



Ricardo Ralha Correia Bem-Haja

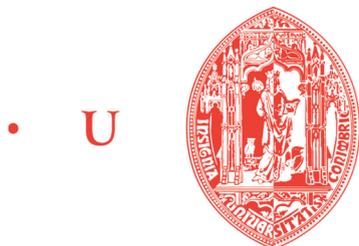
Qualidade do Serviço e Recursos Humanos

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

Junho de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ricardo Ralha Correia Bem-Haja

Qualidade do Serviço e Recursos Humanos

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

Orientador de Estágio na FEUC: Professor Doutor Filipe Jorge Fernandes Coelho
Orientadora na USF: Doutora Maria Teresa Tomé

Junho de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Agradecimentos

A vida é feita de ciclos, uns mais simples outros mais árduos.

Com este relatório proponho-me a fechar mais um desses ciclos, durante o qual nem sempre optei pelas melhores decisões, mas sim pelas que achei mais acertadas. Ao longo do tempo, a vida encarrega-se de nos mostrar os caminhos certos e errados, cabendo-nos a nós, ter a coragem e a ousadia de assumir as nossas posições e, se for o caso, assumir os nossos erros. Por isso tenho que agradecer àqueles que sempre me ajudaram e nunca me falharam e que de uma maneira ou outra, marcaram durante esta etapa.

À minha família! Ao meu PAI, à minha MÃE, à minha IRMÃ, à minha AVÓ, ao meu eterno AVÔ, ao meu TIO e aos meus PRIMOS. Vocês são os pilares da minha vida, OBRIGADO POR TUDO!

À Sara, todas as palavras que poderia escrever aqui, são poucas. Obrigado do fundo do coração por tudo o que fizeste e pela Mulher enorme que és.

À Direção Geral 2012, sem dúvida o maior desafio deste ciclo, o que mais me fez crescer como Homem. Foi, sem dúvida, a decisão mais arriscada e aquela que mais valeu a pena.

À Família da Secção de Futebol, por me ter ajudado na formação enquanto homem e profissional e por me ter proporcionado o melhor ano da minha vida: 2015! CAMPEÕES!

A todos os amigos que fiz na Universidade de Coimbra e que nunca esquecerei!

Ao professor Filipe Coelho, pela paciência, compreensão e dedicação, e por ter sido incansável! Obrigado.

À Dr^a. Maria Teresa Tomé, obrigado por todos os ensinamentos e por toda a paciência, foi uma honra! Espero, um dia, poder voltar a discutir saúde consigo. Obrigado ainda a todos os profissionais da USF – CelaSaúde por esta experiência.

“Ele avançava sem pedir licença
contra a rotina o tédio a vida anémica
era a ousadia e a diferença
ele era outra maneira – era a Académica.”

“Great vision without great people is irrelevant.”

(Collins, “Good to Great”, 2001:42)

Resumo

O presente relatório traduz o trabalho realizado no âmbito do Estágio Curricular do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, que decorreu, entre setembro de 2014 e janeiro de 2015, na Unidade de Saúde Familiar – CelaSaúde, nas áreas do Marketing, Qualidade e Recursos Humanos.

Este relatório aborda a temática da Qualidade dos serviços através dos Recursos Humanos e como esta pode ser potenciada. A opção por esta temática deve-se ao facto dos Recursos Humanos terem cada vez mais um papel fundamental nas organizações de serviços sendo uma peça-chave para uma prestação de serviços de qualidade.

O trabalho realizado na USF – CelaSaúde incidiu na utilização dos indicadores da qualidade do serviço prestado pela USF e pelos profissionais da unidade. A recolha e análise mensal dos indicadores institucionais, financeiros e das atividades específicas, permitiu compreender a qualidade da prestação do serviço, quais os profissionais que cumpriam as metas contratualizadas, em que situação se encontrava a USF relativamente ao cumprimento das metas, tendo sido possível proceder a ajustes a nível da qualidade do serviço, mediante ações corretivas que foram introduzidas. Ao longo do estágio foram ainda identificadas algumas áreas onde podem ser introduzidas melhorias.

Após a realização do estágio, conclui-se que a USF, durante o período em análise, sofreu uma evolução positiva relativamente aos indicadores e, portanto, à prestação do serviço por parte dos Recursos Humanos. Estes são essenciais para monitorizar a prestação do serviço com qualidade e devem continuar a ser recolhidos e analisados para existir uma melhoria contínua da qualidade.

Palavras-Chave: Marketing, Serviços, Qualidade, Recursos Humanos, Melhoria Contínua, Indicadores, Unidade de Saúde Familiar.

Abstract

This report reflects the work carried out under the Internship of the Master in Management at the Faculty of Economics of University of Coimbra, which took place between September 2014 and January 2015, in the Family Health Unit (FHU) – CelaSaúde, in the Quality, Marketing and Human Resources area.

This report addresses the issue of service quality and how it can be improved through human resources. The choice of this theme is due to the fact that human resources have an extremely important role in services, being a key ingredient to the provision of quality services.

The work done at USF - CelaSaúde focused on the use of indicators to gauge and enhance of quality of services provided by USF and the unit staff. Through the monthly collection and analysis of institutional, financial and specific indicators of activity, it was possible to understand the quality of service provided, which professionals met the contracted goals, the extent to which the USF was attaining the targets and, based on this, it was possible to make adjustments so as to improve the quality of service. Moreover, throughout the internship we identified some areas in need of improvements.

After performing the internship, the conclusion is that the USF, during the period under review, went through a number of positive developments, and the analysis of the indicators contributed to this. Such indicators are essential to monitor the delivery of service quality and, therefore, should continuously be collected and analysed to promote a continuous quality improvement.

Keywords: Marketing, Service, Quality, Human Resources, Continuous Quality Improvement, Indicators, Family Health Unit.

Lista de Siglas

- ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ADSS – Administrações Distritais dos Serviços de Saúde
- AMA – American Marketing Association
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
- CG – Conselho Geral
- CIM – The Chartered Institute of Marketing
- CRP – Constituição da República Portuguesa
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- CT – Conselho Técnico
- DL – Decreto-lei
- FEUC – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- FHU – Family Health Unit
- GCAI – Grau de Cumprimento Ajustado do Indicador
- GCIRM – Grau de Cumprimento do Indicador em Relação à Meta Contratualizada
- IBM – The International Business Machines
- IDG – Índice de Desempenho Global
- PF – Planeamento Familiar
- RI – Regulamento Interno
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SWOT - Strength, Weaknesses, Opportunities e Threats

Qualidade do Serviço e Recursos Humanos

UC – Universidade de Coimbra

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados 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	xi
Índice de Figuras.....	xiii
Índice de Anexos	xv
Introdução.....	1
1. Marketing	5
1.1 Conceito.....	5
1.2 Evolução do Marketing.....	6
2 Marketing em Serviços.....	9
2.1 Conceito.....	9
2.2 Especificidades dos Serviços.....	10
2.2.1 Marketing Externo, Marketing Interno e Marketing Interativo	12
2.3 Qualidade dos Serviços	13
2.3.1 Modelo SERVQUAL.....	17
2.4 Recursos Humanos e qualidade do Serviço	21
2.4.1 Contratar as Pessoas Certas.....	23
2.4.2 Desenvolver as pessoas para prestarem serviços de qualidade	24
2.4.3 Disponibilizar os sistemas de apoio necessários.....	25
2.4.4 Reter as melhores pessoas	25
3 Saúde em Portugal.....	27
3.1 Saúde em Portugal.....	27
3.1.1 A Saúde antes de 1974	27
3.1.2 A Saúde depois de 1974.....	29

3.2	Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)	30
4	O Estágio	33
4.1	Objetivos do Estágio	33
4.2	Centro de Saúde de Celas	33
4.2.1	USF CelaSaúde	34
4.3	Estrutura da USF CelaSaúde	37
4.4	Principais tarefas realizadas	39
5	Indicadores de Performance dos Recursos Humanos na USF – CelaSaúde ..	43
5.1	Enquadramento	43
5.2	Carta de Compromisso	44
5.2.1	Indicadores Institucionais	44
5.2.2	Indicadores Financeiros	47
5.2.3	Indicadores das Atividades Específicas	49
5.3	Indicadores - Tarefas desenvolvidas	51
6	Avaliação Crítica	55
	Conclusão	63
	Bibliografia	65
	Bibliografia Web	67
	Anexos	69

Índice de Figuras

Figura 1 - Três tipos de Marketing no setor dos serviços.....	12
Figura 2 - Avaliação do serviço pelo cliente	15
Figura 3 - Expectativas do cliente.....	16
Figura 4 - Modelo de qualidade dos serviços	18
Figura 5 - Estratégia para a contratação de pessoas que prestarão serviços de qualidade...22	
Figura 6 - Organização do Centro de Saúde de Celas	34
Figura 7 - Indicadores Institucionais contratualizados pela USF CelaSaúde	45
Figura 8 - Indicadores Institucionais contratualizados pela USF CelaSaúde	45
Figura 9 - Indicadores Institucionais contratualizados pela USF CelaSaúde	46
Figura 10 - Indicadores Institucionais contratualizados pela USF CelaSaúde	46
Figura 11 - Indicadores Financeiros contratualizados pela USF CelaSaúde	48
Figura 12 - Remunerações Associadas às Atividades Específicas	50
Figura 13 - Exemplo da análise dos indicadores financeiros nos meses de junho e julho ..52	
Figura 14 - Exemplo de gráfico com os resultados da análise dos meses de junho e julho 52	
Figura 15 - Exemplo do cálculo de esforço para atingir os indicadores.....	53

Índice de Anexos

Anexo 1 – Equipas Nucleares	69
Anexo 2 – Equipas Espelho	69
Anexo 3 – Questionário telefónico para utentes não Frequentadores	70
Anexo 4 – Exemplo da Grelha DiOr	71
Anexo 6 – Carta de Compromisso	81

Introdução

O estágio curricular é o elo de ligação mais estreito entre o ensino e a profissão, razão pela qual escolhi esta opção, por achar que seria a melhor forma de completar todos os conhecimentos teóricos adquiridos durante o meu percurso académico. A área de gestão é transversal a todos os setores, ou seja, a todas as organizações. Paralelamente, é importante que o gestor saiba um pouco de todos as áreas, algo que também lhe permite, após a graduação, trabalhar numa diversidade de domínios. Uma das áreas da gestão que mais me atrai é a da Saúde, a qual tem sofrido uma grande metamorfose durante os últimos anos.

Após o 25 de abril de 1974 houve uma grande mudança no paradigma da saúde em Portugal, dando-se início à constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS), consagrado em 1978 pela Constituição da República Portuguesa (CRP). A partir dessa data foi garantido a todos os cidadãos a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação dos medicamentos.

Desde 1974, a saúde em Portugal sofreu diversas reformas, uma das quais a reforma nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), cuja recente reestruturação deu origem aos ACeS (Agrupamentos de Centro de Saúde) que têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Fazem parte destas unidades funcionais as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva Administração Regional Saúde (ARS), I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Os CSP são um dos pilares da saúde em Portugal, sendo através deles que se estabelece o principal elo de ligação entre os cidadãos e o sistema de saúde. Este primeiro contacto é muito importante, pelo que um dos fatores determinante na avaliação da qualidade do serviço são os recursos humanos. São eles que vão ter um papel fundamental na perceção da qualidade do serviço por parte do utente.

Qualidade do Serviço e Recursos Humanos

Ao longo do relatório existe um foco nas USF, pequenas unidades que podem estar divididas em três tipos: modelo A, modelo B e modelo C (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

A USF CelaSaúde encontra-se no Modelo B, que impõe que sejam contratualizados indicadores e respetivas metas. A partir destes indicadores e do cumprimento das metas contratualizadas, faz-se uma avaliação dos profissionais e dos indicadores. Estes indicadores permitem a análise da qualidade da prestação do serviço por cada profissional e a ponderação dos valores do grupo de profissionais permite avaliar a qualidade do serviço da USF.

O estágio curricular que decorreu na USF, teve incidência na temática dos Recursos Humanos e da Qualidade de Serviços de Saúde. Estas duas áreas são determinantes para uma boa prestação do serviço e bom desempenho de uma unidade de saúde. Neste âmbito, nota-se que a qualidade do serviço se analisa a um nível agregado (e não do cliente individual), considerando o conjunto de serviços prestado pela USF à comunidade que é suposto servir.

Ao longo do estágio curricular e sob a orientação da coordenadora da USF – CelaSaúde, Dr^a. Maria Teresa Tomé, abordou-se os indicadores de qualidade. Através da recolha, análise e tratamento destes indicadores procurou-se melhorar a prestação do serviço dos profissionais e da USF, fazendo com que fossem atingidos padrões de elevada qualidade. Para obter esses padrões de qualidade inicialmente procedeu-se à recolha dos dados, em seguida elaborou-se tabelas com os dados por profissional e da USF. Posteriormente elaborou-se gráficos com a evolução e por fim fez-se novas tabelas com o esforço necessário a dispensar diariamente por cada profissional e pela USF para que os indicadores serem atingidos no final do ano. Após a recolha, análise e tratamento dos indicadores de qualidade, estes foram apresentados aos profissionais para conhecimento do estado do serviço, permitindo perceber onde era necessário melhorar e ser criado um espírito de superação e melhoria contínua. De salientar que ao longo do estágio foi possível constatar uma série de aspetos passíveis de correção e que são identificados neste relatório. A avaliação do estágio é indiciador de que o mesmo contribuiu positivamente para a USF.

Após as noções introdutórias, este relatório encontra-se dividido em seis partes. A primeira parte aborda o Marketing num âmbito geral, sendo descrita a sua definição e a sua

evolução histórica. Na segunda parte, é desenvolvida uma das áreas do marketing, o marketing de serviços, sendo descrito o seu conceito, detalhadas as especificidades do serviços. É abordada a qualidade dos serviços através do modelo SERVQUAL, sendo focada a importância dos recursos humanos para uma prestação de serviços com qualidade.

No terceiro capítulo é feito um enquadramento histórico da evolução da saúde em Portugal. Posteriormente, no quarto capítulo, é abordado o estágio, os objetivos, o centro de saúde de Celas, em especial a USF CelaSaúde e as tarefas realizadas nesta unidade. Relativamente ao quinto capítulo, é abordada a produtividade dos recursos humanos na USF – CelaSaúde com foco na carta de compromisso.

No sexto capítulo, faz-se uma avaliação crítica do estágio realizado na unidade.

Finalmente, faz-se uma conclusão com uma avaliação sumária do estágio.

1. Marketing

1.1 Conceito

Atualmente, o conceito de Marketing é utilizado no dia-a-dia das empresas, que apostam cada vez em mais e melhores formas de estudar os clientes e na diferenciação da sua oferta, percebendo que este está presente em quase todos os setores e momentos da vida de uma empresa.

Em 1985, a *American Marketing Association* (AMA) definiu Marketing como sendo “o processo de planeamento e execução de conceitos, especificação, promoção e distribuição de bens, ideias e serviços para originar trocas que satisfaçam os objetivos dos indivíduos e das empresas” (American Marketing Association, 2008). Alguns anos depois, a AMA alterou a definição e o foco passou a ser a criação de valor para o cliente:

“uma função organizacional e um conjunto de processos que envolvem a criação, a comunicação e a entrega de valor para os clientes, bem como a administração do relacionamento com eles, de modo que beneficie a organização e o seu público interessado” (AMA *apud* Kotler & Keller, 2006:4)

Além da definição de Marketing apresentada pela AMA, Peter Drucker *apud* Kotler e Keller define o objetivo do Marketing, como sendo o conhecimento e entendimento do cliente de modo que o produto ou serviço seja tão adequado que se venda por si. Já o *Chartered Institute of Marketing* (CIM) define Marketing como sendo “o processo de gestão responsável por identificar, antecipar e satisfazer as necessidades dos clientes de forma rentável”. A função do marketing é também, “o estudo das forças e fatores de mercado e do desenvolvimento da posição da empresa no mercado, de forma a otimizar os benefícios que obtém dos mesmos” (The Chartered Institute of Marketing, 2009).

A AMA e Peter Drucker realçam dois pontos fundamentais do Marketing: a criação de valor e o relacionamento com o cliente. Para o cliente, o valor é algo mais que relação preço/qualidade, o valor resulta de uma conjugação de fatores económicos, funcionais e

psicológicos que o cliente espera obter do produto ou serviço (Kotler & Keller, 2006). Neste contexto, muitos clientes valorizam o outro aspeto, a relação com o cliente. O Marketing procura criar relações com o cliente que permitem aumentar a criação de valor, sendo estas muito importantes especialmente em serviços, devido às suas características. Na definição do CIM o cliente é o centro do Marketing, mas outro aspeto importante do Marketing é o foco na rentabilidade da empresa.

Pode-se concluir que a “arte” do Marketing é muito mais que a necessidade de vender, é algo muito mais complexo e que requer uma gestão cuidadosa e minuciosa. Diversas empresas tendem a tratar o Marketing como algo simples, fácil de implementar e estático; muito pelo contrário, é algo dinâmico, que necessita de constante acompanhamento e dedicação. Por algumas empresas tratarem o Marketing desta forma, despreocupada, tiveram algumas surpresas, por exemplo, a *Levi's*, *General Motors*, *Kodak* e *Xerox* que após se depararem com clientes e concorrentes mais exigentes tiveram que alterar as suas estratégias, pois não estavam a evoluir de acordo com as expectativas do mercado (Kotler & Keller, 2006).

1.2 Evolução do Marketing

Ao longo dos anos, tem-se assistido a um grande desenvolvimento do Marketing, acompanhando a tendência evolutiva das empresas e dos mercados. Kotler e Keller (2006) destacam as catorze mudanças das empresas na forma de gerir o Marketing que ajudaram à alteração do paradigma. Estas alterações permitiram às empresas estar melhor preparadas para as alterações nas mudanças de mercado.

1. **“De ‘o Marketing faz o Marketing’ para ‘todos fazem o Marketing’”** - neste processo, as empresas deixam de ter um gabinete responsável pela criação do Marketing para o cliente e integram todos os funcionários no processo de criação de Marketing. Assim, mantém todos os elementos de uma empresa integrados no processo evolutivo da e na escolha do caminho a tomar por esta. (*Ibidem*)

2. **“Da organização por unidades de produto para a organização por segmentos de cliente”** - nesta mudança de paradigma, a empresa deixa de estar centrada e orientada para o produto ou serviço e passa a estar orientada para o cliente e para as suas necessidades (*Ibidem*).
3. **“Do ‘fazer tudo’ para ‘comprar mais bens e serviços de outras fontes’”** – as empresas prescindem de possuir ativos físicos e preferem a subcontratação, tentando ao máximo eliminar os encargos retendo as suas atividades essenciais (*Ibidem*).
4. **“Da atração de clientes por meio de lojas e vendedores para a disponibilização dos produtos *on-line*”** – as empresas devem apostar cada vez mais a constante evolução da internet, passando das tradicionais lojas e pontos de venda físicos para pontos de venda *on-line*, onde o comprador pode aceder a todas as suas especificações, preços, etc e adquirir os produtos que deseja, sem ter necessidade de se deslocar à loja.
5. **“Do uso de muitos fornecedores para o trabalho com menos fornecedores em sistema de ‘parceria’”** - as empresas preferem a valorização de relações com menos fornecedores, trabalhando em sistema de parceria (*Ibidem*).
6. **“Da dependência de velhas posições de mercado para o descobrimento de novas”** - as empresas deixaram de viver consoante as suas potencialidades do passado e passaram a posicionar-se de acordo com a evolução do mercado e as suas intenções no mesmo, passando a ter uma atitude mais pró-ativa (*Ibidem*).
7. **“Da ênfase em ativos tangíveis para a ênfase em ativos intangíveis”** - aqui o “salto” prende-se com a perceção por parte da empresa em que o seu valor advém da sua marca, dos seu clientes, do seu relacionamento com fornecedores e do seu capital intelectual (*Ibidem*).
8. **“da construção de marcas por meio de publicidade para a construção de marcas por meio de desempenho e das comunicações integradas”** – os gestores de Marketing deixaram de se basear apenas na comunicação e força de vendas e tentaram passar uma imagem aos clientes, em função de cada contato. Também a atração de clientes por meio de lojas e vendedores evolui para a disponibilização dos produtos *on-line*, o que permite um acompanhamento da evolução tecnológica

e um aproveitamento dessa mesma evolução para melhorar a capacidade da empresa (*Ibidem*).

