a Qualidade (continuação)

Philip Crosby (1979)	Define-se Qualidade enquanto conformidade com os requisitos.	<p><b>Absolutos de Gestão da Qualidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade significa conformidade com os requisitos.</li> <li>• Fazer bem à primeira é a alternativa mais económica. Vale a pena investir na prevenção.</li> <li>• Zero Defeitos. Os erros não devem ser tolerados.</li> <li>• Os Custos da Qualidade são os indicadores preferenciais de desempenho.</li> </ul>
Edwards Deming (2000)	A Qualidade é definida enquanto grau previsível de uniformidade e fiabilidade, com custo reduzido e adequação ao mercado.	Deming defende a ideia de que uma organização deve definir primeiramente os seus padrões de qualidade, e só depois se deve preocupar com a sua capacidade produtiva; só assim as organizações terão força competitiva necessária para alcançar uma posição de liderança no mercado. (Deming, 2000)

Fonte: Adaptado de Saraiva e Teixeira, 2010

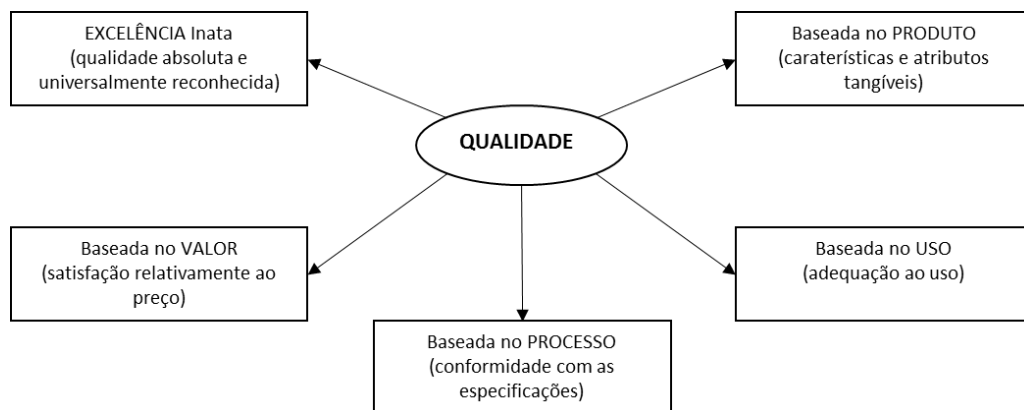
Apesar das várias definições, perceber o conceito de qualidade é algo subjetivo. De facto, a inexistência de uma unidade de medida é uma característica que dificulta ou torna mesmo impossível medir a qualidade com precisão; no entanto, mesmo as características subjetivas devem de alguma forma ser medidas (ou permitir a sua comparação) para que seja possível o seu controlo. Deste modo, para tornar a qualidade mensurável deve-se procurar objetivá-la. Para a simplificar e clarificar devem ser consideradas quatro grandes divisões (Pires, 2004):

- a qualidade da conceção: deve ser medida de modo a incorporar as necessidades e expectativas do consumidor;
- a qualidade do fabrico/prestação de serviço: deve ser medida tendo em conta a conformidade do produto/serviço face às especificações;
- a qualidade na utilização: é a capacidade do produto/serviço em corresponder ao que o consumidor espera dele; e
- a qualidade relacional: mede a eficácia dos contactos com clientes dado que todas as pessoas que contactam com clientes influenciam a qualidade do produto/serviço.

A qualidade compreende também um conjunto de características divididas em funcionais e técnicas. As características funcionais são aquelas que, de uma forma direta, são úteis ao consumidor e permitem que o produto responda às necessidades dos consumidores; temos como exemplos, a velocidade, a comodidade, a fiabilidade, entre outras. Já as características técnicas são aquelas que resultam de uma solução técnica encontrada, como por exemplo, material, peso, altura, entre outras (Pires, 2004).

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, pode dizer-se que a qualidade é o *“grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas”* (norma NP EN ISO 9000:2005). Percecionada de diferentes formas pelo consumidor e produtor, a qualidade pode ser evidenciada em várias dimensões (Figura 1) que traduzem a passagem da produção em massa para a necessidade de ajuste do produto/serviço às necessidades específicas de cada cliente e que evidenciam uma clara aposta na prevenção, melhoria e inovação (Lisboa, et al., 2004).

**Figura 1 – As várias dimensões da Qualidade**



Fonte: Adaptado de Gunesakaran et al.,1998 *apud* Lisboa, et al., 2004, pág. 105

A qualidade deixou de ser vista apenas ao nível do produto, passando a abarcar a organização no seu todo e como tal passou a dizer respeito a todas as pessoas, todos os processos e a todas as atividades, tornando-se indispensável a sua gestão (Lisboa, et al., 2004). A gestão da qualidade deve por isso ser encarada como uma vertente 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 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).

### **1.1.3. Princípios**

Para que a Gestão da Qualidade seja dirigida no sentido de melhores desempenhos de uma organização, é preciso que tenha por base um conjunto de princípios que têm como objetivo principal a melhoria contínua, não esquecendo o foco no cliente e a satisfação das suas necessidades. Designados por Princípios de Gestão da Qualidade, estes devem ser adotados pela gestão de topo e encontram-se presentes na Norma ISO 9000:2005.

#### Focalização no cliente

*“As organizações dependem dos seus clientes e, conseqüentemente, deverão compreender as suas necessidades, atuais e futuras, satisfazer os seus requisitos e esforçar-se por exceder as suas expectativas”.*

#### Liderança

*“Os líderes estabelecem unidade no propósito e na orientação da organização. Deverão criar e manter o ambiente interno que permita o pleno envolvimento das pessoas para se atingirem os objetivos da organização”.*

#### Envolvimento das pessoas

*“As pessoas, em todos os níveis, são a essência de uma organização e o seu pleno envolvimento permite que as suas aptidões sejam usadas em benefício da organização”.*

#### Abordagem por processos

*“Um resultado desejado é atingido de forma mais eficiente quando as atividades e os recursos associados são geridos como um processo”*

#### Abordagem da gestão como um sistema

*“Identificar, compreender e gerir processos inter-relacionados como um sistema, contribui para que a organização atinja os seus objetivos com eficácia e eficiência”.*



### Melhoria contínua

*“A melhoria contínua do desempenho global de uma organização deverá ser um objetivo permanente dessa organização”.*

### Abordagem à tomada de decisões baseada em factos

*“As decisões eficazes são baseadas na análise de dados e de informações”.*

### Relações mutuamente benéficas com fornecedores

*“Uma organização e os seus fornecedores são interdependentes e uma relação de benefício mútuo potencia a aptidão de ambas as partes para criar valor”.*

Para além destes, existem ainda outros princípios base da gestão da qualidade que derivam das diferentes visões dos principais gurus da qualidade (tais como os que já foram referidos anteriormente) (Lisboa, et al., 2004):

- Visão de longo-prazo,
- Trabalho em equipa,
- Eliminação das variações desnecessárias do processo,
- Formação,
- Liberdade na procura de novas soluções,
- Autonomia e autocontrolo,
- Consenso em torno dos grandes objetivos.

#### **1.1.4. Metodologia de Avaliação da Qualidade**

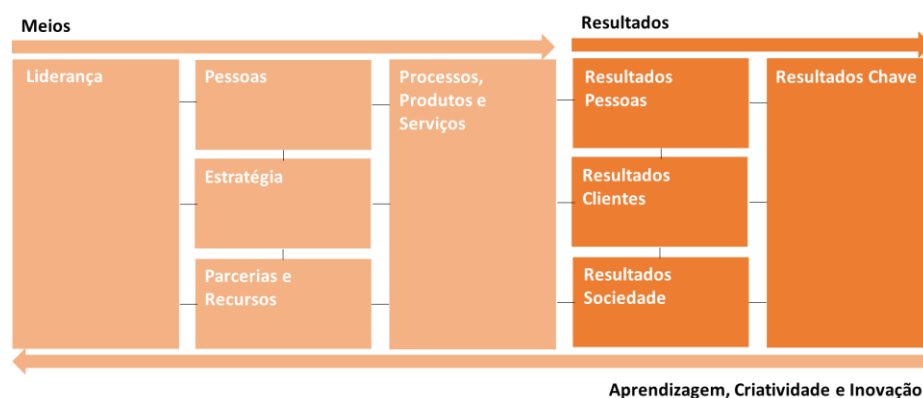
As organizações que pretendem atingir o expoente máximo de qualidade nos produtos/serviços que vendem/prestam devem implementar os princípios referidos anteriormente num sistema estruturado (Sistema de Gestão da Qualidade – tema que será abordado mais à frente) que identifique, coordene e documente as atividades relacionadas com a qualidade (Lisboa, et al., 2004).

Uma das formas que a organização tem para diagnosticar e autoavaliar o seu sistema de qualidade é através dos modelos de excelência. Estes modelos permitem difundir práticas de gestão direcionadas para a satisfação dos clientes e para a melhoria contínua e facilitam

também a partilha de informação entre empresas e o conhecimento dos benefícios das estratégias que visam a qualidade. Com eles, a organização é capaz de aferir o nível de implementação dos diferentes princípios da qualidade, podendo orientar ações de melhoria e monitorizar os progressos alcançados, de modo a conduzi-la à excelência organizacional. O reconhecimento da excelência organizacional é feito através de prémios de excelência atribuídos em diferentes países e para vários tipos de organizações (privadas, públicas, pequenas e médias, instituições de ensino, saúde, entre outras) (Lisboa, et al., 2004). Os prémios de excelência mais conhecidos são:

- o Deming Prize, que tem como propósito: *“Atribuir prémios às organizações reconhecidas por terem implementado com êxito mecanismos de controlo da qualidade de todas as suas atividades, baseados no controlo estatístico da qualidade. A atribuição do prémio dependia ainda da existência de razões que levassem a crer que estas organizações seriam capazes de o continuar a fazer no futuro.”* (Nakhai & Neves, 1994 *apud* Moura e Sá, 2013)
- o European Foundation Quality Management Award (EFQM Award), que tem como premissa: *“Resultados excelentes no que se refere ao **Desempenho** da organização, aos **Clientes**, às **Pessoas** e à **Sociedade** são alcançados através de uma **Liderança** eficaz que conduza a **Política e Estratégia**, as **Pessoas**, as **Parcerias**, os **Recursos** e os **Processos**.”* (EFQM, 1999 *apud* Moura e Sá, 2013)

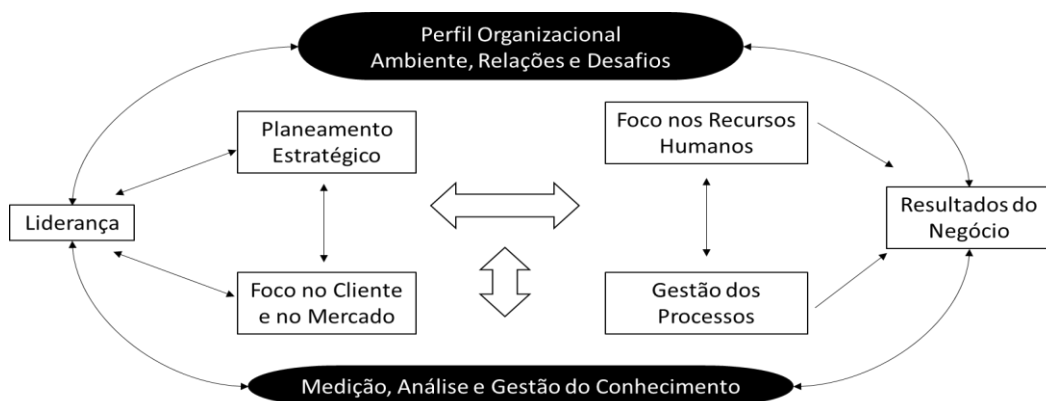
Figura 2 – Modelo de Excelência da EFQM



Fonte: Elaborado pela autora *apud* EFQM, 2012

- e o Malcolm Baldrige National Quality Award, que tem como propósito: “Promover a Qualidade enquanto fator de importância crescente na competitividade das empresas, a compreensão da existência de um conjunto de requisitos necessários para um desempenho organizacional que procura a excelência e a partilha de informação relativa a estratégias de qualidade bem sucedidas e aos seus benefícios” (Nakhai & Neves, 1994 *apud* Moura e Sá, 2013).

**Figura 3 – Modelo de Excelência de Malcolm Baldrige**



Fonte: Elaborado pela autora *apud* Moura e Sá, 2013

Apesar de diferentes entre si, os vários modelos de excelência reúnem um conjunto de requisitos que refletem os valores, conceitos e princípios da Gestão da Qualidade já referidos anteriormente. Como se irá ver de seguida, estes modelos, apesar de o poderem ser, não são aplicados pelas instituições de saúde em Portugal, privilegiando-se mais outros modelos organizacionais e os modelos de acreditação.

### 1.1.5. Qualidade em Serviços de Saúde

A indústria dos serviços teve um grande crescimento nas últimas três décadas, o que levou a considerar a qualidade não como conformidade com os requisitos mas como satisfação do cliente igualando e/ou ultrapassando as suas expectativas (Kelemen, 2003).

#### 1.1.5.1. Qualidade em Serviços

Os serviços são atos, processos, desempenhos com uma natureza essencialmente intangível/não palpável/invisível. Enquanto atividade económica, um serviço inclui todas

as atividades cujo *output* não é um produto físico ou construção, sendo normalmente consumido no momento em que é produzido, fornecendo valor acrescentado (como conveniência, conforto, divertimento,...) e que é essencialmente intangível para o seu primeiro comprador (Coelho, 2013). Por tudo isto, muitas organizações ligadas apenas à produção passaram a prestar serviços como complemento aos seus produtos, obtendo assim uma vantagem competitiva face aos seus concorrentes.

A crescente importância dos serviços na indústria fez com que as organizações comesçassem a olhar para os serviços com outros “olhos”, tentando perceber as suas características, vantagens e problemas; nasce assim a gestão de serviços. Como se pode ver na Tabela 2, os serviços possuem características específicas que os tornam diferentes dos produtos, e como tal, a gestão de serviços apresenta desafios e questões tendencialmente diferentes dos da gestão de produtos.

**Tabela 2 – As características específicas dos serviços e as suas implicações**

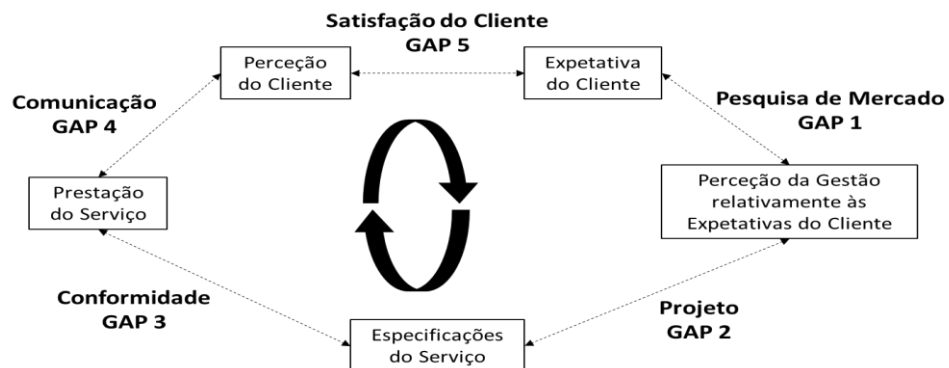
<b>Produtos</b>	<b>Serviços</b>	<b>Implicações</b>
Tangíveis	Intangíveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não armazenável.</li> <li>• Maior dificuldade em patentear.</li> <li>• Difícil de comunicar/mostrar/avaliar.</li> <li>• Difícil estabelecer preço.</li> </ul>
Standardizados	Heterogéneos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A prestação do serviço e a satisfação do cliente dependem das ações dos empregados.</li> <li>• A qualidade do serviço depende de muitos fatores incontroláveis.</li> <li>• Não há certeza de que o serviço prestado seja o planeado e comunicado.</li> </ul>
Produção e consumo em separado	Produção e consumo em simultâneo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os clientes influenciam-se uns aos outros.</li> <li>• Os empregados influenciam o serviço prestado.</li> <li>• A descentralização pode ser essencial para customizar.</li> <li>• A produção em massa é difícil (e logo obter economias de escala).</li> </ul>
Não perecíveis	Perecíveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É difícil sincronizar a procura e oferta do serviço.</li> <li>• Os serviços não podem ser devolvidos ou revendidos.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Zeithaml, Valerie A., Parasuraman A., and Berry, Leonard L., (Spring 1985) *Problems and Strategies in Services Marketing*, Journal of Marketing 49: 33-46.

A intangibilidade e a perecibilidade dos serviços dificultam a avaliação dos mesmos. Como tal, a gestão dos serviços engloba uma componente dedicada à Qualidade, definindo-a como “o grau e a direção da discrepância entre as percepções e expetativas do cliente do serviço.”<sup>1</sup> (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1985). Neste caso, a qualidade resulta da comparação entre as percepções e as expetativas que o cliente tem do serviço. No entanto, segundo os mesmos autores existem cinco *gaps* (ou hiatos) que fazem com que as percepções e expetativas nem sempre se aproximem, isto é, cinco *gaps* que evidenciam problemas na qualidade do serviço e que poderão permitir às organizações melhorar a qualidade do serviço através da sua correção. O Modelo dos *Gaps* da Qualidade em Serviços (Figura 4) classifica os *gaps* como:

- **GAP 1** – Pesquisa de mercado (a gestão da organização desconhece o que os clientes desejam);
- **GAP 2** – Projeto (desenvolvimento deficiente do serviço/padrões do serviço);
- **GAP 3** – Conformidade (o serviço prestado não é o concebido);
- **GAP 4** – Comunicação (o serviço prestado não é o prometido);
- **GAP 5** – Satisfação do cliente (este *gap* é o resultado do somatório dos restantes *gaps*; como tal, só existe este *gap* se pelo menos um dos outros existir, isto é, se não existirem os outros *gaps* significa que não existe diferença entre aquilo que o cliente percebe e as suas expetativas).

**Figura 4 – Modelo dos Gaps da Qualidade em Serviços**



Fonte: Elaborado pela autora *apud* Moura e Sá, 2013

<sup>1</sup> Tradução livre da autora. No original “the degree and direction of discrepancy between customers’ service perceptions and expectations” (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1985).

