



Marisa Manuela Coelho Marques

Melhoria Contínua na Redução dos Tempos de Espera da USF CelaSaúde

Relatório de Estágio de Mestrado em Gestão, apresentado à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Fevereiro 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Marisa Manuela Coelho Marques

Melhoria Contínua na Redução dos Tempos de Espera da USF CelaSaúde

Relatório de Estágio de Mestrado em Gestão, apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador de estágio na FEUC: Prof. Doutora Patrícia Moura e Sá
Orientador da USF: Dra. Maria Teresa Tomé

Coimbra, Fevereiro de 2015

Agradecimentos

As palavras de agradecimento são dedicadas a todas as pessoas que de uma forma direta ou indireta me permitiram chegar até aqui e me ajudaram a percorrer os cinco anos e meio desta vida académica com momentos que jamais esquecerei.

Aos meus pais e irmã, um enorme obrigado por acreditarem sempre em mim, pelo seu apoio que sempre me deram, incentivo, amizade e paciência, porque saem eles não estaria aqui.

Ao meu namorado Eduardo, que sempre me apoiou e ajudou incondicionalmente sempre que precisei e deu-me força para continuar nos piores momentos.

À Andreia e a Araújo que me acompanharam desde o início desta aventura que foi Coimbra, com a vossa amizade, apoio, ajudando-me sempre e todos os momentos de passamos juntas.

À Mélanie e a Francisca que se revelaram grandes amigas principalmente neste último ano. Obrigadas pelo apoio e incentivo, pelas tonteiras mas principalmente pela amizade.

À Filipa, pela sua amizade apesar de longe esteve sempre comigo com o seu apoio e compreensão.

À minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Moura e Sá, disponibilidade, pelos conselhos e sugestões dadas durante todo o processo de escrita deste relatório.

À Dra. M^a Teresa Tomé, Coordenadora da USF CelaSaúde, toda a disponibilidade, aprendizagem, motivação e apoio prestados.

À minha colega de estágio, Claudinete, pela ajuda, apoio e companheirismo.

A todos, o meu sincero obrigado!

“Tal como a beleza está nos ‘olhos’ de quem a vê, a qualidade está na mente do consumidor”

(Scheneider e Bowen, 1995, p. 22

apud Batista & Pina e Cunha, 2012, p. 17)

Resumo

O presente relatório realizou-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

O estágio curricular ocorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) CelaSaúde, na área da Qualidade com uma duração aproximada de cinco meses.

O objetivo deste estudo foi analisar a possibilidade de redução dos tempos de espera, na unidade, de modo a melhorar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente a satisfação dos seus utentes.

Tendo em conta que a USF em estudo pretende candidatar-se à Acreditação, existem vários parâmetros que têm de ser avaliados e monitorizados de modo a corresponder às características necessárias. A escolha do tema remete precisamente a esta necessidade, sendo objeto de estudo os tempos de espera, um dos parâmetros mais problemático na unidade.

Com este propósito foi aplicado o ciclo PDCA e ferramentas básicas da qualidade. Para a execução do ciclo PDCA foi imprescindível analisar e avaliar as medidas que a USF tem vindo a implementar para melhoria do parâmetro em estudo. Posteriormente a implementação do ciclo PDCA é demonstrado duas ferramentas da qualidade que permitiram perceber melhor quais são os constrangimentos que aumentam os tempos de espera e podem ser uma ajuda num futuro ciclo PDCA.

Conclui-se que as ações corretivas implementadas estão a produzir resultados, contudo ainda existem alguns problemas que podem ser minorados. Desta forma, também são deixadas algumas recomendações de melhoria.

Palavras-chave: Tempo de espera, Ciclo PDCA, Ferramentas básicas da qualidade, Ações corretivas, Melhoria Contínua

Abstract

This report was developed in the context of traineeship for Master in Management of the Faculty of Economics of the University of Coimbra.

The traineeship took place in Family Health Unit (USF) CelaSaúde in the quality area with an approximate duration of five months.

The aim of this study was to analyze the possibility of reducing waiting times in the Unit, in order to improve the quality of services provided and consequently the satisfaction of its users.

Considering that the USF intends to apply for Accreditation, there are several parameters that need to be evaluated and monitored in order to encounter the required characteristics. The subject refers precisely to this need, being studied by waiting times, one of the most problematic parameters in the Unit.

For this purpose it was applied the PDCA cycle and basic quality tools. For the implementation of PDCA cycle was essential analyze and evaluate the measures that USF has implemented to improve the parameter under study. Later the implementation of the PDCA cycle is shown two quality tools that allowed better understand what are the constraints that increase waiting times and can be a help in a future PDCA cycle.

It was concluded that the corrective actions implemented were successful. However there are still some problems which could be decreased. In this way, are also left some recommendations for improvement.

Keywords: Lead time, PDCA cycle, Basic tools of quality, Corrective actions, Continuous improvement

Lista de Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BI – Bilhete de Identidade

CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

FEUC – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

LIC – Limite Inferior de Controlo

LSC – Limite Superior de Controlo

PAI – Plano de Acompanhamento Interno

SIARES – Sistema de Informação da ARS

SINUS – Sistema Informático Nacional dos Utentes de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de recursos assistenciais partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	v
Abstract.....	vii
Lista de Siglas	ix
Índice de Figuras	xiii
Índice de Tabelas	xiv
Introdução.....	1
Capítulo 1. Fundamentos da Qualidade nos Serviços de Saúde.....	5
1.1. As origens da Qualidade: o contributo dos Gurus	5
1.2. Dimensões da Qualidade	9
1.3. Princípios da Gestão da Qualidade	11
1.4. Qualidade em Serviços.....	12
1.5. Qualidade em Saúde	16
Capítulo 2. Melhoria contínua e ferramentas da Qualidade.....	19
2.1. Fundamentos da filosofia Kaizen	19
2.2. Ciclo “PDCA”	19
2.3. Ferramentas Básicas da Qualidade	21
Capítulo 3. Estágio	29
3.1. USF CelaSaúde.....	29
3.2. Principais tarefas realizadas.....	33
Capítulo 4. Aplicação prática do Ciclo PDCA na redução dos tempos de espera.....	37
4.1. Enquadramento	37
4.2. Implementação do Ciclo PDCA.....	40
4.2.1. Plan	40
4.2.2. Do.....	43

4.2.3. Check : uma análise baseada nos resultados dos questionários a utentes e profissionais de saúde	46
4.2.3.1. Características dos utentes inquiridos.....	46
4.2.3.2. Requisição dos serviços pelos utentes.....	47
4.2.3.3. Conhecimento dos utentes sobre as medidas implementadas.....	49
4.2.3.4. Perceção das melhorias nos tempos de espera.....	50
4.2.3.5. Problemas da unidade.....	51
4.2.3.6. Satisfação dos utentes.....	56
4.2.4. Act.....	60
4.3. Outras ferramentas	61
Conclusão	65
Anexos.....	71
Apêndice	78

Índice de Figuras

FIGURA 1. DIMENSÕES DA QUALIDADE	10
FIGURA 2. AVALIAÇÃO DO SERVIÇO PELO CLIENTE	14
FIGURA 3. COMPONENTES DAS EXPECTATIVAS DOS CLIENTES.....	15
FIGURA 4. CICLO DE MELHORIA CONTÍNUA (PDCA).....	20
FIGURA 5. EXEMPLO DE UM DIAGRAMA DE PARETO.....	24
FIGURA 6. DIAGRAMA DE CAUSA-EFEITO.....	25
FIGURA 7. EXEMPLO DE UMA CARTA DE CONTROLO.....	27
FIGURA 8. TIPOS DE FILAS DE ESPERA	39
FIGURA 9. CICLO PDCA DAS FILAS DE ESPERA DA USF CELASAÚDE.....	40
FIGURA 10. NÚMERO DE ATENDIMENTOS NA AVALIAÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA DA USF CELASAÚDE	42
FIGURA 11. TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO	43
FIGURA 12. FREQUÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA USF CELASAÚDE	48
FIGURA 13. CONSULTAS PROGRAMADAS	48
FIGURA 14. TIPO DE CONSULTAS USUFRUÍDAS PELOS UTENTES	49
FIGURA 15. CONHECIMENTO DOS UTENTES DAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS	50
FIGURA 16. OPINIÃO DOS UTENTES QUANTO A MELHORIAS NOS TEMPOS DE ESPERA	50
FIGURA 17. MELHORIAS NOS TEMPOS DE ESPERA EM RELAÇÃO À OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS	51
FIGURA 18. INTERRUPTÕES DAS CONSULTAS (UTENTES).....	52
FIGURA 19. DIAGRAMA DE PARETO DOS TIPOS DE INTERRUPTÕES (OPINIÕES DOS UTENTES)	52
FIGURA 20. INTERRUPTÕES DAS CONSULTAS (OPINIÕES DOS MÉDICOS E DOS ENFERMEIROS).....	53
FIGURA 21. TIPO DE INTERRUPTÕES SOFRIDAS (OPINIÕES DOS MÉDICOS E DOS ENFERMEIROS)	53
FIGURA 22. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA RELATIVAMENTE AO FACTO DOS PROFISSIONAIS ESTAREM A SER MENOS INTERROMPIDOS OU NÃO	54
FIGURA 23. PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO À CHEGADA ATEMPADA DOS UTENTES	55
FIGURA 24. AVALIAÇÃO DAS MELHORIAS PRODUZIDAS PELAS REUNIÕES SOBRE AS CONSULTAS DE INTERSUBSTITUIÇÃO	56
FIGURA 25. GRÁFICO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES QUANTO AO TEMPO DE ESPERA	58
FIGURA 26. PERCEÇÃO DA SATISFAÇÃO GLOBAL DOS UTENTES QUANTO AOS TEMPOS DE ESPERA POR ÁREA PROFISSIONAL	59
FIGURA 27. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA SATISFAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA USF CELASAÚDE...	60

Índice de Tabelas

TABELA 1. COMPARAÇÃO ENTRE OS BENS E SERVIÇOS	13
TABELA 2. ESTRATÉGIAS PARA ALINHAR A PROCURA COM A OFERTA.....	38
TABELA 3. CARACTERÍSTICAS DOS UTENTES INQUIRIDOS	47
TABELA 4. SATISFAÇÃO E IMPORTÂNCIA DOS UTENTES QUANTO AO TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO ADMINISTRATIVO E PARA A CONSULTA	57

Introdução

Em 1979 com a publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), assegurando o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde. Com a reforma dos CSP (Cuidados de Saúde Primários) passaram a existir ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde), “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica” (Departamentos de Contratualização - Administrações Regionais de Saúde, 2009, p. 3). Destas unidades funcionais constam as USF, as UCSP, as UCC, as UCP, as URAP podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) (Departamentos de Contratualização - Administrações Regionais de Saúde, 2009).

Segundo o Departamento de Contratualização da ARS (2009, p.1), USF são “pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços”.

Além disso, o mesmo relatório menciona que nem todas as USF se encontram no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. Existem três modelos de desenvolvimento distintos (A, B, C). A diferenciação entre os vários modelos é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

Os diferentes modelos são caracterizados do seguinte modo:

- ✓ O Modelo A abrange às USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram;
- ✓ O Modelo B compreende as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remunerações base, suplementos e compensações pelo seu desempenho;

- ✓ Por fim o Modelo C corresponde a um modelo experimental que abrange as USF dos sectores social, cooperativo e provado, articuladas com o CS, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva e sujeitas a controlo e avaliação externa.

Sendo a qualidade, atualmente considerada como um dos pilares de qualquer organização, foi essa a área de atuação no estágio na USF CelaSaúde, o qual foi supervisionado pela coordenadora da USF, Dra. Maria Teresa Tomé. A USF CelaSaúde presta serviços de cuidados de saúde primários, através do trabalho em equipa e pela responsabilização coletiva pelos resultados, dando ênfase à qualidade dos serviços prestado e melhorias contínuas, para obter utentes e profissionais satisfeitos.

Neste momento a unidade tem o objetivo de se tornar uma das poucas unidades de saúde familiares acreditadas. Como tal, aplica melhorias contínuas constantemente, lutando diariamente para ser uma unidade de excelência onde os seus utentes são ouvidos e respeitados, dando “voz” às suas necessidades. Desta forma, a USF tenta obter sempre a satisfação dos seus utentes, prestando serviços de qualidade e alinhados com as expectativas dos utentes.

Embora a Qualidade tenha inicialmente surgido no contexto das empresas industriais, a sua aplicação aos serviços é hoje generalizada. Existem, ao mesmo tempo, especificidades da área da saúde que não podem ser ignoradas.

Um dos problemas que mais afeta os clientes dos serviços de saúde é o tempo que esperam pelas suas consultas. Além de tal afetar a imagem dos utentes, também prejudica a produtividade das organizações e a qualidade global do serviço prestado.

Neste sentido, o presente relatório aborda esta problemática, estando estruturado em quatro capítulos. O primeiro enquadra os conceitos e os princípios mais importantes à compreensão do que é a Qualidade em Serviços. No segundo, discute-se em especial o princípio da melhoria contínua e mostra-se como o ciclo PDCA e as ferramentas da Qualidade são essenciais para o pôr em prática. O terceiro apresenta a instituição de acolhimento (USF CelaSaúde) e descreve brevemente as tarefas realizadas durante o estágio, de entre as quais se salienta a monitorização dos indicadores, a

elaboração do Manual da Acreditação e a junção dos requisitos necessários à candidatura à Acreditação.

O quarto capítulo centra-se na ilustração da aplicação do ciclo PDCA na redução dos tempos de espera da unidade, analisando as quatro fases do mesmo com ajuda das ferramentas básicas da qualidade.

Finalmente, na conclusão, analisam-se algumas limitações e algumas propostas de melhoria, fazendo-se um pequeno balanço do estágio realizado.

Capítulo 1. Fundamentos da Qualidade nos Serviços de Saúde

Hoje em dia fala-se muito em Qualidade, no entanto a preocupação com a qualidade não é de agora. Desde a antiguidade que o ser humano procura a qualidade mesmo sem se aperceber, ao tentar satisfazer as suas necessidades individuais. Com o passar dos anos, este conceito foi ganhando cada vez mais importância, especialmente a partir do séc. XX marcando o modo como as organizações são geridas.

Na atualidade, as organizações procuram a Qualidade como fonte de conhecimento orientando para a melhoria dos produtos/serviços, valorizando cada vez mais as necessidades dos seus clientes, conseguindo assim satisfazer melhor aqueles que servem de forma mais direta ao mesmo tempo que criam valor para todos os *stakeholders*. Neste sentido, a Qualidade pode constituir uma importante vantagem competitiva.

A qualidade na prestação dos serviços, neste momento, é generalizada, tornando-se impensável não existir na Saúde. A reforma do sistema de saúde tem uma grande importância neste sentido, tendo como principais objetivos a melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados, e aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos (Pisco, 2011). Sendo assim, os serviços de saúde são desafiados a assumir sistemas de qualidade que correspondam às exigências e requisitos. No entanto, ainda existem algumas dificuldades/barreiras à sua implementação.

1.1. As origens da Qualidade: o contributo dos Gurus

Muitos foram os especialistas da Qualidade que deram o seu contributo para o que é hoje a Qualidade como nós a conhecemos. No entanto, resumem-se aqui apenas as ideias fundamentais dos três principais gurus que terão marcado mais o avanço da teoria e prática nesta área, fazendo assim parte da história da evolução da qualidade.

Deming

W. Edwards Deming nasceu em 1900. Pelo seu trabalho, Deming é o mais famoso especialista na área da qualidade no Japão (Owen, 2002).

Também Pires (2012) afirma ainda que este forneceu o maior contributo para a reconstrução Japonesa no pós-guerra. Além disso, menciona que Deming pôs fim ao *mito da qualidade*, em que se considerava que a melhoria contínua conduzia ao aumento de custos, influenciando deste modo negativamente a produtividade.

Deming procurou demonstrar que “*as necessidades e expectativas dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade*”. A partir daqui propõe um ciclo virtuoso em que a melhoria contínua, pela diminuição de defeitos e pelo aumento da produção, permite uma redução dos custos e por conseguinte dos preços. Assim, havendo um aumento dos mercados, é possível um crescimento sustentado do negócio, produzindo mais emprego e melhor recuperação do investimento (Pires, 2012).

Deming defendia o seguinte (Moura e Sá, 2013):

- ✓ A variabilidade é a maior fonte da não qualidade;
- ✓ A melhoria da qualidade é responsabilidade da gestão de topo;
- ✓ Todos os funcionários devem ser treinados nas ferramentas de resolução de problemas, especialmente as estatísticas.

Os catorze pontos de Deming, que resumem a sua filosofia, são (Deming, 1986 *apud* Pires, 2012, p. 46):

1. Estabelecer objetivos estáveis, com vista à melhoria dos produtos e serviços;
2. Adotar uma nova filosofia (de gestão da qualidade);
3. Não depender exclusivamente da inspeção para aceitar a qualidade);
4. Não utilizar apenas o preço para conduzir um negócio. Em vez disso, minimizar os custos totais, trabalhando com um único fornecedor;
5. Melhorar constantemente qualquer processo de planeamento, produção e fornecimento do serviço;
6. Instituir a formação no posto de trabalho;
7. Adotar e instituir a liderança da direção;

8. Eliminar o medo de cometer erros;
9. Eliminar as barreiras funcionais entre as áreas;
10. Eliminar *slogans*, exortações e cartazes dirigidos aos trabalhadores dos níveis mais baixos (inadequados na forma, no conteúdo e no tempo);
11. Eliminar indicadores monetários para os trabalhadores e numéricos para a gestão;
12. Eliminar barreiras que dificultem o orgulho pelo trabalho realizado; Eliminar sistemas de pontuações anuais, ou sistema de mérito;
13. Instituir um sistema de formação e auto melhoria para toda a gente;
14. Envolver toda a gente no trabalho de alcançar os objetivos de mudança.

Deming está ainda muito ligado ao ciclo PDCA de melhoria contínua que será explicado posteriormente, ainda que o seu criador original tenha sido Shewart.

Juran

Joseph M. Juran, nascido em 1904, definiu “qualidade como adequação à finalidade e afirmou que as necessidades do cliente devem servir de informação para processo, produto e design de serviços.” (Owen, 2002, p. 47)¹.

Segundo Pires (2012, p. 46), Juran acreditava que menos de 15% dos problemas são causados por trabalhadores, e que pelo menos 85% das falhas de uma organização são falhas do sistema controlado pela gestão. Isto significa que os trabalhadores não são a principal causa da má qualidade, mas sim a má gestão das organizações.

A sua filosofia articula-se em redor de três áreas específicas, "trilogia da qualidade" (Owen, 2002, p. 47):

- ✓ Planeamento da qualidade;
- ✓ Controlo de qualidade;
- ✓ Melhoria contínua.

Juran identificou 10 etapas do ciclo de melhoria contínua (Owen, 2002):

1. Criar a consciência da necessidade e oportunidades de melhoria;

¹ Tradução livre da autora. No original “Quality as fitness for purpose and stated that the customer’s needs should inform process, product and service design.” (Owen, 2002, p. 47)

2. Estabelecer metas para melhoria;
3. Organizar os recursos para atingir as metas;
4. Proporcionar formação a toda a organização;
5. Realização de projetos para a resolver os problemas;
6. Relatório do progresso;
7. Dar reconhecimento;
8. Comunicar os resultados;
9. Manter os resultados de todas as melhorias;
10. Manter o *momentum*, fazer parte da melhoria dos processos e sistemas da organização.

Crosby

De acordo com Owen (2002, p. 45), a filosofia de Crosby é a seguinte: “a qualidade é livre e o objetivo de qualquer sistema deve ser zero defeitos”².

O seu contributo é baseado em quatro absolutos de gestão da qualidade (Moura e Sá, 2011 editado por Lisboa *et al.*, 2011):

- ✓ Qualidade significa conformidade com os requisitos;
- ✓ O sistema da qualidade é a prevenção;
- ✓ O standard é o “zero defeitos”;
- ✓ A medida da qualidade é o custo da não conformidade.

Crosby identificou também 14 pontos que constituem a base da Gestão da Qualidade (Lisboa, Coelho, Coelho, & Almeida, 2011):

1. Envolvimento da Gestão de Topo;
2. Equipa de melhoria;
3. Medição;
4. Custo de qualidade;
5. Consciência da importância da qualidade;
6. Ações corretivas;

² Tradução livre da autora. No original “*Quality is free and the goal of any system should be zero defects*”. (Owen, 2002)

7. Planeamento para os “zero defeitos”;
8. Formação dos trabalhadores;
9. Zero defeitos;
10. Estabelecimento de objetivos;
11. Remoção de causas de não conformidade;
12. Reconhecimento;
13. Conselho de Qualidade;
14. Começar tudo de novo.

1.2. Dimensões da Qualidade

Como se percebe pela secção anterior, existe uma imensidão de definições para a Qualidade. De acordo com Owen (2002) a generalidade das definições tendem a incluir as seguintes dimensões:

- ✓ Conformidade com os requisitos;
- ✓ Adequação à finalidade;
- ✓ Responder às necessidades dos clientes;
- ✓ Superar as expectativas dos clientes.

O autor explica que esses pontos significam que existe um elo comum de ligação entre todas as definições de Qualidade que é o cliente. A conformidade com os requisitos e a adequação, mesmo que sejam preocupações da organização, devem basear-se em produtos e/ou serviços de qualidade para o cliente. Todas as organizações, mesmo aquelas que acreditam que o seu objetivo principal é obter lucro, só sobrevivem porque respondem às necessidades dos clientes.

