

Agradecimentos

A redação deste projeto traduz um percurso de aprendizagem com a colaboração de muitas pessoas a quem quero manifestar a minha gratidão.

Agradeço a todos os que colaboraram e tornaram possível este trabalho:

- À minha família;
- Ao meu marido e filhos pela paciência e compreensão demonstrada durante este período da minha vida, dedicado ao estudo;
- Aos meus colegas de trabalho, Dalila, Jorge, Liliana e Márcia pela colaboração que prestaram;
- Ao Coordenador da USF Fafe Sentinela, Dr. João Silva Rego, que sempre apoiou este projeto, valorizando a sua importância perante toda a equipa da USF;
- A todos os Profissionais da USF Fafe Sentinela;
- Às minhas amigas Maria José Ribeiro e Joana Brochado pela paciência indescritível.

E por fim à minha orientadora, Senhora Professora Vanda Lima, pela disponibilidade, dedicação, colaboração e apoio.

Resumo

Um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) é um sistema que permite dirigir e controlar uma organização no que respeita à Qualidade. O objetivo deste projeto é a implementação de um SGQ de acordo com o referencial NP EN ISO 9001:2008 na Unidade de Saúde Familiar Fafe Sentinela. A USF Fafe Sentinela é uma equipa multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros e administrativos, criada por iniciativa dos profissionais envolvidos que pretende prestar cuidados de saúde primários com maior acessibilidade, qualidade e continuidade. O Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) é a estrutura organizacional criada para gerir e garantir a qualidade, os recursos necessários, os procedimentos operacionais e a definição clara das responsabilidades. Neste sentido, os resultados esperados para este projeto visam tornar a USF mais forte, mais organizada, mais confiante atingido assim os seus objetivos com eficácia e eficiência.

Palavras-chave: NP EN ISO 9001:2008, Sistema de Gestão da Qualidade, USF Fafe Sentinela

Abstract

A system of quality management (SGQ) is a system which allows us to run and control a unit in what respects Quality. The aim of this project is the launching of a SGQ according to reference NP EN ISO 9001:2008 at the “Unidade de Saude Familiar Fafe Sentinela” (Family Health Unit of Fafe). The USF Fafe Sentinela is a multi-professional team, consisting of doctors, nurses and administrative personnel, which was created by these professionals with the purpose of providing a continual and accessible health care of high quality. The system of quality management (SGQ) is an organizational structure created to manage and guarantee quality, the necessary resources, the operational proceedings and a clear definition of responsibilities. In this sense, the expected results of this project aim at making the USF a stronger, more self-confident and better organized unit, which will this way attain its objectives of efficiency and efficacy.

Keywords: NP EN ISO 9001:2008, Quality Management System, Family Health Unit Fafe Sentinela

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice	v
Índice de quadros.....	vii
Índice de figuras.....	viii
Índice de gráficos	ix
Lista de abreviaturas	x
Capítulo 1 - Introdução.....	1
Capítulo 2 - Enquadramento do tema.....	3
2.1. Conceitos da Qualidade.....	3
2.1.1. Conceitos da Qualidade em Saúde	3
2.2. Acreditação/Certificação na área da saúde.....	4
2.2.1. História da acreditação	8
2.2.2. Modelo ACSA.....	9
2.3. Grelha DiOr- USF- Diagnóstico do desenvolvimento Organizacional	11
2.4. Normas ISO aplicadas ao setor da Saúde	14
2.5. Norma ISO 9001:2008 <i>versus</i> Grelha DiOr- USF	14
Capítulo 3 - Contexto do Projeto	17
3.1. Unidades de Saúde Familiar	17
3.2. Apresentação da USF Fafe Sentinela	19
3.2.1. Área geográfica	21
3.2.2. Instalações	22
3.2.3. Articulação com os CSH e instituições comunitárias	22
3.2.4. Estrutura Organizacional	23
3.2.6. Principais serviços.....	24

Capítulo 4 - Metodologia	26
4.1. Diagnóstico da instituição	26
4.2. Planeamento.....	28
4.3. Apresentação/sensibilização da importância do projeto aos profissionais da USF	28
4.4. Identificação e descrição dos processos da USF Fafe Sentinela	28
4.5. Elaboração e implementação da documentação do SGQ	28
4.6. Formação sobre Gestão da Qualidade	29
4.7. Avaliação da eficácia do sistema	29
4.8. Análise do questionário de diagnóstico	30
4.8.1. Caracterização da amostra.....	30
4.8.2. Análise dos dados	31
4.8.3. Conclusões do inquérito	37
Capítulo 5 - Sistema de Gestão da Qualidade.....	40
5.1. Missão, Visão, Cultura Organizacional, Valores e princípios, Política e Objetivos da Qualidade	40
5.2. Processos.....	43
5.2.1. Relação dos processos com as áreas funcionais	47
5.2.2. Interação dos processos.....	48
5.2.3. Caracterização dos processos da USF Fafe Sentinela.....	48
5.3. Indicadores de desempenho	49
5.4. Estrutura Documental	57
Capítulo 6 - Conclusões e limitações do trabalho de projeto	63
Bibliografia	66
Apêndices	69

Índice de quadros

Quadro 1 – Contribuição dos Gurus	3
Quadro 2 – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.....	7
Quadro 3 – Standards o cidadão, centro do sistema de saúde.....	10
Quadro 4 – Standards organização da atividade centrada no utente.....	10
Quadro 5 – Standards profissionais.....	10
Quadro 6 – Standards processos de suporte	10
Quadro 7 – Standards resultados.....	11
Quadro 8 – Critérios da Grelha DiOr- USF	12
Quadro 9 – Classificação dos Critérios.....	13
Quadro 10 – Compatibilidade entre a Grelha DiOr- USF e a ISO 9001:2008	14
Quadro 11 – Carteira Básica de Serviços.....	17
Quadro 12 – Distribuição dos profissionais por carreira.....	23
Quadro 13 – Género dos profissionais	30
Quadro 14 – Idade dos profissionais.	30
Quadro 15 – Escolaridade dos profissionais.....	30
Quadro 16 – Situação Familiar dos profissionais.....	31
Quadro 17 – Horário de Trabalho dos profissionais.....	31
Quadro 18 – Tempo de serviço dos profissionais	31
Quadro 19 – Valores e princípios	41
Quadro 20 – Matriz de processos.....	44
Quadro 21 – Relação dos processos com as áreas funcionais.....	47
Quadro 22 – Interação dos processos.....	48
Quadro 23 – Classificação da interação dos processos	48
Quadro 24 – Datas chave da Contratualização de 2015.....	50
Quadro 25 – Calendarização do acompanhamento do desempenho dos ACES	50
Quadro 26 – Avaliação	51
Quadro 27 – Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização de incentivos institucionais	52
Quadro 28 – Ponderações de grupos de indicadores na contratualização interna.....	53
Quadro 29 – Indicadores Financeiros.....	54
Quadro 30 – Métrica para atribuição de incentivos financeiros.....	54
Quadro 31 – Indicadores de monitorização	56
Quadro 32 – Lista de Impressos.....	59
Quadro 33 – Comparação do antes e depois da implementação do SGQ.....	64

Índice de figuras

Figura 1 – Logotipo da USF Fafe Sentinela.....	20
Figura 2 – Mapa Concelho de Fafe (esq.) e Distrito de Braga (dir.).....	21
Figura 3 – Relações interfuncionais.....	23
Figura 4 – Organograma da USF Fafe Sentinela.....	24
Figura 5 – Melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade	43
Figura 6 – Caracterização dos processos	49
Figura 7 – Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respetivas USF (interna).....	50
Figura 8 – Estrutura documental	58

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Nível de envolvimento dos profissionais na USF	32
Gráfico 2 – Envolvimento dos profissionais nos processos de tomada de decisão	32
Gráfico 3 – Aptidão da gestão para comunicar	33
Gráfico 4 – Como avaliaria a comunicação interna na USF	33
Gráfico 5 – Conseguir localizar qualquer documento de que necessita para as tarefas do seu dia-a-dia	34
Gráfico 6 – O espaço da USF	34
Gráfico 7 – Ações de formação que realizou até ao presente	35
Gráfico 8 – Participar em projetos de mudança na USF	35
Gráfico 9 – Delega competências e responsabilidades	36
Gráfico 10 – Estimula a iniciativa das pessoas	36
Gráfico 11 – Equipamentos informáticos disponíveis	37
Gráfico 12 – Capacidade de resposta às reparações e avarias	37

Lista de abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalusia
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde do Norte
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
IQS – Instituto Qualidade da Saúde
ISO – International Organization for standardization
PDCA – Plano – Do- Check- Act
SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade
USF – Unidade de Saúde Familiar
PG – Processo de Gestão
PO – Processo Operacional
PS – Processo de suporte
ERA – Equipa Regional de Apoio

Capítulo 1 - Introdução

O presente projeto tem como principal objetivo a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade na Unidade de Saúde Familiar Fafe Sentinela – ACES Alto Ave, tendo como referência a Norma ISO 9001:2008 e a Grelha DiOr - USF. A USF Fafe Sentinela é uma unidade com autonomia funcional e técnica, que contratualiza objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade e que garante aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. Foi criada em 12/03/2007, existindo neste momento uma necessidade de reorganizar e adaptar novos procedimentos para conseguir melhorar a imagem, a cultura e o desempenho. A Missão da USF Fafe Sentinela é de aumentar a satisfação e as expectativas dos utentes em função dos recursos disponíveis. A implementação deste projeto assume-se como uma mais-valia, uma vez que traz vantagens a vários níveis tais como a satisfação dos utentes, melhoramento na comunicação interna, melhoria funcional (eficácia e eficiência), aumento da satisfação dos profissionais, melhoramento dos processos e das suas interações, definição de responsabilidades, envolvimento dos profissionais e motivação da equipa.

A motivação que levou à escolha deste tema prende-se com o desejo de alcançar uma melhoria do desempenho organizacional da USF Fafe Sentinela, tornando a equipa mais forte, mais motivada, mais dinâmica, mais informada e integrada no processo da Qualidade.

O presente trabalho está estruturado em 6 capítulos:

- 1) Introdução
- 2) Enquadramento do tema
- 3) Contexto do Projeto
- 4) Metodologia
- 5) Sistema de Gestão da Qualidade
- 6) Conclusões e limitações do trabalho de projeto

No primeiro capítulo está contemplada a introdução do projeto.

No segundo capítulo são abordados os principais conceitos associados ao projeto nomeadamente os conceitos da qualidade em geral e os conceitos da qualidade na área da saúde, abordando os temas sobre a Acreditação/Certificação na área da saúde, a história bem como o Modelo escolhido pelo Ministério da Saúde (ACSA). Destacam-se ainda as normas ISO que podem ser aplicadas a instituições de saúde, bem como a compatibilidade entre a Grelha DiOr – USF e a norma ISO 9001:2008.

No terceiro capítulo apresentam-se os diferentes modelos das Unidades de Saúde Familiar e dá-se destaque a uma caracterização exaustiva da USF Fafe Sentinela, Unidade onde foi implementado o presente projeto.

No quarto capítulo é discriminada a metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto, iniciando no diagnóstico da instituição, passando pelo planejamento, sensibilização dos profissionais para a implementação do projeto, identificação e descrição dos processos da USF Fafe Sentinela, formação sobre Gestão da Qualidade para todos os profissionais, avaliação da eficácia do Sistema e análise dos resultados dos inquéritos de satisfação aos profissionais.

No quinto capítulo é apresentado o SGQ da USF Fafe Sentinela, contemplando a missão, visão, valores e princípios, a política da qualidade e os objetivos, os processos, a relação com as áreas funcionais, as interações, a caracterização, os indicadores de desempenho e a estrutura documental.

No sexto capítulo são expostas as conclusões e limitações do trabalho.

Capítulo 2 - Enquadramento do tema

2.1. Conceitos da Qualidade

O termo qualidade é utilizado numa infinidade de situações. Segundo a norma NP EN ISO 9000:2008, a qualidade é o grau de satisfação de requisitos, dado por um conjunto de características intrínsecas.

Segundo a mesma norma, característica é um elemento diferenciador podendo ser intrínseca ou atribuída, qualitativa ou quantitativa existindo vários tipos de características (físicas, sensoriais, comportamentais, temporais, ergonómicas e funcionais).

O conceito de qualidade não evoluiu ao longo dos tempos por si só, foram vários os contributos que influenciaram a evolução deste conceito, nomeadamente contributos dos designados gurus da qualidade: Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Taguchi e Ishikawa.

O quadro 1 apresenta as contribuições relevantes para o conhecimento na área da qualidade apresentadas por cada um dos gurus (Pires A. R., 2012):

Guru	Contribuição
Deming	A qualidade é tudo o que o cliente quer e necessita e tem dois elementos fundamentais: Tem de ser definida em termos de satisfação do cliente e é multidimensional. Ficou também conhecido pelos 14 princípios de Deming.
Juran	Definiu a qualidade em termos de adequação ao uso.
Crosby	Acentuou os aspetos ligados à conformidade, defende o conceito de zero defeitos e que a qualidade não custa nada.
Feigenbaum	Criou o conceito de “controlo total da qualidade” ou CWQC (Company wide quality control).
Ishikawa	Acentuou os aspetos do trabalho em grupo, ficou conhecido pelo desenvolvimento de métodos úteis à resolução de problemas como o diagrama causa-efeito.
Taguchi	Definiu a qualidade através dos custos causados à sociedade por produtos defeituosos. (livro sistema de gestão da qualidade)

Quadro 1 – Contribuição dos Gurus

2.1.1. Conceitos da Qualidade em Saúde

O conceito Qualidade aplicado à saúde tem tido várias interpretações ao longo dos tempos. Neste sentido, qualidade em saúde deverá ser vista como “fazer bem à primeira às pessoas certas, no momento certo e no local certo e com o menor custo” (Discurso do Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte da cerimónia de entrega de certificados de qualidade ISO9001, 2015). O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 aplicou este princípio interpretando

Qualidade em Saúde como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Ministério da Saúde, 2012).

O conceito de qualidade, assim como as metodologias associadas à qualidade, foram disseminadas por vários autores, a nível da saúde foram adaptadas particularmente por Avedis Donabedian. A cultura da qualidade foi introduzida no setor da saúde a partir da década de 80.

A necessidade da introdução do conceito da qualidade em saúde, justifica-se por várias razões:

- Existência de novas tecnologias;
- Aumento das exigências e expectativas dos utentes
- Aumento dos custos dos cuidados que conseqüentemente, obriga a uma maior eficácia;
- Exigência do utente devido ao melhor nível económico e educacional;
- Empenho dos profissionais em desenvolver boas práticas;

O Ministério da Saúde considera que a qualidade na saúde, apresenta características específicas que a diferenciam da qualidade organizacional, uma vez que procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde dos utentes e não responder à procura, oferecendo cada vez mais.

Nos serviços de saúde, a governação da qualidade é um elemento chave do processo de gestão devido a vários fatores:

- A saúde é uma área de serviços em que a segurança das pessoas e bens é crítica;
- Os serviços de saúde são caros e os custos da não conformidade e do desperdício são muito elevados;
- A prevenção tem aqui um valor incalculável, uma vez que o imprevisto e os erros podem causar danos irreparáveis;
- O utente tem direito a receber serviços de saúde com qualidade.

2.2 Acreditação/Certificação na área da saúde

Segundo o Instituto Português da Acreditação (IPAC), acreditação define-se como o procedimento através do qual o organismo nacional de acreditação reconhece, formalmente, que uma entidade é competente tecnicamente para efetuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se,

complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de acreditação de que Portugal faça parte (DL N° 125/2004) (IPAC, 2015).

A certificação é o procedimento através do qual uma terceira parte disponibiliza uma garantia escrita de que um produto, processo ou serviço está em conformidade com uma norma ou outro documento normativo específico (Ministério da Economia, 2015).

Sendo assim, é possível diferenciar a acreditação e a certificação de sistemas de gestão tanto quanto aos objetivos, como quanto aos respetivos referenciais. A certificação (de sistemas de gestão, de produtos, de pessoas) é uma das atividades de avaliação da conformidade (certificação, inspeção, ensaio, calibração). A acreditação é o reconhecimento da competência técnica para exercer as atividades de avaliação da conformidade (Ministério da Economia, 2015).

No entanto, na área da saúde, tanto na realidade portuguesa como internacionalmente, esta diferença desvaneceu-se, e muitas vezes acreditação é, comumente, utilizada como sinónimo de certificação.

A Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) é uma organização do Ministério da Saúde e Bem-Estar Social do Governo da Andaluzia, Espanha, criado em 2002 com objetivo de promover e desenvolver o Modelo de Qualidade de Andaluz (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Após a avaliação de vários sistemas internacionais, o Ministério da Saúde escolheu como modelo oficial “o programa de acreditação de unidades de saúde da Agência da Qualidade em Saúde da Andaluzia”. O Ministério da Saúde explica esta escolha alegando a sustentabilidade do modelo e também o facto de o sistema poder ser aplicado tanto a cuidados de saúde primários como a secundários. O Programa Nacional de Acreditação em Saúde é baseado no Despacho 69/2009, de 31 de Agosto.

O Programa Nacional de Acreditação em Saúde visa reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura de qualidade e segurança que se deve generalizar a todo o Serviço Nacional de Saúde.

Segundo o Departamento da Qualidade na Saúde já se encontram acreditadas (outubro 2015) as seguintes instituições (Direção-Geral da Saúde, 2015):

Unidades de Saúde Familiar (N=13)

- Valongo (Ermesinde - Porto)
- Dafundo (Lisboa)
- Alviela (Santarém)

- Grão Vasco (Viseu)
- Tornada (Caldas da Rainha)
- Gama (Torres Vedras)
- São João de Sobrado (Ermesinde - Porto)
- Serra da Lousã (Lousã)
- Physis (Vizela)
- D. Sancho I (Cartaxo)
- Arandis (Torres Vedras)
- Eborae (Évora)
- Buarcos (Figueira da Foz)

Serviços Hospitalares (N=8):

- Neonatologia (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE)
- Pediatria (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE)
- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (Hospital Distrital de Santarém, EPE)
- Cirurgia Pediátrica (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE)
- Obstetrícia (Centro Hospitalar do Algarve, EPE - Hospital de Faro))
- Pediatria (Centro Hospitalar do Algarve, EPE - Hospital de Faro))
- Pediatria (Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo, EPE)
- Pediatria (Hospital Distrital de Santarém, EPE)

Outras Tipologias (N=4):

- Instituto Nacional de Emergência Médica
- Cuidados Integrados de Saúde, S.A. - TAP-Air Portugal
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal - APDP (Lisboa)
- Unidade de Cuidados Continuados Integrados/ASFE (Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação em Mafra)

Considerando que cada processo de acreditação demora em média de 12 a 18 meses, até ficar concluído, encontram-se em processo de acreditação 143 unidades, sendo que destas 73 são de cuidados de saúde primários, 55 são unidades hospitalares, 4 unidades de cuidados continuados integrados e 11 são unidades de saúde privadas.