9. **“da venda para todos para a tentativa de ser a melhor empresa a atender mercados-alvo bem definidos”** - as empresas estão a apostar em sistemas de informação que lhes permitem reunir informações dos clientes e focar o seu alvo em mercados mais precisos e eficazes (*Ibidem*).
10. **“do foco em transações lucrativas para o foco no valor do cliente ao longo do tempo”** - passagem para a retenção do cliente; as empresas estudam o cliente e estimam os preços dos produtos ou serviços consoante o ciclo de vida do cliente pois “atrair novos clientes pode custar cinco vezes mais do que se esforçar para reter os já existentes” (*Ibidem*).
11. **“do foco de obtenção de participação de mercado para o foco de participações no cliente”** - as empresas tendem a cativar uma percentagem maior do cliente oferecendo-lhe uma gama de bens ou serviços mais vasta (*Ibidem*).
12. **“de Local para Glocal”** - As empresas adotam estratégias locais e globais (Glocal), isto é, ao mesmo tempo que centralizam, também descentralizam para haver uma melhor adaptação local e padronização global (*Ibidem*).
13. **“do foco no resultado financeiro para o foco no resultado de Marketing”** - a administração examina os resultados dos indicadores de Marketing, interpretando-os e fazendo relações com a perda/aumento de clientes, quota de mercado, etc..
14. **“do foco nos acionistas para o foco nos interessados”** - a empresa deixa de pensar exclusivamente nos acionistas e passa a ter cuidado com todas as partes interessadas na empresa (*Ibidem*).

A prática do Marketing não é algo estático e imutável, muito pelo contrário, está sempre em constante movimento e em diferentes estágios de evolução e requer acompanhamento constante, sendo que qualquer alteração no ciclo da empresa irá afetar a estratégia desenhada, fazendo com que o plano inicial possa não corresponder ao final.

2 Marketing em Serviços

2.1 Conceito

Existem diversas áreas no Marketing, sendo uma delas o Marketing de Serviços. Os Serviços estão por todo o lado e são variados: uma ida ao médico, ao psicólogo, a um restaurante, departamento da polícia, departamento dos bombeiros, bancos, etc., pelo que se lida com estes no quotidiano.

Nas últimas décadas do século XX, diversas empresas decidiram investir no setor dos serviços para promover a sua qualidade e criar diferenciação. O ex-CEO da IBM (*International Business Machines*), Louis V. Gerstner refere que “os serviços tornar-se-ão o setor de ponta da indústria”. Diversas empresas de topo que se destacavam na produção de bens, segundo o ex-CEO, passaram a dar mais atenção aos seus serviços e à forma como estes são prestados (Kotler & Keller, 2006:396).

A definição de serviço está, originalmente, associada à escravatura e ao trabalho que os servos realizavam para os seus mestres, no entanto este conceito sofreu uma grande evolução ao longo do tempo, sendo muitas vezes contraposta com a definição de bens. Lovelock e Wirtz (2011) referem no seu livro de marketing de serviços, que tal não deve suceder. No entendimento dos autores, os serviços devem ser definidos por direito próprio e não por comparações, pelo que os definiram como atividades económicas entre duas partes, onde há uma troca de valor entre o cliente e o vendedor, por troca financeira, de tempo e esforço. O cliente espera valor por aceder a bens, trabalho, habilidades profissionais, etc., mas normalmente não adquirem fisicamente nenhum dos elementos envolvidos (Lovelock & Wirtz, *Services Marketing*, 2011).

Ao longo do tempo, os serviços têm ganho cada vez mais importância e interesse, cobrindo uma vasta área de diversas atividades. Existem diversas definições de serviço. Kotler e Keller consideram que “serviço é qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e não resulta na propriedade de algo. A execução de um serviço pode ou não estar ligada a um produto” (Kotler & Keller, 2006:397). Zeithaml,

Bitner e Gremer (2011:39) defendem que, os serviços são “... atos, processos, e atuações oferecidas ou co-produzidas por uma entidade ou pessoa, para outra entidade ou pessoa.”. Neste contexto, os autores definiram serviços enquanto atividade económica como sendo “...todas as atividades cujo output não é um produto físico ou construção, é normalmente consumido no momento em que é produzido, fornece valor acrescentado que é essencialmente intangível para o seu primeiro comprador”.

Tendo em conta a especificidade dos serviços e as suas características únicas, estes merecem uma abordagem particular por parte do Marketing, fazendo da área de Marketing de Serviços uma das áreas em maior crescimento e que suscita cada vez mais interesse (Hoffman & Bateson, 2003:3).

2.2 Especificidades dos Serviços

É consensual que a abordagem a bens e serviços tem de ser distinta, tendo em conta as suas diferentes especificidades. Para perceber melhor o Marketing de Serviços, é necessário entender primeiro as diferenças entre bens e serviços.

Vários autores analisam as especificidades dos serviços e comparam-nos com as especificidades dos bens (Hoffman & Bateson, 2003; Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011; Lindon, Lendrevie, Lévy, Dionísio & Rodrigues, 1992) concluindo-se que os serviços têm quatro grandes características:

- **Intangibilidade** – ao contrário dos bens que são tangíveis, “os serviços não podem ser vistos, sentidos, ouvidos, cheirados ou provados antes de adquiridos” (Kotler & Keller, 2006:399). Esta característica é facilmente perceptível na saúde, pois um utente não consegue ter noção de qual o produto final do serviço que vai ser prestado, apenas consegue imaginar o que poderá acontecer mas não tem certezas. Para poderem diminuir esta incerteza, os consumidores avaliam o prestador de serviços consoante as suas instalações, pessoas, equipamentos, divulgação, símbolos e preço.

- **Heterogeneidade** – quando se está a proceder à prestação de serviços, é complicado haver dois serviços iguais ou bastante idênticos visto que a prestação do mesmo depende de funcionários, não havendo certezas de que o serviço prestado seja o planeado, tendo em conta os diversos fatores externos que influenciam a sua prestação. Para se tentar diminuir a grande heterogeneidade dos serviços e tentar manter a qualidade as empresas, têm que se tomar algumas precauções, por exemplo, recrutar os funcionários certos e treina-los, tentar criar um “guião” para padronizar a prestação do serviço e utilizar sistemas de reclamação e sugestões para acompanhar a satisfação dos clientes (Kotler & Keller, 2006:400).
- **Produção e consumo simultâneo** – ao contrário dos bens que são produzidos, armazenados e podem ser distribuídos por diversas vias, os serviços são consumidos pelo cliente no momento em que é produzido, não sendo possível armazenar um serviço para ser consumido posteriormente. A relação prestador de serviços/cliente é fundamental e a produção em massa é difícil impossibilitando economias de escala (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:57).
- **Perecibilidade** – os serviços não podem ser armazenados para consumo posterior, gravados revendidos ou devolvidos (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:58). Quando a procura e a oferta são constantes e previsíveis, este problema não se coloca mas caso sofram oscilações, isto pode pôr em causa toda a prestação do serviço. Existem estudos em hospitais sobre a procura e a oferta de consultas para um dado problema: caso haja uma oscilação da procura ou da oferta, os profissionais podem não ser capazes de oferecer o mesmo serviço com a mesma rapidez e prontidão. Tendo em conta estas oscilações, Kotler & Keller (2006:401) referem algumas estratégias para “controlar” as flutuações da procura através de uma alteração do preço da prestação de serviços, a oferta de serviços complementares para os clientes durante os períodos de menor afluência e a gestão da afluência através de sistemas de reserva. Relativamente à oferta, os mesmos autores referem que as empresas podem contratar em part-time em alturas de maior afluência e estimular a participação do cliente, por exemplo, através do preenchimento de documentação que poderá vir a ser necessária.

As características acima referidas não podem ser interpretadas como sendo da exclusividade dos serviços, pois “todos os produtos são serviços” (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:56) e todas as organizações adquirem mais valias pela implementação de estratégias e ferramentas de Marketing de Serviços.

2.2.1 Marketing Externo, Marketing Interno e Marketing Interativo

Em serviços, e de forma a lidar com as suas especificidades, o Marketing, tem três grandes áreas de atuação: Marketing Externo, Marketing Interativo e Marketing Interno (Figura 1).

Figura 1 - Três tipos de Marketing no setor dos serviços



Fonte: Kotler & Keller, Administração de Marketing (2006)

Kotler e Keller (2006:406) definem Marketing Externo como “o processo normal de preparação, determinação do preço, distribuição e promoção de um serviço ao cliente”, isto é, está mais direcionado para o cliente externo.

O Marketing Interativo pode ser entendido como a habilidade dos funcionários em servir o cliente. O cliente não julga só a qualidade técnica, isto é, se o serviço foi bem prestado; julgando também a qualidade funcional, ou seja, se o prestador de serviço mostrou interesse, preocupação, etc. (Kotler & Keller, 2006:405).

Quanto ao Marketing Interno, “é o processo de treino e motivação feito com os funcionários para que atendam bem os clientes”, que envolve a “tarefa de contratar, formar e motivar os trabalhadores, tornando-os capazes de servir bem os clientes” (Kotler & Keller, 2006:406). Por sua vez, Rafiq e Ahmed (citado por Lindon, Lendrevie, Lévy, Dionísio & Rodrigues, 1992:514) afirmam que o “Marketing Interno tem sido utilizado sucessivamente como instrumento de gestão de satisfação de empregados, orientação para o cliente e implementação estratégica e gestão de mudança”. Já Leonard Berry, em 1981, (citado por Ahmed & Rafiq, 2002:4) defendeu que o marketing interno é “ver os empregados como clientes internos e ver os empregos como produtos que satisfazem as necessidades dos consumidores internos enquanto abordam os objetivos da empresa”, isto é, para haver clientes satisfeitos tem de haver empregados satisfeitos.

Esta área dos Serviços pretende ajudar a satisfazer o cliente através de uma maior qualidade na prestação do serviço, treinando, formando e motivando os prestadores de serviço para que estes sejam capazes de satisfazer da melhor forma as necessidades e expectativas dos clientes mantendo sempre a qualidade do serviço. Berry e Parasuraman (1991) referem que: “marketing interno é a filosofia de tratar empregados como clientes e é a estratégia de moldar o ‘produto trabalho’ de forma a satisfazer as necessidades humanas” (Berry and Parasuraman *apud* Ahmed and Rafiq, 2002:59).

2.3 Qualidade dos Serviços

A palavra qualidade provém do latim - *qualitas*, que significa “propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras; atributo; característica” (Porto

Editora, 2015). Qualidade é a “totalidade das características de uma entidade que lhe conferem a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas e explícitas” (Norma ISO 9000, 1994).

Existem dois conceitos inter-relacionados: qualidade e satisfação do consumidor. A qualidade é retratada como o julgamento global ou atitude relacionada à superioridade de um produto ou serviço, enquanto a satisfação do consumidor é a "resposta do consumidor em termos de contentamento, o julgamento de que uma característica do produto ou serviço, ou o produto ou serviço em si, ofereceu (ou está a oferecer) um nível de contentamento agradável relativo ao consumo, incluindo níveis maiores ou menores de contentamento" (Rust & Oliver, 1994:4). De forma mais operacional, a satisfação é entendida como sendo a comparação que o cliente faz entre o serviço previsto e a percepção do cliente sobre o serviço que lhe foi prestado.

A qualidade de um serviço mede-se pela discrepância entre as expectativas (serviço desejado e/ou serviço adequado) e as percepções que o cliente tem do mesmo. Por muito que o prestador do serviço pense que cumpriu o seu trabalho da melhor forma, a percepção do cliente sobre o serviço pode não ser a melhor. Isto acontece pois os clientes, muitas vezes, entendem qualidade como um conceito muito mais amplo e nas suas avaliações, por vezes, vão além dos aspetos técnicos para determinar a qualidade do serviço (Gronroos, 2001:62) (Figura 2).

Como é visível na figura 2, quando as percepções do serviço não atingem a expectativa sobre o serviço, o cliente fica insatisfeito.

Quando as expectativas do cliente são superadas pela percepção do serviço, o cliente fica agradado. Caso as expectativas igualem as percepções, o cliente fica satisfeito com o serviço.

Figura 2 - Avaliação do serviço pelo cliente

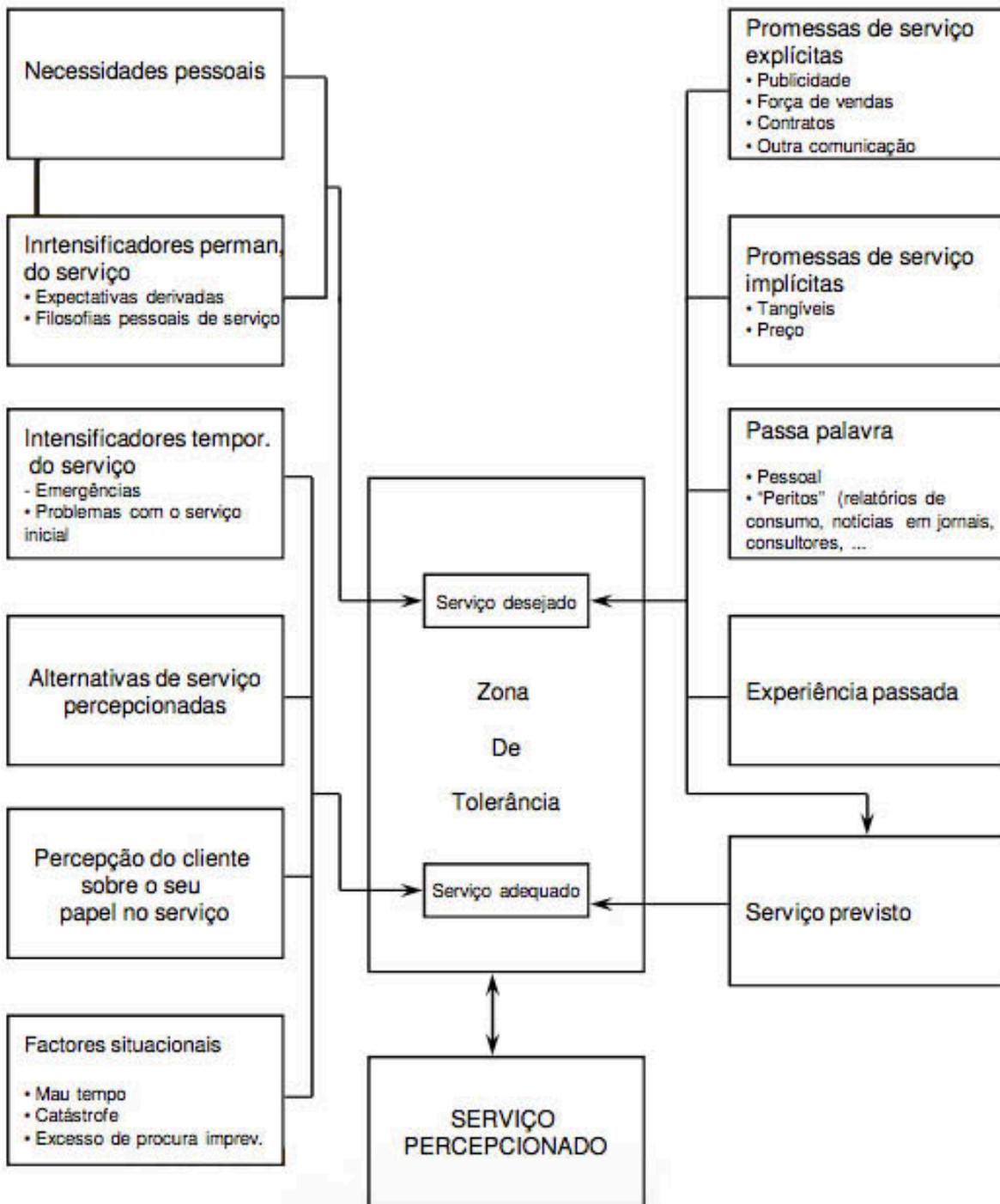


Fonte: Adaptado de Faché, (2000)

Para que o cliente fique satisfeito ou julgue positivamente a qualidade do serviço, é necessário conhecer as suas expectativas, sendo este um dos aspetos mais complicados da prestação de serviço. As expectativas resultam de um conjunto de fatores que podem variar de cliente para cliente mas que normalmente são baseados em experiências passadas, conhecimentos sobre o produto ou serviço, publicidade, o “boca-a-boca” e necessidades pessoais entre outros. É também importante entender como o cliente percebe o serviço, ou seja, como é que ele reage à sua prestação.

Conhecendo as expectativas e perceções do cliente consegue-se compreender qual a sua reação ao serviço (Figura 3).

Figura 3 - Expectativas do cliente



Fonte: Zeithaml, Bitner & Gremler (2011)

Devido à natureza intangível dos serviços, a maioria deles torna-se de difícil avaliação em termos de qualidade. Diferentes clientes e empregados podem ter diferentes percepções de

qualidade do mesmo serviço. Para tentar mitigar estes hiatos, Zeithaml, Parasuraman e Berry (1988) desenvolveram um modelo, ao qual chamaram SERVQUAL, o qual se baseia em cinco critérios de avaliação.

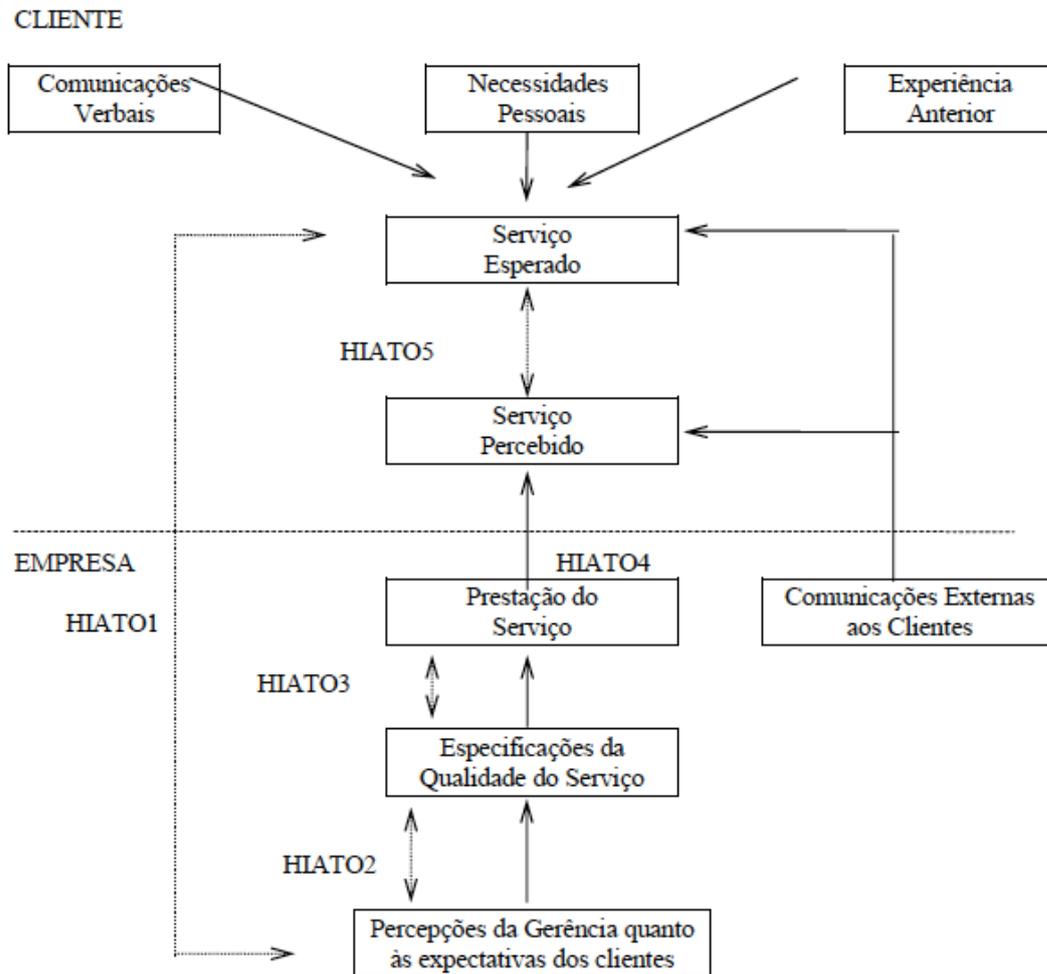
2.3.1 Modelo SERVQUAL

O Modelo SERVQUAL tem por base cinco critérios de avaliação: Tangibilidade, Confiabilidade, Prontidão, Confiança e Empatia (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:149).