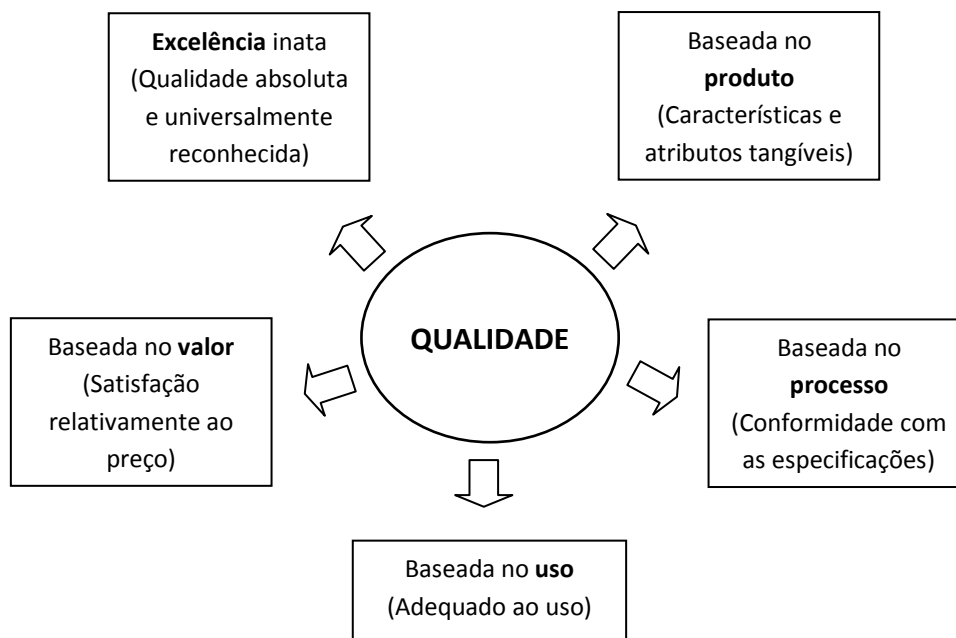
As normas ISO 9000 definem Qualidade como “a totalidade das características de uma entidade que lhe conferem a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas” (Lisboa, Coelho, Coelho, & Almeida, 2011).

Com a imensidão de definições que existem para a qualidade é visível a abrangência do conceito.

Na figura 1, podem-se observar as principais dimensões da Qualidade que traduzem a evolução histórica do conceito, a passagem da produção em massa para a

procura de resposta às necessidades individuais de cada cliente, ajustando assim os produtos e serviços, com uma aposta na prevenção, melhoria e inovação. A Qualidade aumentou a sua abrangência, passando a dizer respeito de toda a organização (Lisboa, Coelho, Coelho, & Almeida, 2011).

Figura 1. Dimensões da Qualidade



Fonte: Adaptado de Gunesakaran et al. (1998) *apud* Lisboa et al. (2011)

Segundo Pires (2012, p. 37), deve-se ter em conta que a Qualidade depende de quatro grandes vertentes:

- ✓ Qualidade da conceção – os projetos devem incorporar as necessidades e expectativas do consumidor, tanto em termos funcionais como em termos técnicos;
- ✓ Qualidade do fabrico/prestação de serviço – o produto/serviço deve estar de acordo com as especificações;
- ✓ Qualidade na utilização – o produto deve desempenhar as tarefas ou prestar os serviços que o consumidor espere dele, desde que usado de acordo com as condições definidas;

- ✓ Qualidade relacional – a qualidade é afetada por todas as pessoas que contatam com os clientes, que devem por isso saber ouvi-los, cumprindo os vários requisitos da qualidade em serviços.

1.3. Princípios da Gestão da Qualidade

A gestão da qualidade é parte integrante da gestão global da empresa, devendo ser assumida pela gestão de topo, havendo, ao mesmo tempo, um envolvimento de todos.

Desta forma, a tendência tem sido a de adotar uma nova abordagem por processos, em que a lógica da gestão da qualidade tem de passar a ser vista como uma lógica integradora do desempenho dos processos desenvolvidos pelas diferentes áreas da empresa (Paiva & Capelas, 2006).

De acordo com a Norma ISO 9000, a gestão de topo deve adotar oito Princípios de Gestão da Qualidade, que estão estruturados da seguinte forma (Paiva & Capelas, 2006, p. 7):

1. Enfoque no cliente:

“As organizações dependem dos seus clientes e portanto devem compreender as suas necessidades atuais e futuras, satisfazer os seus requisitos e orientar-se para exceder as suas expectativas”;

2. Liderança:

“A gestão de topo estabelece unidade no propósito e direção da organização. Deve criar e manter um ambiente no qual as pessoas se possam envolver completamente a fim de alcançar os objetivos da organização”;

3. Envolvimento dos colaboradores:

“As pessoas, a todos os níveis, são a essência de uma organização e o seu envolvimento completo permite que as capacidades sejam usadas em benefício da organização”;

4. Abordagem por processos:

“Um resultado desejado é obtido mais eficiente quando as atividades e recursos relacionados são geridos como um processo”;

5. Abordagem sistemática da gestão:

“Identificar, compreender e gerir um sistema de processos interrelacionados para um determinado objetivo, melhora a eficiência e a eficácia da organização”;

6. Melhoria contínua:

“A melhoria contínua deve ser um objetivo permanente da organização”;

7. Abordagem factual para tomada de decisões:

“Decisões eficazes são baseadas na análise de dados e informações”;

8. Relações de mútuo benefício com fornecedores:

“Uma organização e os seus fornecedores são interdependentes, e uma relação mutuamente benéfica realça a capacidade de ambos criarem valor”.

1.4. Qualidade em Serviços

Para a compreensão do que é a qualidade nos serviços e a sua envolvência, é importante primeiro perceber o que são os serviços e o que os distingue dos bens.

Segundo o livro *Qualidade de Serviços: Uma Introdução aos Conceitos Gerais* (2012, p. 19), Lovelock, Vandermerwe, e Lewis (1999) apresentaram duas abordagens dos serviços, que são seguintes:

Um serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte a outra. Apesar de o processo poder estar associado a um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta na aquisição de qualquer um dos fatores de produção.

Os serviços são atividades económicas que criam valor e proporcionam benefícios para os clientes, num determinado lugar e num determinado momento do tempo, como resultado de se processar a alteração desejada no, ou em nome do, recetor do serviço.

Para Pinto (2003, p. 31), o conceito de serviço consiste na “definição da oferta do serviço que a organização produz e que é relevante para o cliente, numa linguagem com significado para os trabalhadores e para os acionistas”.

Com estas noções do que é um serviço, podemos constatar que existem grandes diferenças comparativamente aos bens. A tabela 1 resume essas diferenças.

Deste modo, com este quadro é nos possível visualizar facilmente a diferença entre ambos. Pode-se dizer então que os bens são objetos, coisas palpáveis, enquanto que os serviços podem ser execuções/ações. De todos os parâmetros característicos dos serviços mencionados anteriormente, é de salientar quatro características principais: o output ser intangível, a heterogeneidade do mesmo, o facto da produção e consumo ocorrerem em simultâneo e a participação dos clientes no processo de produção.

Tabela 1. Comparação entre os bens e serviços

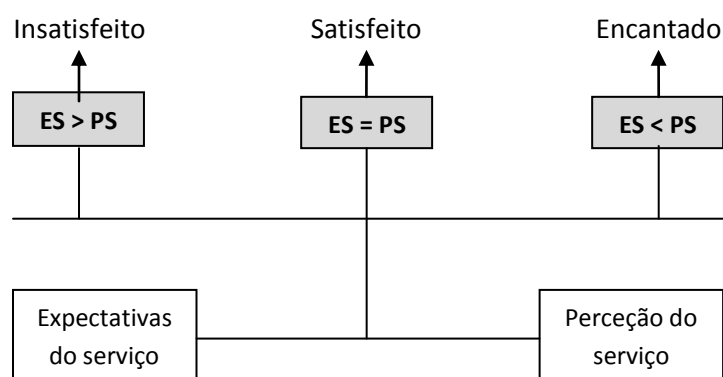
Bens	Serviços	Implicações
Tangíveis	Intangíveis	<ul style="list-style-type: none"> - Não armazenáveis - Maior dificuldade em patentear - Difícil de comunicar/mostrar/avaliar - Difícil estabelecer preço
Standardizados	Heterogéneos	<ul style="list-style-type: none"> - A prestação do serviço e a satisfação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

Fonte: Adaptado Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman, & Leonard L. Berry, “Problems and Strategies in Services Marketing”, *Jornal of Marketing* (1985) apud adaptado Filipe Coelho, “Slides das Aulas da Unidade Curricular de Marketing de Serviços” (2013)

De acordo com o livro *Qualidade de Serviço: uma introdução aos conceitos gerais* (Batista & Pina e Cunha, 2012, p. 21) a qualidade do serviço “resulta da comparação entre a percepção do serviço recebido e da expectativa do serviço que esperavam receber [...] só quando se igualar ou exceder as expectativas dos clientes será alcançada a qualidade de serviço”.

Assim sendo, como se pode visualizar na figura 2, quando as percepções do serviço ficam aquém das expectativas do mesmo, o cliente fica insatisfeito com o serviço. Por sua vez, quando as expectativas são superadas os clientes ficam encantados. Por fim, quando expectativas e percepções são igualadas os clientes ficam apenas satisfeitos.

Figura 2. Avaliação do serviço pelo cliente



Fonte: Adaptado de Faché (2000) *apud* adaptado de Batista & Pina e Cunha, *Qualidade de Serviço: uma introdução aos conceitos gerais* (2012)

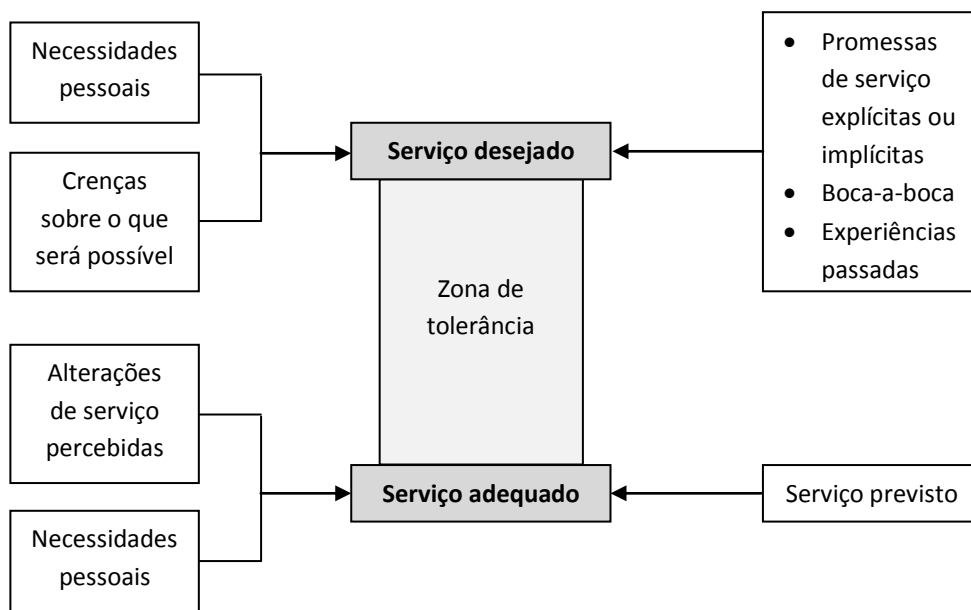
Assim pode-se afirmar que “a qualidade do serviço estará sempre dependente das expectativas e será função do diferencial entre expectativas e a percepção do serviço recebido” (Batista & Pina e Cunha, 2012, p. 21).

Portanto, avaliação da qualidade nos serviços é feita durante a prestação do serviço. Sendo que cada momento de contacto entre o fornecedor e o cliente é um “*momento de verdade*”, uma oportunidade de satisfazer ou não o cliente (Moura e Sá, 2013).

Zeithaml, Bitner e Gremler (2011, p. 114) definem as expectativas dos clientes como crenças sobre a execução do serviço que servem como padrões ou pontos de referência de desempenho. Os clientes comparam-nas com as percepções, formadas após a prestação do serviço, avaliando assim a sua qualidade.

Conhecer as expectativas dos clientes é talvez o passo mais importante para obter serviços de qualidade. As expectativas resultam de um aglomerado de factores tais como experiências passadas, conhecimentos sobre o produto ou serviço, publicidade, o “boca-a-boca”, necessidades pessoais entre muitos mais (Fraché, 2000 e Lovelock *et al.*, 1999 *apud* Batista & Pina e Cunha, 2012).

Figura 3. Componentes das expectativas dos clientes



Fonte: Adaptado de Lovelock *et al.* (1999) *apud* adaptado de Batista & Pina e Cunha, *Qualidade de Serviço: uma introdução aos conceitos gerais* (2012)

Por sua vez, as percepções do cliente, são “aquilo que na interação de serviço, é percebido pelo cliente, ou seja a impressão com que o cliente fica após a interação do serviço” (Zeithaml e Bitner, 1996 *apud* Batista & Pina e Cunha, 2012). Os mesmos autores apresentam quatro fatores influenciadores da percepção dos clientes:

1. Encontros de serviço – todos os momentos em que ocorre uma interação entre a empresa e o cliente (momentos da verdade);
2. Prova do serviço – os serviços são intangíveis e os clientes procuram nos atendedores, no processo e na prova física um suporte tangível;
3. Imagem – a imagem e reputação do prestador de serviço, que em caso de imagem positiva pode servir de “escudo protetor” perante falhas;
4. Preço – devido à intangibilidade, o preço funciona como um indicador de qualidade. Por exemplo, preços elevados fazem com que os clientes tenham expectativas da qualidade do serviço maiores.

As dimensões da qualidade de serviço refletem o modo como os clientes organizam a informação sobre a qualidade do serviço. São avaliadas/medidas através do SERVQUAL correspondem às seguintes cinco dimensões (Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2011):

- ✓ Confiabilidade é habilidade de executar o serviço prometido de forma confiável e precisa;
- ✓ Responsividade é a disposição de ajudar os clientes e fornecer o serviço imediatamente;
- ✓ Segurança é o conhecimento e a cortesia dos funcionários, e a sua capacidade de inspirar confiança e certeza;
- ✓ Empatia é a atenção individualizada dispensada aos clientes;
- ✓ Tangíveis consistem na aparência das instalações físicas, do equipamento, dos funcionários e dos materiais impressos.

1.5. Qualidade em Saúde

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 define Qualidade em Saúde como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Saturno P *et al.*, 1990 *apud* Direção Geral de Saúde, 2011).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a

legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados (Direção Geral de Saúde, 2011).

O grau da qualidade em saúde pode ser condicionado por múltiplos fatores, tais como (Campos L, Carneiro AV, 2010 *apud* Direção Geral de Saúde, 2011):

- ✓ Evolução social, política, ambiental, científica e tecnológica extraordinária;
- ✓ Incerteza e imprevisibilidade de ocorrências como epidemias e catástrofes, alterações climáticas e terrorismo;
- ✓ Características do Sistema de Saúde;
- ✓ Determinantes da procura de cuidados (e. g. envelhecimento, doença crónica) e da capacidade de resposta (e. g. recursos humanos, especialização crescente, trabalho multidisciplinar e intersectorial);
- ✓ Novos conceitos de resultados (outcomes) em saúde e de qualidade de vida.

A qualidade em saúde tem diferentes dimensões como a adequação, efetividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, a sustentabilidade, a oportunidade na prestação dos cuidados, a comunicação e participação (Campos L, Carneiro AV, 2010 e Norway And it's going to get better, 2005 *apud* Direção Geral de Saúde, 2011) e diferentes perspetivas: a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor, ou seja, o uso efetivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador (Lopes M *et al.*, 2010 *apud* Direção Geral de Saúde, 2011).

Passo então a salientar algumas motivações para a implementação da Qualidade na Saúde (Moura e Sá, 2014):

- ✓ Necessidade de combater o erro em medicina e custos da não qualidade em geral (incluindo perda de confiança);
- ✓ Gerir a variabilidade das práticas;
- ✓ Redução de custos e problemática de escassez de recursos;
- ✓ Promoção da eficiência;
- ✓ Aumento da qualidade na prestação dos cuidados.

No entanto, existem algumas barreiras/dificuldades à sua implementação, de seguida numera-se algumas delas (Moura e Sá, 2014):

1. Visão punitiva do erro;
2. Dificuldade em implementar incentivos à qualidade (e. g. avaliar um médico pelo número de consultas efetuadas, assim vão ter tendência a “despachar”, não tendo preocupação pelos utentes);
3. Inexistência de visão a longo prazo;
4. Falta de articulação de políticas;
5. Falta de formação em qualidade dos prestadores de cuidados;
6. Comunicação ineficiente;
7. Restrições financeiras.

Capítulo 2. Melhoria contínua e ferramentas da Qualidade

2.1. Fundamentos da filosofia Kaizen

O processo de melhoria contínua, também designado por “Kaizen”, surgiu no Japão (Capricho & Lopes, 2007).

A melhoria contínua é um elemento fundamental das práticas da qualidade numa organização. É essencial melhorar continuamente a qualidade dos bens e serviços fornecidos para obter o sucesso. Na atualidade este facto é importantíssimo: a oferta de bens e serviços é imensa, de tal forma que as organizações têm de corresponder às necessidades de cada cliente, com o intuito de obter uma vantagem competitiva em relação aos seus concorrentes, de modo a satisfazer os seus clientes, visto que estes estão cada vez mais exigentes.

De acordo com a norma ISO 9000:2005, está implícita na gestão da qualidade a ideia de melhoria contínua. A busca da melhoria contínua deve ser um processo sistemático que permite à organização concretizar os objetivos de forma gradual e consistente (Rosa, Moura e Sá, Sarrico, & Sampaio, 2014). As autoras no seu livro salientam também que a melhoria contínua assenta num conjunto de ideias, entre as quais se destacam:

- ✓ Incentivar a participação de todos;
- ✓ Entender que os erros e os problemas são “janelas de oportunidade”;
- ✓ Promover o trabalho em equipa;
- ✓ Analisar e estudar processos;
- ✓ Utilizar ferramentas e metodologias adequadas.

2.2. Ciclo “PDCA”

Deming, já mencionado anteriormente, foi um dos especialistas da qualidade que deu maior importância ao processo de melhoria contínua, tendo criado o ciclo PDCA (Capricho & Lopes, 2007).

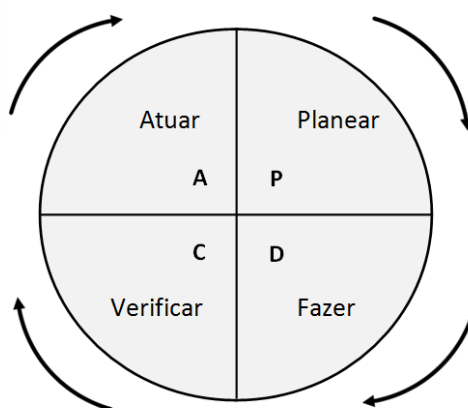
O ciclo PDCA, tem como objetivo:

Identificar um problema da qualidade existente na organização (ao nível dos seus processos, produtos e/ou serviços), estudá-lo nas suas múltiplas vertentes, procurar as causas dos mesmos, definir medidas que permitam eliminá-lo e implementar essas medidas tornando-as práticas padrão da organização, contribuindo assim para a melhoria da qualidade. (Rosa, Moura e Sá, Sarrico, & Sampaio, 2014, p. 19).

O nome PDCA deriva do inglês Plan (planear), Do (fazer), Check (Verificar) e Act (atuar), respetivamente. Podemos dizer então que este ciclo está dividido em quatro processos (ver figura 4) (Capricho & Lopes, 2007):

1. Qualquer melhoria deve começar por ser planeada (Plan), assim envolvendo a recolha de dados, o seu processamento e, por fim, o estudo e análise da informação obtida;
2. Com a informação obtida no passo anterior, deve ser formulado um plano de ação para melhorar o desempenho e implementá-lo (Do);
3. De seguida, verifica-se se o plano foi devidamente implementado (Check), através do controlo estatístico, controlando a sua operacionalização e avaliando se a nova solução resultou nas melhorias esperadas;
4. Após a avaliação da mudança, que pode ser positiva ou negativa, é necessário atuar (Act), consolidando se foi bem-sucedida, ou retirando todos os ensinamentos que daí resultaram, caso seja mal sucedida.

Figura 4. Ciclo de Melhoria Contínua (PDCA)



Fonte: Adaptado de Slack *et al.* (1995) *apud* adaptado Capricho & Lopes, *Manual de gestão da qualidade* (2007, p. 148)

2.3. Ferramentas Básicas da Qualidade

Para aplicação do ciclo PDCA, é importante usar ferramentas da qualidade, que ajudam na resolução de problemas e são aplicáveis em diferentes fases do ciclo.

As ferramentas básicas da Qualidade são ferramentas essenciais para melhoria contínua, uma vez que ajudam e estimulam o diagnóstico, resolução, classificação e análise dos problemas relacionados com a Qualidade (Paiva & Capelas, 2006).

Estas são designadas de básicas pois podem ser utilizadas por todos os indivíduos dentro de uma organização. Além demais, têm um elevado impacto visual e são simples de usar, uma vez que só é necessário material de escrita, criatividade, imaginação e desempenho. Contudo, as ferramentas básicas são muito poderosas e valiosas, crendo-se que são úteis na resolução de mais de 80% dos problemas com que as organizações se confrontam (Moura e Sá, 2013).

Em seguida, são apresentadas de forma sucinta cada uma das sete ferramentas básicas da Qualidade.

Fluxograma

O fluxograma representa graficamente as atividades de um processo ou as tarefas de uma atividade explicitando a sequência com que estas ocorrem. Para a construção de um fluxograma utiliza-se símbolos próprios com o principal objetivo de estabelecer uma linguagem comum ao identificar a natureza de cada etapa descrita (Paiva & Capelas, 2006).

Desta forma, podemos perceber que tem utilidade em contextos diversos, tais como a descrição de movimentos de pessoas, de documentos de uma organização, de processos em estudo ou até na análise de um projeto a implementar (Rosa M. J., Moura e Sá, Sarrico, & Sampaio, 2014).

Algumas das vantagens desta ferramenta são (Paiva & Capelas, 2006):

- ✓ Fornecer explicações mais claras;
- ✓ Permitir identificar omissões, repetições;
- ✓ Identificar a natureza das várias etapas;
- ✓ Possibilitar a visualização global.

O livro *Qualidade em Ação* (Rosa, Moura e Sá, Sarrico, & Sampaio, 2014) enuncia as fases de construção do fluxograma que são as seguintes:

1. Definir as fronteiras do processo (onde começa e termina);
2. Identificar as etapas dos processos (tarefas);
3. Definir a sequência das tarefas;
4. Elaborar o mapa, recorrendo à simbologia própria;
5. Analisar o mapa, avaliando se está completo, se é consistente e se existem atividades que não acrescentam valor.