É de salientar que a USF Fafe Sentinela decidiu por unanimidade em reunião de Conselho Geral avançar para o Programa Nacional de Acreditação em Saúde, tendo já sido selecionada para iniciar brevemente o processo de acreditação.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, ao garantir e reforçar a anterior Estratégia Nacional 2009-2014, visa assegurar que as funções de governação,

coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Tem, assim, como principal missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio; o Despacho n.º 5739/2015, de 29 de maio, determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 obriga ao reforço das seguintes ações no âmbito do sistema de saúde:

Prioridades	Ações
Melhoria da qualidade clínica e organizacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduzir a variabilidade da prática clínica, nomeadamente através de normas clínicas nacionais e da disseminação das boas práticas. 2. Assegurar e verificar a qualidade das prescrições de tratamentos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico. 3. Aumentar a integração dos níveis de prestação de cuidados, criando, por exemplo, orientações organizacionais de integração das respostas assistenciais às necessidades dos doentes no nível de prestação de cuidados onde se encontram, assegurando, quando necessário, a sua referência adequada, informada e atempada. 4. Auditar regularmente os critérios da qualidade e segurança a que devem obedecer os serviços prestadores de cuidados de saúde. 5. Alinhar os incentivos financeiros dos prestadores de cuidados, institucional e individualmente, com o cumprimento de indicadores de qualidade e segurança do doente. 6. Identificar e disseminar boas práticas, privilegiando o seu intercâmbio. 7. Implementar mecanismos para a melhoria contínua da qualidade. 8. Promover a investigação clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional.
Aumento da adesão a normas de orientação clínica	<ol style="list-style-type: none"> 9. Aumentar a clínica reflexiva, através do hábito de realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados a nível nacional. 10. Verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de auditorias externas efetuadas por pares.
Reforço da segurança dos doentes	<ol style="list-style-type: none"> 11. Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente. 12. Reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.
Monitorização permanente da qualidade e segurança	<ol style="list-style-type: none"> 13. Avaliar a qualidade clínica e organizacional e da segurança dos doentes, através de painel de indicadores. 14. Criar sede de observação da qualidade e segurança dos cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde. 15. Auscultar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde.

Quadro 2 – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020

Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde	16. Auditar, certificar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos pelo modelo de acreditação do Ministério da Saúde
Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.	17. Divulgar informação comparável de desempenho com enfoque em indicadores internacionalmente reconhecidos. 18. Promover a educação e a literacia em saúde para que tenhamos cidadãos mais saudáveis e doentes mais participativos na tomada de decisão. 19. Promover uma cultura de uso adequado das reclamações na perspetiva do utilizador, enquanto reclamante, e do prestador, enquanto alvo da reclamação, através da melhoria de um sistema nacional de avaliação de reclamações e de retorno informativo sobre as consequências da reclamação.

Quadro 2 – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (continuação)

O Departamento de Qualidade na Saúde tem como missão promover a excelência na prestação dos serviços públicos de saúde, mediante a garantia da sua qualidade e melhoria contínua, em benefício dos cidadãos e de acordo com o Plano Nacional de Saúde.

A acreditação de unidades prestadoras de cuidados de saúde apresenta-se como uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde que, consciente desta importância, decidiu criar um sistema sustentável de acreditação para todo o Serviço Nacional de Saúde, baseado na coordenação e na colaboração eficaz entre todas as administrações dos serviços públicos de saúde. Com o reconhecimento da qualidade das estruturas organizativas e da prática clínica, a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas respetivas instituições é fortalecida.

Neste âmbito, a acreditação em saúde visa dar continuidade e apoio às políticas de qualidade vigentes, integrando-se numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade através da disseminação de uma cultura de rigor e segurança.

2.2.1. História da acreditação

Os programas de acreditação na saúde tiveram início em Portugal com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde. Em 1999 este Instituto desenvolveu o Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais baseado na metodologia King's Fund. Em 2004 a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. introduziu o modelo da Joint Commission International para a acreditação destes hospitais.

Em 2008, foram conferidas à Direção-Geral da Saúde, as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português, cabendo-lhe a responsabilidade sobre o desenvolvimento do sistema de qualificação no qual se enquadra o Programa Nacional de Acreditação em Saúde.

2.2.2. Modelo ACSA

O Modelo Nacional e Oficial de Acreditação de Unidades de Saúde baseia-se no modelo ACSA e tem as seguintes características:

- Assenta em três pilares básicos: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão das competências;
- Avalia a integração desses processos bem como o grau de cumprimento dos acordos de gestão contratualizados;
- Exige a integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde e a avaliação da efetividade das medidas tomadas através de um conjunto de indicadores;
- Valoriza, em particular:
 - ✓ Os direitos dos cidadãos, tais com preconizados pela Organização Mundial de Saúde e estabelecidos no quadro legal português;
 - ✓ A segurança do doente e dos profissionais;
 - ✓ As competências profissionais e a formação contínua acreditada;
 - ✓ A transparência e a ética na atuação e na informação prestada;
 - ✓ Os requisitos de rigor técnico e de evidência científica na prestação dos cuidados de saúde;
 - ✓ Os resultados dos processos de gestão, de governação clínica e de saúde;
 - ✓ A perceção que o utente tem da qualidade dos cuidados que lhe são prestados;
 - ✓ A capacidade de pesquisa, desenvolvimento, inovação e disseminação dos saberes.

Desenvolvido por profissionais de saúde com profundo conhecimento da gestão da qualidade em saúde e da prática clínica, este modelo baseia-se no conceito de auditoria inter pares, e apoia-se numa metodologia de autoavaliação que fomenta o trabalho em equipa e a partilha do conhecimento.

O modelo de acreditação contempla cinco dimensões sobre as quais incide a avaliação da qualidade.

Cada uma dessas dimensões inclui um conjunto de requisitos normativos que constituem o manual de normas para a acreditação de unidades de saúde e se constituem como orientações para a avaliação e evolução progressiva no sentido da melhoria contínua da qualidade em saúde.

O Manual de Standards para acreditação das Unidades de Gestão Clínica está estruturado em cinco blocos e onze critérios, como a seguir se indica (Departamento da Qualidade na Saúde, 2011):

I- O cidadão, centro do sistema de saúde (32% do total dos standards)
1- Utentes: satisfação, participação e direitos (17);
2- Acessibilidade e continuidade assistencial (13);
3 - Documentação clínica (6).
O cidadão como ponto central do sistema de saúde, diz respeito aos direitos, expectativas e participação dos utentes, profissionais e outras entidades e, engloba os princípios de privacidade, confidencialidade e acessibilidade aos recursos

Quadro 3 – Standards o cidadão, centro do sistema de saúde

II- Organização da atividade centrada no utente (21% do total dos standards)
4 - Gestão dos Processos Assistenciais Integrados (5);
5 - Atividades de Promoção e Programas de Saúde (7);
6 - Direção da Unidade de Gestão Clínica (11).
A organização da atividade centrada no utente, diz respeito a determinados fatores como as atuações da unidade de saúde, tendo como base principal os processos assistenciais e os programas de saúde, e, igualmente, à forma como os profissionais se organizam para obter resultados e ganhos em saúde, tem como base a relação custo-efetividade.

Quadro 4 – Standards organização da atividade centrada no utente

III- Os profissionais (13% do total dos standards)
7- Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação (14).
O desenvolvimento profissional e formação, que reflete as práticas desde o acolhimento de profissionais até a adequação de recursos humanos, no sentido de facilitar o desenvolvimento profissional e as atividades de investigação.

Quadro 5 – Standards profissionais

IV- Processos de suporte (28% do total dos standards)
8 - Estrutura, equipamento e fornecedores (11);
9 - Sistemas e tecnologias da informação e comunicação (9);
10 - Sistema da Qualidade (12).
Os Processos de suporte, que se relacionam com a gestão da estrutura física da unidade de saúde e as instalações, bem como a gestão dos equipamentos e medidas de segurança.

Quadro 6 – Standards processos de suporte

V- Resultados (6% do total dos standards)
11 - Resultados da Unidade de Gestão Clínica (7).
Os Resultados, que tem como finalidade avaliarem os resultados obtidos em relação a atividade realizada, eficiência e efetividade, satisfação, acessibilidade e qualidade técnico-científica.

Quadro 7 – Standards resultados

No que respeita à acreditação, sendo um processo gradual e evolutivo de melhoria contínua, os Manuais de Acreditação contêm requisitos normativos a que correspondem graus de exigência e complexidade crescentes, classificados em três grupos:

Grupo I – Contempla os requisitos que correspondem a elementos prioritários do Serviço Nacional de Saúde, relacionados com os direitos, a segurança e a satisfação dos cidadãos (65).

Dentro do Grupo I existem requisitos de cumprimento obrigatório, assim definidos por constituírem áreas prioritárias de investimento na melhoria dos cuidados de saúde (35).

Grupo II – Contempla os requisitos que correspondem a elementos associados a um maior desenvolvimento da organização (sistemas de informação, introdução de novas tecnologias, reestruturação organizacional) (29).

Grupo III – Contempla os requisitos que correspondem a elementos que fazem com que a Unidade de Saúde se constitua como referência a nível do Serviço Nacional de Saúde (18).

O cumprimento dos requisitos normativos incluídos nestes grupos, determina o nível de acreditação:

Nível Bom – exige o cumprimento de pelo menos 70% dos requisitos normativos do Grupo I e 100% dos obrigatórios.

Nível Ótimo - cumprimento de 100% dos requisitos normativos do Grupo I e pelo menos 40% do Grupo II.

Nível Excelente - cumprimento de 100% dos requisitos normativos dos Grupos I e II e pelo menos 40% dos do Grupo II.

2.3. Grelha DiOr- USF- Diagnóstico do desenvolvimento Organizacional

Como todas as Unidades de Saúde Familiar, a USF Fafe Sentinela baseia-se na Grelha DiOr- USF (Diagnóstico do desenvolvimento Organizacional nas Unidades de Saúde Familiar) que surgiu na sequência da experiência obtida com a utilização de outros

ferramentas idênticas no acompanhamento e nas auditorias de candidatura a modelo B das USF, como foi o caso do MoniQuOr adaptado, a grelha ZZ e a grelha DiQuOr-USF. Aquela experiência e o início do plano nacional de acreditação com os critérios desenvolvidos pela Agencia Calidad Sanitaria de Andalucia e adaptados para Portugal pelo Departamento da Qualidade da Direção Geral da Saúde, originaram a necessidade de reajustar o instrumento de diagnóstico de desenvolvimento organizacional, tornando-o mais adequado. O objetivo do DiOr-USF é desenvolver uma ferramenta de trabalho que possibilita de forma sistemática e rigorosa implementar linhas de orientação, de monitorização e avaliação da organização dos serviços tendo em vista a melhoria do desempenho da unidade, a satisfação dos cidadãos e dos profissionais (Ministério da Saúde, 2015).

O âmbito do DiOr-USF permite, internamente, a autoavaliação de cada USF, o acompanhamento pelo Conselho Clínico, por aplicação direta ou cruzada, ou pela ERA e, externamente, para acesso e manutenção em modelo B ou como forma de desempate nas candidaturas a processos de acreditação (Ministério da Saúde, 2012).

A Grelha DiOr- USF está estruturada em seis áreas, subdividindo-se em 41 pontos, contendo no total 141 critérios, como a seguir se indica:

1 – Organização e Gestão (9)	Critérios
1.1 - Desenvolvimento da equipa	9
1.2 - Área geográfica de influência da USF	1
1.3 - Gestão e comunicação na USF	7
1.4 - Instrumentos da USF	4
1.5 - Gestão da violência	1
1.6 - Aprovisionamento.	1
1.7 - Registos de equipamento e material	2
1.8 - Registos clínicos	1
1.9 - Acesso de pessoas estranhas à USF	1
2 – Informação e Direitos dos utentes (2)	Critérios
2.1 - Direitos dos cidadãos nos serviços de saúde	12
2.2 - Comunicação com os utentes	17
3 – Oferta Assistencial (5)	Critérios
3.1 - Obtenção atempada de cuidados e aconselhamento	6
3.2 - Sistema de marcação de consultas	3
3.3 - Cuidados domiciliários	1
3.4 - Continuidade e integração de cuidados	1
3.5 - Promoção da saúde	1

Quadro 8 – Critérios da Grelha DiOr- USF

4 – Desenvolvimento da Equipa e Qualidade (10)	Critérios
4.1 - Análise da eficácia organizacional	2
4.2 - Boas práticas clínicas	3
4.3 - Controlo de infeção	1
4.4 - Comunicação com os utentes e profissionais	1
4.5 - Avaliação da satisfação dos utentes e profissionais	3
4.6 - Formação contínua da equipa	6
4.7 - Formação de profissionais externos à USF	1
4.8 - Trabalhos científicos e investigação	2
4.9 - Carta da qualidade	1
4.10 - Monitorização e discussão da contratualização	5
5 – Instalações, Saúde, Higiene e Segurança (9)	Critérios
5.1 - Acessibilidade às instalações	3
5.2 - Sala de espera	3
5.3 - Áreas de trabalho	4
5.4 - Instalações sanitárias	3
5.5 - Área de armazenagem	2
5.6 - Saúde dos profissionais	2
5.7 - Higiene	3
5.8 - Segurança	6
5.9 - Acontecimentos adversos	1
6 – Articulação, Equipamentos e Sistema Informação (6)	Critérios
6.1 - Articulação	2
6.2 - Arquivo dos registos clínicos	1
6.3 - Equipamentos médicos e de enfermagem	6
6.4 - Equipamento informático	5
6.5 - Sistema de comunicações	5
6.6 - Sistema de transporte para domicílios	2

Quadro 8 – Critérios da Grelha DiOr- USF (continuação)

Critérios	Total
A	33
B	61
C	47
	141

Quadro 9 – Classificação dos Critérios

Os critérios constantes desta grelha de avaliação estão classificados em três **categorias A, B e C.**(Quadro 9)

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

Os **critérios B** terão de ser cumpridos entre:

- 70 e 74% para se obter um resultado satisfatório
- 75 e 90% para se obter um resultado bom
- acima de 90% para se considerar um resultado excelente.

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

2.4. Normas ISO aplicadas ao setor da Saúde

Segundo a *International Organization for Standardization* (ISO), a família ISO 9000 aborda vários aspetos da gestão da qualidade e contém alguns dos melhores padrões conhecidos da ISO. As normas fornecem orientações e ferramentas para organizações que querem garantir que os seus produtos e serviços atendem às necessidades do cliente e que a qualidade seja melhorada.

Tendo por base os princípios da gestão da qualidade (focalização no utente, melhoria contínua, abordagem por processos, envolvimento dos profissionais,..) as normas ISO podem ser aplicadas a instituições de saúde, existindo mesmo um “Guia Interpretativo para a aplicação da Norma NP EN ISO 9001 para Serviços de Saúde” da autoria de Filipa Homem Christo (que faz parte da equipa do Departamento da Qualidade em Saúde da Direção Geral da Saúde).

2.5. Norma ISO 9001:2008 versus Grelha DiOr- USF

A grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF utilizada para entrada e permanência no modelo organizacional B é o instrumento utilizado pelas USF para demonstrarem a evolução da equipa em termos de organização interna, de trabalho em equipa, de prossecução de objetivos mais exigentes e de qualidade. As USF preocupam-se com a qualidade e imagem. Se uma USF obtiver um resultado positivo na grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF consegue melhorias significativas a nível de qualidade tal como num SGQ.

A abordagem por processos é um dos principais pontos em comum entre a grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF e a norma ISO 9001:2008. A definição dos processos-chave elaborando os respetivos procedimentos de acordo com aquilo que são as necessidades dos utentes e a designação dos responsáveis fazem com que as USF mantenham um conjunto de processos claramente definidos e uniformizados.

No quadro 10 são evidenciados os pontos em comum entre a norma ISO 9001:2008 e a Grelha DiOr- USF:

Compatibilidade	
Grelha DiOr- USF	ISO 9001:2008
Definição dos processos chave (Consulta programada, consulta aberta e consulta domiciliária)	Abordagem por processos
Prestação de cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (satisfação dos utentes)	Proporcionar produto/serviço que vá ao encontro dos requisitos do cliente, estatutários e regulamentares (satisfação do cliente)

Quadro 10 – Compatibilidade entre a Grelha DiOr- USF e a ISO 9001:2008

Compatibilidade	
Grelha DiOr- USF	ISO 9001:2008
Carta da qualidade	Política da Qualidade
Objetivos da USF	Objetivos da qualidade, incluindo os necessários para se ir ao encontro dos requisitos do produto
<u>Procedimentos obrigatórios:</u> - Processos Chave - Organização e distribuição da informação - Arquivo de documentos - Gestão da violência - Gestão de stocks - Gestão do arquivo inativo - Identificação de estranhos - Tratamento de reclamações e sugestões - Mudança de médico - Direito a uma segunda opinião - Privacidade no atendimento do utente - Atendimento telefónico - Qualidade dos registos clínicos - Controlo de infeção - Elaboração de documentos e panfletos - Prevenção e registo de acontecimentos adversos	<u>Procedimentos documentados:</u> - Controlo de documentos - Controlo dos registos - Auditoria interna - Controlo de não conformidades - Ações corretivas - Ações preventivas
Partilha da informação e eficácia na comunicação	Comunicação interna
Publicitar informação relativa aos serviços prestados na USF	Comunicação com o cliente
Monitorizar e discutir as metas contratualizadas (processos)	Monitorizar, medir e analisar os processos
Implementar medidas corretoras aos desvios identificados de forma a alcançar os objetivos	Implementar ações necessárias para atingir os resultados planeados e a melhoria contínua dos processos (ações corretivas e ações preventivas)
Plano de ação (Incorporando todos os programas contratualizáveis, objetivos, metas, estratégias/ atividades, indicadores de monitorização, carga horária e serviços mínimos) Relatório de atividades (relatório das atividades da USF relativas ao ano civil anterior), Regulamento interno (documento que regula todo o funcionamento da USF) Manual de procedimentos (manual com descrição de processos organizativos e clínicos)	Documentos determinados pela organização como necessários para assegurar o planeamento, a operação e o controlo eficazes dos processos
Registos obrigatórios (atas, documentos, publicitação)	Controlo dos registos
Verificar os produtos recebidos	Assegurar que o produto comprado está conforme com os requisitos
Efetuar auditorias	Auditorias internas
Analisar as reclamações e sugestões, seguimento das medidas corretivas Auditorias internas	Revisão pela gestão

Quadro 10 – Compatibilidade entre a Grelha DiOr- USF e a ISO 9001:2008 (continuação)

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

Capítulo 3 - Contexto do Projeto

3.1. Unidades de Saúde Familiar

Em Portugal, a partir de 2005, com a criação da Missão para os CSP, reconfiguraram-se os Centros de Saúde (CS) e foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF). As USF foram constituídas com o objetivo de melhorar a qualidade e continuidade dos cuidados de saúde, bem como, o aumento da satisfação, quer do utente quer dos profissionais, através da criação de equipas multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros e administrativos, sendo providas de autonomia organizativa, funcional e técnica (Mundo Médico, 2010).

As USF são unidades operativas dos Cuidados de Saúde que possuem autonomia funcional e técnica, que pretendem dar resposta a objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade anteriormente contratualizados de forma a garantir aos cidadãos inscritos na respetiva Unidade de Saúde Familiar uma carteira básica de Serviços (Portaria n.º1368/2007 de 18 de Outubro, 2007).

