



Licenciatura em:

Gestão em Saúde

Relatorio de Estágio:

QUALIDADE EM SAÚDE

“Os Indicadores de Qualidade no Serviço de Urgência Geral do CHLO”

Elaborado por

Rosária Fraga

Nº de estudante

20141888

Orientado por

Professor Doutor Paulo Moreira

Barcarena, Junho de 2017



ATLÂNTICA
UNIVERSITY HIGHER INSTITUTION

Licenciatura em:

Gestão em Saúde

Relatório de Estágio:

QUALIDADE EM SAÚDE

“Os Indicadores de Qualidade no Serviço de Urgência Geral do CHLO”

Elaborado por

Rosária Fraga

Nº de estudante

20141888

Orientado por

Professor Doutor Paulo Moreira

Barcarena, Junho de 2017

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

DEDICATÓRIA

À minha família e amiga

“O conhecimento de alguém sobre ciência começa quando ele pode mensurar o que ele está a dizer e expressar isso em números”

Lord Kelvin (1824-1907)

RESUMO

A elaboração deste trabalho alicerça-se no estudo do documento “Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems” publicado pela World Health Organization (OMS), em 2006 e do trabalho de estágio no Serviço de Urgência Geral do CHLO que decorreu entre março e maio de 2017, sobre a orientação da Dra. Gabriela Rodrigues por parte do Hospital e do Prof. Doutor Paulo Moreira por parte da universidade Atlântica.

Do documento em análise fica como corolário a preocupação da organização mundial da saúde em incitar os estados a adoptarem políticas que promovam a qualidade e a avaliação permanente dos serviços de saúde prestados, apresentando-lhes um modelo a seguir para este efeito.

A preocupação, manifesta pela OMS com a qualidade nos serviços de saúde e a avaliação da mesma, partindo da análise de indicadores de qualidade, é assumida pelo Sistema Nacional Saúde (SNS) nos Planos Nacionais de Saúde como um dever a ser seguido pelos diversos serviços do SNS.

Do estágio, ressalta a elaboração e análise de um conjunto de indicadores de qualidade, proposto pelo SINAS e pela Direcção do Serviço de Urgências Geral do CHLO, como indicadores fundamentais para aferir a qualidade dos serviços prestados por esta urgência.

A Monitorização dos indicadores de qualidade, nomeadamente no serviço de Urgência Hospitalar é fundamental para a melhoria do serviço prestado aos doentes, assim como é fundamental para a administração do Hospital e do próprio SNS.

Palavras-Chaves: Qualidade no SNS, Monitorização dos indicadores de qualidade no SU.

ABSTRACT

This paper was based upon “Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems”, a paper published by the World Health Organization (WHO) in 20016, and my internship at the Emergency Room (ER) Department of Centro Hospitalar de Lisboa (CHLO), which took place between march and may 2017. This internship underwent Dr Gabriela Rodrigues’ guidance, the hospital itself and PhD Paulo Moreira from Atlantida University.

Said paper accentuates WHO’s awareness to urge states to adopt policies that promote the quality and permanent evaluation of health care services, by presenting a model to follow in order to achieve it.

This concern, expressed by WHO, in regards to the quality of health care and its evaluation, through ‘quality indicators’, is taken upon the Portuguese National Health System (NHS) in the National Health Plans, like a duty to be executed by the various services within the NHS.

In the internship, it was possible to create and analyze a set of ‘quality indicators’, recommended by SINAS and the board of the ER Department, that are vital to assess the quality of the services provided by the this ER.

Monitoring these indicators, especially in the ER, is crucial for the improvement of patient care as it is for the managing of the hospital and the NHS.

Key words: Quality in the NHS, Monitoring ‘quality indicators’ in the ER.

Índice

RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUÇÃO	1
PARTE I	3
I - QUALIDADE DA SAÚDE.....	3
1. Um Processo para fazer Escolhas Estratégicas em Sistemas de Saúde Segundo a Organização Mundial de Saúde (DSG).	3
PARTE II	13
I. QUALIDADE EM SAÚDE NO SNS.....	13
1. Conceito de Qualidade, Licenciamento e Certificação/ Acreditação.....	14
1.1 Qualidade	14
1.2 Licenciamento	15
1.3 Certificação / Acreditação	15
II- ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE 2015 -2020 (DESPACHO N.º 5613/2015).....	18
III. INDICADORES E GANHOS EM SAÚDE NO SNS.....	24
1. Indicadores de Saúde	24
2. Monitorização dos Indicadores	25
3. Controlo da Qualidade	26
4. Ganhos em Saúde.....	26
PARTE III	29
I O SERVIÇO DE URGÊNCIA NO SNS	29
1 Considerações prévias.....	29
2 O Conceito de Serviço de Urgência	30
3 A rede do serviço de urgências	31
3.1 O Serviço de Urgência Básico (SUB)	31
3.2 O Serviço de Urgência Médico -Cirúrgico (SUMC)	32
3.3 Serviço de Urgência Polivalente (SUP)	32
II O SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO HSFX	33
1 Apresentação	33
III A GESTÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHLO	36
1. Enquadramento	36

2. A Importância dos Indicadores no SU	36
3. Os indicadores no SU do HSFX	38
3.3 - Monitorização dos Indicadores e Análise de Resultados.....	40
CONCLUSÃO	50
BIBLIOGRAFIA.....	52
ANEXOS:	54
A Organigrama.....	54
B Equipas-Tipo.....	55

Lista de Abreviaturas

ARS - Administração Regional de Saúde

CA – Conselho de Administração

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CRRNU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

CT – Centro de Trauma

DGS - Direção Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

DSU – Direção do Serviço de Urgência

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCDT – Meios Complementares Diagnóstico e Terapêutica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

RRH – Rede de Referência Hospitalar

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TC – Tribunal Contas

TQM - Gestão da Qualidade Total

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 Roles and responsibilities in quality improvement	7
Figura 2 A process for building a strategy for quality	8
Figura 3 The stx domains of quality interventions.....	11
Figura 4 As prioridades e as acções da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020.....	23
Figura 5 Área de influência do CHLO / 2016.....	34
Figura 6 Triagem Manchester	35

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1 Percentagem de doentes vistos dentro do tempo definido pela Triagem de Manchester	43
Tabela 2 Movimento Assistencial / Percentagem de reclamações SU - 1º trimestre	48
Tabela 3 Total de reclamações por assunto - 1º trimestre 2017 - 1º trimestre 2017	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1 Número de admissões de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, 1º trimestre de 2017	40
Gráfico 2 Percentagem de admissões de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, 1º trimestre de 2017	41
Gráfico 3 Tempo de admissão para triagem no 1.º Trimestre de 2017	42
Gráfico 4 Taxa de abandonos antes e após a observação médica (1º. Trimestre de 2017)	42
Gráfico 5 Tempo de demora média para primeira observação clinica no 1.º Trimestre de 2017	44
Gráfico 6 Período de afluência ao SU	45
Gráfico 7 Períodos de afluência ao SU	46
Gráfico 8 Tempo médio de permanência dos doentes no SU durante o 1º. Trimestre de 2017 ..	46
Gráfico 9 Total Reclamações HAFX /Total Reclamação SUG - 1º trimestre	47

INTRODUÇÃO

O trabalho que se segue divide-se em três partes, que apesar de serem complementares são distintas. A primeira e segunda parte enquadra-se na disciplina de seminário da licenciatura em gestão em saúde da universidade atlântica e aborda de uma forma geral o tema da qualidade em saúde e na terceira parte é apresentado a atividade desenvolvida no âmbito do estágio que decorreu no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

A primeira versa sobre:

A apresentação das orientações publicadas, em 2016, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objectivo de levar os estados e os seu decisores políticos a introduzirem nas suas políticas nacionais na preocupação com a qualidade no serviço de saúde prestados às populações,

A segunda parte versa sobre:

A abordagem à Qualidade no Sistema Nacional de Saúde Português, procurando aferir de que forma os Planos Nacionais de Saúde incorporam a preocupação da OMS com a Qualidade em Saúde,

A estratégia nacional para a saúde de acordo com o plano nacional de saúde 2015-2020, com base no despacho n.º 5613/2015.

O papel dos indicadores como instrumentos fundamentais para aferir os Ganhos em saúde.

A terceira parte versa sobre:

Apresentação do Serviço de Urgências do SNS;

Apresenta o Serviço de Urgência Geral do CHLO – Serviço onde decorreu o estágio;

Abordagem a Gestão da Qualidade no Serviço de Urgências Geral do CHLO partindo da monitorização dos indicadores.

Por fim o trabalho contém as conclusões e as considerações finais do estágio, bibliografia e anexos.

PARTE I
QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
(GUIA DA OMS PARA FAZER ESCOLHAS ESTRATÉGICAS PARA À QUALIDADE EM SAÚDE)

I - QUALIDADE DA SAÚDE

A Qualidade em saúde é uma das preocupações fundamentais pela qual a Organização Mundial de Saúde se tem debatido ao longo dos últimos anos. Com a preocupação de que os estados membros da organização adotem, nas suas políticas para a saúde a qualidade como eixo estratégico, publicou, em 2006, um guia que fornece aos decisores e gestores nacionais um processo sistemático que permite projetar e implementar intervenções eficazes para promover a qualidade nos sistemas de saúde. Este guia foi concebido com o objectivo de ser uma ferramenta capaz de criar melhorias em saúde e facilitar as escolhas estratégias que deverão ser implementadas pelos estados.

“This guide promotes a focus on quality in health systems, and provides decisionmakers and planners with an opportunity to make informed strategic choices to advance quality improvement”¹

1. Um Processo para fazer Escolhas Estratégicas em Sistemas de Saúde Segundo a Organização Mundial de Saúde (DSG).

O guia apresentado pela Organização Mundial de Saúde dedica especial atenção aos indivíduos que têm responsabilidade na definição de estratégias para a qualidade e, conjuntamente pretende auxiliar a auto-avaliação e servir como um guia de discussão para que os decisores políticos e partes interessadas na qualidade do atendimento possam trabalhar juntos para encontrar respostas para os seus problemas e desta forma melhorar a qualidade dos cuidados em saúde.

¹ Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems, World Health Organization 2006, pág.3

“In spite of this wealth of experience, the problem frequently faced by policy-makers at country level in both high- and low-middle-income countries is to know which quality strategies – complemented by and integrated with existent strategic initiatives – would have the greatest impact on the outcomes delivered by their health systems”²

O Guia encontra-se dividido em 4 secções.

“This guide is divided into the following four sections.

Section 1, Background and assumptions

Section 2, Basic concepts in quality

Section 3, A process for building a strategy for quality: choosing interventions

Section 4, Annexes, provides two tools.”³

Primeira secção

“presents the context and rationale for developing this process.”⁴

A primeira secção levanta a questão do porquê do foco na qualidade agora, apresenta os pressupostos e a lógica para o desenvolvimento deste processo que visa a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados através das melhores escolhas estratégicas implementadas nos sistemas nacionais de saúde.

Uma riqueza de conhecimentos e experiência na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem vindo a crescer globalmente ao longo de muitas décadas. Apesar dessa riqueza de experiências, o problema frequentemente enfrentado pelos decisores políticos é saber quais as melhores estratégias de qualidade, complementadas e integradas com as iniciativas estratégicas existentes e qual o maior impacto nos resultados fornecidos pelos seus sistemas de saúde.

² Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems, World Health Organization 2006, pág.3

³ Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems, World Health Organization 2006, pág.1

⁴ Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems, World Health Organization 2006, pág.1

Esta questão promove um aumento no foco na qualidade dos sistemas de saúde e fornece aos decisores a oportunidade de fazer escolhas estratégicas para avançar com a melhoria da qualidade.

A OMS refere que há nesse momento dois focos na qualidade nos sistemas de saúde.