Folha de Verificação

Os dados são uma fonte de informação importante em diversas situações e controlo, pesquisa e análise. No entanto para obter uma boa informação destes é preciso gerar informação útil (Paiva & Capelas, 2006).

Para tal, a recolha de dados deve obedecer a alguns pré-requisitos: definição clara dos objetivos e um estudo prévio das informações necessárias (Moura e Sá, 2013).

De acordo com Paiva, Capelas e Castilho (2006) recolha de dados é realizada com o objetivo de fornecer:

- ✓ Bases de informação para a tomada de decisões, estudo, análise e conclusões sobre uma dada situação;
- ✓ Verificar a distribuição de um processo, número de defeitos, peças defeituosas, tipo de defeitos e sua localização;
- ✓ Efetuar o controlo final.

A ferramenta da qualidade mais simples que possibilita a recolha de dados é a folha de verificação, muitas vezes designada também por folha de registo de dados.

Paiva, Capelas e Castilho (2006) salienta também a importância da forma de recolher, tratar, apresentar e interpretar os dados, e como tal menciona alguns aspetos importantes a ter em conta:

- ✓ Objetivos da recolha de dados;
- ✓ Inspeção a 100% ou por amostragem (método, tamanho da amostra, frequência da recolha, amostra representativa);

- ✓ Responsabilidade pela recolha e registo de dados;
- ✓ Método de recolha.

Histograma

O *Manual prático para a certificação e gestão da qualidade com base nas normas ISO 9000:2000* (2006) define o histograma como “um Gráfico de barras (ou de áreas) que representa a distribuição da frequência de um conjunto de dados”.

Além disso, explicita que no eixo horizontal registam-se os valores das observações agrupados em classes e no eixo vertical as respetivas frequências. E cada retângulo tem uma área proporcional a essa referência, onde a base é o intervalo entre dois valores sucessivos da escala de valores e a altura corresponde à frequência absoluta ou relativa nesse intervalo.

A sua utilização permite (Moura e Sá, 2013):

- ✓ Visualizar as características de uma distribuição (normalidade ou não);
- ✓ Fazer uma primeira avaliação da presença ou não de causas especiais;
- ✓ Aferir eficiência de medidas corretivas.

Diagrama de Pareto

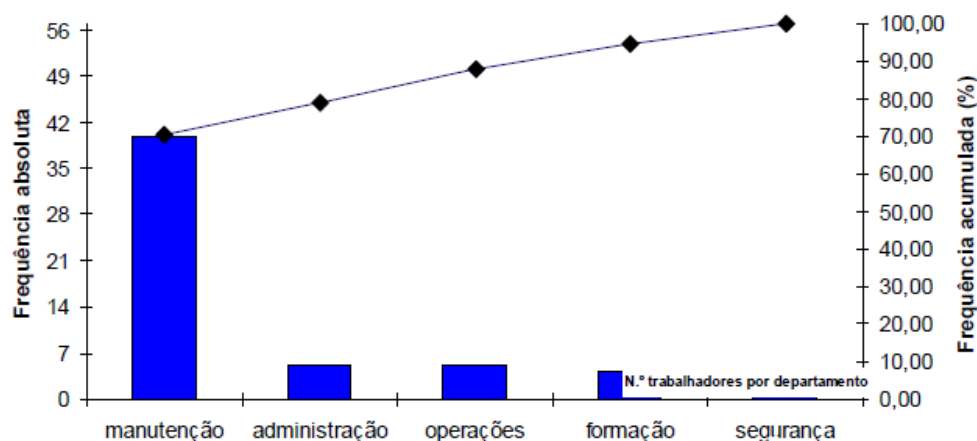
Vilfredo Pareto (1848-1923), economista italiano do século XIX, verificou nas suas investigações que cerca de 20% da população mundial detinha mais de 80% da riqueza total. Foi a partir desta constatação que ficou estabelecido o Princípio de Pareto, que mais tarde foi recuperado por Juran e aplicado ao contexto da qualidade (Rosa, Moura e Sá, Sarrico, & Sampaio, 2014).

O diagrama de Pareto permite separar os poucos problemas importantes da massa de problemas sem importância (Paiva & Capelas, 2006).

Segundo Rosa, Moura e Sá, Sarrico e Sampaio (2014), este diagrama (ver figura 5) é constituído por um gráfico de barras onde as frequências são ordenadas, da esquerda para a direita, de forma descendente. A altura das barras corresponde à gravidade dos problemas. Além disto, este deve conter uma curva de frequências relativas acumuladas. As folhas de verificação normalmente fornecem os dados para a construção do diagrama.

O exemplo demonstra os departamentos de uma empresa com maior número de ocorrência de lesões. Neste caso, pode-se verificar de imediato que a área onde se deve concentrar os esforços de melhoria é o departamento de manutenção onde ocorre maior número de ocorrências.

Figura 5. Exemplo de um Diagrama de Pareto



Fonte: Moura e Sá, Patrícia, *Slides das Aulas da Unidade Curricular de Gestão pela Qualidade Total* (2013)

Para a construção e análise de Diagrama de Pareto, é importante seguir alguns passos (Paiva & Capelas, 2006):

1. Decidir sobre o parâmetro ou problema a ser analisado;
2. Decidir sobre a origem dos dados;
3. Decidir sobre o número de dados a analisar: quantidade, período de tempo;
4. Proceder à recolha e registo de dados;
5. Ordenar os dados de modo ascendente, conforme o critério de prioridade escolhido para a análise;
6. Registrar o total acumulado;
7. Calcular e registrar as percentagens de cada parcela e as percentagens acumuladas;
8. Construir o gráfico de barras das percentagens.

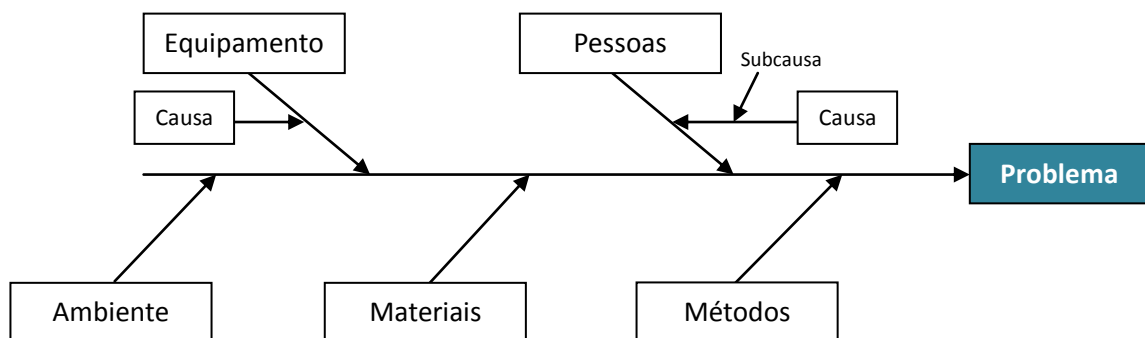
Em conclusão, o diagrama de Pareto é bastante útil em duas fases: a primeira na seleção do problema e a segunda ajuda a reduzir as causas a resolver, permitindo

identificar os fatores de maior importância (*vital few*), distinguindo-os dos fatores insignificantes (*trivial many*) (Rosa, Moura e Sá, Sarrico, & Sampaio, 2014, p. 39).

Diagrama de causa-efeito

O diagrama de causa-efeito é também designado por diagrama espinha de peixe (devido ao seu aspeto visual) ou diagrama de Ishikawa (uma vez que este foi o seu autor). É uma ferramenta importante que ajuda na pesquisa, discussão e análise das causas de um problema, permitindo também evidenciar as relações entre diferentes causas (visualizar figura 6) (Rosa, Moura e Sá, Sarrico, & Sampaio, 2014, p. 39).

Figura 6. Diagrama de causa-efeito



Fonte: Adaptado Rosa, M. J., Moura e Sá, P., & Sarrico, C. S. (2014, p. 40). *Qualidade em ação: da teoria para a prática, da prática para a excelência*.

Deve se ter em conta alguns passos para a construção desta ferramenta (Paiva & Capelas, 2006):

1. Desenhar em local visível a todos os intervenientes a representação esquemática do diagrama;
2. Identificar o efeito em relação ao qual serão pesquisadas as causas;
3. Determinar as principais fontes de causas;
4. Agrupar as causas em categorias que possam ser fatores que fazem parte do processo;

5. Elaborar o diagrama através da técnica de *brainstorming*³;
6. Analisar as ideias geradas;
7. Propor ações de correção de problema.

Em suma, com a construção do diagrama pode-se verificar que este facilita a identificação de causas de um problema e posteriormente quais são as causas mais graves, é de fácil visualização das relações efeito e as suas causas, e além disso estimula a partilha de ideias e o envolvimento de todos.

Gráficos

Os gráficos proporcionam a representação visual de um conjunto de dados, possibilitando uma interpretação rápida e/ou mais aprofundada do seu significado. Ademais, complementam a informação fornecida pelos histogramas (caracterização do comportamento de uma variável), permitindo estudar relações entre duas variáveis (Moura e Sá, 2013).

É importante salientar dois tipos de gráficos: os gráficos de tendência que permitem visualizar uma serie cronológica de observações, e os gráficos de dispersão que se utilizar normalmente para testar as inter-relações entre os dois fatores (Rosa, Moura e Sá, Sarrico, & Sampaio, 2014).

Cartas de controlo

As cartas de controlo são utilizadas para controlo estatístico de processos, com o principal objetivo de detetar causas assinaláveis de variação (problemas que ocorram no funcionamento norma de um processo) e acompanhamento do processo em tempo real. Trata-se, portanto, de uma metodologia com vista a monitorizar um processo possibilitando a identificação de causas especiais de variação, alertando para a implementação de ações corretivas (Rosa, Moura e Sá, Sarrico, & Sampaio, 2014).

A variação pode dever-se a (Moura e Sá, 2013):

³ O *Brainstorming* é designado como “uma técnica de resolução de problemas em grupo [...] objetivo ajudar os membros de um grupo a expandirem o seu pensamento, de forma a incluírem todas as suas dimensões e criar/gerar o maior número possível de ideias...” (Paiva & Capelas, 2006).

- ✓ Causas comuns (aleatórias): Fazem parte da natureza do processo, podem ser controladas se seguem padrões normais de comportamento;
- ✓ Causas especiais: São de certa forma imprevisíveis. Quando detetadas devem ser eliminadas rapidamente para não prejudicarem o desempenho do processo. Por exemplo, quebra de uma ferramenta de corte.

Rosa, Moura e Sá e Sarrico (2014) referem no seu livro que as cartas de controlo são uma ferramenta estatística cujo objetivo principal é o de detetar a presença de causas assinaláveis. Um processo diz-se “sob controlo” quando só existirem causas aleatórias de variação e “fora de controlo” quando se verifica a presença de causas assinaláveis.

As autoras salientam também que estas cartas são semelhantes aos gráficos de tendência, mas têm mais informação, nomeadamente a referente aos limites superior (LSC) e inferior (LIC) de controlo, como se pode verificar na figura 7. Quando a variação excede os limites de controlo, é muito provável que existam causas especiais de variação a atuarem no processo em estudo. Desta forma, estas devem ser estudadas posteriormente utilizando-se outras ferramentas e/ou metodologias da qualidade para identificar essas mesmas causas e removê-las. Para o cálculo dos limites de controlo é necessário calcular primeiramente o desvio padrão dos dados recolhidos, correspondendo posteriormente no gráfico a ± 3 desvio padrão de distância da média dos dados.

Figura 7. Exemplo de uma Carta de Controlo



Fonte: Rosa, M. J., Moura e Sá, P., & Sarrico, C. S. (2014, p. 45). *Qualidade em ação: da teoria para a prática, da prática para a excelência.*

Capítulo 3. Estágio

3.1. USF CelaSaúde

A USF CelaSaúde surgiu por vontade de um conjunto de profissionais provenientes do CS Celas, que formaram 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. E foi neste sentido que em Novembro de 2007 surgiu a candidatura a USF. Após dois anos, em 2009, foi aprovada a candidatura, nascendo assim a USF CelaSaúde. Esta é uma Unidade de Saúde Familiar que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego I da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro) e situa-se na Rua Augusto Rocha, n.º 6 em Coimbra, coordenada pela Dra. Maria Teresa Tomé (Relatório de Atividades, 2013).

A USF encontra-se a funcionar em modelo B desde Setembro 2013, em horário contínuo de 12h diárias (8h às 20h), sob o lema *“Reinventar o quotidiano: a arte de superar os objetivos”* (Relatório de Atividades, 2013).

A sua área geográfica de atuação abrange quatro freguesias do concelho de Coimbra (143 396 habitantes em 2011) que são nomeadamente:

- ✓ União de Freguesias de Coimbra (S. Bartolomeu (627 hab.), Sé Nova (6 741 hab.), Almedina (904 hab.), Santa Cruz (5 699 hab.));
- ✓ Santo António dos Olivais (39 936 hab.);
- ✓ União de Freguesias Eiras e S. Paulo de Frades (S. Paulo de Frades (5 824 hab.));
- ✓ Torres do Mondego (2 402 hab.).

Estas freguesias contêm aproximadamente uma população de 61 350 habitantes. A USF presta cuidados de saúde a 15 413 utentes, o que representa cerca de 24,9% da população destas freguesias e 10,78% do concelho. Isto significa que em média cada médico e enfermeiro presta serviços a 1 712 utentes, e 2569 utentes os administrativos (USF CelaSaúde, 2014).

A USF dispõe de um vasto leque de serviços, tais como (Guia do Utente, 2013):

- ✓ Consultas de medicina geral e familiar (consulta de saúde do adulto, saúde infantil, planeamento familiar, saúde materna, diabetes, hipertensão e risco cardiovascular);
- ✓ Consultas de enfermagem (saúde infantil, planeamento familiar, saúde materna, diabetes e hipertensão);
- ✓ Tratamentos (pensos, limpeza de feridas, etc.), "teste do pézinho", injetáveis, algaliação, ensinios na área da prevenção, etc.;
- ✓ Vacinação;
- ✓ Ações de educação para a saúde – dinamizadas em sala ou na sala de espera;
- ✓ Consultas domiciliárias (médicas e de enfermagem);
- ✓ Consultas não presenciais (sem contacto direto com o médico) para avaliação de exames, renovação de receituário crónico, pedido de fisioterapia, transporte, etc.;
- ✓ Renovação de receituário crónico: caixa de renovação de receituário, por telefone (15h às 17h), pelo correio, por email ou presencialmente;
- ✓ Atendimento telefónico personalizado durante o período de funcionamento: médico, enfermagem e secretário clínico;
- ✓ Consultas abertas/agudos – destinam-se a situações agudas/"urgentes" e são efetuadas pelo médico de família do utente (cada médico tem um período do dia, todos os dias, dedicado a este tipo de consultas), onde não é necessário efetuar marcação (é por ordem de chegada);
- ✓ Consultas de intersubstituição – destinam-se a situações agudas/"urgentes" que ocorram após as 17h e são efetuadas pelo médico de serviço (qualquer um dos médicos da USF).

No Regulamento Interno da USF estão enunciados a missão, visão e valores, conforme se reproduz em seguida.

I. Missão

[...] prestação de cuidados assistenciais efetivos privilegiando a acessibilidade e a aceitabilidade, na intervenção a nível da comunidade, na gestão por objetivos, 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.

II. Visão

Acreditamos que ao trabalhar numa equipa esta terá mais flexibilidade e recursos para responder mais 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. Sentem-se responsáveis por aquela população e é esta que a avalia em primeira linha [...] Apostamos em ser uma unidade de saúde que permita oferecer vários serviços e de qualidade. Procuramos Identificar, Satisfazer, Ultrapassar necessidades e expectativas em Saúde e Prestar cuidados de qualidade, fidelizando pessoas à organização. Todo este processo dinâmico e nunca terminado vai respondendo fluidamente às necessidades ou às tendências ou mesmo antecipando-se a elas, perspetivando-se num papel proactivo, atingindo os objetivos da organização e cumprindo a sua visão.

III. Valores

Queremos que a USF CelaSaúde prime pela qualidade nos atendimentos, pela interdisciplinaridade, pela inovação, pela disponibilidade em prestar serviços novos, diferentes, com o espírito de reorganizar respostas ou atitudes conforme seja a evolução ou monitorização do processo tecnológico escolhido, com a participação do cidadão. Será sempre uma USF que além de atender o cidadão, estará centrada em todos os seus colaboradores e no seu bem-estar.

Todas as USF têm uma estrutura flexível e multidisciplinar, fundamentando-se no princípio de autonomia organizativa, funcional e técnica, numa vertente de rede com outras unidades funcionais de saúde, partilhando experiências e conhecimentos. Desta forma, não apresentam uma hierarquia única.

A USF CelaSaúde é constituída por um grupo de profissionais de nove médicos, nove enfermeiros e seis secretários clínicos, fazendo um total de vinte e quatro

profissionais. Além disso, neste momento têm quatro médicos internos da especialidade de Medicina Geral Familiar.

A estrutura interna da USF é caracterizada por coordenação, conselho geral, conselho técnico, grupos de trabalho, outros órgãos de apoio, equipas nucleares e equipas espelho.

A coordenação da USF está a cargo da Dra. Maria Teresa Tomé, onde é responsável por coordenar todas as atividades das equipas multiprofissionais, gerir todos os processos da USF, presidir ao conselho geral e representar externamente a USF. Enquanto coordenadora possui um período em que se encontra disponível para contactos com os profissionais da equipa ou com os utentes que o solicitem. Na sua ausência, será substituída pela Dra. Emília Nina.

O conselho geral é composto por todos os elementos da USF, tendo competência para aprovar todos os documentos e zelar pelo cumprimento dos mesmos, propor a nomeação de um novo coordenador e aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional. Todas estas deliberações têm que ser aprovadas por maioria de dois terços. O conselho geral reúne, pelo menos, de quatro em quatro meses, ou mediante convocatória do coordenador da equipa ou a pedido de metade dos seus elementos.

O conselho técnico é composto Dra. Emília Nina e Enf.^a Ana Paula (um médico e um enfermeiro), competindo-lhes efetuar a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Além disso, compete-lhes avaliar o grau de satisfação dos utentes e profissionais, elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas e organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação, prestando ainda apoio às diferentes equipas multidisciplinares. O conselho técnico reúne, pelo menos, uma vez por mês ou a pedido de um dos seus elementos.

Deste modo, o Conselho Técnico dará apoio nas diferentes áreas aos grupos de trabalho. Estas equipas multidisciplinares propõem planos de atuação e protocolos em diversas áreas (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Hipertensão

Arterial, Diabetes, Domicílios, Vacinação, Comissão de Infecção, Aproveitamento e Stocks, Candidatura a Acreditação, Outras Candidaturas e Organização de Eventos). Cada equipa está responsável por determinadas áreas, tem um porta-voz que dinamiza o grupo, reúne as monitorizações periódicas e as metas das áreas correspondente, articula-se com o Coordenador, apresenta nas reuniões do Conselho Geral trimestralmente os resultados para análise e tomadas de opinião.

Os outros órgãos de apoio são responsáveis por áreas de auxílio ao funcionamento da USF, tais como, Enfermagem, Planeamento e controlo, Informática, Gestão de Recursos Humanos, Relações Públicas e Consultor de Imprensa, entre outros.

Estão também formadas equipas nucleares (médico, enfermeiro e secretário clínico), sendo responsáveis por todos os assuntos, nas diversas áreas que digam respeito aos utentes atribuídos a esse médico de família. Estão definidas metodologias de interdisciplinaridade e criados instrumentos de autorregulação, assegurando assim a vertente assistencial na presença da equipa do utente. Na ausência da equipa nuclear, o utente é atendido pela equipa espelho que se destina a atender o utente quando o seu médico e/ou enfermeira de família, não se encontram na unidade, numa cultura de interdisciplinaridade, de intersubstituição e de complementaridade, princípios que a equipa alargada da USF considera imprescindíveis ao seu bom funcionamento, garantindo assim que os utentes são sempre atendidos.

3.2. Principais tarefas realizadas

Antecedendo o início do estágio, teve lugar uma entrevista em grupo com os estagiários que iriam assumir funções na USF, dirigida pela coordenada da USF e nossa futura coordenadora de estágio, Dra. Maria Teresa Tomé. Nessa mesma reunião foi feita uma apresentação da USF, na qual se explicou, de forma sucinta, como surgiu a USF CelaSaúde, as USF a nível nacional e toda a reformulação do SNS. Foi também descrito o trabalho desenvolvido por anteriores estagiários, pois ir-se-ia dar continuidade a algum desse trabalho. Além disso, verbalizou-se outras tarefas que possivelmente iriam ser executadas ao longo do estágio.

Desde a primeira reunião que foi incutido aos novos elementos o espírito de melhoria contínua, pelo que rapidamente se tornou perceptível que a unidade dá extrema importância à qualidade. O presente estágio é exemplo disso.

O estágio começou no dia 1 de Setembro de 2014.

Uma das primeiras tarefas efetuadas foi a análise dos resultados dos indicadores. Como já mencionei anteriormente, a USF encontra-se no modelo B, ou seja, tem indicadores contratualizados com metas que têm de ser cumpridas para obter resultados. Como tal, analisaram-se os dados do mês de Julho, que era, à data, o único disponível no SIARS⁴.

Mais tarde, com a análise dos resultados dos indicadores não só de Julho mas de Setembro, foi possível detetar quais os indicadores em que se atingiam as metas e quais estavam longe de alcançá-la. Para perceber estes resultados foi imprescindível estudar os BI's dos indicadores e como estes são calculados. No âmbito dessa análise, elaborou-se um resumo sucinto dos BI's para uma visualização rápida e fácil por parte dos colaboradores.