Carteira Básica de Serviços
A - Núcleo base de serviços clínicos
1) Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida:
1.1) Geral;
1.2) Saúde da mulher;
1.3) Saúde do recém nascido, da criança e do adolescente;
1.4) Saúde do adulto e do idoso;
2) Cuidados em situação de doença aguda;
3) Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla;
4) Cuidados no domicílio;
5) Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

Quadro 11 - Carteira Básica de Serviços

Carteira Básica de Serviços
B - Secretariado clínico/ administrativo
1) Atendimento e encaminhamento do cidadão:
1.1) Programação e marcação de consultas- consultas programadas; consultas sem programação da iniciativa do utente;
1.2) Monitorização do tempo de espera e desistências;
2) Gestão da comunicação;
2.1) Difusão atualizada do funcionamento dos serviços;
2.2) Informação a pedido;
3) Gestão de procedimentos administrativos;
3.1) Participação na gestão dos processos clínicos;
3.2) Participação nos procedimentos referentes à prescrição crónica;
3.3) Registo e acompanhamento relativos à referênciação;
3.4) Gestão dos dados administrativos do cidadão;
3.5) Gestão das áreas de apoio administrativo;
3.6) Participação na gestão do sistema de informação;
3.7) Participação na receção e na resposta a queixas, reclamações e sugestões dos cidadãos.
C- Horário de funcionamento
Nos dias úteis, entre as 8 e as 20h
D - Dimensão da Lista de utentes
A dimensão da lista de utentes da carteira básica de serviços deve ter, no mínimo 1917 unidades ponderadas a que correspondem, em média, 1550 utentes por médico.
E - Formação continua
A USF deve ser um espaço de formação e inovação, uma vez que a formação é um requisito indispensável para o sucesso e para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Quadro 11 - Carteira Básica de Serviços (continuação)

Os modelos organizacionais são os exemplos de como as USF's se organizam. Nem todas as USF's apresentam o mesmo desenvolvimento organizacional e como tal existem três modelos (A, B e C). A diferença entre os modelos de USF resulta de três dimensões estruturantes:

- O Grau de autonomia organizacional;
- A diferenciação do modelo de retribuições e incentivos aos profissionais;
- O modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

Estes modelos caracterizam-se da seguinte forma:

Modelo A: Este modelo corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho da equipa que se candidatou a USF e como tal é a fase inicial de formação de uma USF. Situam-se neste modelo as USF's do setor público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública e que se aplicam ao setor e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram. As USF's têm a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduzem em incentivos

institucionais a reverter para as USF's. Todas as USF's permanecem neste modelo até se sentirem preparadas e reúnam as condições para avançar para o modelo seguinte (Modelo B). Esta fase é fundamental em situações onde não esteja implementado o trabalho em equipa e/ou onde não existam práticas de avaliação do desempenho técnico-científico em saúde familiar.

Modelo B: Neste caso, o modelo já reflete um maior amadurecimento organizacional, onde os profissionais já trabalham em equipa e desempenham de forma efetiva práticas de saúde familiar, sendo o nível de contratualização de desempenho mais exigente, prevendo-se a participação das USF's num processo de acreditação num período máximo de três anos. Situam-se neste modelo as USF's do setor público administrativo às quais está associado um regime retributivo especial para todos os profissionais (definido pelo Capítulo VII do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto), onde se englobam a remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. Tal como acontece no Modelo A, também aqui existe a contratualização de indicadores relacionados com incentivos institucionais e está prevista a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços.

Modelo C: É um modelo experimental (a regular por um diploma próprio) com carácter supletivo que visa fazer face a eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF's a constituir definidas em função de quotas estabelecidas pela Administração Regional de Saúde (ARS) e em função da existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, social ou cooperativo, baseando a sua atividade num contrato programa estabelecido com a ARS respetiva e estando sujeitas ao controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito. (Despacho nº 24 101/2007, 2007)

3.2. Apresentação da USF Fafe Sentinela

A Unidade de Saúde Familiar (USF) Fafe Sentinela é uma equipa multiprofissional, constituída por médicos (6), enfermeiros (5) e administrativos (5), criada por iniciativa dos profissionais envolvidos que pretende prestar cuidados de saúde primários com maior acessibilidade, qualidade e continuidade.

A USF Fafe Sentinela iniciou funções em 12 de Março de 2007, integrado no Centro de Saúde de Fafe, que após 15 meses em Modelo A, transitou em 1 de Julho de 2008 para Modelo B, modelo novo organizativo dos Cuidados de Saúde Primários.

A Unidade abrange todos os utentes que estão inscritos nas listas dos médicos de família que a integram num total de 10200 utentes, a USF não tem utentes sem médico de família é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as

outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alto Ave, do qual é parte integrante (DL 298/2007, art.º 3º). A USF dispõe de um Regulamento Interno no qual contempla as normas de organização e funcionamento da USF. É um documento que traduz o compromisso assumido entre si por todos os profissionais que a integram. Os programas são elaborados em conjunto e baseados em compromissos de objetivos, estratégias, e metas mensuráveis, baixo absentismo, ambiente agradável, solidariedade entre si e cultura de amabilidade.

A USF Fafe Sentinela adotou o seguinte logótipo:

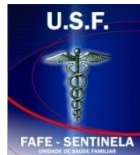


Figura 1 – Logotipo da USF Fafe Sentinela

O caduceu - emblema dos médicos - que era na antiguidade atributo de Hermes (e de Mercúrio, arauto dos deuses); era representado por uma faixa de varas encimado pelo espelho da Providência, no qual se enroscava a serpente de Epidauro.

A USF pretende significar a medicina holística que procura exercer no dia-a-dia.

A USF Fafe Sentinela atua em colaboração com as estruturas da Comunidade (Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Misericórdia, Bombeiros Voluntários, Escolas, etc.) e com as diferentes Unidades Funcionais do Centro de Saúde de Fafe.

Neste contexto, a USF tem como objetivos principais:

- Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;
- Utilizar os instrumentos necessários, no contexto organizacional proposto, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;
- Garantir os mecanismos adequados para a efetivação do Plano de Ação, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, criando mecanismos de acompanhamento e atualização do Plano;
- Criar uma dinâmica de serviços visando o aumento global da qualidade e melhoria dos cuidados de saúde, cada vez mais dirigido para as necessidades da comunidade e de acordo com o modelo organizativo das USF integradas no processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

A equipa da USF Fafe Sentinela desenvolve programas de saúde, consultas preventivas, de vigilância e curativas em cuidados de saúde primários, médicas e de enfermagem, na Unidade e no domicílio.

3.2.1. Área geográfica

O concelho de Fafe, constituído por 36 freguesias (Figura 1) e cobrindo uma área total de 218,9 Km², é parte integrante do distrito de Braga (Figura 2), é banhado por um afluente do rio Ave (rio Vizela) e pelo rio Ferro, afluente do Vizela. É confrontado pelos concelhos de Felgueiras, a Sul e Guimarães, a Oeste, Póvoa de Lanhoso e Vieira do Minho a Norte e Cabeceiras e Celorico de Basto, a Leste (Figura 3). (João, 2014)



Figura 2 – Mapa Concelho de Fafe (esq.) e Distrito de Braga (dir.)
Fonte: Câmara Municipal de Fafe

A USF Fafe Sentinela tem utentes inscritos de todas as 36 freguesias de Fafe, existem ainda utentes inscritos fora de área, dos concelhos vizinhos, tais como de Guimarães, Felgueiras, Póvoa de Lanhoso e Celorico de Basto, que representam uma pequena percentagem do total de inscritos na USF Fafe Sentinela.

Evocando um pouco da sua história, este concelho, inicialmente chamado de Montelongo e a sua sede de Santa Eulália Antiga, a designação atual de Fafe aparece no século XIX. Foi elevado a concelho por foral de D. Manuel I, em 1513, e elevado a cidade em 1986. (Coimbra, 1998) (João, 2014)

De acordo com os censos de 2011, a população residente é de 52.757 habitantes, tendo aumentado em relação ao censo anterior (2001), 10, 2%. O concelho tem uma densidade populacional de 241 hab/Km².

Tomando como comparação os dois censos (2001/2011), a taxa de analfabetismo diminuiu para metade enquanto a proporção de indivíduos residentes no concelho com nível de instrução do 3º ciclo do ensino básico e secundário quadruplicou neste período censual.

A agricultura é a atividade dominante do concelho, embora percentualmente inferior ao sector secundário que incide na indústria têxtil e na construção civil. Isto pode dever-se às zonas de florestamento do concelho, que impedem o aproveitamento agrícola. A estrutura fundiária dominante é o minifúndio, característica um pouco generalizada por todo o Minho. A rede de fornecimento de águas do concelho de Fafe é fornecida da seguinte forma:

- por captação e respetivo tratamento da estação de Calvelos-Golães, a partir do rio Vizela para a sede do concelho e para parte das seguintes freguesias: Golães, Arões, S. Cristina, Fornelos e Medelo;
- por captação na própria freguesia e com depósitos distribuidores de água todas as outras freguesias (incluindo parte das atrás mencionadas).

Destes abastecimentos de água só 80% são águas tratadas. A rede geral de esgotos e saneamento abrange 40% da sede do concelho e pequena parte das freguesias de Medelo e de Antime.

3.2.2. Instalações

A Sede do Centro de Saúde de Fafe está localizada no centro da freguesia de Fafe, na Rua José Ribeiro Vieira de Castro, instalada num edifício de construção moderna com três pisos. A USF Fafe Sentinela, localiza-se no 2º andar do edifício O Centro de Saúde possui um parque de estacionamento. Muitos utentes recorrem em viaturas privadas, superlotando constantemente o pequeno parque. O CSFafe foi organizado por módulos: módulos de Unidades de Saúde com consultórios para Medicina Geral e Familiar e consultórios de enfermagem, para as várias atividades e módulo de Saúde Pública com salas também para as Consultas de Nutricionismo e Psicologia. Contiguamente aos vários módulos situam-se as salas de espera, devidamente equipadas. Fazem ainda parte das instalações da sede uma sala de reuniões/biblioteca. No terceiro andar existe um Auditório com capacidade para cerca de 70 pessoas. Foram feitas obras em alguns módulos para funcionamento de Unidades de Saúde Familiar. Atualmente encontram-se em funcionamento quatro USF, na Sede do Centro de Saúde de Fafe.

3.2.3. Articulação com os CSH e instituições comunitárias

A articulação com o Centro Hospitalar Alto Ave, permite garantir a continuidade de cuidados secundários num grande número de valências. Para outras especialidades é necessário referenciar ao Hospital distrital de Braga ou Hospitais centrais do Porto. Existem protocolos que permitem melhorar a eficácia do processo de referência como seja o Sistema P1 Alert. Os doentes de convalescença prolongada são referenciados para a Unidade de Cuidados Prolongados.

A USF Fafe Sentinela atua em colaboração com as estruturas da Comunidade (Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Misericórdia, Bombeiros Voluntários, Escolas, etc.) e com

as diferentes Unidades Funcionais do Centro de Saúde de Fafe e do ACES Alto Ave conforme o mapa de relações interfuncionais:



Figura 3 - Relações interfuncionais

3.2.4. Estrutura Organizacional

A estrutura orgânica da USF Fafe Sentinela é constituída pelo conselho geral (Todos os profissionais da USF Fafe Sentinela), o Coordenador da equipa e o Conselho Técnico.

O Mapa abaixo representa a distribuição dos profissionais efetivos da USF Fafe Sentinela, por carreira:

Mapa dos Profissionais da USF Fafe Sentinela	
Carreira	Nº Profissionais
Médica	6
Enfermagem	5
Assistente Técnico	5
Total:	16

Quadro 12 - Distribuição dos profissionais por carreira

Representa-se de seguida o organograma da USF Fafe Sentinela:

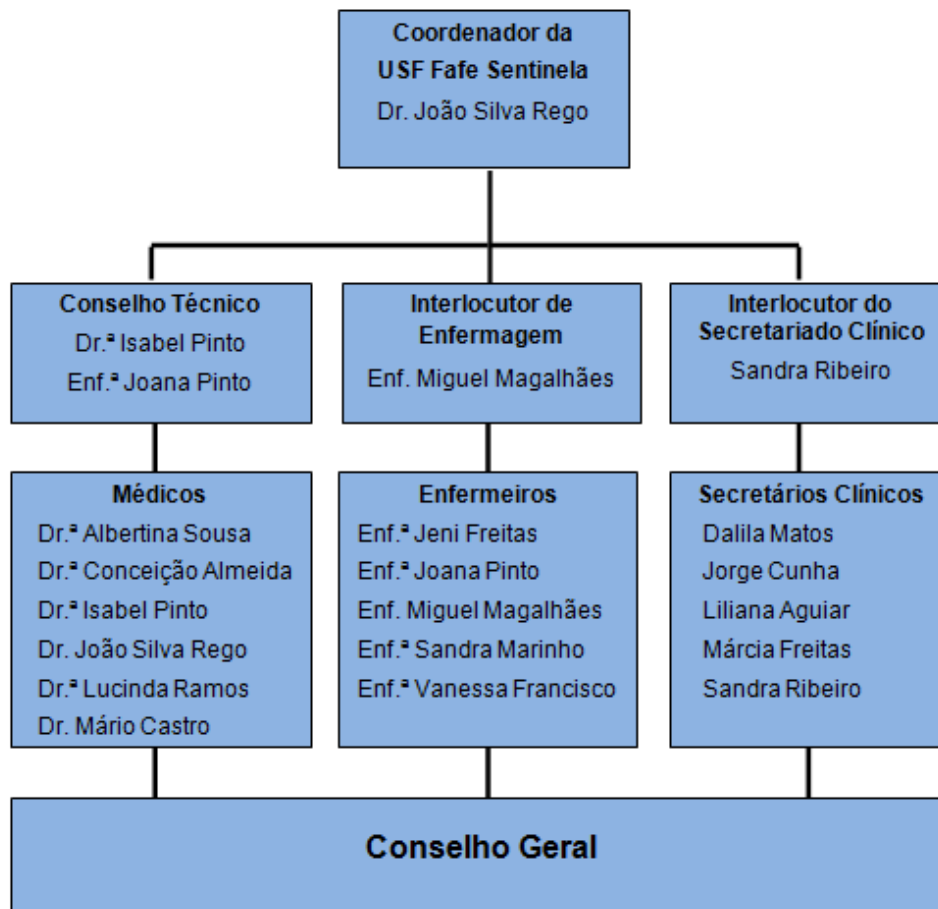


Figura 4 – Organograma da USF Fafe Sentinela

3.2.6. Principais serviços

A equipa da USF Fafe Sentinela desenvolve programas de saúde, consultas preventivas, de vigilância e curativas em cuidados de saúde primários, médicas e de enfermagem, na Unidade e no domicílio.

Consultas médicas

1. Consultas programadas.
2. Consultas de vigilância e / ou prevenção.
3. Consultas de doença aguda.
4. Consulta aberta: consulta com horário fixado para cada médico, na qual são atendidos os pedidos de consulta para o próprio dia.
5. Consultas dirigidas a grupos vulneráveis, com dia e horário específico: crianças, adolescentes, planeamento familiar, grávidas.
6. Consultas dirigidas a grupos de risco: diabéticos, hipertensos, outras patologias crónicas.

7.Consultas domiciliárias.

Cuidados de enfermagem

- 1.Apoio das consultas dos grupos vulneráveis e de risco.
- 2.Vacinação.
- 3.Cuidados de saúde domiciliários.
- 4.Pensos e injetáveis.
- 5.Administração de terapêutica.
- 6.Tratamentos.

Os utentes da USF têm acesso a consultas de outras especialidades existentes no CS Fafe (Psicologia, Nutrição ou outras que venham a existir).

Os utentes da USF têm acesso à Técnica Superior de Serviço Social do CS Fafe que presta todo o apoio e colaboração.

Capítulo 4 - Metodologia

A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes (NP EN ISO 9000:2005).

Neste sentido, a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade na USF incidiu em 3 pontos fundamentais:

1) Requisitos:

- Satisfazer as necessidades das pessoas;
- Cumprir os requisitos legais e regulamentares;
- Atingir os objetivos da USF.

2) Instrumentos

- Abordagem por processos;
- Ciclo de Deming.

3) Documentação

- Manual da Qualidade;
- Procedimentos;
- Instruções de trabalho;
- Etc..

A metodologia usada para a implementação deste projeto começou com a identificação de uma necessidade de melhorar e sistematizar as práticas existentes na USF Fafe Sentinela. Posteriormente seguiram-se as fases de diagnóstico (1), planeamento (2), sensibilização dos profissionais (3), identificação e descrição dos processos (4), elaboração da documentação (5), formação (6) e avaliação da eficácia do sistema (7).

Estas fases são detalhadas nas secções seguintes:

4.1. Diagnóstico da instituição

O processo de implementação do SGQ na USF Fafe Sentinela iniciou-se com uma análise geral (o que a USF faz e como faz). Nesse sentido foi feita uma avaliação à USF para ver o que já estava implementado, o que cumpria com os requisitos da ISO 9001:2008 e a Grelha DiOr- USF e o que ainda faltava implementar à luz destes referenciais.

A implementação do SGQ na USF Fafe Sentinela coincidiu com a passagem do modelo de avaliação DiQuOr- USF para a Grelha DiOr- USF. Uma vez que o novo instrumento de avaliação exigia outros requisitos, a implementação do SGQ e a introdução da nova Grelha foram feitas em simultâneo.

No âmbito do diagnóstico da USF, foi realizado um inquérito aos profissionais sobre a gestão da USF Fafe Sentinela. Este inquérito teve por objetivo retratar a situação real da USF, em termos gerais e em particular da Qualidade, para que futuramente se possa avaliar o impacto da implementação do SGQ.

O questionário foi elaborado de forma a facilitar a resposta por parte dos inquiridos. Desta forma optou-se pela construção de um questionário composto por oito páginas e por uma redação clara e direta (ver Apêndice).

O questionário foi construído com perguntas fechadas, pretendendo medir a opinião/satisfação dos profissionais. Foi utilizada uma escala de Likert atribuindo uma cotação às respostas de 1 a 5:

- 1- Muito insatisfeito
- 2- Insatisfeito
- 3- Pouco satisfeito
- 4- Satisfeito
- 5- Muito satisfeito

O questionário divide-se em 9 pontos:

- 1- Identificação do profissional;
- 2- Satisfação global dos profissionais com a USF;
- 3- Satisfação com a gestão e sistemas de gestão;
- 4- Satisfação com a comunicação interna;
- 5- Satisfação com as condições de trabalho;
- 6- Satisfação com o desenvolvimento da carreira;
- 7- Níveis de motivação;
- 8- Satisfação com o estilo de liderança;
- 9- Satisfação com as condições de higiene, segurança e equipamentos.

O público-alvo foram os 16 profissionais da USF Fafe Sentinela. O inquérito foi entregue em mão a cada profissional. Dos questionários entregues, receberam-se 15 devidamente preenchidos, a partir dos quais se construiu a base de dados amostral que serviu de suporte ao estudo.

Os dados recolhidos através do inquérito foram codificados, inseridos no computador e tratados com o programa Excel.

Só após o conhecimento profundo da situação real da USF foi possível desenvolver todo o trabalho necessário para a implementação do SGQ de acordo com o referencial NP EN ISO 9001:2008 e a Grelha DiOr-USF.

4.2. Planejamento

A fase do planejamento serviu para definir o que tinha de ser realizado e como seria feito, respeitando os requisitos da norma NP EN ISO 9001:2008 e a Grelha DiOr- USF. Procedeu-se a elaboração de um plano, incluindo tarefas a desenvolver tais como: sensibilizar os profissionais para a importância da implementação de um SGQ; identificar e descrever os processos da USF Fafe Sentinela; elaborar toda a documentação necessária (Manual da Qualidade, Política da Qualidade, Procedimentos documentados, etc.); formar os profissionais e avaliar a eficácia do SGQ.