Nos países onde os sistemas de saúde estão bem desenvolvidos e dotados de recursos, a evidência da qualidade continua a ser uma preocupação séria, com resultados previsivelmente alcançados e com grandes variações nos padrões de atenção à saúde dentro e entre os sistemas de saúde.

Nos países onde os sistemas de saúde estão em desenvolvimento, estes precisam do uso de recursos e de expandir a cobertura dos cuidados de saúde a toda a população, o processo de dimensionamento deve ser baseada em estratégias locais sólidas de qualidade para que os resultados sejam os melhores possíveis e desta forma partir para novos investimentos.

Segunda Secção

“provides simple working definitions of what is meant by quality in the context of health and health care, and describes various roles and responsibilities which apply to quality improvement in any health system.”⁵

A segunda secção apresenta a definição dos conceitos básicos de qualidade, definições do que se entende por qualidade no contexto da saúde e, também descreve vários papéis e responsabilidades que se aplicam à melhoria da qualidade em qualquer sistema de saúde e leva-nos para outra forma de pensar sobre a qualidade dos sistemas de saúde e diferenciar as funções, responsabilidades nas várias partes de um sistema.

A principal preocupação deste documento é apoiar o papel das políticas e estratégias de desenvolvimento. Refere que esta terá de envolver todo o sistema de saúde, mas as responsabilidades principais dependerão normalmente dos níveis nacional e regional.

⁵ Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems, World Health Organization 2006, pág.1

As principais preocupações dos decisores a este nível será de manter o desempenho de todo o sistema em análise e desenvolver estratégias para melhorar a qualidade, e que estas se aplicam a todo o sistema.

As principais responsabilidades dos prestadores de serviços de saúde para melhorar a qualidade em saúde devem de estar, independentemente da estrutura em que se enquadram (organizações, equipas ou os próprios trabalhadores da saúde...), idealmente comprometidos com os mesmos objectivos para que sejam obtidos os melhores resultados.

Independentemente da política de qualidade do sistema, a sua principal preocupação será que os serviços que prestam visem o mais alto padrão possível de satisfação das necessidades individuais dos utentes dos serviços, das suas famílias e da própria comunidade.

Os resultados na melhoria da qualidade não são, no entanto, fornecidos unicamente pelos prestadores de serviços às comunidades, os próprios utentes de serviços são co-produtores de saúde. Todos têm papéis e responsabilidades cruciais na identificação das suas necessidades e das suas próprias preferências, bem como na gestão da sua própria saúde.

A OMS salienta que, muito embora seja importante reconhecer essas diferenças nos papéis e responsabilidades, é igualmente importante reconhecer as conexões entre eles.

- Os decisores não podem esperar desenvolver e implementar novas estratégias para a qualidade sem envolver adequadamente os prestadores de serviços de saúde, comunidades e utentes de serviços.
- Os prestadores de serviços de saúde precisam operar dentro de um ambiente político adequado que levem à qualidade, e com uma compreensão adequada das necessidades e expectativas daqueles a quem servem, a fim de obter os melhores resultados.

- As comunidades e os utilizadores de serviços têm ambos a obrigação de influenciar as políticas a serem implementadas, de forma a melhorar os serviços de saúde que lhes são prestados, se quiserem melhorar assim os seus próprios resultados de saúde.

Essas relações críticas são resumidas na Figura abaixo



Figura 1 Roles and responsibilities in quality improvement

Terceira secção

“describes a decision-making process for policy-makers, which includes seven elements related to initial analysis, strategy development, and implementation. Within Element 5 of the decision-making process, special emphasis has been given to describing the various interventions for quality in the six principal domains.”⁶

⁶ Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems, World Health Organization 2006, pág.1

A terceira secção descreve o que deve de ser um processo para a construção de uma estratégia de qualidade, que passa pela escolha de intervenções. Nesta secção encontra-se descrito um processo de tomada de decisão direccionado para os decisores políticos. Este processo inclui sete elementos relacionados com três categorias fundamentais na tomada de decisão estratégica. A saber: A **Análise Inicial**, o **Desenvolvimento de Estratégias** e a **Implementação da Estratégia**, conforme representado na figura a baixo.



Figura 2 A process for building a strategy for quality

A **Análise** (Analysis) é a primeira parte do processo de tomada de decisão. Este processo de implementação é cíclico e tem 3 elementos fundamentais que interagem entre si. Importante referir que a “entrada” do decisor nesta parte do processo pode ser em qualquer um dos três elementos e agrupa três elementos:

Elemento 1: A Envolvimento de todos os Interessados (Stakeholder involvement)

O primeiro elemento envolve a participação de todas as partes interessadas no processo (Stakeholder involvement). É fundamental iniciar o processo por determinar quem são os atores-chaves e como eles serão envolvidos no processo. O caminho apontado é a criação de equipas de trabalho com a chefia bem definida e o papel de cada elemento bem específico.

O decisor deve ter a preocupação com as seguintes questões:

- Há um processo claro para envolvendo as partes interessadas?
- Há uma lista de todas as partes fundamentais interessadas?
- Existem termos claros de referência para todas as partes interessadas?

Elemento 2: Análise Situacional (Situational Analysis)

Aqui é fundamental fazer um diagnóstico o mais correcto possível ao desempenho actual do sistema de saúde com o objectivo de se fazerem escolhas e intervenções. A análise situacional consiste no mapeamento claro da situação actual que irá servir de linha de base para se estabelecerem novas intervenções ou simplesmente introduzir novas adaptações às estratégias já existentes.

Elemento 3: Confirmação dos Objectivos de Saúde (Confirmation of Health Goals)

Este ponto parte do princípio de que qualquer nova intervenção de qualidade é questionável.

Esta atividade é crítica para as novas intervenções na melhoria da qualidade, pois é fundamental existir um alinhamento entre os objectivos existentes e os objectivos propostos de modo a que da leitura da situação actual nasça um conjunto de objectivos bem claros e aceites por todas as partes interessadas e envolvidas na melhoria da qualidade do sistema de saúde.

A segunda categoria - **Desenvolvimento de Estratégias**- está dividida em dois elementos.

Esta parte do processo preocupa-se com desenvolvimento e planeamento de novas estratégias em resposta aos problemas e objectivos referenciados na fase anterior.

Elemento 4: Desenvolvimento de Metas de Qualidade (Development of Quality Goals)

Terminados os passos anteriores está-se agora em condições de se negociar e acordar novas metas de qualidade a atingir. Aqui fica apontado as intervenções de qualidade a serem feitas nas mais diferentes dimensões da qualidade. É aqui a altura certa para definir as metas globais a atingir, mas também os objectivos específicos no âmbito da qualidade a serem implementados para se atingir essas metas globais.

Elemento 5: Escolher as Intervenções para a Qualidade (Choosing Interventions for Quality)

Neste elemento do processo o foco move a sua atenção do "o quê" para o "como". Aqui o foco recai sobre as intervenções a serem feitas e os acordos sobre o processo de implementação das mudanças a serem feitas, ajudando de forma exemplar a clarear o que a estratégia está a tentar alcançar.

Para ajudar neste processo, o manual propõem seguir um simples 'mapa' com os domínios onde as intervenções de qualidade poderiam ser feitas. São domínios pensados para ajudar os decisores no âmbito da implementação da estratégica para melhorar a qualidades do serviço de saúde.

Estes domínios, que aqui não vamos desenvolver, surgem representados no esquema abaixo:



Figura 3 The stx domains of quality interventions

Elemento 6: Processo de Implementação (Implementation Process)

Este elemento centra o foco na gestão do processo de implementação da estratégia da melhoria da qualidade. Situa-se ao nível da capacidade de tomar decisões táticas para modificar atividades em resposta ao feedback das metas definidas pela estratégia. Aqui o objectivo importante é manter o interesse na implementação da estratégia de melhoria da qualidade e promover a visão compartilhada do futuro para a melhoria da qualidade, no âmbito do sistema de saúde desafiando continuamente o status quo⁷.

Elemento 7: Monitoramento do Progresso (Monitoring Progress)

O 7 elemento centra a sua actividade na entrega dos resultados obtidos, melhorados e dos benefícios que foram propostos e atingidos. Esta actividade é importante porque se os resultados não são aqueles que eram esperados, será importante tomar decisões imediatas sobre como a estratégia e as suas intervenções seleccionadas podem ser modificadas para alcançar melhores resultados.

O investimento feito só pode ser justificado em termos de resultados se estes forem melhores do que os iniciais. Para isso é fundamental fazer-se a monitorização dos progressos feitos e a divulgação dos mesmos como forma de se manter a motivação e o empenho das partes interessadas no processo de mudança da qualidade em saúde.

Quarta secção

“provides two tools:

A. A self-assessment questionnaire for detailed analysis of Element 5 of the decision-making process.

B. A matrix to map quality interventions by the various roles and responsibilities in a health system”⁸

⁷ Wikipédia, expressão latina que significa "no mesmo estado que antes"

⁸ Quality of Care - A process for making strategic choices in health systems, World Health Organization 2006, pág.1

Na quarta secção é fornecido um questionário de autoavaliação para análise detalhada do 5º elemento do processo decisório e uma matriz para mapear as intervenções de qualidade pelas várias funções e responsabilidades em um sistema de saúde.

Feita a apresentação, ainda que muito sumária do processo proposto aos estados membros pela OMS sobre o modo de implementarem estratégias nacionais de melhorias de qualidade no sector da saúde, vamos de seguida abordar a qualidade no SNS Português.

PARTE II
QUALIDADE NO SNS
(ESTRATÉGIA PARA O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE)

I. QUALIDADE EM SAÚDE NO SNS

O crescente interesse pela qualidade no sistema de saúde em Portugal, ao longo das últimas décadas, tem acompanhado a tendência mundial, assumindo como principal referência a evolução das práticas de qualidade implementadas nos mais diversos sectores da economia.

O erro em medicina, a variação das práticas, o controlo de custos e a problemática da escassez de recursos, são algumas das razões pelas quais a qualidade é intensamente debatida no sector da saúde (Mendes V., 2012).

A preocupação internacional com qualidade dos cuidados de saúde, manifesta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é também uma preocupação de âmbito nacional. Assim é que o Plano Nacional de Saúde (PNS) definiu como um dos eixos estratégicos para o Sistema de Saúde a **qualidade em saúde** e dá relevância ao tema dos **indicadores e metas em saúde**.

É universal que o estado de saúde da população reflete, não só a capacidade de resposta e qualidade do setor da saúde, mas também o progresso que se verifica na sociedade em termos económicos e sociais. Tendo uma natureza cumulativa e intersectorial, a saúde resulta de um conjunto de determinantes sociais (por exemplo, educação, rendimento, etc.) e não apenas do investimento na prestação de cuidados de saúde, mas a qualidade dos cuidados de saúde prestados é inegavelmente um indicador fundamental

1. Conceito de Qualidade, Licenciamento e Certificação/ Acreditação

1.1 Qualidade

Não é fácil definir qualidade, e particularmente, qualidade na saúde. A literatura apresenta uma série de diferentes definições mas vamos aqui assumir a definição dada no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que conceitualiza a Qualidade em Saúde (QeS) do seguinte modo:

“como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno P et al, 1990). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível. O acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados”

A importância dada ao controlo dos custos, ao aumento da eficiência dos serviços e à satisfação dos utentes, à melhoria das interações existentes e ao aumento da motivação dos prestadores dos cuidados de saúde leva a que hoje, em termos da gestão da qualidade, se fale quase exclusivamente em Gestão da Qualidade Total (TQM) ou Processo de Melhoria Contínua.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como componentes da qualidade dos cuidados de saúde o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os utentes, satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos.