Toda esta análise foi indispensável para a realização de uma reunião com médicos, enfermeiros e secretariado clínico no dia 3 de Outubro. Nesta reunião, os estagiários da USF fizeram uma apresentação em PowerPoint, onde mostraram gráficos com os resultados dos indicadores da USF, de cada médico e enfermeiro e por equipa. As equipas são constituídas por um enfermeiro e um médico que trabalham em conjunto. Deste modo, os profissionais puderam facilmente perceber em que indicadores a USF e eles próprios tinham atingido ou não a meta em cada parâmetro. Ademais, foi elaborada uma estimativa de quantos utentes teriam de ser consultados até ao final do ano por cada indicador e por profissional para a meta ser cumprida. Posteriormente a esta análise esclareceu-se algumas dúvidas sobre os BI's e distribuiu-se um resumo dos mesmos.

A análise mostrou que os indicadores relacionados com hipertensos e diabéticos encontravam-se bastante abaixo da meta contratualizada.

⁴ O SIARS (Sistema de Informação da ARS) pode ser considerado como "um enorme repositório de dados provenientes de todas as Unidades de Saúde da Região Norte." (Administração Regional de Saúde do Norte - Departamento de Estudos e Planeamento, 2011).

Este estudo revelou ainda que existia um número elevado de utentes “Não Frequentadores”, ou seja, utentes que não utilizam os serviços da instituição há mais de 3 anos. Este facto tanto é prejudicial para a USF como para os próprios utentes, uma vez que, a manter-se inatividade, o Ministério da Saúde retirar-lhes-á o seu médico de família. Alguns utentes foram contactados via telefone para alertar desta situação e atualizar registos. Soube-se assim se os utentes em causa têm utilizado os serviços privados ou se não estão a ter vigilância médica. Era pedido também o peso/altura e hábitos (álcool e tabaco) para que tal funcionasse como uma consulta não presencial. Assim, os utentes submetidos a este processo não perderam o seu médico de família.

Existem dois “Cadernos de Elogios” na USF, um para cada balcão de atendimento. Esses cadernos estão à disposição de todos os utentes, onde estes podem, e devem, escrever tudo o que entenderem, tanto elogios, como sugestões e até reclamações, apesar de existir um mecanismo próprio para as sugestões e reclamações. Todos os anos estes são analisados, e durante o estágio esta tarefa foi também realizada. Para tal, decidiu-se criar um “Diário de elogios”, onde aparecem digitalizados todos os comentários e são destacados os pontos mais importante de cada um. No fim, elaborou-se uma síntese de tudo o que tinha sido mencionado por parte dos utentes. Foi elaborada também uma análise comparativa das sugestões e reclamações da “Caixa de Sugestões”, confrontando o presente ano com o ano anterior.

Nesse âmbito, foi solicitada a realização da análise SWOT. Para isso foram distribuídas umas folhas aos profissionais para aí colocarem as oportunidades, ameaças, pontos fracos e fortes. Comparando estes resultados com os do ano anterior, foi possível perceber quais os problemas que tinham sido ultrapassados, quais se mantinham, e novos que poderiam ter surgido. Para terminar, fez-se várias sugestões para ajudar a contornar os problemas.

Ao longo do estágio, assistiu-se na FEUC ao Ciclo de Seminários do CEISUC sobre Governação em Saúde.

Esteve-se também presente na apresentação do livro “*Serviço Nacional de Saúde para uma Conversação Construtiva*” na Faculdade de Economia, onde a nossa coordenadora também participou.

Por fim, a última tarefa que realizámos no estágio foi a elaboração do Manual de Acreditação. Esse manual contém uma parte de enquadramento, sobre a acreditação e sua envolvente, e uma parte mais operacional onde são descritos todos os documentos que a USF tem para cumprir os parâmetros pedidos. Verificando-se a ausência desta documentação, essas falhas foram supridas. Organizaram-se todos os documentos em suporte papel e digital. Foi feito também uma breve apresentação aos profissionais os conceitos introdutórios do tema.

Capítulo 4. Aplicação prática do Ciclo PDCA na redução dos tempos de espera

4.1. Enquadramento

No presente capítulo será ilustrada a aplicação prática do Ciclo PDCA, suportada nas ferramentas da qualidade, relativamente à problemática dos tempos de espera da USF CelaSaúde.

Como referido anteriormente, na prestação de serviços é difícil equilibrar a procura e a oferta, uma vez que a procura é imprevisível e muitas vezes pouco flexível (e.g. numa clínica de saúde, a maior parte das vezes é inexecutável acrescentar instalações e contratar novos médicos para fazer face aos picos da procura durante a maior incidência de doentes no inverno). Além disso, há situações em que as esperas ocorrem quando a procura recua devido à variação do período de execução do serviço. Por exemplo, mesmo no caso de um paciente ter uma consulta agendada num consultório médico, é frequente haver uma fila de espera, porque para alguns pacientes o tempo da consulta ultrapassa o intervalo de tempo que lhes fora reservado (Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2011).

Toda esta problemática faz com que nos serviços seja impossível evitar a ocorrência de filas de espera. Como tal existem algumas estratégias para tentar equilibrar a procura e a oferta, que se podem visualizar na tabela seguinte (naturalmente que várias delas não podem ser aplicadas nos serviços de saúde).

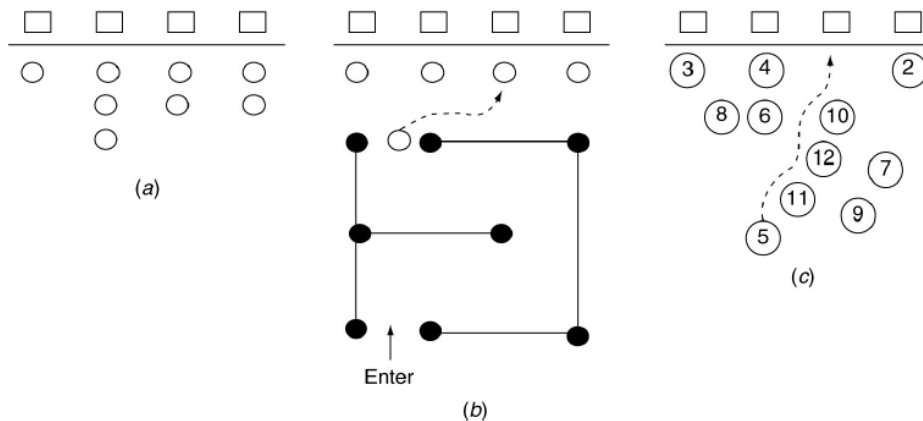
Tabela 2. Estratégias para alinhar a procura com a oferta

Procura muito alta (Afastar clientes dos picos)	Procura muito baixa (Atrair mais compras/novos clientes)
<ul style="list-style-type: none"> • Usar placards para comunicar aos clientes dias/horas de picos; • Oferecer incentivos para utilização fora do pico; • Cuidar 1º dos clientes leais, regulares; • Publicitar picos e benefícios da utilização fora dos picos; • Cobrar preço completo; • Alterar horário funcionamento/local do serviço; • ‘Esticar’ o tempo, trabalho, instalações e equipamentos; • Flexibilização das competências dos empregados; • Contratar empregados em part-time; • Alugar/partilhar instalações e equipamentos; • Subcontratar atividades; • Alterar/deslocar instalações/equipamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vendedores e publicidade para estimular compras dos clientes atuais; • Alterar a oferta / utilização das instalações para atrair novos clientes; • Oferecer descontos e reduções de preço; • Modificar horário de funcionamento; • Levar o serviço ao cliente; • Efetuar manutenção/renovação; • Programar formação; • Programar férias; • Alugar instalações; • Lay off empregados; • Alterar/deslocar instalações/equipamentos.

Fonte: Adaptado Filipe Coelho, *Slides das Aulas da Unidade Curricular de Marketing de Serviços* (2013)

Quando a procura não pode ser ajustada, podem ser adotados três tipos de filas de espera (ver figura 8): Múltiplas filas (a), filas únicas (b) e tirar senha (c).

Figura 8. Tipos de filas de espera



Fonte: Adaptado Filipe Coelho, *Slides das Aulas da Unidade Curricular de Marketing de Serviços* (2013)

É de salientar que se pode tornar a espera mais tolerável/agradável exercendo dessa forma uma percepção diferente no tempo de espera (Coelho, 2013):

- ✓ Tempo sem ocupação parece maior que tempo ocupado;
- ✓ Ansiedade faz com que a espera pareça maior;
- ✓ Fila integrada no processo / fora do processo de prestação do serviço;
- ✓ Esperas de duração incerta são mais compridas que esperas conhecidas e finitas;
- ✓ Esperas justificadas/explicadas mais curtas;
- ✓ Esperas injustas mais longas que as justas;
- ✓ Quanto maior o valor/importância do serviço, mais o cliente esperará;
- ✓ Espera solitária parece maior que espera em grupo.

A USF mede regularmente os tempos de espera, uma vez estes não só são indicadores de qualidade de uma USF, mas também constituem uma variável que condiciona o grau de satisfação e conseqüentemente a qualidade dos serviços prestados. Pode dizer-se que, até certo ponto, as filas de espera são inevitáveis na unidade, e conseqüentemente o tempo que se mantém nelas é um dos parâmetros mais importantes para a satisfação dos utentes da USF. As filas de espera da USF são do tipo “tirar senha”, uma vez que os utentes para usufruir dos serviços têm obrigatoriamente de tirar uma senha no quiosque eletrónico e posteriormente serão chamados.

A USF CelaSaúde, no seu regulamento interno, compromete-se com um tempo de espera para consulta inferior a 20 minutos. Com o objetivo de melhoria contínua dos cuidados, propõe-se desenvolver atividades planeadas e baseadas na revisão e melhoria do diagnóstico de situação.

4.2. Implementação do Ciclo PDCA

A figura seguinte esquematiza as várias etapas do ciclo PDCA (Plan, Do, Check e Act), cujas etapas serão detalhadas em seguida.

Figura 9. Ciclo PDCA das filas de espera da USF CelaSaúde



4.2.1. Plan⁵

Em 2013, a USF criou um PAI (Plano de Acompanhamento Interno) dos tempos de espera utilizando os dados solicitados ao MedicineOne, para analisar os tempos médios de espera (por profissional e globalmente). No entanto, essa análise foi

⁵ Este tópico teve como referência USF CelaSaúde, *PAI Tempos de Espera II* (2014).

inconclusiva, pois os resultados não contemplavam todos os profissionais e incluíam outros que já não exerciam funções na unidade.

Em Janeiro de 2014, em reunião de Conselho Geral, planeou-se a próxima avaliação e foi nomeada uma equipa para o efeito.

No dia 22 de Maio do mesmo ano (escolhido aleatoriamente) procedeu-se então à avaliação dos tempos de espera, e para o devido efeito foi adotada outra metodologia de avaliação. Para a recolha de dados (em minutos) foi utilizado uma ficha/formulário elaborado para o efeito⁶ (anexo nº1), procedendo da seguinte forma: o utente quando chega à unidade tira uma senha/ticket do quiosque eletrónico, e essa contém a hora de retirada da mesma. Como tal, quando foi atendido pelo administrativo, o mesmo registou no formulário o momento em que atendeu o utente e anexou a senha. Posteriormente o utente transportou o formulário aos profissionais (médico e/ou enfermeiro)⁷ que foram preenchendo também o momento que atenderam o utente e se a consulta era programada ou não. No fim, o formulário foi colocado, pelo último profissional do atendimento na USF, numa caixa fechada no seu local de trabalho.

Desta forma, foi possível avaliar os seguintes tempos:

- ✓ Tempo de espera por atendimento administrativo – diferença entre a hora da senha e o atendimento administrativo;
- ✓ Tempo de espera por atendimento de enfermagem programado – diferença entre a hora agendada e o atendimento de enfermagem;
- ✓ Tempo de espera por atendimento enfermagem não programado – diferença entre a hora do atendimento do administrativo e o atendimento de enfermagem;
- ✓ Tempo de espera por atendimento médico programado – diferença entre a hora agendada e o atendimento médico;
- ✓ Tempo de espera por atendimento médico não programado – diferença entre a hora do atendimento do administrativo e o atendimento médico.

Posteriormente, procedeu-se ao estudo e análise da informação obtida. Com recolha dos dados foi possível constatar que foram realizados 193 atendimentos por 21

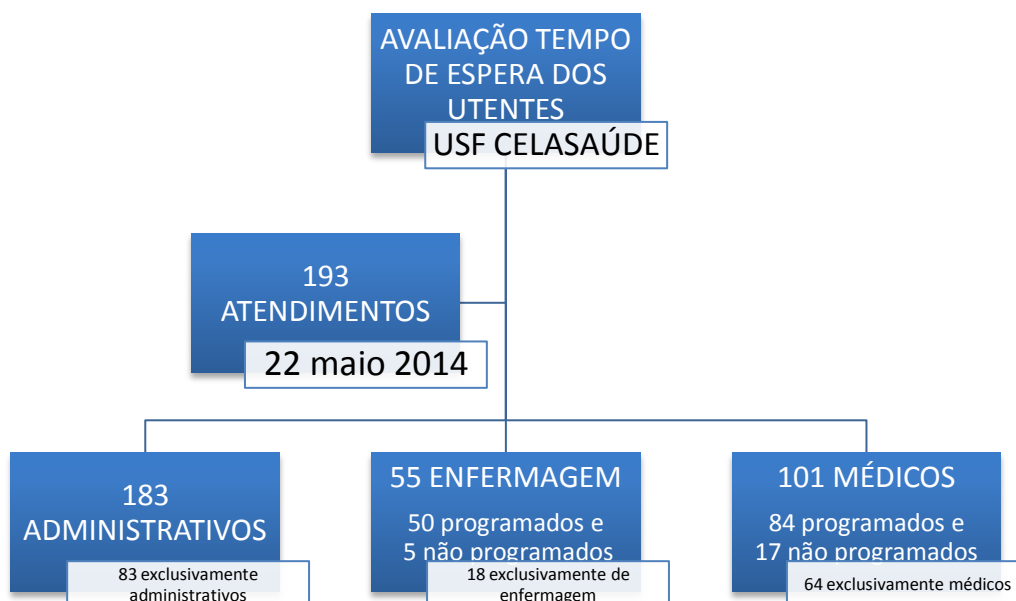
⁶ Para o efeito, este formulário funcionou como uma folha de verificação (ver ferramentas da qualidade).

⁷ Os utentes podem ter no mesmo dia uma consulta médica ou enfermagem, ou ambas.

profissionais (figura 10). Os secretários clínicos realizaram 183 atendimentos, dos quais 83 foram atendimentos administrativos exclusivos. A média do tempo de espera pelo utente foi de 5 min e 33 segundos (ver figura 11). As enfermeiras efetuaram 55 atendimentos, dos quais 18 exclusivamente de enfermagem. Dos 55 atendimentos 50 estavam agendados/programados e 5 não programados. A média do tempo de espera pelo utente para a consulta de enfermagem programada foi de 12 min e 24 seg. e para a não programada 54 min e 12 seg. Em contrapartida, 35 utentes que estavam agendados foram antecipados em média 26 min e 28 segundos. Os médicos realizaram 101 atendimentos, dos quais 64 exclusivamente médicos e 37 com consulta de enfermagem prévia. Dos 101 atendimentos, 84 estavam agendados/programados e 17 não programados. A média do tempo de espera pelo utente para a consulta médica programada foi de 15 min e 36 seg. e para a não programada 42 min e 28 seg. Em contrapartida 21 utentes que estavam agendados foram antecipados em média 22 min e 34 segundos.

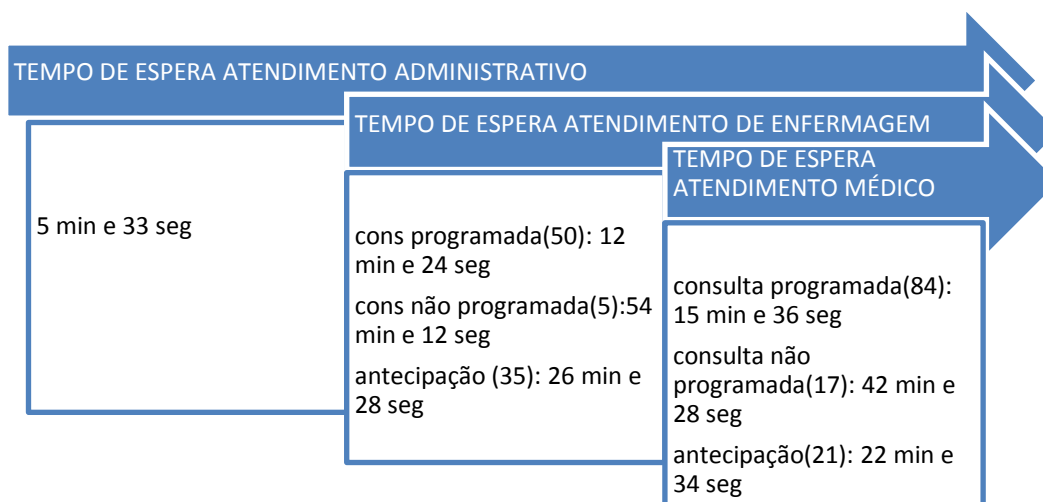
Apesar dos resultados serem satisfatórios, existem problemas com o tempo de espera. Esta avaliação era do conhecimento de todos, prejudicando assim os resultados.

Figura 10. Número de atendimentos na avaliação dos tempos de espera da USF CelaSaúde



Fonte: USF CelaSaúde, PAI Tempos de Espera II (2014)

Figura 11. Tempo médio de atendimento



Fonte: USF CelaSaúde, PAI Tempos de Espera II (2014)

4.2.2. Do

Após o diagnóstico dos tempos de espera, a unidade identificou alguns constrangimentos e fraquezas. Para as minorar, foram tomadas medidas corretivas.

Verificou-se que existia um atraso significativo por parte de alguns utentes relativamente ao agendamento da respetiva consulta programada. Como tal, a unidade elaborou um procedimento (anexo nº2) com o objetivo de uniformizar o modo de atuação nestas situações.

O procedimento de utentes atrasados consiste em três pontos que definem como os funcionários devem atuar:

- ✓ Determinação da hora de chegada – Quando o utente chega à USF, dirige-se ao quiosque e retira senha “com marcação”. Essa senha contém a hora de retirada do quiosque. Deste modo quando é atendido pelo secretariado clínico, o mesmo verifica a hora de chegada à USF;
- ✓ Atraso do Utenes – Caso se verifique um atraso, ou seja, mais de 50% do tempo da consulta⁸, é solicitado um novo agendamento;
- ✓ Tolerância – Caso o atraso seja inferior ao tempo de consulta, o secretário clínico coloca de imediato o utente na sala de espera do profissional para o qual o utente

⁸ O tempo de consulta para cada utente está estimado em 20 minutos.

está agendado e informa o mesmo de que já chegou. No entanto, adverte ainda o utente de que dispõe de menos tempo de consulta, para que o seu atraso não penalize os utentes que cumprem o horário de agendamento.

Desta forma, os profissionais sabem como proceder e os utentes que chegam atrasados não prejudicam os restantes utentes. Além disso, passou a ser solicitado aos utentes que chegassem 15 minutos antes da hora agendada para que, chegada a hora da consulta, já terem sido atendidos pelos administrativos e estarem prontos para a consulta.

Outro ponto que influencia os tempos de espera bastante preocupante que foi identificado é o da interrupção de consultas. Para a redução do número de interrupções durante as consultas, foi elaborado outro procedimento (anexo nº3).

As interrupções são numerosas, tanto interrupções diretas (bater à porta, entrar no gabinete) como indiretas (telefone, email ou mensagem interna). As consultas são interrompidas por todos os funcionários (médico, enfermeiro e secretariado) e muitas vezes por utentes. Os motivos para essas interrupções também são inúmeros, tais como pedido de tarefa, telefonema, dúvidas na orientação do utentes, pedir materiais ou equipamentos, entre outros.

O procedimento referido salienta algumas indicações de como os profissionais devem de atuar diariamente relativamente a esta questão, nomeadamente:

- ✓ Não é permitido os utentes interromperem as consultas e não devem os secretários clínicos orientarem os utentes para essa forma de abordagem;
- ✓ Nas situações de urgência médica, podem as consultas ser interrompidas em qualquer altura;
- ✓ No caso das consultas de intersubstituição⁹ fora do período das 17-20 horas ou do utente “fora de horas” (fora da hora do agendamento ou do período de consulta de agudos¹⁰), devem o enfermeiro e o médico ser alertados para o facto (por

⁹ Consultas de intersubstituição são consultas que visam dar resposta aos utentes em situações agudas na ausência do seu médico/enfermeiro de família e também dá resposta aos utentes que necessitam de uma consulta no próprio dia, em caso do médico/enfermeiro de família estarem além da sua capacidade de resposta. Existe uma equipa (enfermeiro/médico) que substituirá.

¹⁰ Consulta de agudos diz respeito a utentes que adoeceram (emergência) como tal não têm consulta programada, no entanto necessitam de uma consulta no próprio dia.

telefone ou presencialmente), de forma a agendar oportunamente a consulta e o utente ser informado da hora provável de atendimento;

- ✓ Para outras situações, deve ser acordado com o médico ou enfermeiro a forma preferencial para ser interrompido: (diretamente pelo profissional, telefone ou pelas mensagens internas¹¹) e em que altura (no intervalo das consultas ou outra) – devem todos os profissionais ter conhecimento da forma de interrupção preferencial e em que altura, tal como está definido para o atendimento telefónico;
- ✓ No caso dos utentes telefonarem fora do horário de atendimento definido¹², devem os secretários clínicos anotar os dados (em modelo para o efeito) e entregar ao médico no horário definido para tal.

Assim, com este procedimento pretende-se não só que os profissionais saibam como agir mas também espera-se que estes tenham mais consciência de que as interrupções prejudicam os serviços e que tomem as devidas atitudes para evitar essas mesmas interrupções.

Ademais, foram identificados alguns problemas no que se refere ao acesso a alguns períodos de intersubstituição ou á escala de substituição quando um funcionário está a faltar. Como tal, a medida implementada foi o debate nas reuniões sobre as consultas de intersubstituição. Esses debates tiveram como objetivo definir corretamente as equipas de substituição, bem como as escalas para o mesmo efeito de cada equipa. Deste modo, o secretariado clínico saberá que equipa está de serviços, encaminhando os utentes nesse sentido, promovendo assim a organização e comunicação entre os profissionais, facilitando o dia-a-dia dos mesmos.