Um outro modelo que permite avaliar a qualidade de um serviço é o SERVQUAL. Tendo por base o modelo dos *gaps*, o SERVQUAL (também ele desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml and Berry) considera que a qualidade do serviço pode ser medida tendo em conta um conjunto de cinco determinantes (Coelho, 2013):

- Consistência (grau com que o serviço prometido é cumprido);
- *Responsiveness* (vontade de ajudar o cliente e de prestar o serviço prontamente);
- Confiança (os conhecimentos e cortesia dos empregados e a capacidade da organização e dos seus empregados em inspirar confiança);
- Empatia (tratar os clientes como indivíduos, a atenção individualizada prestada aos clientes);
- Tangíveis (o aspeto das instalações, o equipamento, o pessoal e os materiais de comunicação).

Os autores defendem que estas determinantes devem ser incluídas num questionário de avaliação da satisfação dos clientes da organização com uma escala numérica (geralmente de 1 a 5, sendo 1 e 5 a pior e a melhor classificação, respetivamente), conseguindo-se assim uma mensuração geral da qualidade de serviços. Apesar de admitirem que, tendo em conta a pesquisa que realizaram, estas cinco determinantes eram os aspetos mais utilizados pelos clientes para avaliar a qualidade do serviço prestado, os autores não deixam de realçar que a escala SERVQUAL poderá ser adaptada tendo em conta o tipo de serviço e os atributos mais relevantes e que mais se adequam ao serviço em causa.

#### **1.1.5.2. Qualidade em Saúde**

A qualidade em saúde apresenta alguns aspetos diferentes da qualidade de outros setores, tais como a relação utente/prestador de cuidados de saúde (qualidade relacional) e o conhecimento, as motivações e as habilidades do prestador (qualidade técnica); no entanto, existem aspetos da qualidade de outros setores que a qualidade em saúde pode aproveitar: preocupação com as necessidades e exigências dos clientes, preocupação com a qualidade e todos os seus aspetos, e investimento na qualidade e na garantia da mesma. As duas categorias da qualidade referidas derivam das particularidades dos serviços de

saúde: a qualidade técnica representa a aplicação da ciência da medicina para responder da forma mais adequada aos problemas de saúde do utente e a qualidade relacional refere-se à interação entre o utente e o profissional de saúde, o que é bem mais difícil de caracterizar pois depende das expectativas do utente.

A qualidade em saúde tem vindo a ganhar mais relevância a nível mundial, incluindo em Portugal, passando mesmo a constar da agenda da política nacional a partir da década de 90. A avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, nas esferas do público, privado e social, assegurando a todos os utentes o acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados, é o grande desafio para os profissionais da área da saúde. No entanto, existem em Portugal algumas condicionantes que têm de ser bem geridas para que não ponham em causa a qualidade dos serviços de saúde: alterações demográficas e envelhecimento da população, a crescente complexidade dos cuidados de saúde, o desenvolvimento tecnológico, o aumento das expectativas dos utentes e os problemas associados ao financiamento (Sousa, J. Pinto, Costa e Sousa Uva, 2008).

Atualmente, e no âmbito da gestão da qualidade, os serviços de saúde têm por objetivos: *“melhorar o acesso aos cuidados, melhorando a cobertura e o acesso em tempo útil e equitativo; melhorar a qualidade de cuidados, particularmente os prestados a doentes crónicos e outros mais afetados pela descoordenação da prestação; promover a eficiência da utilização dos recursos; melhorar a participação dos cidadãos; melhorar a satisfação de cidadãos e prestadores e melhorar os resultados em saúde”* (Plano de Desempenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde, 2009).

Tendo em conta os referidos objetivos são adotados em Portugal vários modelos para a qualidade em saúde, sendo eles as normas ISO 9000 e os vários modelos de acreditação: a acreditação pelo *Joint Commission International (JCI)*, pelo *Health Quality Service* (antigo *King’s Fund*) e pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)* – é o modelo de acreditação aplicado pelas USF’s. Todos eles serão analisados em seguida.

### **1.1.5.3. Modelos de Qualidade em Saúde**

#### **1.1.5.3.1. Normas ISO aplicadas ao setor da Saúde**

Segundo a *International Organization for Standardization* (ISO), a família ISO 9000 aborda vários aspetos da gestão da qualidade e contém alguns dos melhores padrões conhecidos da ISO. Os padrões fornecem orientações e ferramentas para empresas e organizações que querem garantir que os seus produtos e serviços atendem as necessidades do cliente e que a qualidade é melhorada.<sup>2</sup>

Tendo sempre por base os princípios da gestão da qualidade já referidos, as normas ISO poderão ser aplicadas a instituições de saúde, existindo mesmo um *“Guia Interpretativo para a aplicação da Norma NP EN ISO 9001 para Serviços de Saúde”* da autoria de Filipa Homem Christo (que faz parte da equipa do Departamento da Qualidade em Saúde da Direção Geral da Saúde).

#### **1.1.5.3.2. Acreditação**

A atividade de acreditação consiste na avaliação e reconhecimento da competência técnica de organizações para efetuar atividades específicas de avaliação da conformidade (e.g. ensaios, calibrações, certificações e inspeções). A acreditação é um processo voluntário que permite às organizações ganhar e transmitir confiança na execução de determinadas atividades técnicas, ao confirmar a existência de um nível de competência técnica mínimo, reconhecido internacionalmente. Importa referir que a acreditação e a certificação são diferentes em vários aspetos, nomeadamente nos critérios e metodologias usadas, bem como por haver apenas uma entidade acreditadora em Portugal (o Instituto Português da Acreditação, IPAC), a qual efetua a regulação dos organismos de certificação.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Tradução livre da autora do site: ISO – International Organization for Standardization “Management system standards - ISO 9000” [http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso\\_9000.htm](http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm) [26 de julho de 2013].

<sup>3</sup> Instituto Português da Acreditação “ A Acreditação” <http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp> [26 de julho de 2013].



De seguida serão explicitados os diferentes tipos de acreditação mais utilizados por instituições de saúde em Portugal e a nível internacional: a acreditação pelo *Joint Commission International* (JCI), pelo *Health Quality Service* (antigo *King's Fund*) e pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). Será também descrita a evolução da acreditação no sistema de saúde português.

#### **Acreditação pelo Joint Commission International (JCI)<sup>4</sup>**

A JCI é uma divisão da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, organismo dos Estados Unidos da América responsável pela acreditação das unidades de saúde. A JCI iniciou a sua atividade em 1994 procurando responder à necessidade evidente quanto às normas de qualidade aplicáveis às diferentes organizações de saúde. Neste sentido, preocupa-se em definir normas para a acreditação de acordo com os requisitos estabelecidos no sentido da garantia da qualidade; no entanto, tendo em conta a existência de legislação específica em cada país, a JCI garante que as normas de acreditação serão adaptadas ao regime legal de cada país, sempre com o objetivo de trabalhar com as 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.

#### **Acreditação pelo Health Quality Service (antigo King's Fund)<sup>5</sup>**

O *King's Fund* nasceu em 1897 pelas mãos do Príncipe de Gales da época, tendo como objetivo a recolha e distribuição de fundos de apoio aos mais carenciados para que estes pudessem usufruir dos hospitais privados de Londres, que naquele tempo eram os únicos a oferecer serviços de saúde disponíveis. Posteriormente começou a estender suas atividades, começando a inspecionar hospitais e incentivar uma distribuição mais racional dos serviços de saúde tendo em conta o elevado crescimento da cidade. Com a implementação *National Health Service* em 1948 – serviço de saúde financiado pelos impostos e por isso disponível a todos os que dele precisavam – surgiu a necessidade de

---

<sup>4</sup> Tradução livre da autora do site: JCI - Joint Commission International <http://pt.jointcommissioninternational.org/> [26 de julho de 2013].

<sup>5</sup> Tradução livre da autora do site: King's Fund – "History" <http://www.kingsfund.org.uk/about-us/our-history> [26 de julho de 2013].

reavaliar o papel assistencial do *King's Fund*, abrindo-se a possibilidade de novos rumos para o seu trabalho. O *King's Fund* passou a desenvolver atividades de formação para as boas práticas e de disponibilização de fundos para as iniciativas que resultassem em ganhos em saúde para a população de Londres.

Na década de 1980 o *King's Fund* criou uma unidade de pesquisa e análise da política de saúde, e lançou um serviço de auditoria que agora é valorizado pelas organizações de saúde - o *Health Quality Service*. Este modelo tem assim o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, principalmente os hospitalares, com base em 55 padrões (que se dividem em três categorias: os obrigatórios para a acreditação, as recomendações e os padrões de excelência) que avaliam a qualidade dos serviços de saúde da organização.

### **Acreditação pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)***

A *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)* é uma organização do Ministério da Saúde e Bem-Estar Social do Governo da Andaluzia, Espanha, criado em 2002 com objetivo de promover e desenvolver o Modelo de Qualidade de Andaluz. Para atingir esse objetivo, a ACSA permanece como entidade certificadora de centros e unidades de saúde, qualificação profissional, educação continuada e páginas da web, de acordo com o Modelo de Acreditação do Sistema Público de Saúde Andaluz, sempre procurando a excelência em cuidados de saúde e a promoção de uma cultura de melhoria contínua, permitindo transmitir confiança aos utentes no serviço de saúde que lhes é prestado.<sup>6</sup>

O Modelo ACSA assenta em três pilares: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão por competências dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde, atuando em cinco áreas distintas:

- I - O Cidadão, como centro do Sistema de Saúde
- II – Integração e continuidade dos Cuidados de Saúde
- III – Profissionais

---

<sup>6</sup> Tradução livre da autora do site: ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía "La Agencia - ¿Qué es la Agencia?" [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/la\\_agencia/que\\_es\\_la\\_agencia/que\\_es\\_la\\_agencia.html](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/la_agencia/que_es_la_agencia/que_es_la_agencia.html) [27 de julho de 2013].

#### IV – Áreas de Suporte

#### V – Resultados

E valorizando, em particular: os direitos dos cidadãos; a segurança; as competências profissionais; a transparência na atuação; os requisitos de rigor técnico e científico na prestação dos cuidados de saúde; os resultados dos processos de saúde; a percepção que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados (Programa Nacional da Acreditação em Saúde, 2009).

#### **Acreditação no Sistema de Saúde Português**

Em Portugal, a acreditação em saúde é uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde, tendo por objetivo o reconhecimento público da qualidade atingida nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, através de uma avaliação objetiva da competência por pares. Deste modo, tem em vista fortalecer a confiança dos cidadãos nacionais e estrangeiros e dos profissionais de saúde, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde e fomentar e disseminar uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, com uma adequada relação custo-benefício (Programa Nacional da Acreditação em Saúde, 2009).

O processo de acreditação em Portugal nasceu em 1999 onde se adotou a metodologia do *King's Fund*; mais tarde, e após se verificar um défice organizacional dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, adotou-se o modelo da *Joint Commission International (JCI)* para acreditação de alguns hospitais. O Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de Dezembro, veio conferir à Direcção-Geral da Saúde as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português, e como tal, em 2009 foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde e aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que define as prioridades para a concretização da política para a qualidade na saúde, nomeadamente, a adoção e adaptação de um modelo nacional de acreditação e a implementação oficial através de um programa nacional de acreditação em saúde (Programa Nacional da Acreditação em Saúde, 2009).

Apesar dos méritos reconhecidos dos modelos de acreditação anteriormente implementados em Portugal, percebeu-se que o Modelo ACSA era o que mais se adaptava ao Sistema de Saúde Português pois foi concebido para um sistema público de saúde de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos. Como tal, o Modelo de Acreditação ACSA foi aprovado como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária, destinando-se a instituições de saúde, na sua totalidade ou a serviços de saúde, e abrange outras áreas de acreditação, nomeadamente, de competências profissionais, de formação contínua e de *websites* com conteúdos de informação sobre saúde. Contudo, o modelo teve de ser adaptado à realidade portuguesa, cabendo por isso ao Departamento da Qualidade na Saúde definir e propor o necessário suporte normativo e regulamentar, bem como identificar áreas e oportunidades de melhoria (Programa Nacional da Acreditação em Saúde, 2009).

## **1.2. Sistema de Gestão da Qualidade**

### **1.2.1. Introdução**

*“O sistema da qualidade é o conjunto das medidas organizacionais capazes de transmitir a máxima confiança de que determinado nível de qualidade aceitável está sendo alcançado ao mínimo custo.”* (Pires, 2004) Trata-se de um “sistema” pois existe uma interação, entre um conjunto de componentes independentes, que visa atingir um objetivo comum a todas elas: a qualidade. Em particular, são definidos os recursos e as responsabilidades de modo a que a organização promova a qualidade de modo viável, efetivo e eficaz.

Um sistema de gestão da qualidade (SGQ) traz inúmeras vantagens para uma organização, ajuda a garantir que os produtos e serviços cumprem aquilo que os clientes esperam deles e também reforça a imagem, eficácia e organização interna da organização, entre outras. Deve por isso ser uma opção clara e estratégica da organização.

No entanto, nem sempre é fácil de implementar principalmente em organizações onde a qualidade está sobretudo focada na fabricação do produto/serviço, ignorando-se a qualidade em aspetos de natureza organizacional e coordenativa. De modo a ajudar as organizações e uniformizar a implementação de um SGQ, a ISO criou um conjunto de normas, a família de normas ISO 9000, que fornecem todos os elementos, orientações e conceitos fundamentais na implementação e desenvolvimento de um SGQ.

No decorrer do estágio foram trabalhados vários aspetos relacionados com um SGQ, e como tal torna-se importante fazer uma pequena contextualização, dando ênfase à questão da melhoria organizacional provocada por um SGQ.

### **1.2.2. Implementação de um SGQ**

A implementação de um SGQ é um processo complexo que requer o envolvimento e participação de toda a organização para que todos dentro da organização tomem consciência de que o SGQ é um sistema de natureza dinâmica e que o seu desenvolvimento estará sempre relacionado com uma ideia de melhoria contínua, tendo sempre por base

uma análise evolutiva dos requisitos dos clientes. Incutida esta filosofia na organização, toda a organização terá presente os principais objetivos de um SGQ (Pires, 2004):

- Fornecer uma abordagem sistemática de todas as atividades que possam afetar a qualidade desde a concepção ao fabrico, desde o estudo de mercado à assistência pós-venda;
- Privilegiar as atividades de prevenção em vez de confiar apenas na inspeção;
- Fornecer uma evidência objetiva de que a qualidade foi alcançada.

#### **1.2.2.1. Vantagens e custos da implementação de um SGQ**

Entre outros aspetos, o SGQ pode auxiliar a organização a definir, implementar, manter e melhorar estratégias que permitam identificar e resolver problemas de qualidade antes que estes originem perdas ou reclamações. Com isso, um SGQ pode trazer para a organização um conjunto de vantagens (Soares e Pinto, 2010):

- Definição para toda a estrutura das prioridades de atuação;
- Identificação das áreas mais sensíveis para o bom desempenho global;
- Simplificação dos circuitos e eliminação das tarefas supérfluas e repetidas;
- Definição, de forma clara (e documentada) das responsabilidades e da autoridade;
- Aumento da motivação dos colaboradores;
- Diminuição do número de erros (e, por consequência, o valor das perdas);
- Melhoria da imagem e reconhecimento público.

No entanto, existem custos associados à implementação de um SGQ; devem-se sobretudo à necessidade de afetação de recursos humanos e materiais, nomeadamente (Soares e Pinto, 2010):

- Afetação de um técnico responsável pela implementação do SGQ e, eventualmente, despesas realizadas na contratação de consultores;
- Afetação de meios materiais para a implementação do sistema;
- Tempo despendido pela gestão no acompanhamento das diversas atividades;
- Tempo despendido pelos colaboradores que constituem a equipa de implementação e dos que colaboraram na elaboração da documentação;

- Investimento na formação dos recursos humanos, nomeadamente custo de oportunidade, do tempo despendido pelos formandos e o custo do formador.

#### **1.2.2.2. Normas ISO 9000**

De acordo com regras da ISO, todas as suas normas devem ser revistas de cinco em cinco anos, percebendo se devem permanecer tal como estão, se devem ser revistas ou se devem ser retiradas. No caso das normas da família ISO 9000, o processo de revisão foi realizado em duas fases, uma em 1994 e outra em 2000. Esta última provocou grandes alterações, passando a família ISO das vinte normas em 1994 para apenas quatro normas principais em 2000. Apesar desta redução, a versão de 2000 reflete as necessidades dos clientes (dado as alterações implementadas terem sido baseadas num questionário realizados às organizações utilizadoras das normas), procurando um alinhamento entre o SGQ e o modo como as organizações gerem as suas atividades, focando-se nos principais processos da organização, dando assim a oportunidade de acrescentar valor e melhorar continuamente o seu desempenho (Capelas e Paiva, 2004).

Atualmente, a família das normas ISO encontra-se com quatro normas principais:

- **A ISO 9000:2005 – Sistemas de Gestão da Qualidade: Fundamentos e Vocabulário** – descrição dos princípios fundamentais da gestão da qualidade e define o vocabulário presente nas normas da família ISO 9000;
- **A ISO 9001:2008 – Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos** – define os requisitos que um SGQ deve cumprir para satisfazer o cliente e cumprir os requisitos especificados para o produto/serviços; desta família, é sem dúvida a norma mais utilizada;
- **A ISO 9004: 2000 Sistemas de Gestão da Qualidade: Linhas de orientação para melhoria do desempenho** – refere-se às principais linhas de orientação que se encontram para lá dos requisitos definidos na ISO 9001, para que seja considerada igualmente a eficácia e a eficiência do SGQ. Num contexto diferente, os objetivos de satisfação do cliente e da qualidade do produto são alargados de modo a incluir a satisfação de todos os *stakeholders* e a melhoria do desempenho da organização;

- A ISO 19011:2012 – Linhas de orientação para auditorias de sistemas de gestão da qualidade e/ou gestão ambiental – define as linhas de orientação para a realização de auditorias a SGQ e a sistemas de gestão ambiental.

### 1.2.3. Formalização de um SGQ

De seguida serão abordados os aspetos principais da formalização de um SGQ, sempre tendo por base os requisitos presentes na norma NP EN ISO 9001:2008.