No PNS de 2012-2016 a Qualidade em Saúde (QeS) surge definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o

melhor desempenho possível. (Saturno P et al., 1990, citado por Jakob, Z., George F. 2014).

1.2 Licenciamento

O Licenciamento em saúde reveste-se de uma importância fundamental, de modo a que a Entidade Reguladora da Saúde dispor de um portal dedicado a esta temática criado no âmbito das suas competências de *“supervisão da atividade e de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita (...) ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, incluindo o licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei.”*

O licenciamento está directamente relacionado como o funcionamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde pois é um processo pelo qual uma autoridade normalmente governamental dá permissão a um profissional individual ou instituição de saúde para operar mediante o cumprimento de um determinado conjunto de normas pré definidas como padrões mínimos necessário para o exercício da actividade com qualidade. A manutenção do licenciamento é uma exigência permanente para que a instituição de saúde continue a funcionar e a cuidar de pacientes.

1.3 Certificação / Acreditação

Apesar de os termos acreditação e certificação serem frequentemente usados como sinónimos, na prática a acreditação aplica-se normalmente a instituições e a certificação aplica-se aos profissionais, aos procedimentos, aos produtos, aos sistemas/processo, e aos equipamentos.

A Certificação surge na legislação nacional (Decreto-Lei nº 140/2004, de 8 de Junho - artigo nº4) com seguinte definição: “procedimento através do qual uma terceira parte acreditada dá uma garantia escrita de que um produto, processo, serviço ou sistema está em conformidade com requisitos especificados”

Para o Tribunal de Contas (TC) (2012) “A Certificação é o reconhecimento internacional reservado às instituições, ou partes da mesma, que demonstram a sua conformidade com todos os critérios classificados com “ISO”, no Manual Internacional de Acreditação de Hospitais. A ISO 9001 é um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) standard que exige que determinada organização satisfaça as suas próprias exigências e as dos seus clientes e reguladores. Baseia-se numa metodologia plan-do-check-act (planear-fazer-verificar-agir), que ajuda as organizações a criar, implementar, monitorizar e medir os seus próprios processos de forma a obterem resultados que se enquadram no âmbito das exigências da organização e melhorem continuamente a performance, adotando a respetiva ação mais adequada”.

Como se encontra divulgado no site da Direção-Geral da Saúde (DGS)⁹ o processo de certificação é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da (DGS), tendo como marco de referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e os procedimentos documentados em vigor no (DQS).

O Certificado outorgado pelo DQS a um determinado serviço ou unidade de saúde atesta a conformidade com as especificações e os standards estabelecidos nos Manuais de Standards e demais requisitos do Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde.¹⁰

Relativamente à Acreditação, são muitas as definições e abordagens feitas quanto à definição do conceito, mas a que melhor parece definir o termo refere-se à Acreditação como: “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes”.¹¹

A Acreditação dos Hospitais em Portugal de forma estruturada tem o seu início com o Programa de Acreditação dos Hospitais celebrado entre o Ministério da Saúde e o Health Quality Service (HQS), atual CHKS¹², Este programa promove a adoção da

⁹ <http://www.dgs.pt/> Despacho n.º 5613/2015, de 24 de Junho

¹⁰ <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/reconhecimento-da-qualidade/modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude.aspx>

¹¹ Programa Ibérico, 1990 in Plano Nacional de Saúde 2011-2016, 2010: p.12.

¹² <http://www.chks.co.uk/>

metodologia King's Fund, pelos hospitais portugueses. Levando alguns hospitais portugueses a iniciar o seu percurso na qualidade neste sentido. (Pereira, R., 2013)

Esta iniciativa veio expor a escassa preocupação existente com a qualidade, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, problema que o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 veio procurar corrigir, apontando como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde. Logo no primeiro ano do programa, em 2004, no âmbito da Unidade de Missão para os Hospitais S.A., é adotado para a avaliação da qualidade dos hospitais S.A o modelo da Joint Commission International ¹³(JCI) e é também, neste mesmo período que por iniciativa do Instituto da Qualidade em Saúde que surgem outras iniciativas.

O Instituto da Qualidade em Saúde foi extinto em 2006 e em 2009, criou-se o Departamento da Qualidade na Saúde¹⁴, com o objectivo e missão de desenvolver a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente e de disseminar boas práticas clínicas e organizacionais.

O Departamento da Qualidade na Saúde adotou mais tarde o Modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía), como modelo nacional oficial para a qualidade na saúde, mas de opção voluntária.¹⁵

Apesar de, prevalecem em Portugal várias estratégias de reconhecimento formal da qualidade como por exemplo a JCI, CHKS, ACSA e ISO 9001, a DGS não deixa de referir que “ *o Modelo Nacional de Acreditação em Saúde (modelo ACSA) tem uma série de características próprias:*

- *É coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com os planos e ferramentas de gestão que estão em desenvolvimento com vista à melhoria contínua do SNS, designadamente a gestão clínica, a gestão por processos incluindo os processos assistenciais integrados, a gestão por competências e a gestão do conhecimento.*

¹³Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais Portugueses
https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf (Consulta em Dezembro de 2016)

¹⁴ Portaria n.º 155/2009 de 15 de Fevereiro

¹⁵ Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto

- *Tem como referência, entre outros, os diferentes Programas de Saúde, os processos assistenciais integrados, os processos de suporte, os contratos de gestão, as recomendações sobre as melhores práticas clínicas conhecidas, a segurança do utente e dos profissionais e as necessidades e expectativas dos cidadãos.*
- *Aborda a qualidade de uma forma integral através de programas de acreditação direcionados para as diferentes áreas que compõem os cuidados de saúde, nomeadamente: hospitais e centros hospitalares, serviços ou unidades de gestão clínica, unidades funcionais, farmácias, unidades de hemodiálise, centros de investigação, laboratórios clínicos, centros de formação contínua e programas de acreditação de competências profissionais, entre outros.*
- *Tem um carácter progressivo, pois identifica os passos que são dados progressivamente até à excelência. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo e evolutivo, que reflete não apenas o momento atual de desenvolvimento da qualidade na organização, como o seu potencial de evolução e crescimento.”¹⁶*

II- ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE 2015 -2020 (DESPACHO N.º 5613/2015)

As características sociais e epidemiológicas levam a que o sistema da saúde tenha que se reorganizar e desenvolver novos modelos organizativos de modo a assegurar a sustentabilidade, a equidade, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, respeitando uma lógica de acesso universal aos cuidados de saúde. Neste âmbito, surge o desafio de assegurar o equilíbrio entre a necessidade de mudança e o prosseguimento dos princípios de cobertura universal e tendencialmente gratuita do Serviço Nacional de Saúde (Cortes, M., 2016).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 foi elaborada com base nos resultados obtidos nos últimos anos, na adequação do programa nacional ao

¹⁶ <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/reconhecimento-da-qualidade/modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude.aspx>

programa de acção para a saúde definido pela União Europeia para 2014-2020, no relatório da OCDE em matéria da qualidade dos cuidados de saúde, no relatório da Fundação Calouste Gulbenkian intitulado “ um futuro para a saúde” e nos planos regionais e locais compilados na “Resenha dos Planos de Saúde: Nacional - Regionais - Locais Plano Nacional de saúde e Estratégias Locais de saúde, Novembro 2015 e no documento The Portuguese National Health Plan Interim Report on the National Health Plan: Revision and Extension to 2020 (The NHP-Revision) Comments from WHO Europe

De referir que este último documento refere-se à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 no seguinte termo:

“The NHP extension to 2020 is significantly aligned with the Health 2020 policy framework. It is guided by explicit principles and values, with a strong health gain goal, and is built on a solid evidence base. Consistent with Health 2020, it emphasizes improvements in health and wellbeing, equity, whole of society approaches and access to quality health services.”¹⁷

Nos últimos cinco anos temos que registar que no âmbito da qualidade da saúde foi significativo a integração da estratégia da qualidade na saúde com o programa de controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.¹⁸

Ainda, no mesmo período, segundo dados da DGS, é importante referir que o impacto da implementação do modelo de acreditação do ministério da saúde - ACSA Internacional se revelou positivo, com destaque para a criação do sistema @Qredita¹⁹, a formação de 22 avaliadores especialistas do modelo, com a acreditação de 24 unidades prestadoras de cuidados de saúde e o acompanhamento de 122 unidades com processo de acreditação em curso, realização de 73 avaliações locais de qualidade e da segurança

¹⁷ The Portuguese National Health Plan Interim Report on the National Health Plan: Revision and Extension to 2020 (The NHP-Revision) Comments from WHO Europe

¹⁸ Dados da DGS - O consumo global de antibióticos diminuiu 15%; O consumo global de antibióticos no hospital diminuiu 26% e a taxa de resistência do STAPHYLOCOCCUS AUREUS À METICILINA diminuiu 8%

¹⁹ A plataforma @Qredita foi criada pela DGS e tem como objectivo facilitar o processo de acreditação - <http://acredita.dgs.pt/>

de serviços de sangue e de transplantação com a emissão de 267 autorizações de actividade.

Da avaliação feita e segundo a mesma fonte, à estratégia seguida e à sua implementação verificaram-se constrangimentos na implementação das políticas de qualidade a nível local, com programas de qualidade feitos de forma espontânea e pouco conformes com as orientações nacionais e baixa adesão à avaliação da cultura de segurança.

O Despacho n.º 5613/2015 define como missão estratégica do SNS assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estejam devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão.

Lê-se no mesmo despacho que a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020 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.

Para isso, adota as seguintes prioridades estratégicas de atuação:

- a) Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores;
- b) Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- c) Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- d) Reforço da segurança dos doentes;
- e) Reforço da investigação clínica;
- f) Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- g) Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- h) Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- i) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Esta estratégia pretende ir de acordo com os objectivos traçados pela “Health 2020” da OMS para a saúde dos portugueses, nomeadamente:

- Redução da mortalidade prematura (antes dos 70 anos de idade) para valor inferior a 20%;
- Aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos em 30%;
- Redução da prevalência do consumo do tabaco e eliminação da exposição ao fumo do tabaco;
- Controlo da incidência do excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o seu crescimento.

No seguimento desta conformidade a Estratégia Nacional para a saúde 2015 -2020, na continuidade do plano de 2012-2014²⁰ expõe os seguintes objectivos:

- O reforço da implementação da Estratégia Nacional da Qualidade, através de ações concertadas e complementares a nível central, regional e local;
- A monitorização e publicação dos resultados da prestação de cuidados de saúde e a respetiva relação com o volume de cuidados;
- O reforço do impacto da qualidade na avaliação do desempenho profissional e institucional e no financiamento das instituições prestadoras de cuidados;
- A implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através de ações transversais que melhorem a cultura de segurança de forma integrada em todos os níveis de prestação de cuidados;
- A implementação e divulgação da certificação da qualidade da prestação de cuidados de saúde, de forma a aumentar a confiança dos cidadãos no Sistema de saúde;
- O reforço, nas redes de prestação de cuidados de saúde, do papel das comissões da qualidade e segurança;
- O reforço das medidas de utilização racional dos medicamentos, suportada nas NOC²¹, que por sua vez se baseiem em análises de custo-efetividade;
- A garantia de qualidade na realização de rastreios de base populacional, assegurando assim a equidade e o acesso a estratégias de prevenção de qualidade;

²⁰ Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020, Maio 2015

²¹ Wikipedia, NOC significa “*Network Operations Center*” (centro de operação de rede, em inglês) ou centros de comando e controle em português.

