Universidade
de Aveiro
2009

Secção Autónoma de Ciências Sociais,
Jurídicas e Políticas

UNIVERSIDADE DE AVEIRO
SERVIÇOS DE DOCUMENTAÇÃO

Rosa Maria Santos
Tavares Aparício

METODOLOGIA DE REDUÇÃO DE LISTAS DE ESPERA EM PRIMEIRAS CONSULTAS HOSPITALARES

Universidade
de Aveiro
2009

Secção Autónoma de Ciências Sociais,
Jurídicas e Políticas

233420

Rosa Maria Santos Tavares Aparício

METODOLOGIA DE REDUÇÃO DE LISTAS DE ESPERA EM PRIMEIRAS CONSULTAS HOSPITALARES

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho, Professora Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro e co-orientação da Mestre Marlene Paula Castro Amorim, Assistente no Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro.

SDUA
309640

A todos os que têm de enfrentar uma lista de espera
para satisfação de uma necessidade básica como a saúde

O júri

Presidente

Prof. Dr. Rui Armando Gomes Santiago
Professor Associado com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Dr. Leonor da Conceição Teixeira
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof. Dr. Maria Teresa Geraldo Carvalho
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Mestre Marlene Paula Castro Amorim
Assistente da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Não teria palavras para descrever o sentimento de gratidão que tenho para com as pessoas que me apoiaram e ajudaram na concretização deste trabalho.

Devo um agradecimento muito especial e sentido a Professora Teresa Carvalho e Professora Marlene Amorim que, mais do que orientadoras, foram o pilar para eu acreditar que a concretização deste trabalho seria possivel através da dedicação e compreensão que, sempre, me trasmitiram.

Um obrigado, muito especial, ao meu marido Jorge pela paciência e estímulo e aos meus dois filhos Pedro e Nuno que viveram muitas horas sem a atenção que tanto necessitam e merecem.

Por último, mas não menos importante, uma palavra de agradecimento ao Dr. Manuel Mariano, D. Claudia Ribau e D. Cristina Lopes.

Palavras-chave Lista de Espera, Triagem, Consultas, Utentes, Primeiras Consultas.

Resumo

O problema das listas de Espera nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, motivado pelo difícil acesso aos Serviços Públicos, constitui um dos mais relevantes problemas existentes em Portugal com a consequente penalização dos grupos sociais mais desfavorecidos em termos económicos, sociais e culturais.

O conhecimento desta realidade e a identificação dos pontos críticos constitui um desafio e um imperativo com o avolumar das listas de espera pelo que se torna cada vez mais necessário encontrar soluções para minimizar o mais possível este problema.
Com esse objectivo têm sido desenvolvidas várias iniciativas públicas, onde se inclui a criação do ALERT – Paper Free Hospital - um software que permite dispensar o papel como apoio ao processo de gestão da Lista de Espera de Primeiras Consultas desde a sua solicitação através dos médicos de Família, nos Centros de Saúde, até à data da sua concretização.
Todavia, este processo, por si só, parece não ser suficiente no combate às Listas de Espera sendo necessário agilizar outros processos com vista à solução desta problemática.

Keywords Waiting-Lists, Screening, Appointmentes, Users, First-Appointmentes

Abstract

The problem of the waiting-lists at the Hospitals of the National Health Care Service caused by the difficulties in having Access to the Public Services is one of the most relevant existing problems in Portugal with the consequent penalization of the economically disadvantaged social groups.

The knowledge of this reality and identification of the critical points is a challenge and an imperative with the increase of the waiting-lists, therefore becomes more and more necessary to find solutions to end this serious problem.

With this goal it created the ALERT – Paper Free Hospital, which consists of a computer program that allows releasing the paper as support from the First-Appointment Waiting-list process management, since the request through the Family Doctor, at the Health care center, up to the appointment date.

However, this process, by itself, is not sufficient in fighting the Waiting-Lists being necessary to speed other processes to find a solution for this problematic.