4.3. Apresentação/sensibilização da importância do projeto aos profissionais da USF

Para garantir o sucesso da implementação do SGQ considerou-se necessário sensibilizar os profissionais da USF para a importância da implementação deste tipo de sistemas.

Neste contexto tornou-se essencial o envolvimento de todos os profissionais. As ações de sensibilização serviram para a divulgação da Política da Qualidade, dos objetivos e metas que se pretendem alcançar e explicar claramente o que se espera do contributo de cada um para o sucesso da implementação do Sistema, através da recolha de ideias, sugestões e reflexões.

Estas ações decorreram nos dias 28 de Janeiro de 2013 e 5 de Fevereiro de 2014, no auditório do Centro de Saúde de Fafe, contendo a participação de 12 e 14 profissionais, respetivamente.

4.4. Identificação e descrição dos processos da USF Fafe Sentinela

Foi feito o levantamento de todos os processos da USF bem como a descrição/caracterização dos processos e das interações. Definir o papel de todos os profissionais no que diz respeito à qualidade foi uma das tarefas mais importante para o sucesso do projeto. Dependendo das atividades e tarefas a realizar, foram criadas micro equipas. Nesta etapa foi analisado o trabalho que teria de ser feito e quem o poderia fazer, após pesquisa/análise das competências dos profissionais a envolver. Designaram-se os responsáveis por cada processo e os responsáveis por cada procedimento. (ver Quadro 19)

4.5. Elaboração e implementação da documentação do SGQ

Após analisadas as exigências da norma NP EN ISO 9001:2008 e da Grelha DiOr - USF, foi elaborada a documentação do sistema, compilando a documentação interna existente e enquadrando-a de acordo com o exigido nos referenciais, melhorando algumas das práticas já existentes de forma a evidenciar a conformidade com os requisitos e redigindo a forma como se vão realizar, controlar e registar as atividades.

De acordo com a norma NP EN ISO 9001:2008, os documentos do Sistema podem estar sobre qualquer formato ou tipo de suporte pelo que estamos não apenas a falar de documentos em papel mas também informação disponível na Internet, informação em suporte magnético, eletrónico, fotográfico, etc..

Por este motivo toda a informação relacionada com o Sistema de Gestão da Qualidade está acessível a todos os profissionais através de uma plataforma de gestão (Assist USF), através do e-mail da USF, em cada computador, no ambiente de trabalho e em suporte papel no arquivo da USF (secretaria). Também foi criada uma página na internet (um site) para que todos os utentes da USF consigam consultar e obter informações sem ter em que se deslocar à USF, o que se tornou uma mais-valia para todos os profissionais e utentes.

4.6. Formação sobre Gestão da Qualidade

Tornou-se essencial formar todos os profissionais sobre a Qualidade e o próprio Sistema de Gestão, a fim de dotar a equipa das competências necessárias para atingir os objetivos do projeto. A formação teve lugar no dia 5 de março de 2015 no auditório do Centro de Saúde de Fafe, abordando vários aspetos tais como:

- Compreender o que é e para que serve um SGQ;
- Vantagens de um SGQ;
- Compatibilidade USF-SGQ;
- Processos e procedimentos;
- Ciclo de Deming.

Após a formação notou-se, por parte dos profissionais da USF, uma motivação e vontade de abraçar este projeto, visando a melhoria contínua.

4.7. Avaliação da eficácia do sistema

As auditorias têm como principal objetivo determinar o grau de cumprimento dos requisitos do SGQ. As constatações das auditorias servem para avaliar a eficácia do SGQ e identificar oportunidades de melhoria. Uma vez que o SGQ ainda se encontra parcialmente implementado não foi efetuada nenhuma auditoria ao sistema baseada na norma, no entanto em 29 de Maio de 2014 foi feita uma auditoria à USF tendo tido como base a Grelha DiOr. Os resultados foram apresentados em 11 de Junho de 2014 em reunião de Conselho Geral.

Uma das funções do Coordenador, em conjunto com a Equipa da Qualidade e o Conselho Técnico é de efetuar uma revisão periódica ao SGQ, avaliando assim a eficácia e eficiência do SGQ, tendo por base a Política da Qualidade e os objetivos da USF. Este processo pretende ser uma reflexão estratégica sobre os resultados alcançados e se necessário identificar ações a implementar. Os resultados das auditorias, o desempenho da USF

(indicadores), as ações corretivas/preventivas (plano de melhoria contínua), as sugestões de melhoria são entradas para a revisão do SGQ. Também não foi efetuada nenhuma revisão pela gestão, pelo mesmo motivo das auditorias internas (SGQ parcialmente implementado).

4.8. Análise do questionário de diagnóstico

Tal como referido na secção 4.1, na fase de diagnóstico, foi realizado um questionário aos profissionais da USF. Foram entregues 16 questionários e foram obtidas 15 respostas, que constituem a amostra do estudo. A amostra foi caracterizada com base no género, idade, escolaridade, situação familiar, horário de trabalho e o tempo de serviço.

Para efeitos de análise dos resultados é utilizada a representação gráfica das respostas em quadros e gráficos. Dada a dimensão do questionário, na secção 4.8.2 será dado destaque às questões mais relevantes, encontrando-se em apêndice a análise completa.

4.8.1. Caracterização da amostra

Através da análise do quadro verifica-se que a maior parte dos profissionais é de género feminino (73,33%).

Género	n	%
Feminino	11	73,33
Masculino	4	26,67
Total	15	100

Quadro 13 – Género dos profissionais

Através da análise do quadro 14 verifica-se que a maior parte dos profissionais têm entre 29 e 38 anos (46,67%) e entre 49 e 58 anos (33,33%). Apenas 13,33% têm entre 59 e 68 anos e 6,67% entre os 39 e 48 anos.

Idade	n	%
29-38	7	46,67
39-48	1	6,67
49-58	5	33,33
59-68	2	13,33
Total	15	100

Quadro 14 – Idade dos profissionais

Em relação a escolaridade verifica-se que a maior parte dos profissionais têm o ensino superior (73,33%).

Escolaridade	n	%
Ensino Secundário	4	26,67
Ensino Superior	11	73,33
Total	15	100

Quadro 15 – Escolaridade dos profissionais

Em relação à Situação Familiar verifica-se que a maior parte dos profissionais é casada (80%).

Situação Familiar	n	%
Casado	12	80
Solteiro	3	20
Total	15	100

Quadro 16 – Situação Familiar dos profissionais

Através da análise do quadro 16 verifica-se que a maior parte dos profissionais trabalham 40 horas semanais (60%).

Horário de Trabalho	n	%
35 horas	5	33,33
40 horas	9	60
42 horas	1	6,67
Total	15	100

Quadro 17 – Horário de Trabalho dos profissionais

Através da análise do quadro 18 verifica-se que 40% dos profissionais trabalham entre 10 a 20 anos, 33,33% entre os 5 e 10 anos e 26,67% há mais de 20 anos.

Tempo de Serviço	n	%
5 a 10 anos	5	33,33
10 a 20 anos	6	40
>20 anos	4	26,67
Total	15	100

Quadro 18 – Tempo de serviço dos profissionais

4.8.2. Análise dos dados

Nesta análise dos dados vamos abordar as seguintes temáticas: Satisfação global dos profissionais da USF; Satisfação com a gestão e sistemas de gestão; Satisfação com a comunicação interna; Satisfação com as condições de trabalho; Satisfação com o desenvolvimento da carreira; Níveis de motivação; Estilo de liderança; Satisfação com as condições de higiene, segurança e equipamentos.

Satisfação global dos profissionais da USF

Através da análise do gráfico verifica-se que a maior parte dos profissionais está pouco satisfeito com o nível de envolvimento dos profissionais (67%):

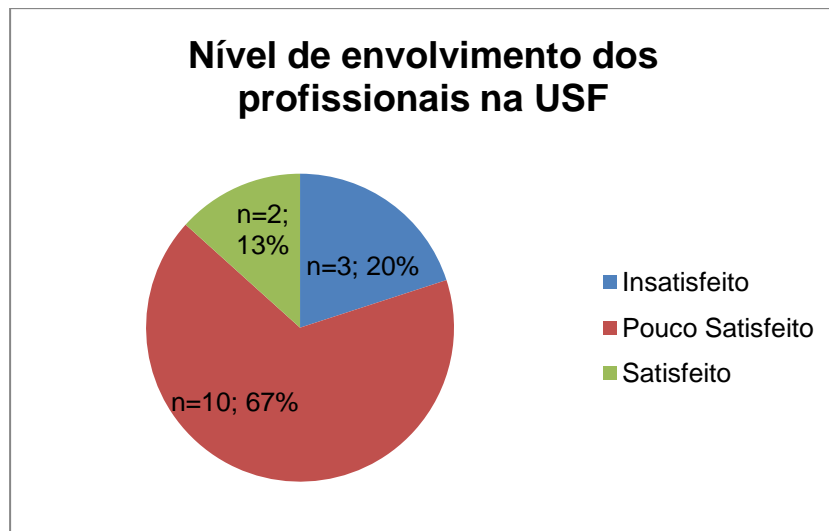


Gráfico 1 – Nível de envolvimento dos profissionais na USF

Os comentários que os inquiridos assinalaram incidem na falta de empenho e motivação para melhorar.

Através da análise do gráfico verifica-se que a maior parte dos profissionais está pouco satisfeito com o envolvimento dos profissionais nos processos de tomada de decisão (60%):

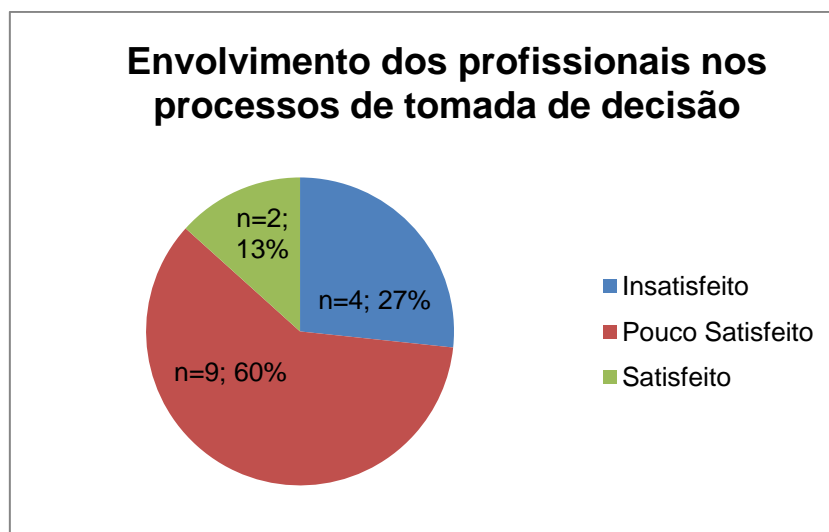


Gráfico 2 – Envolvimento dos profissionais nos processos de tomada de decisão

As observações deixadas por alguns inquiridos prendem-se se com o facto de alguns profissionais acomodarem-se com as decisões tomadas pelo resto da equipa, não participam e não opinam.

Satisfação com a gestão e sistemas de gestão

Em relação à aptidão da gestão para comunicar verifica-se que apenas 40% dos profissionais está satisfeita:

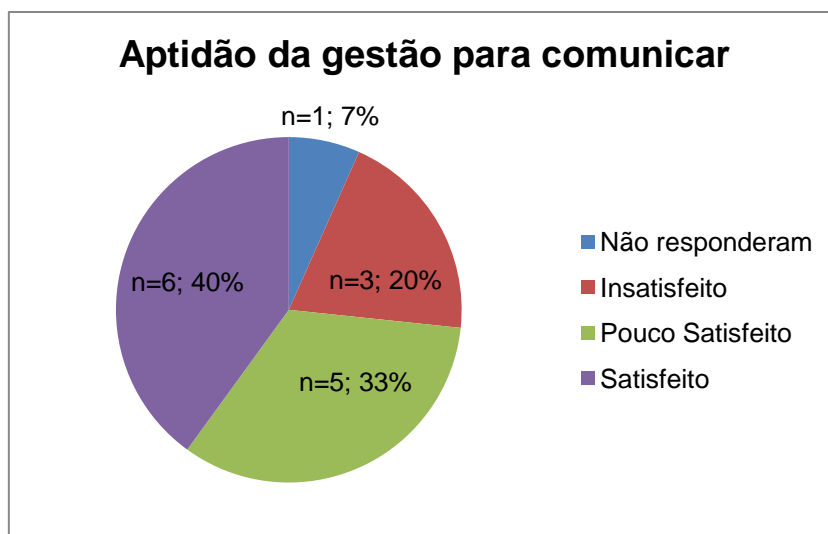


Gráfico 3 – Aptidão da gestão para comunicar

Satisfação com a comunicação interna

Através da análise do gráfico verifica-se que os profissionais estão divididos 53% estão satisfeito/muito satisfeito e 47% estão pouco satisfeito/insatisfeito com a comunicação interna na USF:

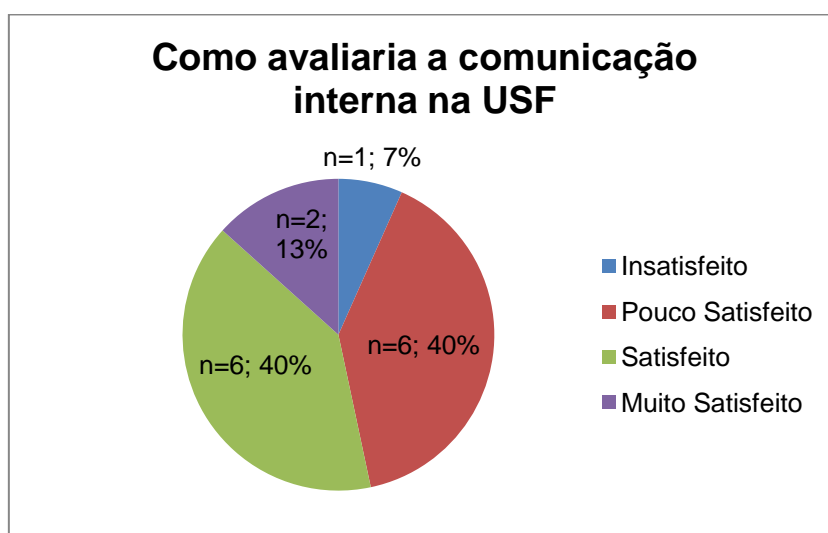


Gráfico 4 – Como avaliaria a comunicação interna na USF

Através da análise do gráfico verifica-se que os 60% dos profissionais estão satisfeitos/muito satisfeito em conseguir localizar qualquer documento de que necessita para as tarefas do seu dia-a-dia no entanto 40% estão pouco satisfeito:

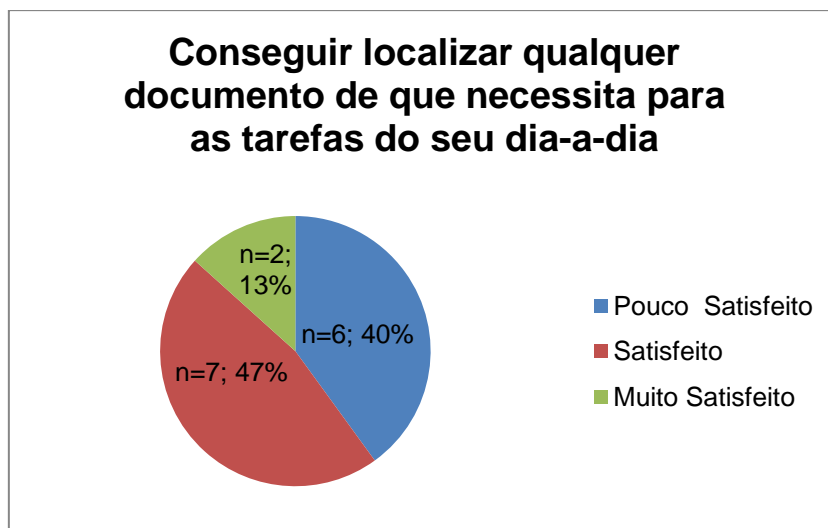


Gráfico 5 – Conseguir localizar qualquer documento de que necessita para as tarefas do seu dia-a-dia

Satisfação com as condições de trabalho

Em relação ao espaço da USF verifica-se que 73% dos profissionais está muito insatisfeito/insatisfeito e somente 7% encontra-se satisfeito com as condições de trabalho:

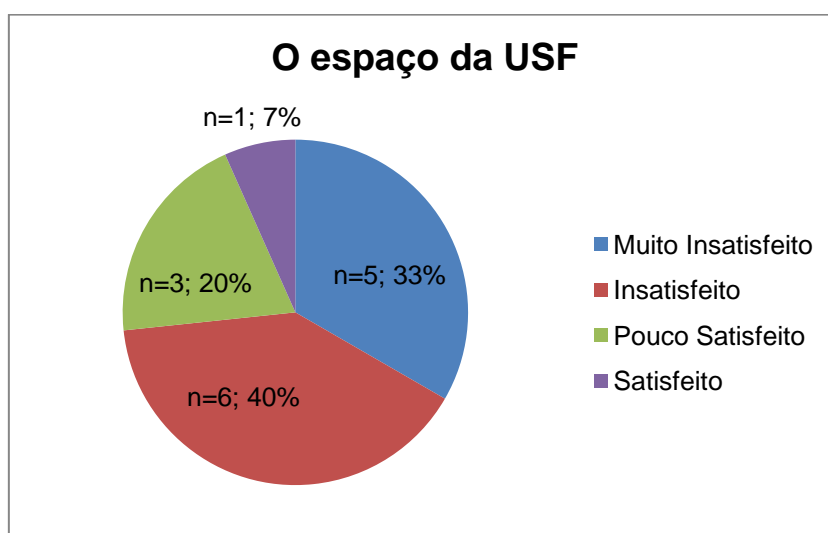


Gráfico 6 – O espaço da USF

Satisfação com o desenvolvimento da carreira

Através da análise do gráfico verifica-se que os 40% dos profissionais estão satisfeitos/muito satisfeito em relação às ações de formação realizadas no entanto 60% estão pouco satisfeito/insatisfeito:

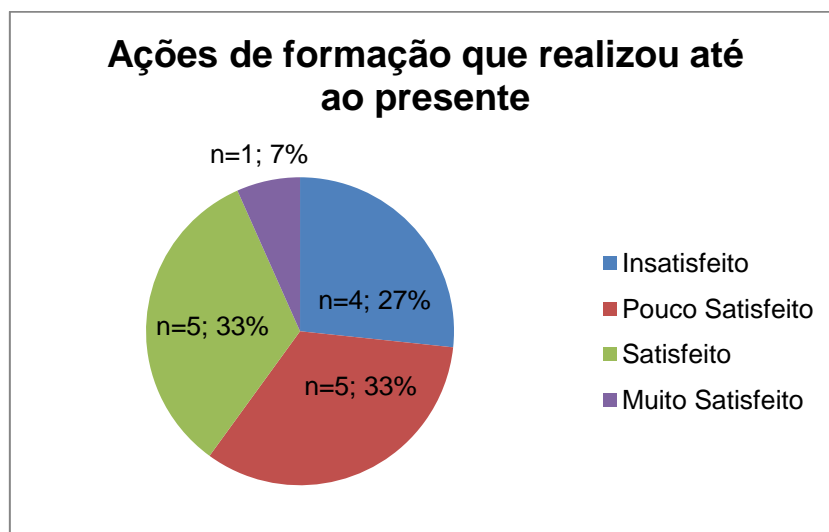


Gráfico 7 – Ações de formação que realizou até ao presente

Os comentários que os inquiridos assinalaram incidem no facto da ARS promover poucas ações e que raramente os profissionais são selecionados.