- Tangíveis – a aparência das instalações físicas , equipamentos, pessoal e materiais de comunicação;
- Confiança – o conhecimento e cortesia dos funcionários e a sua capacidade de transmitir confiança e segurança;
- Prontidão – a vontade de ajudar os clientes e de fornecer um serviço rápido;
- Confiabilidade – a habilidade de prestar o serviço prometido de forma confiável e com precisão;
- Empatia – a prestação de carinho, atenção individualizada aos clientes.

Os autores Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985) desenvolveram também um modelo, designado de Modelo dos Hiatos da Qualidade, em que tentam identificar todos os aspetos que contribuem para a qualidade do serviço, isto é, que contribuem para que as expectativas dos clientes sejam preenchidas. Com este modelo pode-se perceber onde se falha e corrigir os erros cometidos. O modelo é constituído por hiatos, que representam não só a discrepância entre as expectativas e perceções dos clientes, como os hiatos na esfera da empresa que contribuem para o aparecimento do hiato do cliente. Na figura 4, destacam-se os fenómenos relativos ao consumidor (parte superior) e os fenómenos relativos ao prestador de serviço (parte inferior).

Figura 4 - Modelo de qualidade dos serviços



Fonte: Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) *apud* Zeithaml, Bitner & Gremler (2011)

- **Hiato/Lacuna 1 – Conhecimento deficiente das expectativas e necessidades do cliente**

Este hiato traduz um conhecimento deficiente que a gestão tem das expectativas e necessidades dos clientes (Gronroos, 2001:102), é a diferença entre as expectativas do cliente para com o serviço e a compreensão que a empresa tem dessas expectativas (Lindon, Lendrevie, Lévy, Dionísio & Rodrigues, 1992:566). Este hiato deve-se à informação enviesada dos estudos de mercado e da procura,

inadequada perceção das expectativas do cliente, falta de estudos da procura e fraca ou inexistente passagem de informação da base para o topo da pirâmide (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:70).

Para eliminar este hiato, a organização deve investir na recolha de informação sobre os clientes pois sem ela será difícil conseguir preencher as expectativas dos clientes, deve construir relacionamentos resistentes e deve implementar estratégias de recuperação caso algo corra mal (Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2011:71).

- **Hiato/Lacuna 2 – Deficiências entre a perceção da administração e as especificações da qualidade do serviço**

Neste hiato, o problema surge devido a falhas no planeamento de serviços, ou algumas vezes por falta dele; da ausência de padrões na prestação do serviço, por exemplo, falta de padrões orientados para o cliente, ausência da gestão de processos voltada para as exigências do cliente, etc.; da evidência física inadequada, por exemplo, falha ao desenvolver tangíveis alinhados com as expectativas do cliente, manutenção e atualização inadequada da evidência física do serviço (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:72). Para evitar este hiato, deve haver um maior empenho no planeamento por parte das direções (Gronroos, 2001:102).

- **Hiato/Lacuna 3 – Hiato de performance**

Este hiato ocorre quando o serviço planeado não corresponde ao serviço entregue ou prestado ao cliente (Gronroos, 2001:103). Esta discrepância deve-se à falta de comunicação entre a gestão e o prestador de serviço e ao facto deste não concordar com as especificações, não estando a cumpri-las a 100%; à falta de Marketing Interno ou aos fracos sistemas de apoio; à deficiente política de recursos; ao fracasso de equilibrar a oferta e a procura e ao facto dos clientes não desempenharem os seus papéis (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:75). As

soluções para este hiato passam pela resolução dos problemas com os superiores hierárquicos, a compreensão das especificações por parte dos funcionários ou a inovação/implementação em sistemas de apoio à gestão, uma boa gestão de clientes e esforços adequados no sentido de equilibrar a oferta com a procura (Gronroos, 2001:103).

- **Hiato/Lacuna 4 – Hiato da comunicação**

O hiato 4 ocorre quando o serviço que é prometido ao cliente não corresponde ao serviço que lhe é prestado (Gronroos, 2001:105). Este hiato pode acontecer por falta de comunicação integrada no marketing de serviços, falta de comunicação ascendente, promessas excessivas na propaganda e na venda personalizada, comunicação horizontal inadequada ou estipulação inadequada dos preços (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:78).

Para solucionar este hiato, é necessário que haja uma envolvimento de toda a estrutura prestadora do serviço no planeamento e execução do plano de comunicação externo, evitando assim que haja uma grande discrepância entre o serviço prometido e o serviço prestado. É essencial que não se prometa um serviço que não se pode cumprir, isto é, o serviço prometido através do plano de comunicação externo tem que ser realista para não criar falsas expectativas no cliente.

No plano de comunicação externo há sempre uma tendência para exagerar sobre as mais-valias do serviço e é neste ponto que por vezes se cometem erros de comunicação. Para que tal não aconteça é necessário, mais uma vez, uma envolvimento de todos e uma supervisão apertada ao plano de comunicação pois quando se transmite o serviço com sinceridade, mais facilmente se consegue prestá-lo de acordo com o que foi prometido. A correta fixação do preço é também necessária para evitar a geração de expectativas incorretas na mente do consumidor.

- **Hiato/Lacuna 5 – Hiato da qualidade percebida do serviço**

O hiato 5, também designado de hiato do cliente, ocorre quando o serviço esperado pelo cliente não coincide com o serviço que ele recebeu (Gronroos, 2001:105). Pode acontecer que esta falha seja positiva, o que significa que o serviço percecionado foi superior ao serviço esperado, no entanto se a falha for negativa, tem-se clientes insatisfeitos, o que pode resultar de um dos hiatos anteriormente expostos ou da combinação entre estes.

É, então necessário que o serviço vá de encontro ao esperado pelo cliente ou que o supere por forma a garantir o melhor desempenho da organização.

Em suma, a análise dos hiatos da qualidade permite à empresa desenvolver os esforços conducentes à satisfação dos clientes. Com esta avaliação pode-se determinar as necessidades e expectativas dos consumidores, identificar os aspetos-chave da estratégia de Marketing e aferir até que ponto a prestação de serviço está a ser bem recebida pelos consumidores (Lindon, Lendrevie, Lévy, Dionísio & Rodrigues, 1992:566).

2.4 Recursos Humanos e qualidade do Serviço

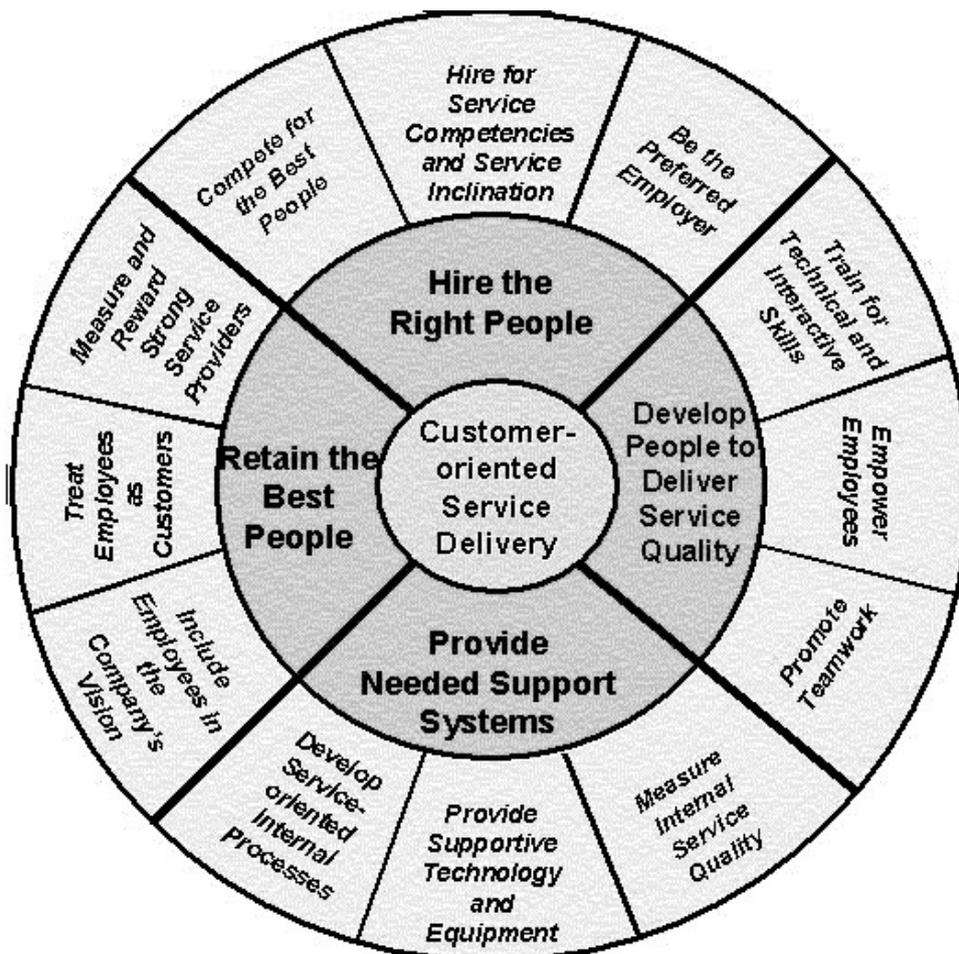
Os recursos Humanos possuem um papel fundamental na prestação de um serviço. Segundo um artigo de Barber e Strack, é importante atrair, desenvolver e reter pessoas talentosas no setor dos serviços:

“Hoje todos sabemos que o sucesso de uma empresa gira em torno das pessoas e não do capital. Na maioria dos setores, os custos com pessoas são muito mais altos do que os custos de capital. Até mesmo no caso de uma empresa que não tem muitos funcionários, é o setor baseado no trabalho das pessoas a força-motriz por trás do desempenho corporativo.” (Barber & Strack (2005) *apud* Zheithaml *et al.*, 2009:397)

No seu livro, Lovelock e Wirtz (2011:404), referem que o interesse do marketing na qualidade é óbvio, pois serviços de fraca qualidade colocam as empresas em desvantagem competitiva, afastando os clientes insatisfeitos. Para que uma empresa não preste serviços de fraca qualidade, é imprescindível possuir os colaboradores certos, pelo que se tem que recrutar, treinar e capacitar as pessoas certas. Para tentar colmatar a falha do serviço de fraca qualidade e ter as pessoas certas, foram desenvolvidas estratégias que estão organizadas em torno de quatro temas (Figura 5):

1. Contratar as pessoas certas;
2. Desenvolver as pessoas de modo a que possam prestar serviços de qualidade;
3. Disponibilizar os sistemas de suporte necessários;
4. Reter os melhores funcionários.

Figura 5 - Estratégia para a contratação de pessoas que prestarão serviços de qualidade



Fonte: Zeithaml, Bitner & Gremler (2011:400)

2.4.1 Contratar as Pessoas Certas

Para ser prestado um serviço de qualidade, é necessário que haja um elevado cuidado relativamente à contratação das pessoas certas. Não basta contratar apenas pelas qualificações técnicas; é necessário ter em conta as orientações para o cliente e para o serviço. Lovelock & Wirtz (2011) referem que a afirmação de que ‘as pessoas são o ativo mais importante’ está incorreta, pois as pessoas certas é que são o maior ativo e as pessoas erradas são o maior ponto fraco, dado ser difícil afastá-las (Carson *apud* Lovelock & Wirtz, 2011:313). Para contratar as pessoas certas, a empresa tem que concorrer por elas no mercado de trabalho, ou seja, é fundamental identificar essas pessoas e disputá-las.

É ainda essencial que se “contrate em função das competências de serviço e das inclinações para o serviços” (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:397), ou seja, após a identificação das pessoas certas, é necessário que haja uma entrevista, observação de comportamento e testes de personalidade, de modo a identificar os funcionários com competência e com inclinação para o serviço. Normalmente, diferentes posições são melhor preenchidas por pessoas com características diferentes (Lovelock & Wirtz, 2011:314). Por isso, e para não serem contratadas as pessoas erradas, as tarefas de seleção, são muitas vezes delegadas para o pessoal dos departamentos (Varey & Lewis, 2000:177). A competência para o serviço refere-se às habilidades e aos conhecimentos necessários à sua execução, normalmente adquiridos através da educação e formação. Por outro lado, a inclinação para o serviço é o interesse em realizar tarefas relacionadas com a prestação do serviço, o que se reflete na forma como aborda o tema Serviços (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:399).

Por fim, na esfera de contratar as pessoas certas, é importante “ser o patrão preferido” (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:401), pois normalmente as pessoas procuram padrões que lhes garantam estabilidade, confiança e que coloquem o funcionário em primeiro plano (Hoffman & Bateson, 2003).

2.4.2 Desenvolver as pessoas para prestarem serviços de qualidade

Para que uma empresa de serviços cresça e continue a prestar serviços de qualidade, tem que manter os seus funcionários em constante aprendizagem. Não basta apenas contratar os funcionários certos, é necessário desenvolvê-los e adaptá-los à prestação do serviço.

Para tal, é necessário oferecer formação aos empregados ao nível de: habilidades técnicas e interpessoais, habilidades do produto/serviço e cultura organizacional. No âmbito das habilidades técnicas, os funcionários têm que estar habituados a interagir com sistemas operativos necessários à prestação do serviço; relativamente às habilidades interpessoais que são transversais aos serviços, o funcionário tem que estar preparado para as comunicações visuais, por exemplo, contato visual, linguagem corporal e facial; no âmbito das habilidades interativas, os funcionários têm que treinar estas habilidades, de modo a oferecer serviços com cortesia, atenção e simpatia (Bateson & Hoffman, 2003:246). Quanto à cultura organizativa, o funcionário tem de estar comprometido com a visão e estratégia da empresa, por exemplo, na *Disneyland* os novos funcionários têm formações onde discutem a história, filosofia, os padrões de serviço da empresa, etc. (Lovelock & Wirtz, 2011:314).

É igualmente necessário conceder poder de decisão aos funcionários, o que implica conceder-lhes autoridade, habilidade, ferramentas e vontade de atender o cliente. Grande parte das empresas já percebeu que para poder satisfazer o cliente rapidamente e recuperar o serviço de imediato, tem de conceder poder de decisão aos funcionários da linha da frente. Bateson e Hoffman (2003) referem que dar poder de decisão aos funcionários aumenta os custos, pois é necessário um maior investimento nas remunerações e no recrutamento das pessoas certas. Referem ainda que, o *empowerment* pode rapidamente tornar-se num desastre se não houver o devido suporte no serviço (Bateson & Hoffman, 2003:253).

Para terminar, é importante que a empresa promova o trabalho em equipa. Por norma, a prestação de serviço é frustrante, pesada e desafiadora, por isso é essencial que haja trabalho em equipa para aliviar a tensão e os problemas (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:404). As equipas ao trabalharem com um objetivo comum, têm mais facilidades em ultrapassar barreiras e em promover a mudança (Ahmed & Rafiq, 2002:99).

2.4.3 Disponibilizar os sistemas de apoio necessários

Para se prestar um serviço de qualidade, é necessário que além da qualidade das pessoas haja qualidade nos sistemas de apoio, pois se num serviço não houver apoio focado no cliente, ou este não for adequado, pode acontecer uma má prestação do serviço por parte do funcionário, sem que este tenha culpa direta.

Para garantir que existe um apoio interno focado no cliente, é fundamental mensurar a qualidade do serviço interno. Para isso deve-se proceder a auditorias que permitam medir a perceção do cliente interno em relação a este serviço. A empresa tem de disponibilizar tecnologia e equipamentos de suporte aos seus funcionários, que permita que estes estejam satisfeitos e felizes para prestar um bom serviço (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:406).

Bateson e Hoffman (2003) referem que empresas que pensam seriamente em prestar serviços de qualidade têm que formar sistemas de informação de qualidade, o que permitirá ao funcionário ter acesso a informações sobre o cliente e o serviço, que o irão ajudar a tomar as decisões mais corretas (Bateson & Hoffman, 2003:334).

É necessário que se desenvolvam processos internos focados nos serviços, que permitam aos funcionários dos serviços prestar um serviço com qualidade. Para tal, devem existir procedimentos internos sobre a forma de como desenvolver e prestar o serviço, de modo a ajudar o funcionário a prestar um serviço de qualidade (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:406).

2.4.4 Reter as melhores pessoas

Quando uma empresa contrata as pessoas certas, aposta no seu treino e desenvolvimento com os suportes necessários, não as devendo perder, tentando ao máximo mantê-las. Numa empresa de serviços não há benefícios em estar constantemente a trocar o pessoal, podendo assim trazer prejuízos à satisfação do cliente e à moral dos funcionários.

Para reter as melhores pessoas, é necessário apresentar-lhes e fazê-las compreender a visão da empresa; os funcionários precisam de sentir que as metas da empresa vão de encontro às

Qualidade do Serviço e Recursos Humanos

suas metas pessoais, pois trazendo o funcionário de encontro à visão da empresa, vai fazer-se com que haja uma partilha de visões e com que o único motivo pelo qual ele está na empresa não seja meramente o financeiro (Varey & Lewis, 2000:179).

É vital que se trate os funcionários como clientes, pois estes, ao sentirem-se valorizados e ao terem as suas necessidades atendidas, provavelmente vão permanecer mais tempo na empresa (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011:409).

Por fim, caso se pretenda manter os melhores funcionários na empresa, é importante que se recompense e promova os funcionários com melhor desempenho no serviço. Os funcionários precisam de sentir que a sua prestação de serviço vai ser medida e que vão ser recompensados pela boa prestação do mesmo. O sistema de recompensas precisa de estar vinculado à visão da organização, isto é, se a satisfação e a retenção dos clientes fazem parte da visão da empresa, é crucial que as pessoas que trabalham nessa área sejam recompensadas pelo seu trabalho (Varey & Lewis, 2000:185).

3 Saúde em Portugal

3.1 Saúde em Portugal

A Saúde em Portugal nem sempre foi como hoje se conhece; ao longo dos anos sofreu significativas alterações que permitem que na atualidade todos os cidadãos portugueses usufruam de um serviço de saúde tendencialmente gratuito em solo nacional. Estas alterações podem ser distinguidas em dois períodos: pré 25 de Abril de 1974 e pós 25 de Abril de 1974, que em muito se podem relacionar com o fim do regime ditatorial e o início da liberdade e democracia.

3.1.1 A Saúde antes de 1974

Antes de 1974, a saúde em Portugal era vista como “um produto dependente da capacidade económica de cada cidadão” (Neves, 2013:1), fazendo com que cada pessoa fosse responsável pelo pagamento integral dos cuidados de saúde, excetuando os casos de pobreza extrema.

Durante este período, a saúde em Portugal estava constituída por várias organizações (Ministério da Saúde, 2015):

- **Misericórdias:** instituições de solidariedade social que geriam grande parte dos hospitais e outros serviços.
- **Serviços Médico-Sociais:** prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixa de Providência.
- **Serviços de Saúde Pública:** serviços mais direcionados para a proteção da saúde.
- **Hospitais Estatais:** encontravam-se, apenas, nos grandes centros urbanos.
- **Serviços Privados:** destinados a pessoas de classe social e económica elevada.

Qualidade do Serviço e Recursos Humanos

Nesta fase, a rede de cuidados de saúde estava pouco desenvolvida, ainda não existiam unidades de cuidados primários e a rede limitava-se aos grandes centros urbanos: Lisboa, Porto e Coimbra. A prova de que a saúde não era uma prioridade e não lhe era conferida importância é que o governo português não possuía nenhum ministério totalmente direcionado para esta área. O governo possuía apenas uma subsecretaria de estado que era responsável por gerir a saúde em Portugal (Neves, 2013).