#### 1.2.3.1. Abordagem por Processos

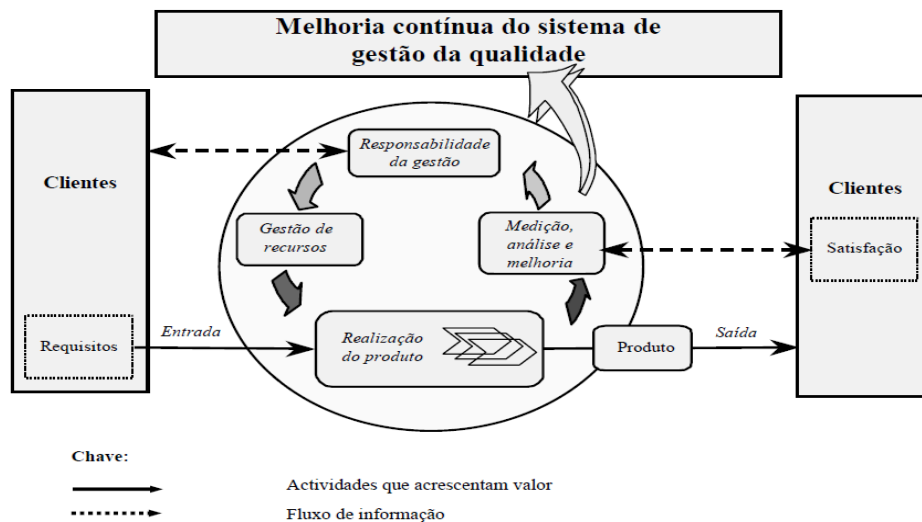
A abordagem por processos foi uma das importantes alterações da revisão das normas ISO 9000. A sua inclusão na implementação do SGQ é uma mais-valia capaz de ajudar a organização a melhorar a sua forma de funcionamento, identificando as atividades sem valor acrescentado, duplicações e ineficiências. Para isso, a organização terá de definir o conjunto de processos necessários diretamente na realização do produto – processos “chave” e processos de “suporte”. Os processos são definidos como um conjunto de atividades que utilizam recursos e estão alinhadas para transformar determinadas entradas em saídas desejáveis (Capelas e Paiva, 2004).

Após a definição dos principais processos, a organização deve identificar a interação entre os mesmos e realizar a sua gestão de modo a produzir o resultado desejado – assim temos a abordagem por processos. De seguida terá de existir um controlo e manutenção de eficácia dos processos que deve ser realizado através da medição, monitorização e análise dos processos, implementando também ações que corrijam eventuais falhas nos objetivos de obtenção dos resultados planeados e da melhoria contínua.

Na Figura 5 podemos visualizar o modelo de um SGQ baseado em processos onde se pressupõe como *input* a identificação das necessidades e expectativas dos clientes (requisitos), o *output* requer o seguimento dos resultados para determinar em que grau foram satisfeitas essas necessidades e expectativas e quais as melhorias introduzidas.



Figura 5 – Modelo de um SGQ baseado em processos



Fonte: NP EN ISO 9001:2008

Como complemento a este modelo poderá ser aplicado a cada processo o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) que se apoia numa metodologia que potencia a melhoria contínua e está assente em quatro fases (NP EN ISO 9001:2008):

- *Plan* (planear): estabelecer os objetivos e os processos necessários para obter resultados de acordo com os requisitos do cliente e as políticas da organização;
- *Do* (executar): implementar os processos;
- *Check* (verificar): monitorizar e medir processos e produto em comparação com políticas, objetivos e requisitos para o produto e reportar os resultados;
- *Act* (atuar): empreender ações para melhorar continuamente o desempenho dos processos.

Por último, importa referir que todos os processos devem estar devidamente documentados com descrição pormenorizada do processo e das suas interações, 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). Como iremos ver de seguida, a documentação dos processos está inserida num conjunto de documentação essencial a um SGQ.

### 1.2.3.2. Documentação e o seu controlo

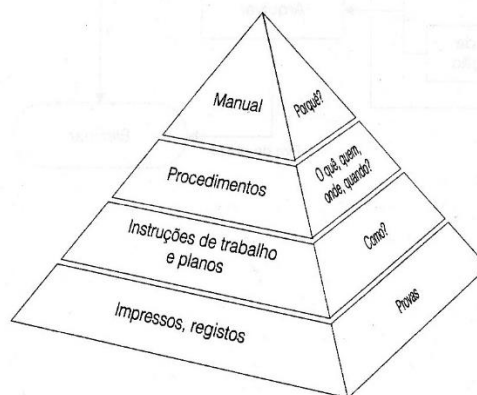
A espinha dorsal de qualquer SGQ é a sua documentação e geralmente a sua elaboração é uma das maiores dificuldades sentidas pelas organizações quando implementam um SGQ pois exige um grande envolvimento ao nível de todos os recursos disponíveis (tanto humanos como materiais), dado a existência de várias interligações entre os diversos documentos de modo a que se crie uma ligação coerente e lógica entre eles. Um documento é um conjunto de dados com significado e respetivo meio de suporte (papel, fotografia, entre outros), tendo como exemplos: os registos, os procedimentos, as instruções, as normas, os relatórios, entre outros (Soares e Pinto, 2010).

Apesar de essencial, a documentação não deve tornar o SGQ excessivamente pesado e burocrático, devendo a organização gerir a documentação e a sua extensão de modo a ser apenas a estritamente necessária e chegar a todos os que dela necessitam (Soares e Pinto, 2010).

#### 1.2.3.2.1. Requisitos de documentação

Atualmente, a documentação de um SGQ possui a hierarquia presente na Figura 6, cumprindo os requisitos exigidos pela norma NP EN ISO 9001:2008.

Figura 6 – Hierarquia da Documentação de um SGQ



Fonte: Soares e Pinto, 2010

Segue-se a descrição pormenorizada dos vários tipos de documentos presentes na hierarquia (Soares e Pinto, 2010):

- **Manual da Qualidade** – documento mais importante, pois descreve todo o sistema de gestão da qualidade, estabelecendo a política de qualidade que a organização pretende desenvolver. Deve incluir: uma breve descrição da organização e dos produtos/serviços que oferece, os objetivos a alcançar em matéria da qualidade, as responsabilidades atribuídas e a autoridade das funções mais relevantes para a área da qualidade.
- **Procedimentos** – descrição das atividades, que podem ser de dois tipos: de sistema ou operacionais. Os procedimentos de sistema estabelecem linhas de orientação e uma metodologia de atuação com vista ao cumprimento, por parte da organização, dos requisitos normativos da qualidade. Noutra perspetiva, os procedimentos operacionais detalham os procedimentos do sistema de forma a clarificar a sua aplicação. Os procedimentos são os meios utilizados pela organização para entender e implementar os processos.
- **Instruções de Trabalho** – são os documentos mais práticos. Conjunto de documentos que descrevem detalhadamente a forma de realização de determinadas atividades. São exemplos: instruções de operação, manuais técnicos, cartas de trabalho, recomendações dos fabricantes, entre outros.
- **Impressos e Registos** – documentos que expressam os resultados obtidos ou comprovam a realização das atividades.

#### **1.2.3.2.2. Controlo de documentos**

Olhando para a hierarquia descrita percebe-se que existem vários tipos de documentos o que obriga a um processo de controlo dos mesmos. Como vimos anteriormente, o manual de qualidade, os procedimentos e as instruções de trabalho são exemplos de documentos; já os impressos são utilizados para implementar procedimentos e instruções, e uma vez preenchidos transformam-se em registos (Pires, 2004). A norma NP EN ISO 9001:2008 defende que deve ser criado um procedimento que permita o controlo dos documentos e outro para o controlo dos registos.

Uma das formas mais fáceis para identificar os vários tipos de documentos é através da elaboração de uma lista onde conste o nome, tipo e número do documento. Com o decorrer da atividade é perfeitamente normal que os documentos circulem pelos vários departamentos da organização, sendo por isso necessário a identificação da entidade emissora e dos seus destinatários, bem como da entidade responsável pela sua remoção e arquivo no caso de se tornarem inválidos e/ou obsoletos (Pires, 2004).

Adicionalmente, o sistema de controlo de documentos deve possibilitar saber em qualquer momento e facilmente o estado de revisão de todos os documentos controlados e onde está o original de cada documento a partir do qual são feitas as cópias necessárias pelos responsáveis pela sua emissão e distribuição (Pires, 2004). Deste modo, é muito importante a definição das responsabilidades relativas ao controlo dos documentos para que assim seja mais fácil geri-los.

#### **1.2.3.3. Responsabilidade da Gestão**

A norma NP EN ISO 9001:2008 enfatiza o papel da gestão no desenvolvimento e implementação de um SGQ e na melhoria contínua da sua eficácia, referindo que a gestão deve comunicar à organização a importância de ir de encontro aos requisitos do cliente, deve estabelecer a política e objetivos da qualidade, deve rever o SGQ e deve assegurar a disponibilização dos recursos necessários (Pires, 2004).

A comunicação feita à organização revela-se um dos aspetos mais importantes, pois espera-se que consiga a identificação de todos os colaboradores com os objetivos e política da qualidade, a difusão dos valores e da cultura da organização, um conhecimento mais preciso das atividades e uma maior consciencialização em relação a aspetos legais, regulamentares e quanto à importância da satisfação dos requisitos do cliente (Pires, 2004).

Segundo a norma NP EN ISO 9001:2008, a revisão do SGQ deve ser efetuada em intervalos de tempo definidos, de modo a assegurar que se mantém apropriado, adequado e eficaz. Esta revisão deve incluir a avaliação de oportunidades de melhoria e as necessidades de alterações ao sistema de gestão da qualidade, incluindo a política da qualidade e os

objetivos da qualidade. Quanto aos recursos, a norma refere que a gestão deve determinar e proporcionar os recursos necessários para implementar e manter o SGQ, melhorando continuamente a sua eficácia e com isso aumentando a satisfação do cliente indo ao encontro dos seus requisitos.

Este comprometimento da gestão revela a evolução que a norma introduziu através de um modelo de gestão da qualidade assente nos princípios da Gestão da Qualidade, nomeadamente, os princípios da Liderança e do Envolvimento das Pessoas.

#### **1.2.3.4. Monitorização, Análise e Melhoria**

Os processos de monitorização, análise e melhoria de um SGQ devem ser implementados com o objetivo de assegurar que o SGQ está de acordo com o que é exigido pela norma ISO 9001:2008 e pela própria organização, e de garantir que está a ser mantido e melhorado com eficácia.

Estes processos passam pela avaliação da satisfação do cliente, pela realização de auditorias internas e pela monitorização e medição do produto e do produto não-conforme. Após a realização destes processos deve ser feita uma análise dos dados obtidos, seguida da implementação das medidas corretivas mais adequadas.

#### **1.2.4. SGQ como melhoria na Qualidade Organizacional**

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente sobre o SGQ, facilmente se percebe que um SGQ contribui para uma melhor organização e definição das atividades e responsabilidades dentro da organização, promovendo uma cultura assente nas pessoas e no trabalho em equipa como forma de alcançar a melhoria contínua interna (ao nível organizacional) e externa (ao nível do produto). A abordagem por processos, a documentação, o comprometimento da gestão e os comportamentos de controlo e prevenção são outros aspetos que evidenciam o aumento da qualidade organizativa trazido por um SGQ.

### 1.3. Modelos Organizacionais nas USF's

#### 1.3.1. Tipos e características dos vários modelos <sup>7</sup>

Os modelos organizacionais são os exemplos de como as USF's se organizam. Nem todas as USF's apresentam o mesmo desenvolvimento organizacional e como tal existem três modelos (A,B e C). A diferença em cada um destes modelos prende-se com o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo de retribuições e incentivos aos profissionais, e com o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. Estes modelos caracterizam-se da seguinte forma:

**Modelo A.** Este modelo corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho da equipa que se candidatou a USF e como tal é a fase inicial de formação de uma USF. Situam-se neste modelo as USF's do setor público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública e que se aplicam ao setor e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram. As USF's têm a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduzem em incentivos institucionais a reverter para as USF's. Todas as USF's permanecem neste modelo até se sentirem preparadas e reúnam as condições para avançar para o modelo seguinte (Modelo B). Esta fase é fundamental em situações onde não esteja implementado o trabalho em equipa e/ou onde não existam práticas de avaliação do desempenho técnico-científico em saúde familiar.

**Modelo B.** Neste caso, o modelo já reflete um maior amadurecimento organizacional, onde os profissionais já trabalham em equipa e desempenham de forma efetiva práticas de saúde familiar, sendo o nível de contratualização de desempenho mais exigente, prevendo-se a participação das USF's num processo de acreditação num período máximo de três anos. Situam-se neste modelo as USF's do setor público administrativo às quais está associado um regime retributivo especial para todos os profissionais (definido pelo Capítulo VII do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto), onde se englobam a

---

<sup>7</sup> Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Despacho nº 24 101/2007.

remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. Tal como acontece no Modelo A, também aqui existe a contratualização de indicadores relacionados com incentivos institucionais e está prevista a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços.

**Modelo C.** É um modelo experimental (a regular por um diploma próprio) com carácter supletivo que visa fazer face a eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF's a constituir definidas em função de quotas estabelecidas pela Administração Regional de Saúde (ARS) e em função da existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, social ou cooperativo, baseando a sua atividade num contrato programa estabelecido com a ARS respetiva e estando sujeitas ao controlo e avaliação externa desta ou de outra entidades autorizadas para o efeito.

### **1.3.2. Processo de Candidatura**

Todas as equipas de profissionais que pretendam constituir uma USF estão sujeitas a um processo de candidatura rigoroso, analisado, acompanhado e avaliado por uma equipa existente em cada uma das ARS: a Equipa Técnica Operacional (ETO). Esta equipa é composta por cinco elementos (três elementos oriundos da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento (ERA) e dois elementos oriundos do Departamento de Contratualização da ARS), o que permite uma participação em todo o processo de "olhares" diversificados enriquecendo a própria análise e convergindo o trabalho de equipas regionais (com missões diferentes mas complementares), afinando metodologias e instrumentos de contratualização e monitorização dos processos de candidatura.

#### **Modelo A**

Quando uma equipa decide constituir uma USF, esta deve candidatar-se ao Modelo Organizacional A. A candidatura divide-se em duas grandes fases<sup>8</sup>:

---

<sup>8</sup> ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde, "USF – Candidaturas" <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/candidaturas/tabid/773/language/pt-PT/Default.aspx> [19 de julho de 2013].

**1ª Fase:** preenchimento de um formulário eletrônico (Anexo I) onde são inseridos alguns dados sobre a nova USF, tais como, a sua identificação, a identificação dos profissionais e a carteira de serviços.

**2ª Fase:** após o preenchimento do formulário, a equipa candidata tem de enviar para o *email* do coordenador da ERA respetiva, no prazo máximo de 48 horas, os documentos complementares a seguir indicados:

- **Listas de Utentes** - Devem ser enviados os mapas dos utentes inscritos por médico distribuídos por grupo etário (0-6 anos; 7-64 anos; 65-74 anos; e >=75 anos), incluindo os dos médicos a mobilizar, assim como o mapa dos utentes inscritos na área da USF sem médico de família, caso se preveja aumento da cobertura assistencial.
- **Comprovativos de Recursos Humanos** - comprovativos dos documentos de titularidade (Exemplo: cópia do cartão de ordem respetiva onde conste a especialidade do titular, cópia de certificados ou do extrato do vencimento) e natureza dos vínculos dos profissionais que se candidatam.
- **Ficha de Recursos Físicos** - caracterização sumária das instalações e equipamentos da USF, incluindo a infraestrutura do sistema de informação, os equipamentos informáticos e as aplicações em utilização ou não pela USF.

Só após a receção de todos estes documentos é que o coordenador da ERA respetiva procederá à sua análise e validação preliminar, admitindo assim a candidatura (num prazo de dez dias úteis), e solicitando ao coordenador do projeto a elaboração e entrega, também por via eletrónica, dos seguintes documentos (num prazo máximo de vinte dias úteis):

- 1) Plano de Ação** – documento anual com objetivos definidos a três anos e metas para o primeiro ano, onde se encontram os compromissos relativos à prestação de cuidados (carteira básica de serviços e carteira adicional de serviços), ao desenvolvimento profissional e à cooperação interdisciplinar dos profissionais;
- 2) Guia de Acolhimento ao Utente** – documento que tem por objetivo fornecer aos utentes informações sobre os serviços disponíveis na USF e orientações sobre os mesmos, promovendo a sua utilização mais eficiente;



**3) Listagem de material e equipamento, se necessário.**

**4) Regulamento Interno** – documento que contém informações sobre a USF (sua identificação e dos seus profissionais; área geográfica de atuação), sobre a sua organização (missão, visão, valores, estrutura orgânica e seu funcionamento), sobre a sua carteira de serviços, entre outros. Contém também regras de funcionamento interno que asseguram a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos à população inscrita nas listas de utentes dos médicos especialistas de medicina geral e familiar que integram a USF;

**5) Carta de Qualidade** - documento escrito dirigido aos utilizadores da USF, em suporte simples de consultar e fácil de entender, onde são identificados e descritos os serviços prestados. Deverá incluir:

- ✓ O compromisso assistencial (informação relevante sobre o funcionamento da unidade de saúde e o modo como os utentes lhe têm acesso, cuidados oferecidos, horários, atendimento telefónico, domicílios, sistema de intersubstituição) e a qualidade do mesmo de acordo com as necessidades avaliadas;
- ✓ A forma de atendimento (cortês, efetivo, personalizado);
- ✓ A garantia de liberdade de escolha dos utentes;
- ✓ O princípio de audição dos utentes;
- ✓ Os mecanismos de reclamação e da respetiva resposta;
- ✓ O nome da USF, o endereço postal e eletrónico, os números de telefone, e outras informações achadas relevantes.

Os documentos referidos em 1), 2) e 3) deverão ser entregues durante o processo de análise da candidatura. O documento 4) poderá ser entregue até três meses após o início de atividades da USF e o documento 5) poderá ser entregue até seis meses após o início de atividades da USF (Guião de Apoio à Preparação de Candidaturas a Unidades de Saúde Familiar (USF) - Modelo A, 2010).

Após a receção dos referidos documentos, inicia-se a avaliação das candidaturas pela ETO, baseada nos critérios presentes na Tabela 3.