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO 1

CAPITULO I – A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE 3

1 O PROTECCIONISMO SOCIAL 3

2 O SISTEMA DE SAUDE EM PORTUGAL 5
2.1 - O Surgimento do Sistema 5
2.2- Criação e Expansão do Serviço Nacional de Saúde 6
2.3 - A Lei de Bases da Saúde 8
2.4 - Uma "Nova Gestão Pública" para o SNS 10
2.5 - Uma Nova Agenda Política 10

3 – OS HOSPITAIS 12
3.1 – O Contexto Geral de Enquadramento 12
3.2 A Evolução do Hospital Português 15

CAPITULO II – QUALIDADE E MUDANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE 19

1 – MUDANÇA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS 19

2 – O CONCEITO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE 20
2.1 O Paciente: Centro de Administração da Qualidade. 21

3 – CONCEITO DE SERVIÇO 24
3.1 – Expectativa e Satisfação do Cliente 25
3.2 – Processos de Serviço 26
3.3 – Recuperação do Serviço 27

CAPÍTULO III – QUALIDADE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES E OS PROCESSOS DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS 29

1 – QUALIDADE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES EM PORTUGAL 29

2 – GESTÃO E PLANEAMENTO DE CONSULTAS EXTERNAS EM CUIDADOS DE SAÚDE 29

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO: MARCAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS NO HOSPITAL DE AVEIRO 35

1 – MAPEAMENTO DO PROCESSO DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS 35

2 – MARCAÇÃO PRIMEIRA CONSULTA NO SISTEMA "SONHO" ATÉ EMISSÃO CONVOCATÓRIA 40

3 – ALERT P1 E SONHO 43

4 – PROCESSO DE SOLICITAÇÃO/MARCAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS HOSPITALARES 43
4.1 – A escolha de quatro especialidades de primeiras consultas hospitalares 43

5. A ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS, POR ESPECIALIDADE..... 44
5.1 – Especialidade de Oftalmologia 44
2.2 – Especialidade de Dermatologia 50
2.3 – Especialidade de Urologia 57
2.4 – Especialidade de Psiquiatria. 63

6 – ANÁLISE GLOBAL DOS DADOS ESTATÍSTICOS. 69

CAPÍTULO V – ABORDAGEM QUALITATIVA: O DISCURSO DOS ACTORES SOBRE O PROCESSO DE MARCAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS HOSPITALARES 75

CONCLUSÃO..... 84

BIBLIOGRAFIA 85

ANEXOS 88

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

FIGURAS:

Figuras 1 a 5 – Processo de marcação, no SONHO; de primeiras consultas até à emissão da convocatória.....40

TABELAS:

Tabela 1 – Descrição das funções dos actores envolvidos na gestão de inscritos em lista de espera para primeiras consultas 37

Tabela 2 - Análise de tempos de espera da solicitação à realização da consulta – Oftalmologia.....47

Tabela 3 - Análise de tempos de espera da solicitação à realização da consulta – Dermatologia. 53

Tabela 4 - Análise de tempos de espera da solicitação à realização da consulta – Urologia. 59

Tabela 5 - Análise de tempos de espera da solicitação à realização da consulta – Psiquiatria. 65

GRÁFICOS:

Gráfico I – Fluxograma do circuito de pedidos de primeiras consultas hospitalares 36

Gráfico II - Análise de tempos de espera da solicitação à realização da consulta – Oftalmologia.....49

Gráfico III - Análise de tempos de espera da solicitação à realização da consulta – Dermatologia 55

Gráfico IV - Análise de tempos de espera, da solicitação à realização da consulta – Urologia.....61

Gráfico V - Análise de tempos de espera, da solicitação à realização da consulta – Psiquiatria.....67

Gráfico VI - Tempos médios de espera de consulta, por especialidade estudada.....71

QUADROS:

Quadro 1 – Capacidade de meios para dar reposta ás solicitações de consultas 73

INTRODUÇÃO

O trabalho de análise e reflexão que aqui se apresenta com o título: "Metodologias de Redução de Listas de Espera em Primeiras Consultas Hospitalares" tem por objectivo proceder a uma análise dos diversos momentos de espera para uma primeira consulta hospitalar, desde a solicitação que o utente efectua junto do seu médico de família, no Centro de Saúde, até à sua concretização no hospital.

As Consultas Externas são serviços de saúde especializados dirigidos a pacientes não hospitalizados representando, em si mesmo, um sistema complexo. Não obstante, cremos que ao implementar um sistema de marcação de consultas mais eficaz, será possível obter um maior controlo de tempos de espera para as diversas consultas de especialidade.