Esta situação de “desinteresse” em relação à temática da saúde, levou a que se estabelecesse um clima quase caótico, tornando Portugal um dos países com piores indicadores da saúde em todo o continente europeu.

A partir da década de 70, tem início em Portugal uma revolução na saúde. Segundo Pedro Pita Barros a maior preocupação do governo foi a diminuição das barreiras de acesso aos cuidados médicos, quer físicas, quer financeiras.

A 27 de setembro de 1971, foi emitido um decreto-lei de reconhecimento do direito à saúde a todos os cidadãos. A saúde passou a ser um direito de todos, independentemente da classe social ou da capacidade financeira.

Face ao acesso à saúde de igual modo por todos os cidadãos, o governo sentiu necessidade de criar de um ministério que regulasse a saúde, pelo que, na mesma data foi lançado um decreto-lei que previa a criação do Ministério da Saúde e Assistência. Com a criação de um ministério próprio para a saúde, esta passou a ter um papel de maior relevo no governo e na sociedade; o estado passou a ter uma intervenção direta na saúde, fazendo com que fosse este a ditar a política e execução.

Através do Ministério da Saúde e Assistência foram reestruturados todos os serviços da saúde em Portugal. Em 1971, este ministério alargou o sistema de saúde, não se limitando aos hospitais dos grandes centros urbanos, criando Centros de Saúde “de primeira geração” nos distritos do país que permitiram o acesso global à saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Estas mudanças na década de 70 foram o início da grande mudança que estaria para acontecer na saúde nos anos seguintes.

3.1.2 A Saúde depois de 1974

A partir de 1974, com a revolução de 25 de Abril, houve uma grande mudança de paradigma na saúde e passou a existir, em Portugal, um verdadeiro acesso universal aos cuidados de saúde sem ter em conta as contribuições para o estado.

Em 1974, o estado passou a gerir os Hospitais das Misericórdias, passando assim a nomear os administradores e a deter uma rede de equipamentos que lhe permitiu administrar a saúde no país (Ministério da Saúde, 2011). Neste mesmo ano deu-se início a um dos maiores passos da saúde pública em Portugal: a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Com o seu processo iniciado em 1974, o SNS viu, em 1976, ser consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP), o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

Em 1978, através de um despacho do Ministro António Arnaut, é então oficialmente constituído o SNS. A partir desta data foi pela primeira vez garantido a todos os cidadãos, independentemente do seu estatuto social e das suas contribuições, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação dos medicamentos.

Quatro anos depois, em 1982, através do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, são criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), que vêm suceder às já existentes Administrações Distritais dos Serviços de Saúde (ADSS), devido às crescentes exigências da população em relação à qualidade e rapidez de resposta da saúde. Estas administrações trouxeram uma maior proximidade ao seu público alvo, maiores competências e responsabilidades reforçadas (Ministério da Saúde, 2015).

No ano de 1983, é criado o Ministério da Saúde e os “Centros de Saúde de segunda geração”. A criação deste novo ministério deve-se à crescente “importância do setor, pelo volume dos serviços, pelas infraestruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem” (Ministério da Saúde, 2011). Os Centros de Saúde de segunda geração, resultam da fusão dos primeiros centros de saúde, que estavam focados no serviço público e serviços médicos-sociais, bem como no início da carreira médica de clínica geral. Estes

serviços eram dotados de estrutura organizativa do tipo burocrático, sem capacidade de gestão institucional autónoma (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Em 1999, é estabelecido um novo regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde (Ministério da Saúde, 2011). Nesta data surgem os “Centros de Saúde de terceira geração”, que passam a possuir uma autonomia administrativa e financeira, organizam-se em unidades funcionais tecnicamente autónomas, mas funcionalmente interligadas, que concretizam a organização por pequenos grupos e o trabalho em equipa multiprofissional, garantindo uma grande proximidade e melhor acessibilidade ao cidadão (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

O Sistema de Saúde Português sofreu profundas alterações ao longo dos tempos, sendo hoje um sistema muito mais abrangente e plural, que permite que todos possam usufruir dele, independentemente do seu estatuto social. Apesar da grande evolução, é necessário que este continue a evoluir e a adaptar-se às circunstâncias do tempo. Um dos serviços que mais permitiu que a saúde fosse um bem acessível a todos e que melhorasse a qualidade da saúde em Portugal foram os centros de saúde. Estes permitiram uma proximidade da saúde aos utentes, potencializando a saúde preventiva e não reativa, o que ajudou a melhorar os indicadores da saúde em Portugal (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

3.2 Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)

Com a constante evolução dos Centros de Saúde, sentiu-se a necessidade de os estruturar de uma forma que facilitasse a sua organização e supervisão. Para isso, foi criado o Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS).

Os ACeS “são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde” (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008) e têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde, de acordo com o artigo 7º do decreto-lei 28/2008 de 22 de fevereiro, podem compreender várias unidades funcionais na sua orgânica, entre elas:

- Unidades de Saúde Familiar (USF)
- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)
- Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)
- Unidades de Saúde Pública (USP)
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)
- Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

No ponto 2 e 3 do mesmo artigo, é referido que em cada Centro de Saúde componente do ACeS funciona, pelo menos uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviço desta, e que cada ACeS tem somente uma USP e uma URAP.

As Unidades de Saúde Familiar (USF) “são pequenas unidades operativas dos CS 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” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). Estas podem ser organizadas em USF modelo A, B ou C, consoante o grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

O modelo A das USF é um modelo que permite a aprendizagem, aperfeiçoamento do trabalho em equipa na saúde familiar e que permite uma primeira abordagem à contratualização interna. Este modelo permite desenraizar o trabalho individual, a que muitas USF poderiam estar habituadas, e ajuda a desenvolver práticas de avaliação do trabalho (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

No que diz respeito ao modelo B, pressupõe-se que o trabalho em equipa seja algo comum e efetivado e que esteja disposto a uma contratualização mais exigente (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Por sua vez, o modelo C que tem como característica um contrato programa; é um modelo experimental, com carácter supletivo a regular por diploma próprio (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), à luz do disposto no artigo 10º do Decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica e têm uma dimensão idêntica à prevista para as USF (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) são unidades que, de acordo com o artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, têm como objetivo prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

As Unidades de Saúde Pública (USP) funcionam “como observatórios de saúde da população (encarada como um todo), dotadas de uma organização flexível que, graças a uma maior concentração de recursos, os rentabiliza, permitindo uma detalhada caracterização da área geodemográfica e das necessidades de saúde da população sob sua dependência, em estreita e direta articulação com os serviços e instituições prestadoras de cuidados de saúde” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) prestam “serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organizam ligações funcionais aos serviços hospitalares”. Estas unidades agrupam vários profissionais de diversas áreas, em especial de especialidades que não sejam medicina familiar e de saúde pública, os quais já se encontram integrados noutras unidades funcionais do ACeS: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e ainda outros técnicos com competências diferentes das enumeradas, que estejam ou venham a ser integrados no ACeS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

4 O Estágio

4.1 Objetivos do Estágio

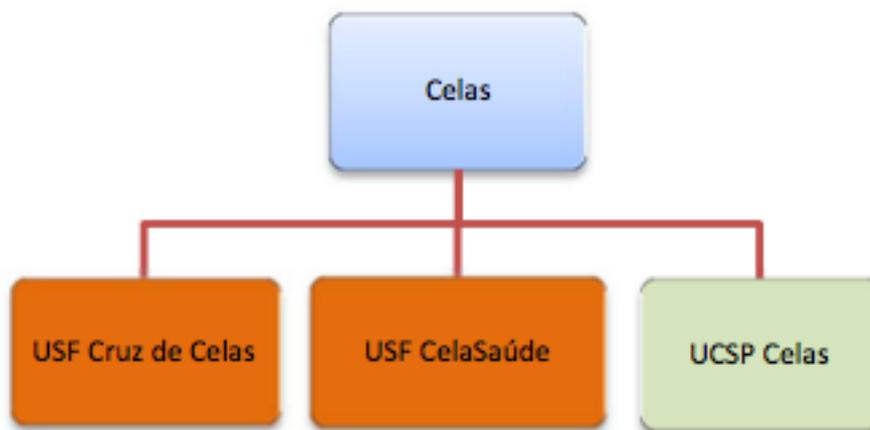
Antes de se iniciar o estágio teve lugar a assinatura do contrato programa do estágio. Neste contrato ficaram definidos os direitos e os deveres dos estagiários, bem como as áreas de envolvimento na USF.

Ficou definido que os estagiários iriam trabalhar nas áreas do marketing, elaboração de projetos para financiamento público, recursos humanos e qualidade de serviços.

4.2 Centro de Saúde de Celas

O Centro de Saúde de Celas engloba três unidades assistenciais: USF CelaSaúde, UCSP Celas e USF Cruz de Celas (Figura 6). Este centro de saúde tem como área geográfica de influência quatro freguesias do concelho Coimbra: Santo António dos Olivais (39 936 habitantes), União de Freguesias de Coimbra: S. Bartolomeu (627 habitantes), Sé Nova (6741 habitantes), Almedina (904 habitantes) e Santa Cruz (5699 habitantes), União de Freguesias de Eiras e S. Paulo de Frades (S.Paulo de Frades (5 824)) e Torres do Mondego (2 402). Estas freguesias contêm uma população de aproximadamente 62 133 habitantes.

Figura 6 - Organização do Centro de Saúde de Celas



Fonte: Plano de desempenho, Administração Regional de Saúde do Centro (2014)

4.2.1 USF CelaSaúde

A Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde surgiu oficialmente em 2009, pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego I da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro) está localizada na rua Augusto Rocha, nº 6 em Coimbra e é coordenada pela Dr^a. Maria Teresa Tomé desde fevereiro de 2011.

Esta presta cuidados de saúde a 15 413 utentes (fonte: Sinus 2014), o que representa cerca de 24,9% da população destas freguesias e 10,78% do concelho.

A 31 de dezembro de 2013 apresentava um ratio de 1 712 utentes por médico, 1 712 utentes por enfermeiro e 2569 utentes por administrativo (fonte: Sinus 31/12/2013) (Regulamento Interno, 2015).

Esta unidade é composta por 24 profissionais: 9 médicos, 9 enfermeiros e 6 secretários clínicos e 4 internos de Medicina Geral e Familiar (MGF), que prestam cuidados de saúde em parceria com os seus utentes, visando o seu bem-estar e a qualidade dos serviços (Guia

do Utente, 2013). Nesta USF são prestados diversos cuidados de saúde (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, “teste do pézinho”, administração de 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, pedidos de fisioterapia e 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 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 (o atendimento é feito por ordem de chegada);
- **Consultas de intersubstituição** – destinam-se a situações agudas que ocorram após as 17h e são efetuadas pelo médico de serviço (qualquer um dos médicos da USF).

No Regulamento Interno da USF CelaSaúde está definida a missão, a visão e os valores da instituição (Regulamento Interno, 2015).

▪ **Missão**

“A autonomia técnico-profissional e funcional baseada em pressupostos sérios e reais de gestão, o trabalho em equipa, a responsabilização partilhada de resultados, a intervenção comunitária e as novas tecnologias, levou-nos a participar num processo de organização mais elevado (USF), de forma a prestar cuidados de saúde mais eficientes, com mais qualidade e assim geradores de ganhos em saúde quantificáveis a par de profissionais motivados e participantes em todo o processo.

Os nossos pressupostos assentam na 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 profissionais e os utentes em conjunto, que fazem os Bons serviços.

O nosso lema:

“Reinventar o quotidiano – A arte de superar os objectivos”

▪ **VISÃO**

“Acreditamos que ao trabalhar em equipa, esta terá mais flexibilidade e recursos para responder adequadamente às mudanças e às necessidades no presente.

Esta unidade considera que os seus profissionais, pelas suas aptidões e atitudes são o seu recurso mais importante. São envolvidos e são-lhe delegados poderes. Sentem-se responsáveis pelos utentes e são estes quem os avalia, em primeira linha (ao invés dos serviços tradicionais).

Toda a organização flui no sentido dos clientes (dedicados, educados, zangados, prepotentes...) ou do hipotético cliente numa óptica de antecipação de necessidades, da solução do problema e outras ofertas, com o intuito de lhe agradar.

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 um atendimento 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, perspectivando-se num papel proactivo, atingindo os objectivos da organização e cumprindo a sua visão.”

▪ **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 dos processos em causa, 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.

Pensamos que o que nos move no dia-a-dia, se encontra assim contemplado no artigo 5º do DL 298/2007 das USF:

As USF devem orientar a sua atividade pelos seguintes princípios:

a) Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descuidar os objectivos de eficiência e qualidade;

- b) Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- d) Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
- e) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do centro de saúde;
- f) Avaliação, que, sendo objectiva e permanente, visa a adopção de medidas corretivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de ação;
- g) Gestão participativa, a adoptar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.”

4.3 Estrutura da USF CelaSaúde

Tal como foi referido, as USF têm autonomia organizativa, funcional e técnica, podendo decidir a sua forma organizativa, não sendo esta vinculativa para as outras unidades, permitindo a qualquer uma decidir a estrutura que mais se adequa aos seus profissionais e aos seus utentes.

A estrutura interna da USF CelaSaúde é composta pela coordenação, conselho geral, conselho técnico, por grupos de trabalho, por outros órgãos de apoio, por equipas nucleares e por equipas espelho (Regulamento Interno, 2015).

A **Coordenação** da USF CelaSaúde está à responsabilidade da Dr^a. Maria Teresa Tomé, médica especialista em Medicina Geral e Familiar, cujas responsabilidades, competências e delegações estão definidas pelo Decreto-Lei 298/2007 das USF. Cabe à coordenadora orientar todas as atividades da equipa multidisciplinar, de modo a garantir o cumprimento do plano de ação e os princípios orientadores da atividade da USF. É também função desta gerir os processos e determinar os atos necessários ao seu desenvolvimento, presidir ao conselho geral da USF, assegurar a representação externa da USF e assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o plano de ação e o relatório de atividades. Tem também que autorizar comissões gratuitas de serviço no País. A coordenadora possui um

período de 90 minutos semanais (segunda-feira das 15 às 16 horas e 30 minutos), em que se encontra disponível para contactos com os profissionais da equipa ou com os utentes que o solicitem, bem como quinze minutos diariamente, no início da manhã, de terça-feira a sexta-feira. Na sua ausência será substituída pela Dr^a. Emília Nina, também ela especialista em Medicina Geral e Familiar (Regulamento Interno, 2015).

O **Conselho Geral (CG)** é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional e tem competências para aprovar o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de ação, o relatório de atividades e o regulamento de distribuição dos incentivos institucionais, para aprovar a proposta da carta de compromisso, para zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de ação, para propor a nomeação do novo coordenador, para aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional e para pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos e disponibilizados à USF. Todas as 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 (Regulamento Interno, 2015).

O **Conselho Técnico (CT)** é composto pela Dr^a. Emília Nina, médica especialista em MGF, e pela Enfermeira Ana Paula. Os elementos que compõem este conselho são escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional e, por norma, são os elementos detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários.

Compete ao Conselho Técnico 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-lhe avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa, elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas, organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação e dar apoio nas diferentes áreas aos grupos de trabalho (criados com a finalidade de dinamizar diferentes áreas), designados por núcleos facilitadores. Estes grupos: Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Hipertensão Arterial, Diabetes, Domicílios, Vacinação, Comissão de Infecção, Aprovisionamento e Stocks, Candidatura a Acreditação, Outras Candidaturas e

Organização de Eventos, têm como atividades principais monitorizar periodicamente os indicadores nas diferentes áreas e apresentar trimestralmente os resultados, nas reuniões do conselho geral, para análise e tomadas de decisão relativamente a planos de atuação e protocolos. Eles possuem um porta-voz que tem de estar coordenado com o CT e com o Coordenador.

O Conselho Técnico reúne, pelo menos, uma vez por mês ou a pedido de um dos seus elementos (Regulamento Interno, 2015).

Os **Outros Órgãos de Apoios** são estruturas criadas para prestar auxílio ao funcionamento da USF nas áreas de Enfermagem, Planeamento e Controlo, Informática, Gestão de Recursos Humanos, Relações Públicas, Inovação dos Serviços e Consultadoria de Imprensa, entre outros.

As **Equipas Nucleares** (Anexo 1) são compostas por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico. Estas equipas são responsáveis pelos utentes, que são atribuídos ao médico de família. No caso dos utentes não poderem ser atendidos pela sua equipa nuclear, são atendidos pela **Equipa Espelho** (Anexo 2), que é responsável por substituir as equipas nucleares em caso de impossibilidade de prestar o serviço. Estas equipas advêm de uma cultura de interdisciplinaridade, de intersubstituição e de complementaridade, princípios que a equipa alargada desta USF considera imprescindível ao seu bom funcionamento.

Este modelo organizacional privilegia a autonomia e a responsabilização, e fomenta a interação participativa com os cidadãos, baseada numa gestão descentralizada orientada para as pessoas, participativa e assente em objetivos. Trata-se de um relacionamento horizontal entre os profissionais e as equipas, em que cada um contribui com os seus conhecimentos, competências e criatividade, sentindo-se corresponsável no processo de mudança, colaborando na definição das estratégias e atividades necessárias ao sucesso da organização (Regulamento Interno, 2015).

4.4 Principais tarefas realizadas

O meu estágio na USF CelaSaúde teve início a 1 de setembro de 2014, tendo sido antecedido por uma pequena reunião, liderada pela coordenadora da USF e também

coordenadora de estágio Dr^a. Maria Teresa Tomé, com os estagiários que iriam assumir funções na unidade. Nessa reunião foi feita uma breve apresentação dos candidatos e da coordenadora, foi apresentada a estrutura da saúde a nível nacional mas mais pormenorizadamente as USF e o SNS, a unidade, tal como surgiu, pelo que passou e para onde quer caminhar e a equipa que a compõe.

Após estas noções mais gerais, foi apresentado o trabalho dos estagiários anteriores, os trabalhos pendentes, as conclusões e o que era necessário renovar. Foram ainda abordadas as principais tarefas a desenvolver durante o estágio curricular, abordando principalmente as áreas de marketing, qualidade, projetos e recursos humanos. Foi referido que o trabalho seria conjunto nas diferentes áreas, sendo posteriormente concentrado mais numa área de acordo com as necessidades da USF.

Inicialmente, foram apresentadas as áreas anteriormente referidas mas foi pedido um foco especial na qualidade dos recursos humanos, na acreditação da USF e na qualidade dos serviços.

Aquando do início do estágio, uma das primeiras tarefas proposta foi a análise dos indicadores da USF. Como já foi referido, a USF CelaSaúde encontra-se no modelo B, que impõe que sejam contratualizados indicadores e metas. Após essa contratualização, a unidade pode ir monitorizando mensalmente a sua evolução e no final do ano civil, a USF pode perceber se atingiu ou não as metas que lhe foram propostas. Esta monitorização é facilitada pelo sistema informático SIARS¹.

Mensalmente foi efetuada uma análise da evolução dos indicadores para posterior apresentação aos médicos e enfermeiros da situação atual dos indicadores. Por vezes, os indicadores podiam conter erros, ou valores que não fossem concordantes com as perspetivas, visto tratarem-se de percentagens e de permilagens. Para verificar se esses erros existiam, foi necessário aceder aos Bilhetes de Identidade (BI) dos indicadores. O BI é o documento onde é especificado tudo sobre os indicadores, desde a forma de cálculo manual, passando pela forma de inserção no sistema informático, até à sua descrição.

¹ 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)

Posteriormente à análise dos indicadores, foi pedida a construção de tabelas com todos os indicadores contratualizados, identificação dos indicadores em pior estado e criação de uma apresentação *PowerPoint* com gráficos de evolução dos indicadores de cada médico, enfermeiro e da USF no ano anterior, para apresentar em conselho geral.

Na reunião do conselho geral, apresentou-se o *PowerPoint*, explicando-se onde é que cada médico e enfermeiro poderia evoluir de forma a ajudar a USF, tirou-se dúvidas sobre as regras e formas de cálculo dos indicadores, explicou-se os métodos de inserção dos dados no sistema informático, consciencializando os colaboradores para a importância de obter bons resultados nos indicadores de modo a trazer benefícios para o USF, médicos, enfermeiros e secretariado clínico.