Por fim, verificou-se que nos períodos das manhãs existia uma maior afluência aos serviços da unidade, provocando constrangimentos. Como tal, a unidade colocou mais administrativos no atendimento ao público nos períodos da manhã, tentado desta forma minimizar os tempos de espera.

¹¹ O sistema informático da USF (MedicineOne) permite enviar e receber mensagens entre os profissionais.

¹² Cada médico tem um horário definido para atendimento telefónico com os seus utentes.

4.2.3. Check: uma análise baseada nos resultados dos questionários a utentes e profissionais de saúde

Esta etapa tem como objetivo avaliar se as medidas corretivas que foram implementadas resultaram nas melhorias esperadas.

Nesta fase, foram utilizados questionários. Foram elaborados quatro modelos de questionário (apêndice 1), um para cada tipo de profissional, ou seja, médico, enfermeiros e secretariado clínico e por último um para os utentes. Este foi posto em prática, nos dois pisos da USF, entre os dias 5 e 15 de Janeiro, em diferentes horas do dia, uma vez que a hora poderia influenciar as respostas.

Foram inqueridos 11 médicos (2 médicos internos estavam de férias), os 6 administrativos, os 9 enfermeiros e 45 utentes da unidade.

4.2.3.1. Características dos utentes inquiridos

O questionário feito aos utentes continha quatro questões com vista a perceber as características dos mesmos. Essas características são nomeadamente sexo, idade, situação profissional e habilitações literárias (pergunta nº 1, 2, 3 e 4, respetivamente do questionário aos utentes).

Sendo assim, na tabela nº2 pode se verificar que mais de metade (69%) dos utentes que responderam eram do sexo feminino, visto que as mulheres um pouco mais recetivas. Quanto a idade, estas são muito variadas sendo de maior incidência entre 20-40 anos (36%), 41-60 anos (29%) e dos 61-80 anos de idade (31%). Relativamente a situação profissional, é de salientar que a maior parte era ativo (42%) ou reformado (33%). Por fim, 53% dos utentes tem o ensino superior, do ensino secundário são cerca de 29% completou o ensino secundário e apenas 18% tem habilitações ao nível do ensino básico.

Tabela 3. Características dos utentes inquiridos

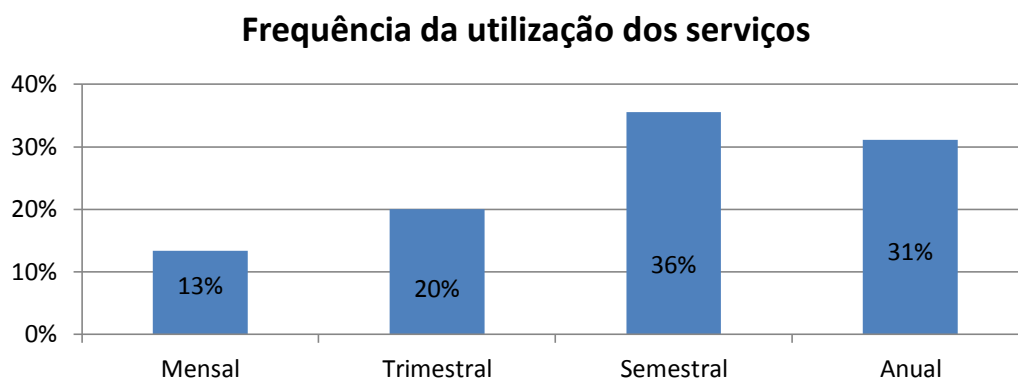
		Nº Utentes	Percentagem de Respostas
Sexo	M	14	31%
	F	31	69%
	Total	45	100%
Idade	<19	0	0%
	20-40	16	36%
	41-60	13	29%
	61-80	14	31%
	>80	2	4%
	Total	45	100%
Situação Profissional	Estudante	3	7%
	Trabalhador-estudante	1	2%
	Domestico	1	2%
	Ativo	19	42%
	Reformado	15	33%
	Desempregado	6	13%
	Total	45	100%
Habilitações literárias	Ensino Básico	8	18%
	Ensino Secundário	13	29%
	Ensino Superior	24	53%
	Total	45	100%

4.2.3.2. Requisição dos serviços pelos utentes

- Frequência da utilização dos serviços por parte dos utentes

Outra questão colocada foi a frequência com que os utentes se deslocam à unidade, uma vez que um utente que usufrua mais vezes um serviço pode ter uma perceção mais correta do mesmo. A maior percentagem (36%) corresponde a utentes que utilizam os serviços semestralmente.

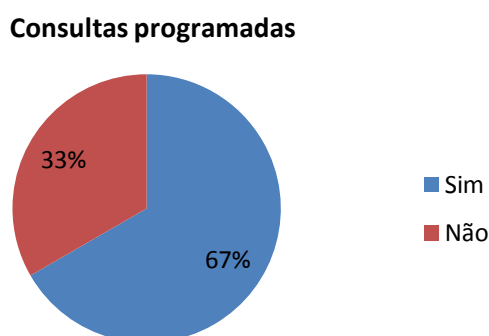
Figura 12. Frequência da utilização dos serviços da USF CelaSaúde



- Consultas programadas ou não programadas e o tipo de consulta

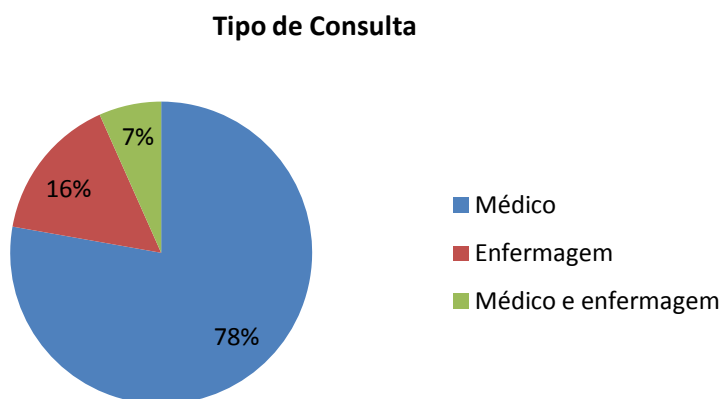
Com este ponto pretende-se perceber de que tipo de consultas os utentes inquiridos usufruíram e se essas estavam marcadas ou não (questões aos utentes nº7 e nº8). Para tal, na figura 13, está representada a percentagem das consultas programadas e não programadas (apêndice 2), e podemos verificar que a maior parte das consultas foram programadas.

Figura 13. Consultas programadas



Quanto ao tipo de consulta (figura 14), as consultas médicas são, de longe, as mais procuradas.

Figura 14. Tipo de consultas usufruídas pelos utentes



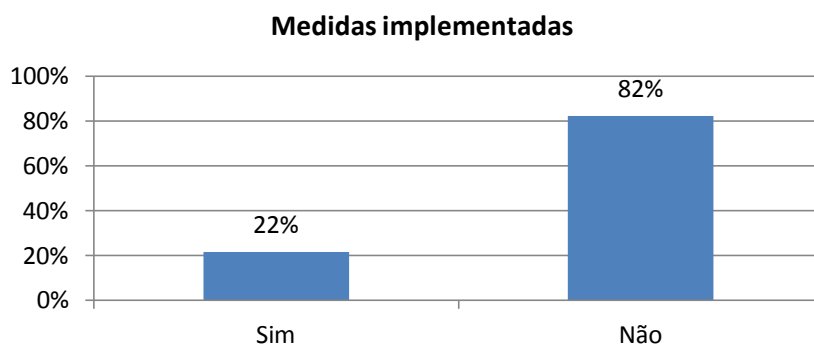
Deste modo, apesar de um serviço ter uma procura inesperada, e assim ser difícil de equilibrar a procura e oferta, no caso da USF CelaSaúde é possível gerir essa procura mais facilmente, uma vez que a maior parte dos utentes tem consulta marcada.

4.2.3.3. Conhecimento dos utentes sobre as medidas implementadas

A pergunta nº9 do questionários aos utentes tem como finalidade saber se os utentes têm conhecimentos das medidas implementadas para a melhoria dos tempos de espera. Isto porque o conhecimento dos utentes relativamente às medidas que a eles se dirijam (como é aqui muitos vezes o caso) é um requisito prévio para que as mesmas sejam eficazes.

Como tal, a figura 17 exhibe a percentagem de utentes que tinha conhecimentos das medidas (22%) e os que não tinham, que são a maioria (82%). Sendo assim, um número reduzido de pessoas sabia que a unidade se esforça para que os seus utentes tenham os serviços que precisam o mais rápido possível.

Figura 15. Conhecimento dos utentes das medidas implementadas

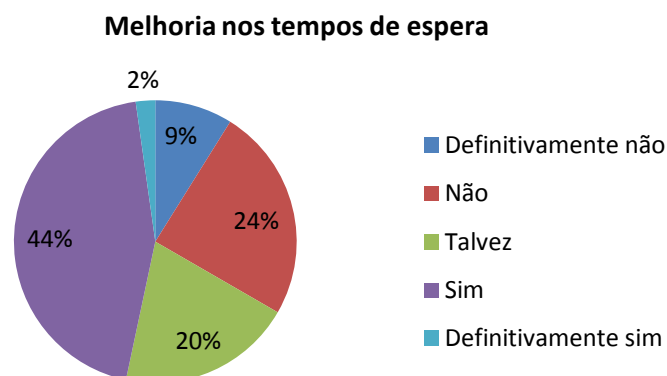


4.2.3.4. Perceção das melhorias nos tempos de espera

Foi também importante perceber se os utentes têm notado melhorias nos tempos de espera (pergunta nº10), assim como os profissionais (pergunta nº2), para se averiguar se as medidas implementadas estão a produzir efeitos ou não.

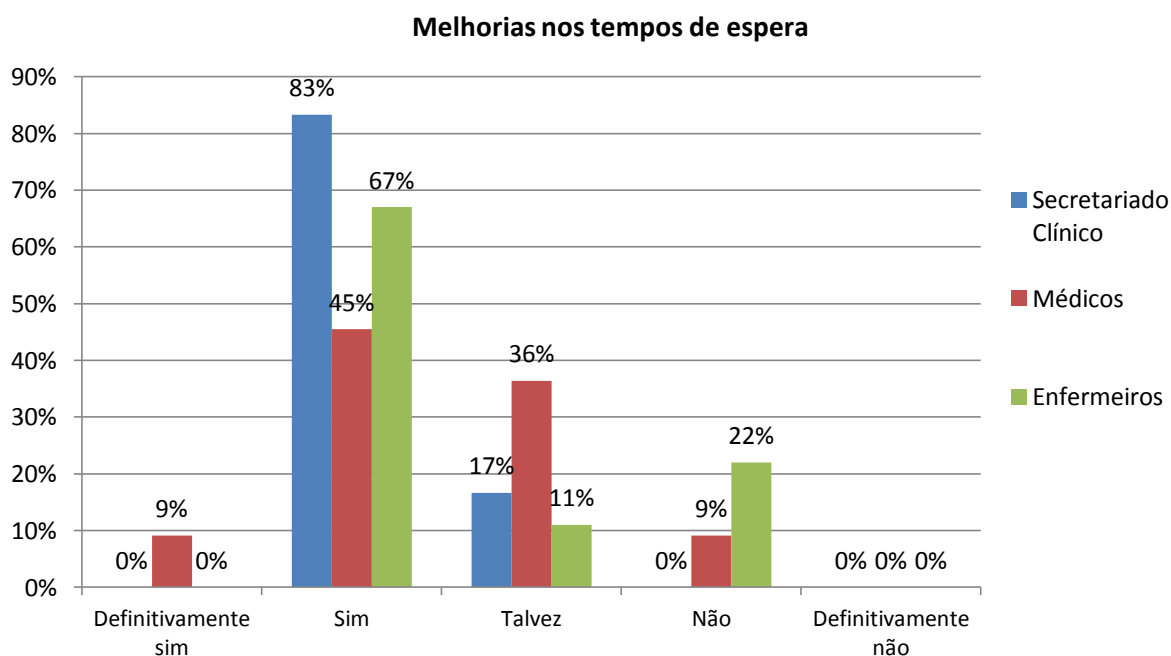
Segundo a figura 18, existem 46% dos utentes inquiridos que responderam que os tempos de espera melhoraram (44% - sim e 2% - definitivamente sim), 20% indicou que talvez houvesse melhoria e 33% que não houve (24% - não e 9% - definitivamente não). Posto isto, podemos verificar que as opiniões estão divididas, há mais pessoas com a opinião que melhorou mas há também uma boa percentagem que acha que não houve efeitos positivos.

Figura 16. Opinião dos utentes quanto a melhorias nos tempos de espera



Veja-se na figura 19 as opiniões dos profissionais quanto a este assunto. Entre todos os grupos profissionais, a opinião mais frequente foi a de que está a haver uma melhoria nos tempos de espera. O secretariado clínico só mencionou que sim havia melhoria (83%) e talvez (17%). Já entre os médicos e enfermeiros, houve profissionais a acharem que as medidas não têm produzido efeitos, 9% e 22% respetivamente.

Figura 17. Melhorias nos tempos de espera em relação à opinião dos profissionais



De acordo com as diferentes opiniões, é possível verificar que houve melhorias nos tempos de espera, no entanto essas não foram extremamente notórias, uma vez que há opiniões contrárias.

4.2.3.5. Problemas da unidade

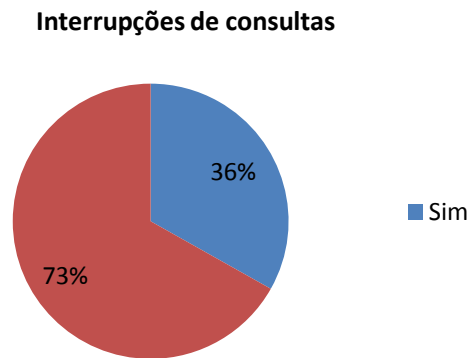
- Interrupções de consultas

Um dos grandes fatores que prejudicam a unidade são as interrupções de consultas, uma vez que não só estas fazem com que o tempo de espera aumente, como também prejudicam as consultas. Assim, com a pergunta nº11 aos utentes e a pergunta

nº4 aos profissionais, tentou-se perceber se continuam a existir muitas interrupções e quem é mais responsável por tais situações.

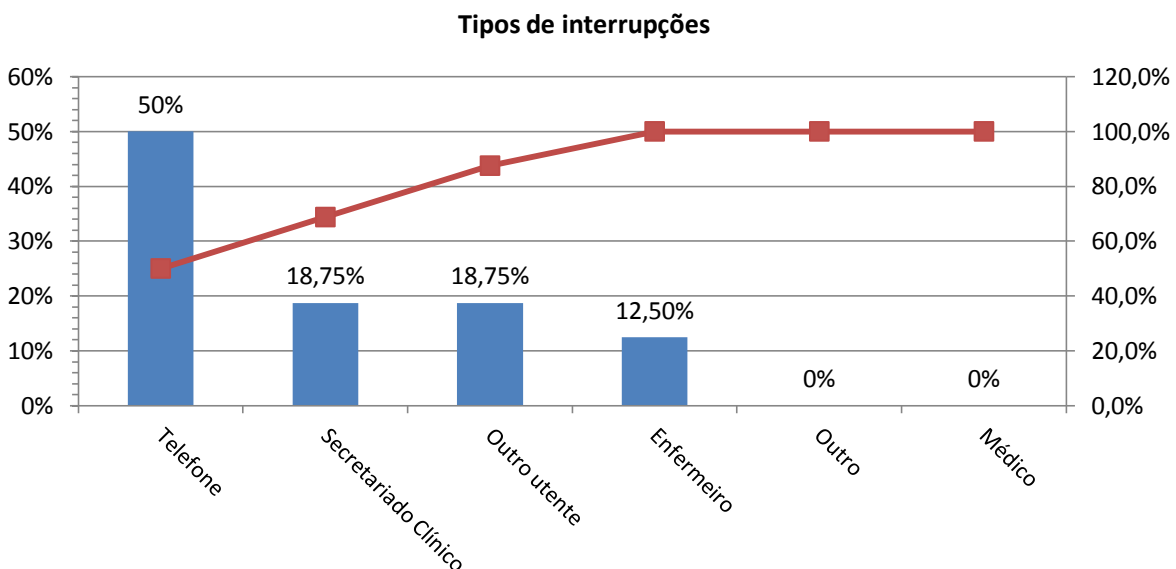
A figura seguinte mostra, que segundo os utentes, que 36% das consultas foram interrompidas.

Figura 18. Interrupções das consultas (utentes)



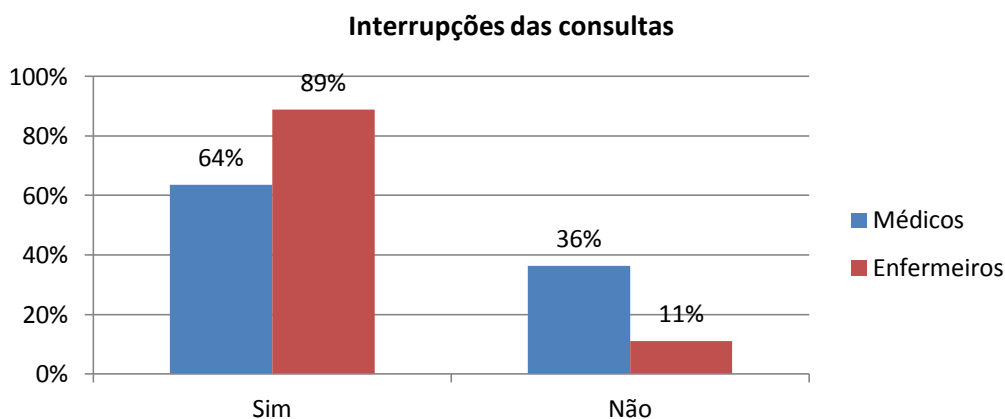
Com base nas respostas, construiu-se um Diagrama de Pareto (outra das ferramentas da qualidade) para analisar quais os motivos mais frequentes para as interrupções. Como e pode observar no diagrama, a maioria das interrupções deveu-se ao telefone (50%), mas as interrupções pelo secretariado clínico (18,75%), por outros utentes (18,75%) e por enfermeiros (12,5%) também são relativamente frequentes. Deste modo, o diagrama fornece de imediato a área onde se deve concentrar os esforços de melhoria que é as interrupções via telefone, que deve ser a primeira causa a ser eliminada.

Figura 19. Diagrama de Pareto dos tipos de interrupções (opiniões dos utentes)



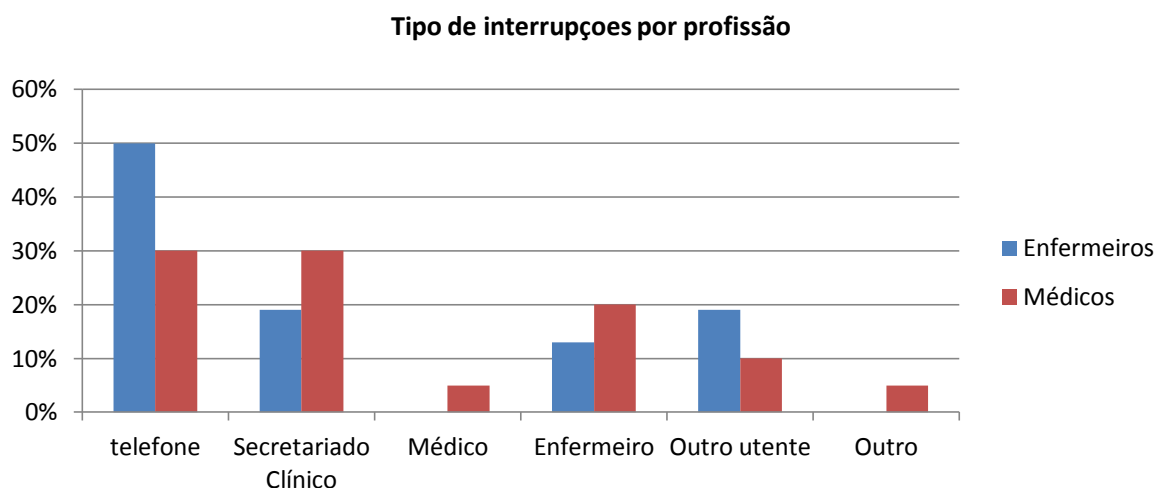
Quanto aos médicos e enfermeiros, foram questionados se eram interrompidos com frequência. De acordo com a figura 20, a maioria reconhece ser interrompido com frequência (64% - médicos e 89% - enfermeiros). Alguns médicos afirmaram que não eram interrompidos porque não deixavam, e.g. não atender o telefone.

Figura 20. Interrupções das consultas (opiniões dos médicos e dos enfermeiros)



Seguem-se as razões das interrupções segundo as opiniões de cada grupo profissional. Como se pode verificar na figura 21, as razões de serem interrompidas são bastantes, sendo mais uma vez o telefone das principais causas. Os resultados dos profissionais são idênticos aos resultados dos utentes, sendo os médicos os que menos interrompem e o secretariado clínico que interrompe mais, em ambos os casos. Os utentes têm o costume de interromper também as consultas. Assim, há necessidade de continuar a mudar mentalidades.

