



## Manual da qualidade para a admissão dos utentes

**O** Projecto do Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento dos Utentes é um projecto que foi construído e implementado a partir de uma solicitação directa da Secretaria de Estado da Saúde.

A actual equipa ministerial da Saúde preconiza a rápida melhoria de todos os processos de atendimento e encaminhamento de doentes, numa perspectiva de melhoria do percurso do doente nos serviços de saúde no seu todo e a possibilidade de avaliar,

a curto prazo, de forma objectiva e independente, as práticas instituídas. Uma vez definido o quadro de necessidades a satisfazer, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) elaborou e propôs uma especificação de projecto que teve como pressupostos os seguintes aspectos:

- selecção de uma metodologia de gestão da qualidade que pudesse vir a ser aplicada no controlo dos processos críticos do percurso do doente, desde a sua admissão até à sua alta;

- adopção de uma Norma de referência, universalmente aceite, para a gestão e garantia da qualidade, e com adequação à saúde já demonstrada: neste caso a Norma NP/ EN/ ISO 9002;
- possibilidade de auditoria independente aos, a curto prazo, procedimentos de gestão da qualidade.

Este projecto vai começar, como o próprio nome indica, pelo primeiro contacto do utente com a instituição de

saúde, mas deverá ser encarado como parte do futuro Manual de Qualidade de toda a organização.

### Em que consiste o projecto

O projecto Manual da Qualidade no atendimento e encaminhamento de utentes tem como objectivo melhorar o atendimento e encaminhamento dos utentes dos serviços de saúde, começando por lhes assegurar conformidade com princípios de gestão - e garantia - da qualidade desde o primeiro contacto com os serviços de saúde.

A criação de procedimentos de qualidade no percurso do doente é indispensável a uma prática de gestão baseada no controlo dos processos críticos e na medição dos seus resultados. Esta avaliação tem de incidir, não só sobre a percepção que o utente tem em relação ao seu nível de satisfação, mas também sobre o desempenho objectivo da organização face ao nível de qualidade aceitável que a gestão definiu e aos objectivos de qualidade que se propõe atingir.

A nova mentalidade de serviço que se tem vindo a criar, centrada sobre o cliente e baseada numa atitude mais humana, é indispensável. Mas são os pormenores técnicos de desenho e gestão do processo de serviço que marcam a diferença entre um serviço medíocre e um serviço excelente.

Com este projecto pretende-se estabelecer procedimentos conformes e sem falhas para a marcação, identificação, registo, acolhimento, admissão propriamente dita, fornecimento de informações, orientações e instruções e encaminhamento dos utentes para os serviços subsequentes do percurso do doente, ou - se for caso disso - para serviços alternativos no exterior da organização.

O Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento dos utentes, inse-



Criar um sistema de qualidade é tarefa básica, essencial. Quaisquer que sejam os resultados desta primeira aproximação, os serviços de saúde não poderão sobreviver, por muito mais tempo, sem sistemas formais de qualidade



re-se numa estratégia de implementação de sistemas de gestão da qualidade nas instituições de saúde que as ajudem a fazer bem à primeira vez e sempre, a dizer o que fazem, como o fazem e quem faz o quê e a fazer o que dizem estar a fazer. Através da implementação de sistemas formais de gestão da qualidade, baseados num referencial credível - e ele próprio em permanente actualização (neste caso o referencial ISO 9000)- pretende-se eliminar falhas, omissões, atrasos e a repetição inútil de actividades sem valor acrescentado.

A revisão permanente dos objectivos e procedimentos do sistema de qualidade, levada a cabo pelo órgão de gestão máxima da instituição, visa assegurar que o Manual de procedimentos de qualidade a criar seja efectivamente um instrumento facilitador do trabalho e não mais um entrave burocrático.

O quadro I resume os objectivos do projecto.

### **Quem desenvolve o projecto**

Cada ARS nomeou o seu grupo regional de acompanhamento, que tem como missão dinamizar o trabalho que os profissionais envolvidos vão desenvolver no terreno, apoiar os gestores do Manual no seu trabalho e assegurar que as instituições seleccionadas reúnem as condições necessárias à implementação do projecto e que o fazem eficazmente. Cada instituição seleccionada para o projecto tem um Gestor do Manual nomeado pelo director do hospital ou centro de saúde, que é responsável por criar as instruções e procedimentos do sistema, fazê-los aprovar, acompanhar a sua implementação e actualização, criar um sistema de acções correctivas e preventivas e preparar a revisão regular do sistema após auditoria.



O projecto desenvolve-se em quatro fases, de acordo com o quadro II.

A fase de lançamento do projecto (fase I) está terminada. Decorreu de Janeiro a Março de 2000. Começou com a apresentação do projecto aos presidentes das cinco ARS's pelo senhor Secretário de Estado da Saúde. Na sequência dessa apresentação, cada ARS decidiu quais as Instituições da respectiva ARS que deveriam ser envolvidas no projecto (quadro III). Os critérios que presidiram a esta selecção foram da total responsabilidade de cada ARS. A única condição posta foi a de não inclusão, neste projecto, de hospitais já envolvidos ou a envolver, no curto prazo, no projecto King's Fund.