Além das tabelas e gráficos com os indicadores contratualizados, criou-se outras tabelas com os mesmos indicadores mas com uma especificidade; calculou-se o esforço necessário que cada médico e enfermeiro teria de exercer consoante o tempo laboral disponível até final do ano para que a meta do indicador fosse atingida e com estes cálculos criou-se gráficos de evolução e de esforço.

Sensivelmente a meio do estágio, o Ministério da Saúde informou as USF que iria retirar das listagens todos os utentes “não-frequentadores”, ou seja, aqueles que não tinham nenhum contato efetuado no sistema nos últimos três anos. Esta medida não seria benéfica nem para as USF nem para os utentes, pois perderiam o seu médico de família.

Para resolver este problema, e visto o Ministério não disponibilizar a lista de “não-frequentadores”, utilizou-se o sistema informático, com a ajuda da Dr^a. Maria Teresa Tomé e acedeu-se aos utentes que não frequentavam os serviços há mais de três anos. Após a criação da lista de “não-frequentadores”, os utentes foram contactados via telefone e foi-lhes feito um questionário para uma consulta não presencial. Nesse questionário o utente responderia relativamente ao seu peso e altura, hábitos tabágicos e alcoólicos, vacinação, entre outros (Anexo 3).

Realizou-se também uma auditória interna através da grelha DiOr-USF (Anexo 4). Esta é uma análise efetuada normalmente por todos os estagiários para verificar se existem não conformidades e que permite perceber se a USF contempla todos os procedimentos necessários, documentação para os suportar e informação necessária. Após esta análise,

pode-se corrigir o que estiver incorreto e perceber se esta está preparada para receber a auditoria do Ministério da Saúde.

Posteriormente, decidiu-se criar o Diário de Elogios, tendo por base o caderno de elogios disponível na USF. Nesse caderno os utentes podem fazer elogios, sugestões e até mesmo reclamações, apesar de existir um mecanismo oficial para o fazer, podem também fazer referencia neste caderno.

O diário de elogios contempla uma digitalização de todas as páginas do caderno, com um realce dos comentários mais interessantes para que se possa analisar a perceção do serviço por parte dos utentes. Ao mesmo tempo, foi analisada a “Caixa de Sugestões” e os resultados foram comparados com os dos anos anteriores.

A pedido da orientadora, no final do estágio, foi realizado um questionário aos profissionais, similar a uma análise SWOT (*Strenght, Weaknesses, Opportunities e Threats*). Por já se ter concluído o estágio, este documento foi entregue em bruto à orientadora para sua análise, tendo os estagiários apenas se limitado a compilar as respostas dos profissionais. Esta análise serviu para a coordenadora comparar com um estudo anterior e perceber os problemas que foram superados, os que apareceram e os que se mantiveram.

Durante o estágio assistiu-se na FEUC (Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra) ao Ciclo de Seminários do CEISUC (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra), na FEUC, sobre Governação em Saúde e ainda se assistiu à apresentação do livro “Serviço Nacional de Saúde para uma Conversação Construtiva”.

Por fim, uma das últimas tarefas realizadas foi a elaboração do “Manual da Acreditação”. Neste manual está descrito o que é a acreditação e tudo o que a envolve, estão descritos todos os processos e procedimentos da unidade, estando também anexados todos os documentos que comprovam esses procedimentos. Aos procedimentos que não dispunham de suporte foi-lhes criado um de raiz. Este manual apesar de não estar concluído foi apresentado aos profissionais para poderem ter uma noção dos procedimentos de uma empresa acreditada.

5 Indicadores de Performance dos Recursos Humanos na USF – CelaSaúde

Neste capítulo aborda-se a principal tarefa desenvolvida durante o estágio e que se relaciona com a recolha, análise e tratamento de indicadores para uma melhoria da qualidade do serviço prestado pelos Recursos Humanos.

5.1 Enquadramento

A USF CelaSaúde, como foi referido anteriormente, passou recentemente para o Modelo B, sendo esperado que este tipo de USFs tenham o trabalho em equipa bastante enraizado e seja algo comum, e que estejam dispostos a aceitar uma contratualização mais exigente que permita um maior controlo.

No início de cada ano, por volta do mês de fevereiro, a USF CelaSaúde e muitas outras, contratualizam os seus objetivos para o ano seguinte, através de uma Carta de Compromisso (Anexo 6). Essa carta vincula a USF ao cumprimento do Plano de Ação e do Compromisso Assistencial Contratualizado, que contempla os seguintes aspetos (CARTA DE COMPROMISSO – Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde, 2014):

- Assegurar o cumprimento dos princípios de conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa, estabelecidos para as USF pelo artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto;
- Assegurar os tempos máximos de resposta garantidos previstos para o âmbito dos Cuidados de Saúde Primários na Portaria n.º 1529/2008, e dar cumprimento à Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, que define os Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde;
- Assegurar o cumprimento dos serviços mínimos estabelecidos no regulamento interno da USF nas situações previstas no nº 1 do artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto;

- Assegurar o cumprimento dos objetivos de desempenho para a carteira básica de serviços e eventual carteira adicional de serviços - Anexo II – onde constam os respectivos indicadores com as metas negociadas.

5.2 Carta de Compromisso

A Carta de Compromisso é a base de avaliação do trabalho da USF e dos seus profissionais. As unidades de saúde têm a possibilidade de ir monitorizando mensalmente os resultados dos indicadores e respetivo cumprimento das metas que contratualizaram através de um ficheiro *excel* fornecido pelo SIARS. A monitorização mensal permite perceber a evolução das equipas profissionais e da USF ao longo dos meses, onde se está a melhorar ou a errar e onde é preciso focar os esforços para que se chegue ao final do ano sem grandes surpresas relativamente ao cumprimento das metas propostas.

Quando a USF contratualiza indicadores, está a contratar em três áreas distintas: institucionais, financeiros e específicos. Cada uma destas áreas contempla diversos indicadores que vão ser avaliados; e posteriormente, conforme os valores que atinjam vão gerar, ou não, um retorno financeiro para os profissionais e instituição, consoante a sua categoria.

5.2.1 Indicadores Institucionais

Os Indicadores Institucionais vão gerar retorno para a instituição. As equipas de médicos, enfermeiros e técnicos, têm de trabalhar em conjunto para atingir as metas dos indicadores propostos e garantir incentivos institucionais que podem ser gastos em favor da unidade. Este tipo de indicadores contêm quatro eixos de avaliação: eixo nacional, eixo regional, eixo local (ACES) e eixo local (USF). No que diz respeito ao primeiro eixo, existem doze indicadores a nível nacional capazes de avaliar ganhos em saúde, sendo a soma das ponderações destes indicadores de 62,5% (Figura 7).

Figura 7 - Indicadores Institucionais contratualizados pela USF CelaSaúde

Tipo	Código SIARS	Nome do Indicador	Área Clínica	Ponder.	Meta
Eixo Nacional				62,5%	
Acesso	2013.006.01	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	4,5%	88,0%
	2013.004.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	3,0%	155,0%
Desempenho Assistencial	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	S. Materna	4,5%	18,0%
	2013.052.01	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	SM/PF	5,0%	39,0%
	2013.058.01	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanhamento adequado	S. Inf. Juv.	6,0%	56,3%
	2013.056.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	S. Mental	2,0%	60,0%
	2013.047.01	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	Transversal	2,5%	64,9%
	2013.020.01	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Hipertensão	3,0%	63,6%
	2013.039.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	Diabetes	3,0%	65,6%
Satisfação	--	Satisfação de utilizadores de unidades funcionais	Transversal	5,0%	-
Eficiência	2013.070.01	Despesa medicamentos prescritos, por utiliz. (PVP)	Transversal	16,0%	171,80€
	2013.071.01	Despesa MCDTsprescrit., por utiliz. (p. conv.)	Transversal	8,0%	63,00€
LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; S. Inf. Juv. – Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar.					

Fonte: Carta de Compromisso 2014

O eixo regional é constituído por quatro indicadores escolhidos pela ARS, que vão de encontro aos programas regionais ou das prioridades da saúde definidas regionalmente e que não tenham ficado colmatadas pelos indicadores do eixo nacional. A soma das ponderações dos indicadores perfaz 15% (Figura 8).

Figura 8 - Indicadores Institucionais contratualizados pela USF CelaSaúde

Eixo Regional				15,0%	
Desempenho Assistencial	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular últ. 3 anos	Hipertensão	1,7%	16,3%
Desempenho Assistencial	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	Hipertensão	6,6%	23,0%
Desempenho Assistencial	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado	Diabetes	5,0%	30,3%
Caracterização	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	Respiratório	1,7%	2,0%

Fonte: Carta de Compromisso 2014

Qualidade do Serviço e Recursos Humanos

O eixo local vai de encontro às intenções do ACES, que em conjunto com a ARS, tem a possibilidade de definir dois indicadores que vão ao encontro das necessidades locais e não tenham sido colmatados pelos eixos anteriores. A soma destas ponderações atinge os 7,5% (Figura 9).

Figura 9 - Indicadores Institucionais contratualizados pela USF CelaSaúde

Eixo Local - ACES			7,5%		
Desempenho Assistencial	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	SM/PF	6,2%	52,0%
Desempenho Assistencial	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11; 14[anos	S. Inf. Juv.	1,3%	60,0%

Fonte: Carta de Compromisso 2014

Por fim, o eixo local da USF onde a unidade escolhe quatro indicadores de acordo com as suas necessidades e que não tenham sido colmatados pelos eixos anteriores, perfaz 15% a soma das ponderações (Figura 10).

Figura 10 - Indicadores Institucionais contratualizados pela USF CelaSaúde

Eixo Local - USF			15,0%		
Desempenho Assistencial	2013.026.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	Hipertensão	3,0%	95,0%
Desempenho Assistencial	2013.028.01	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário	S. Inf. Juv.	3,0%	98,0%
Desempenho Assistencial	2013.053.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	S. Mental	3,0%	56,3%
Desempenho Assistencial	2013.074.01	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codific. ICPC-2	Transversal	6,0%	94,2%

Fonte: Carta de Compromisso 2014

No final do ano, após a avaliação final, pode-se calcular os retornos institucionais que a USF CelaSaúde pode reclamar, através do cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG). Este índice calcula-se através do Grau de Cumprimento do Indicador em Relação à

Meta Contratualizada (GCIRM), isto é o valor obtido pela USF num dado indicador sobre o valor da meta. Após o cálculo do cumprimento tem que se calcular o Grau de Cumprimento Ajustado do Indicador (GCAI), balizando o valor obtido entre um limite superior e inferior. Esse valor tem que cumprir três limites, que podem variar para alguns indicadores mais específicos:

- Se o grau de cumprimento do indicador for inferior a 90%, o grau de cumprimento ajustado é igual a 0%;
- Se o grau de cumprimento do indicador for igual ou superior a 90% e inferior a 110%, o grau de cumprimento é igual ao próprio valor;
- Se o grau de cumprimento do indicador for superior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é 110%.

Posteriormente, o IDG calcula-se multiplicando o GCAI de cada indicador e a ponderação que está afeta a cada um, somando-se no fim todos os indicadores. Sempre que o IDG for inferior a 75%, não há lugar a retribuições institucionais. Caso este esteja entre 75% e 100%, a atribuição de incentivos corresponde ao produto do IDG pelo valor máximo dos incentivos (20.000€).

5.2.2 Indicadores Financeiros

Os indicadores financeiros vão gerar retorno para os enfermeiros e para os assistentes técnicos. Apesar de estes indicadores só gerarem retorno para estes dois grupos de profissionais, é vital o trabalho em equipa com os restantes funcionários, algo que é essencial no modelo B, como já foi referido.

A atribuição de incentivos financeiros vai depender da concretização das metas contratualizadas referentes às atividades decorrentes de vigilância de mulheres em planeamento familiar (PF) e grávidas, de vigilância de crianças desde o nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de utentes diabéticos e hipertensos, rastreio oncológico, vacinação e acessibilidade (Metodologia de Contratualização, 2014) (Figura 11).

Figura 11 - Indicadores Financeiros contratualizados pela USF CelaSaúde

Tipo	Área Clínica	Código SIARS	Nome do Indicador	Meta
Desempenho Assistencial	SM/PF	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	44,0%
	Saúde Materna	2013.012.01	Proporção grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.	50,0%
		2013.013.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	23,5%
		2013.050.01	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	55,0%
	Saúde Infantil e Juvenil	2013.015.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	18,0%
		2013.016.01	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	66,7%
		2013.017.01	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	69,0%
		2013.027.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A	98,0%
	Hipertensão	2013.018.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	88,4%
		2013.019.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	66,0%
	Diabetes	2013.035.01	Proporção DM com exame pés último ano	72,5%
		2013.036.01	Proporção DM c/ cons. enf. e gestão RT último ano	20,3%
		2013.037.01	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	76,0%
	Rastreio Oncológico	2013.045.01	Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpoc. (3 anos)	55,0%
	Saúde de Adultos	2013.098.01	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	82,0%
Transversal	2013.033.01	Proporção inscritos > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	68,0%	
Acesso	Transversal	2013.099.01	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	80,0%

Fonte: Carta de Compromisso 2014

No final do ano, a USF pode avaliar a sua prestação e saber se cumpriu ou não as metas a que se propôs nos indicadores financeiros. Para isso, a unidade tem que ter na sua posse os dados do último mês do ano. A avaliação dos indicadores financeiros é feita através de uma escala de zero, um e dois. Se para um dado indicador o grau de cumprimento for inferior a 80%, diz-se que esse indicador não atingiu a meta e classifica-se com **zero**; no caso do indicador atingir um cumprimento da meta entre 80% e 90%, diz-se que o indicador quase atingiu a meta, classificando-o com um **um**. Por fim, se o indicador atingir um cumprimento da meta superior a 90%, diz-se que o indicador cumpriu a meta e atribui-se a classificação de **dois**.

Posteriormente a esta análise individual dos indicadores, procede-se à soma das respetivas classificações. Se a USF obtiver uma pontuação igual ou superior a **trinta**, as retribuições são atribuídas na sua totalidade (100%); no caso de obter uma pontuação entre **vinte e cinco** e **vinte e nove** as retribuições são atribuídas em 50% e para os outros casos não existe lugar à atribuição de incentivos (CARTA DE COMPROMISSO – Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde, 2014).

Cada enfermeiro pode receber no máximo 3.600€ e cada assistente técnico pode receber até 1.150€, consoante a classificação que obtenham (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

5.2.3 Indicadores das Atividades Específicas

Os indicadores das atividades específicas podem vir a representar a remuneração a ser atribuída aos profissionais médicos. Este tipo de remuneração é determinado pelo número de unidades contratualizadas (UC) das seguintes atividades: Planeamento Familiar, Grávidas, Saúde Infantil no primeiro ano, Saúde Infantil no segundo ano, Hipertensos e Diabéticos.

Para este cálculo, os médicos trabalham em equipa e as UC de cada um são somadas com as dos colegas, resultando o número total de UC. Posteriormente, o número de UC total é dividido pelo número de médicos em tempo completo, obtendo-se uma média de UC, que corresponde a um número de unidades contratualizadas a receber, que originará um valor mensal a receber por médico (Figura 12).

Figura 12 - Remunerações Associadas às Atividades Específicas

(MÉDICOS)

Dimensão ponderada resultante das Atividades Específicas		Nº de Unidades Contratualizadas a receber	Valor Mensal a receber (Euros)
De...	Até...		
	54	+0	
55	109	+1	130
110	164	+2	260
165	219	+3	390
220	274	+4	520
275	329	+5	650
330	384	+6	780
385	439	+7	910
440	494	+8	1.040
495	549	+9	1.170
550	604	+10	1.300
605	659	+11	1.430
660	714	+12	1.560
715	769	+13	1.690
770	824	+14	1.820
825	879	+15	1.950
880	934	+16	2.080
935	989	+17	2.210
990	1.044	+18	2.340
1.045	1.099	+19	2.470
1.100		+20	2.600

Exemplo: Numa USF com seis médicos em que o número de unidades ponderadas resultante das actividades específicas de toda a equipa é de 3300 UP:

-Cada médico irá receber mensalmente €1300,00 (3410 UP : 6 = 568 UP \diamond 10 UC).

-No caso de um dos médicos ter regime de tempo parcial, cada médico em tempo completo receberá €1430,00 (3410 UP : 5,5 = 620 UP \diamond 11 UC) e o médico em tempo parcial 50% deste valor €715,00 (€1430,00 x 0,5).

Fonte: Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF – Modelo B

Este tipo de indicadores é difícil de calcular e de ser acompanhado pela USF pois o SIARS não disponibiliza mensalmente os valores dos indicadores, dificultando o cálculo e o acompanhamento. A USF só fica a saber os resultados no último mês do ano, quando é disponibilizado o último ficheiro do SIARS, não dando margem para haver melhorias.

5.3 Indicadores - Tarefas desenvolvidas

Ao longo do estágio foi possível trabalhar diretamente com os recursos humanos da USF CelaSaúde e desenvolver uma estratégia de melhoria contínua do serviço.

No início do estágio, os indicadores não estavam muito trabalhados, eram apenas recolhidos os resultados e comunicados aos profissionais, não só porque existiam outras prioridades naquele momento, mas também porque nessa data havia seis meses de ficheiros de indicadores em atraso por parte da ACSS, tornando difícil a análise dos mesmos.

Desde o início, que uma das prioridades foi a análise dos indicadores para prestar mais e melhores serviços.

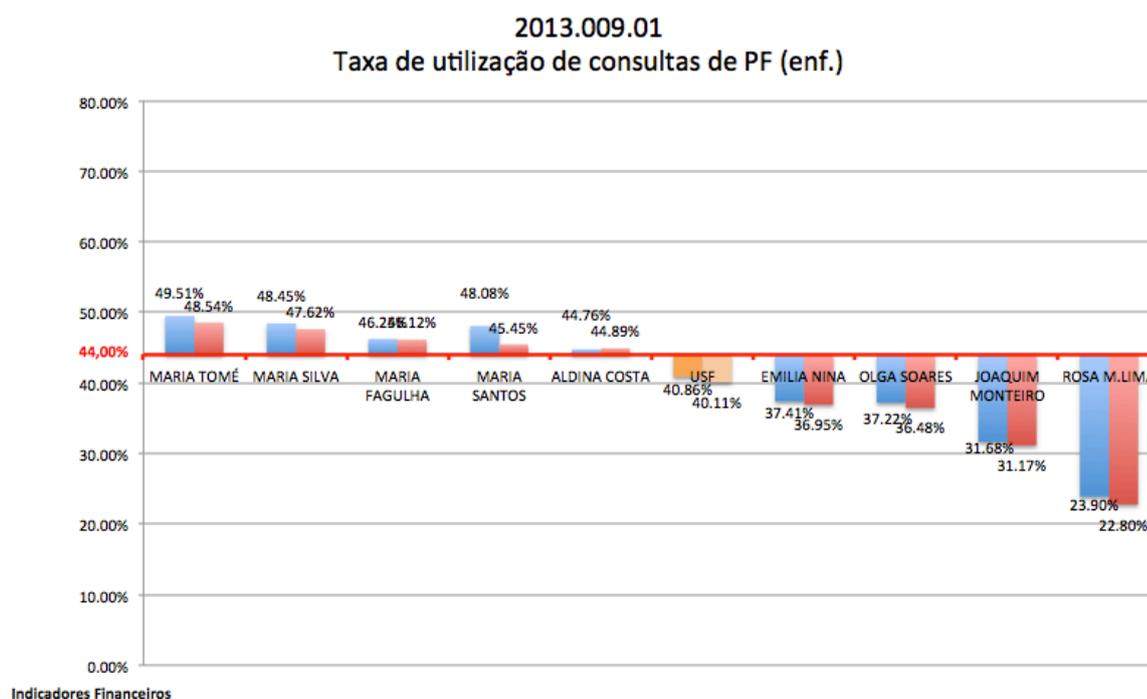
Através da análise dos indicadores institucionais e financeiros, foi possível perceber em quais é que a USF e as equipas profissionais estavam pior, em quais seria necessário investir mais para atingir as metas e quais precisavam de manter. Após estes cálculos de cumprimento da meta, foi possível elaborar um documento *excel* com a descrição do valor atingido pela USF, por cada equipa profissional (representada pelo nome do médico) num determinado mês, se o indicador em questão estava ou não cumprido consoante a meta contratada. Este é calculado pelo número total de utentes que cada médico ou USF apresenta para um determinado indicador (denominador), sendo o numerador, o número de utentes que cumprem os requisitos do indicador.