**Tabela 3 – Critérios de Análise de Candidaturas**

<b>DIMENSÕES</b>	<b>CRITÉRIOS DE ANÁLISE</b>
<b>Contrato Assistencial</b>	<p>Coerência entre o Contrato Assistencial, a(s) Carteira(s) de Serviços, as características da Equipe e os perfis/necessidades das "listas" de utentes.</p> <p>Coerência, adequação e oportunidade dos cuidados de saúde a prestar:                      (1) Capacidades de implantar na USF; (2) Garantias de utilização de outras unidades do CS; (3) Capacidades práticas de executar referenciação.</p>
<b>Plano de Ação</b>	<p>Grau de inovação, qualidade e diversidade dos cuidados a prestar face às práticas e à realidade atual.</p> <p>Adequação das cargas horárias / horários a praticar pela equipa face à(s) carteira(s) de serviços, aos horários de funcionamento da USF e às características sócio-demográficas das populações a servir.</p> <p>Adequação e eficácia do sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes, face às características das listas, às competências da equipa e aos horários da equipa e de funcionamento da USF.</p>
<b>Caracterização e Sustentabilidade da Equipa Multiprofissional</b>	<p>Adequação e solidez das competências e experiência dos profissionais que integram a equipa face à(s) carteira(s) de serviços a prestar, às características das listas de utentes e aos compromissos da USF com outras unidades do CS e redes de prestadores de cuidados.</p> <p>Adequação e garantias do sistema de intersubstituição dos profissionais face à(s) carteira(s) de serviços, às características das listas e aos picos e ritmos da procura de cuidados específicos na USF.</p>
<b>Coesão da Equipa</b>	<p>Grau de coesão, afiliação e pertença da equipa.</p>
<b>Potencial da Equipa para concretizar com sucesso o projeto</b>	<p>Adequação e mobilização das experiências profissionais anteriores da equipa face aos desafios da USF, em termos de liderança, trabalho em equipa, construção de compromissos comuns, organização e simplificação das rotinas e procedimentos (evidências da carta de qualidade da USF).</p>
<b>Desenvolvimento da Equipa</b>	<p>Disponibilidade e capacidade em incorporar novas práticas e rotinas, constituir-se como organização qualificante.</p> <p>Adequação do plano de ação da equipa a um funcionamento centrado na responsabilização e autonomia dos profissionais, acompanhadas de ações de autoavaliação sistemáticas e valorização da melhoria contínua dos cuidados prestados.</p>

Fonte: Adaptado de Metodologia de Análise de Candidaturas a Unidades de Saúde Familiar, 2006

Terminada a análise e avaliação da ETO, esta elabora, no máximo em quarenta e cinco dias úteis, um parecer técnico que a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) submeterá ao Conselho de Administração da ARS para decisão. Esta decisão deverá ocorrer no prazo de dez dias úteis e poderá ser de três tipos: aprovação, aprovação condicional (aprovação que inclui recomendações ou condicionantes) ou exclusão.

Após autorização da ARS, dá-se início ao processo de contratualização e de eventual mobilização de profissionais ou melhorias das instalações e equipamentos. Num prazo máximo de sessenta dias a USF entra em funcionamento.

### **Modelo B**

A candidatura ao Modelo B está dividida nas mesmas duas grandes fases referidas anteriormente para a candidatura ao Modelo A, sendo por isso necessário o preenchimento do referido questionário (**1ª Fase**) e o envio para o *email* do coordenador da ERA respetiva, no prazo máximo de quarenta e oito horas, os documentos complementares: listas de utentes, comprovativos de recursos humanos e ficha de recursos físicos (os dois últimos só serão entregues no caso de existirem alterações relativamente aos entregues aquando da candidatura ao Modelo A) (**2ª Fase**).

Após a receção dos documentos, o coordenador da ERA respetiva procederá à sua análise e validação preliminar, admitindo assim a candidatura (num prazo de cinco dias úteis). Neste caso, apenas é necessário o envio, também por via eletrónica, do Regulamento Interno e do Plano de Ação (no prazo de quinze dias úteis após a admissão da candidatura).

A ERA e a ETO avaliam os documentos da candidatura (documentos complementares, Regulamento Interno e Plano de Ação) e verificam o cumprimento dos seguintes critérios:

- a) Manutenção, na totalidade, de pelo menos 80% dos profissionais da equipa e, pelo menos, 70% em cada um dos seus subgrupos profissionais, nos últimos 6 meses;
- b) Atribuição, no último ano, de incentivos institucionais de, pelo menos, 50% (regulados pela Portaria 301/2008);

De seguida, é agendada uma auditoria à USF efetuada pela Equipa Nacional de Avaliação (ENA)/ ERA tendo por base uma grelha de diagnóstico do desenvolvimento organizacional (DiOr) (que será abordada em seguida, no tema relativo aos Métodos de Avaliação).

A ERA e a ETO têm até vinte dias úteis para a avaliação dos documentos e realização da auditoria, emitindo posteriormente (no prazo de dez dias úteis) um parecer técnico que submeterá ao Conselho de Administração da ARS para homologação. O parecer técnico poderá ser de dois tipos: aprovação ou exclusão, podendo incluir recomendações. Após a receção do parecer técnico a ARS tem até quinze dias úteis para decidir sobre o mesmo: homologação ou não da USF em Modelo B.

### **Modelo C**

O Modelo C não está sujeito a um processo de candidatura visto que as USF's a constituir são definidas em função de quotas estabelecidas pela ARS e em função da existência de cidadãos sem médico de família atribuído.

### **1.3.3. Métodos de Avaliação**

A avaliação dos diferentes modelos é feita de forma diferente, já que como vimos cada um deles tem exigências e contrapartidas substancialmente diferentes.

#### **Modelo A**

Iniciando a sua atividade em Modelo A, as USF permanecem neste modelo durante um período mínimo de três anos (período de tempo considerado como o necessário para a construção, consolidação e estabilização de dinâmicas numa equipa multiprofissional de saúde familiar e dos processos internos organizacionais e assistenciais (Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2011). Durante esse período, a USF permanece vinculada a um conjunto de indicadores contratualizados comuns a todas as USF's (ver Anexo II) a que se acrescenta mais dois indicadores de desempenho assistencial elegíveis para a contratualização de incentivos institucionais (dois indicadores da lista presente Anexo III escolhidos pela respetiva ARS) que a USF terá de cumprir sob pena de

não lhe serem atribuídos os incentivos institucionais (Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2013, 2013).

Os quinze indicadores base contratualizados entre a USF e a ARS são alvo de um acompanhamento por parte do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) respetivo num total de três reuniões. Já os dois indicadores de desempenho assistencial elegíveis para a contratualização de incentivos institucionais são avaliados no final do ano e têm de cumprir uma métrica de avaliação (ver Anexo IV).

### **Modelo B**

As USF em Modelo B estão sujeitas aos mesmos indicadores e regras referidos anteriormente, sendo que, devido á assunção de um maior amadurecimento organizacional, o valor contratualizado é bem mais exigente. Como referido anteriormente, as USF's em Modelo B estão sujeitas a um regime retributivo especial para todos os profissionais (definido pelo Capítulo VII do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto), podendo para além disso obter incentivos financeiros para os seus enfermeiros e assistentes técnicos se cumprir as regras presentes na métrica de avaliação (ver Anexo V) dos indicadores contratualizados (ver Anexo VI).

Para além da avaliação feita com base nos indicadores contratualizados, as USF em Modelo B estão sujeitas a um conjunto de critérios de modo a permanecerem no modelo:

1. Manter, anualmente, desempenho de nível *suficiente* ou superior;
2. Apresentar na grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF (Anexo VII), cumulativamente: a) cumprimento de todos os critérios "*tipo A*"; b) cumprimento de, pelo menos, 75% dos restantes critérios, em cada área, excetuando-se os que dependam da responsabilidade do ACES (critérios "*tipo C*")<sup>9</sup>;

---

<sup>9</sup> A grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF está dividida em seis temas, estando presentes em cada um deles um conjunto de critérios divididos em três tipos: critérios "*tipo A*" são todos de cumprimento obrigatório; critérios "*tipo B*" terão de ser cumpridos entre 70% e 74% para se obter um resultado satisfatório, entre 75% e 90% para se obter um resultado bom e acima de 90% para se considerar um resultado excelente; e critérios "*tipo C*" analisam o empenho do ACES/ARS para proporcionar à USF as melhores condições de trabalho, não sendo por isso de caráter obrigatório (daí que não seja exigido o seu cumprimento) pois não dependem diretamente da USF.

3. Obter resultado positivo no processo de acreditação ou reacreditação os quais deverão ocorrer, idealmente, uma vez em cada período de cinco anos, sendo que o resultado final deste processo prevalece sobre o critério 2).

A não verificação do critério 1) ou o incumprimento do critério 2) ou o insucesso no final de todo o processo de acreditação ou de reacreditação, terá como consequência a passagem a modelo A, com as inerentes repercussões organizacionais e remuneratórias.

A estabilidade da equipa é também uma condição necessária para a manutenção em Modelo B, designadamente quanto ao número de profissionais. Assim, sem prejuízo de uma análise caso a caso, quando o total de saídas de profissionais ultrapassar os 40% ou quando o total de saídas dos profissionais de toda a equipa ultrapassar os 30% sem que a sua substituição seja assegurada em tempo que não comprometa a dinâmica assistencial e o desempenho global da USF, terá como consequência a extinção da USF (Unidades de Saúde Familiar - Princípios, regras e critérios para transição entre modelos organizativos e manutenção das respetivas situações, 2011).

## CAPÍTULO 2 – O ESTÁGIO

### 2.1. Introdução

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) começou em 1995, mas só em 2006 se materializou através do surgimento das primeiras candidaturas a USF. Esta reforma estava dividida em duas grandes partes: a primeira, implementação de, pelo menos, 100 USF's; e a segunda, reconfiguração dos Centros de Saúde (CS). A Figura 7 mostra a evolução do número de USF's desde 2006 até abril de 2013.

**Figura 7** – Candidaturas a USF por anos (de 2006 a 2013)

Data do Relatório: **08-04-2013**

QUADRO GERAL NACIONAL									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
CANDIDATURAS ENTRADAS	131	88	49	125	59	51	49	10	562
DESISTENTES OU EXCLUÍDAS	23	24	14	13	17	15	8	0	114
INICIARAM ACTIVIDADE	43	61	56	71	48	44	38	2	363
USF EXTINTAS					1	2	2	1	6
USF EM ACTIVIDADE	43	61	56	71	47	42	36	1	357

CANDIDATURAS ACTIVAS EM 08-04-2013 85

Fonte: Relatório Estatístico das Candidaturas a USF, 08 de abril de 2013

Segundo este relatório estatístico, em abril de 2013 existiam 357 USF's em atividade num total de 562 candidaturas. Com estes números facilmente percebemos que as USF se tornaram o centro dos cuidados de saúde em Portugal, funcionando, a par dos CS, como um dos pilares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

### 2.2. Apresentação da organização: USF CelaSaúde

O nascimento de uma USF acontece por vontade de um conjunto de profissionais em prestar cuidados de saúde com maior qualidade e mais próximos de quem deles precisa. Foi com esse objetivo que, em Novembro de 2007 surgiu a candidatura da USF CelaSaúde. Um grupo de profissionais proveniente do CS Celas formou uma equipa disposta a desenvolver um projeto de cuidados assistenciais que privilegiasse a acessibilidade e

prestação de cuidados de saúde com altos níveis de qualidade, satisfazendo utentes e profissionais.

Após aprovação (dois anos depois), surge a USF CelaSaúde: pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego I; está sob a tutela da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro); e está situada numa zona onde se encontram vários outros recursos e serviços de saúde de Coimbra, na rua Augusto Rocha, nº6, num edifício onde funcionam também a USF Cruz de Celas e o Centro de Saúde de Celas. Apesar de limitada nas suas instalações (visto o edificio ser antigo e, embora tenha sido alvo de obras, existem ainda alguns condicionalismos) a USF consegue abranger sete freguesias do concelho de Coimbra (com uma população de aproximadamente 66 000 habitantes) e presta cuidados de saúde a cerca de 16 000 utentes inscritos.

Composta por uma equipa de vinte e quatro profissionais (nove médicos, nove enfermeiras e seis assistentes técnicos), oferece um vasto conjunto de serviços:

- Consultas dos diversos grupos vulneráveis e de risco (consultas de: saúde infantil; saúde da mulher, planeamento familiar e rastreio oncológico; saúde materna; diabetes e risco cardiovascular);
- Consultas de intersubstituição;
- Consultas abertas/agudos;
- Consultas agendadas (consultas gerais de saúde do adulto);
- Consultas pré e pós-laboral (consultas antes e depois do horário considerado como laboral (das 9h às 17h));
- Consultas ao domicílio (para utentes incapacitados de se deslocar à USF);
- Serviços que não exigem uma avaliação médica (por exemplo, renovação de receituário crónico, pedidos de termas, fisioterapia, entre outros).

#### **a. Missão, Visão e Valores**

##### **i. Missão**

A USF CelaSaúde tem por missão a *“prestação de cuidados assistenciais efetivos privilegiando a acessibilidade e a aceitabilidade, na intervenção a nível da comunidade, na*



*promoção e desenvolvimento de atividades de investigação e formação, na satisfação dos utentes e dos profissionais e na divulgação adequada dos serviços e da sua utilização. Virados para o futuro, numa postura responsável e cúmplice com os utentes, acreditamos que são os recursos Humanos (profissionais) e os utentes que fazem os Bons serviços.”*

USF CelaSaúde, Manual da Qualidade, pág. 17

## **ii. Visão**

*“Acreditamos que, ao trabalhar numa equipa, esta terá maior flexibilidade e mais recursos para responder adequadamente às mudanças e às necessidades no presente. Esta unidade considera que os seus profissionais pelas suas aptidões e atitudes são os seus recursos mais importantes e que estes contribuem para a valorização do grupo. São envolvidos e são-lhe delegados poderes. (...) Toda a organização flui no sentido dos clientes ou do hipotético cliente, numa ótica de antecipação de necessidades, de resolução do problema e de outras ofertas, com o intuito de o agradar. Apostamos em ser uma unidade de saúde que permita oferecer vários serviços e de qualidade. Procuramos identificar, satisfazer e ultrapassar necessidades em Saúde e prestar cuidados de qualidade. Todo este processo dinâmico e nunca terminado vai respondendo fluidamente às necessidades/tendências ou mesmo antecipando-se a elas, perspetivando-se num papel pró ativo, atingindo os objetivos da organização e cumprindo a sua visão. “*

USF CelaSaúde, Manual da Qualidade, pág. 17 e 18

## **iii. Valores**

A USF CelaSaúde valoriza a qualidade dos serviços que presta, e para atingi-la procura gerar e reorganizar respostas ou atitudes, com a participação de todos, incluindo dos utentes. Sem nunca pôr de lado a interdisciplinaridade, a inovação e a disponibilidade de prestar serviços novos e diferentes, a USF aposta também na qualidade interna e organizacional, valorizando cada um dos seus profissionais e o seu bem-estar.

### **b. Organização Interna**

A estrutura da USF (e de todas as USF's existentes) é flexível e multidisciplinar, baseando-se no princípio de autonomia organizativa, funcional e técnica, numa lógica de rede com outras unidades funcionais de saúde. Como tal, a USF CelaSaúde não apresenta uma hierarquia definida. Com uma equipa constituída por nove médicos, nove enfermeiras e

seis assistentes técnicos, a estrutura interna da USF é composta pela **Coordenador(a)**, pelo **Conselho Geral**, pelo **Conselho Técnico**, pelas **equipas multidisciplinares** (ou grupos de trabalho), pelas **equipas nucleares**, pelas **equipas espelho** e por **outros órgãos de apoio**.

A **Coordenação** neste momento encontra-se a cargo da Dra. Maria Teresa Tomé, sendo ela responsável por coordenar todas as atividades das equipas multiprofissionais, gerir todos os processos da USF, presidir ao conselho geral e representar externamente a USF. Em caso de ausência, a coordenação é assumida pelo elemento médico pertencente ao Conselho Técnico.

O **Conselho Geral** é composto por todos os elementos da USF – médicos, enfermeiras e assistentes técnicos – e tem competência para aprovar todos os documentos relativos à atividade da USF e zelar pelo cumprimento dos mesmos, propor a nomeação de um novo coordenador, aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional, entre outros; todas as aprovações requerem maioria de dois terços.

O **Conselho Técnico** é composto por um elemento médico e de enfermagem e tem competência para efetuar uma 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. Para além disso, compete-lhe avaliar o grau de satisfação dos utentes e profissionais da USF, elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas clínicas, e organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação; presta também apoio às diferentes equipas multidisciplinares.

As **equipas multidisciplinares** foram criadas com a finalidade duma maior responsabilização e duma maior rentabilização do trabalho. Cada equipa tem um porta-voz responsável por dinamizar a equipa, renuir monitorizações periódicas e as metas, e posteriormente mostrar os resultados alcançados para que toda a equipa os possa analisar. Estão divididos por áreas: Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Hipertensão Arterial, Diabetes, Domicílios, Vacinação, Comissão de Infeção, Aprovisionamento e Stocks, Candidatura ao Modelo Organizacional B, Outras Candidaturas e Organização de Eventos.

Numa cultura de interdisciplinaridade, de intersubstituição e de complementaridade surgiram as **equipas nucleares** e as **equipas espelho** que asseguram a vertente assistencial na presença da equipa do utente ou na sua ausência, respetivamente; são compostas por um médico, uma enfermeira e um secretário clínico.

Os **outros órgãos de apoio** estão ligados às áreas que auxiliam o normal funcionamento da USF, tais como, Informática, Gestão de Recursos Humanos, Humanização e Imagem dos Serviços, entre outros.

Mais à frente, na parte que diz respeito à Análise Crítica serão analisadas mais aprofundadamente a missão, visão e a estrutura organizativa da USF CelaSaúde.

### **2.3. Principais Atividades Desenvolvidas**

O estágio iniciou-se a 17 de setembro com uma reunião com a Dra. Maria Teresa Tomé, coordenadora da USF Celsaúde e simultaneamente coordenadora do estágio. Esta reunião serviu para nos, a mim e à minha colega de estágio Maria João Negrão, apresentar a USF e toda a estrutura e organização dos centros de saúde e USF's a nível mais geral. Foi-nos dado a conhecer os projetos e trabalhos em curso, iniciados pela equipa em conjunto com os anteriores estagiários do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC), e logo aí se percebeu a preocupação da USF por questões relacionadas com a qualidade pois todos os projetos se relacionavam com essas questões.

Apesar de todos os projetos estarem relacionados com a qualidade, foi-nos transmitido que existia a intenção de, durante o estágio, abordar também a área do marketing uma vez que a USF tinha a decorrer um projeto de um portal interativo online, onde os utentes poderiam colocar dúvidas, marcar consultas e onde seria divulgada informação sobre a USF e o seu funcionamento, através de vídeos, imagens ou textos. No entanto, com o decorrer do estágio foi percebido que não iria ser possível abordar essa temática, pelo que todo o trabalho desenvolvido durante os quase cinco meses de estágio esteve associado à qualidade, mais em particular, à continuidade do processo de candidatura da USF ao modelo organizacional B.

Definida a prioridade de trabalho, começou-se então por analisar as diferentes grelhas de diagnóstico organizacional MoniQuOr, DiQuOr, Guia do Auditor e DiOr-USF, sendo que todas elas já tinham sido analisadas pelos anteriores estagiários, tendo estes colocado a respetiva análise no Manual da Qualidade por eles elaborado. No entanto, devido ao extenso trabalho que foi a elaboração de raiz do Manual da Qualidade, eles corrigiram sim algumas falhas mas não conseguiram analisar todos os temas e critérios com o pormenor que era exigido. Nesse caso, foi-nos pedido que analisássemos tudo desde o princípio e com mais rigor mas baseando-nos no trabalho já desenvolvido de modo a dar-lhe continuidade.