Níveis de motivação

Através da análise do gráfico verifica-se que a maior parte dos profissionais está satisfeito/muito satisfeito (73%) em participar em projetos de mudança na USF:

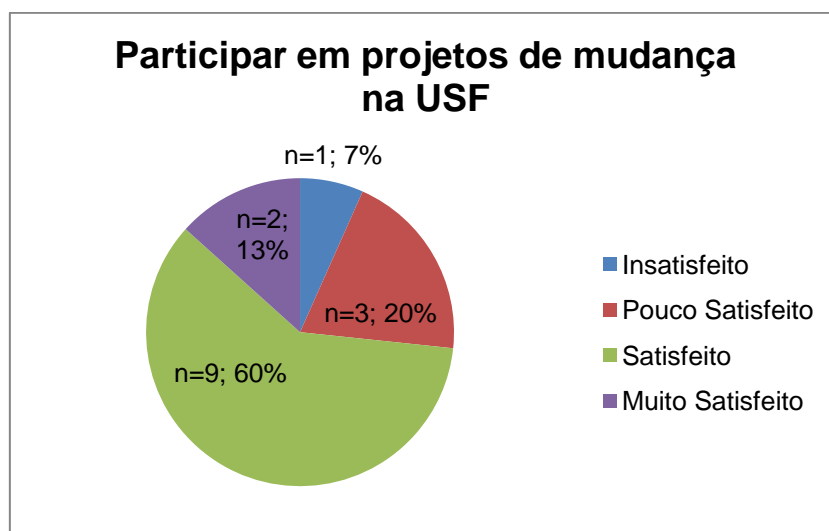


Gráfico 8 – Participar em projetos de mudança na USF

Estilo de liderança

Em relação à existência ou não de delegação de competências e responsabilidades, 60% dos profissionais concordam, 40% não responderam:

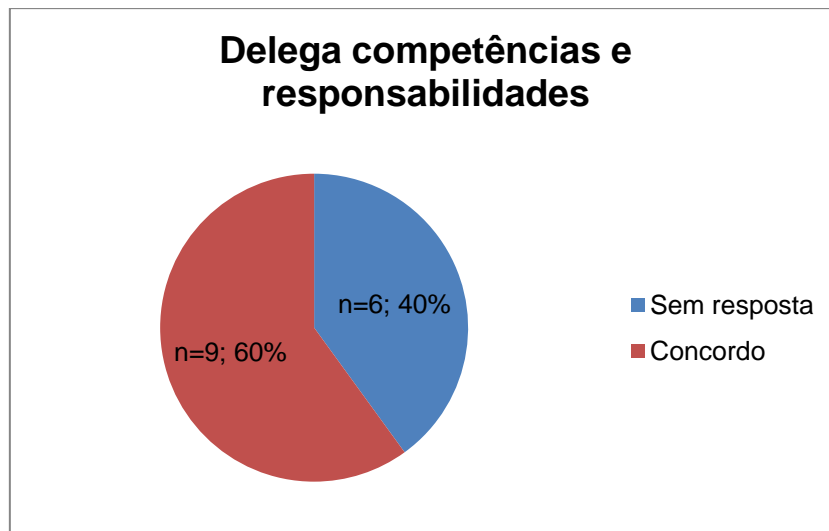


Gráfico 9 – Delega competências e responsabilidades

Através da análise do gráfico verifica-se que 60% dos profissionais concordam que o Coordenador estimula a iniciativa das pessoas, 40% não responderam:

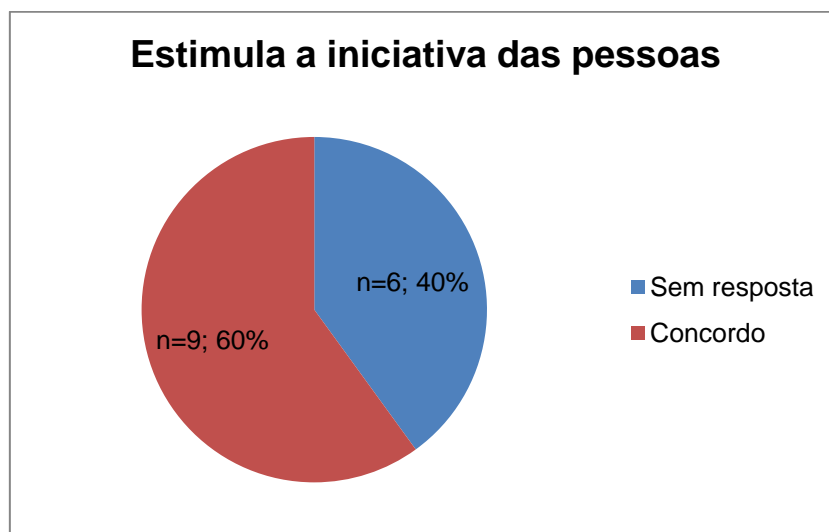


Gráfico 10 – Estimula a iniciativa das pessoas

Satisfação com as condições de higiene, segurança e equipamentos

Através da análise do gráfico verifica-se que 93% dos profissionais estão muito insatisfeito/insatisfeito com os equipamentos informáticos disponíveis:

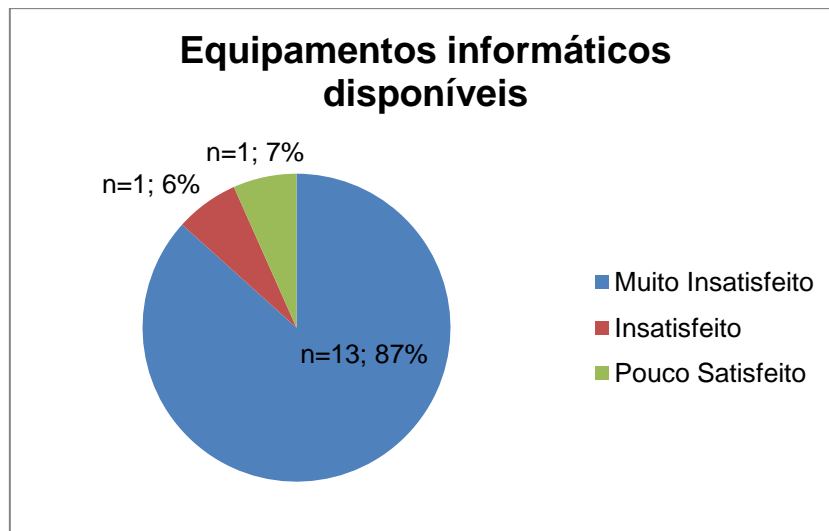


Gráfico 11 – Equipamentos informáticos disponíveis

Os comentários que os inquiridos assinalaram incidem na falta de recursos informáticos para o bom desempenho, equipamentos velhos e desatualizados. Equipamentos com problemas e avarias constantes.

Através da análise do gráfico verifica-se que 87% dos profissionais estão muito insatisfeitos com a capacidade de resposta às reparações e avarias:

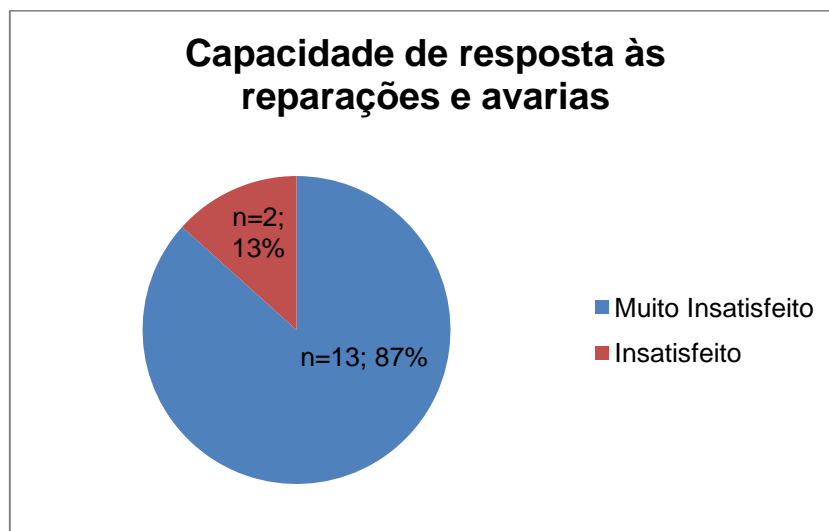


Gráfico 12 – Capacidade de resposta às reparações e avarias

Os comentários que os inquiridos assinalaram incidem no processo demorado das reparações dos equipamentos.

4.8.3. Conclusões do inquérito

Feita uma avaliação global dos resultados obtidos, em relação à caracterização dos inquiridos pode concluir-se que, a maioria é constituída por mulheres (73,33%), na faixa

etária entre os 29 e os 58 anos de idades (80%), com nível académico superior (73,33%), maioritariamente casados (80%), trabalhando em média 40 horas semanais e com tempo de serviço superior a 5 anos (100%).

Quanto à satisfação global dos profissionais da USF é satisfatória no entanto verifica-se alguma dificuldade na forma como a USF gere os conflitos de interesses, a falta de iniciativa e o envolvimento dos profissionais.

No que se reporta à satisfação com a gestão e sistemas de gestão, as opiniões dos inquiridos refletem a falta de recompensa em relação aos esforços individuais bem como de grupo.

No que concerne à satisfação com a comunicação interna, o nível de satisfação é bastante elevado, no entanto as opiniões dos inquiridos refletem alguma dificuldade no acesso à informação/documento/arquivo.

Em relação à satisfação com as condições de trabalho, em geral é satisfatória excetuando o espaço da USF que é muito reduzido, 93,33% dos profissionais estão muito insatisfeito/insatisfeito/pouco satisfeito.

No que concerne à satisfação com o desenvolvimento da carreira o nível de satisfação é satisfatório, no entanto, as opiniões dos inquiridos refletem a falta de formação promovidas pela ARS.

Relativamente aos níveis de motivação é satisfatório no entanto alguns profissionais denotam a falta de participação por parte de alguns profissionais no processo de melhoria.

Em relação à satisfação com o estilo de liderança, alguns profissionais não responderam a algumas perguntas no entanto consegue-se através das opiniões observar que o Coordenador mesmo perante o bom desempenho por parte de alguns profissionais, não elogia e não premeia.

Quanto à satisfação com as condições de higiene, segurança e equipamentos o nível de satisfação é péssimo, a nível dos equipamentos informáticos disponíveis 93,34% dos profissionais estão muito insatisfeito/insatisfeito, em relação ao *software* disponível e a capacidade de resposta às reparações e avarias 100% dos profissionais estão muito insatisfeito/insatisfeito, a nível dos equipamentos de comunicação disponíveis 86,66% dos profissionais estão muito insatisfeito/insatisfeito, a nível das condições de higiene 60% dos profissionais estão muito insatisfeito/insatisfeito e 20% pouco satisfeito e por último em relação às condições de segurança 80% dos profissionais estão muito insatisfeito /insatisfeito. A opinião dos profissionais refletem a falta de recursos informáticos para o bom desempenho, equipamentos velhos, equipamentos com problemas, avarias constantes, falhas diárias e constantes no Sistema de Informação.

Os WC, espaço da USF (chão, mobiliário) pouco limpos, raramente estão higienizados; O serviço de limpeza só limpa onde se vê o lixo e nem sempre; Ausência de formação para os

profissionais; Ainda existem salas de trabalho no CS sem ponto de água ou com torneiras avariadas; Não existe água quente no Centro de Saúde há meses. Não existe balneário nem cacifos para todos os profissionais

Não existe segurança/vigilância que controle entrada e saída de pessoas estranhas em locais de acesso reservado; Aos fins-de-semana todas as Unidades de Saúde do Centro de Saúde de Fafe estão expostas aos roubos por falta de vigilância.

Não há ao nível do ACES estrutura capaz, apesar de várias tentativas feitas quando necessitam de reparações, o processo é demorado; A reparação é muito lenta e normalmente mal reparados.

Capítulo 5 - Sistema de Gestão da Qualidade

O âmbito do sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) abrange todos os profissionais da USF Fafe Sentinela e todas as atividades desenvolvidas dentro da organização, a nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Devido à natureza da USF Fafe Sentinela e da sua prestação de serviços, não existe nenhum requisito que seja de excluir.

5.1. Missão, Visão, Cultura Organizacional, Valores e princípios, Política e Objetivos da Qualidade

Missão

A USF Fafe Sentinela tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL 298/2007, art.º 4º).

Visão

A USF Fafe Sentinela pretende ser uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais.

Cultura organizacional

Através de uma nova organização e de um atendimento personalizado:

- Queremos aumentar significativamente a qualidade e a quantidade dos nossos serviços para todos os utentes desta Unidade de Saúde Familiar (USF):
- Através do nosso trabalho queremos que os utentes sintam a segurança, o apoio e a consideração que lhes queremos proporcionar;
- Queremos também prestar-lhe os conhecimentos suficientes para que possa cuidar e manter a sua própria saúde com boa qualidade de vida.

Valores e princípios

A USF Fafe Sentinela orienta a sua atividade pelos seguintes valores:

Valores	Princípios
Confidencialidade	Asseguramos a confidencialidade de toda a informação clínica e dos dados pessoais dos utentes.
Dignidade e Equidade	Tratamos os utentes de igual forma, observando o princípio da igualdade e dignidade humana.
Brio Profissional	Conhecemos e aplicamos as regras de boa prática relativas a comportamentos e atitudes na relação com os utentes.
Representatividade e Transparência	Promovemos a participação ativa do utente na tomada de decisão sobre a sua saúde.
Envolvimento	Potenciamos a relação entre profissional de saúde-utente de forma a garantir a sua personalização, e promover a continuidade na prestação de cuidados de saúde.
Cumplicidade	Facilitamos e promovemos a participação dos utentes na implementação de melhorias através de inquéritos de satisfação e sugestões.
Espírito de equipa	Acreditamos no esforço e na colaboração de todos os profissionais.
Normalização	Uniformizar procedimentos por parte de todos os profissionais.
Promoção da Saúde	Acreditamos que através de políticas de educação de autocuidados, se promove a saúde e a melhoria das condições de vida
Empatia	Valorizamos o utente na medida em que nos posicionamos no seu lugar, conseguindo assim visualizar as suas necessidades.
Conciliação	Asseguramos a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objetivos de eficiência e qualidade
Cooperação	Colaboremos para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
Solidariedade	Assumimos cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
Autonomia	Assentamos na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
Articulação	Estabelecemos a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pela a USF e as outras unidades funcionais do ACES;
Avaliação	Visamos a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de Ação;
Gestão participativa	Adotamos a Gestão participativa de forma a melhorar o desempenho e aumentar a satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico (DL 298/2007, art.º 5º).

Quadro 19 - Valores e princípios

Política da Qualidade

É através da Política da Qualidade que o Coordenador formaliza o compromisso da USF Fafe Sentinela em garantir que a qualidade está no topo das prioridades articulada com a visão e a estratégia.

A USF Fafe Sentinela compromete-se a:

- Satisfazer os requisitos dos utentes e exceder as suas expectativas, respeitando os seus direitos e deveres;
- Apostar fundamentalmente na personalização dos serviços e a melhorar continuamente a sua eficácia;
- Garantir a qualidade dos serviços que prestamos;
- Melhorar o nível de formação e desempenho dos profissionais;
- Privilegiar relações com os fornecedores e utentes, que possibilitem o mútuo desenvolvimento;
- Envolver todos os profissionais no Sistema de Gestão da Qualidade, aumentando assim a sua motivação;
- Cumprir a legislação aplicável à atividade, e recorrer a parcerias com entidades externas, no sentido de satisfazer as necessidades dos utentes e outras partes interessadas;
- Cumprir os requisitos da norma melhorando com eficácia o Sistema de Gestão da Qualidade.

Objetivos da Qualidade

Como desenvolvimento da Política de Qualidade, e no sentido de alcançar a excelência do desempenho da USF, o Coordenador estabelece as seguintes diretrizes:

- a) Implementar e manter um Sistema de Qualidade, com regras e procedimentos normalizados (NP EN ISO 9001:2008), orientados para a satisfação e melhoria da prestação de cuidados aos utentes;
- b) Monitorizar os resultados do desempenho dos processos, através de indicadores;
- c) Avaliar o desempenho da USF, nomeadamente através de auditorias;
- d) Implementar uma cultura de Melhoria Contínua, baseada na transparência, na comunicação e na participação dos profissionais da USF;

No sentido de operacionalizar a Política da Qualidade, os objetivos da qualidade são estabelecidos nas funções e nos níveis da USF. Os objetivos da qualidade devem ser mensuráveis e consistentes com a Política da Qualidade, devem ser acompanhados regularmente através da monitorização do SGQ e avaliados o seu grau de implementação pela Revisão pela Gestão com vista à melhoria contínua.

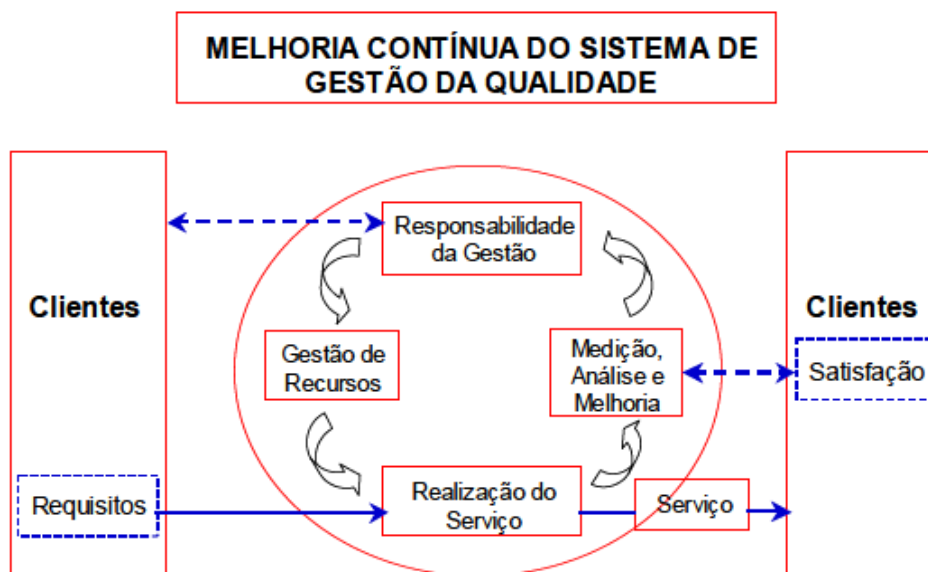


Figura 5 – Melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade

Assumindo que as organizações existem para transformar entradas em saídas que acrescentem valor para os seus clientes, e que isto é feito por uma série de processos inter-relacionados e interatuantes, um dos objetivos deste trabalho foi identificar a rede de processos que afetam a capacidade de fornecer um serviço que esteja de acordo com os requisitos dos utentes e com os requisitos legais (ISO 9001:2008 e DiOr-USF).