Após a selecção das instituições pelas ARS e as reuniões que estas promoveram com os respectivos Conselhos de Administração (CA), foi a vez destes seleccionarem os serviços dentro da respectiva Instituição onde se iniciaria o projecto. Coube-lhes ainda nomear o Gestor do Manual e, sempre que necessário, os seus assessores de projecto.

Durante este processo, coube ao IQS preparar a fase seguinte, de formação dos profissionais envolvidos.

A segunda fase está em curso e

é a chamada fase de aquisição de conhecimentos.

A terceira fase consiste na operacionalização do projecto no terreno, o que significa criar o Manual, aprová-lo e implementar os seus procedimentos, como rotina, nos serviços e instituições seleccionadas.

A monitorização do grau de implementação e dos resultados obtidos com a criação deste Manual ( Fase IV do projecto) faz-se através de:

- questionário aos utentes;
- auditoria aos procedimentos e práticas instituídas.

Esta auditoria será feita por uma entidade externa, independente e qualificada para realizar auditorias a sistemas de qualidade.

### **O conteúdo do Manual**

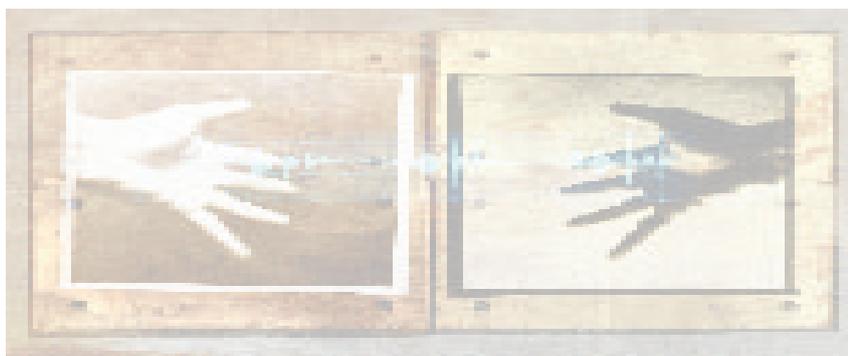
Num sistema de gestão da qualidade, concebido de acordo com as Normas indicadas como Normas de referência (NP EN 29004-2 e NP EN ISO 9002), existe uma hierarquia documental.

O Manual de Qualidade, propriamente dito, é o documento de nível 1 e contém a política e objectivos da qualidade, as responsabilidades, autoridade e requisitos mínimos de qualificação para as diferentes funções

com impacto directo na qualidade, a organização da função qualidade, a descrição do sistema de qualidade da organização e ainda uma descrição breve de como a organização cumpre os requisitos do sistema.

Estes requisitos são depois desenvolvidos e detalhados nos procedimentos de garantia da qualidade que constituem o que muitas organizações designam por Manual de Procedimentos, o documento de nível 2. Os procedimentos do sistema desdobram-se em instruções de trabalho, instruções de controlo da qualidade, instruções de teste ou ensaio, que já serão documentos de nível 3, pois têm como função descrever em promenor como se realiza uma determinada actividade. Para cada área da organização, pode ser criado um Manual sectorial que contém tipicamente:

- a política da qualidade aprovada para a organização como um todo;
- os objectivos de qualidade e de desempenho desdobrados para essa área específica;
- a sequência de actividades dos processos dessa área, muitas vezes representadas em fluxograma ou diagrama de processo;
- as funções, responsabilidade,



autoridade e requisitos mínimos de qualificação para as pessoas da área em questão;

- os procedimentos do sistema da qualidade que lhe dizem particularmente respeito, e todos

os que atravessam horizontalmente toda a organização, como sejam:

- o controlo de documentos e de registos da qualidade;
- o controlo de não-conformidades;
- acções correctivas e preventivas;
- as instruções de trabalho que pormenorizam como se fazem as actividades-chave da área;
- os registos e impressos utilizados;
- quaisquer outros elementos considerados importantes.

Aquilo que se designou por Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento dos utentes, não é mais do que um Manual sectorial criado para a área da admissão de doentes. Basicamente, o seu conteúdo é o que ficou acima descrito.

Na maior parte das instituições de saúde, ainda não está formalizada a política de qualidade - compromisso

imprescindível da gestão de topo.

Por outro lado, ainda não estão activos procedimentos de identificação de ocorrências e não-conformidades dos processos e procedimentos para implementação - eficaz - de acções correctivas e preventivas com vista à não re-ocorrência de falhas e à melhoria contínua.

Os procedimentos que permitem a rastreabilidade das decisões tomadas ao longo de todo o percurso do doente não são utilizados de forma sistemática e a utilização de ferramentas básicas da qualidade para a identificação e resolução de problemas só agora começa a emergir.

A definição das responsabilidades e autoridade de todos os intervenientes que interagem com o doente ao longo do seu percurso no serviço de saúde é muitas vezes omissa ou confusa.