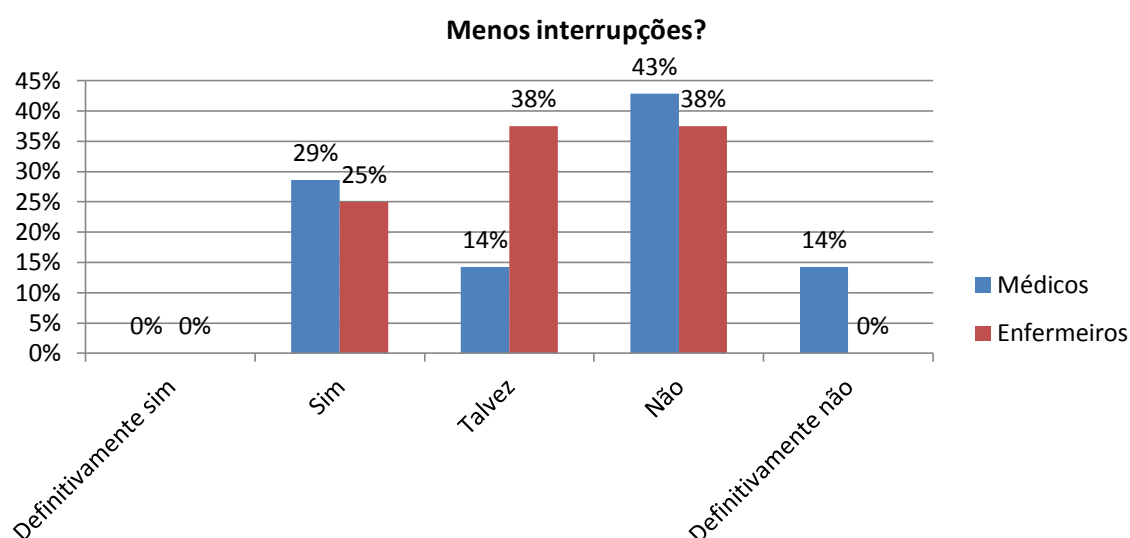
Figura 21. Tipo de interrupções sofridas (opiniões dos médicos e dos enfermeiros)



Quanto ao secretariado clínico estes são constantemente interrompidos pelo telefone, pois não existe uma pessoa designada para essa função. Deste modo, as perguntas sobre as interrupções não foram feitas a esses profissionais.

Ainda relativamente as interrupções, os profissionais foram também questionados se estão a ser menos interrompidos nas suas consultas. E essa questão está contemplada na figura 22, onde pode-se verificar que em ambos os grupos a resposta “Não” foi a dominante (43% - Médicos e 38% - Enfermeiros), sendo que nos enfermeiros o “Não” tem uma percentagem igual ao “Talvez”. Assim, pode-se concluir que a eficácia do procedimento implementado para reduzir as interrupções é reduzida.

Figura 22. Representação gráfica relativamente ao facto dos profissionais estarem a ser menos interrompidos ou não



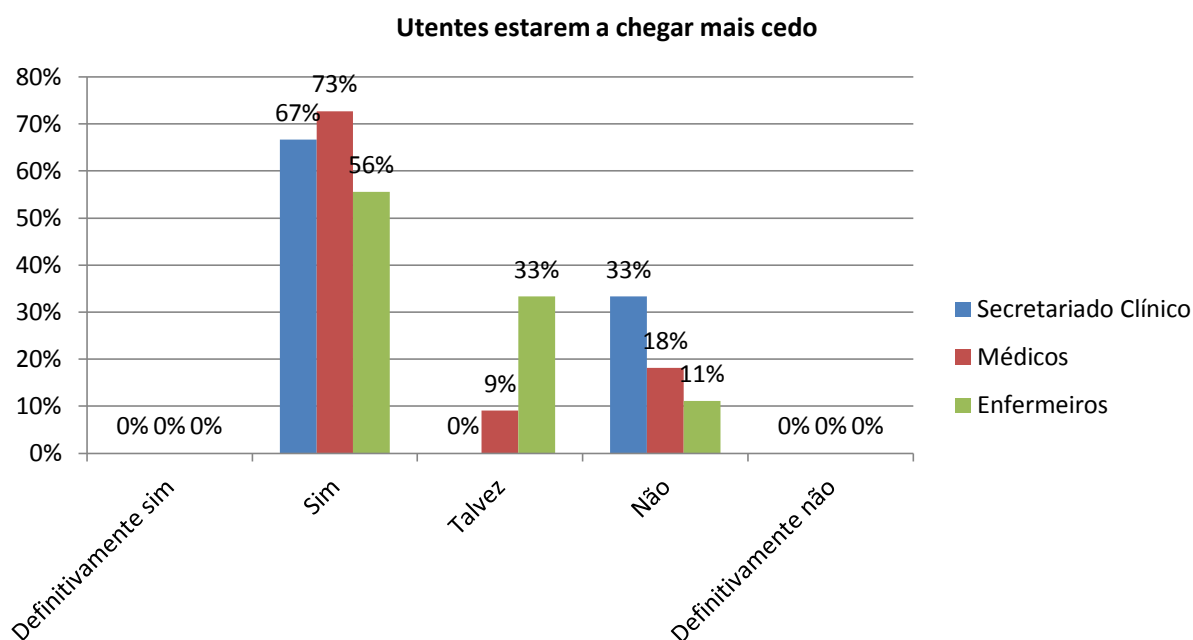
- Chegada dos utentes

Foi também importante perceber se os utentes estão a chegar mais cedo à unidade, visto que esse era um dos problemas que influenciava os tempos de espera e passou a ser pedido aos utentes que chegassem 15 minutos antes da hora marcada para a consulta.

Segundo a figura abaixo, a maioria dos profissionais tem a percepção que os utentes estão a adotar uma melhor atitude chegando mais cedo (67% - Secretariado

clínico, 73% - Médicos e 56% - enfermeiros), no entanto alguns profissionais, principalmente o secretariado clínico (33%), acham que isso não está a acontecer.

Figura 23. Perceção dos profissionais quanto à chegada atempada dos utentes



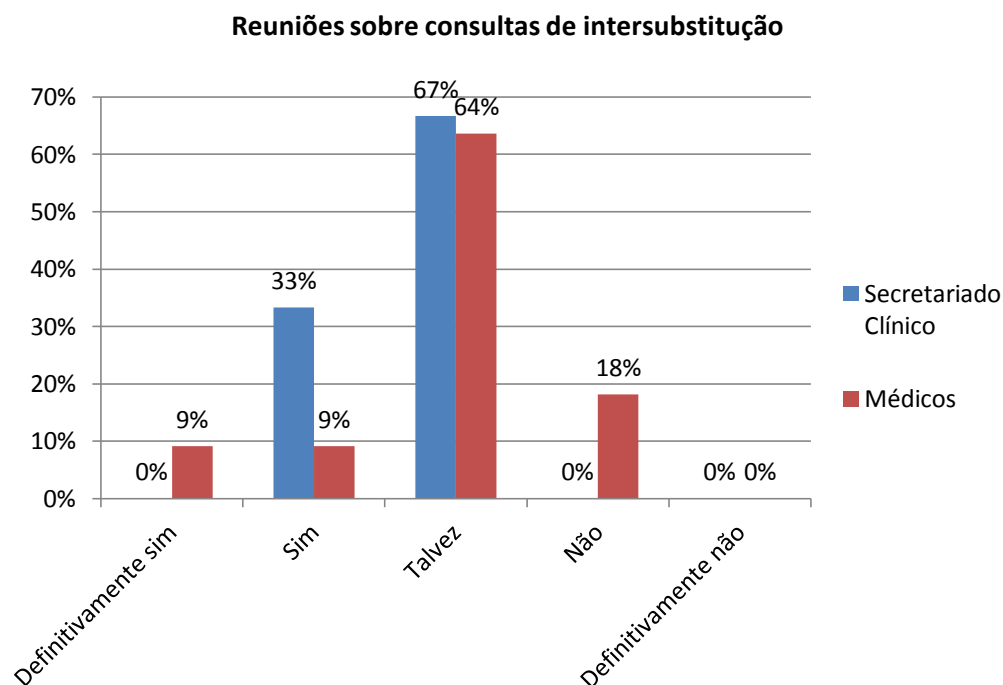
É certo que a medida implementada, por implicar mudanças no comportamento dos utentes, demora algum tempo a produzir efeitos.

- Reuniões sobre consultas de intersubstituição

Por fim, a figura 24 analisa se as reuniões sobre as consultas de intersubstituição estão ou não a produzir efeito. Existiam alguns problemas relativamente às consultas de intersubstituição. Considerou-se que apenas os médicos e os administrativos tinham capacidade para avaliar estas medidas. Os administrativos são porventura os mais cientes deste problema, pois são eles que inscrevem os utentes para serem atendidos pelos médicos e necessitam de saber para quem vão inscrever. A grande maioria dos administrativos avalia positivamente as medidas implementadas, ainda que não de forma segura (33% “Sim” e 67% “Talvez”). Já os médicos são mais céticos (18% “Não”, apenas 9%

no “Sim “ e a mesma percentagem no “Definitivamente sim”). Mais uma vez a maioria (64%) tem dúvidas de que as medidas estejam a produzir efeito.

Figura 24. Avaliação das melhorias produzidas pelas reuniões sobre as consultas de intersubstituição



4.2.3.6. Satisfação dos utentes

- Avaliação e importância dos tempos de espera dos utentes para serem atendidos pelo administrativo e para a consulta

De seguida é apresentada a satisfação dos utentes quanto aos tempos de espera para o atendimento administrativo e consulta. A avaliação foi feita através das escalas Likert de 5 pontos utilizadas no questionário para a satisfação (1 – Muito Insatisfeito, 2 – Insatisfeito, 3 – Nem muito nem pouco Satisfeito, 4 – Satisfeito, 5 – Muito Satisfeito), e para o grau da importância (1 – Nada importante, 2 – Pouco Importante, 3 – Importante, 4 – Muito importante e 5 – Extremamente Importante).

O atendimento administrativo apresenta uma média de satisfação de 3,73 e de importância 3,82. Quanto à consulta tem uma avaliação média 3,33 na satisfação e de 4 na importância. Constata-se assim que os utentes consideram muito importante ambos os tempos de espera, mas a consulta tem uma importância maior. Já na satisfação, os utentes estão mais satisfeitos com o tempo para o atendimento administrativo do que com a espera para a consulta.

Tabela 4. Satisfação e importância dos utentes quanto ao tempo de espera para atendimento administrativo e para a consulta

Atendimento	Satisfação	Importância
Administrativo	3,73	3,82
Consulta	3,33	4,00

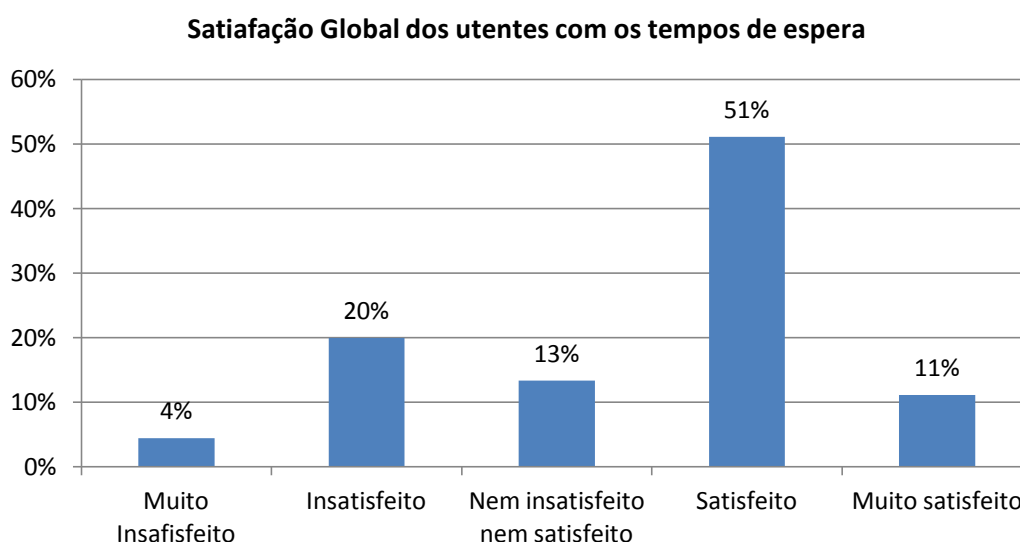
- Satisfação global com os tempos de espera

O tempo de espera por parte dos utentes para obter os serviços é um parâmetro bastante importante uma vez que é um forte influenciador da qualidade percebida.

Como tal, foi imprescindível perceber a satisfação global dos utentes quanto aos tempos de espera e compara-la com a opinião dos profissionais.

Na figura 25 está representada a satisfação global dos utentes relativamente ao tempo de espera dos serviços da unidade (questão nº5 dos questionário dos utentes). Como se pode visualizar, a maioria dos utentes está “relativamente” satisfeita (51%), mas apenas uma percentagem muito pequena (4%) está muito satisfeita. Pelo contrário, 20% está insatisfeita e 11% afirma mesmo estar muito insatisfeita.

Figura 25. Gráfico da Satisfação dos utentes quanto ao tempo de espera

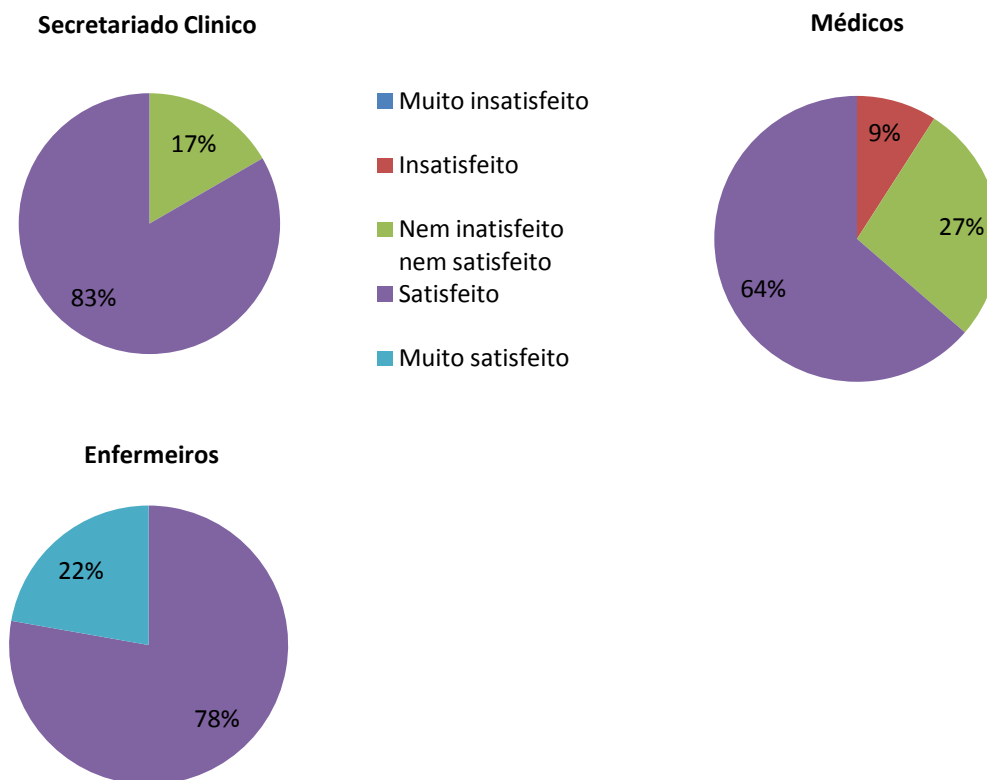


Analisa-se em seguida as percepções dos profissionais da unidade quanto a esta questão (pergunta nº1 contemplada nos questionários de cada área profissional).

Na figura 26 mostra que o secretariado clínico apenas considera duas situações: que os utentes estão satisfeitos (83%) e nem insatisfeitos nem satisfeitos (17%). Já os médicos salientaram que os utentes se dividem do seguinte modo: satisfeitos (64%), nem insatisfeitos nem satisfeitos (27%) e insatisfeitos (9%). Por fim, os enfermeiros consideraram que os utentes estão satisfeitos (78%) e muito satisfeitos (22%). Nenhum profissional acha que os utentes estão muito insatisfeitos e só os médicos mencionaram a insatisfação, salientando que a maioria partilha da mesma opinião de que os utentes estão satisfeitos.

Assim, poucos profissionais consideram que existe insatisfação ou até muita insatisfação, isto é na generalidade reconhecem pouco o problema sentido por cerca de um quarto dos utentes. Parece, pois, que existem profissionais que não têm a noção da opinião dos utentes e do tempo que os mesmos esperam.

Figura 26. Perceção da satisfação global dos utentes quanto aos tempos de espera por área profissional



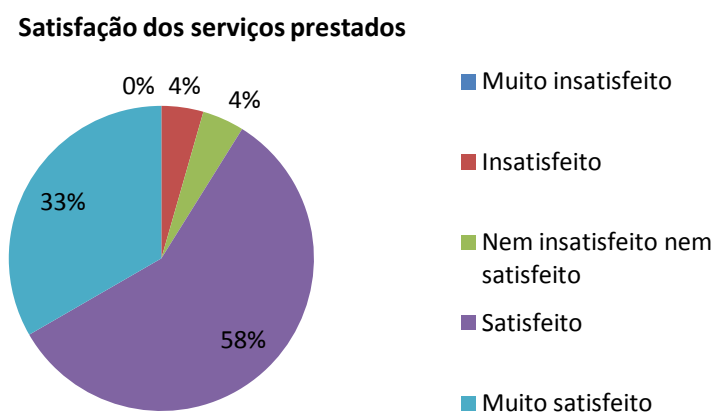
- Satisfação com os serviços prestados

Quanto a satisfação com os serviços prestados pela unidade, os resultados para os utentes são claramente positivos (58% estão satisfeitos e 33% estão até muito satisfeitos) existindo apenas 4% de insatisfeitos e a mesma percentagem para nem insatisfeito nem satisfeito.

Sendo assim, quase todos os utentes inquiridos consideram que os serviços são bons e de qualidade, e este resultado é extremamente positivo para a unidade. Os elogios dos utentes aos serviços prestados pela unidade (aos quais se teve acesso durante o estágio) são inúmeros, mencionando muitas vezes a qualidade destes e a confiança que depositam nos profissionais. Uma utente chegou mesmo a mencionar-me o seguinte: *“Sei que para esta médica tenho de esperar sempre muito mas eu quero esta, gosto muito dela. Muito boa médica”*. É, pois, interessante verificar que os utentes estão satisfeitos

globalmente com a qualidade do serviço, mesmo quando desapontados com os tempos de espera.

Figura 27. Representação gráfica da satisfação dos serviços prestados pela USF CelaSaúde



4.2.4. Act

Apesar de ter sido feito a avaliação da eficácia das medidas implementadas, a fase do Check ainda não está concluída. Para tal, era necessário que a USF realiza-se uma nova avaliação dos tempos de espera para averiguar quais as medidas que foram ou não bem-sucedidas. As medidas bem-sucedidas tornam-se normas, para as outras é necessário iniciar um novo ciclo para eliminar os problemas ainda existentes.

Sendo assim, nesta fase (act) não é ainda possível chegar a uma conclusão definitiva.

4.3. Outras ferramentas

Foram elaboradas outras ferramentas (diagrama de causa-efeito e fluxograma), que devem ser consideradas num futuro ciclo PDCA, uma vez que a USF CelaSaúde não as utilizou nesta primeira iteração e podem dar um grande contributo na identificação das causas dos problemas.

A realização do fluxograma permite demonstrar e simplificar o desenvolvimento de todas as etapas do processo de chegada dos utentes às consultas da USF e ainda possibilita identificar onde ocorre o problema.

Já o diagrama causa-efeito é a ferramenta que mais ajuda na identificação das causas do problema. É a partir das causas de primeira linha que é possível alcançar níveis de detalhe adequados à solução do problema. Antes de utilizar esta ferramenta é necessário perceber e identificar quais as expectativas do cliente face ao serviço prestado, na medida em que, o problema dos tempos de espera afeta diretamente a perceção da qualidade e satisfação do serviço por parte do cliente.

A partir de conversas que se manteve com vários utentes, foi possível perceber que estes esperam que o atendimento seja o mais rápido possível, tendo consciência que os serviços de saúde normalmente são mais demorados do que os prestados por algumas outras entidades (sobretudo se não se tratarem de serviços profissionais) e que existem outros aspetos a valorizar como a atenção e simpatia dos profissionais, ou a sua competência e recursos disponibilizados.

Foi observado ao longo do estágio o funcionamento da unidade, sendo visto dias da semana e horas diferentes de modo a perceber se existiam e o que provocavam as oscilações na prestação do serviço e no que é que isso afetava diretamente os tempos de espera. Também foi verificado o número de utentes que usufrui num dado instante dos serviços, isto é, se existem mais utentes numa dada altura, principalmente sem consulta marcada (que são tipicamente as consultas com tempos de espera mais longos). Relativamente à variação do número de utentes de dia de semana para dia de semana, não se notou uma divergência muito grande, à sexta-feira há menos utentes e mais à segunda-feira mas nada de anormal. No entanto, falando de hora para hora do dia, o número de utentes varia imenso, de manhã há muito mais utentes do que há tarde,

sendo que a hora mais vazia é à hora de almoço. Essas horas críticas são as mais desafiadoras para a qualidade do serviço e as que mais contribuem para o aumento do tempo de espera.

a) Diagrama de causa-efeito

No diagrama de Causa-efeito (apresentado no apêndice 3) foram identificadas várias causas agrupadas em cinco grupos diferentes, nomeadamente Equipamento, Pessoas, Meio Ambiente, Instalações e Métodos.

O Equipamento engloba todas as causas que estão relacionadas com os equipamentos necessários para a prestação do serviço. A falta de equipamentos (e. g. medidor de tensão arterial) faz com que os profissionais muitas vezes tenham de interromper as consultas para buscar os equipamentos. Outro problema que influencia de forma direta os tempos de espera é, o sistema informático. O sistema informático normalmente é lento e por vezes há falhas provocando constrangimentos imensos uma vez que este é necessário para a execução e registo das tarefas do dia-a-dia. A unidade tem um sistema informático (MedicineOne) que é utilizado para as senhas, ou seja, existe um quiosque eletrónico onde o utente retira a senha e uma televisão em todas as salas de espera onde aparece a senha que é chamada para o atendimento administrativo com o número do balcão de atendimento a que o utente se deve dirigir, acontecendo o mesmo para a consulta com o número do gabinete. No entanto, esse sistema para chamar os utentes não está a ser utilizado. Isto faz com que os médicos muitas vezes saiam dos gabinetes e andem à procura dos utentes, desperdiçando tempo. E, para facilitar, pedem muitas vezes aos utentes que saem da consulta para chamar o próximo utente, e muitas vezes acontece que não encontram esse utentes ou se enganam no nome, prejudicando não só os tempos de espera como a organização.

Relativamente às instalações, a estrutura física é um grande problema da unidade, pois além de haver más condições, os espaços são pequenos provocando a partilha de gabinetes, não havendo gabinetes para os médicos internos, existindo duas salas de espera no piso de cima. Acresce que o facto de haver dois atendimentos provoca a duplicação de filas de espera e um mau aproveitamento dos recursos humanos (e. g. Se

o piso 1 está sem utentes e piso 2 está cheio, os administrativos do piso 1 poderiam ajudar os colegas do piso 2 no entanto não o podem fazer pois o atendimento do piso 1 não poderá ficar abandonado, ficando um funcionário desperdiçado sem fazer atendimentos).