Em setembro, no primeiro mês de estágio, procurou-se mostrar aos profissionais, através de tabelas e gráficos (Figura 13 e 14), aos profissionais como estava a evolução dos indicadores nos meses anteriores ao estágio.

Figura 13 - Exemplo da análise dos indicadores financeiros nos meses de junho e julho

ID	Cód ind	Cód SIARS	Fx/ FI	Nome Indicador	Meta USF 2014	Resultado Junho 2014 SIARS			Resultado Julho 2014 SIARS		
						Num.	Den.	Valor	Num.	Den.	Valor
9	3.22.02	2013.009.01	FL	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)							
				MARIA TOMÉ	44,00%	255	515	49,51%	250	515	48,54%
				MARIA SILVA	44,00%	203	419	48,45%	200	420	47,62%
				MARIA FAGULHA	44,00%	191	413	46,25%	190	412	46,12%
				MARIA SANTOS	44,00%	163	339	48,08%	155	341	45,45%
				ALDINA COSTA	44,00%	188	420	44,76%	189	421	44,89%
				USF	44,00%	1 605	3 928	40,86%	1 578	3 934	40,11%
				EMILIA NINA	44,00%	202	540	37,41%	201	544	36,95%
				OLGA SOARES	44,00%	169	454	37,22%	166	455	36,48%
				JOAQUIM MONTEIRO	44,00%	147	464	31,68%	144	462	31,17%
				ROSA M.LIMA	44,00%	87	364	23,90%	83	364	22,80%

Figura 14 - Exemplo de gráfico com os resultados da análise dos meses de junho e julho



Com esta análise constatou-se que alguns indicadores estavam bastante abaixo da meta pois existiam profissionais que tinham uma baixa percentagem. Como é visível nas duas figura anteriores, além da USF que ainda não atingiu a meta contratualizada, existem quatro equipas de profissionais que não estavam a atingir o indicador das “taxas de utilização de consultas de planeamento familiar (PF)”. Algumas destas equipas estavam a

uma certa distância da meta pelo que, apesar de haver cinco equipas acima da meta, a meta não fosse atingida.

Para contrariar esta tendência, no mês seguinte foi necessário adaptar a estratégia e tentar fazer entender aos profissionais onde estavam a errar (por vezes poderia ser um erro informático), criando-se para isso uma nova tabela, onde se calculou o esforço que eles necessitavam de despender, isto é, o número de utentes que teriam de ver por dia de cada indicador, até ao final do ano (Figura 15).

Figura 15 - Exemplo do cálculo de esforço para atingir os indicadores

ID	Cód ind	Cód SIARS	FX/FL	Nome Indicador	Meta USF 2014	Simulação Meta USF 2014	Resultado Setembro 2014 SIARIS			Valor num. para superar	Quanto falta para atingir	Utentes/dia (1 meses)	Utentes/dia (1 meses) Arred.
							Num.	Den.	Valor				
9	3.22.02	2013.009.01	FL	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)									
				MARIA TOMÉ	44,00%	46,00%	258	517	49,90%	OK	-	-	-
			MARIA SILVA	201			418	48,09%	OK	-	-	-	-
			MARIA FAGULHA	199			414	48,07%	OK	-	-	-	-
			MARIA SANTOS	154			342	45,03%	157	3	0,151	1	
			ALDINA COSTA	188			419	44,87%	193	5	0,215	1	
			USF	1 590			3 936	40,40%	1 811	221	10,025	11	
			OLGA SOARES	164			456	35,96%	210	46	2,080	3	
			EMILIA NINA	189			547	34,55%	252	63	2,846	3	
			JOAQUIM MONTEIRO	159			464	34,27%	213	54	2,475	3	
			ROSA M.LIMA	78			359	21,73%	165	87	3,961	4	

Através desta análise de esforço, percebeu-se que se conseguiria atingir os indicadores, definindo-se a melhor estratégia para abordar os mesmos. Olhando para a figura anterior, é possível observar que os médicos que estão abaixo da USF, não atingiram a meta. Para esses, foi calculada a taxa de esforço, como se pode ver na coluna do "valor do numerador para superar", onde é apresentado o valor que a equipa deveria ter para superar a meta. Após este cálculo, na coluna "quanto falta para atingir", é apresentado o valor de utentes que é necessário observar para atingir a meta e na coluna seguinte é apresentado quantos utentes a equipa tem de observar por dia útil até ao final do ano.

Mensalmente, após a análise dos indicadores, comunicou-se às equipas a sua situação, através de reuniões, procurando-se sensibilizar os profissionais para o esforços que tinham que despender para atingir as metas a que a USF se propunha.

Os indicadores são uns dos barómetros da qualidade nas USF, que permitem ter uma perceção da qualidade dos profissionais e da USF. Por norma, quanto mais elevado for o

Qualidade do Serviço e Recursos Humanos

nível do indicador, mais elevada será a qualidade da prestação do serviço. Para essa qualidade ser elevada, é necessário ter as melhores pessoas que irão prestar um melhor serviço.

6 Avaliação Crítica

A reorganização dos centros de saúde, resultante da reforma dos cuidados de saúde primários, passando da centralização do poder, para uma rede de equipas com responsabilidade própria, em função dos processos e dos resultados, levou a uma descentralização do poder para os novos agrupamentos do ACeS (Portaria nº 377-A/2013).

Com esta reorganização, os centros de saúde tornaram-se cada vez mais responsáveis pela organização da saúde, pela melhoria contínua dos seus serviços e pela manutenção de cuidados de uma elevada qualidade a nível local. Para que isto aconteça da melhor forma, é necessário potencializar os seus recursos de modo a aumentar e melhorar os seus resultados, não só para bem da unidade, mas também para o bem dos utentes que vão usufruir dos serviços. Assim, é impreterível que haja uma sinergia entre todas as equipas de profissionais, de modo a identificar os aspetos negativos e a melhorá-los, mas também a identificar os aspetos positivos e procurar manter ou aumentar ainda mais o seu nível.

Para que exista um elevado nível de qualidade nos seus resultados, é necessário um bom acompanhamento dos recursos humanos da unidade, pelo que é essencial desenvolver e aproveitar instrumentos que facilitem essa avaliação, como por exemplo indicadores que permitam aumentar a qualidade em saúde.

Sendo uma prestadora de serviços, a USF deverá preocupar-se em satisfazer os clientes e procurar atingir as metas a que se propôs. Os indicadores são um exemplo de um instrumento que permite medir a qualidade dos serviços prestados ao longo do tempo, sendo que através da sua análise pode-se melhorar a qualidade do serviço.

Como foi referido anteriormente, Zeithaml, Bitner e Gremler (2011) definiram uma estratégia que permite criar uma mão-de-obra focada no cliente e voltada para o serviço. Essa estratégia pressupõe quatro aspetos importantes: contratar as pessoas certas, desenvolver as pessoas de modo a que possam prestar serviços de qualidade, disponibilizar os sistemas de suporte necessários e reter os melhores funcionários. Por outro lado, Kohli e Jaworski (1993), desenvolveram estudos, que são hoje clássicos, que permitem medir a orientação de uma empresa para o mercado através do conhecimento das necessidades

atuais e futuras dos clientes, da propagação do conhecimento horizontal e vertical dentro da organização, e das ações e da capacidade de resposta da organização ao conhecimento do mercado. A USF CelaSaúde, tendo em vista a melhoria da qualidade do seu serviço e a consequente melhoria dos indicadores, deveria preocupar-se em implementar essas estratégias que permitiriam uma melhoria nos recursos humanos e conseqüentemente na qualidade do serviço. Aplicando estes estudos à USF CelaSaúde, chegou-se a várias conclusões relativamente à qualidade de serviço e à sua dinâmica interna.

A estratégia da contratação das pessoas certas na USF é de difícil aplicação, pois as contratações de funcionários são feitas pelo Estado, o que limita a escolha de profissionais. Contudo, a unidade pode escolher e tentar atrair os melhores profissionais de entre os funcionários previamente contratados. Assim, quando a USF pretende recrutar novos profissionais, pode procurar pessoas que conheçam a unidade e que já estejam integradas na sua visão, como por exemplo, profissionais que tenham passado pela USF em estágios curriculares e onde se tenham denotado não só competências técnicas mas interacionais. Uma vez que a USF, por si só, não permite grande progressão na carreira profissional, pois está dependente do Estado, para tentar ser o empregador favorito, a USF, tenta ao máximo dar liberdade no exercício das suas funções aos profissionais, permite a flexibilidade laboral para imprevistos e formação profissional, possibilita que cada profissional usufrua de um gabinete próprio, dispõe de um local para convívio e organiza saídas da unidade para conhecimento de outras USF e lazer.

Uma vez que, por norma só há treino quando surge uma dúvida com o sistema informático ou qualquer outro sistema de apoio, as habilidades técnicas dos profissionais são pouco desenvolvidas, pelo que a USF deveria fazer uma maior aposta no desenvolvimento pessoal de cada funcionário. Estas habilidades são adquiridas com a prática do serviço, no entanto deveriam existir sessões de esclarecimento e formação para reduzir a margem de erro. Por exemplo, ao logo do estágio foi notória a dificuldade de adaptação de alguns profissionais ao sistema informático, que compila os dados e fornece os resultados para o cálculo dos indicadores. As habilidades interativas também são pouco treinadas, corrigindo-se apenas quando algo corre mal, o que não é ideal visto este tipo de habilidades ser importante para a qualidade do serviço. Quanto ao desenvolvimento das habilidades na sua área de especialização, a USF não promove nenhum tipo de formações, mas permite que os seus funcionários tenham flexibilidade para assistir a formações

externas. Resumindo, a USF deveria apostar na formação e desenvolvimento das habilidades dos seus profissionais, pois este é um dos pontos fundamentais da prestação de serviço e interação com o cliente.

Os profissionais sentem que lhes é dado poder decisório, não só a nível médico, como de enfermagem, mas também no secretariado clínico, sabendo que têm autonomia para satisfazer o utente da melhor forma que eles achem viável, não tendo restrições a nível de prescrição de exames e tendo autonomia para decidir qualquer situação relativa aos utentes. Esse poder decisório não está só definido oralmente mas está também descrito em diversos documentos que evidenciam os processos da USF. Um grande ponto forte da USF é o trabalho de grupo e espírito familiar; a unidade tem profissionais que se apoiam em diversas situações para ajudar o colega e para promover um serviço de qualidade, o que é visível principalmente entre as equipas.

Para tentar promover o bom funcionamento interno, a unidade procura promover auditorias internas, para saber a qualidade dos seus serviços através da Grelha DiOr, onde é possível analisar a gestão da organização, oferta assistencial, a articulação, equipamentos e sistemas de informação. Analisando a grelha DiOr, observa-se que a USF possui ao seu dispor todos os procedimentos elaborados, o que se torna uma grande mais valia para os profissionais e para os utentes. Tem também disponível toda a informação dos direitos dos utentes, no entanto, não possui planos de segurança, proteção contra incêndios, placares luminosos, sinalização de saídas de emergência, plano de emergência interno, etc.; não tem fax nem equipamento audiovisual próprio. A unidade procura ainda incentivar os seus colaboradores a participar na análise da USF através de análises, onde os profissionais podem apontar os pontos fortes e fracos, as ameaças e as oportunidades. Ao compilar os resultados das análises reparou-se que os profissionais evidenciavam o facto negativo de existirem dois postos de atendimentos, de não existir um elemento responsável só pelo atendimento telefónico, a falta de estacionamento e de existirem várias pessoas a assistir às consultas. Como pontos fortes, denota-se a qualidade do secretariado clínico, a acessibilidade para a marcação de consultas e a experiência dos profissionais.

Ao nível de instalações, a USF disponibiliza um local próprio para cada um dos seus profissionais trabalhar, sendo que apenas quatro dos nove enfermeiros partilham dois gabinetes. Um dos profissionais partilha gabinete porque o seu não tinha as condições

mínimas para a prestação de um serviço com qualidade. Assim, seria necessária a existência de mais espaços para os internos poderem exercer a atividade médica, sendo igualmente necessário a existência de um *backoffice* onde o secretariado clínico pudesse exercer as suas funções. Este problema de espaço poderia ser solucionado, agrupando os dois espaços onde o secretariado clínico recebe os utentes e transformando um deles em mais espaços para os profissionais de saúde. Ao agrupar estes dois locais, além de haver um reaproveitamento de espaço, seria criado um único espaço de atendimento, o que iria facilitar a disseminação de informação entre eles e os utentes saberiam onde se deslocar, com mais facilidade e prontidão. Quanto a nível de material de saúde, na análise à USF alguns profissionais queixam-se da falta de material adequado para servir os doentes, como por exemplo, uma viatura própria da unidade para prestar os domicílios, sendo necessário efetuar as deslocações de táxi. Quanto ao material informático de suporte, a USF possui mais do que um computador por profissional, onde têm acesso ao sistema informático de apoio. Apesar de tudo, a USF procura disponibilizar todos os meios necessários aos profissionais, mas muitas vezes não depende só da unidade, mas sim do Ministério, o que é dificultado pelo elevado nível de burocracia.

É necessário criar uma visão mais concisa da unidade para que todos os profissionais entendam e se revejam no rumo que estão a tomar. Assim todos estarão a trabalhar para o mesmo foco. Para resolver este problema, é necessário que haja reuniões periódicas, por exemplo, CG, onde se discuta e apresente os objetivos da USF a longo prazo, bem como, as metas intermédias. Discutindo o tema com todos os profissionais, eles vão compreender e assimilar essa visão mais facilmente. A falta de “brio” e “amor à camisola” foi referida nas análises por parte dos profissionais como uma ameaça à organização, pelo que o estabelecimento de uma visão concordante entre todos os profissionais, levará a que os profissionais se integrem mais com a USF e assumam o “brio” e “vistam a camisola” da USF. Para prestar um serviço com qualidade, a USF procura reter os seus funcionários através do emprego e do ambiente familiar da unidade, contudo olhar para os empregados como clientes é algo que pode ser aprofundado. Apesar de não poder reter e recompensar os seus funcionários por meio financeiro, por estar dependente do Estado, procura ajudá-los, por exemplo, na flexibilidade horária em caso de imprevistos.

A nível financeiro, a USF pode incentivar os seus funcionários a atingir bons resultados, apesar de estar dependente do Estado, pois esses resultados irão trazer retorno para os

profissionais através dos incentivos institucionais, financeiros e das atividades específicas, daí a extrema importância de atingir bons resultados que podem trazer remunerações extra para os profissionais.

Relativamente à criação de conhecimento, a unidade aposta bastante na análise das outras unidades e na sua forma de prestação do serviço, mantendo relações regulares com a USF Serra da Lousã, uma das unidades de referência da ARS-Centro, e com a USF Biosa, unidade pertencente ao mesmo centro de saúde. Porém, deveria aumentar o espetro a mais USF para permitir uma maior aprendizagem e partilha na prestação de cuidados de saúde. A USF faz um acompanhamento regular da nova regulamentação e da evolução tecnológica na área da saúde, o que lhe permite estar previamente preparada para mudanças; contudo deveria promover com mais regularidade questionários e inquéritos em relação à qualidade do serviço prestado. Em vez de esperar que o cliente faça alguma reclamação, deveria ser pró-ativa, procurar o cliente e tentar perceber as suas necessidades.

A nível da disseminação do conhecimento, a USF promove reuniões do CG no mínimo de quatro em quatro meses, bem como diversas reuniões informais entre a equipa e entre profissionais do mesmo departamento. Nessas reuniões é partilhada informação sobre os utentes e a saúde em geral, tendo em vista a constante aprendizagem e conhecimento dos profissionais. A informação na USF flui rapidamente, permitindo que qualquer assunto singular sobre os utentes e concorrentes seja facilmente disseminado, o que acontece devido ao ambiente familiar e à dimensão unidade. Apesar de não existir um estudo constante e aprofundado sobre a satisfação dos clientes, existem periodicamente, reuniões onde são debatidas as reclamações e os elogios feitos à USF. Consequentemente, estudos sistemáticos sobre a satisfação dos utentes seriam desejáveis. Quanto aos concorrentes, a informação que os profissionais possuem, partilham-na com os colegas, através de reuniões ou de conversas informais.

Em relação à implementação de respostas, no geral os profissionais, trabalham e interagem bem entre departamentos, sabendo que todos têm um papel decisivo na prestação de um serviço de qualidade. Um dos aspetos que, apesar de tudo, precisa de ser melhorado e que foi referido na análise realizada pelos profissionais, é a troca de informação entre equipas nucleares e equipas espelho sobre os utentes. Aqui os profissionais não transmitem a informação regularmente e quando é necessário haver a troca de profissionais, há falta de

informações sobre os utentes. Por exemplo, quando um profissional falta por um imprevisto, o utente não pode deixar de ter acesso à consulta. Para que a prestação do serviço corra da melhor forma, é necessário que os profissionais da equipa espelho estejam a par dos utentes da equipa nuclear, pois se o fizerem, o utente evita ter que passar outra vez pelo processo todo de pré-avaliação, demonstrando uma postura focada no utente, por parte da USF e dos seus profissionais. Esta situação pode ser solucionada através de relatórios periódicos sobre os utentes que acedem às consultas, permitindo às equipas espelho ter apenas que consultá-los para saber todo o seu historial.

Quando existem reclamações, a coordenadora é imediatamente informada e todos os profissionais são alertados para o sucedido. Apesar de não haver um sistema de recuperação previamente estabelecido, os profissionais tentam recuperar o serviço consoante a situação e têm a preocupação de que todos os clientes se sintam satisfeitos com a prestação do serviço.

Quanto à gestão da USF, a coordenadora procura que os seus profissionais sejam sensíveis aos utentes e às restantes USF, de modo a que eles saibam as diferentes formas de prestação dos serviços das USF Serra da Lousã e Briososa para poderem melhorar as suas prestações. Para além disso, procura ainda que os profissionais sejam sensíveis com os utentes, que procurem ter um papel de prevenção na saúde e que estejam alerta para as suas necessidades, tendo a satisfação do utente como principal foco.

Como foi referido, a USF tem um ambiente familiar, o relacionamento interdepartamental é saudável e sem problemas de maior, o que facilita as relações entre os profissionais, no entanto, e como na maioria dos locais de trabalho, existem alguns desentendimentos, que são resolvidos nos locais adequados. No local de trabalho é normal existirem incompatibilidades entre os profissionais, principalmente devido ao stress da profissão. Na USF, a tensão entre profissionais é mais notória durante as reuniões, pois, nessas alturas, os profissionais discutem as suas ideias, o que pode gerar algum choque, pois nem sempre todos estão de acordo com a melhor forma de solucionar uma patologia a um utente. Uma das coisas que também pode criar alguma tensão é a falta de espírito de equipa de alguns profissionais que, por vezes, não são capazes de se sacrificar em prol dos colegas e da USF, como por exemplo, fazer horas extra para ajudar os seus colegas e a USF. Isto é algo

notório em algumas reuniões fora do horário laboral, onde alguns profissionais pressionam para estas serem aceleradas.

Apesar da existência de alguma tensão entre os profissionais, estes não perdem o espírito familiar vivido na USF, continuando a partilhar momentos de lazer no local de trabalho com os seus colegas e estando, por norma, disponíveis para ajudar os seus colegas.

Apesar da diversidade de pessoas, a USF CelaSaúde é vista como uma grande família onde, apesar de todas as divergências e ideias que surjam, todos se complementam. O espaço pequeno da USF, torna favorável um ambiente familiar, pelo que os profissionais mostram preocupação com os seus colegas, partilham vivências e procuram ajudar-se mutuamente.

Em suma, apesar de existirem aspetos que a USF precisa de melhorar, como a comunicação interna, o espírito de sacrifício e a visão da USF, a unidade encontra-se bastante desenvolvida, apesar de só ser de tipo modelo B desde 2013.