Os quadros IV e V resumem as responsabilidades no âmbito a que se aplica o Manual e o índice do protótipo do Manual.

### O processo de formação

O processo de aquisição de conhecimentos iniciou-se na ARS Norte. Nesta, como em todas as outras ARS, foram chamados para formação os gestores do Manual, os seus assessores - quando designados - e elementos da gestão de topo das organizações - directamente envolvidos no projecto - que quisessem acompanhar o processo formativo.

A pronta resposta dada pelo grupo regional Norte, o seu empenho, e a capacidade demonstrada em mobilizar profissionais e gestão de topo das instituições seleccionadas, fez com que nestas primeiras acções de formação participarem 35 profissionais dos seis hospitais e dos dois centros de saúde desta Região. A Região Centro contou com 20 pessoas em formação, de um universo de cinco hospitais e um centro de saúde. A Região de Lisboa



e Vale do Tejo foi a primeira região a terminar os três módulos de formação em sala e os 19 profissionais já formados - organizados em torno dos seus Gestores do Manual - puderam, desde logo, começar a desenhar o diagrama do processo de atendimento nos seus serviços. Por razões logísticas, as últimas Regiões a envolver foram as do Alentejo e do Algarve, tendo sido seleccionados, para formação, 19 profissionais destas duas Regiões.

Após seis dias de formação em sala, pretende-se que os Gestores do Manual estejam familiarizados com as regras de elaboração de procedimentos do sistema da qualidade, que os possam iniciar ou proceder à compilação dos já existentes, que tenham claro o que é o fluxograma das actividades do serviço e o desenhem - uma vez ouvidos todos os intervenientes do processo - e que se sintam preparados para colaborar com a gestão de topo na elaboração da política de qualidade da instituição, que tem de ser formalmente aprovada pelo respectivo director.

A construção do Manual de atendimento e a implementação no terreno das práticas que dele decorrem, será acompanhada por um apoio personalizado de formação/acção, o mais próximo possível das diferentes instituições, com recurso a assessores externos altamente qualificados, seleccionados pelo IQS. A supervisão deste processo, a nível regional, é assegurada pelos responsáveis regionais nomeados pelas ARS, suportados pelos seus Conselhos de Administração. A orientação conceptual do projecto, a nível nacional, caberá à *task-force* nomeada pela Secretaria de Estado da Saúde, coordenada tecnicamente pelo IQS.

### Como prosseguir com o

#### projecto?

Os meios alocados a este projecto foram até agora bastante reduzidos.

Os meios necessários para o poder levar a bom porto são de três ordens:

**Primeiro:** implicação visível e manifestação pública e institucional do interesse dos responsáveis máximos das Administrações Regionais de Saúde e dos órgãos de tutela, que permitam enquadrar o esforço que vai ser pedido a todos os intervenientes e assegurar os meios humanos e materiais necessários.

**Segundo:** capacidade de liderança por parte da equipa de pilotagem, para que em nenhum momento as pessoas se sintam perdidas e para que seja possível corrigir desvios de orientação em tempo real.

**Terceiro:** criteriosa selecção de formadores e assessores externos, a quem se pede que dêem o máximo do seu *know-how* em muito pouco tempo, a um custo optimizado e com um grau de eficácia muito elevado. A eficácia das decisões tomadas depende ainda da forma como foram seleccionados os profissionais envolvidos. Se a sua selecção tiver sido, também ela, criteriosa e adequada, a primeira auditoria aos procedimentos, a realizar em finais deste ano, demonstrá-lo-á.

Nos casos em que não o tiver sido, o projecto está desde já condenado ao fracasso. Como o estará em todos os casos em que não houver um envolvimento directo da gestão.

Constituirão exemplo a seguir os serviços de saúde em que houve determinação e empenho da gestão de topo, clareza nos critérios que presidiram à escolha do gestor do Manual, capacidade de liderança do gestor e prestadores convencidos de que viver com menos erros e omissões é viver melhor nas suas organizações.



Espera-os o reconhecimento público do seu esforço de qualidade.

O que se pretende fazer não é executar um projecto da tutela, por melhor que seja. Está-se a criar, isso sim, sistemas de gestão da qualidade, porque a tutela identificou a necessidade de garantir mais e melhor qualidade aos cidadãos seus clientes.

Criar um sistema de qualidade é tarefa básica, essencial. Quaisquer que sejam os resultados desta primeira aproximação, os serviços de saúde não poderão sobreviver, por muito mais tempo, sem sistemas formais de qualidade.

O desgaste do improvisado, o desperdício que representa corrigir erros e falhas, o atropelo dos legítimos anseios dos clientes das instituições, a ausência de reconhecimento pelo trabalho bem feito e a arbitrariedade - que já ninguém suporta - assim o exigem. Este é um primeiro e pequeno passo nesse sentido. Suficientemente pequeno para que as ineficiências do próprio projecto possam ser corrigidas a tempo e antes que se transforme