Foram comparadas as várias grelhas de diagnóstico organizacional e a análise já efetuada a cada uma delas, e anotaram-se as respetivas diferenças. No entanto, verificou-se que o melhor seria concentrar-nos apenas na grelha DiOr-USF (Anexo VII) uma vez que é a grelha de diagnóstico organizacional atualmente seguida em candidaturas ao modelo organizacional B.

Em conjunto, foram analisados todos os critérios presentes nos seis temas da grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF (ver Anexo VII). Para tal, comparou-se o que era exigido com os dados e informações presentes nos vários documentos da USF (Regulamento Interno, Manual da Qualidade, Plano de Ação, Relatório de Atividades, Manual de Articulação, Avisos e informações afixadas, Atas de Reuniões, Guia de Acolhimento do Utente, entre outros).

Decorrente dessa análise, verificou-se que existiam vários aspetos a corrigir que serão elencados de seguida, não estando necessariamente por ordem cronológica de execução.

Verificou-se que alguns procedimentos obrigatórios pela grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF não estavam presentes no Manual da Qualidade, pelo que, em conjunto com alguns profissionais da USF, foram elaborados esses mesmos procedimentos em falta (entre eles, destacam-se os do “Direito a Segunda opinião clínica” e “Mudança de Médico de Família dentro da USF”; os respeitantes ao arquivo ativo e inativo; os referentes aos circuitos dos vários tipos de materiais – material a esterilizar, material administrativo e de hotelaria, material clínico e farmacêutico; e os relativos à gestão de stocks).

Com a colaboração de alguns profissionais da USF foi organizado o arquivo informático, com a distribuição dos documentos consoante o tipo de processos (de gestão - PG, operacionais – PO e de suporte – PS).

Visto não existir, foi elaborado um inventário com todo o material presente nas instalações da USF, tendo sido afixada uma folha em todos os compartimentos da USF com o inventário dos respetivos equipamentos.

Foram elaborados novos e corrigidos alguns avisos e informações aos utentes que já existiam, tendo sido depois novamente afixados, desta vez, em acrílicos previamente adquiridos para o efeito.

Juntando todos os procedimentos já existentes (aos que já estavam no Manual da Qualidade somaram-se os que foram elaborados), construiu-se um manual só com procedimentos (o Manual de Procedimentos) de modo a facilitar a consulta dos mesmos pelos profissionais.

Na etapa final do estágio, e após a primeira auditoria de avaliação da candidatura realizada a 9 de janeiro de 2013, todo o trabalho desenvolvido concentrou-se em corrigir as situações descritas no relatório elaborado pelos auditores, e que obrigavam a um melhoramento de algum do trabalho já efetuado. Todos os procedimentos que eram obrigatórios pela grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF tiveram de ser reformulados e mais detalhados, incluindo, entre outros aspetos, o objetivo, âmbito, responsável e descrição do procedimento (como se pode ver no Anexo VIII e Anexo IX, existem diferenças substanciais no formato e estrutura dos procedimentos elaborados antes e após auditoria, respetivamente).

Ao longo do estágio foram também desenvolvidos outros trabalhos, tais como a elaboração de gráficos de controlo de prescrições e medicamentos (tendo em conta os dados relativos às prescrições e medicamentos dos médicos da USF, de março a agosto de 2012) e a avaliação da satisfação dos profissionais e dos utentes, analisando o resultado dos inquéritos realizados.

## **2.4. Qualidade Organizacional na USF CelaSaúde: Grelha DiOr-USF**

Como se percebeu pelo que foi referido anteriormente, a grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF foi a base de todo o trabalho desenvolvido no estágio, pelo que será de seguida aprofundada na perspetiva de melhoria da qualidade da organização interna da USF CelaSaúde.

A grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF (Anexo VII) é o resultado da experiência, evolução e melhoria obtidas a partir de outros instrumentos de avaliação que já existiam, tais como o MoniQuOr, DiQuOr e Guia do Auditor. É uma ferramenta usada para que, de uma forma sistemática e rigorosa, se consiga implementar linhas de orientação, de monitorização e avaliação da organização dos serviços prestados pelas USF's, sempre com o objetivo da melhoria do desempenho das USF's e da satisfação dos utentes e profissionais. Permitindo às USF's uma avaliação interna, ela está dividida em seis temas considerados como fundamentais para analisar toda a organização e funcionamento das USF's (Guia de Aplicação do Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF, DiOr-USF, 2012):

1. Organização e Gestão;
2. Informação e Direitos dos Utentes;
3. Oferta Assistencial;
4. Desenvolvimento da Equipa e Qualidade;
5. Instalações, Saúde, Higiene e Segurança; e
6. Articulação, Equipamentos e Sistema de Informação.

Sendo impossível abordar todos os tópicos de cada um dos seis temas presentes, irão apenas ser referidos aqueles que do ponto de vista da qualidade da organização interna são os mais relevantes e/ou que foram trabalhados ao longo do estágio, sofrendo alterações de modo a melhorar a qualidade organizacional da USF CelaSaúde. Devido à sua extensão (cerca de 30 páginas), o guia de aplicação da grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF não se encontra na sua totalidade no Anexo VII, estando apenas presente a parte introdutória e o índice. Importa também referir que todas as figuras apresentadas de

seguida têm como fonte o referido guia – Guia de Aplicação do Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF, DiOr-USF, 2012.

## Tema 1 – Organização e Gestão

Este tema pretende abordar aspetos relacionados com o desenvolvimento da equipa, a organização e comunicação interna e documentação de uma USF.

No ponto 1.1 – Desenvolvimento da equipa verifica-se a preocupação em definir os processos-chave (Figura 8) e em promover a distribuição de tarefas e responsabilidades, dando ênfase ao trabalho em equipa (Figura 9).

Figura 8 – DiOr-USF, ponto 1.1 – Desenvolvimento da Equipa, critério A

<b>A – Processos chave (A).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa, nos primeiros seis meses de atividade, tenha definido no regulamento interno cada um dos processos chave da USF (consulta aberta, consulta programada e visitação domiciliária, com o respetivo sistema de intersubstituição), elaborado os respectivos procedimentos, incluindo o fluxograma, donde conste o movimento na USF do cidadão que procura o cuidado, os profissionais que interagem com ele para aquele cuidado específico e as atitudes a tomar de acordo com as várias hipóteses de situações que a USF identifique e demonstre a sua prática.	
<input type="checkbox"/>	Regulamento Interno Verificar se existe a definição de consulta aberta, da consulta programada e da visitação domiciliária, com o respetivo sistema de intersubstituição.
<input type="checkbox"/>	Manual de procedimentos ou documento Verificar se existe um fluxograma e estão definidos os procedimentos de cada profissional em cada processo chave.
<input type="checkbox"/>	Sistema de informação e entrevista dos profissionais Verificar se na agenda dos profissionais existem agendamentos/registos de contactos no próprio dia de acordo com os períodos de consulta aberta.
<input type="checkbox"/>	Sistema de informação e entrevista dos profissionais Verificar se na agenda dos profissionais, nos 6 meses seguintes, existe programação para os grupos de risco, vulneráveis e visitação domiciliária. Confirmar questionando os profissionais.

Figura 9 – DiOr-USF, ponto 1.1 – Desenvolvimento da Equipa, critérios E e F

<b>E – Ausência de hierarquias (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a USF funcione como uma efetiva equipa multiprofissional, numa base de completa paridade de estatuto de todos os profissionais, o que é incompatível com a concentração das tarefas de gestão dos grupos profissionais num único profissional por cada área profissional.	
<input type="checkbox"/>	Regulamento Interno, documentos da USF e entrevista com os profissionais. Verificar se não existe uma concentração de tarefas, competências, responsabilidades ou circuito de referência no mesmo profissional de cada grupo.
<b>F – Atribuição de responsabilidades (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa fomente a capacidade de iniciativa de todos os seus elementos, no sentido do seu crescimento profissional, e, consequentemente, da própria equipa, distribuindo por todos os profissionais a responsabilidade de gestão dos diversos processos da USF.	
<input type="checkbox"/>	Regulamento Interno, documentos da USF e entrevista com os profissionais. Verificar se <u>todos</u> os profissionais têm tarefas de gestão atribuídas.



Já no ponto 1.3 – Gestão e Comunicação na USF pode-se verificar, de entre outros aspetos, que mais uma vez é enfatizada a partilha de responsabilidades, nomeadamente aquelas que dizem respeito ao coordenador(a) da USF e que são passíveis de delegação (Figura 10); é também dada extrema importância (e por isso é que se trata de um critério “tipo A”, ou seja, obrigatório) à documentação e respetiva organização (Figura 11).

**Figura 10 – DiOr-USF, ponto 1.3 – Gestão e Comunicação na USF, critério B**

<b>B – Delegação de competências (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que o coordenador delegue em vários elementos da equipa competências que lhe estão atribuídas e que são suscetíveis de delegação.	
	Regulamento interno, ata do conselho geral ou documento Verificar se existe delegação de competências do coordenador noutros elementos da USF
	Documentos e entrevista dos profissionais Verificar se a delegação de competências é praticada

**Figura 11 – DiOr-USF, ponto 1.3 – Gestão e Comunicação na USF, critério F**

<b>F – Prática de gestão da documentação e informação (A).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a USF tenha os seus documentos (informatizados ou não) datados, atualizados e facilmente acessíveis, sejam os que são dirigidos aos cidadãos (publicitados ou afixados adequadamente) ou aos profissionais.	
	Informação exposta Verificar se a informação exposta em locais próprios (placares) é pertinente, está assinada, datada e com prazo de validade. Não está nas paredes, janelas ou portas.
	Manual de procedimentos ou documento Verificar se existe definido o procedimento para arquivo de documentos
	Arquivo documental da USF Verificar a sua existência e se são cumpridos os procedimentos de arquivo da documentação
	Arquivo documental da USF e entrevista dos profissionais Verificar se o arquivo é acessível a todos os profissionais

O ponto 1.4 – Instrumentos da USF refere-se aos vários documentos que uma USF terá de possuir (Plano de Ação, Relatório de Atividades, Regulamento Interno e Manual de Procedimentos). De todos, há a destacar a exigência de um manual de procedimentos organizativos e clínicos (Figura 12). Aqui surge uma das correções efetuadas na USF CelaSaúde, já que este manual foi elaborado durante o estágio tendo por base os procedimentos presentes no Manual da Qualidade e também os que foram elaborados tendo em conta os exigidos pela grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF (que serão referidos mais à frente).

**Figura 12** – DiOr-USF, ponto 1.4 – Instrumentos da USF, critério D – Manual de Procedimentos

<b>D – Manual de procedimentos (B).</b>					
<b>Pretende-se:</b> que a USF tenha um manual de procedimentos (ou parte dele), organizativos e clínicos, validado pelo conselho técnico (boas práticas clínicas) e aprovado de acordo com o regulamento interno para a gestão dos processos, com data de elaboração e prazo de revisão.					
	<table border="1"> <tr> <td>Manual de Procedimentos</td> <td>Verificar a sua existência, se estão explicitas as datas de elaboração e prazo de revisão, e se inclui, pelo menos, os procedimentos de todos os profissionais para todos os processos chave da USF</td> </tr> <tr> <td>Ata do Conselho Geral</td> <td>Verificar se o manual foi aprovado de acordo com o previsto no regulamento interno para a gestão dos processos.</td> </tr> </table>	Manual de Procedimentos	Verificar a sua existência, se estão explicitas as datas de elaboração e prazo de revisão, e se inclui, pelo menos, os procedimentos de todos os profissionais para todos os processos chave da USF	Ata do Conselho Geral	Verificar se o manual foi aprovado de acordo com o previsto no regulamento interno para a gestão dos processos.
Manual de Procedimentos	Verificar a sua existência, se estão explicitas as datas de elaboração e prazo de revisão, e se inclui, pelo menos, os procedimentos de todos os profissionais para todos os processos chave da USF				
Ata do Conselho Geral	Verificar se o manual foi aprovado de acordo com o previsto no regulamento interno para a gestão dos processos.				

Relativamente ao aprovisionamento, a grelha de diagnóstico organizacional obriga a que exista um procedimento relativo à gestão de *stocks* de todo o tipo de material da USF (Figura 13). No entanto, na USF CelaSaúde esse procedimento não existia, pelo que, para além dos procedimentos de gestão de *stocks* – um para a entrada de materiais e outro para a saída –, foram elaborados os circuitos para cada um dos materiais (clínico e farmacêutico, administrativo e de hotelaria) de modo a ser conhecido o percurso que os materiais fazem desde que dão entrada na USF.

**Figura 13** – DiOr-USF, ponto 1.6 – Aprovisionamento, critério A

<b>1.6 – APROVISIONAMENTO.</b>					
<b>A – Procedimentos sobre gestão de stocks (B).</b>					
<b>Pretende-se:</b> que a USF elabore um procedimento e documente as entradas e saídas de materiais e produtos clínicos e administrativos, de forma a identificar com clareza o caminho desses produtos na USF e prazos de validade					
	<table border="1"> <tr> <td>Manual de Procedimentos ou documento</td> <td>Verificar se inclui os procedimentos para a gestão de stocks</td> </tr> <tr> <td>Ata do Conselho Geral (se o procedimento não fizer parte do manual na data da sua aprovação)</td> <td>Verificar se o procedimento foi aprovado de acordo com o regulamento interno para a gestão dos processos</td> </tr> </table>	Manual de Procedimentos ou documento	Verificar se inclui os procedimentos para a gestão de stocks	Ata do Conselho Geral (se o procedimento não fizer parte do manual na data da sua aprovação)	Verificar se o procedimento foi aprovado de acordo com o regulamento interno para a gestão dos processos
Manual de Procedimentos ou documento	Verificar se inclui os procedimentos para a gestão de stocks				
Ata do Conselho Geral (se o procedimento não fizer parte do manual na data da sua aprovação)	Verificar se o procedimento foi aprovado de acordo com o regulamento interno para a gestão dos processos				

No que toca ao inventário, mais uma vez a USF CelaSaúde não cumpria com a exigência de possuir um registo dos vários equipamentos e materiais que possuía (Figura 14). Como tal, foi feito um levantamento dos equipamentos e materiais presentes em cada compartimento da USF, tendo sido afixado em todos eles o respetivo inventário.

**Figura 14 – DiOr-USF, ponto 1.7 – Registo de Equipamento e Material, critérios A e B**

**1.7 – REGISTOS DE EQUIPAMENTO E MATERIAL.**

**A – Inventário anual (B).**

**Pretende-se:** que a USF proceda, pelo menos anualmente, à verificação e atualização de todo o material inventariado.

Ata de verificação
<i>Verificar se existe uma ata com o resultado da verificação do material e equipamento ou relatório comprovativo, do último ano civil</i>

**B – Folhas de inventário (B).**

**Pretende-se:** que esteja afixada em todos os gabinetes ou áreas de trabalho uma lista atualizada do equipamento existente.

Listas de material e equipamento
<i>Verificar se existe uma lista de material e equipamento por cada área de trabalho, afixada na respectiva área e com data da última revisão</i>

A melhoria (pois eles já estavam presentes no Manual da Qualidade) dos procedimentos das transferências de processos e do arquivo inativo (Figura 15) e da identificação de pessoas estranhas à USF (Figura 16) foi mais um aspeto trabalhado ao longo do estágio.

**Figura 15 – DiOr-USF, ponto 1.8 – Registos Clínicos, critério A**

**1.8 – REGISTOS CLÍNICOS.**

**A – Registos clínicos inativos (B).**

**Pretende-se:** que a USF tenha um procedimento para as transferências de processos e para o arquivo inativo e que os aplique (Portaria nº 247/2000, de 8 de Maio).

Arquivo documental da USF
<i>Verificar se existe um arquivo próprio para os registos clínicos inativos</i>
Manual de Procedimentos ou documento
<i>Verificar se existe um procedimento aprovado para a gestão das transferências e do arquivo inativo</i>
Arquivo documental da USF
<i>Verificar se os procedimentos para o arquivo inativo estão a ser cumpridos</i>

**Figura 16 – DiOr-USF, ponto 1.9 – Acesso de Pessoas Estranhas à USF, critério A**

**1.9 – ACESSO DE PESSOAS ESTRANHAS À USF.**

**A – Identificação de estranhos (B).**

**Pretende-se:** que a USF elabore um procedimento relativo à identificação de estranhos, incluindo os DIM, e disponha do respetivo sistema.

Manual de Procedimentos ou documento
<i>Verificar se existe um procedimento aprovado para a gestão da movimentação de estranhos, incluindo DIM, no espaço físico da USF</i>
Manual de Procedimentos ou documento
<i>Verificar se o procedimento é cumprido</i>

## Tema 2 – Informação e Direitos dos Utentes

Este tema foca-se em questões de direitos dos utentes e de informação que obrigatoriamente tem de ser dada a conhecer aos utilizadores das USF's, esteja ela publicitada (informação presente nos documentos que a USF disponibiliza aos seus utentes) e/ou afixada (informação colocada, devidamente fechada, em paredes, portas e acrílicos).

Reclamar é um direito que assiste qualquer utilizador de um serviço público e por isso os serviços de saúde não são exceção. Este é um dos pontos abordados pelo ponto 2.1 – Direitos dos cidadãos nos serviços de saúde. Como se pode ver na Figura 17, as USF's têm de cumprir um conjunto de critérios relativos a sugestões e reclamações. A USF CelaSaúde cumpria todos eles, no entanto o procedimento relativo ao tratamento das reclamações e sugestões teve de ser melhorado.