Efectivamente, no presente, os tempos de espera de consulta são tidos como excessivos causando não só desconforto óbvio aos pacientes como também situações de stress nos profissionais de saúde envolvidos. Neste contexto, no Serviço de Consulta Externa a marcação de consultas desempenha um papel vital no controlo dos tempos de espera dos utentes.

O planeamento e a gestão de um Serviço de Consulta Externa são um desafio constante exigindo uma atenção diária permanente atendendo às necessidades diversas dos utentes assim como, ao volume de solicitações para um número, sempre restrito, de recursos para dar resposta.

Com o presente trabalho o que procuramos é contribuir para a melhoria do sistema identificando os principais obstáculos que, presentemente, dificultam a celeridade de resposta aos pedidos de primeiras consultas solicitadas a partir dos Centros de Saúde. Acrescenta-se ainda a tentativa de sugerir eventuais alternativas para minorar os tempos de espera para a realização das referidas Primeiras Consultas de Especialidade médica.

Para a avaliação dos tempos de espera de Primeiras Consultas de Especialidade, procedeu-se à análise de quatro Especialidades Médicas com características distintas, tendo sido seleccionadas as Especialidades de Oftalmologia, Dermatologia, Urologia e a Psiquiatria.

Os critérios que presidiram a estas escolhas prendem-se com as suas especificidades. A Oftalmologia assistiu, nos últimos anos, ao aumento do seu quadro de clínicos, como forma de encontrar uma tentativa de reposta à grande lista de espera de consulta externa existente em 2007. Outro aspecto que reforçou a selecção desta especialidade prende-se com o facto de o Serviço de Oftalmologia possuir novas instalações e novos recursos materiais.

A Especialidade de Dermatologia, em oposição, foi seleccionada por possuir apenas dois clínicos apesar de ser muito solicitada. A forma de triagem desta especialidade difere da anterior, assim como também, se aplica uma política diferente para os pedidos de primeiras consultas solicitadas através do Serviço de Urgência.

A Urologia, por sua vez, constitui uma especialidade que admitiu mais um médico assim como aumentou, significativamente, o número de primeiras consultas semanais, com notória expressão na lista de espera de primeiras consultas da especialidade.

Finalmente, foi, também, seleccionada a especialidade de Psiquiatria devido à sua especificidade, ou seja, ao facto de ser uma especialidade com uma solicitação atípica, e se ter assistido a um aumento significativo de solicitações.

Para a análise da problemática da marcação de consultas nestas especialidades procedeu-se primeiro a uma análise quantitativa que foi, depois, complementada por uma abordagem qualitativa.

Por forma a enquadrar o contexto político e social mais vasto em que esta problemática emerge começamos por referir, de uma forma breve, a evolução do sistema de saúde em Portugal e do Hospital Português. Evidenciamos, de seguida, a importância dos conceitos de Serviço e de Qualidade e Inovação dos Serviços Públicos.

Apresentamos, de seguida a explanação da Orgânica subjacente às Primeiras Consultas Hospitalares efectuada num hospital em particular fazendo sobressair os procedimentos inerentes ao processo de gestão, solicitação e marcação das mesmas. Esta análise é complementada por uma abordagem qualitativa baseada em entrevistas semi-estruturadas realizadas com actores que desempenham funções distintas no processo ALERT P1.

Finalmente serão apresentadas as conclusões bem como as sugestões de desenvolvimento de trabalhos futuros.

CAPITULO I – A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Ao longo do presente capítulo procuramos reflectir, ainda que de uma forma sucinta, sobre a evolução do sistema português de saúde. Esta reflexão percorre diferentes etapas iniciando-se com considerações gerais sobre as diferentes concepções associadas à emergência de sistemas nacionais de saúde distintos, para, num segundo momento, se deter sobre o sistema de saúde nacional. A este nível a análise passa em revista os momentos mais marcantes do surgimento, consolidação e transformação do SNS em Portugal. Finalmente procuramos focar esta abordagem diacrónica nas instituições hospitalares.

1 O PROTECCIONISMO SOCIAL

A reflexão sobre o proteccionismo social remete-nos ao ano de 1883. Nesta altura, emerge o primeiro exemplo de um modelo de "protecção social" implementado na Alemanha, imposto através do Estado - Modelo de Bismarck. Este modelo traduzia-se na obrigatoriedade de as entidades empregadoras contribuírem para a existência de um seguro, em caso de doença, em prol dos trabalhadores mais carenciados. Este seria, mais tarde, alargado a todos os funcionários, independentemente dos rendimentos que usufruíam. O Sistema então vigente era constituído por um conjunto de seguros sociais, obrigatórios, e baseado num financiamento tripartido entre trabalhadores, entidades patronais e o Estado.