Os procedimentos, as instruções de trabalho e as normas resultaram da análise e do estudo dos processos.

5.2. Processos

Os processos da USF dividem-se em processos de gestão (PG), processos operacionais (PO) e processos de suporte (PS):

a) Processos de gestão: processos que garantem o desenvolvimento da qualidade estão associados diretamente às políticas e às estratégias de gestão da USF, são processos que servem de “pilotagem” do Sistema da Qualidade.

b) Processos operacionais: processos relacionados com a missão da USF (contribuem diretamente para a realização do serviço que é a prestação de cuidados de saúde)

c) Processos de suporte: processos que apoiam os processos operacionais (contribuem para que os processos operacionais obtenham os resultados desejados)

Para facilitar os profissionais da USF foram atribuídas cores aos Processos nomeadamente:

Processos de Gestão (PG): Laranja

Processos Operacionais (PO): Verde

Processos de Suporte (PS): Azul

No quadro seguinte estão estabelecidos quais os Processos e Procedimentos, os responsáveis bem como a sua classificação no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade da USF Fafe Sentinela:

Código	Procedimentos	Processos de Gestão	Responsáveis pelo processo	Responsáveis pelo procedimento
PG01/MQv01	Manual da Qualidade	Sistema da Qualidade	Sandra Coordenador	Sandra/Equipa da Qualidade
PG01/PR01v01	Controlo dos Documentos e Registos (ISO 9001, 4.2.3, e 4.2.4)			Sandra/Equipa da Qualidade
PG01/PR02v01	Auditorias Internas da Qualidade (ISO 9001, 8.2.2)			Sandra/Equipa da Qualidade
PG01/PR03v01	Não Conformidades (ISO 9001, 8.3), Ações Corretivas (ISO 9001, 8.5.2) e Ações Preventivas (ISO 9001,8,5,3)			Coordenador/ Conselho Técnico/ Sandra
PG02/PR01v01	Revisão pela Gestão	Gestão da Qualidade	Coordenador Miguel	Coordenador/ Sandra
PG02/PR02v01	Diagnóstico de desenvolvimento organizacional (DiOr)			Sandra/Márcia
PG02/PR03v01	Planos de acompanhamento interno (PAI; DiOr, 4.10.C)			Coordenador/Mário
PG02/PR04v01	Qualidade dos registos clínicos (DiOr 4.2.B)			Rego/Miguel
PG02/PR05v01	Avaliação Qualidade dos Registos Diabetes			Rego/Miguel/Dalila
PG02/PR06v01	Tempos de Espera			Sandra/Márcia
PG02/PR07v01	Avaliação de desempenho (DiOr, 4.10 A.B.)			Miguel/Coordenador
PG02/PR08v01	Avaliação da satisfação (DiOr, 4.5.A.B.C.)			Conselho Técnico
PG02/PR09v01	Sugestão de melhoria			Sandra/Márcia
PG02/PR10v01	Eficácia da organização (reclamações)(DiOr, 4.1.A.B.)			Coordenador/ Sandra/ Márcia
PG02/PR11v01	Reflexão Regular sobre prescrição			Rego/Mário
Código	Procedimentos	Processos Operacionais	Responsáveis pelo processo	Responsáveis pelo procedimento
PO01/PR01v01	Consulta programada (DiOr, 1.1.A)	Consulta Programada	Albertina Rego	Rego/Vanessa/ Sandra
PO01/PR02v01	Consulta de Planeamento Familiar			Isabel/Jeni/Sandra
PO01/PR02/IT01v01	DIU/SIU e Implantes Contracetivos			Isabel/Jeni/Sandra
PO01/PR03v01	Consulta de Saúde Materna			Lucinda/Joana/ Jorge
PO01/PR04v01	Consulta de Saúde Infantil			Conceição/Sandra M./ Márcia
PO01/PR05v01	Consulta Geral			Rego/Vanessa/ Sandra

Quadro 20 – Matriz de processos

PO01/PR06v01	Consulta de Diabetes			Rego/Miguel/Dalila
PO01/PR07v01	Consulta de Hipertensão			Mário/Vanessa/ Liliana
PO02/PR01v01	Consulta Aberta (DiOr, 1.1.A)	Consulta Aberta	Lucinda/ Mário	Lucinda/Mário/ Miguel/ Dalila
PO03/PR01v01	Consulta domiciliária programada	Consulta Domiciliária	Conceição/ Isabel	Conceição/ Isabel/Jeni/Márcia
Código	Procedimentos	Processos de Suporte	Responsáveis pelo processo	Responsáveis pelo procedimento
PS01/PR01v01	Elaboração de Documentos e Panfletos (DiOr 4.4.A)	Comunicação	Sandra Márcia	Sandra/Márcia
PS01/PR02v01	Atendimento telefónico (DiOr 2.2.F)			Dalila/Jorge
PS01/PR03v01	Mudança de médico (DiOr 2.1.H)			Dalila/Jorge
PS01/PR04v01	Privacidade no atendimento (DiOr 2.1.J)			Conceição/Miguel/Dalila
PS01/PR05v01	Segunda opinião (DiOr 2.1.I)			Coordenador/ Conselho Técnico
PS01/PR06v01	Consentimento Informado (DiOr 2.2,Q)			Isabel/Jeni
PS01/PR07v01	Registo e tratamento de reclamações e sugestões (DiOr 2.1.D)			Rego/Sandra
PS01/PR08v01	Partilha da informação e eficácia na comunicação interna (organização e distribuição da informação) (DiOr 1.1.I)			Márcia/Sandra
PS01/PR09v01	Gestão e documentação da informação (publicitação, arquivo) (DiOr 1.1.F)			Liliana/Joana
PS01/PR10v01	Transferência de processos e arquivo dos registos clínicos inativos (DiOr 1.8.A)			Dalila/Jorge
PS01/PR11v01	Livro de ocorrências			Rego/Liliana
PS02/PR01v01	Regras de gestão da informação e suporte informáticos	Informática/ Sistemas de Informação	Liliana Dalila	Sandra/Márcia
PS02/PR02v01	Segurança informática			Márcia/Sandra
PS02/PR03v01	Registos clínicos			Rego/Miguel
PS02/PR04v01	Registos administrativos			Sandra/Liliana
PS02/PR05v01	1ª inscrição do utente no SNS / USF			Dalila/Jorge
PS02/PR06v01	Inscrição esporádica			Sandra/Dalila
PS02/PR07v01	Transferências			Dalila/Jorge
PS02/PR08v01	Taxas moderadoras			Dalila/Sandra
PS02/PR09v01	Marcação de consulta médica			Jorge/Liliana
PS02/PR10v01	Marcação de consulta enfermagem			Márcia/Liliana
PS02/PR11v01	Declarações de presença			Dalila/Liliana
PS02/PR12v01	Validação de documentos			Dalila/Liliana
PS02/PR13v01	Referenciação Alert P1			Liliana/Márcia
PS02/PR14v01	Referenciação interna			Lucinda/Conceição/ Miguel/Vanessa
PS02/PR15v01	Protocolos			Jorge/Dalila
PS02/PR16v01	Reembolsos			Jorge/Dalila
PS02/PR17v01	BAS			Sandra/Márcia
PS02/PR18v01	SISO			Dalila/Jorge

Quadro 20 – Matriz de processos (continuação)

PS02/PR19v01	SIIMA Rastreios			Sandra/Liliana
PS03/PR01v01	Horários e folhas de presença	Recursos Humanos	Coordenador Sandra	Coordenador/ Vanessa/ Sandra
PS03/PR02v01	Assiduidade			Coordenador/ Sandra/ Liliana
PS03/PR03v01	Planos de férias			Coordenador/ Sandra
PS03/PR04v01	Comissões gratuitas de serviço			Coordenador/ Sandra
PS03/PR05v01	SIADAP			Coordenador/Miguel/ Sandra
PS04/PR01v01	Gestão de stocks (DiOr 1.6.A)	Aprovisionamento e Gestão Financeira	Márcia Sandra M.	Márcia/Sandra M.
PS04/PR02v01	Verificação da qualidade dos materiais fornecidos			Márcia/Sandra M.
PS04/PR03v01	Monitorização dos consumos			Márcia/Sandra M.
PS04/PR04v01	Inventário (DiOr 1.7.A e DIOR 1.7.B)			Mário/Jorge/Sandra M.
PS04/PR05v01	Circuito das taxas moderadoras			Márcia/Sandra
PS05/PR01v01	Acessibilidade para pessoas com deficiência	Serviço de Instalações e Equipamentos	Mário Jorge	Mário/Jorge/Sandra M.
PS05/PR02v01	Regras de utilização e manutenção do equipamento (DiOr 6.3.F)			Mário/Jorge/Sandra M.
PS05/PR03v01	Verificação e manutenção das instalações			Mário/Jorge/Sandra M.
PS06/PR01v01	Limpeza, desinfeção e esterilização (DiOr 5.7.C)	Controlo de Infecção	Conselho Técnico	Joana/Sandra
PS06/PR02v01	Regras e critérios de manuseamento dos resíduos (DiOr 5.7.B)			Joana/Sandra
PS06/PR03v01	Controlo de infeção (DiOr 4.3.A)			Joana/Sandra
PS06/PR03/IT01v01	Esignomanómetro			Joana/Sandra
PS06/PR03/IT02v01	Nebulizador			Joana/Sandra
PS06/PR03/IT03v01	Aspirador de secreções			Joana/Sandra
PS06/PR04v01	Plano de higienização			Joana/Sandra
PS06/PR05v01	Armazenamento e rede de frio			Jeni/Joana/Sandra
PS07/PR01v01	Plano de segurança (emergência) (DiOr 5.8.D)	Segurança	Sandra	ACeS Alto Ave
PS07/PR02v01	Prevenção e registo de acontecimentos adversos (DiOr 5.9.A)			Joana/Isabel
PS07/PR03v01	Identificação de estranhos e de Delegados Informação Médica (DiOr 1.9.A)			Dalila/Jorge
PS07/PR04v01	Gestão da violência para profissionais e utentes (DiOr 1.5.A)			Coordenador/ Conselho Técnico
PS08/PR01v01	Plano anual de formação (DiOr 4.6.A)	Formação Contínua	Conselho Técnico	Joana/Isabel/ Sandra
PS08/PR02v01	Regras e critérios do cumprimento do plano de formação			Joana/Isabel
PS08/PR03v01	Formação contínua em contexto de trabalho			Joana/Isabel

Quadro 20 – Matriz de processos (continuação)

Para todos os processos da USF, deve ser demonstrada a capacidade de os manter sob controlo e de os gerir no sentido de garantir que os resultados planeados estão a ser atingidos, devendo adotar uma das ferramentas clássicas da Qualidade, que é o ciclo *plan-do-check and act* (PDCA), popularizado por Edward Deming consultor e estatístico norte-americano.

1. Planear (Plan):

Estabelecer os objetivos e os processos necessários para apresentar resultados de acordo com os requisitos do cliente e as políticas da USF.

2. Executar (Do):

Implementar os processos.

3. Verificar (Check):

Monitorizar e medir processos e serviço em comparação com políticas, objetivos e requisitos para o serviço e reportar os resultados.

4. Atuar (Act):

Analisar os resultados e definir as alterações a introduzir para melhorar continuamente o desempenho dos processos.

Neste sentido gerir um processo passa por:

- Estabelecer os objetivos;
- Identificar os procedimentos necessários;
- Elaborar os procedimentos;
- Garantir a divulgação e a compreensão;
- Executar e verificar a aplicação;
- Monitorizar os resultados;
- Analisar e discutir os resultados;
- Reformular os objetivos e os procedimentos.

5.2.1. Relação dos processos com as áreas funcionais

No âmbito da abordagem por processos podem ser evidenciadas, como um processo se relaciona com uma ou várias áreas funcionais em simultâneo:

Processos	Coordenador da USF	Conselho Técnico	Setor Médico	Setor Enfermagem	Setor Administrativo
PG01	+	+	+	+	+
PG02	+	+	+	+	+
PO01	+	+	+	+	+/-
PO02	+	+	+	+	+/-
PO03	+	+	+	+	+/-
PS01	+	+	+/-	+/-	+
PS02	+	-	+/-	+/-	+
PS03	+	-	+	+	+
PS04	+	-	-	+	+
PS05	+	+/-	+/-	+/-	+/-
PS06	+	+	+	+	+
PS07	+	+	-	-	+
PS08	+	+	+/-	+/-	+/-

Quadro 21 – Relação dos processos com as áreas funcionais

5.2.2. Interação dos processos

Na USF Fafe Sentinela não existe processos isolados todos os processos estão interrelacionados fazendo com que haja a necessidade de verificar sempre as implicações recíprocas dos vários processos quando se procedem a alterações de práticas.

Processos	PG01	PG02	PO01	PO02	PO03	PS01	PS02	PS03	PS04	PS05	PS06	PS07	PS08
PG01		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
PG02	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
PO01	+	+		-	-	+	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+
PO02	+	+	-		+/-	+	-	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+
PO03	+	+	-	+/-		-	-	+	+/-	-	+/-	+/-	+
PS01	+	+	+/-	+/-	+/-		+/-	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+
PS02	+	+	+/-	+/-	-	+/-		+	-	-	-	-	+
PS03	+	+	+	+	+	+	+		+/-	+/-	+/-	+/-	+
PS04	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-	-	+		+/-	+/-	+/-	+
PS05	+	+	+/-	+/-	-	+/-	-	+	+/-		+	-	+
PS06	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-	-	+	+/-	+		+	+
PS07	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-	-	+	+/-	-	+		+
PS08	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

Quadro 22 – Interação dos processos

Interação forte	+
Interação média	+/-
Interação fraca	-

Quadro 23 - Classificação da interação dos processos

5.2.3. Caracterização dos processos da USF Fafe Sentinela

Foi utilizado o método da “Tartaruga de Crosby” para caracterizar todos os processos da USF (Gestão, Operacionais e de Suporte) (Fonseca L. , Novembro de 2011). Esta caracterização foi bastante demorada devendo ficar em aberta devido a qualquer momento necessitar de introduzir novas entradas (atividades).

Para cada Processo foram identificadas entradas (necessidades) e saídas (satisfação desta necessidade). No diagrama é possível observar toda a sequência das atividades (do seu

início ao fim), o que é necessário para a sua realização, quem a executa e qual o critério de medição (Sistema de Gestão da Qualidade, 2015):

- 1 - **Entradas** – Necessidades/Exigências
- 2 – **Com o quê?** - Material
- 3 - **Com quem?** – Recursos Humanos
- 4 - **Quais Resultados?** - Indicadores
- 5 - **Como é feito?** - Procedimentos, Documentação
- 6 - **Saídas** – Satisfação

RECURSOS MATERIAIS:	ETAPAS:	RECURSOS HUMANOS:
DADOS DE ENTRADA:		DADOS DE SAÍDA:
LEGISLAÇÃO / REGRAS / PROCEDIMENTOS		INDICADORES

Figura 6 - Caracterização dos processos

5.3. Indicadores de desempenho

Não nos é possível falar nas USF sem mencionar a Gestão por Objetivos.

Para cumprir com este requisito torna-se necessário focar a nossa atenção nas estruturas e processos mas acima de tudo nos resultados, implicando a medição e a avaliação dos resultados alcançados, num quadro de uma abordagem que vai desde a concepção e desenvolvimento, implementação e monitorização (PDCA).

A introdução da prática da contratualização nos CSP é um instrumento imprescindível no processo de mudança do sistema de saúde, favorecendo a transparência e responsabilidade. Assim sendo, foi determinado um modelo de contratualização dirigido às USF, onde foi privilegiada a contratualização de indicadores de processo e de resultado. (ACSS, Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2015, 2014).

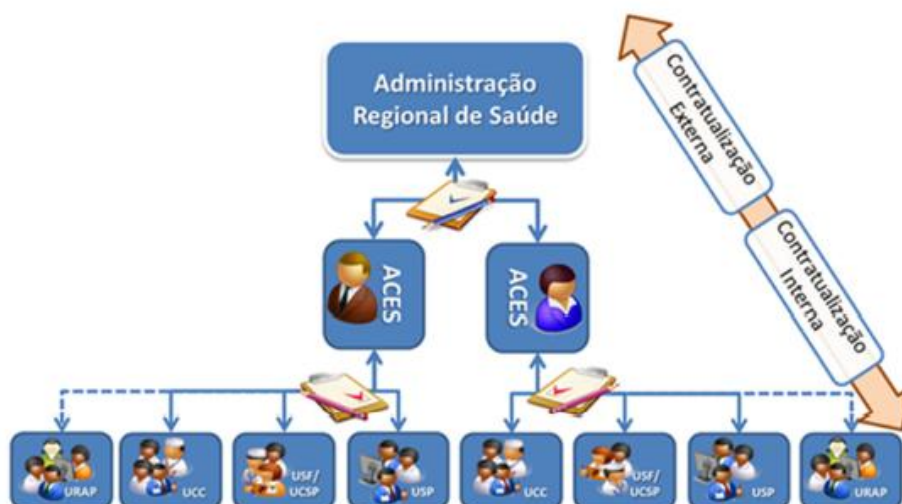


Figura 7 – Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respetivas USF (interna)

Fonte: ACSS, Metodologia de contratualização CSP, 2014

Em termos gerais, os processos de contratualização externa e interna operacionalizam-se em três fases (ACSS, 2014):

1- Negociação - esta fase abrange os trabalhos preparatórios da negociação até à assinatura do contrato-programa entre a ARS e os ACES e das Cartas de Compromisso entre o ACES e as suas Unidades Funcionais, tendo em conta a política de saúde definida para o período (necessidades em saúde), as restrições orçamentais e outros condicionalismos associados. A negociação é uma fase de aprendizagem e crescimento, é um momento para troca de propostas, entre as partes envolvidas.

Fases do processo	Datas
Submissão do Plano de Desempenho	15/01/2015
Contratualização Externa	30/01/2014
Contratualização Interna	28/02/2015
Assinatura do Contrato-Programa com ACES	28/02/2015
Assinatura de Cartas de compromisso	28/02/2015

Quadro 24 – Datas chave da Contratualização de 2015

2 - Monitorização e acompanhamento – nesta etapa é recolhida a informação sobre o compromisso assumido entre as partes, discutindo as possibilidades de introdução de medidas que possam corrigir eventuais desvios em relação ao acordado entre as partes.

Data limite	Procedimento	Quem promove
30-05-2015	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre	ARS
30-09-2015	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre	ARS
30-09-2015	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre	ARS

Quadro 25 – Calendarização do acompanhamento do desempenho dos ACES

3 - Avaliação – a fase de avaliação encerra o ciclo do processo de contratualização. A avaliação é um momento de prestação de contas e de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes no processo. Esta fase tem um enorme potencial, uma vez que contribuiu para a alteração de comportamentos, de atitudes e de práticas de gestão e de prestação de cuidados, visando alcançar a melhoria dos resultados globais das entidades envolvidas no processo de contratualização.

Data limite	Procedimento	Quem promove
15-04-2016	Reunião para apresentação e discussão do relatório de atividades do ACES, referente a 2015	ARS
30-06-2016	ARS informa sobre quais os ACES que têm acesso a incentivos institucionais	ARS

Quadro 26 – Avaliação

A avaliação do ACES realiza-se com base nos indicadores publicados no SIARS, com data de referência de 31 de Dezembro de 2015.