Figura 17 – DiOr-USF, ponto 2.1 – Direitos dos cidadãos nos serviços de saúde, critérios B, C, D e E

<p><b>B – Caixa de sugestões (B).</b></p> <p><b>Pretende-se:</b> que a USF disponibilize aos utentes uma caixa de sugestões e impressos próprios para estes poderem expressar, sem constrangimentos, as suas opiniões sobre a qualidade dos serviços prestados (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, n.º 12).</p> <table border="1"><tr><td>Caixa de Sugestões</td></tr><tr><td>Verificar se existe uma caixa de sugestões com impressos disponíveis e se está colocada em local de livre acesso aos utentes, afastada da observação dos profissionais.</td></tr></table>	Caixa de Sugestões	Verificar se existe uma caixa de sugestões com impressos disponíveis e se está colocada em local de livre acesso aos utentes, afastada da observação dos profissionais.
Caixa de Sugestões		
Verificar se existe uma caixa de sugestões com impressos disponíveis e se está colocada em local de livre acesso aos utentes, afastada da observação dos profissionais.		
<p><b>C – Reclamações e sugestões (B).</b></p> <p><b>Pretende-se:</b> que a USF incentive os utentes a emitirem a sua opinião sobre a qualidade dos serviços prestados e o publicite, bem como a forma de poderem apresentar reclamações ou sugestões (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, n.º 12).</p> <table border="1"><tr><td>Reclamações e sugestões</td></tr><tr><td>Verificar se está publicitada a possibilidade dos utentes emitirem a sua opinião sobre a qualidade dos serviços e a forma de poderem apresentar reclamações ou sugestões.</td></tr></table>	Reclamações e sugestões	Verificar se está publicitada a possibilidade dos utentes emitirem a sua opinião sobre a qualidade dos serviços e a forma de poderem apresentar reclamações ou sugestões.
Reclamações e sugestões		
Verificar se está publicitada a possibilidade dos utentes emitirem a sua opinião sobre a qualidade dos serviços e a forma de poderem apresentar reclamações ou sugestões.		
<p><b>D – Tratamento das reclamações e sugestões (B).</b></p> <p><b>Pretende-se:</b> que a USF elabore e aplique um procedimento para o tratamento das reclamações e das sugestões.</p> <table border="1"><tr><td>Tratamento das reclamações e sugestões</td></tr><tr><td>Existe um procedimento da USF, aprovado, para o tratamento das reclamações e sugestões</td></tr></table>	Tratamento das reclamações e sugestões	Existe um procedimento da USF, aprovado, para o tratamento das reclamações e sugestões
Tratamento das reclamações e sugestões		
Existe um procedimento da USF, aprovado, para o tratamento das reclamações e sugestões		
<p><b>E – Avaliação das reclamações e sugestões (A).</b></p> <p><b>Pretende-se:</b> que a equipa reflita sobre as reclamações e sugestões apresentadas pelos utentes, adote as medidas que entenda convenientes, independentemente do processo institucional de encaminhamento, e divulgue aos utentes as alterações introduzidas.</p> <table border="1"><tr><td>Avaliação das reclamações e sugestões</td></tr><tr><td>Verificar se existe, nas atas das reuniões multiprofissionais, evidência da reflexão sobre reclamações, sugestões e medidas de correção adotadas.</td></tr></table>	Avaliação das reclamações e sugestões	Verificar se existe, nas atas das reuniões multiprofissionais, evidência da reflexão sobre reclamações, sugestões e medidas de correção adotadas.
Avaliação das reclamações e sugestões		
Verificar se existe, nas atas das reuniões multiprofissionais, evidência da reflexão sobre reclamações, sugestões e medidas de correção adotadas.		

Na Figura 18 estão presentes outros direitos dos utentes. Relativamente a esses direitos, nenhum dos procedimentos exigidos estava presente no Manual de Qualidade da USF CelaSaúde, pelo que tiveram de ser elaborados durante o estágio.

**Figura 18** – DiOr-USF, ponto 2.1 – Direitos dos cidadãos nos serviços de saúde, critérios H, I e J

<b>H – Mudança de médico dentro da USF (A).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que seja assegurada a possibilidade de mudança de médico de família dentro da USF por solicitação do utente, em sede de regulamento interno, elaborando para o efeito o respetivo procedimento.	
	Regulamento Interno Verificar se está assegurada a possibilidade de mudança do médico de família dentro da USF por solicitação do utente.
	Manual de Procedimentos ou documento Verificar se existe um procedimento aprovado para o efeito.
<b>I – Direito a uma segunda opinião (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a USF elabore um procedimento no sentido de os utentes poderem obter uma segunda opinião na própria equipa sobre o seu problema de saúde, ou de facultar a informação clínica necessária, caso a opção dos utentes seja a de obter essa segunda opinião fora da USF (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, n.º 7).	
	Manual de Procedimentos ou documento Verificar se existe um procedimento aprovado para o efeito que contemple a forma de o cumprir, seja na própria equipa ou caso a opção dos utentes seja a de obter essa segunda opinião fora da USF.
<b>J – Privacidade no atendimento do utente (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a USF elabore um conjunto de procedimentos que demonstrem a garantia de privacidade em todos os locais de atendimento (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, n.º 11).	
	Manual de Procedimentos ou documento Verificar se existe um procedimento aprovado garantindo a privacidade do cidadão em todos os locais de atendimento (telefónico, correio eletrónico, receção ou gabinetes de consulta médica ou de enfermagem)

A outra divisão do tema 2 prende-se com aspetos relacionados com a informação prestada aos utentes, ou seja, prende-se com a forma como a USF comunica com os seus utentes. De uma maneira geral, a USF CelaSaúde cumpria com todos os requisitos exigidos, exceto quanto ao procedimento relativo ao atendimento telefónico em caso de ausência ou impossibilidade de atendimento pelo médico ou enfermeiro (Figura 19) que não existia, pelo que se procedeu à sua elaboração.

**Figura 19** – DiOr-USF, ponto 2.1 – Comunicação com os utentes, critério F

<b>F – Atendimento telefónico (A).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a USF publicite a possibilidade de atendimento telefónico durante todo o horário de funcionamento e exista um procedimento estabelecido para situações de ausência ou impossibilidade de atendimento pelo médico ou enfermeiro (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, n.º 5).	
	Verificar se está publicitada a possibilidade de atendimento telefónico durante todo o horário de funcionamento da USF.
	Verificar se existe um procedimento aprovado de atuação do <u>secretariado clínico</u> em situações de ausência ou impossibilidade de atendimento pelo médico ou enfermeiro de família.

### Tema 3 – Oferta Assistencial

Como o nome indica, este tema aborda os serviços e a forma como a USF os presta, focando-se, por exemplo, nos horários dos profissionais, nos horários disponíveis para os vários tipos de consultas e no sistema e as várias formas de marcação dessas mesmas consultas. Na USF CelaSaúde existiu apenas um critério que mereceu correção, já que o procedimento existente no Manual de Qualidade sobre a renovação da medicação crónica (medicação tomada pelos utentes durante um longo período de tempo e que por isso não necessita de consulta médica para obtenção da respetiva receita, bastando o preenchimento e entrega de um impresso próprio) não ia de encontro ao que era exigido (Figura 20).

**Figura 20** – DiOr-USF, ponto 3.1 – Obtenção Atempada de Cuidados e Aconselhamento, critério F

<b>F – Sistema de renovação de medicação crónica (A).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a USF tenha elaborado um procedimento para a renovação das prescrições de medicação prolongada.	
	Verificar a existência de procedimento do sistema de renovação de medicação crónica, definindo o tempo máximo de 3 dias úteis para a sua prescrição.
	Verificar no sistema de informação que não existem pedidos de receituário crónico (contacto indireto) a aguardar a emissão há mais 3 dias úteis.

### Tema 4 – Desenvolvimento da Equipa e Qualidade

Este tema refere-se a aspetos relacionados com monitorização e avaliação da qualidade ao nível da organização, dos registos informáticos e da documentação. Outras questões relacionadas com a qualidade também são aqui definidas, tais como a existência de uma Carta da Qualidade e a avaliação da satisfação de utentes e profissionais.

Como podemos ver na Figura 21 é exigido às USF que monitorizem e discutam aspetos relacionados com os seus padrões de serviço (as reclamações e os tempos de espera) de modo a identificar e perceber o motivo das discrepâncias com o que foi definido como objetivo, podendo assim implementar medidas corretivas.

Figura 21 – DiOr-USF, ponto 4.1 – Análise da Eficácia Organizacional, critérios A e B

<b>A – Eficácia da organização (A).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a USF implemente uma prática de monitorização e discussão da sua eficácia, designadamente, no que respeita às reclamações, ao tempo de espera após a hora marcada para a consulta e ao tempo de espera para a marcação de consulta.	
	Atas Conselho Geral ou Equipa Multiprofissional Verificar se existe uma avaliação periódica, pelo menos semestral, do conjunto das reclamações e sugestões e respectivos motivos, entradas nesse período.
	Atas Conselho Geral ou Equipa Multiprofissional Verificar se existe uma avaliação periódica, pelo menos semestral, dos tempos de espera para marcação de consultas de cada médico e enfermeiro.
	Atas Conselho Geral ou Equipa Multiprofissional Verificar se existe uma avaliação periódica, pelo menos semestral, dos tempos de espera após a hora marcada para cada médico e enfermeiro.
<b>B – Introdução de medidas corretoras (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa implemente medidas corretoras aos desvios identificados.	
	Atas Conselho Geral ou Equipa Multiprofissional Verificar se foram tomadas decisões sobre as medidas a adoptar, em função dos respectivos motivos das reclamações.
	Atas Conselho Geral ou Equipa Multiprofissional Verificar se foram tomadas decisões sobre as medidas a adoptar para reduzir os tempos de espera para a marcação de consultas, ou para manter no caso de ser inferior a 5 dias úteis para todos os médicos e enfermeiros.
	Atas Conselho Geral ou Equipa Multiprofissional Verificar se foram tomadas decisões sobre as medidas a adoptar para reduzir os tempos de espera após a hora marcada, ou para melhorar/manter se for inferior a 20 minutos para todos os médicos e enfermeiros.

Erros no registo informático das práticas clínicas podem levar a que a atividade clínica real (de médicos e de enfermeiros) não corresponda à que fica registada informaticamente. Esta falha é considerada grave para a USF uma vez que os indicadores contratualizados são elaborados com base nesse mesmo registo informático. Deste modo torna-se essencial que todos os médicos e enfermeiros da USF uniformizem a realização dos registos clínicos. Para tal, as USF's devem possuir uma classificação oficial do conhecimento de todos os médicos e enfermeiros, assegurando a existência de uma avaliação e monitorização dessa mesma classificação de modo a garantir a qualidade dos registos clínicos (Figura 22). Na USF CelaSaúde a classificação dos registos clínicos já se encontrava presente no Manual da Qualidade tendo sido no entanto melhorada e colocada num documento à parte – o Manual de Registos Clínicos Médicos e o Manual de Registos Clínicos de Enfermagem.

Figura 22 – DiOr-USF, ponto 4.2 – Boas Práticas Clínicas, critérios B e C

<b>B – Procedimento para a qualidade dos registos clínicos (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa adote um procedimento para a qualidade dos registos clínicos médicos e de enfermagem, com definição dos critérios e da sua avaliação.	
	Manual de Procedimentos/Manual de Boas Práticas Verificar se existe um procedimento para a qualidade dos registos clínicos médicos com definição dos critérios e da sua avaliação.
	Manual de Procedimentos/Manual de Boas Práticas Verificar se existe um procedimento para a qualidade dos registos clínicos de enfermagem com definição dos critérios e da sua avaliação.
<b>C – Utilização das classificações oficiais nos registos clínicos (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa utilize as classificações oficiais nos registos clínicos.	
	Verificar no sistema de informação disponível para os actos médicos se estão classificados pelo ICPC-2 os "A" e "P" do SOAP em, pelo menos, 60% dos registos observados em todos os programas de saúde, incluindo a consulta aberta.
	Verificar no sistema de informação disponível para os actos de enfermagem se os cuidados de enfermagem estão classificados pela CIPE.

Todos os documentos afixados e panfletos de uma USF devem obedecer a um conjunto de regras, que permitam, entre outras coisas, a identificação do responsável pela sua elaboração e a respetiva data, e a data de revisão ou eliminação (Figura 23). Apesar de já existir no Manual da Qualidade, este foi mais um dos procedimentos da USF CelaSaúde que teve de ser melhorado.

**Figura 23** – DiOr-USF, ponto 4.4 – Comunicação com os Utentes e Profissionais, critério A

<b>A – Procedimento para a qualidade dos documentos e panfletos (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa adote um procedimento para a qualidade dos documentos e panfletos da USF, com a definição dos respectivos critérios, data de construção, forma de validação e data de revisão ou eliminação, em sede de manual de procedimentos.	
	Verificar se existe um procedimento para a elaboração dos documentos e panfletos da USF, donde constem a definição dos respectivos critérios, data de elaboração, forma de validação e data de revisão ou eliminação.
	Verificar se existe o procedimento é usado nos documentos e panfletos que são objeto da aplicação da grelha.

Sendo um dos objetivos principais de qualquer prestador de serviços, as USF's não poderiam deixar de se preocupar com a satisfação dos utentes e dos seus profissionais. Deste modo, elas têm de desenvolver mecanismos de avaliação periódica da satisfação (Figura 24) dos seus clientes externos (utentes) e internos (profissionais) pois só assim saberão se estão a corresponder às expetativas que ambos têm em relação ao serviço prestado/que prestam; caso se perceba que as expetativas não estão a ser alcançadas, a USF deve procurar perceber o porquê e implementar medidas que permitam aumentar a satisfação (Figura 25). Como podemos ver descrito na sua missão, uma das prioridades da USF CelaSaúde é a satisfação dos seus utentes e profissionais e como tal ela faz esta monitorização, avaliação e análise anualmente.

**Figura 24** – DiOr-USF, ponto 4.5 – Avaliação da Satisfação de Utentes e Profissionais, critérios A e B

<b>A – Avaliação da satisfação dos utentes (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa realize, promova ou participe periodicamente numa avaliação da satisfação dos utentes por cada ano de atividade.	
	Verificar se existiu qualquer tipo de avaliação da satisfação dos utentes no último ano completo de atividade.
<b>B – Avaliação da satisfação dos profissionais (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa realize, promova ou participe periodicamente numa avaliação da satisfação dos profissionais por cada ano de atividade.	
	Verificar se existiu qualquer tipo de avaliação da satisfação dos utentes no último ano completo de atividade.



**Figura 25** – DiOr-USF, ponto 4.5 – Avaliação da Satisfação de Utentes e Profissionais, critério C

<b>C – Registo e divulgação das conclusões e ações a desenvolver (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa, em conselho geral, avalie os resultados dos inquéritos de satisfação e estabeleça e divulgue as conclusões e ações a desenvolver	
	Verificar nas atas do conselho geral se existiu discussão do Relatório da Avaliação de Satisfação dos Utentes e divulgação das conclusões e ações a desenvolver.
	Verificar nas atas do conselho geral se existiu discussão do Relatório da Avaliação de Satisfação dos Profissionais e divulgação das conclusões e ações a desenvolver.

A Carta da Qualidade é um documento escrito dirigido aos utilizadores das USF's, em suporte simples de consultar e fácil de entender, onde são identificados e descritos: os serviços prestados, a forma de atendimento, os direitos dos utentes e os mecanismos de reclamação e da respetiva resposta. A Carta da Qualidade é um instrumento que as USF's poderão utilizar para dar a conhecer as suas preocupações constantes com a qualidade e a tudo que a ela diga respeito. Este é mais um critério que é cumprido pela USF CelaSaúde.

**Figura 26** – DiOr-USF, ponto 4.9 – Carta da Qualidade, critério A

<b>A – Carta da qualidade (A).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa elabore e publicite a sua carta da qualidade aos seus utentes, devidamente atualizada e revista no último triénio.	
	Carta da Qualidade Verificar a existência e publicação por qualquer dos meios de comunicação da USF com os utentes, de uma carta da qualidade, devidamente actualizada e revista no último triénio.

A monitorização, discussão e análise dos indicadores contratualizados é uma prática de gestão que as USF's devem ter implementada para que consigam atingir os objetivos a que se propuseram aquando da contratualização (Figura 27). Graças a esta monitorização poderão saber se estão no bom caminho para o cumprimento dos indicadores; se não estiverem, podem sempre corrigir erros que surjam. Esta é uma prática corrente na USF CelaSaúde.

**Figura 27** – DiOr-USF, ponto 4.10 – Monitorização e Discussão da Contratualização, critérios A e B

<b>A – Metas contratualizadas (A).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a USF implemente uma prática de discussão, pelo menos trimestral, dos resultados parciais face às metas contratualizadas.	
	Atas do Conselho Geral ou das Reuniões Multiprofissionais Verificar se existiu discussão dos resultados parciais da equipa face às metas contratualizadas, pelo menos, em duas reuniões nos dois últimos trimestres.
<b>B – Medidas corretoras (B).</b>	
<b>Pretende-se:</b> que a equipa implemente medidas corretoras aos desvios identificados na análise trimestral dos resultados parciais face às metas contratualizadas.	
	Atas do Conselho Geral Verificar se existe definição, em sede de Conselho Geral, das medidas corretoras aos desvios identificados na análise trimestral dos resultados parciais face às metas contratualizadas em, pelo menos, duas reuniões dos dois últimos trimestres.

Para além dos indicadores, a monitorização deve também ser feita aos consumos de materiais (sejam clínicos, farmacêuticos e administrativos) – Figura 28. Uma boa gestão de stocks é essencial para o controlo do consumo com materiais.

**Figura 28** – DiOr-USF, ponto 4.10 – Monitorização e Discussão da Contratualização, critério D

<p><b>D – Reflexão regular sobre consumos (B).</b></p> <p><b>Pretende-se:</b> que a USF regularmente monitorize e reflita sobre os consumos de materiais, produtos clínicos e administrativos.</p>
<p><small>Atas do Conselho Geral ou das Reuniões Multiprofissionais Verificar se, pelo menos semestralmente, há evidência da monitorização e reflexão dos consumos de materiais, produtos clínicos e administrativos.</small></p>

Nos temas **5 – Instalações, Saúde, Higiene e Segurança** e **6 – Articulação, Equipamentos e Sistemas de Informação** estão presentes critérios que de uma forma geral analisam o empenho do ACES/ARS em proporcionar à USF as melhores condições de trabalho. Como os nomes indicam, o tema 5 tem sobretudo a ver com as acessibilidades e condições das instalações, em termos físicos, de higiene e de segurança; já o tema 6 está mais ligado aos equipamentos e sistemas de informação disponibilizados pelo ACES à USF. Como são aspetos que não dependem diretamente da USF CelaSaúde houve grandes dificuldades em corrigir algumas situações que não estavam de acordo com o exigido, pelo que não foram feitas alterações significativas. No entanto, as condições atuais não comprometem a prestação do serviço por parte da USF e não são impeditivas para a obtenção de um resultado favorável na aprovação da grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF, já que a maioria dos critérios não são considerados de cumprimento obrigatório (todos os critérios dos temas 5 e 6 são critérios “*tipo C*”, com exceção de apenas um que é do “*tipo B*”).