Uma das grandes vantagens na USF é a padronização de procedimentos. Sabendo que a padronização de um serviço é impossível de atingir na perfeição, é importante que esteja estipulada a melhor forma de atingir um serviço de qualidade. A unidade tem um vasto leque de procedimentos que os profissionais podem consultar através do seu computador e que os leva a aumentar a probabilidade de atingir um serviço de qualidade.

Relativamente aos indicadores, ainda existe um longo caminho a percorrer, sendo importante que se continue a trabalhá-los, visto existirem indicadores onde a meta não é atingida e haver outros onde se pode obter pontuações muito superiores. É essencial que os profissionais continuem a ser consciencializados quanto à importância que os indicadores têm e as mais valias que estes podem trazer para a USF e para os profissionais. Sobretudo, é relevante que se continue a controlar os indicadores mensalmente e que se continue a apresentá-los aos profissionais em reuniões periódicas, para que as metas sejam atingidas, os profissionais e a USF sejam reconhecidos e a qualidade do serviço seja obtida.

Por fim, é realmente relevante concluir o processo de acreditação que foi iniciado, mas não terminado por motivos de falta de tempo de estágio, pois este é um processo que pode aumentar a qualidade dos serviços da USF.

Conclusão

Analisando a parte teórica deste relatório, pode concluir-se que o marketing é uma das principais ferramentas para assegurar a competitividade das empresas. Passou-se da ideia de que é “o processo de planeamento e execução de conceitos, especificação, promoção e distribuição de bens, ideias e serviços para originar trocas que satisfaçam os objetivos dos indivíduos e das empresas” (American Marketing Association, 2008), para um conceito mais abrangente, onde o foco passou a ser a criação de valor para o cliente.

Existem variadas formas de criar valor para o cliente, sendo uma delas através da prestação de serviços de qualidade. Para a prestação de serviços com qualidade, é de extrema importância contar com as pessoas certas para o serviço, pois elas vão ser peças-chave na criação de valor para o cliente. Zeithaml, Bitner e Gremler (2011) elaboraram uma estratégia com quatro temas centrais para as empresas contarem com as melhores pessoas para prestarem serviços de qualidade. A primeira estratégia é a contratação das pessoas certas, a segunda é o desenvolvimento das pessoas de modo a que possam prestar serviços de qualidade, a terceira é a disponibilização dos sistemas de suporte necessários e, por fim, a quarta é a retenção dos melhores funcionários. Através da melhoria dos recursos humanos, é possível ajudar as empresas a aumentar a qualidade dos seus serviços.

Na prestação de um serviço de saúde nos CSP, um dos aspetos mais importantes são os recursos humanos, pois é através deles que o utente irá ter o contato inicial com o sistema de saúde e irá formar a sua ideia em relação aos serviços de saúde. Para que a ideia formada seja positiva, é necessário que os profissionais prestem serviços de qualidade.

Durante o estágio curricular, houve a oportunidade de utilizar os indicadores como barómetros da qualidade dos serviços. Com a ajuda da coordenadora da USF, Dr.^a Maria Teresa Tomé, foi possível recolher, analisar e trabalhar os indicadores institucionais, financeiros e das atividades específicas, para aumentar a qualidade do serviço prestado pelos recursos humanos da USF. Assim, através dos indicadores e do respetivo cumprimento das metas, foi possível identificar quais os profissionais que estavam acima e abaixo das metas contratualizadas, tornando-se possível educá-los para uma melhor prestação do serviço.

Assim, este estágio permitiu à USF consciencializar-se da importância dos indicadores e da mais-valia destes para uma boa prestação dos cuidados de saúde. Para isto contribuíram também os conhecimentos adquiridos durante o curso, em unidades curriculares como Marketing de Serviços, Marketing, Gestão pela Qualidade Total, Liderança e Motivação e Comportamento Organizacional.

Hoje sinto que a opção pela via do estágio foi a mais acertada em detrimento da via de investigação, pois foi-me possível estar mais perto do ambiente profissional de uma organização. O estágio é, sem dúvida, uma oportunidade importante e determinante para complementar toda a formação obtida ao longo do curso. É durante esta etapa que toda a teoria passa à prática e, nos é dada a possibilidade de contatar com a realidade do dia-a-dia de uma empresa.

Durante estes meses de estágio na Unidade de Saúde Familiar – CelaSaúde, percebi a importância de ser um profissional competente e consciente das suas responsabilidades e despertei para o real valor de trabalhar numa área tão relevante como a saúde, na qual há um impacto direto na população, mas também me possibilitou entender todo o sistema de saúde que está para lá da simples consulta médica, tornando possível conhecer um pouco mais desta área da gestão.

A experiência prática quotidiana permitiu assimilar a postura e a forma de estar que um profissional deve ter. A forma de olhar, resolver, responder e reagir aos desafios que surgem diariamente é algo que não se apreende só com palavras. Foi uma experiência decisiva para mim na solidificação dos alicerces necessários para o meu futuro, enquanto profissional. Foi realmente gratificante e houve, sem dúvida, um enriquecimento quer profissional quer pessoal.

Depois da realização deste estágio e com a consciência de que há ainda um longo caminho a percorrer e muito para aprender, já que a formação e a aprendizagem são para toda a vida, sinto-me muito mais preparado para responder aos próximos desafios que a vida profissional me reserva.

Finalizo, com a certeza de que escolhi a profissão certa, uma profissão apaixonante, com muito por onde evoluir e, acima de tudo, com tudo para oferecer.

Bibliografia

- ACES. (2014). CARTA DE COMPROMISSO – Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde. Coimbra.
- Administração Regional de Saúde do Centro. (2014). *Plano de Desempenho*. Coimbra.
- Ahmed, P. K., & Rafiq, M. (2002). *Internal Marketing - Tools and Concepts for customer-focused management*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- ARS Centro. (2015). *Plano de Desempenho 2014*.
- ARS Lisboa e Vale do Tejo. (2013). *Norma para criação de uma Unidade de Saúde Familiar (USF)*.
- Coelho, F. (2012). Slides das Aulas da Unidade Curricular de Marketing de Serviços. Coimbra:FEUC.
- Collins, J. (2001). *Good to Great*. Nova Iorque: HarperCollins Publishers.
- Diário da República. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário da República*, 1 (38).
- Gronroos, C. (2001). *Service management and marketing : a customer relationship management approach*. Chichester: Chichester : John Wiley & Sons.
- Hoffman, K. D., & Bateson, J. E. (2003). *Princípios de marketing de serviços : conceitos, estratégias e casos*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- International Organization for Standardization. (1994). Norma ISO 9000. *Quality management systems*.
- Jaworski, B. J., & Kholi, A. K. (1993). Market Orientation: Antecedents e Consequences. *Journal of Marketing*. 57, 53-70.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). *Administração de Marketing* (Vol. 12). São Paulo: Pearson.
- Lindon, D., Lendrevie, J., Lévy, J., Dionísio, P., & Rodrigues, J. V. (1992). *Mercator XXI: Teoria e Prática do Marketing*. Dom Quixote.

Lovelock, C., & Wirtz, J. (2011). *Services Marketing*. Boston: Pearson Education.

Ministério das Finanças e da Saúde. (30 de Dezembro de 2013). Portaria nº 377-A/2013. Portugal: Diário da República.

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2008). Portaria nº 301/2008. *Diário da República* .

Ministérios das Finanças e da Saúde. (30 de Dezembro de 2013). Portaria nº 377-A/2013. Portugal: Diário da República.

Rafiq, M., & Ahmed, P. K. (2000). Advances in the internal marketing concept: definition, synthesis and extension. *Journal of Marketing*. 14 , 449-462.

Rust, R. T., & Oliver, R. L. (1994). *Service Quality - New directions in theory and practice*. Thousand Oaks: SAGE publications.

The Chartered Institute of Marketing. (2009). *Marketing and the 7Ps*. UK: CIM Insights

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

USF CelaSaúde. (2015). *Regulamento Interno*. Coimbra.

Varey, R. J., & Lewis, B. R. (2000). *Internal Marketing - Directions for Management*. Londres: Routledge.

Yarimoglu, E. K. (2014). A Review on Dimensions of Service Quality Models. *Journal of Marketing*. 2 , 79-93.

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

Bibliografia Web

ACSS. (2014). *Metodologia de Contratualização*. Obtido em Setembro de 2014, de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metod_Contr_14_CSP_VF.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Administração Central do Sistema de Saúde*. Obtido em Abril de 2015, de Governo de Portugal: www.acss.min-saude.pt

American Marketing Association. (14 de Janeiro de 2008). *American Marketing Association*. Obtido em 23 de Janeiro de 2015, de <https://archive.ama.org/archive/AboutAMA/Documents/American%20Marketing%20Association%20Releases%20New%20Definition%20for%20Marketing.pdf>

ARS Norte. (2015). *Sistemas da Informação da ARS*. Obtido em 5 de Abril de 2015, de <http://www.arsnorte.min-saude.pt/>

Barros, P. P. (1999). *As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos: evolução da prestação na década 1987-1996*. Obtido em Dezembro de 2014, de <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/apesjan99.pdf>

Governo de Portugal. (2015). *Ministério da Saúde*. Obtido em Abril de 2015, de Governo de Portugal: <http://www.portugal.gov.pt/>

Ministério da Saúde. (26 de Dezembro de 2011). *Ministério da Saúde*. Obtido em 5 de Janeiro de 2015, de Portal da Saúde: www.min-saude.pt

Neves, M. J. (23 de Setembro de 2013). *A Saúde dos Portugues e o SNS*. Obtido em Dezembro de 2014, de Federação Nacional dos Médicos: <http://www.fnam.pt/antigo/informacao/ficheiros/ASaudedosPortugueseseoSNS.pdf>

Porto Editora. (2015). *Dicionário de língua portuguesa*. Obtido em 22 de Maio de 2015, de <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/qualidade>

Santos, O., Biscaia, A. R., Antunes, A. R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., et al. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: Determinantes da Satisfação com o Funcionamento Actual & Prioridades de Reforma*. Obtido de Administração Central do Sistema de Saúde: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Estudo_CS_Portugal.pdf

Qualidade do Serviço e Recursos Humanos

Serviço Nacional de Saúde. (2014). *Para uma conversa construtiva*. Lisboa: Diário de Bordo.

Anexos

Anexo 1 – Equipas Nucleares

AS EQUIPAS NUCLEARES:

MÉDICO	ENFERMEIRO	SECRETARIO CLINICO
ALDINA	SUSANA	M ^ª GRAÇA
CRISTINA	HELENA	M ^ª GRAÇA
EMILIA	ANA PAULA	LUISA
MARIA TERESA	CRISTINA	ISABEL ARAUJO
MARIA LURDES	SANDRA	LUISA
OLGA	ANA PATRICIO	ISABEL TELES
MONTEIRO	LEONILDE	MARIA CÉU
ROSA	TIAGO	JOSÉ MANUEL
OTILIA	ESMERALDA	MARIA CÉU

Anexo 2 – Equipas Espelho

AS EQUIPAS ESPELHO:

MÉDICOS	ENFERMEIRAS	SECRETARIOS CLÍNICOS
MARIA TERESA MONTEIRO	CRISTINA LEONILDE	ISABEL ARAUJO MARIA CÉU
ALDINA CRISTINA	SUSANA HELENA	GRAÇA
MARIA LURDES OLGA	SANDRA ANA PATRICIO	LUISA ISABEL TELES
ROSA OTILIA EMILIA	TIAGO ESMERALDA ANA PAULA	JOSÉ MANUEL MARIACÉU LUISA

Anexo 4 – Exemplo da Grelha DiOr

Diagnostico do Desenvolvimento Organizacional nas USF (DiOr-USF)

USF
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE:
ACES:
Endereço:
Telefone:
E-mail:
DATA DE INÍCIO DAS ACTIVIDADES DA USF:
COORDENADOR DA USF:
TELEFONE CONTACTO:
E-MAIL:

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF
(DiOr-USF)

PROFISSIONAIS E POPULAÇÃO INSCRITA	
1.1. Profissionais	
A - Médicos	9
B - Enfermeiros	9
C - Secretários Clínicos	6
1.2. População inscrita na USF	
A - Total de utentes inscritos (à data da avaliação)	[]
B - N.º máximo de utentes a inscrever	[]
C - N.º de utentes inscritos fora da área de influência da USF	[]
D - N.º de utentes sem MF na área de influência da unidade de saúde	[]
1.3. Distribuição dos inscritos por grupos etários (à data da avaliação)	
A - 0 - 6 anos	[]
B - 7 - 64 anos	[]
C - 65 - 74 anos	[]
D - ≥75 anos	[]
1.4. Número médio de unidades ponderadas por profissional	
A - Médicos	[]
B - Enfermeiros	[]
C - Secretários Clínicos	[]
1.5. Número médio de utentes por profissional	
A - Médicos	[]
B - Enfermeiros	[]
C - Secretários Clínicos	[]
Notas: Data da recolha de dados: ; Fonte: SINUS	

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF
(DIOr-USF)

1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO		
1.1 - Desenvolvimento da Equipa		ERA
A	A - Processos chave.	
B	B - Horários de trabalho dos profissionais.	
A	C - Enfermeiro de família.	
A	D - Atendimento de utentes no secretariado clínico.	
B	E - Ausência de hierarquias.	
B	F - Atribuição de responsabilidades.	
B	G - Participação e actas das reuniões.	
B	H - Forma de votação nas reuniões.	
B	I - Partilha da informação e eficácia na comunicação.	
1.2 - Área geográfica de influência da USF		
B	A - Área de influência identificada e caracterizada.	
1.3 - Gestão e comunicação na USF		
A	A - Conselho técnico.	
B	B - Delegação de competências.	
B	C - Convocatórias das reuniões da USF.	
A	D - Reuniões periódicas da equipa multi-profissional.	
A	E - Reuniões mensais do conselho técnico.	
A	F - Prática de gestão da documentação e informação.	
B	G - Suporte de registo de ocorrências.	
1.4 - Instrumentos da USF		
A	A - Plano de ação.	
A	B - Relatório de actividades.	
A	C - Regulamento interno.	
B	D - Manual de procedimentos.	
1.5 - Gestão da violência		
B	A - Gestão da violência para profissionais e utentes.	
1.6 - Aprovisionamento		
B	A - Procedimentos sobre gestão de stocks.	
1.7 - Registos de equipamento e material		
B	A - Inventário anual.	
B	B - Folhas de inventário.	
1.8 - Registos clínicos		
B	A - Registos clínicos inactivos.	
1.9 - Acesso de pessoas estranhas à USF		
B	A - Identificação de estranhos.	
Notas:		

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF
(DiOr-USF)

2. INFORMAÇÃO E DIREITOS DOS UTENTES		
2.1 - Direitos dos cidadãos nos serviços de saúde		ERA
A	A - Carta dos direitos e deveres dos utentes	
B	B - Caixa de sugestões.	
B	C - Reclamações e sugestões.	
B	D - Tratamento das reclamações e sugestões	
A	E - Avaliação das reclamações e sugestões.	
B	F - Atendimento personalizado.	
B	G - Gabinete do cidadão do ACES.	
A	H - Mudança de médico dentro da USF.	
B	I - Direito a uma segunda opinião.	
B	J - Privacidade no atendimento do utente.	
B	K - Participação dos utentes em actividades de ensino.	
B	L - Respeito pelas convicções culturais e religiosas.	
2.2 - Comunicação com os utentes		
A	A - Guia de acolhimento.	
B	B - Identificação dos profissionais.	
B	C - Horário de funcionamento da USF.	
B	D - Alternativas assistenciais.	
A	E - Horários dos profissionais.	
A	F - Atendimento telefónico.	
B	G - Ausências dos profissionais.	
A	H - Serviços mínimos.	
B	I - Sistema de marcação de consultas.	
B	J - Atendimento no próprio dia.	
B	K - Visitas domiciliárias.	
B	L - Tempo de espera após hora marcada.	
B	M - Consulta do plano de acção e relatório de actividades.	
A	N - Consulta programada em 5 dias úteis.	
A	O - Sistema de renovação de medicação crónica.	
B	P - Publicitação de todos os serviços da USF.	
B	Q - Consentimento informado.	

Notas:

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF
(DIOr-USF)

3. OFERTA ASSISTENCIAL		
3.1 - Obtenção atempada de cuidados e aconselhamento	ERA	
B - A carga horária disponível é compatível com as listas de utentes.		
A - Consulta aberta diária em todos os horários médicos.		
A - Consulta aberta diária em todos os horários de enfermagem.		
B - Consulta programada em 5 dias úteis.		
B - Atividade programada como princípio organizativo.		
A - Sistema de renovação de medicação crónica.		
3.2 - Sistema de marcação de consultas		
A - Meios de marcação de consultas.		
A - Consultas de grupos vulneráveis e de risco.		
A - Consulta programada em todo o horário da USF.		
3.3 - Cuidados domiciliários		
A - Visitas domiciliárias programadas em equipa		
3.4 - Continuidade e integração de cuidados		
A - Sistema de inter-substituição.		
3.5 - Promoção da saúde		
B - Educação e promoção para a saúde		
Notas:		

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF
(DiOr-USF)

4. DESENVOLVIMENTO DA EQUIPA E QUALIDADE		
4.1 - Análise da eficácia organizacional	ERA	
A - Eficácia da organização.		
B - Introdução de medidas correctoras.		
4.2 - Boas práticas clínicas		
A - Normas de orientação clínica.		
B - Procedimentos para a qualidade dos registos clínicos.		
B - Utilização das classificações oficiais nos registos clínicos.		
4.3 - Controlo de infeção		
B - Procedimento para o controlo da infeção.		
4.4 - Comunicação com os utentes e profissionais		
B - Procedimentos para a qualidade dos documentos e panfletos.		
4.5 - Avaliação da satisfação dos utentes e profissionais		
B - Avaliação da satisfação dos utentes.		
B - Avaliação da satisfação dos profissionais.		
B - Registo e divulgação das conclusões e acções a desenvolver.		
4.6 - Formação contínua da equipa		
B - Plano anual integrado da formação contínua.		
B - Política de participação na formação externa.		
A - Partilha de conhecimentos obtidos em formação externa.		
B - Sessões científicas multidisciplinares regulares.		
B - Formação em suporte básico de vida.		
B - Formação em controlo de infeção.		
4.7 - Formação de profissionais externos à USF		
B - Capacidade formativa na USF.		
4.8 - Trabalhos científicos e investigação		
B - Artigos ou comunicações em reuniões científicas.		
B - Projectos de investigação.		
4.9 - Carta da qualidade		
A - Carta da qualidade.		
4.10 - Monitorização e discussão da contratualização		
A - Metas contratualizadas.		
B - Medidas correctoras.		
A - Plano de acompanhamento interno.		
B - Reflexão regular sobre consumos.		
B - Reflexão regular sobre prescrição.		

Notas:

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF
(DiOr-USF)

5. INSTALAÇÕES, SAÚDE, HIGIENE E SEGURANÇA		
5.1 - Acessibilidade às instalações.	ERA	
C A - Cidadãos com mobilidade reduzida.		
C B - Sinalética interna.		
C C - Sinalética externa.		
5.2 - Sala de espera		
C A - Número de lugares e área.		
C B - Local específico destinado às crianças.		
C C - Meios audiovisuais.		
5.3 - Áreas de trabalho		
C A - Áreas de actividade médica.		
C B - Área de actividade de enfermagem.		
C C - Área de secretariado.		
C D - Sala de reuniões.		
5.4 - Instalações sanitárias		
C A - Utentes (sexo masculino e feminino).		
C B - Crianças (fraldário) e pessoas com mobilidade reduzida.		
C C - Profissionais.		
5.5 - Área de armazenagem		
C A - Espaço para armazenagem.		
C B - Espaço seguro para guardar valores.		
5.6 - Saúde dos profissionais		
C A - Imunização dos profissionais.		
C B - Equipamentos de protecção individual.		
5.7 - Higiene		
C A - Sistema de climatização.		
C B - Armazenamento e remoção de resíduos da USF.		
C C - Limpeza adequada das instalações.		
5.8 - Segurança		
C A - Sistema de iluminação e de sinalização de emergência.		
C B - Sistema de protecção contra incêndio.		
C C - Sistema de protecção contra intrusão.		
C D - Plano de emergência interno.		
C E - Formação e treino em caso de sinistro.		
C F - Vigilância por empresa especializada.		
5.9 - Acontecimentos adversos		
B A - Prevenção de acontecimentos adversos.		
Notas:		

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF
(DiOr-USF)

6. ARTICULAÇÃO, EQUIPAMENTOS E SISTEMA DE INFORMAÇÃO

6.1 - Articulação.		ERA	
C	A - Manual de articulação com o ACES.		
C	B - Protocolos de referência interna.		