Contratualização externa:

A contratualização entre a ARS e os ACES de 2015 é baseada numa matriz de 20 indicadores, organizada em 3 eixos:

Eixo nacional: 14 indicadores selecionados a nível nacional, suscetíveis de avaliar ganhos em saúde, e em linha com os objetivos de contratualização interna com as USF e UCSP. A soma das ponderações destes indicadores é de 75%.

Eixo regional: 4 indicadores escolhidos pela ARS que vão ao encontro dos programas regionais ou das prioridades de saúde definidas regionalmente e que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional. A soma das das ponderações destes indicadores é de 17%.

Eixo local: Cada ACES tem a possibilidade de, em conjunto com a ARS, definir 2 indicadores específicos, de acordo com necessidades locais de saúde e que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional ou regional. A soma das das ponderações destes indicadores é de 8%.

Contratualização interna:

A contratualização interna consiste na negociação do Plano de Ação anual e na definição da atividade que será desenvolvida pelas várias Unidades funcionais do ACES, tendo em vista

envolver os profissionais de saúde, responder às necessidades em saúde da população e às prioridades assistenciais definidas pelo Diretor Executivo e pelo Conselho clínico do ACES, com o apoio da informação do perfil de saúde elaborado pela Unidade de Saúde Pública.

De acordo com o definido na Portaria nº 377-A/2013, de 30 de Dezembro, a contratualização entre o ACES e as respetivas USF e UCSP baseia-se numa matriz de 22 indicadores:

- 12 indicadores comuns a todas as Unidades USF/UCSP, definidos a cada três anos pela ACSS de acordo com as prioridades da Política de Saúde definida para o período considerado, em termos de acesso, desempenho assistencial, satisfação de utentes e eficiência, e com o Plano Nacional de Saúde e os Programas de Saúde Prioritários;
- 4 indicadores selecionados a cada três anos pela ARS, comuns às respetivas USF/UCSP da região de saúde, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial de acordo as prioridades definidas no Plano Nacional de Saúde e nos Programas de Saúde Prioritários a nível regional;
- 2 indicadores selecionados a cada três anos pelos ACES, específicos para cada USF/UCSP do ACES, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial;
- 4 indicadores propostos pela USF/UCSP para o triénio, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial.

Indicadores Institucionais [ART. 2º, Nº2, alínea A) da Portaria Nº 377-A/2013, 30 de Dezembro - ANEXO I]			
Tipo	Código SIARS	Indicador	Ponderação
Acesso	2013.006.01	Taxa de utilização de consultas médicas – 3 Anos	4,5%
	2013.004.01	Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos	3,0%
Desempenho Assistencial	2013.270.01	Índice de acompanhamento adequado em S.materna	4,5%
	2013.267.01	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	5,0%
	2013.268.01	Índice de acompanhamento adequado em S.infantil 1ºano	6,0%
	2013.056.01	Proporção Idosos, sem ansiolíticos /sedativos /hipnóticos	2,0%
	2013.047.01	Proporção utentes > = 14 A, c/registo hábitos tabágicos	2,5%
	2013.020.01	Proporção hipertensos <65 A, Com PA <150/90MM/HG	3,0%
	2013.039.01	Proporção DM c/ última HGBA1C <= 8,0 %	3,0%
Satisfação	2013.072.01	Proporção utilizadores Satisfeitos ou muito satisfeitos	5,0%
Eficiência	2013.070.01	Despesa medicamentos prescritos, por utilizador (PVP), compartilhados	16,0%
	2013.071.01	Despesa MCDT S Prescritos por utilizador. (Preço conv.)	8,0%

Quadro 27 - Indicadores de âmbito nacional, relacionados com a contratualização de incentivos institucionais

Indicadores de âmbito regional

Os 4 indicadores de âmbito regional, selecionados por cada ARS são definidos a partir da lista de indicadores de âmbito regional ou local (para as contratualizações externa e interna) e são comuns às respectivas USF/UCSP da região. O somatório das ponderações absolutas dos indicadores deve variar entre 10 e 20, inclusive, sendo que a ponderação absoluta de cada indicador escolhido deve ser reduzida para um valor percentual, para que o somatório de ponderações seja de 15%.

Indicadores de âmbito local/proposta do ACES

Os 2 indicadores de âmbito local selecionados a cada três anos por cada ACES, são definidos a partir da lista de indicadores de âmbito regional ou local (para as contratualizações externa e interna) e são específicos para cada USF/UCSP do ACES. O somatório das ponderações absolutas dos indicadores deve variar entre 6 e 10, inclusive, sendo que a ponderação absoluta de cada indicador escolhido deve ser reduzida proporcionalmente para um valor percentual, para que o somatório de ponderações seja de 7,5%.

Indicadores de âmbito local/proposta da USF

Os 4 indicadores de âmbito local propostos pela USF/UCSP para o triênio, são definidos a partir da lista de indicadores de âmbito regional ou local (para as contratualizações externa e interna). O somatório das ponderações absolutas dos indicadores deve variar entre 10 e 20, inclusive, sendo que a ponderação absoluta de cada indicador escolhido deve ser reduzida proporcionalmente para um valor percentual, para que o somatório de ponderações seja de 15%.

A ponderação dos 22 indicadores da contratualização interna distribui-se segundo o quadro 28.

Número	Âmbito	Tipo	Ponderação
2	Nacional	Acesso	7,5%
7	Nacional	Desempenho Assistencial	26,0%
2	Nacional	Eficiência (desempenho económico)	24,0%
1	Nacional	Satisfação	5,0%
4	Regional	Qualquer	15,0%
2	Local (ACES)	Qualquer	7,5%
4	Local (UF)	Qualquer	15,0%

Quadro 28 – Ponderações de grupos de indicadores na contratualização interna

As USF Modelo B são unidades funcionais com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa deve ser uma prática efetiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes.

Às USF Modelo B são atribuídos incentivos institucionais e incentivos financeiros aos profissionais. Os incentivos financeiros atribuídos aos médicos são aferidos pela compensação das atividades específicas. Os incentivos financeiros são atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional.

A contratualização de incentivos financeiros para pagamento a enfermeiros e assistentes técnicos efetua-se através de uma matriz de 17 indicadores:

Indicadores Financeiros [Nº2 DO ARTº 3 E Nº6 DO ARTº4º da Portaria Nº 377-A/2013, 30 de Dezembro- ANEXO II]		
Código SIARS	Indicador	Tipo
2013.045.01	Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpocitologia (3 anos)	Desemp.Assistencial
2013.099.01	Taxa utilização consultas de enfermagem – 3 anos	Desemp.Assistencial
2013.033.01	Proporção inscritos > 14ª, c/ IMC últimos 3 anos	Desemp.Assistencial
2013.098.01	Proporção utentes > = 25 A, c/ vacina tétano	Desemp.Assistencial
2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de PF (enfermagem)	Desemp.Assistencial
2013.050.01	Proporção grávidas c/consulta RP efetuada	Desemp.Assistencial
2013.012.01	Proporção grávidas c/6 + cons. vigilância enfermagem	Desemp.Assistencial
2013.013.01	Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem	Desemp.Assistencial
2013.027.01	Proporção crianças 2ª, c/PNV cumprido até 2ª	Desemp.Assistencial
2013.016.01	Proporção crianças c/6 + consulta médica vigilância 1º ano	Desemp.Assistencial
2013.017.01	Proporção crianças c/3 + consulta médica vigilância 2º ano	Desemp.Assistencial
2013.015.01	Proporção RN c/ domicílio de enfermagem até 15º dia de vida	Desemp.Assistencial
2013.019.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	Desemp.Assistencial
2013.018.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	Desemp.Assistencial
2013.035.01	Proporção DM com exame pés último ano	Desemp.Assistencial
2013.036.01	Proporção DM c/cons. enf. e gestão RT último ano	Desemp.Assistencial
2013.037.01	Proporção DM c/cons. enf. vigil. DM último ano	Desemp.Assistencial

Quadro 29 – Indicadores Financeiros

O apuramento dos incentivos financeiros obtém-se segundo a seguinte métrica de avaliação:

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

Quadro 30 – Métrica para atribuição de incentivos financeiros

As classificações possíveis resultante do processo de avaliação de cada um dos indicadores contratualizados corresponde a: “atingido” (dois pontos), “quase atingido”(um ponto), e “não atingido” (zero ponto).

Para um determinado indicador ser considerado “atingido” terá de ter cumprido em mais de 90% do valor contratualizado, se for da classe acessibilidade, desempenho assistencial e qualidade percebida pelos utentes; no caso dos indicadores de desempenho económico (custo dos medicamentos e MCDT prescritos) deve ser menor ou igual a 100% do valor contratualizado.

Aos objetivos “quase atingidos”, a percentagem de cumprimento pode variar entre 80 a 90% (valores limites inclusivos) nos indicadores de acessibilidade, desempenho e qualidade percebida; os indicadores de desempenho económico devem corresponder a 100-105% do contratualizado.

Os objetivos são considerados “não atingidos” para valores de cumprimento inferiores a 80% nos indicadores acessibilidade, desempenho e qualidade percebida e se os gastos avaliados nos indicadores de desempenho económico corresponderem a mais de 105% do contratualizado.

A unidade compromete-se ainda a desenvolver a sua atividade no sentido de contribuir para o atingimento dos valores contratualizados pelo ACES, em sede de contratualização externa.

Para cada indicador, e outros indicadores que venham a ser validados, há um bilhete de identidade com as regras de cálculo e demais especificações de registo que são publicados pela ACSS. Quando em três anos consecutivos se atingir a meta contratualizada, com superação do valor de referência nacional, deve ser escolhido pelo ACES outro indicador, cujo único critério deve refletir uma área de melhoria e o mesmo na escolha pela USF. (Ministério da Saúde, Bilhete de Identidade dos indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários propostos para ano de 2015, 2015)

Para além dos indicadores que a USF contratualiza foram criados mais 23 indicadores respeitando aos seguintes Processos:

PG01- Sistema da Qualidade (6)

PS01- Comunicação (4)

PS02- Informática/Sistema de informação (1)

PS03 - Recursos Humanos (1)

PS04 - Aprovisionamento e Gestão Financeira (2)

PG05 - Serviço de Instalações e Equipamentos (2)

PS06 - Controlo de Infeção (4)

PS 07- Segurança (2)

PS 08 - Formação Contínua (2)

PROCESSOS	CÓDIGO SIARS Quando aplicável	INDICADORES
PG01 Sistema da Qualidade	_____	Grau de Implementação do SGQ
	_____	Grau de Cumprimento das Metas (indicadores)
	_____	Grau de Execução do Plano Melhoria Contínua
	_____	SM's e NC's acionadas pelos profissionais
	_____	Tempo Médio de Resposta às Reclamações / Sugestões
	_____	Percentagem de Reclamações / Sugestões implementadas
PG02 Gestão da Qualidade	2013.072.01	Proporção utilização satisfeitos ou muito satisfeitos
	2013.070.01	Despesa medicamentos prescritos por utilizador (PVP), comparticipados
	2013.071.01	Despesa MCDT prescritos por utilizador (P. CONV.)
	_____	Grau de Satisfação dos Profissionais
PO01 Consulta Programada	2013.006.01	Taxa de utilização de consultas médicas – 3 anos
	2013.099.01	Taxa de utilização de consultas enfermagem - 3 anos
	2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo enfermeiro de família
	2013.033.01	Proporção inscritos > 14 anos, c/ IMC últimos 3 anos
	2013.047.01	Proporção utentes >=14 anos, c/registo hábitos tabágicos
	2013.277.01	Proporção de fumadores c/consulta relacionada Tabaco 1 ano
	2013.054.01	Proporção utentes consumo de álcool, com consulta 3 Anos
	2013.034.01	Proporção de obesos>=14 anos, c/ consulta vigilância obesidade 2 anos
	2013.056.01	Proporção idosos, sem ansiolíticos/sedativos/hipnóticos
	2013.065.01	Proporção utentes >=75 anos c/prescrição crónica <5 fármacos
	2013.098.01	Proporção utentes >=25 A, C/ vacina tétano
	2013.267.01	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas Mulheres Idade Fértil
	2013.045.01	Proporção mulheres (25;60) com colpocitologia (3 anos)
	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de PF (Enfermagem)
	2013.270.01	Índice de acompanhamento adequado em Saúde Materna
	2013.050.01	Proporção grávidas c/ consulta revisão puerpério efetuada
	2013.012.01	Proporção grávidas c/6+ consulta vigilância enfermagem
	2013.013.01	Proporção de puérperas com domicílio de Enfermagem
	2013.268.01	Índice de c/acompanhamento adequado Saúde Infantil 1º Ano
	2013.269.01	Índice de c/acompanhamento adequado Saúde Infantil 2º Ano
	2013.063.01	Proporção crianças 7 Anos c/ consulta médica vigilância e PNV
	2013.027.01	Proporção crianças 2ª, com PNV cumprido até 2º aniversário
	2013.016.01	Proporção crianças c/ 6+ consulta médica vigilância 1º ano
	2013.017.01	Proporção crianças c/ 3+ consulta médica vigilância 2º ano
	2013.039.01	Proporção DM c/última HGBA1C<=8,0%
	2013.271.01	Índice de acompanhamento adequado utentes DM
	2013.275.01	Proporção DM2 em terapêutica com metformina
	2013.035.01	Proporção DM com exame pés último ano
	2013.037.01	Proporção DM c/ consulta Enfermagem vigilância DM último ano
	2013.036.01	Proporção DM c/ consulta Enf. e Gestão RT último ano
	2013.020.01	Proporção hipertensos <65ª, com PA<150/90MM/HG
	2013.019.01	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre
	2013.018.01	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)

Quadro 31 – Indicadores de monitorização

PROCESSOS	CÓDIGO SIARS Quando aplicável	INDICADORES
PO02 Consulta Aberta	_____	Taxa de marcação de consulta no próprio dia
	_____	Tempo Médio de Resposta aos Pedidos
PO03 Consulta Domiciliária	2013.003.01	Taxa de domicílios médicos por 1000 inscritos
	2013.004.01	Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos
	2013.013.01	Proporção de puérperas com domicílio de Enfermagem
	2013.015.01	Proporção recém nascido com consulta domiciliária de enfermagem até 15º dia de vida
PS01 Comunicação	_____	Atualização do placard informativo da USF
	_____	Atualização do site da USF
	_____	Tempo médio de resposta ao pedido de documentação externa
	_____	Tempo médio de divulgação das atas
PS02 Informática/Sistema de Informação	_____	Percentagem de Pedidos tratados
PS03 Recursos Humanos	_____	Taxa anual de absentismo dos profissionais
PS04 Aprovisionamento e Gestão Financeira	_____	Percentagem de falhas na contagem das taxas moderadoras
	_____	Percentagem de falhas do material (stocks)
PS05 Serviço de Instalações e Equipamentos	_____	Percentagem de pedidos resolvidos (pendentes/Total)
	_____	Nº de ocorrências da não substituição ou reparação dos equipamentos
PS06 Controlo de Infeção	_____	Nº de acidentes por contaminação
	_____	Nº de acidentes por objetos cortantes/perfurantes
	_____	Percentagem do consumo de solução anti-séptica de base alcoólica
	_____	Grau de execução do plano de higienização
PS07 Segurança	_____	Nº de registo de acontecimentos adversos p/ ano
	_____	Nº de acidentes de trabalho p/ano
PS08 Formação Contínua	_____	Taxa de execução do Plano Anual de Formação
	_____	Taxa de assiduidade na formação

Quadro 31 – Indicadores de monitorização (continuação)

5.4. Estrutura Documental

O Sistema de Gestão da Qualidade, no que se refere à sua estrutura documental, é composto por 6 partes:

Parte I- Manual da Qualidade;

Parte II- Instrumentos estratégicos da USF;

Parte III- Caracterização dos Processos;

Parte IV- Procedimentos, Instruções de Trabalho e Impressos;

Parte V- Outros documentos/manuais;

Parte VI- Informação Complementar ao SGQ.

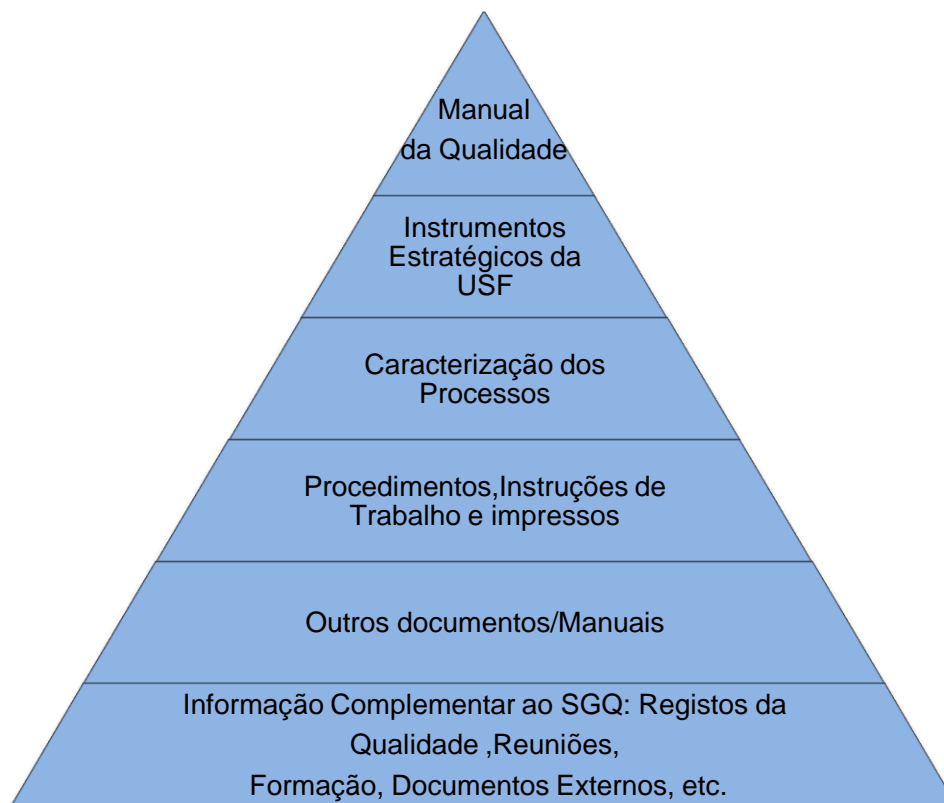


Figura 8 - Estrutura documental

Manual da Qualidade – Documento que define a estrutura fundamental do SGQ e proporciona um enquadramento da USF Fafe Sentinela.

Instrumentos Estratégicos da USF – Documentos que estabelecem regras, metas, ações, objetivos, compromissos para o bom funcionamento e sucesso da USF (Plano de Ação, Regulamento Interno, Relatório de Atividades, Carta de Compromisso,...).

Caracterização dos Processos – Documentos que descrevem todos os processos da USF baseados no método da “Tartaruga de Crosby”.

Procedimentos e Instruções de Trabalho – Documentos que descrevem as atividades dos processos.

Outros documentos/Manuais – Documentos necessários que fornecem informação consistente para a organização

Impressos – Modelo a ser preenchido/utilizado para determinada operação.

Informação Complementar ao SGQ – Documentos que complementam o SGQ

Registos da Qualidade – Documentos que fornecem evidências objetivas sobre as atividades realizadas/resultados obtidos.

Atas – Documentos que servem para registar o conteúdo de uma reunião, os assuntos debatidos e as decisões tomadas.