No que diz respeito ao trabalho desenvolvido ao longo do estágio, existem dois aspetos que importa salientar: a elaboração dos procedimentos da USF CelaSaúde inexistentes mas exigidos pela grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF foi sempre feita em conjunto com alguns dos profissionais das diferentes áreas da USF, de modo a descrever fielmente a realidade da USF; e o outro aspeto a salientar é que, apesar de só terem sido referidos alguns critérios, toda a grelha DiOr-USF foi alvo de uma análise rigorosa, isto é, todos os

critérios de todos os temas foram analisados ao pormenor por forma a identificar as necessidades de melhoria e correção.

Para concluir, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) levou a uma reorganização dos Centros de Saúde (CS), construindo assim uma rede de equipas que tem autonomia e responsabilidade própria, em função dos processos e dos resultados. Foram assim criados os novos agrupamentos de centros de saúde (ACES). A constante preocupação das organizações de saúde com a qualidade surge devido ao compromisso que estas organizações assumem para com os seus utentes e profissionais: a prestação de cuidados de saúde assentes na aplicação de recursos e meios em processos de qualidade que potencializem os resultados obtidos para todos (prestadores e recetores do serviço). Este compromisso exige uma consciencialização e esforço da equipa de saúde para que sejam identificados os pontos que necessitem de melhoria e as respetivas soluções. Foi para isso que a equipa da USF CelaSaúde se propôs quando decidiu candidatar-se ao modelo organizacional B e sujeitar-se a uma avaliação segundo a grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF. A ideia de que só a qualidade poderia trazer melhorias significativas à USF foi ganhando força, e a autoavaliação feita através da grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF permitiu efetuar as devidas correções, aumentando assim a qualidade dos serviços prestados e melhorando algumas questões organizacionais menos positivas.

## **CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES**

De seguida serão feitas algumas conclusões acerca do trabalho desenvolvido e não só. Começa-se por analisar criticamente os aspetos que se considera serem importantes que a USF CelaSaúde melhore (relacionados com o estágio mas também com os vários temas retratados neste relatório), para depois serem dadas algumas indicações sobre o que o futuro reserva à USF CelaSaúde. Por último, na conclusão, são identificadas as áreas e as questões que contribuíram para o crescimento e aprendizagem ao longo do estágio, tanto para a autora como para a USF.

### **3.1. Análise Crítica**

Após todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio e da escrita deste relatório, torna-se necessário fazer uma reflexão acerca de aspetos que foram encontrados e que merecem destaque. Serão dadas sugestões para a correção de aspetos menos positivos, na intenção de ajudar a USF a evoluir e a melhorar. Esse foi um dos objetivos do estágio e é também um dos objetivos deste relatório.

Começando por algo que não tem a ver com o tema mas que foi referido neste relatório e que se enquadra nos conhecimentos obtidos durante a licenciatura e mestrado em Gestão: a missão, a visão e a estrutura organizativa de uma organização, neste caso da USF CelaSaúde.

#### **Missão**

Segundo López e Martín (2004), uma missão deve representar a identidade e personalidade de uma empresa no momento atual e no futuro, procurando responder de forma clara qual o seu negócio e como quer que ele seja no futuro. A missão representa a cultura da empresa e deve ser estável no tempo, podendo ainda assim ser alterada tendo em conta as mudanças no negócio. A missão é específica para cada empresa e deve incluir a definição do campo de atividade da empresa bem como a identificação das capacidades que a empresa apresenta ou pode apresentar. Como se pode ver na apresentação da organização, a missão da USF CelaSaúde explicita de forma geral a sua atividade principal, apresentando no entanto uma pequena falha pois não especifica a área em que atua

(cuidados de saúde primários). Sugere-se então a seguinte adaptação: *“A USF CelaSaúde existe para prestar cuidados de saúde primários efetivos privilegiando a acessibilidade e a aceitabilidade, promovendo e desenvolvendo atividades de investigação e formação, procurando sempre a satisfação dos seus utentes e profissionais, intervindo ao nível da comunidade com uma postura responsável e cúmplice através de um serviço de saúde de qualidade.”*

### **Visão**

A visão acompanha a missão e descreve os planos futuros da organização; deve incorporar a perceção do que a organização poderá ou deverá ser no futuro, bem como os critérios a utilizar para atingir essa posição futura. A visão deve por isso identificar as diferenças entre a situação atual e futura da organização, marcando a direção a seguir de uma forma realista e adequada às várias condicionantes do mercado e da própria organização (López e Martín, 2004). No que diz respeito à USF CelaSaúde, a visão descrita na apresentação da organização não define os planos e o caminho futuro da USF. Como tal, sugere-se a seguinte alteração:

*“A USF CelaSaúde pretende ser uma das referências nos cuidados de saúde primários em Portugal, sendo reconhecida por identificar, satisfazer e ultrapassar as necessidades dos seus utentes e profissionais de modo a prestar cuidados de saúde de qualidade.”*

### **Estrutura Organizativa**

Ao longo da licenciatura e mestrado em Gestão várias foram as estruturas organizacionais formais estudadas (foram estudadas, entre outras, a estrutura funcional – agregação das tarefas consoante as funções; a estrutura divisional – agregação das tarefas em diferentes divisões ou unidades consoante o objetivo global para que concorrem; a estrutura matricial – arranjo que visa incluir as vantagens da departamentalização funcional e da estrutura funcional). Estas estruturas têm como objetivo definir o conjunto de departamentos, serviços e níveis hierárquicos de uma organização, assim como as relações e os canais utilizados para fazer fluir a autoridade e a comunicação (Lisboa, et al., 2004). No caso das USF's, elas têm estruturas assentes em princípios de flexibilidade e multidisciplinariedade, privilegiando a autonomia organizativa, funcional e técnica, numa lógica de rede com

outras unidades funcionais de saúde. Apesar de não se enquadrar em nenhuma das estruturas estudadas, a estrutura organizativa da USF parece ser a mais adequada para uma instituição de saúde que promove o trabalho em equipa como forma de prestação conjunta de um serviço de saúde de qualidade.

Falando agora de aspetos que de uma forma direta ou indireta estão relacionados com o tema deste relatório, existem dois que merecem destaque: a correção e elaboração de procedimentos e a relação entre a grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF e um SGQ.

### **Correção e elaboração de procedimentos**

Relativamente aos procedimentos, é importante ressaltar que apesar de todos eles terem sido corrigidos e elaborados tendo sempre em consideração a realidade da USF, a verdade é que muitos deles ainda não estão a ser postos em prática pelos profissionais. Alguns condicionalismos físicos (instalações), a resistência à mudança de certos profissionais e o pouco tempo de adaptação poderão também justificar este facto. Espera-se por isso que num futuro próximo todos os profissionais saibam agir consoante o descrito nos procedimentos, uniformizando processos e comportamentos.

### **Grelha de diagnóstico organizacional DiOr – USF e SGQ: pontos em comum**

Quando se fala em qualidade, a generalidade das organizações pensa que só um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) pode trazer a qualidade muitas vezes exigida pelos clientes e, apesar da realidade das USF's ser ligeiramente diferente, a verdade é que um SGQ aplicado a estas instituições traria as mesmas vantagens. Muitas instituições ligadas aos serviços de saúde (hospitais, clínicas, ...) estão a apostar cada vez mais na certificação dos seus SGQ. No entanto, a realidade das USF's em Portugal evidencia que não existe uma aposta clara na implementação de um SGQ, o que não significa que nas USF's não haja preocupação com a qualidade; muito pelo contrário, a preocupação é cada vez maior, a diferença está nos instrumentos utilizados.

A grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF utilizada para entrada e permanência no modelo organizacional B é o instrumento utilizado pelas USF's para demonstrarem a

evolução da equipa em termos de organização interna, de trabalho em equipa, de prossecução de objetivos mais exigentes e de qualidade. Como se pode ver nos pontos referidos anteriormente, tal como acontece com um SGQ, se uma USF obtiver um resultado positivo na grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF consegue melhorias significativas na sua qualidade.

A abordagem por processos é o primeiro ponto em comum entre a grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF e o SGQ. A definição dos processos-chave de acordo com aquilo que são as necessidades dos utentes, assim como a sua descrição em procedimento, “obrigam” as USF’s a manter um conjunto de processos claramente definidos e uniformizados. A descrição pormenorizada dos processos está presente no Manual de Procedimentos, onde se encontram discriminados os processos-chave da USF (divididos em processos operacionais, de suporte e de gestão).

Esse é o outro ponto em comum: o tipo e a documentação exigida. Neste caso, a grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF exige que as USF’s possuam como documentos um Plano de Ação (plano de ação para o ano em vigor que inclui uma descrição completa de todos os programas contratualizados pela USF), um Relatório de Atividades (relatório das atividades da USF durante o ano civil anterior), um Regulamento Interno (documento que regula todo o funcionamento da USF) e um Manual de Procedimentos (manual com descrição de processos organizativos e clínicos). Dos documentos anteriormente descritos na hierarquia de documentação de um SGQ (Manual da Qualidade, Procedimentos, Instruções de Trabalho e Impressos e Registos) apenas a descrição dos processos (os procedimentos) é exigida pela grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF, evidenciando ainda assim uma semelhança que merece destaque já que é a prova clara de que as USF’s devem seguir e por em prática o modelo da abordagem por processos característico de um SGQ.

Apesar de não ser feita nos mesmos moldes que um SGQ, a grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF também obriga que exista uma monitorização e controlo, análise e melhoria de algumas aspetos que de forma direta ou indireta têm implicações na qualidade do serviço prestado. A monitorização e discussão das reclamações e tempos de

espera bem como a implementação de medidas corretoras aos desvios encontrados; a análise e avaliação dos resultados dos inquéritos de avaliação da satisfação dos utentes e profissionais; a análise e introdução de medidas corretoras às metas contratualizadas; e as reflexões regulares sobre os consumos de materiais são alguns exemplos de práticas de monitorização e controlo exigidas pela grelha de diagnóstico organizacional DiOr–USF que se assemelham (com as devidas adaptações) às que são praticadas no âmbito de um SGQ.

Podemos concluir que os referidos instrumentos tem muitos pontos em comum e no fundo acabam por se aproximar, sabendo à partida que perseguem o mesmo objetivo: assegurar a melhoria contínua e garantir qualidade da organização.

### **3.2. Perspetivas Futuras**

Todo o trabalho desenvolvido ao longo dos cinco meses de estágio teve o resultado desejado: neste momento a USF CelaSaúde encontra-se no modelo organizacional B. Apesar deste avanço significativo, em termos organizacionais e não só, ainda existe muito trabalho pela frente.

Falta incluir no Manual de Procedimentos os procedimentos que, mesmo não sendo exigidos pela grelha de diagnóstico organizacional DiOr–USF, são importantes e decorrem da atividade da USF (por exemplo, procedimento para atendimento telefónico, procedimento em caso de incêndio, procedimentos para avaliação da satisfação de utentes e profissionais). É igualmente importante incluir um procedimento que defina as regras de revisão dos diferentes documentos da USF (incluindo do próprio Manual de Procedimentos).

Existem pontos da grelha de diagnóstico organizacional DiOr–USF, que apesar de não terem colocado em causa a aprovação do novo modelo organizacional, merecem uma atenção por parte da USF CelaSaúde. A inexistência de um plano de emergência, de um sistema de proteção contra incêndio e intrusão, e de formação em caso de sinistro são aspetos que devem ser corrigidos com a maior brevidade possível já que são fundamentais



para garantir a segurança e integridade de utentes e profissionais em caso de incêndio e outros sinistros.

Seria também importante que a USF continuasse a apostar noutros projetos relacionados com a qualidade. Relativamente à qualidade no atendimento, a Marca de Atendimento de Qualidade Reconhecida (Marca AQR) é uma opção a ter em conta. O atendimento é a base da opinião do utente em relação ao serviço prestado, e como tal, a prestação do serviço por parte de todos os profissionais deve obedecer a um conjunto de linhas gerais e uniformes numa vertente comportamental e de comunicação com o utente capazes de garantirem a qualidade do atendimento (e conseqüentemente, do serviço prestado). Esse é o objetivo da Marca AQR. A Marca AQR é uma marca registada do Ministério da Saúde destinada a evidenciar e reconhecer a qualidade do atendimento prestado aos utentes, premiando e reconhecendo as boas práticas de atendimento das USF's. Sabe-se que todo o processo de candidatura a esta marca será exigente e trabalhoso, no entanto as vantagens para a USF são inegáveis.

Por último, importa não esquecer que todo o trabalho realizado não tinha só o propósito de entrada no novo modelo organizacional; a Acreditação da USF deve ser o objetivo e o passo seguinte. O processo de Acreditação deve ser iniciado o mais breve possível de modo a dar continuidade e seguimento à aposta na qualidade.

### **3.3. Conclusão**

A realização do estágio num organismo de saúde não é algo muito normal para quem a nível académico não tinha recebido qualquer formação na área da saúde (apenas tinha com experiência a realização de um estágio de verão de apenas um mês num hospital). No entanto, e apesar disso, resolvi aceitar o desafio, sempre com a expectativa de que independentemente do que acontecesse iria adquirir conhecimentos e experiência numa área que me era totalmente desconhecida; e isso com certeza que já valeria a pena. Concluído o estágio e este relatório, essa é uma das conclusões que retiro: sem dúvida que valeu a pena.

Apesar de desconhecer grande parte dos conceitos ligados a uma USF, sempre procurei saber mais e realizar todas as tarefas que me eram solicitadas, dando o melhor de mim e esforçando-me por aprender e ajudar. E, ao contrário do que seria de esperar, a adaptação à realidade da USF foi bastante fácil o que permitiu desde logo uma completa interiorização daqueles que eram os projetos e objetivos da USF para o curto-prazo. A força de vontade em atingir esses objetivos e terminar o processo de candidatura ao modelo B com o maior dos sucessos foram as premissas que prevaleceram durante todo o estágio e que disseminaram qualquer desmotivação que surgisse por via das dificuldades que iam surgindo. Definida a prioridade de trabalho, a realização de uma autoavaliação da USF com base na grelha de diagnóstico organizacional DiOr–USF, o trabalho foi fluído, sempre com o envolvimento dos profissionais da USF e a cooperação da minha colega de estágio. Apesar do processo de candidatura já se encontrar a decorrer, a grelha de diagnóstico organizacional DiOr–USF tinha sido ainda pouco explorada, e como tal, foi o elemento base de todas as tarefas desenvolvidas ao longo do estágio. Sempre na ótica de melhoria organizacional, durante o estágio foram implementadas medidas corretivas dos aspetos onde se verificou a existência de falhas e introduzidos novos pontos referidos pela grelha mas ainda não presentes/introduzidos em todo o funcionamento e organização da USF. Tudo isto permitiu à USF CelaSaúde uma evolução significativa ao nível organizativo, que culminou com a aprovação da grelha de diagnóstico organizacional DiOr–USF e consequente entrada no novo modelo organizacional.

Este relatório pretendeu demonstrar que os modelos organizacionais das USF's têm implicações significativas na forma de funcionamento e organização das mesmas devido às exigências de cada modelo e à necessária evolução organizativa. A grelha de diagnóstico organizacional DiOr–USF foi o instrumento utilizado para medir essa exigência e avaliar o grau de amadurecimento organizacional da USF CelaSaúde, aprovando assim a qualidade organizacional desta USF. Apesar de possuir algumas diferenças, verificou-se que a grelha de diagnóstico organizacional DiOr–USF se enquadra nos mesmos objetivos de um SGQ e pode ser vista como uma adaptação do mesmo à realidade das USF.

## 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.

COELHO, Filipe, (2013) *Aulas da disciplina de Marketing de Serviços*, Apontamentos Diversos.

KELEMEN, Mihaela (2003) *Managing Quality – managerial and critical perspectives*. SAGE Publications.

LISBOA, João V., COELHO, Arnaldo, COELHO, Filipe e ALMEIDA, Filipe, (2004) *Introdução à Gestão de Organizações*. Vida Económica.

LÓPEZ, José Emilio N. e GUERRAS-MARTÍN, Luis Angél, (2004) *La Dirección Estratégica de La Empresa, Teoría y Aplicaciones*, Tercera Edición.

MOURA e SÁ, Patrícia, (2013) *Aulas da disciplina de Gestão pela Qualidade Total*, Apontamentos Diversos.

PIRES, António Ramos, (2004) *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. Edições Sílabo, 3ª Edição Lisboa.

Portugal, Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários, (2009) *Plano de Desempenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde*.

Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, (2013) *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2013*.

Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Equipas Regionais de Apoio, Administrações Regionais de Saúde, (2012) *Guia de Aplicação do Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF, DiOr-USF*.

Portugal, Ministério da Saúde, Cuidados de Saúde Primários, (2010) *Guião de Apoio à Preparação de Candidaturas a Unidades de Saúde Familiar (USF) - Modelo A*.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde, (2009) *Programa Nacional da Acreditação em Saúde*.

Portugal, Ministério da Saúde, Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, (2011) *Unidades de Saúde Familiar - Princípios, regras e critérios para transição entre modelos organizativos e manutenção das respetivas situações*.

Portugal, Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, (2006) *Metodologia de Análise de Candidaturas a Unidades de Saúde Familiar*.

Portugal, USF CelaSaúde, Manual da Qualidade 2012/2014.

Portugal, USF CelaSaúde, Regulamento Interno, versão de 31 de Outubro de 2012.

SARAIVA, Margarida e TEIXEIRA, António, (2010) *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar*. Edições Sílabo, 1ª Edição, Lisboa.

SOARES, Iolanda e PINTO, Abel, (2010) *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação*. Edições Sílabo – 1ª Edição, Lisboa.

SOUSA, Paulo, J. PINTO, Fausto, COSTA, Carlos e SOUSA UVA, António, (2008) *Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático: 7.

ZEITHAML, Valarie A., PARASURAMAN, A. and BERRY, Leonard L., (Spring 1985) *Problems and Strategies in Services Marketing*, Journal of Marketing 49: 33-46.

## **LEGISLAÇÃO**

Portugal, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Despacho Normativo n.º 5/2011, de 15 de Março, ANEXO - Regulamento de candidaturas para adesão ao modelo das Unidades de Saúde Familiar (USF).

Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.

Portugal, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Despacho nº 24 101/2007.

Portugal, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, Portaria 301/2008 de 18 de Abril.

## REFERÊNCIAS WEB

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía “La Agencia - ¿Qué es la Agencia?” [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/la\\_agencia/que\\_es\\_la\\_agencia/que\\_es\\_la\\_agencia.html](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/la_agencia/que_es_la_agencia/que_es_la_agencia.html) [27 de julho de 2013].

ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde, “USF – Candidaturas” <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/candidaturas/tabid/773/language/pt-PT/Default.aspx> [19 de julho de 2013].

Instituto Português da Acreditação “ A Acreditação” <http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp> [26 de julho de 2013].