As prioridades e as acções da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020 são esquematizadas pelo Departamento da Qualidade na Saúde no quadro seguinte:

Prioridades	Ações
<p>Melhoria da qualidade clínica e organizacional</p>	<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 referenciação 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.
<p>Aumento da adesão a normas de orientação clínica</p>	<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
<p>Reforço da segurança dos doentes</p>	<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	<p>13. Avaliar a qualidade clínica e organizacional e da segurança dos doentes, através de painel de indicadores.</p> <p>14. Criar sede de observação da qualidade e segurança dos cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde.</p> <p>15. Auscultar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde.</p>
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.	<p>17. Divulgar informação comparável de desempenho com enfoque em indicadores internacionalmente reconhecidos.</p> <p>18. Promover a educação e a literacia em saúde para que tenhamos cidadãos mais saudáveis e doentes mais participativos na tomada de decisão.</p> <p>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.</p>

Figura 4 As prioridades e as acções da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020

Sucintamente a estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 assume como prioridade a intervenção na prestação dos cuidados a nível local. Melhoria da qualidade clínica e organizacional, aumento da adesão a normas de orientação clínica de qualidade comprovada, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e da segurança e divulgação dos dados em tempo real, difundir práticas de auditoria interna à qualidade e segurança, aumentar as auditorias internas, aumentar o

benchmarking, aumentar a cota de indicadores da qualidade e alinhar os incentivos financeiros com o cumprimento de indicadores da qualidade.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 implica de forma incontornável um maior esforço dos decisores dos diversos níveis na governação da qualidade, assim como um maior envolvimento dos profissionais e as comissões da qualidade e segurança assumem um papel de ordem tático fundamental no processo de melhoria da qualidade.

III. INDICADORES E GANHOS EM SAÚDE NO SNS

1. Indicadores de Saúde

Um indicador pode ser definido como uma medida para determinar o desempenho de funções e processos no correr do tempo.

Podemos assumir que Indicadores de Saúde são instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam. (Nutbeam D., 1998 citado por Dias C., et al, 2007)

Os indicadores são instrumentos usados para avaliar uma situação ou a consecução de objetos e metas. São variáveis que permitem quantificar resultados de ações e comparar resultados, podem ser úteis para avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações em saúde. Em conformidade, indicadores de saúde são parâmetros utilizados com o objetivo de fornecer dados que permitam avaliar e definir estratégias para melhor gerir e prestar cuidados de saúde.

A implementação da qualidade exige necessariamente o uso de indicadores que permitam a medição do desempenho, a qualidade sentida pelos doentes e a motivação dos prestadores dos cuidados de saúde. Isto é, a medição da qualidade na saúde pode basear-se na observação da estrutura, dos processos e dos resultados dos cuidados de saúde de saúde obtidos.

Os indicadores possuem classificações distintas, porém a mais utilizada e a que mais os diferencia é os financeiros e não financeiros.

Os **indicadores financeiros** procuram orientar a organização para a tomada de decisão com relação a questões económicas e patrimoniais.

Os indicadores não financeiros possuem, em sua maioria, a capacidade de transmitir informações com maior facilidade, para os diversos níveis de uma organização. Além disso o uso desse tipo de medida tem a vantagem de demonstrar diversos aspectos do desempenho da organização que estão para além dos resultados financeiros.

Um dos benefícios deste tipo de indicadores é de transmitirem, em grande parte, informações de tendência, antes mesmo que os resultados finais sejam obtidos, possibilitando correções durante o curso das operações, atuando como “vetores para o futuro”, assim podemos definir:

Indicadores Qualitativos: Os indicadores qualitativos possuem a preocupação com a avaliação e a pesquisa de qualidade. Estes indicadores estão vinculados à mensuração de aspectos comportamentais. Exemplo a recolha da “satisfação do cliente”

Indicadores Quantitativos: São aqueles que podem ser definidos por meio de uma unidade de contagem, possuem natureza objetiva e podem ser mensurados por uma medida financeira ou não-financeira.

2. Monitorização dos Indicadores

Ao falarmos em Monitorização dos Indicadores estamos a referir-nos à monitorização tanto para benchmarking como para a avaliação (interna e externa), incluindo processos de acreditação, de avaliação e de identificação de boas práticas, entre outros. Devem decorrer ao nível do profissional, da equipa, do serviço, da instituição e da decisão política, de forma transparente, promovendo a responsabilidade social para com o cidadão. Deve-se explicitar objectivos, indicadores e metas; modelos de organização e de prestação, que permitam a comparabilidade e a identificação de boas práticas, padrões de estrutura, processo e de resultado.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde.

A monitorização dos indicadores continua agrupada em três grandes conjuntos:

- 1) Indicadores de Ganhos em Saúde;
- 2) Indicadores do Estado de Saúde e de Desempenho do Sistema de Saúde;
- 3) Indicadores de Execução das Ações e Recomendações do PNS

3. Controlo da Qualidade

O controlo de qualidade assume papel fundamental na avaliação da prestação dos cuidados de saúde de modo que o ministério da saúde criou o Departamento da Qualidade na Saúde “com missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma melhoria contínua da Qualidade”²².

4. Ganhos em Saúde

Para o PNS 2012-2016 ganhos em Saúde são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução. Expressam de acordo com o artigo da revista da revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental,²³ a melhoria dos resultados traduzido por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde

Couceiro L.²⁴, no artigo “Estratégia de Potenciais Ganhos em Saúde”²⁵ descreve que se deve entende-se por Ganhos em Saúde todo o desvio (positivo) entre a situação

²² <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx> (consultado em maio de 2017)

²³ Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental n.º.11, Porto junho 2014

²⁴ Coordenadora do Gabinete de Informação e Prospectiva/ACS

²⁵ [Http://pns.dgs.pt/files/2010/02/BoletimPensarSaude_31.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2010/02/BoletimPensarSaude_31.pdf)

esperada e a obtida. Segundo o mesmo autora foram identificados como Potenciais Ganhos em Saúde: “

- 1) A redução de anos de vida potenciais perdidos (nomeadamente por causas preveníveis por promoção primária da saúde e sensíveis aos cuidados de saúde);
- 2) A redução dos internamentos (principalmente os evitáveis por promoção primária e sensíveis a cuidados de ambulatório);
- 3) A redução da incapacidade permanente e temporária por motivos de saúde;
- 4) O aumento da auto-percepção positiva do estado de saúde;
- 5) O aumento da cobertura pelos cuidados de saúde primários;
- 6) A redução dos tempos de espera aos três níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados);
- 7) A garantia da sustentabilidade do sistema de saúde.”

Daqui se conclui que ganhos em saúde englobam melhor qualidade da saúde das populações é, também, uma resposta pragmática à necessidade de sustentabilidade do Sistema de Saúde e, em particular, do Serviço Nacional de Saúde, porque contribui para melhoria da efetividade e da eficiência da prestação de cuidados de saúde.

PARTE III

O ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HSFX (OS INDICADORES DE QUALIDADE)

I O SERVIÇO DE URGÊNCIA NO SNS

1 Considerações prévias

O desenvolvimento económico e social das nações mede-se pela sua capacidade de assegurar o progresso sustentado do bem-estar dos seus cidadãos. Se no âmbito económico o grande objectivo de qualquer país é de facto a produtividade nacional, essencialmente medida pelo PIB per capita, no domínio social o sector da saúde surge como atividade fundamental de realce na definição da qualidade de vida e são vários os indicadores para aferir essa qualidade: esperança média de vida, número de médicos por habitante, o número dos óbitos à nascença, distâncias percorridas até aos serviços de urgências, etc.

Esta presente preocupação com o bem-estar dos cidadãos tem levado ao aumento dos cuidados de saúde prestados que inevitavelmente acarreta também um maior custo.

Advém daqui a imperativa necessidade da racionalidade dos meios disponíveis em saúde para prestar um maior número de cuidados de modo a manter a sustentabilidade do sistema.

Todas as actividades económicas estão sujeitas a factores externos de ordem económica, política e social difíceis de controlar ou mesmo de influenciar, o que incita as organizações a estarem vigilantes à conjuntura externa e muito atentas à análise da sua estrutura interna de modo a criarem mecanismos de resposta de acordo com as necessidades e exigências dos consumidores. Está trilogia, - mais serviços - menores custos - mais qualidade, está muito presente no sector da saúde.

Os hospitais são reconhecidos como organizações com um elevado grau de complexidade na sua estrutura e administração. Para tal contribuem uma dinâmica própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos e de gestão. Observa-se ainda um intenso debate sobre temas relacionados com a gestão hospitalar, de entre os quais emerge a qualidade dos cuidados prestados, a eficiência da prestação de cuidados e o financiamento das organizações de saúde. (Jacobs, 1974 citado por Costa, C., Lopes, S. 2015),

A gestão de recursos de saúde é a coordenação de esforços financeiros, físicos e humanos cujo objectivo é a obtenção da optimização dos serviços de saúde passa, em muito, pela análise dos indicadores de qualidade pois são estes que permitem um controlo sobre a eficácia da gestão e alicerçam as decisões de gestão estratégicas e permitem ganhos em saúde. (Evans, 1984 citado por Costa, C., Lopes, S. 2015).

2 O Conceito de Serviço de Urgência

É possível recolher-se um primeiro entendimento do que se considera uma urgência médica no Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde, que criou o serviço de urgência hospitalar, e no qual se estipula que se devem considerar como “(...) situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata.”

É fundamental, para a compreensão da lógica de funcionamento dos Serviços de Urgência, a definição clara dos conceitos de urgência e de emergência. Segundo Campos, L. (2014). A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNU) distingue estes dois conceitos, definindo como urgência uma situação clínica “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”, e por emergência uma situação em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”. Na distinção entre urgência e emergência feita pela CRRNU infere-se que a emergência é uma subcategoria da urgência²⁶

²⁶ Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência Luis Campos Novembro 2014

Urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

É intuitiva a percepção de que o conceito de Urgência engloba o de Emergência, ou seja todos os casos emergentes são urgentes, sendo que o inverso não é verdade.

Referindo ainda o mesmo autor, os serviços de urgência são apresentados como serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas “a situação clínica de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais.

O Despacho n.º 10319/2014²⁷ define que “o sistema de urgência tem como missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes”

3 A rede do serviço de urgências

A rede do serviço de urgências integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta:

3.1 O Serviço de Urgência Básico (SUB)

O Despacho n.º 10319/2014)²⁸ define que “os SUB são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência.” E a sua existência justifica-se sempre que seja necessário “garantir o acesso, a serviços de urgência, quando a população de uma determinada área territorial não tenha assegurado

²⁷ (Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014).

²⁸ (Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014 20673 MINISTÉRIO DA SAÚDE, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde Despacho n.º 10319/2014)

um nível de SU superior (SUMC ou SUP) num tempo máximo de acesso de 60 minutos”

3.2 O Serviço de Urgência Médico -Cirúrgico (SUMC)

O mesmo Despacho no seu Artigo 4º apresenta o *“Serviço de Urgência Médico - Cirúrgico como sendo o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando -se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Polivalente (SUP).*

O mesmo despacho define que , para Portugal Continental, o mínimo de 20 e o máximo de 39 SUMC, segundo um ratio de 2 -3 SUMC por cada SUP. Lê-se ainda que *“cada SUMC deve distar mais de 60 minutos de outro SUMC ou SUP, sem prejuízo da existência de mais de um SUMC num raio de demora inferior, nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 habitantes” e que “A distribuição nacional de SUMC e SUP deve ainda garantir uma distância temporal de acesso de, no máximo, 60 minutos entre qualquer local do território nacional e um destes serviços.”*

3.3 Serviço de Urgência Polivalente (SUP)

No Artigo 5º do despacho n.º 10319/2014 o *“SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área. Define -se, para Portugal Continental, uma rede com cerca de 10 a 13 SUP, segundo um rácio de um SUP por cada 750.000 — 1.000.000 habitantes”*

Nas áreas urbanas com mais do que um SUP, poderá ser definido um número de CT inferior ao de SUP, numa lógica de centralização de recursos altamente diferenciados, sem prejuízo da garantia do acesso dos utentes a este tipo de centros especializados, de acordo com a planificação estabelecida para a Rede Nacional de Trauma e com a concordância do INEM.