Legislação e Documentos externos – Normas, especificações, regulamentação e outros documentos de origem externa, com interesse para o SGQ.

Para a implementação do SGQ na USF Fafe Sentinela e respeitando os requisitos da Grelha DiOr- USF foram criados 112 impressos, codificados de acordo com o processo a que dizem respeito conforme se pode verificar no seguinte quadro:

Registo de Documentos Controlados	
Sistema de Gestão da Qualidade	
Impressos	
Codificação	Nome
PG01	SISTEMA DA QUALIDADE
IMP/PG01/001v01	Mapa de objetivos
IMP/PG01/002v01	Mapa de documentos vigentes
IMP/PG01/003v01	Mapa de controlo de documentos de origem externa
IMP/PG01/004v01	Não conformidades
IMP/PG01/005v01	Plano de Auditoria
IMP/PG01/006v01	Relatório de Auditoria
IMP/PG01/007v01	Plano de Ações Corretivas
PG02	GESTÃO DA QUALIDADE
IMP/PG02/001v01	Constituição da equipa multiprofissional
IMP/PG02/002v01	Processos da USF Fafe Sentinela
IMP/PG02/003v01	Inquérito de satisfação aos utentes
IMP/PG02/004v01	Carta da qualidade
IMP/PG02/005v01	Inquérito de satisfação aos profissionais
IMP/PG02/006v01	Eleição do Coordenador
IMP/PG02/007v01	Eleição do Conselho Técnico
IMP/PG02/008v01	Ficha Análise Diabetes
IMP/PG02/009v01	Sugestão de melhoria
IMP/PG02/010v01	Plano de melhoria contínua
IMP/PG02/011v01	Caracterização dos processos
PO01	CONSULTA PROGRAMADA
IMP/PO01/001v01	Fluxograma renovação de medicação prolongada
IMP/PO01/002v01	Requisição de DIU e Implante Contracetivo
PO01	CONSULTA ABERTA
PO03	CONSULTA DOMICILIÁRIA
IMP/PO03/001V01	Fluxograma visita domiciliária

Quadro 32 – Lista de Impressos

PS01	COMUNICAÇÃO
IMP/PS01/001v01	Protocolo de distribuição de documentos
IMP/PS01/002v01	Registo de rubricas
IMP/PS01/003v01	Mensagem telefónica
IMP/PS01/004v01	Listagem de contactos
IMP/PS01/005v01	Mudança de médico de Família
IMP/PS01/006v01	Mudança de Enfermeiro de Família
IMP/PS01/007v01	Fluxograma atendimento telefónico
IMP/PS01/008v01	Fluxograma Mudança de médico de Família
IMP/PS01/009v01	Segunda opinião impresso
IMP/PS01/010v01	Segunda opinião fora da USF impresso
IMP/PS01/011v01	Fluxograma Segunda opinião
IMP/PS01/012v01	Sugestão/Opinião
IMP/PS01/013v01	Listagem de contactos dos profissionais da USF Fafe Sentinela
IMP/PS01/014v01	Alternativas assistenciais fora do horário de funcionamento da USF
IMP/PS01/015v01	Apresentação do nº de utente de saúde
IMP/PS01/016v01	Ausências programadas
IMP/PS01/017v01	Renovação de prescrição de medicação prolongada
IMP/PS01/018v01	Caixa de sugestões/reclamações/opiniões/elogios
IMP/PS01/019v01	Como marcar consulta na USF
IMP/PS01/020v01	Consulta aberta
IMP/PS01/021v01	Documentos disponíveis para consulta dos utentes
IMP/PS01/022v01	Gabinete do cidadão
IMP/PS01/023v01	Horário de atendimento do Coordenador
IMP/PS01/024v02	Horário de atendimento telefónico
IMP/PS01/025v02	Horário de funcionamento da USF Fafe Sentinela
IMP/PS01/026v02	Levantamento do receituário
IMP/PS01/027v01	Local de Formação
IMP/PS01/028v01	Marcação de consulta médica
IMP/PS01/029v01	Prolongamento de horário
IMP/PS01/030v01	Serviços mínimos da USF Enfermagem
IMP/PS01/031v01	Serviços mínimos da USF Médicos
IMP/PS01/032v01	Urgências Situações emergentes
IMP/PS01/033v01	Serviços da USF Fafe Sentinela
IMP/PS01/034v01	Livro de reclamação
IMP/PS01/035v01	Recusa de vacinas

Quadro 32 – Lista de Impressos (continuação)

IMP/PS01/036v01	Recusa de vigilância em programa de saúde
IMP/PS01/037v01	Direito a segunda opinião publicitação
IMP/PS01/038v01	Indicadores de atividade da USF Fafe Sentinela
IMP/PS01/039v01	Lista de convencionados
IMP/PS01/040v01	Atualização de dados
IMP/PS01/041v01	Tempo médio de espera
IMP/PS01/42v01	Listagem de contactos FAX's
IMP/PS01/043v01	Circuito interno
IMP/PS01/044v01	Modelo de comparência (Postal)
IMP/PS01/045v01	Aviso aos utentes
IMP/PS01/046v01	Registo de Consentimento Informado
IMP/PS01/047v01	Relatório Anual Consentimento Informado
IMP/PS01/048v01	Transferência de processo clínico
PS02	INFORMÁTICA/SISTEMA DE INFORMAÇÃO
IMP/PS02/001v01	Contacto manual com recibo
IMP/PS02/002v01	Contacto manual
IMP/PS02/003v01	Protocolo Benefícios adicionais de saúde (BAS)
IMP/PS02/004v01	Declaração de presença manual
PS03	RECURSOS HUMANOS
IMP/PS03/001v01	Organigrama
IMP/PS03/002v01	Horário médico 6ª Feiras e Sábados
IMP/PS03/003v01	Alteração de férias
IMP/PS03/004v01	Alteração de férias do Coordenador
IMP/PS03/005v01	Antecipação de férias
IMP/PS03/006v01	Requerimento de férias
IMP/PS03/007v01	Requerimento de férias do Coordenador
IMP/PS03/008v01	Plano de férias Médicos
IMP/PS03/009v01	Plano de férias Enfermagem
IMP/PS03/010v01	Plano de férias Secretariado Clínico
IMP/PS03/011v01	Plano de férias Médicos Internos
PS04	APROVISIONAMENTO E GESTÃO FINANCEIRA
IMP/PS04/001v01	Reflexão sobre consumos material administrativo e hoteleiro
IMP/PS04/002v01	Reflexão sobre consumos material clínico
IMP/PS04/003v01	Declaração anual de rendimentos do pensionista
PS05	SERVIÇO DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Quadro 32 – Lista de Impressos (continuação)

PS06	CONTROLO DE INFEÇÃO
IMP/PS06/001v01	Fluxograma Ébola Secretaria
IMP/PS06/002v01	Fluxograma Ébola Gabinete
IMP/PS06/003v01	Fluxograma Ébola Domicílio
IMP/PS06/004v01	Fluxograma Limpeza e desinfeção do nebulizador
IMP/PS06/005v01	Fluxograma Limpeza e desinfeção do esfignómanometro e braçadeira
IMP/PS06/006V01	Fluxograma Limpeza e desinfeção do aspirador de secreções
PS07	SEGURANÇA
IMP/PS07/001v01	Ocorrência de violência
IMP/PS07/002v01	Matriz de identificação de perigos e apreciação de risco
IMP/PS07/003v01	Carro de medicação
IMP/PS07/004v01	Registo acontecimento adverso Profissionais
IMP/PS07/005v01	Registo acontecimento adverso Utente/visitante
IMP/PS07/006v01	Fluxograma Gestão da violência para profissionais e utentes
IMP/PS07/007v01	Fluxograma Identificação de Estranhos
IMP/PS07/008v01	Fluxograma Identificação de delegados informação médica
IMP/PS07/009v01	Fluxograma Acidente de Trabalho
IMP/PS07/010v01	Fluxograma Exposição a sangue/Fluidos infecciosos
IMP/PS07/011v01	Fluxograma Corrente elétrica
PS08	FORMAÇÃO CONTÍNUA
IMP/PS08/001v01	Plano anual de Formação
IMP/PS08/002v01	Formação anual Secretariado Clínico
IMP/PS08/003v01	Formação anual Enfermagem
IMP/PS08/004v01	Formação anual Médicos
IMP/PS08/005v01	Mapa anual de registo de formação
IMP/PS08/006v01	Registo de presenças de formação
IMP/PS08/007v01	Levantamento de necessidades de formação
IMP/PS08/008v01	Lista de Formadores

Quadro 32 – Lista de Impressos (continuação)

Com a implementação do SGQ reduziu-se o uso de documentos obsoletos, toda a documentação está codificada, controlada e acessível a todos os profissionais.

Capítulo 6 - Conclusões e limitações do trabalho de projeto

Existe hoje a legítima expectativa por parte dos cidadãos e da comunidade em geral de que os cuidados de saúde sejam de qualidade, acessíveis, adequados e efetivos, com baixo risco e a custos socialmente suportáveis. Torna-se assim evidente, que o desenvolvimento da qualidade, tem de ser feito no âmbito de um Sistema de Gestão que deve caracterizar-se por um processo de melhoria contínua, num quadro de responsabilidade e participação coletiva. A implementação deste projeto assume-se como uma mais-valia, pois visa melhorar significativamente todo o desempenho da USF e simultaneamente contribuir para o desenvolvimento e modernização dos Cuidados de Saúde Primários, tendo por base o referencial ISO 9001:2008, a Grelha DiOr- USF.

Face aos objetivos inicialmente traçados, o projeto foi parcialmente implementado devido a coincidir com a passagem do modelo de avaliação DiQuOr- USF para a Grelha DiOr- USF. Nesse sentido, foi necessário criar e adaptar procedimentos e documentos obrigatórios conforme a Grelha DiOr - USF que até ao momento não existiam, o que acarretou mais trabalho para os profissionais.

Para analisar e avaliar as atividades da USF, é necessário realizar uma auditoria interna ao Sistema de Gestão da Qualidade. Esta auditoria tem como objetivos determinar a conformidade ou não conformidade do Sistema de Gestão da Qualidade com os requisitos especificados e identificar os pontos a serem melhorados.

Neste contexto, e uma vez que o SGQ ainda não está totalmente implementado, devido à falta de alguma documentação (como por exemplo, o procedimento para a avaliação de fornecedores), não foi realizada nenhuma auditoria, nem feita nenhuma revisão pela gestão durante o projeto de trabalho.

As mudanças que ocorreram no processo da implementação do SGQ na USF Fafe Sentinela refletem- se no seguinte quadro:

Antes da Implementação do SGQ na USF Fafe Sentinela	Depois da Implementação do SGQ na USF Fafe Sentinela
Algumas tarefas a desenvolver sem responsáveis designados	Atribuição de tarefas e responsabilidades (todos sabem o que têm e devem fazer) – Matriz de processos
Indicadores de acordo com a contratualização interna (maioritariamente para os processos operacionais)	Criação de indicadores para todos os processos da USF de forma a poder avaliar todas as atividades da Unidade - Indicadores de monitorização
Documentos com várias formatações (tipo de letra, tamanho, logótipo, etc)	Formatação idêntica para todos os documentos da USF (apresentação cuidada e uniformizada)
Arquivo confuso	Organização do arquivo, criação de lombadas em todas as pastas e arquivadas por ordem alfabética
Biblioteca com pouco uso devido à desorganização dos manuais, livros, revistas, entre outros.	Todos os livros foram separados, codificados e etiquetados tendo em atenção a especialidade associada. Foi criada uma base de dados com a lista de todos os manuais, livros, revistas, cds, entre outros, existentes e pertencentes à USF.
Dificuldade no acesso a informação	Informação/documentos controlados, codificados e de fácil acesso
Profissionais pouco informados	Profissionais informados, divulgação de toda a informação a tempo e horas
Utentes mal informados	Utentes informados, todos os serviços prestados estão publicitados, bem como a forma de acesso aos diferentes serviços
Publicitação repetida, desorganizada e com vários tipo de formação	Publicitação Organizada e cuidada
Dificuldade na transmissão de chamadas telefónicas para médicos e enfermeiros	Atendimento telefónico mais eficaz (criação de um procedimento e de um impresso para o registo de mensagens telefónicas)
Marcação de consulta médica e de enfermagem sem entrega de registo ao utente	Criação de cartões para marcação de consulta médica e de enfermagem
Inexistência de uma página na internet	Criação de um site na internet com informações sobre a USF Fafe (http://www.usf-fafesentinela.com/)
Inexistência de procedimentos obrigatórios	Procedimentos obrigatórios elaborados
Inexistência de um Plano Anual de Formação	Criação de um Plano Anual de Formação segundo o levantamento das necessidades dos profissionais
Pouca formação proporcionada aos profissionais da USF	Formação promovida pela USF (10 ações decorridas entre Janeiro 2015 e Novembro 2015) de acordo com o Plano Anual de formação elaborado
Profissionais desmotivados devido às condições de trabalho	Profissionais mais motivados e conscientes de que um SGQ traz realmente melhorias significativas para a USF

Quadro 33 – Comparação do antes e depois da implementação do SGQ

Podemos afirmar que todo o trabalho que foi até ao momento, desenvolvido facilita e auxilia o dia-a-dia dos profissionais. A USF Fafe Sentinela encontra-se agora mais orientada para aproveitar de forma eficaz os seus recursos através da definição clara dos objetivos e responsabilidades, envolvendo todos os profissionais, através do controlo e avaliação dos processos e das suas interações, fazendo com que haja uma melhoria na organização das

atividades desenvolvidas, proporcionando uma comunicação eficaz e o aumento da satisfação dos utentes.

Uma vez que, o trabalho encontra-se inacabado, pretende-se completá-lo criando a documentação em falta e realizando a Revisão pela Gestão e a Auditoria Interna, bem como proporcionar formação para os profissionais sobre todo o SGQ implementado. Futuramente, será novamente aplicado o inquérito de satisfação aos profissionais para que se possa avaliar o impacto da implementação do SGQ (antes e depois).

Bibliografia

- ACSS. (Dezembro de 2014). Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2015. Lisboa.
- ACSS. (Fevereiro de 2014). Operacionalização da Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014. Lisboa.
- Brito, B. d. (Setembro de 2012). *A estrutura documental da Qualidade: Caracterização e importância na USF CellaSaúde*. Tese de Mestrado, Coimbra.
- Coimbra, A. F. (1998). *Actas das Segundas Jornadas de História Local*. Fafe: Câmara Municipal de Fafe.
- Cunha, M. p., Rego, A., Gomes, J. F., Cardoso, C. C., Marques, A. C., & Cunha, R. C. (2010). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Sílabo.
- Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto. (22 de Agosto de 2007). *Diário da República*, 1ª série, 5587-5596.
- Decreto-Lei nº125/2004. (31 de Maio de 2004). *Diário da República*, 1ª série, 3408-3411.
- Decreto-Lei nº142/2007. (27 de Abril de 2007). *Diário da República*, 1ª série, 2698-2701.
- Departamento da Qualidade na Saúde. (2011). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. Lisboa: Cempalavras.
- Despacho nº 24 101/2007. (22 de Outubro de 2007). *Diário da República*, 2ª série, 30419.
- Despacho nº5613/2015. (27 de Maio de 2015). *Diário da República*, 2ª série, 13550-13553.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Departamento da Qualidade na Saúde*. Obtido em 27 de Julho de 2015, de www.dgs.pt
- Discurso do Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte da cerimónia de entrega de certificados de qualidade ISO9001*. (02 de Julho de 2015). Obtido em 27 de Julho de 2015, de ARS NORTE: www.portal.arsnorte.min-saude.pt
- Fernandes, L. M. (2013). *Unidades de Saúde Familiar: Impacto Sócio Económico*. Dissertação de Mestrado, Lisboa.
- Fonseca, L. (2009). Certificação de Sistemas de Gestão. *Anuário Certificação & Qualidade*.
- Fonseca, L. (2012). Gestão da Qualidade: uma reflexão crítica. *Associação Portuguesa para a Qualidade*, pp. 17-19.
- Fonseca, L. (Janeiro 2013). *Liderança e gestão de Equipas*. Apontamentos de Mestrado em Gestão Integrada da Qualidade, Ambiente e Segurança.
- Fonseca, L. M. (2015). FROM QUALITY GURUS AND TQM TO ISO 9001:2015: A REVIEW OF SEVERAL QUALITY PATHS. *International Journal for Quality Research* , pp. 167-180.
- Fonseca, L. (Novembro de 2011). *Ferramentas da Qualidade e Custos da Qualidade*.
- Gillet-Goinard, F., & Seno, B. (2012). *La boîte à outils du responsable qualité*. Dunod.

IPAC. (2015). Obtido de Instituto Português de Acreditação: www.ipac.pt

João, M. R. (2014). *Terras e Gentes de Montelongo*. Amarante: Converso.

Manual de Acreditação de Unidade de Saúde. (2011). Cempalavras.

Ministério da Economia. (2015). Obtido de Instituto Português da Qualidade: www.ipq.pt

Ministério da Saúde. (2009). Programa Nacional de Acreditação em Saúde.

Ministério da Saúde. (Abril de 2012). Guia para aplicação do diagnóstico do desenvolvimento organizacional nas USF DiOr - USF.

Ministério da Saúde. (Janeiro de 2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

Ministério da Saúde. (2015). Obtido de Administração Central do Sistema de Saúde, IP: www.acss.min-saude.pt

Ministério da Saúde. (Janeiro de 2015). Bilhete de Identidade dos indicadores de contratualização dos cuidados de saúde primários propostos para ano de 2015. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

NP EN ISO 9000:2005. (Dezembro de 2005). *Norma Portuguesa para Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário*. Lisboa.

NP EN ISO 9001:2008. (Novembro de 2008). *Norma Portuguesa para Sistemas de Gestão de Qualidade - Requisitos*. Lisboa.

Paiva, A. L., Capelas, L., Sampaio, P., & Saraiva, P. d. (2009). *ISO 9001:2008 Implementação e Certificação*. Lisboa: VERLAG DASHOFER.

Pires, A. R. (2004). *Sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pires, A. R. (2012). *Sistemas de Gestão da Qualidade - Ambiente, Segurança, Responsabilidade social, Indústria, Serviços, Administração Pública e Educação*. Lisboa: Sílabo.

Pires, A. R. (2012). *Sistemas de Gestão da Qualidade - Ambiente, Segurança, Responsabilidade social, Indústria, Serviços, Administração Pública e Educação*. Lisboa: Sílabo.

Portaria n.º1368/2007 de 18 de Outubro. (18 de Outubro de 2007). *Diário da República*, 1ª série, 7655-7659.

Proença, V. S. (Julho de 2013). *Qualidade Organizacional nas USF: Candidatura ao Modelo Organizacional B na USF CelaSaúde*. Tese de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF. (Junho de 2010). *Mundo Médico*.

Sistema de Gestão da Qualidade. (2015). Obtido de Alfândega da Fé Município: www.cm-alfandegadafe.pt/areaQualidade/

- Tomé, J. B., & Fonseca, L. (2014). A Futura ISO 9001:2015. *Guia de Empresas Certificadas*, pp. 26-29.
- USF- AN. (2015). Obtido em 2015, de Unidades de Saúde Familiar Associação Nacional: www.usf-an.pt
- Veloso, P. S. (2012). *Impacto da certificação nos serviços de saúde, na qualidade dos cuidados e na segurança dos utentes de uma instituição particular de solidariedade social*. Porto.

Apêndices