6.2 - Registos clínicos.			
C	A - Processos clínicos únicos, centralizados e acessíveis.		

6.3 - Equipamentos médicos e de enfermagem.			
C	A - Mala de domicílios médicos.		
C	B - Mala de domicílios de enfermagem.		
C	C - Gabinetes médicos devidamente equipados.		
C	D - Gabinetes de enfermagem devidamente equipados.		
C	E - Equipamentos de diagnóstico e tratamento.		
C	F - Utilização e conservação de equipamentos.		

6.4 - Equipamento informático.			
C	A - Informatização de todos os postos de trabalho.		
C	B - Impressora a cores.		
C	C - Módulo estatístico.		
C	D - SI Enfermagem com perfil de utilizador administrativo.		
C	E - Existe material audiovisual.		

6.5 - Sistema de comunicações.			
C	A - Telefone, Internet e correio electrónico.		
C	B - Sistema de fax.		
C	C - Linha telefónica.		
C	D - E-mail da USF.		
C	E - Página na Internet.		

6.6 - Sistema de transporte para domicílios			
C	A - Viatura adaptada e equipada para visitas domiciliárias.		
C	B - Meios disponíveis não comprometem a VD.		

Notas:

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF
(DiOr-USF)

RESUMO		
	Número Global de Zeros	0
141	Tempo de Actividade:	
27	1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO	0
0	1.1 - Desenvolvimento da Equipa	0
	1.2 - Área geográfica de influência da USF	0
	1.3 - Gestão e comunicação na USF	0
	1.4 - Instrumentos da USF	0
	1.5 - Gestão da violência	0
	1.6 - Aprovisionamento	0
	1.7 - Registos de equipamento e material	0
	1.8 - Registos clínicos	0
	1.9 - Acesso de pessoas estranhas à USF	0
	% de concretização	100
29	2. INFORMAÇÃO E DIREITOS DOS UTENTES	0
0	2.1 - Direitos dos cidadãos nos Serviços de Saúde	0
	2.2 - Comunicação com os utentes	0
	% de concretização	100
12	3. OFERTA ASSISTENCIAL	0
0	3.1 - Obtenção atempada de cuidados e aconselhamento	0
	3.2 - Sistema de marcação de consultas	0
	3.3 - Cuidados domiciliários	0
	3.4 - Continuidade e integração de cuidados	0
	3.5 - Promoção da saúde	0
	% de concretização	100
25	4. DESENVOLVIMENTO DA EQUIPA E QUALIDADE	0
0	4.1 - Análise da eficácia organizacional	0
	4.2 - Boas práticas clínicas	0
	4.3 - Controlo de infeção	0
	4.4 - Comunicação com os utentes e profissionais	0
	4.5 - Avaliação da satisfação dos utentes e profissionais	0
	4.6 - Formação contínua da equipa	0
	4.7 - Formação de profissionais externos à USF	0
	4.8 - Trabalhos científicos e investigação	0
	4.9 - Carta da qualidade	0
	4.10 - Monitorização e discussão da contratualização	0
	% de concretização	100
27	5. INSTALAÇÕES E SAÚDE, HIGIENE E SEGURANÇA	0
0	5.1 - Acessibilidade às instalações	0
	5.2 - Sala de espera	0
	5.3 - Áreas de trabalho	0
	5.4 - Instalações sanitárias	0
	5.5 - Área de armazenagem	0
	5.6 - Saúde dos profissionais	0
	5.7 - Higiene	0
	5.8 - Segurança	0
	5.9 - Acontecimentos adversos	0
	% de concretização	100
21	6. ARTICULAÇÃO, EQUIPAMENTOS E SISTEMA DE INFORMAÇÃO	0
0	6.1 - Articulação.	0
	6.2 - Registos clínicos.	0
	6.3 - Equipamentos médicos e de enfermagem.	0
	6.4 - Equipamento informático	0
	6.5 - Sistema de comunicações.	0
	6.6 - Sistema de transporte para domicílios	0
	% de concretização	100

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF
(DIOR-USF)
RESULTADO FINAL DISCRIMINATIVO

1. Organização e Gestão																															
1.1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	A	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	A	A	A	B	A	A	A	B		
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	20	30	31	32	33	34	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	10	17		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2. Informação e Direitos dos Cidadãos																															
2.1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q		
	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	54	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3. Oferta Assistencial																															
3.1	A	B	C	D	E	F	A	B	C	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	B		
	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	8	4														9	20		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4. Desenvolvimento da equipe e qualidade																															
4.1	A	B	A	B	C	A	A	A	A	B	C	A	B	C	D	E	F	A	A	B	A	A	B	C	D	E					
	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110			7	18		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5. Instalações, Saúde, Higiene e Segurança																															
5.1	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	A	B	C	A	B	A	B	A	B	C	A	B	C	D	E	F	A				
	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	1	26		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6. Articulação, Equipamentos e Sistema de Informação																															
6.1	A	B	A	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B										
	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158							21	34	60	47
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RESULTADO FINAL: NÃO APROVADO

Anexo 5 – Carta de Compromisso

CARTA DE COMPROMISSO - 2014

- Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde -

O Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego, representado pelo seu Director Executivo, Dr. António Manuel Pinto Brochado Morais e a Unidade de Saúde Familiar (USF) CelaSaúde pela sua Coordenadora, Dr.ª Maria Teresa Correia Cordeiro Pereira Tomé, constituída com base na aprovação do Parecer Técnico da Equipa Regional de Apoio (ERA), por deliberação do Conselho Diretivo da ARS em 26 de Maio de 2008, assumem nesta data a presente Carta de Compromisso, nos termos do artigo 6º do DL nº 298/2007 de 22 de agosto, com efeitos para o ano civil de 2014, que se rege pelas seguintes condições:

1. A USF CelaSaúde é parte integrante do ACES do Baixo Mondego, sendo constituída por uma equipa multiprofissional de 9 médicos, 9 enfermeiros e 6 secretários clínicos, identificada no Parecer Técnico.
2. A USF, em modelo B desde a data 01/10/2013, tem 15.565 inscritos a que correspondem 20.107 unidades ponderadas, calculadas de acordo com o nº 4 do artigo 9.º do DL 298/2007, tendo previsto, em sede de candidatura ou atualização posterior em parecer técnico e/ou adenda, inscrever 16.000 utentes.
3. A USF fica sujeita ao cumprimento do seu Plano de Ação e do Compromisso Assistencial Contratualizado, no qual se inclui:
 - i. Assegurar o cumprimento dos princípios de conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa, estabelecidos para as USF pelo artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto;
 - ii. Assegurar os tempos máximos de resposta garantidos previstos para o âmbito dos Cuidados de Saúde Primários na Portaria n.º 1529/2008, e dar cumprimento à Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, que define os Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde;
 - iii. Assegurar o cumprimento dos serviços mínimos estabelecidos no regulamento interno da USF nas situações previstas no nº 1 do artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto;

- iv. Assegurar o cumprimento dos objectivos de desempenho para a carteira básica de serviços e eventual carteira adicional de serviços - Anexo II – onde constam os respectivos indicadores com as metas negociadas.
4. A USF compromete-se ainda a assegurar:
- i. O plano de formação contínua.
 - ii. O plano de desenvolvimento da qualidade.
 - iii. O previsto no manual de articulação com as outras unidades funcionais do ACES.
5. Durante o ano de 2014 serão monitorizados os restantes indicadores constantes no Anexo I da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, que não façam parte da carteira básica de serviços da USF, nem da eventual carteira adicional.
6. Paralelamente à contratualização referida no número 3, a USF compromete-se a construir um Plano de Acompanhamento Interno, nos termos do artigo 7º da Portaria 301/2008, de 18 de abril, alterada pela Portaria n.º 377/2013, de 30 de dezembro, baseado numa linha de orientação comum organizacional ou clínica (Anexo III), desencadeando, assim, um processo de autoavaliação, que tem por objetivo a melhoria contínua da qualidade. O referido plano, a implementar durante o ano de 2014, deverá ser construído com o apoio do Conselho Clínico e de Saúde (CCS) e da Equipa Regional de Acompanhamento (ERA) no âmbito do processo de acompanhamento das USF, ficando o CCS e a ERA, responsáveis pela verificação da concretização do mesmo.
7. A USF compromete-se a efetuar os registos de todos os dados necessários à análise da sua atividade, em todo o sistema de informação em uso, rigorosa e sistematicamente, sem os quais esta não poderá ser considerada em sede de contratualização.
8. A USF aceita e disponibiliza-se para prestar a colaboração necessária à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela Administração Regional de Saúde ou outras entidades para tal mandatadas pelo Ministro da Saúde, segundo a alínea h) do nº 4 do artigo 6º do Decreto-Lei nº 298/2007, 22 de agosto.
9. A USF compromete-se a utilizar e a zelar, de forma eficiente, os recursos que lhe sejam disponibilizados pelo ACES, desde as instalações até aos equipamentos e outros meios técnicos, que contribuam para a realização da sua atividade.

10. A USF deve elaborar e remeter para o Diretor Executivo até 31 de março de 2015 um Relatório de Atividades, com base nas metas dos indicadores contratualizados e pelos dados fornecidos automaticamente pelo sistema de informação SIARS, a ser enviado para o Conselho Diretivo da ARS, após o parecer do Conselho Clínico e de Saúde do ACES. Este Relatório deve ser abrangente, constituindo uma reflexão sobre o desempenho global da atividade da USF, de acordo com o seu Plano de Ação, referindo, entre outras, atividade formativa, tratamento de reclamações e sugestões, articulação com outras unidades funcionais, o ACES e outras instituições.
11. Nos termos da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, a ARS, por intermédio do ACES, comunica à USF a decisão relativa à atribuição de incentivos até 15 de junho de 2015.
12. Caso a USF tenha direito a incentivos institucionais, deve elaborar um plano de aplicação dos incentivos institucionais (PAII), para enviar para o Diretor Executivo do ACES até 15 de julho de 2015, que, após parecer do Conselho Clínico e de Saúde, o deve remeter para aprovação do Conselho Diretivo da ARS.
13. Até 31 de julho de 2015, a ARS aprova o plano de aplicação dos incentivos institucionais proposto pela USF ou negocia com a USF a sua aplicação em consonância com a estratégia regional de saúde.
14. A ARS, através do ACES, deve garantir as condições de funcionamento adequadas, de modo a que a USF cumpra as atividades previstas na carteira básica de serviços e eventual carteira adicional de serviços aceite para o período em questão, disponibilizando os recursos mencionados no Manual de Articulação – Anexo IV – de acordo com o artigo 6º, nº 3, alínea a) e capítulo IV, ambos do Decreto-Lei nº298/2007, 22 de agosto.
15. A ARS deve assegurar o cálculo e a atribuição atempada dos suplementos e compensações pelo desempenho aos profissionais das USF, realçando:
 - i. Compensação associada às Atividades Específicas, a médicos.
 - ii. Incentivos Financeiros, a enfermeiros e administrativos.
16. O acompanhamento interno do desempenho da USF segue o previsto na metodologia de contratualização para cada ano, envolvendo o CCS do respetivo ACES em articulação com o Departamento de Contratualização da ARS, conforme a Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de Dezembro, que altera a Portaria 301/2008, de 18 de abril, nas alíneas 1 e 2 do artigo 7º. No

entanto, sempre que necessário, a USF deve disponibilizar-se para prestar os esclarecimentos considerados como relevantes e solicitados pelo Diretor Executivo do ACES ou pelo Departamento de Contratualização.

17. O acompanhamento externo é assegurado pela comissão de acompanhamento da ARS, conforme a Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de Dezembro, que altera a Portaria 301/2008, de 18 de abril, nas alíneas 6 e 7 do artigo 7.º. Esta comissão inclui nas suas competências acompanhar o processo de contratualização e apuramento de resultados, receber informação e analisar as conclusões do relatório de avaliação anual, dirimir e arbitrar eventuais conflitos entre as USF e os ACES, emergentes destes processos, sendo as deliberações da comissão precedidas de audiência prévia dos representantes dos interessados.
18. Se circunstâncias imprevisíveis determinarem a inadequação das metas definidas no presente acordo (Anexo I), as partes contratantes assumem o compromisso de rever os referidos termos.
19. O não cumprimento do articulado deste compromisso, por parte da USF, poderá excluí-la da atribuição dos incentivos institucionais, mesmo que as metas tenham sido atingidas, ou conduzir a uma reavaliação do processo de constituição e de desenvolvimento da USF, incluindo a sua extinção, seja por proposta do ACES, nos termos do n.º 3 do artigo 19.º do DL 298/2007, seja por decisão da Administração Regional de Saúde.
20. Nos termos do artigo 17.º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 298/298, de 22 de agosto, e do artigo 6.º, n.º 2, da Portaria n.º 301/2008, 18 de Abril, o incumprimento das metas contratualizadas não releva se o mesmo tiver origem na não disponibilização atempada, por parte da ARS ou do ACES, dos recursos mencionados no Anexo III.

O Diretor Executivo do ACES

A Coordenadora da USF

Coimbra, 23 de Abril de 2014

ANEXOS:

- I – Compromisso Assistencial Contratualizado.
- II – Plano de Acompanhamento Interno.
- III – Manual de Articulação ACES/USF.

ANEXO I – COMPROMISSO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZADO

A – CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS - INDICADORES

(Atribuição de incentivos institucionais)

[Art. 2º, nº2, alínea a) da Portaria n.º 377-A/2013, 30 de dezembro - Anexo I]

Tipo	Código SIARS	Nome do Indicador	Área Clínica	Ponder.	Meta
Eixo Nacional			62,5%		
Acesso	2013.006.01	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Transversal	4,5%	88,0%
	2013.004.01	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	Transversal	3,0%	155,0%
Desempenho Assistencial	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	S. Materna	4,5%	18,0%
	2013.052.01	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	SM/PF	5,0%	39,0%
	2013.058.01	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanhamento adequado	S. Inf. Juv.	6,0%	56,3%
	2013.056.01	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	S. Mental	2,0%	60,0%
	2013.047.01	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	Transversal	2,5%	64,9%
	2013.020.01	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Hipertensão	3,0%	63,6%
	2013.039.01	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %	Diabetes	3,0%	65,6%
Satisfação	--	Satisfação de utilizadores de unidades funcionais	Transversal	5,0%	-
Eficiência	2013.070.01	Despesa medicamentos prescritos, por utiliz. (PVP)	Transversal	16,0%	171,80€
	2013.071.01	Despesa MCDTsprescrit., por utiliz. (p. conv.)	Transversal	8,0%	63,00€
LEGENDA: Ponder. – Ponderação do indicador na contabilização do Score; S. Inf. Juv. – Saúde infantil e Juvenil; SM/PF - Saúde da Mulher e Planeamento Familiar.					
Eixo Regional			15,0%		
Desempenho Assistencial	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular últ. 3 anos	Hipertensão	1,7%	16,3%
Desempenho Assistencial	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	Hipertensão	6,6%	23,0%
Desempenho Assistencial	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado	Diabetes	5,0%	30,3%
Caracterização	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	Respiratório	1,7%	2,0%

Tipo	Código SIARS	Nome do Indicador	Área Clínica	Ponder.	Meta
Eixo Local - ACES					7,5%
Desempenho Assistencial	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	SM/PF	6,2%	52,0%
Desempenho Assistencial	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11; 14] anos	S. Inf. Juv.	1,3%	60,0%
Eixo Local - USF					15,0%
Desempenho Assistencial	2013.026.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	Hipertensão	3,0%	95,0%
Desempenho Assistencial	2013.028.01	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário	S. Inf. Juv.	3,0%	98,0%
Desempenho Assistencial	2013.053.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	S. Mental	3,0%	56,3%
Desempenho Assistencial	2013.074.01	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codific. ICPC-2	Transversal	6,0%	94,2%

B – CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

Modelo B

1 - Contratualização de actividades específicas

[Artigos 6º, nº3, alínea c) e 29º, nº2, do Decreto-Lei nº 298/2007, 22 de agosto]

Número de Médicos		Unidades ponderadas por médico (*) (UP)	Unidades contratualizadas por médico (*) (UC)		
			Realizadas	Válidas	
Integração até 31.12.2013	Tempo completo	9	493	8	8
	Tempo parcial	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Integração a partir de 01.01.2014	Tempo completo	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Tempo parcial	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

(*) Não sendo possível, à data da assinatura da presente Carta de Compromisso, calcular as UP referentes ao ano anterior, atribui-se o valor de 8 UC, de acordo com o disposto no "Regulamento para o cálculo das remunerações dos profissionais integrados em USF modelo B" homologado pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde em 23 de abril de 2008. Se posteriormente o Sistema de Informação permitir calcular um valor superior de UC, será automaticamente actualizado este quadro.

(x) inserir número de profissionais, se aplicável.

Não obstante o valor das UC por médico, resultante do cálculo das actividades específicas, a remuneração mensal deverá ser ajustada em observância com o estipulado no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, e "Regulamento para o cálculo das remunerações dos profissionais integrados em USF modelo B" homologado pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde em 23 de abril de 2008, pelos quais não

devem ser ultrapassadas as 20 UC nos médicos a tempo completo.

2 - Critérios para atribuição de incentivos financeiros

(Portaria nº 377-A/2013, 30 de dezembro - Anexo II)

Tipo	Área Clínica	Código SIARS	Nome do Indicador	Meta
Desempenho Assistencial	SM/PF	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	44,0%
	Saúde Materna	2013.012.01	Proporção grávidas c/ 6+ cons. vigil. enferm.	50,0%
		2013.013.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	23,5%
		2013.050.01	Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada	55,0%
	Saúde Infantil e Juvenil	2013.015.01	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	18,0%
		2013.016.01	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	66,7%
		2013.017.01	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	69,0%
		2013.027.01	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido até 2A	98,0%
	Hipertensão	2013.018.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	88,4%
		2013.019.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	66,0%
	Diabetes	2013.035.01	Proporção DM com exame pés último ano	72,5%
		2013.036.01	Proporção DM c/ cons. enf. e gestão RT último ano	20,3%
		2013.037.01	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	76,0%
	Rastreio Oncológico	2013.045.01	Proporção mulheres [25; 60] A, c/ colpoc. (3 anos)	55,0%
	Saúde de Adultos	2013.098.01	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	82,0%
Transversal	2013.033.01	Proporção inscritos > 14A, c/ IMC últimos 3 anos	68,0%	
Acesso	Transversal	2013.099.01	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	80,0%

3 – Alargamento de Horário

(Artigos 10º, nº 5, 30º, 32º e 34º do Decreto-Lei nº298/2007, 22 de agosto)

A USF CelaSaúde não contratualiza alargamento de horário

C – CARTEIRA ADICIONAL DE SERVIÇOS

(Art. 6º, nº6 e 7, do Decreto-Lei nº298/2007, 22 de agosto)

(Portaria nº1368/2007, 18 outubro, Anexo II)

A USF CelaSaúde não contratualiza Carteira Adicional de Serviços

ANEXO II – PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO

(Art. 7º da Portaria 301/2008, 18 de abril, alterada pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30 dezembro)

Área de Acompanhamento
Tempo de Espera para Atendimento para Todos os Grupos Profissionais

ANEXO III – MANUAL DE ARTICULAÇÃO

Recursos físicos, técnicos, humanos e financeiros

(Artigos 6º, nº3, alíneas *a* e *b*) e 18º do Decreto-Lei nº298/2007 de 22 de agosto)

Assinado entre o Diretor Executivo do ACES do Baixo Mondego e a Unidade de Saúde Familiar
CelaSaúde em 27/09/2013.