II O SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO HSFX

1 Apresentação

A Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, encontra-se situada no HSFX que conjuntamente com o Hospital Egas de Moniz e Santa Cruz compõem o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. Este centro Hospitalar tem, de acordo com o relatório e contas de 2015, uma “ área de influência as freguesias de Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique (Santo Condestável), do concelho de Lisboa, e o Concelho de Oeiras, abrangendo ainda a prestação de serviços diferenciados aos habitantes dos concelhos da Amadora, Cascais e Sintra, prestando cuidados de saúde, de acordo com os censos de 2011, a uma população de cerca de 993.000 habitantes.”

A Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) em 2016 passou também a ser a urgência de referência para os casos de urgência/emergência da Freguesia de Alfragide, Freguesia da Encosta do Sol e Freguesia da Falagueira, todas elas do concelho da Amadora, que até aqui eram encaminhados para o Hospital Prof. Fernando Fonseca. Esta nova abrangência significa um aumento da cobertura em termos populacionais de mais 112 479 Habitantes.

Área de influência do CHLO / 2016	Área (Há)	Habitantes
Concelho de Oeiras	4.600	172.120
Concelho de Lisboa:	1.404	61.345
Freguesia da Ajuda	315	15.584
Freguesia de Alcântara	439	13.943
Freguesia de Belém	549	16.561
Freguesia de Campo Ourique (Santo Condestável)	101	15.257
Concelho de Amadora:	797	68.178
Freguesia de Alfragide (Amadora)	251	17.044
Freguesia da Encosta do Sol (Amadora)	280	28.244
Falagueira (Amadora)	148	14.531
Vanda Nova (Amadora)	118	8.359
<i>Total linha directa</i>	6.801	301.643

Concelho da Amadora (menos 4 Freguesias linha directa)	1.503	106.958
Concelho de Cascais	9.710	206.479
Concelho de Sintra	31.650	377.835
<i>Total cuidados diferenciados</i>	49.664	992.915

Figura 5 Área de influência do CHLO / 2016

No âmbito da Urgência Geral, o número total de doentes entrados em 2015 foi de 84.057 o que dá uma média diária de 230 doentes. O número de doentes internados foi de 9.329, com uma percentagem de Internamento na ordem dos 11 %.²⁹

A Urgência Geral do Centro Hospitalar do CHLO funciona 24 horas por dia, é uma urgência polivalente durante o 12 horas e as restantes 12 horas funciona como SUMC (período da noite), durante todo o ano e tem a missão de, com eficiência, prestar assistência clínica ajustada a cada caso, atempada, digna e de qualidade aos doentes que a ela acedem.³⁰

A Urgência Geral do CHLO, para além dos recursos referentes ao SUMC³¹, incorpora as valências e os recursos específica seguinte

- a) Neurocirurgia;
- b) Imagiologia com Angiografia Digital e RMN;
- c) Patologia Clínica com Toxicologia;
- d) Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia
- e) Pneumologia (com endoscopia);
- f) Gastrenterologia (com endoscopia)
- g) Cirurgia Cardiorácica;
- h) Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
- i) Cirurgia Maxilo –Facial;
- j) Cirurgia Vascular;
- k) Medicina Intensiva.

²⁹ Dados do relatório de contas de 2015 do CHLO, pág.61

³⁰ Site CHLO

³¹ Anexo do Despacho n.º 10319/2014 no seu Artigo 4º

No âmbito dos equipamentos faz parte da Urgência Geral do CHLO:

- VMER;
- Heliporto;
- Centro de Trauma (CT).

Os CT devem assegurar a prestação de cuidados de saúde no âmbito das seguintes valências, além das obrigatórias para um SUP:

- a) Radiologia de Intervenção;
- b) Cirurgia Cardiorácica;
- c) Cirurgia Maxilo -Facial;
- d) Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
- e) Cirurgia Vascular.

O Serviço de Urgência do CHLO tem implementado o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, pelo que o doente será atendido, não pela ordem de chegada, mas em função da gravidade da situação clínica.

O doente ao chegar ao serviço de Urgência e após a realização da respectiva inscrição na Urgência é encaminhado para um gabinete onde um enfermeiro recorrendo a um protocolo clínico, conhecido por Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester avalia a situação clínica do doente e de acordo com a gravidade clínica ao mesmo atribuída uma “cor”, a qual corresponde um grau de prioridade em conformidade com a tabela seguinte:

COR	SITUAÇÃO	TEMPO ESPERA RECOMENDADO
Vermelho	EMERGENTE	IMEDIATO
Laranja	MUITO URGENTE	DEZ MINUTOS
Amarelo	URGENTE	SESSENTA MINUTOS
Verde	POUCO URGENTE	CENTO E VINTE MINUTOS
Azul	NÃO URGENTE	DUZENTOS E QUARENTA MINUTOS

Figura 6 Triagem Manchester

Esta primeira avaliação deverá ser efectuada, também de acordo com os tempos definido, num período inferior a 10 minutos e a partir desta avaliação o doente será atendido em conformidade com a gravidade do seu estado clínico.

III A GESTÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHLO

1. Enquadramento

Os serviços de Urgências são um espelho das mudanças verificadas no comportamento da sociedade, a exigência da qualidade é hoje uma realidade exigida pelo consumidor de tal forma que as organizações são pressionadas a produzir produtos e prestar serviços com qualidade. Ao falarmos de saúde e sobretudo em saúde relacionada com necessidade de serviços de urgência a exigência de qualidade é ainda maior.

Importante refletir que relacionado com a qualidade está o custo do produto ou serviço e se a saúde não tem preço, não podemos ignorar que tem um custo e que os recursos são limitados o que imperativamente implica uma gestão rigorosa dos serviços prestados e para esse rigor muito contribui a análise aos indicadores financeiros e não financeiros.

Os sistemas de qualidade proporcionam os instrumentos necessários para assegurar que os requisitos e atividades especificados sejam acompanhados e verificados de uma maneira planeada, sistemática e documentada.

2. A Importância dos Indicadores no SU

Os indicadores são ferramentas usadas para avaliar uma situação ou a aquisição de objetos e metas definidas. São variáveis que permitem calcular resultados de um conjunto de atividades realizadas e, conjuntamente comparar resultados obtidos com os resultados definidos.

Os indicadores são fundamentais para avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade dos cuidados de saúde prestados. Em conformidade, indicadores de saúde são parâmetros utilizados com o objetivo de fornecer dados que permitam avaliar e definir estratégias para melhor gerir e prestar cuidados de saúde.

A implementação da qualidade exige necessariamente o uso de indicadores que permitam, por um lado a medição do desempenho dos serviços e pelo outro, a satisfação por parte dos doentes. Isto é, a medição da qualidade na saúde pode basear-se na observação da estrutura, dos processos e dos resultados dos cuidados de saúde obtidos.

A preocupação com a necessidade de se criarem no SU um sistema de Qualidade preocupado com a monitorização dos IQ surge reforçada no Relatório “Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência” produzido pela CRRNEU³², que propõem, com base na informação disponível sobre os projetos internacionais existentes ou em implementação, um conjunto de IQ a serem monitorizados pelos SU. Estes IQ foram assumidos pelo SINAS e que, para além de reunirem os critérios “clássicos”: validade, aceitabilidade, utilidade, fiabilidade, viabilidade de medição também devem:

1. Ser compatíveis com os sistemas de informação, atualmente, utilizados nas Instituições de Saúde em Portugal ou, no mínimo, facilmente implementáveis;
2. Refletir áreas Clínicas com significativo “peso” da doença (incidência, prevalência e custos associados) e que tenham sido contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS 2004-2010 e no que se encontra em fase de discussão);
3. Permitir monitorizar processos e resultados, incluindo outcomes clínicos e os que se relacionam com a perspetiva do doente;
4. Ser abrangentes, permitindo monitorizar os aspetos mais relevantes da saúde na área da Urgência/Emergência;
5. Ser relevantes, respondendo às principais questões/necessidades dos utilizadores;
6. Ser orientadores, não descrevendo apenas a situação atual mas apontar possíveis direções de melhoria (meta, objetivo);
7. Ser sinérgicos, utilizar e partilhar informação com outros Sistemas e Organizações (EUROSTAT, OCDE, NICE, TARN, etc.)

O mesmo relatório ao definir os STANDARDS MINIMOS PARA OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGENCIA afirma na alínea K que “Todos os SU devem ter um

³² A Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) foi criada Através do Despacho nº 13377/2011, de 23 de setembro. O relatório Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência Relatório CRRNEU 10 Fevereiro 2012

serviço de Controlo de Qualidade, com o objetivo de monitorizar a performance do Serviço, baseando-se nomeadamente nos IQ.”³³

3. Os indicadores no SU do HSFX

A preocupação com a qualidade é uma realidade presente na gestão da administração do HSFX como se depreende da mensagem da Ex. Presidente do Conselho de Administração, Dra. Maria João Pais, em 21 de Abril de 2016, quando da publicação do relatório de gestão e contas de 2015, ao referir que “em relação à Qualidade, estão já certificados atualmente os Serviços Farmacêuticos e o de Medicina Transfusional, estando em curso a acreditação de outros doze serviços clínicos, numa perspetiva de acreditação total dos serviços do CHLO nos próximos três anos”.

A necessidade do SINAS em obter dados com as características referidas e a necessidade da administração do CHLO em ter indicadores que espelham a realidade do SUG que lhe permitam melhorar o serviço prestado, foi o rumo do trabalho de estágio. Assim, ficou desde logo definido que o mesmo iria decorrer com base em 3 tópicos.

- Análise dos procedimentos atuais relativos à questão dos indicadores do SU do CHLO;
- Selecção dos indicadores do SU fundamentais para o SISMAS e para a Administração do CHLO;
- Monitorização dos indicadores e análise dos dados

3.1 - Procedimentos de monitorização dos indicadores

A monitorização dos indicadores é feita única e exclusivamente quando solicitada pela tutela ou então quando solicitada pelo Conselho de Administração do CHLO. E, versa praticamente sobre indicadores específicos pretendidos para esclarecimento de alguma situação pontual.

³³ Relatório Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência Relatório CRRNEU 10 Fevereiro 2012, pág. 105

A base de dados utilizada está unicamente disponibilizada ao Serviço de Informática, Serviço de Planeamento e à Direção Serviço de Urgência. Esta base de dados foi adquirida em 2008 à empresa HP, que desenvolveu um software específico para o SU de alguns Hospitais do SNS.

Estes dados sempre que solicitados e depois de extraídos são enviados para o Serviço de Planeamento sem análise e estudo prévio e, como consequência lógica, sem a possibilidade de serem alavanca para melhoria do serviço.

3.2 – Selecção dos indicadores.

A selecção dos indicadores foi trabalho que ocupou alguém do tempo do estágio. Pois, obrigou a um estudo das recomendações emanadas pelo SINAS. Das recomendações é necessário realçar que o SINAS propõem uma “análise de indicadores da qualidade que demonstrem se a organização tem instituídas cultura, condições físicas e humanas e procedimentos que contribuam para a garantia de um elevado grau de qualidade (**indicadores de estrutura**), se atua de acordo com as melhores práticas (**indicadores de processo**), se obtém bons resultados (**indicadores de resultado**) e se vai ao encontro do que os clientes desejam (**indicadores de satisfação**)”.³⁴

Para além deste estudo foi também necessário definir de um vasto conjunto de indicadores de apoio à gestão que se revistam de toda importância e interesse para a instituição, indicadores que facilitem a análise do estado da arte e que, conjuntamente permitissem alavancar medidas como o fim de se obterem melhores resultados.