O meio ambiente reúne todas as causas relacionadas com a influência dos fatores externos e incontrolláveis pela unidade. Temos então as horas de maior afluência aos serviços (de amanhã) e as condições climatéricas (e. g. invernos rigorosos) que podem provocando uma maior procura dos serviços causando aumento das filas de espera e por conseguinte aumentando o tempo de espera.

Os métodos dizem respeito às causas relacionadas com procedimentos, políticas e sistemas utilizados pela unidade, e neste ramo estão contemplados: o excesso de carga horária dos profissionais que provoca fadiga e cansaço; o atendimento administrativo e telefónico em simultâneo, o secretariado clínico ser constantemente interrompido pelo telefone; A complexidade dos processos que leva a um maior consumo de tempo; a falta de organização e comunicação, por exemplo as consultas de intersubstituição (quem substitui quem e quando) e também a interrupção de consultas; e por fim a falta de entretenimento para os utentes, como televisão, ter mais revistas, ter água e/ou café, porque o tempo ocupado dá a sensação que demora menos a passar do que na realidade.

Quanto às pessoas, referem-se neste âmbito as causas que envolvem as atitudes e as características quer dos funcionários quer dos utentes. Relativamente às características dos funcionários, a falta de recursos humanos para a quantidade de utentes que a unidade serve. Quanto às atitudes dos utentes, a chegada de utentes atrasados, serem conversadores, o *stress* (se está com um nível de stress elevado) e se a necessidade do serviço for grande devido a sofrimento/dor.

Apesar das medidas implementadas se direcionarem para a remoção ou minimização de algumas das causas presentes no diagrama, a sua resolução efetiva não é fácil e, como indiciam alguns dos resultados dos questionários, muito haverá ainda a fazer.

b) Fluxograma

Relativamente ao fluxograma (apresentado no apêndice 3), destacam-se alguns pontos que podem ser menos claros:

1. Existem dois pisos na unidade, como tal há duas zonas de atendimento distintas que funcionam exatamente da mesma forma. No entanto, em cada piso estão localizados os gabinetes fixos de cada médico e enfermeiro. Por exemplo, o médico X é do piso 1, logo os utentes que têm esse médico de família sabem que têm de se dirigir ao atendimento do piso 1.

2. O utente quando retira a senha no quiosque eletrónico tem de escolher a senha “Atendimento geral” ou “Consulta marcada”, apesar de ambos irem para o mesmo atendimento administrativo, o atendimento pode ser diferenciado uma vez que as consultas marcadas já estavam programados. E as filas de espera para a consulta programada e não programada são distintas, pois as que não são programadas demoram mais tempo a ser atendidos.

3. É importante distinguir se a consulta é de enfermagem ou médica porque as filas são distintas.

4. Há distinção entre a consulta a marcar para o próprio dia ou para depois. Uma vez que as consultas marcadas para mais tarde é só solicitar a marcação, e as consultas do próprio dia têm de ser pagas e o utente tem de esperar ser chamado para a consulta.

Com a realização do fluxograma foi possível verificar que existem 12 filas de espera, o facto de existirem dois atendimentos distintos duplica as filas de espera. Fila 1 e fila 3 para o atendimento administrativo com senha “atendimento geral” e com a senha “consulta marcada” a fila 2 e 4. A fila 5 e 9 para consultas não programadas de enfermagem e fila 6 e 10 para a consulta não programada. Para as consultas enfermagem programadas a fila 7 e 11 e por fim as consultas médicas programadas a fila 8 e 12. É se salientar que o fluxograma não foi alterado com as medidas implementadas pela USF.

Conclusão

A realização do estágio da USF CelaSaúde foi para mim um desafio, uma vez que na faculdade não tive formação na área da saúde. Sempre tive interesse nesta área, daí a escolha desta instituição para o meu estágio. Além do mais a área da qualidade é para mim particularmente interessante.

Este estágio foi sem dúvida uma mais-valia, porque não só trabalhei a área da qualidade na prática como aprendi imenso sobre saúde. Adquiri conhecimentos e experiência numa área que me era totalmente desconhecida. Muitas vezes as pessoas não sabem o que está por detrás daquilo que vemos quando vamos ao médico. É engraçado, agora quando ouço amigas de medicina falarem, já consigo perceber minimamente o que dizem.

É gratificante percebermos que estamos a ajudar e a realizar tarefas necessárias, e mais importante foi o reconhecimento do esforço e empenho colocado no trabalho realizado no dia-a-dia.

Com a avaliação feita sobre as medidas implementadas podemos concluir que estas foram bem-sucedidas no geral, no entanto em alguns pontos essa mudança foi pouco notória precisando ser injetado um maior esforço por parte de todos os profissionais. Com uma nova avaliação dos tempos de espera seria possível obter melhores conclusões.

Apesar dessas correções implementadas, existem muitos outros constrangimentos e problemas que devem ser tidos em conta e serem solucionados ou pelo menos minimizados. Daí a utilização do diagrama causa-efeito e do fluxograma para suportar uma potencial nova utilização do ciclo PDCA.

Com o ciclo PDCA e com as posteriores ferramentas elaboradas, foi-me possível verificar quais são os maiores constrangimentos e pontos fracos da unidade que prejudicam os tempos de espera. Em seguida elencam-se alguns destes aspetos e apresentam-se algumas sugestões de melhoria:

- Existirem serviços demorados, os utentes esperam mais do que o pretendido para serem atendidos mesmo os com marcação. Alguns utentes referiram o

facto de já estarem acostumados a esperar algum tempo para serem atendidos, esperar tornou-se num hábito e conformam-se. Quanto maior o valor/importância do serviço, mais o cliente esperará, o que é o caso na maioria das situações. Sabendo a USF a maior parte dos utentes que vai ter e existindo horas específicas de cada médico/enfermeiro para as consultas não programadas, cabe a todos os profissionais gerir melhor o seu tempo para não prejudicarem os tempos de espera assim como o tempo das consultas;

- Falta entretenimento para os utentes, uma vez a espera provoca nos utentes um estado de ansiedade, tensão e aborrecimento, e enquanto esperam podem estar sujeitos a contágios, e. g. gripe. Além disso, tempo sem ocupação parece maior que tempo ocupado. Um dos problemas evidentes é precisamente este. A USF tem 3 salas de espera, cada uma delas dispõe de uma televisão, penso que seria importante pôr essas televisões operacionais, assim como colocar água e/ou café e revistas sobre saúde, ou até um jornal;
- Instalações: as instalações são claramente um problema da unidade, pois existem poucos espaços e muitas vezes os gabinetes têm de ser partilhados. O principal problema é a existência de dois atendimentos que duplicam as filas de espera e dessa forma não otimizando os recursos. Se fosse possível ter um único atendimento administrativo onde se concentrasse os recursos, aumentando a eficiência desses e assim colocar um profissional para as chamadas telefónicas, dar-se-ia um dos passos mais importantes para a redução dos tempos de espera;
- Sistema informático: falhas e lentidão do sistema informático, que muitas vezes prejudica o bom funcionamento das consultas. Esses problemas são alheios à unidade, que pouco ou nada pode fazer quanto a esta situação;
- Falta de organização e comunicação: existem problemas em gerir a procura apesar da maioria dos utentes que usufruem dos serviços terem consultas marcadas. Existem problemas com as consultas de intersubstituição e com a interrupção de consultas. A comunicação entre os profissionais tem de melhorar bastante assim como a organização, percebendo-se quem substitui

quem e quando, e dando-se conhecimento a todos. Apesar das interrupções de consultas terem diminuído, há um longo caminho a percorrer. Os profissionais têm de “educar” os utentes para que não se dirijam aos gabinetes mas sim aos administrativos, ou para que telefonem aos médicos e enfermeiros no horário que existe para esse devido efeito. Além de os informar sobre isso, era bom colocar um cartaz a dizer para não interromper as consultas. E os profissionais têm também de se consciencializar que as interrupções podem ser extremamente prejudiciais para a qualidade dos serviços e tentarem evitar ao máximo fazê-lo. Outra sugestão é falar com os utentes (telefonicamente) no horário estabelecido e pedir aos administrativos para não passar chamadas sem ser em horas devidas. Seria também importante obter mais material para não haver necessidade de interromper consultas, assim como todos os dias verificar o stock de material nos gabinetes para não ter de sair da consulta;

- Não utilização do sistema de senhas para chamar os utentes: passar a usar esse sistema não só seria mais facilitador para os utentes como para os profissionais, promovendo a organização da unidade.

Apesar de todos os problemas e constrangimentos, a USF CelaSaúde é vista com bons olhos pela parte dos utentes, estes estão satisfeitos com os serviços prestados pela unidade. Tive o privilégio de ficar a par das reclamações e elogios à unidade, e o afeto e carinho com que os utentes falam da instituição e dos profissionais, alguns utentes chegam a chamar “casa”. Já para não falar dos elogios feitos à qualidade dos serviços prestados.

O conselho que deixo à unidade, para além das sugestões mencionadas, é o de trabalhar realmente em equipa. Se a unidade já tem utentes que gostam do seu trabalho, deveriam aproveitar e lutar para ser cada vez mais uma unidade de excelência. Esta é a palavra-chave para o sucesso porque se todos “puxarem” para o mesmo lado os resultados vão surgir e conseqüentemente a satisfação dos restantes utentes.

Bibliografia

Administração Regional de Saúde do Norte - Departamento de Estudos e Planeamento. (2011). *SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ARS: Gestão de Unidades Funcionais - Manual de Utilização*.

Batista, M. d., & Pina e Cunha, M. (2012). *Qualidade de Serviço: uma introdução aos conceitos gerais*. Ponta Delgada: CEEAplA-Centro de Estudos de Economia Aplicada do Atlântico.

Capricho, L., & Lopes, A. (2007). *Manual de gestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH.

Coelho, F. (2013). Slides das Aulas da Unidade Curricular de Marketing de Serviços. Coimbra: FEUC.

Departamentos de Contratualização - Administrações Regionais de Saúde. (2009). *METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO - Unidades de Saúde Familiar*.

Direção Geral de Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 3.3 Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde*. Lisboa.

Lisboa, J., Coelho, A., Coelho, F., & Almeida, F. (2011). *Introdução à gestão de organizações* (3ª ed.). Porto: Vida Económica.

Moura e Sá, P. (2013). Slides das Aulas da Unidade Curricular de Gestão pela Qualidade Total. Coimbra: FEUC.

Moura e Sá, P. (2014). Slides das Aulas da Unidade Curricular de Planeamento e Avaliação da qualidade. Coimbra: FEUC.

Owen, J. (2002). *Making quality sense - a guide to quality, tools and techniques, awards and the thinking behind them*. London: Learning and Skills Development Agency.

Paiva, A. L., & Capelas, L. (2006). *Manual prático para a certificação e gestão da qualidade com base nas normas ISO 9000:2000 : um guia com os métodos e processos mais modernos*. Lisboa: Verlag Dashöfer-Edições Profissionais.

Paiva, A. L., & Capelas, L. (2006). *Manual prático para a certificação e gestão da qualidade com base nas normas ISO 9000:2000 : um guia com os métodos e processos mais modernos*. Lisboa: Verlag Dashöfer-Edições Profissionais.

Pinto, S. S. (2003). *Gestão dos serviços : a avaliação da qualidade*. Lisboa: Editorial Verbo.

Pires, A. R. (2012). *Sistemas de Gestão da qualidade - Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Industria, Serviços, Administração Pública e Educação* (1ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento. 2841.

Rosa, M. J., Moura e Sá, P., & Sarrico, C. S. (2014). *Qualidade em ação: da teoria para a prática, da prática para a excelência*. Lisboa: Edições Sílabo.

Rosa, M. J., Moura e Sá, P., Sarrico, C. S., & Sampaio, P. (2014). *Qualidade em ação: da teoria para a prática, da prática para a excelência*. Lisboa: Edições Sílabo.

USF CelaSaúde . (2014). *PAI Tempos de Espera II*. Coimbra.

USF CelaSaúde. (2013). *Guia do Utente*. Coimbra.


USF CelaSaúde. (2014). *Regulamento Interno*. Coimbra.

USF CelaSaúde. (2013). *Relatório de Atividades*. Coimbra.

Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2011). *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente* (5ª Edição ed.). (F. J. Nonnenmacher, Trad.) Porto Alegre: Bookman.

Anexos

1. Ficha/formulário utilizado para USF para a recolhas de dados dos tempos de espera



USF CelaSaúde

Caro utente, com a finalidade de avaliar os Tempos de Espera nesta USF pedimos que se faça acompanhar deste formulário até ao último profissional que o atenda.

Hora do quiosque - Senha anexa

Hora atendimento Administrativo -

Cons. agendada enfermeiro- Sim Não

Hora marcada enfermeiro -

Hora atendimento enfermeiro -

Cons. agendada médico - Sim Não

Hora marcada médico -

Hora atendimento médico-

2. Procedimento - Utentes atrasados

PROCEDIMENTO Utentes atrasados	 Versão: 01 Novembro 2014
PS XX-PROC-XX	Versão em vigor

1. OBJECTIVO

Uniformizar condutas a utilizar nas situações em que se verifique existir atraso do utente relativamente ao agendamento da respetiva consulta programada

2. ÂMBITO

Este procedimento aplica-se a todos os utentes da USF e destina-se a ser aplicado por todos os profissionais da USF.

3. DEFINIÇÕES

Atraso - ato ou efeito de atrasar.

4. REFERÊNCIAS

www.Priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=atraso

5. RESPONSABILIDADES

Responsabilizar o utente pelo atraso e suas consequências. Cabe a todos os profissionais proceder em conformidade.

6. DESCRIÇÃO (figura 1, fluxograma 1 e 2)

6.1 – DETERMINAÇÃO DA HORA DE CHEGADA


Quando o utente chega à USF, dirige-se ao quiosque e retira senha “com marcação” – a senha retirada do quiosque determina a hora de chegada à USF. Quando é atendido pelo secretariado clínico, o mesmo verifica a hora de chegada à USF, associando a senha do quiosque ao utente.

6.2. ATRASO DO UTENTE

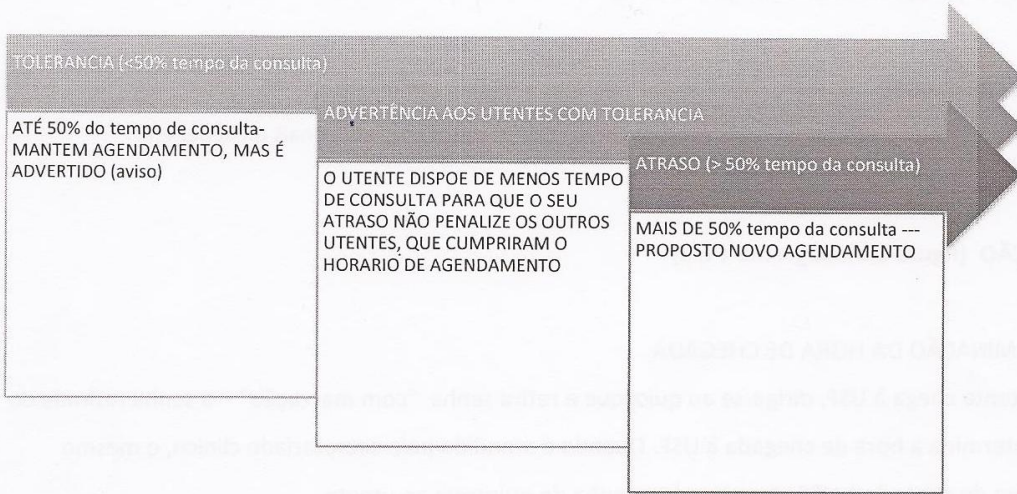
Caso se verifique atraso (MAIS DE 50%do tempo da consulta –por ex. consulta de 20 minutos: menos de 10 min), é feita proposta de novo agendamento.

6.3. TOLERÂNCIA

Documento elaborado por:Supervisão: Emília Nina < Conselho Técnico		Aprovado pelo Coordenador da USF	
<i>A reprodução em suporte de papel serve apenas como um documento de trabalho.</i>		Data de Aprovação:	Pág. 1 / 4

<h2 style="margin: 0;">PROCEDIMENTO</h2> <p style="margin: 0;">Utentes atrasados</p>	 <p style="margin: 0;">Versão: 01 Novembro 2014</p>
<p style="margin: 0;">PS XX-PROC-XX</p>	<p style="margin: 0;">Versão em vigor</p>

Caso se verifique um atraso inferior a 50% tempo de consulta (admitindo-se como tolerância), o secretário clínico coloca de imediato o utente na sala de espera do profissional para o qual o utente está agendado e informa o mesmo de que já chegou. Adverte ainda o utente de que dispõe de menos tempo de consulta, para que o seu atraso não penalize os utentes que cumprem o horário de agendamento. Nas situações em que o atraso seja da responsabilidade da USF, o utente deve ser atendido na ordem prevista tanto quanto possível.

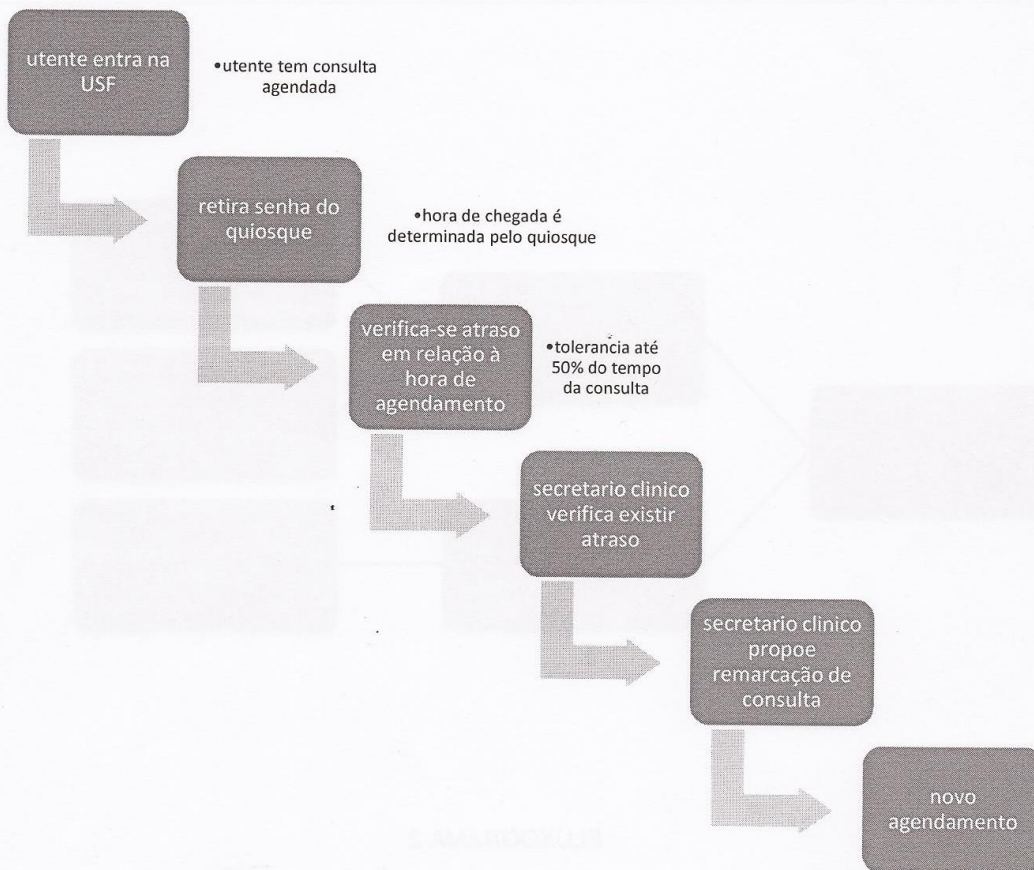


The diagram consists of three rectangular boxes arranged horizontally from left to right, connected by a large, dark grey arrow pointing to the right. The arrow is labeled 'TOLERANCIA (<50% tempo da consulta)' at its top. The first box is labeled 'ATÉ 50% do tempo de consulta- MANTEM AGENDAMENTO, MAS É ADVERTIDO (aviso)'. The second box is labeled 'ADVERTÊNCIA AOS UTENTES COM TOLERANCIA' and contains the text: 'O UTENTE DISPOE DE MENOS TEMPO DE CONSULTA PARA QUE O SEU ATRASO NÃO PENALIZE OS OUTROS UTENTES, QUE CUMPRIRAM O HORARIO DE AGENDAMENTO'. The third box is labeled 'ATRASO (> 50% tempo da consulta)' and contains the text: 'MAIS DE 50% tempo da consulta --- PROPOSTO NOVO AGENDAMENTO'.