ISO – International Organization for Standardization “Management system standards - ISO 9000” [http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso\\_9000.htm](http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso_9000.htm) [26 de julho de 2013].

JCI - Joint Commission International <http://pt.jointcommissioninternational.org/> [26 de julho de 2013].

King’s Fund – “History” <http://www.kingsfund.org.uk/about-us/our-history> [26 de julho de 2013].

Missão para os Cuidados de Saúde Primários - <http://www.mcsp.min-saude.pt/> [08 de abril de 2013].

# **ANEXOS**

## Anexo I – Formulário de Candidatura ao Modelo A

### 1º Passo: Modelo a que se candidatam

**\* Modelo Organizacional:**

A - Modelo A

B - Modelo B    RRE Antigos    USF/RRE

### 2º Passo: Identificação da USF

**Identificação**

\* Administração Regional de Saúde      Seleccione     

\* Distrito      Seleccione     













\* Centro de Saúde     

\* Sede/Extensão/Unidade     

\* Designação da futura USF     

### 3º Passo: Identificação dos Profissionais

**\* Profissionais**

Nome	BI	Área Profissional	Local de trabalho actual	Vínculo	
Miguel António	1234567	Medicina	Sede	Definitivo	 
Isabel Oliveira	2345678	Medicina	Unidade	Definitivo	 
Aristides Silva	98765456	Medicina	Sede	CTTC	 
Rosa Rodrigues	2345678	Enfermagem	Sede	CAP	 
Helena Santos	135790	Enfermagem	Exterior	CIT termo resolutivo	 
Isaura Pereira	13425678	Administrativo	Exterior	CIT tempo indeterminado	 

Introduzir / Acrescentar Profissional

### 4º Passo: Condições de exercício de atividades

**Condições de Exercício**

**Instalações Futuras**

\* Actuais

Sim

Não

\* Obras

Sim

Não

### 5º Passo: Total de Utentes

\* Total Actual de Utentes dos Médicos proponentes  
(Somatório das listas de utentes dos médicos proponentes independentemente do seu local de trabalho actual)

\* Total Actual de Utentes dos Médicos proponentes do Centro de Saúde  
(Somatório das listas de utentes dos médicos do centro de Saúde que integram a USF)

\* Total Futuro de Utentes  
(Para o total dos médicos do grupo)

\* Total de Utentes sem médico de família da área do Centro de Saúde

### 6º Passo: Data prevista do início de atividades da USF

\* Data prevista de início das actividades da USF

### 7º Passo: Carteira de Serviços

**Carteira de Serviços Adicionais**

Serviços adicionais propostos pelo grupo (máx 250 caracteres)



**8º Passo: Alargamento do Horário**

Alargamento de horário	
* Dias Úteis	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
* Sábados	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
* Domingos e Feriados	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

**9º Passo: Dados do responsável pela Candidatura**

Validação da Candidatura	
* Nome do responsável pelo projecto	<input type="text"/>
* Endereço Postal	<input type="text"/>
Telefone Fixo	<input type="text"/>
Telefone Móvel	<input type="text"/>
* E-mail	<input type="text"/>
Observações (máx 250 caracteres)	
<input type="text"/>	

**10º Passo: Compromisso do responsável pela  
Candidatura**

<input type="checkbox"/> Comprometo-me a enviar para o Coordenador da ERA (Equipa Regional de Apoio) da minha região, no prazo de 48 horas os Documentos Complementares ao Formulário:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lista de Utentes</li><li>• Recursos Humanos</li><li>• Recursos Físicos</li></ul>

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Cuidados de Saúde Primários, (2010) *Guião de Apoio à Preparação de Candidaturas a Unidades de Saúde Familiar (USF) - Modelo A.*

## Anexo II – Indicadores base contratualizados de incentivos institucionais para USF

Nome do Indicador	Área Clínica	Tipo
Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	Transversal	Acesso
Taxa de utilização global de consultas	Transversal	Acesso
Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	Acesso
Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos, com colpocitologia actualizada (uma em três anos)	Rastreio Oncológico	Desempenho assistencial
Percentagem de diabéticos com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	Diabetes	Desempenho assistencial
Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	Hipertensão arterial	Desempenho assistencial
Percentagem de crianças com PNv actualizado aos 2 anos	PNv	Desempenho assistencial
Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	Saúde infantil	Desempenho assistencial
Percentagem de 1ª consultas de gravidez no 1º trimestre	Saúde materna	Desempenho assistencial
Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos	Transversal	Satisfação de utentes
Custo médio de medicamentos faturados por utente utilizador (baseado no PVP)	Transversal	Eficiência
Custo médio de MCDTs faturados por utente utilizador do SNS	Transversal	Eficiência

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, (2013) *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2013*, pág. 10<sup>10</sup>

<sup>10</sup> De referir que na tabela apenas estão presentes treze dos quinze indicadores contratualizados, uma vez que dois indicadores são acordados entre a USF e a ARS de entre uma lista de indicadores validados pela ACSS (Fonte: Portugal, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, Portaria 301/2008 de 18 de Abril).

**Anexo III – Indicadores de desempenho assistencial contratualizados para atribuição de incentivos institucionais com USF**

<b>Código *</b>	<b>Nome do Indicador</b>	<b>Área Clínica</b>
5.19	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com terapêutica com metformina	Diabetes
5.30	Proporção de utentes com diabetes, com microalbuminúria no último ano	Diabetes
6.05.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %	Diabetes
7.08	Rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a faturada com antidiabéticos orais, em doentes com diabetes mellitus tipo 2	Diabetes
5.16	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com prescrição de anti-hipertensores do tipo tiazídico	Hipertensão
6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	Hipertensão
5.01.01	Proporção de mulheres entre [50; 70[ anos, com mamografia registada nos últimos dois anos	Rastreio Oncológico
5.03	Proporção de inscritos com idade entre [50; 75[ anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	Rastreio Oncológico
5.22	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos	Saúde adultos
5.25	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	Transversal
5.27	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos	Transversal

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, (2013) *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2013*, pág. 12

## Anexo IV – Métrica de avaliação para atribuição de incentivos institucionais

De acordo com o estabelecido no anexo III da Portaria n.º 301/2008, de 22 de abril, o apuramento dos incentivos institucionais obtém-se segundo a seguinte métrica de avaliação:

**Tabela 3 - Métrica para atribuição de incentivos institucionais**

Estado	Pontuação por Atividade	Classes de indicadores	
		Acesso, desempenho assistencial e satisfação dos utentes	Eficiência
Atingido	2	> 90 %	< 100%
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]	[100 %, 105 %]
Não Atingido	0	< 80 %	> 105 %

A meta estabelecida para o indicador 6.01.01 (PNV aos 2 anos) deve ser considerada "não atingida" se o valor obtido for inferior à meta.

O valor dos incentivos é atribuído, na sua totalidade (a 100%), quando se verificam totalidade das condições seguintes:

- A. O somatório de pontos é igual ou superior a 27 (máximo de 30 pontos);
- B. O somatório de pontos nos indicadores de acesso é igual ou superior a 7 (máximo de 8 pontos);
- C. O somatório de pontos nos indicadores de desempenho assistencial é igual ou superior a 14 (máximo de 17 pontos);
- D. O somatório de pontos no indicador de satisfação de utentes é igual a 2;
- E. O somatório de pontos nos indicadores de eficiência é igual a 4 pontos;

O valor dos incentivos é atribuído a 50%, quando a condição [A e (B ou C)] é verdadeira:

- A. O somatório de pontos é igual a 24, 25 ou 26;
- B. A USF atingiu 2 pontos no indicador de eficiência [7.06 - Despesa média de medicamentos faturados, por utente utilizador (baseado no PVP)];
- C. A USF atingiu 2 pontos no indicador de eficiência [7.07 - Despesa média de MCDTs faturados, por utente utilizador do SNS (baseado no preço convencionado)];

O valor máximo anual dos incentivos institucionais a atribuir depende do número de unidades ponderadas de utentes inscritos, de acordo com a tabela seguinte:

**Tabela 4 – Valor dos incentivos institucionais**

Número de UP's de utentes inscritos	Incentivo potencial (euros)
[0; 8500[	9.600
[8500; 15500[	15.200
≥15500	20.000

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, (2013) Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2013, pág. 13.

## Anexo V – Métrica de avaliação para atribuição de incentivos financeiros

De acordo com o estabelecido no anexo II da portaria 301/2008 de 22 de abril, o apuramento dos incentivos financeiros obtém-se segundo a seguinte métrica de avaliação:

**Tabela 6 - Métrica para atribuição de incentivos financeiros**

Estado	Pontuação por Atividade	Indicador
Atingido	2	> 90 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]
Não Atingido	0	< 80 %

A meta estabelecida para o indicador 6.01.01 (PNV aos 2 anos) deve ser considerada “não atingida” se o valor obtido for inferior à meta.

O valor dos incentivos é atribuído, na sua totalidade (a 100%), quando a USF atinge uma pontuação de 30 ou mais pontos.

O valor dos incentivos é atribuído a 50%, quando a USF atinge uma pontuação entre 25, 26, 26 28 ou 29 pontos.

O valor máximo anual dos incentivos financeiros a distribuir, por enfermeiro é de € 3.600 (três mil e seiscentos euros), e por assistente técnico, é de € 1.150 (mil cento e cinquenta euros).

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, (2013) Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2013, pág. 15.

## Anexo VI – Indicadores de avaliação para atribuição de incentivos financeiros

Nome do Indicador	Área Clínica
Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar
Proporção de mulheres vigiadas em PF entre 25 e 49 anos com colpocitologia atualizada (3 anos)	Saúde da Mulher e Planeamento Familiar
Proporção de grávidas com consulta de revisão de puerpério efetuada	Saúde Materna
Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	Saúde Materna
Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	Saúde Materna
Proporção de recém-nascidos, com diagnóstico precoce (TSHPKU) realizado até ao sexto dia de vida	Saúde Infantil e Juvenil – 1º ano de vida
Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	Saúde Infantil e Juvenil – 1º ano de vida
Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	Saúde Infantil e Juvenil – 1º ano de vida
Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	Saúde Infantil e Juvenil – 2º ano de vida
Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registado no último ano	Saúde Infantil e Juvenil – 2º ano de vida
Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	Saúde Infantil e Juvenil – 2º ano de vida
Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	Diabetes
Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	Diabetes
Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	Diabetes
Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	Hipertensão
Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	Hipertensão
Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	Hipertensão

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, (2013) *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2013*, pág. 14 e 15.

**Anexo VII – Guia para Aplicação do Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF, DiOr – USF**



## **INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO**

A grelha DiOr-USF (Diagnóstico do desenvolvimento Organizacional nas Unidades de Saúde Familiar) surge na sequência da experiência obtida com aplicação de outros instrumentos semelhantes no acompanhamento e nas auditorias de candidatura a modelo B das USF, como foi o caso do MoniQuOr adaptado, a grelha ZZ e ultimamente a grelha DiQuOr-USF.

Aquela experiência e o início do plano nacional de acreditação com os critérios desenvolvidos pela Agência Qualidade Sanitaria de Andaluzia e adaptados para Portugal pelo Departamento da Qualidade da Direcção Geral da Saúde, originaram a necessidade de reajustar o instrumento de diagnóstico de desenvolvimento organizacional, tornando-o mais adequado.

## **OBJETIVO DO DiOR-USF**

Com o presente documento pretende-se desenvolver uma ferramenta de trabalho que permita de forma sistemática e rigorosa implementar linhas de orientação, de monitorização e avaliação da organização dos serviços tendo em vista a melhoria do desempenho da unidade, a satisfação dos cidadãos e dos profissionais.

## **ÂMBITO DO DiOR-USF**

O DiOr-USF permite, internamente, a autoavaliação de cada USF, o acompanhamento pelo Conselho Clínico, por aplicação direta ou cruzada, ou pela ERA e, externamente, para acesso e manutenção em modelo B ou como forma de desempate nas candidaturas a processos de acreditação.

## **LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DA GRELHA**

### **a) Técnica de recolha de dados**

Os dados podem ser recolhidos por:

- I. Observação direta de documentos (regulamento interno, plano de ação, manuais e outros), dos sistemas de informação disponíveis ou das infraestruturas (áreas de trabalho e armazéns).
- II. Entrevista dos profissionais e cidadãos para recolha de dados ou informações sobre o que não é observável.

### **b) Preenchimento da Grelha**

Os critérios constantes desta grelha de avaliação estão classificados em três categorias A, B e C.

Os critérios A são de cumprimento obrigatório. Na candidatura a modelo B implicam a exclusão. Na manutenção em Modelo B, implicam a mudança para modelo organizativo A.

Os critérios B terão de ser cumpridos entre 70 e 74% para se obter um resultado satisfatório, entre 75 e 90% para se obter um resultado bom e acima de 90% para se considerar um resultado excelente.

Os critérios C analisam o empenho do ACES/ARS para proporcionar às USF as melhores condições de trabalho.



Sempre que não existe evidência objetiva para validar um critério, de acordo com toda a respectiva lista de verificação, deverá ser atribuído um "0" e expressa a razão da não validação.

Opostamente, sempre que a lista está completa deverá ser atribuído um "1". Neste último caso, se, embora cumprida a lista de verificação, seja evidente que existe espaço para melhoria deste cumprimento, deve ser expressa a forma de a melhorar.

Sempre que um critério não tenha condições objetivas de aplicação em cada USF, deverá ser considerado como "N/A" (Não aplicável).

## GUIA PARA APLICAÇÃO DO **DIAGNÓSTICO DO DESENVOLVIMENTO** **ORGANIZACIONAL NAS USF (DIOR-USF)**

1. – ORGANIZAÇÃO E GESTÃO .....	5
1.1 – DESENVOLVIMENTO DA EQUIPA .....	5
1.2 – ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA DA USF .....	6
1.3 – GESTÃO E COMUNICAÇÃO NA USF .....	7
1.4 – INSTRUMENTOS DA USF .....	8
1.5 – GESTÃO DA VIOLÊNCIA.....	9
1.6 – APROVISIONAMENTO .....	9
1.7 – REGISTOS DE EQUIPAMENTO E MATERIAL .....	10
1.8 – REGISTOS CLÍNICOS .....	10
1.9 – ACESSO DE PESSOAS ESTRANHAS À USF .....	10
2. – INFORMAÇÃO E DIREITOS DOS UTENTES .....	11
2.1 – DIREITOS DOS CIDADÃOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	11
2.2 – COMUNICAÇÃO COM OS UTENTES.....	13
3. – OFERTA ASSISTENCIAL .....	15
3.1 – OBTENÇÃO ATEMPADA DE CUIDADOS E ACONSELHAMENTO .....	15
3.2 – SISTEMA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS.....	16
3.3 – CUIDADOS DOMICILIÁRIOS.....	17
3.4 – CONTINUIDADE E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS .....	17
3.5 – PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	17
4. – DESENVOLVIMENTO DA EQUIPA E QUALIDADE .....	18
4.1 – ANÁLISE DA EFICÁCIA ORGANIZACIONAL .....	18
4.2 – BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS .....	18
4.3 – CONTROLO DE INFEÇÃO (B) .....	18
4.4 – COMUNICAÇÃO COM OS UTENTES E PROFISSIONAIS .....	19
4.5 – AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E PROFISSIONAIS .....	19
4.6 – FORMAÇÃO CONTÍNUA DA EQUIPA .....	19
4.7 – FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS EXTERNOS À USF.....	20
4.8 – TRABALHOS CIENTÍFICOS E INVESTIGAÇÃO .....	20
4.9 – CARTA DA QUALIDADE .....	21
4.10 – MONITORIZAÇÃO E DISCUSSÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO .....	21
5. – INSTALAÇÕES, SAÚDE, HIGIENE E SEGURANÇA .....	22
5.1 – ACESSIBILIDADE ÀS INSTALAÇÕES .....	22
5.2 – SALA DE ESPERA (C) .....	22
5.3 – ÁREAS DE TRABALHO .....	23
5.4 – INSTALAÇÕES SANITÁRIAS (C) .....	23
5.5 – ÁREA DE ARMAZENAGEM.....	24
5.6 – SAÚDE DOS PROFISSIONAIS .....	24
5.7 – HIGIENE .....	24
5.8 – SEGURANÇA .....	25
5.9 – ACONTECIMENTOS ADVERSOS.....	26
6. – ARTICULAÇÃO, EQUIPAMENTOS E SISTEMA INFORMAÇÃO .....	26
6.1 – ARTICULAÇÃO.....	26
6.2 – ARQUIVO DOS REGISTOS CLÍNICOS .....	26
6.3 – EQUIPAMENTOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM .....	27
6.4 – EQUIPAMENTO INFORMÁTICO.....	28
6.5 – SISTEMA DE COMUNICAÇÕES .....	28
6.6 – SISTEMA DE TRANSPORTE PARA DOMÍLIOS .....	29

## Anexo VIII – Estrutura de um Procedimento antes da Auditoria


<b><i>PS.X.X – Nome do Procedimento</i></b>	
<b>PS.X.X – Nome do Procedimento</b>	
<b>Equipa</b>	
<b>Dinamizador</b>	
<b>Contactos</b>	
<b>Breve descrição</b>	
<b>Objetivos</b>	

Fonte: Portugal, USF CelaSaúde, Manual da Qualidade 2012/2014<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> A seguir a esta estrutura, normalmente é apresentada uma representação esquemática do procedimento (fluxograma).

## Anexo IX – Estrutura de um Procedimento após Auditoria

<b>PROCEDIMENTO</b> XXXXXXXXXXXX	 Versão: 02 Julho 2013
PS.0X-PROC 0X	Versão em vigor

**1. OBJETIVO**  
Finalidade do procedimento.

**2. ÂMBITO**  
Campo de aplicação (abrangência); a quem se aplica.

**3. DEFINIÇÕES**  
Descrição dos conceitos chave.

**4. REFERÊNCIAS**  
Documentos que serviram de apoio à descrição (norma técnica, legislação ou Ordem de serviço, etc.).

**5. RESPONSABILIDADES**  
Quem garante a execução ou respeito pelo procedimento.

**6. DESCRIÇÃO**  
Descritivo em texto, podendo ainda representar-se em fluxogramas, esquemas ou fotografias de apoio à realização das atividades.

**7. ANEXOS**  
Documentos que complementam a aplicação do procedimento.

<b>Documento elaborado por:</b> XXxxx	<b>Supervisão:</b> XXxx	<b>Aprovado pelo Coordenador da USF</b>
<i>A reprodução em suporte de papel serve apenas como um documento de trabalho.</i>		<b>Data de Aprovação:</b>
		Pág. 1 / 1

Fonte: Adaptado de USF CelaSaúde, PROCEDIMENTO - PG. 01-PROC-01 - Construção de Procedimentos e Instruções de Trabalho, 2013.