Assim, aflorou-se que os indicadores de qualidade a serem monitorizados deveriam de ser os seguintes:

1. Número de episódios de urgência de acordo com a prioridade de triagem de Manchester;
2. Demora média admissão – triagem

³⁴ <https://www.ers.pt/pages/226>

3. Taxa de abandono antes e após a observação médica;
4. Percentagem de doentes vistos dentro do tempo definido pela Triagem de Manchester;
5. Demora média – primeira observação médica
6. Períodos de Afluência Ao SU;
7. Permanência dos Doentes em SU.
8. Reclamações

3.3 - Monitorização dos Indicadores e Análise de Resultados

Em primeiro, convém anotar que a recolha dos dados aqui apresentados refere-se ao Serviço de Urgência do CHLO e foram recolhidos entre janeiro e março de 2017.

1. Número de episódios de urgência de acordo com a prioridade de triagem Manchester.

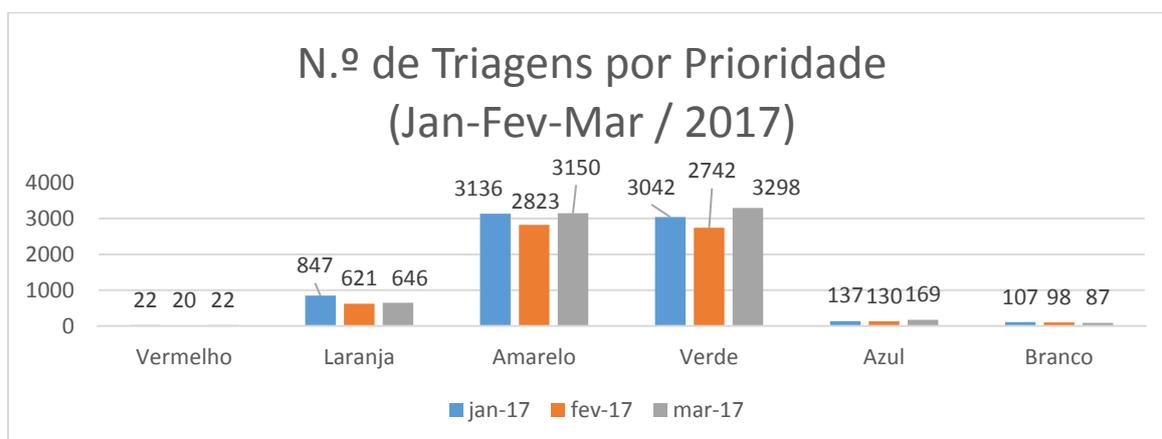


Gráfico 1 Número de admissões de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, 1º. trimestre de 2017

O gráfico 1 apresenta o número de episódios de urgência nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2017 de acordo com a prioridade de triagem de Manchester. Podemos verificar que de um total de 21097 episódios, 18627 episódios foram considerados urgente ou pouco urgente (correspondendo à cor amarela e cor verde).

Em termos percentuais a distribuição fica de acordo com o gráfico seguinte:

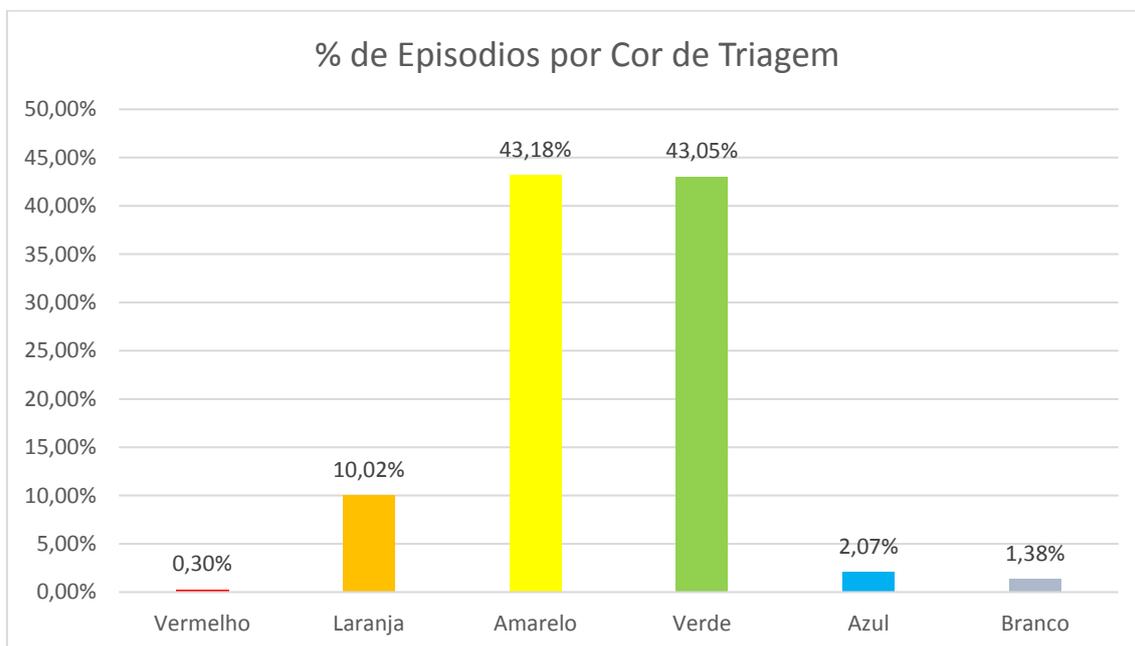


Gráfico 2 Percentagem de admissões de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, 1º. trimestre de 2017

O gráfico 2 apresenta a percentagem de episódios de urgência no primeiro trimestre de 2017. Mostra com clareza a elevada percentagem de episódio pouco urgentes ocorridos nesse período. Se, a estes valores somarmos os não urgentes (cor azul) temos uma percentagem de 45,11 %, número muito elevado considerando que se trata de um Serviço de Urgência.

2. Demora média admissão – triagem

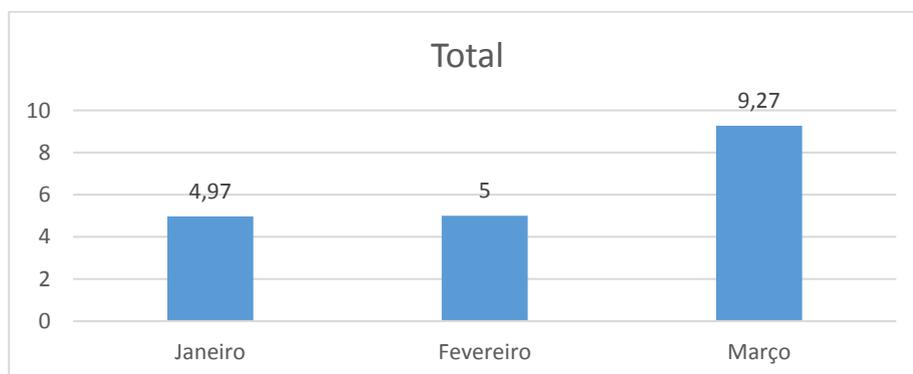


Gráfico 3 Tempo de admissão para triagem no 1.º Trimestre de 2017

Os gráficos 3 apresenta uma tendência de aumento medido da admissão para triagem ao longo do 1.º Trimestre de 2017.

3. Taxa de abandono antes e após a observação médica

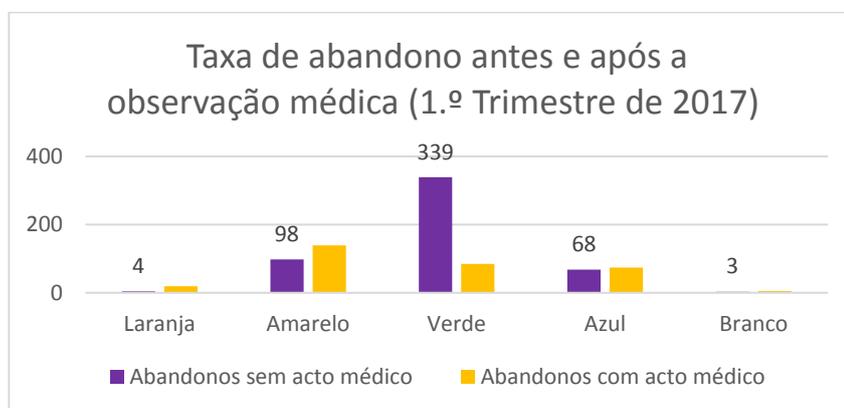


Gráfico 4 Taxa de abandonos antes e após a observação médica (1º. Trimestre de 2017)

O gráfico 4 representa o número de doentes que abandonam o Serviço de Urgências antes e após a observação médica durante o 1.º Trimestre de 2017. Importante referir que existe o maior abandono sem acto médico na cor verde e que o maior abandono após acto médico se regista na cor amarela.

4. Percentagem de doentes vistos dentro do tempo definido pela Triagem de Manchester

Tabela 1 Percentagem de doentes vistos dentro do tempo definido pela Triagem de Manchester

Prioridade Triagem	Janeiro	Fevereiro	Março	TEMPO ESPERA RECOMENDADO
Vermelho	100%	100%	100%	EMIDIATO
Laranja	46,98%	54,10%	58,86%	DEZ MINUTOS
Amarelo	70,89%	77,97%	81,85%	SESSENTA MINUTOS
Verde	77,52%	80,38%	85,39%	CENTO E VINTE MINUTOS
Azul	74,83%	85,41%	82,21%	DUZENTOS E QUARENTA MINUTOS

A tabela 1 permite ver que desde janeiro se tem vindo a verificar um aumento gradual da percentagem de episódios visto dentro do tempo recomendado.

A tabela realça também, que a % de episódios laranja vistos dentro do prazo recomendado é baixa. Em janeiro nem atingiu os 50% e em março, mês de melhor registo fixou-se nos 58,86%.

5. Demora média – primeira observação médica

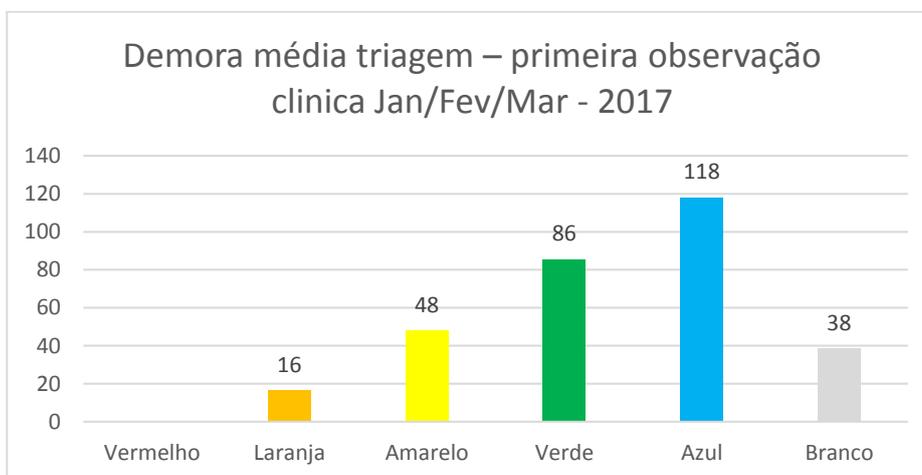


Gráfico 5 Tempo de demora média para primeira observação clínica no 1.º Trimestre de 2017

O gráfico 5 apresenta o tempo médio, em minutos, que os doentes demoraram a ter a primeira observação médica após a triagem.

A demora média entre a triagem e a 1ª observação médica nos doentes triados a vermelho é 0 uma vez que existe sempre um médico permanentemente na Reanimação, serviço por onde dão sempre entrada estes doentes. Segundo o gráfico os maiores tempos de espera encontram-se nos doentes triados a azul seguidos dos triados a verde.