Figura 1 – tolerância, atraso e aviso/advertência


<p>Documento elaborado por:Supervisão: Emília Nina < Conselho Técnico</p>	<p style="text-align: right;">Aprovado pelo Coordenador da USF</p>
<p><i>A reprodução em suporte de papel serve apenas como um documento de trabalho.</i></p>	<p>Data de Aprovação: Pág. 2 / 4</p>

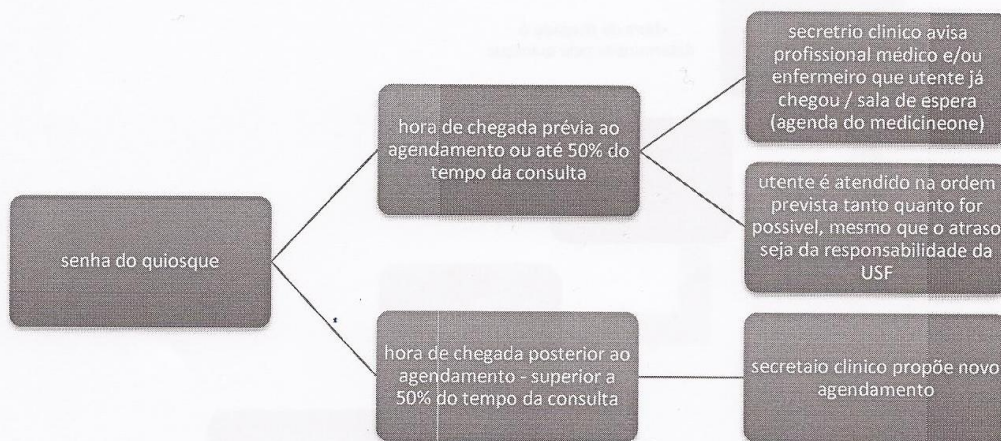
PROCEDIMENTO Utentes atrasados	 Versão: 01 Novembro 2014
PS XX-PROC-XX	Versão em vigor



FLUXOGRAMA 1

Documento elaborado por:Supervisão:		Aprovado pelo Coordenador da USF	
Emília Nina	<	Conselho Técnico	
<i>A reprodução em suporte de papel serve apenas como um documento de trabalho.</i>		Data de Aprovação:	Pág. 3 / 4

PROCEDIMENTO Utentes atrasados	 Versão: 01 Novembro 2014
PS XX-PROC-XX	Versão em vigor



FLUXOGRAMA 2

Documento elaborado por:Supervisão: Emília Nina < Conselho Técnico	Aprovado pelo Coordenador da USF
<i>A reprodução em suporte de papel serve apenas como um documento de trabalho.</i>	Data de Aprovação: Pág. 4 / 4

3. Procedimento – interrupção de consultas

PROCEDIMENTO interrupção de consultas	 Versão: 01 Novembro 2014
PO. 02-PROC-04	Versão em vigor

1. OBJECTIVO

Uniformizar critérios para reduzir o número de interrupções durante as consultas.

2. ÂMBITO

Este procedimento aplica-se a todos os sectores da USF.

3. DEFINIÇÕES

a) Interrupção - ato ou efeito de suspender momentaneamente.

b) Tipo de interrupção

- Direta
 - o Bater à porta
 - o Entrar no gabinete
- Indireta
 - o Telefone
 - o Email
 - o Mensagem interna/via medicineone

c) Quem interrompe

- utente
- secretário clínico
- médico
- enfermeiro


c) Quando interrompe

- no intervalo entre consultas
- durante as consultas

c) Motivos de interrupção

- pedido de tarefa
- telefonema
- duvida na orientação de utente
- - outra

Documento elaborado por: Supervisão: Emília Nina	Conselho Técnico	Aprovado pelo Coordenador da USF	
<i>A reprodução em suporte de papel serve apenas como um documento de trabalho.</i>		Data de Aprovação:	Pág. 1 / 2

PROCEDIMENTO interrupção de consultas	 Versão: 01 Novembro 2014
PO. 02-PROC-04	Versão em vigor

4. REFERÊNCIAS

www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/suspensão%20%5Binterrupção%5D

5. RESPONSABILIDADES

Cabe acada elemento da equipa garantir o cumprimento deste procedimento.

6. DESCRIÇÃO

- a) Não é permitido os utentes interromperem as consultas e não devem os secretários clínicos orientarem os utentes para essa forma de abordagem.
- b) Nas situações de urgência médica, podem as consultas ser interrompidas em qualquer altura.
- c) No caso das consultas de intersubstituição fora do período das 17-20horas ou do utente “fora de horas” (fora da hora do agendamento ou do período de consulta de agudos), deve o enfermeiro e o médico ser alertado para o facto (por telefone ou presencialmente), de forma a agendar oportunamente e o utente se informado da hora provável de atendimento.
- d) Para outras situações, deve ser acordado com o médico ou enfermeiro a forma preferencial para ser interrompido: (diretamente pelo profissional, telefone ou pelas mensagens internas do M1) e em que altura (no intervalo das consultas ou outra) – devem todos os profissionais ter conhecimento da forma de interrupção preferencial e em que altura, tal como está definido para o atendimento telefónico.
- e) Os utentes que telefonem fora do horário de atendimento definido, devem os secretários clínicos anotar os dados (em modelo para o efeito) e entregar ao médico no horário definido para tal.

Documento elaborado por:Supervisão:		Aprovado pelo Coordenador da USF	
Emília Nina	Conselho Técnico		
<i>A reprodução em suporte de papel serve apenas como um documento de trabalho.</i>		Data de Aprovação:	Pág. 2 / 2

Apêndice

1. Questionários que foram aplicados:

- Questionários elaborados para os Médicos

Questionário aos Médicos

Avaliação da eficácia das medidas implementadas para a melhoria os tempos de espera

Estimado(a) Médico (a):

Enquanto estudante de Mestrado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra a realizar um estágio curricular na USF, peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, o qual tem com objetivo avaliar a eficácia das melhorias implementadas para os tempos de espera.

Para o seu preenchimento basta assinalar com um X a resposta que lhe parecer mais adequada. É de salientar apenas que o que importa é a sua opinião individual. O questionário é confidencial e anónimo, mantendo-se desta forma o sigilo e privacidade.

O seu contributo é igualmente importante para esta USF de modo a melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

Muito obrigado pela sua participação.

1. Qual é a sua perceção quanto ao grau de satisfação global dos utentes quanto tempo de espera dos serviços prestados pela USF?

1 – Muito insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Nem insatisfeito nem satisfeito; 4 – Satisfeito; 5 – Muito satisfeito				
Perceção da Satisfação Global do tempo de espera				
1	2	3	4	5

2. Acha que as medidas implementadas estão a dar resultados nos tempos de espera?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

3. Acha que os utentes estão a chegar mais cedo?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

4. A sua consulta é interrompida com frequência? (se sim responda às duas seguintes perguntas, senão passe para a pergunta 5)

Sim Não

4.1. É interrompido por:

<input type="checkbox"/>	Telefone	<input type="checkbox"/>	Enfermeira
<input type="checkbox"/>	Secretariado Clínico	<input type="checkbox"/>	Utente
<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Outros. Qual? _____

4.2. Acha que está a ser interrompido menos vezes?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

5. Acha que as reuniões de intersubstituição têm ajudado para uma melhoria nos tempos de espera?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

Muito obrigado pela sua participação!

- Questionário elaborados para os Enfermeiros

Questionário aos Enfermeiros

Avaliação da eficácia das medidas implementadas para a melhoria os tempos de espera

Estimado(a) Enfermeiro (a):

Enquanto estudante de Mestrado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra a realizar um estágio curricular na USF, peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, o qual tem com objetivo avaliar a eficácia das melhorias implementadas para os tempos de espera.

Para o seu preenchimento basta assinalar com um X a resposta que lhe parecer mais adequada. É de salientar apenas que o que importa é a sua opinião individual. O questionário é confidencial e anónimo, mantendo-se desta forma o sigilo e privacidade.

O seu contributo é igualmente importante para esta USF de modo a melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

Muito obrigado pela sua participação.

1. Qual é a sua perceção quanto ao grau de satisfação global dos utentes quanto tempo de espera dos serviços prestados pela USF?

1 – Muito insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Nem insatisfeito nem satisfeito; 4 – Satisfeito; 5 – Muito satisfeito				
Perceção da Satisfação Global do tempo de espera				
1	2	3	4	5

2. Acha que as medidas implementadas estão a dar resultados nos tempos de espera?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

3. Acha que os utentes estão a chegar mais cedo?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

4. A sua consulta é interrompida com frequência? (se sim responda às duas seguintes perguntas, senão passe para a pergunta 5)

Sim Não

4.1. É interrompido por:

<input type="checkbox"/>	Telefone	<input type="checkbox"/>	Enfermeira
<input type="checkbox"/>	Secretariado Clínico	<input type="checkbox"/>	Utente
<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Outros Qual? _____

5. Acha que está a ser interrompido menos vezes?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

Muito obrigado pela sua participação!

- Questionário elaborados para o Secretariado Clínico

Questionário ao Secretariado Clínico

Avaliação da eficácia das medidas implementadas para a melhoria os tempos de espera

Estimado(a) Secretário(a):

Enquanto estudante de Mestrado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra a realizar um estágio curricular na USF, peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, o qual tem com objetivo avaliar a eficácia das melhorias implementadas para os tempos de espera.

Para o seu preenchimento basta assinalar com um X a resposta que lhe parecer mais adequada. É de salientar apenas que o que importa é a sua opinião individual. O questionário é confidencial e anónimo, mantendo-se desta forma o sigilo e privacidade.

O seu contributo é igualmente importante para esta USF de modo a melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

Muito obrigado pela sua participação.

1. Qual é a sua perceção quanto ao grau de satisfação global dos utentes quanto tempo de espera dos serviços prestados pela USF?

1 – Muito insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Nem insatisfeito nem satisfeito; 4 – Satisfeito; 5 – Muito satisfeito				
Perceção da Satisfação Global do tempo de espera				
1	2	3	4	5

2. Considera que as medidas implementadas recentemente estão a produzir resultados na melhoria dos tempos de espera?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

3. Acha que os utentes estão a chegar mais cedo?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

4. Considera que as reuniões sobre as consultas de intersubstituição têm contribuído para uma melhoria nos tempos de espera?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

- Questionários elaborados para os Utentes

Questionário aos utentes

Avaliação da eficácia das medidas implementadas para a melhoria os tempos de espera

Estimado(a) utente:

Enquanto estudante de Mestrado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra a realizar um estágio curricular na USF, peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, o qual tem com objetivo avaliar a eficácia das melhorias implementadas para os tempos de espera.

Para o seu preenchimento basta assinalar com um X a resposta que lhe parecer mais adequada. É de salientar apenas que o que importa é a sua opinião individual. O questionário é confidencial e anónimo, mantendo-se desta forma o sigilo e privacidade.

O seu contributo é igualmente importante para esta USF de modo a melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

Muito obrigado pela sua participação.

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Idade: <19 20-40 41-60 61-80 >81

3. Qual é a sua situação profissional atualmente?

<input type="checkbox"/>	Estudante	<input type="checkbox"/>	Reformado
<input type="checkbox"/>	Ativo	<input type="checkbox"/>	Desempregado
<input type="checkbox"/>	Trabalhador-estudante		
<input type="checkbox"/>	Domestico		

4. Quais são as suas habilitações literárias?

<input type="checkbox"/>	Ensino básico
<input type="checkbox"/>	Ensino secundário
<input type="checkbox"/>	Ensino superior

5. Qual é o seu grau de satisfação global com o tempo de espera dos serviços prestados pela USF?

1 – Muito insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Nem insatisfeito nem satisfeito; 4 – Satisfeito; 5 – Muito satisfeito				
Avaliação Global do tempo de espera				
1	2	3	4	5

6. Com que frequência costuma usufruir dos serviços da USF?

Mensal Trimestral Semestral Anual

7. Tinha consulta marcada?

Sim Não

8. De que tipo de consulta usufruiu?

Médico Enfermagem

9. Sabia que foram implementadas medidas para a melhoria do tempo de espera?

Sim Não

10. Nota melhorias no tempo de espera?

Definitivamente sim	Sim	Talvez	Não	Definitivamente não

11. A sua consulta costuma ser interrompida? (se sim responda à seguinte pergunta, senão passe para a pergunta 12)

Sim Não

a. É interrompido por:

<input type="checkbox"/>	Telefone	<input type="checkbox"/>	Enfermeira
<input type="checkbox"/>	Secretariado Clínico	<input type="checkbox"/>	Outros utentes
<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Outros Qual? _____

Como avalia os tempos de espera para os seguintes serviços:

	1 – Muito insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Nem insatisfeito nem satisfeito; 4 – Satisfeito; 5 – Muito satisfeito					1 – Sem importância; 2 – Pouco Importante; 3 – Importante; 4 – Muito Importante; 5 – Extremamente importante				
	Avaliação do tempo de espera					Grau de Importância				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Administrativo										
13. Consulta										

14. Qual é o seu grau de satisfação global dos serviços prestados pela USF?

1 – Muito insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Nem insatisfeito nem satisfeito; 4 – Satisfeito; 5 – Muito satisfeito				
Avaliação Global de Satisfação				
1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua participação!

2. Tratamento dos resultados dos questionários

- Tabela correspondente a satisfação global dos utentes quanto ao tempo de espera

Discrição	Nº Utentes	Percentagem
Muito Insatisfeito	2	4%
Insatisfeito	9	20%
Nem insatisfeito nem satisfeito	6	13%
Satisfeito	23	51%
Muito satisfeito	5	11%
Total	45	100%

- Tabela com o total de consultas programadas e não programadas

Consultas Programadas	Nº Utentes	Percentagem
Sim	30	67%
Não	15	33%
Total	45	100%

- Tabela correspondente ao tipo de consultas e serem ou não programadas

Tipo de Consulta	Nº utentes	Percentagem	Consulta programada	Nº utentes	Percentagem
Médico	35	78%	Sim	24	69%
			Não	11	31%
Enfermagem	7	16%	Sim	4	57%
			Não	3	43%
Médico e enfermagem	3	7%	Sim	2	67%
			Não	1	33%
Total	45	100%			

- Relação de utentes insatisfeitos com ou sem consulta marcada

Satisfação	Nº de utentes sem consulta programada	Nº de utentes com consulta programada
Muito insatisfeito	1	1
Insatisfeito	5	4
Nem insatisfeito nem satisfeito	3	3
Total	9	8

- Tipo de interrupções (utentes)

Tipos de Interrupções	Frequência Absolutas (%)	Frequência Acumulativa (%)
Telefone	50%	50,0%
Secretariado Clínico	18,75%	68,8%
Outro utente	18,75%	87,5%
Enfermeiro	12,50%	100,0%
Outro	0%	100,0%
Médico	0%	100,0%

- Tabelas com a satisfação e importância do tempo de espera para administrativo e consulta

Administrativo	Satisfação		Grau	
Muito insatisfeito	2	4%	0	0%
Insatisfeito	3	7%	0	0%
Nem insatisfeito nem satisfeito	9	20%	13	29%
Satisfeito	22	49%	27	60%
Muito satisfeito	9	20%	5	11%
Total	45	100%	45	100%

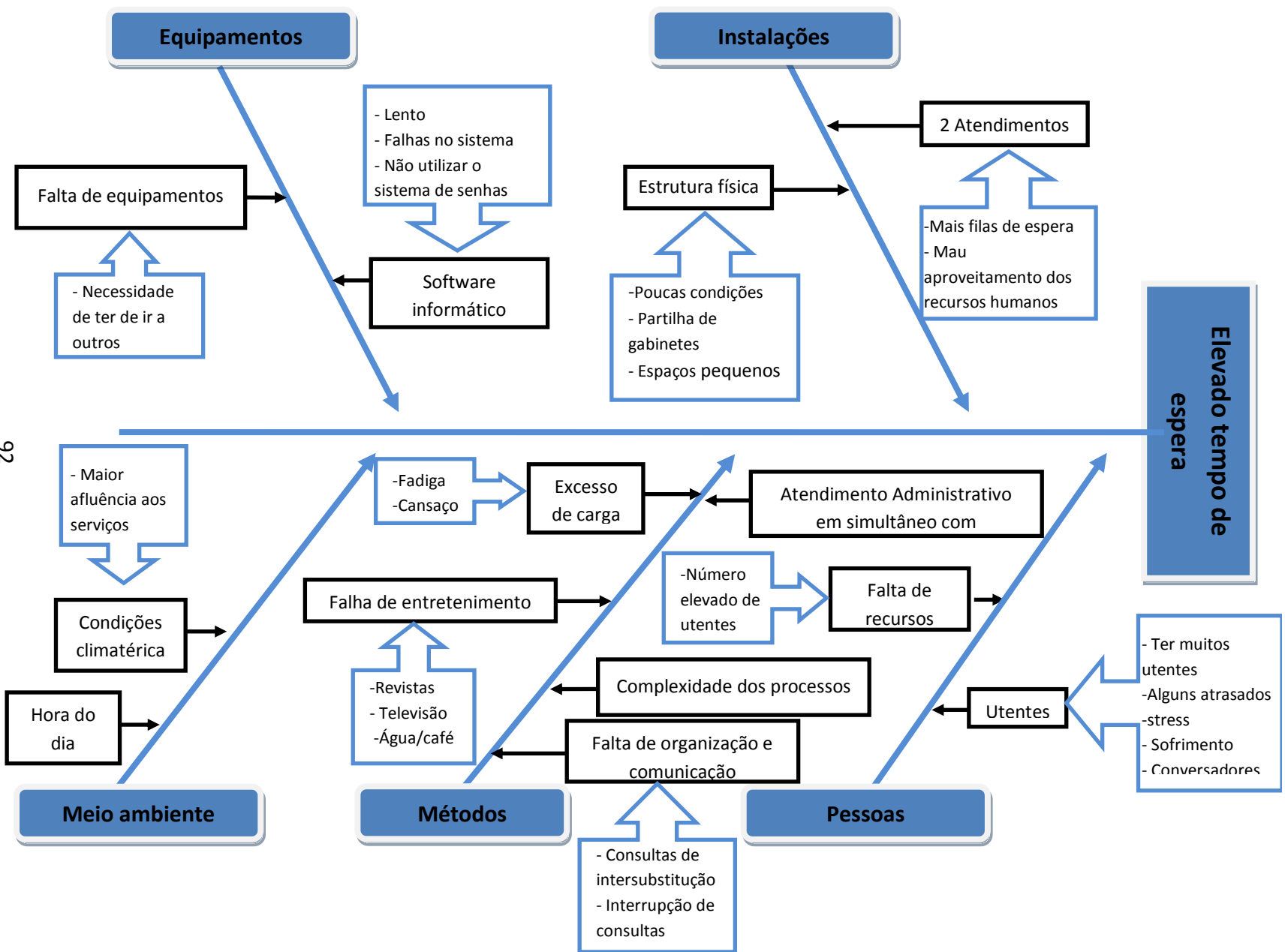
Consulta	Satisfação		Grau	
Muito insatisfeito	3	7%	0	0%
Insatisfeito	7	16%	0	0%
Nem insatisfeito nem satisfeito	11	24%	10	22%
Satisfeito	20	44%	25	56%
Muito satisfeito	4	9%	10	22%
Total	45	100%	45	100%

- **Tabela de dados da Satisfação dos serviços prestados**

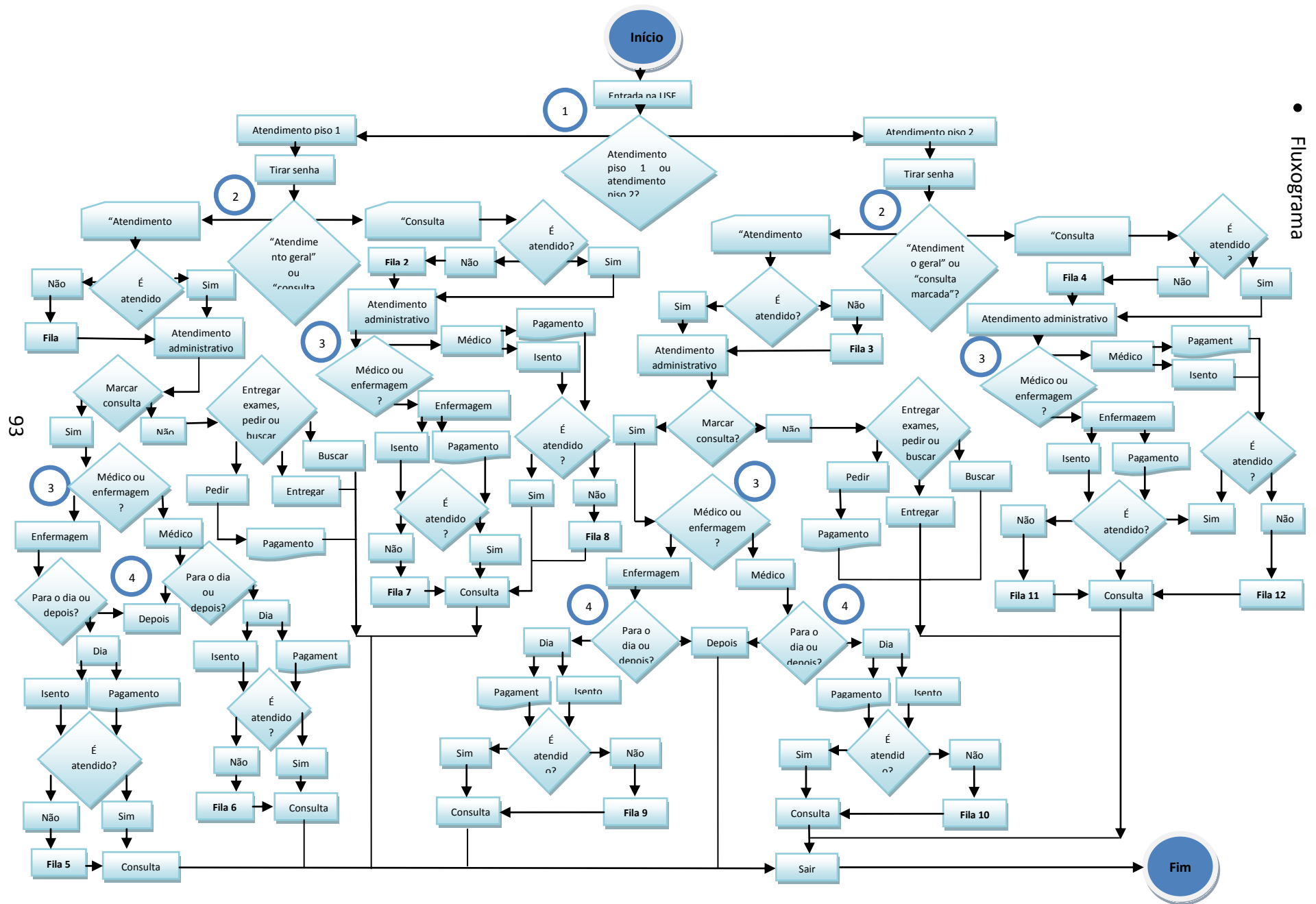
Satisfação dos serviços	Nº utentes	Percentagem
Muito insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	2	4%
Nem insatisfeito nem satisfeito	2	4%
Satisfeito	26	58%
Muito satisfeito	15	33%
Total	45	100%

3. Outras ferramentas

- Diagrama de causa-efeito



Fluxograma



93