No entanto não se pode deixar de constatar que, muito embora o gráfico 4 demonstre uma baixa percentagem de doentes visto dentro do tempo definido pela Triagem de Manchester, os números registados no gráfico 5 demonstram que eles não ultrapassam em muito o tempo definido.

6. Períodos de Afluência Ao SU

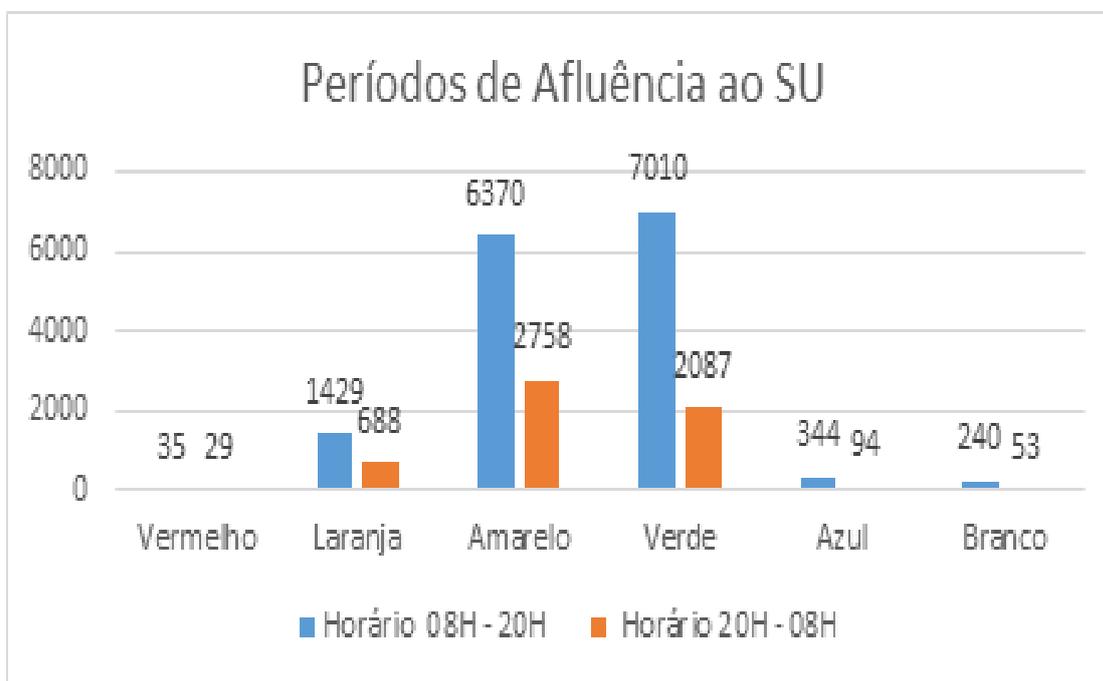


Gráfico 6 Período de afluência ao SU no 1º Trimestre de 2017

O gráfico 6 representa o número de doentes distribuídos pelo período compreendido entre as 08 horas e as 20 horas e o período entre as 20 horas e as 08 horas. De registar que existe uma ocorrência significativamente maior de doentes no período 08 horas e as 20 horas. Convém anotar que a maior discrepância se verifica nos doentes triados a verde.

A afluência ao SU também sofre variação dentro dos próprios períodos e de acordo com o dia da semana. Conforme se pode ver no gráfico 7 os fim-de-semana são os dias de menor afluência.

Quanto à variação durante o dia regista-se um aumento gradual de afluência a partir das 7 horas da manhã atingindo o seu pico entre as 11 horas e 20 horas. O período de menor afluência encontra-se compreendido entre a 1 hora e as 7 horas.

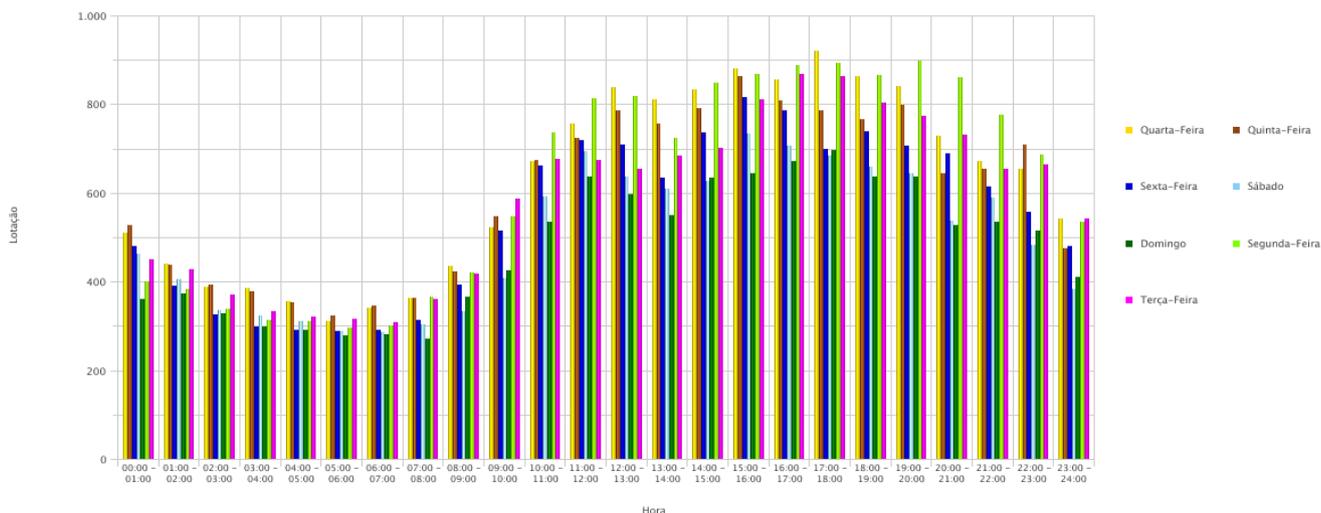


Gráfico 7 Períodos de afliência ao SU no 1º Trimestre de 2017

7. Permanência dos Doentes em SU

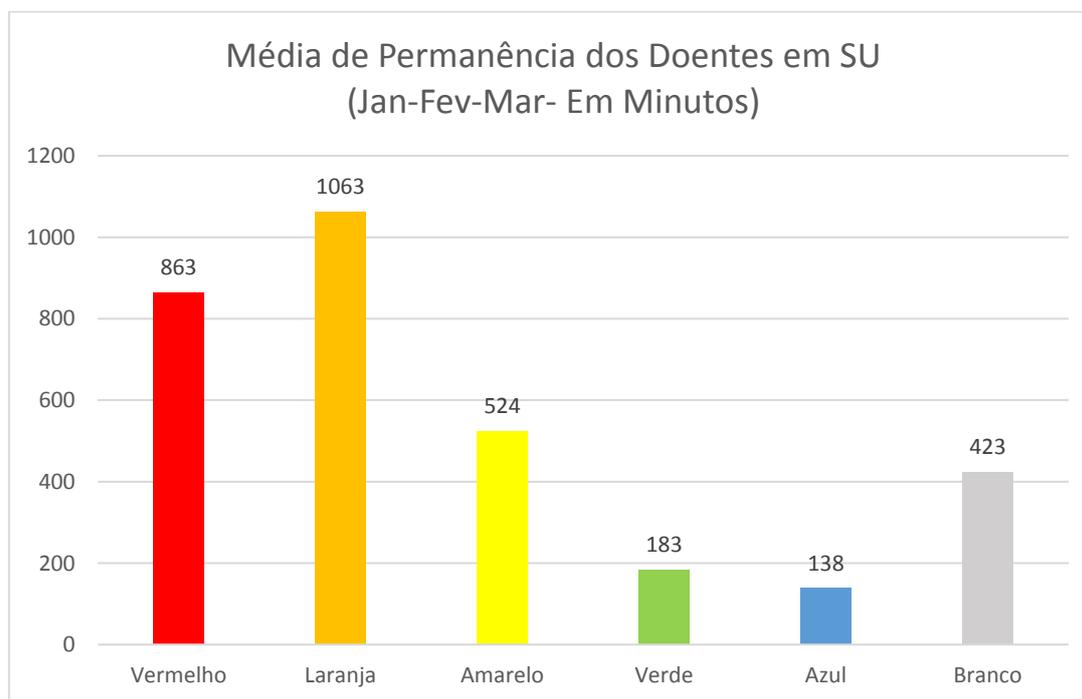


Gráfico 8 Tempo médio de permanência dos doentes no SU durante o 1º Trimestre de 2017

O Gráfico 8 demonstra que os doentes permanecem muito tempo no serviço de urgências, como foi referido já neste trabalho o serviço de urgências tem por objectivo estabilizar doentes em situação grave e aguda e não ser um espaço de permanência de doentes.

8. Reclamações

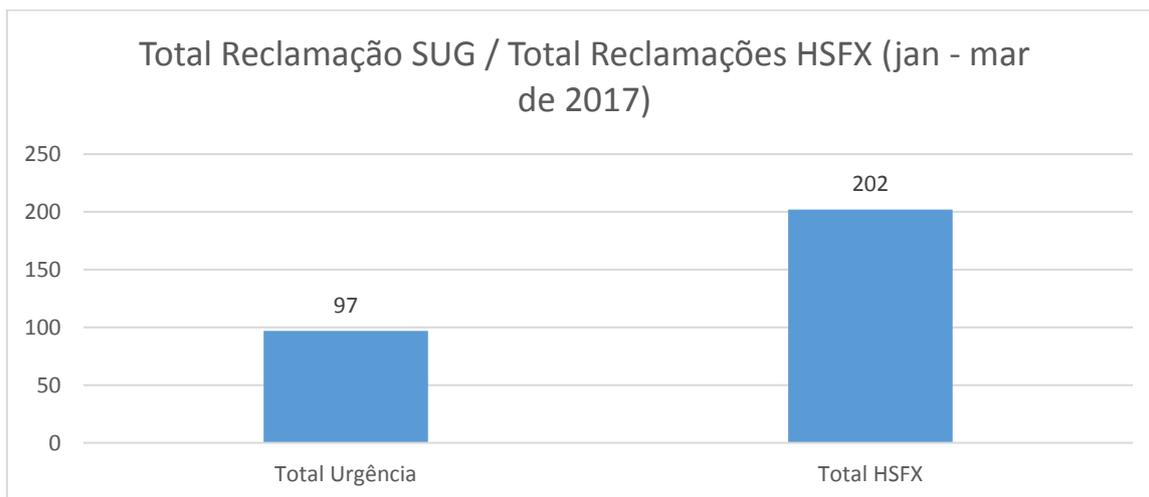


Gráfico 9 Total Reclamações HSFX /Total Reclamação SUG - 1º trimestre

O gráfico 9 representa o número de reclamações recebidas pelo HSFX e destas, aquelas que são relacionadas com o SUG. É de realçar que 48% das reclamações estão relacionadas com o SU.

Se esta percentagem é elevada o mesmo não se poderá dizer se comprarmos o número de admissões com o número de reclamações como podemos ver no gráfico e na tabela que se seguem:

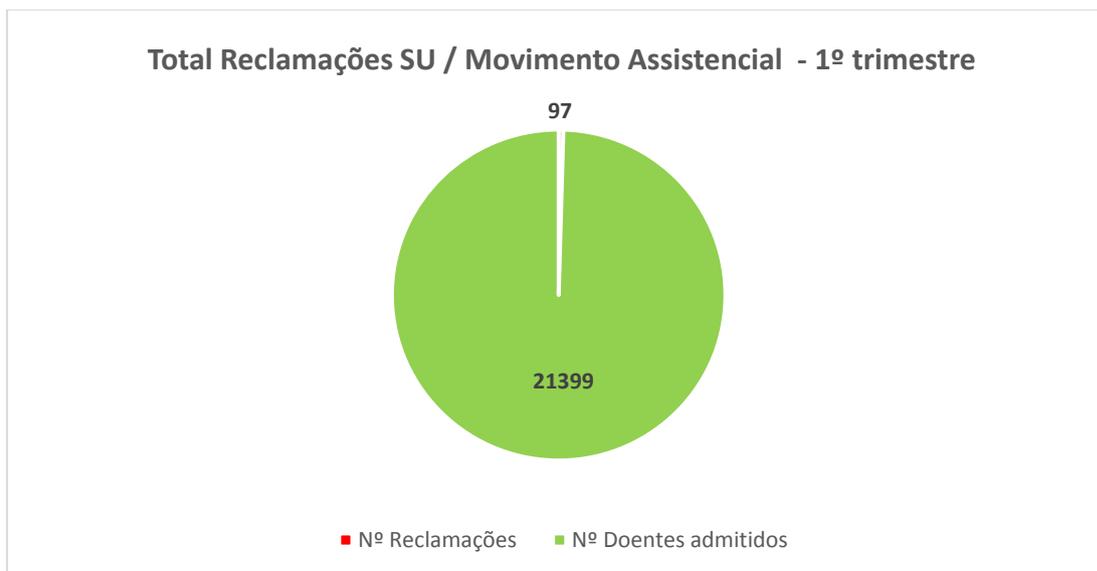


Tabela 2 Movimento Assistencial / Percentagem de reclamações SU - 1º trimestre

Movimento Assistencial / Percentagem de reclamações SU			
Meses	Nº Doentes admitidos	Nº Reclamações	%
Janeiro/fevereiro/março	21399	97	0,5

Os dados mostram que em cada 200 episódios de urgência existe praticamente duas reclamações.

Se analisarmos as reclamações pelo assunto verificamos que os tempos de espera são os que apresentam o maior número, 41 reclamações que correspondem a 42,3% do total.

No entanto, abre-se aqui uma porta de oportunidade para melhorar, obtendo mais ao pormenor os principais motivos das percentagens mais elevadas de reclamações.

Tabela 3 Total de reclamações por assunto - 1º trimestre 2017 - 1º trimestre 2017

Total Reclamações por assunto - 1º trimestre 2017		
	N.º	%
Acesso a cuidados de saúde	0	0,0
Cuidados de Saúde e Segurança do Doente	28	28,9
Focalização no utente	17	17,5
Instalações e equipamentos	2	2,1
Procedimentos administrativos	7	7,2
Questões financeiros	2	2,1
Tempos de espera	41	42,3

CONCLUSÃO

Do trabalho ora feito fica patente que a preocupação com a garantia da qualidade nos serviços de saúde tem sido uma das principais preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ao ponto de em 2006 ter publicado um guia para que os estados membros pudessem seguir para a implementação de estratégias de melhoria da qualidade em saúde. Esta preocupação também tem vindo a ser acolhida pelo sistema nacional de saúde português e tem sido assumida como prioridade estratégica sobretudo após o programa nacional de saúde 2004-2010.

A OMS tem assumido uma posição de liderança na facilitação dos esforços dos Estados-Membros empenhados em desenvolver diferentes abordagens de garantia de qualidade no âmbito dos próprios sistemas de saúde, na mesma conformidade o Serviço Nacional de Saúde tem vindo paulatinamente a aumentar a sua preocupação com a qualidade dos serviços de saúde prestados e tem vindo a obter melhores resultados

No âmbito nacional a importância da existência da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, encontra-se bem justificada na publicação existente no site do Departamento da Qualidade na Saúde onde se pode ler que a estratégia definida para 2015-2020, ” 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 apresentada para o período de 2015-2020 coloca a ênfase no cliente e, ao mesmo tempo, a afirmação de abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes.

Como forma de avaliar a estratégia delineada é fundamental a definição de um conjunto de indicadores que possibilitem a monitorização da qualidade dos cuidados prestados e

que possibilitem apontar melhorias de modo a se poder ter os melhores serviços de saúde com os menores custos possíveis.

O estágio realizado debruçou-se especificamente sobre a monitorização dos indicadores de qualidade no SUG do CHLO. Como apresentado o trabalho de monitorização dos indicadores de qualidade reveste-se de importância fundamental para a organização, porque lhe permite fazer um estudo de Benchmarking, identificar problemas e definir estratégias de melhoria contínua e sistemática.

A gestão da qualidade nas organizações prende-se com a necessidade de elas terem os melhores produtos e/ou serviços para poderem ter o maior número de clientes. No SUG do CHLO a qualidade não está relacionada com a obtenção de mais clientes mas sim com a questão de prestação dos melhores serviços com o menor custo possível. Em conformidade, a implementação de um sistema de monitorização da qualidade do SUG do CHLO, composto por uma equipa com profissionais com competências na área da qualidade e direcionada para trabalhar um painel de indicadores definidos para o apoio à gestão é fundamental.

Ora, apurada a importância da monitorização dos indicadores, que obrigatoriamente terá que ser um processo contínuo, insta procurar aclarar o porque dos desvios e definir medidas de correção. É importante referir que, para além da monitorização dos indicadores que foi feita, a criação de inquéritos sobre a satisfação dos utentes e a realização de “Viagem do Doente” (Patient Journey) deverão ser procedimentos também a ser implementados.

Em suma, o trabalho teórico permitiu-me obter um conhecimento sobre as orientações e preocupações quer da OMS quer do SNS relativamente à qualidade dos serviços de saúde e o estágio permitiu-me uma experiência profissional enriquecedora, na área da monitorização dos indicadores da qualidade e inegavelmente desperta a aptidão de, para além desse trabalho de monitorização, realizar um trabalho de estudo dos dados monitorizados de modo a encontrar soluções de melhoria contínua.

BIBLIOGRAFIA

- Campos, L., Carneiro, A., Saturno, P., 3.º Fórum Nacional Para a Saúde: A Qualidade no PNS 2011-2016, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência / Faculdade de Medicina de Lisboa;
- Cortes, M., (2016) Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal Artigo de doutoramento em Políticas Públicas, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL)
- Costa, C., Lopes, S. (2015), Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental, Escola Nacional de Saúde Pública, UNL
- Couceiro L., no artigo “Estratégia de Potenciais Ganhos em Saúde”, Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Disponível: Departamento da Qualidade na Saúde, Política Nacional para a Qualidade em Saúde, Disponível <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0&codigono=001100150028AAAAAAAAAAAAA;>
- Diário da República, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015- Despacho n.º 5613/2015, MINISTÉRIO DA SAÚDE - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (Estratégia Nacional para a Qualidade Na Saúde 2015-2020);
- Dias C., et al, 2007, Estratégias para a Saúde, V. Cadernos do PNS, Indicadores e Metas em Saúde (Versão Discussão);
- Direcção Geral de Saúde, Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020, Disponível (<http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020.aspx>);
- Http://pns.dgs.pt/files/2010/02/BoletimPensarSaude_31.pdf
- [http://pns.dgs.pt/relatorio-interino-oms-sobre-o-pns-revisao-e-extensao-a-2020/;](http://pns.dgs.pt/relatorio-interino-oms-sobre-o-pns-revisao-e-extensao-a-2020/)

Jakab, Z., George F.,(2014), Plano Nacional de Saúde, Relatório interino da OMS sobre o PNS revisão e extensão a 2020;

Mendes V. (2012) - **Qualidade no Serviço Nacional de Saúde**: Evolução recente e perspectivas futuras, Mestrado em Gestão da Saúde Especialização em Gestão de Organizações de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa;

Negrão. M., (2014), Modelos de Qualidade na Saúde: O Processo de Acreditação na USF Cella Saúde, Relatório de Estágio de Mestrado em Gestão, Faculdade de Economia, Porto;

Pereira, R., (2013) Qualidade e Certificação em Saúde: Representações e Posições Sociais num Terreno Hospitalar, Tese de Mestrado, faculdade de medicina da universidade do porto;

Plano Nacional de Saúde (2015), Revisão e Extensão a 2020; DGS, Lisboa; Disponível [http://pns.dgs.pt/relatorio-interino-oms-sobre-o-pns-revisao-e-extensao-a-2020/;](http://pns.dgs.pt/relatorio-interino-oms-sobre-o-pns-revisao-e-extensao-a-2020/)

Plano Nacional de Saúde 2012-2016, (2013) Disponível <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2013/05/Versao-resumo.pdf;>

Relatório CRRNEU (2012), Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

World Health Organization (2006), The Portuguese National Health Plan, Interim Report on the National Health Plan: Revision and Extension to 2020;

ANEXOS:

A Organigrama

O Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) deve ter uma organização hierárquica transparente e inequívoca. Muitas disfunções organizacionais são condicionadas por ausência ou deficiência de regras, nomeadamente de relações hierárquicas explícitas. É fundamental, num sistema organizacional actual, tornar conhecida a sua estrutura, junto dos consumidores/clientes/utentes/doentes e dos colaboradores.

No Anexo II encontra-se o “Organigrama Clínico do Serviço de Urgência Geral” do CHLO:

Eq/Semana	1^a	2^a	3^a	4^a	5^a	6^a	7^a	8^a
A	2 ^a	2 ^a	Sáb.	6 ^a	Folga	2 ^a	2 ^a	Dom. Folga
B	2 ^a	2 ^a	Sáb.	6 ^a	Folga	2 ^a	2 ^a	Dom. Folga
C	3 ^a	3 ^a		6 ^a	Sáb.	3 ^a	3 ^a	Dom. Folga
D	3 ^a	3 ^a		6 ^a	Sáb.	3 ^a	3 ^a	Dom. Folga
E	4 ^a	4 ^a		6 ^a	Sáb.	4 ^a	4 ^a	Dom. Folga
F	4 ^a	4 ^a		6 ^a	Sáb.	4 ^a	4 ^a	Dom. Folga
G	5 ^a	5 ^a		6 ^a	Sáb.	5 ^a	5 ^a	Dom. Folga
H	5 ^a	5 ^a		6 ^a	Sáb.	5 ^a	5 ^a	Dom. Folga

As Equipas de rotação das restantes especialidades são elaboradas pelos respectivos Serviços, de acordo com critérios e esquemas de alternância específicos, mas obedecem à seguinte definição das Equipas-Tipo:

B Equipas-Tipo**ESCALA - TIPO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL**

Especialidades	Presença Física				Prevenção				Observações
	Dias úteis		Fim de Semana		Dias úteis		Fim de Semana		
	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	
Medicina Interna	10	10	10	10					5+3 *
Neurologia	1		1						08h-24h
Psiquiatria	1		1			1		1	08h-24h
Endoscopia					1	1	1	1	
Cirurgia Geral	6	6	6	6					4+2 *
Ortopedia	2	2	2	2	1	1	1	1	
Neurocirurgia	1	1	1	1					
Cirurgia Plástica	1	1	1	1					
Urologia					1	1	1	1	
Anestesia	3	3	3	3					2+1 *
Oftalmologia					1	1	1	1	
Otorrino					1	1	1	1	
Cirurgia Vascular					1	1	1	1	

Notas:

Esta escala - tipo não inclui a assistência a qualquer outro Serviço de Urgência nem a nenhum tipo de Serviço de Internamento mas apenas ao serviço de atendimento do Serviço de Urgência Geral com um SO de lotação máxima de 13 camas e estadia máxima de 24 horas.

Os cálculos para definição desta escala-tipo têm por base a prestação da assistência por períodos máximos de 12 horas, não sendo extrapolável para períodos de trabalho dos profissionais de maior duração.

* X+Y= X especialistas / internos seniores (mais de 50% do internato complementar realizado) + até Y internos juniores (menos de 50% do internato complementar realizado).