No início do Século XX, fruto do reconhecimento do significativo aumento dos riscos sociais, outros países europeus aderiram á implementação de seguros sociais obrigatórios, como a França (1910) e a Grã-Bretanha (1911).

Nesta altura, mais especificamente em 1919, Portugal adoptou, igualmente, um sistema de previdência de natureza Bismarckiana, através da introdução de seguros sociais obrigatórios, de base profissional. Contudo, em Maio de 1928, com o início do regime fascista, a sua aplicação foi suspensa, justificada como sendo uma degradação para as companhias de seguros. Todavia, na década de 40, foram integrados no modelo corporativo com a criação das denominadas caixas sindicais de previdência.

Este modelo apesar de se ter constituído como o motor para o surgimento de políticas de bem-estar social, não conseguiu promover a solidariedade pretendida. Em sua substituição emerge, pela mão de Beveridge, no Reino Unido, o conceito de Estado – Providência. A sua criação resulta da tomada de consciência da necessidade de responsabilizar o Estado na condução de políticas sociais que proporcionassem às populações apoio em situações de incapacidade para usufruir de uma remuneração, apoio na protecção durante os períodos de desemprego e garantias de reformas na velhice. Neste contexto, são assegurados, de igual forma, os cuidados de saúde indispensáveis.

Efectivamente é já no Século XX, após a IIª Guerra Mundial, que a Grã-Bretanha, assume como modelo uma maior responsabilização por parte do Estado. O relatório Beveridge de 1942 defendia um Estado interventor em todas as situações de risco social. O Modelo Beveridge, designação pela qual ficou conhecido, pretendeu ser de tal modo abrangente e simples que, garantia a segurança social do "berço até ao túmulo". Este sistema, para além de universalista, regia-se por um financiamento fiscal e era gerido pelo Estado.

Este modelo serviu de base à legislação social da Grã-Bretanha sendo que, em 1948 foi criado o National Health Service (Serviço Nacional de Saúde) que, durante décadas, influenciou a organização de muitos outros sistemas de saúde que primaram pela responsabilização do Estado pela prestação de cuidados de saúde e pela afirmação do princípio de acesso igual para todos os cidadãos. Efectivamente, só após a II Guerra Mundial se pode falar em sistemas e políticas de saúde na medida em que, fruto das consequências da guerra, a saúde tornou-se uma questão central em toda a Europa Ocidental.

Portugal, adoptou, igualmente, este modelo após a Revolução de Abril de 1974. Após a implementação do regime democrático, surge constitucionalmente reconhecida a universalidade dos direitos à segurança social e à saúde, sendo o modelo anterior alterado e entregue ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) a responsabilidade pelo exercício do direito universal à saúde, financiado, maioritariamente, por receitas fiscais o que se traduz numa clara influência ao modelo inglês vigente.

Os sistemas de saúde de que, hoje, dispomos nasceram do encontro destes dois modelos de protecção social – Bismarckiano e Beveridgeano – os quais não são ideologicamente diferentes, pois assentam na noção reformista de que é necessário um

guarda-chuva, uma rede social salvadora para atenuar as grandes tensões sociais geradas pelo crescimento económico (Campos, 2000).

Em 1948, surge a Organização Mundial de Saúde, (OMS), com um papel preponderante na reorientação das politicas e dos sistemas de saúde, conseguindo alargar o conceito de saúde (até então fortemente medicalizado) e transpor para uma componente mais social: *a saúde é não só a ausência de doença ou enfermidade mas um estado de completo bem-estar físico, psíquico, mental, emocional e moral*.

Após a criação da OMS outras referências fundamentais na evolução das políticas de saúde a nível internacional devem ser destacadas, nomeadamente:

- A Declaração de Alma – Ata (1978) que introduziu a noção de cuidados primários;
- A Estratégia "Saúde para Todos" desenhada pela OMS, em 1983, propondo metas para uma melhor saúde, através de novas politicas de saúde;
- A Carta de Ottawa (1986) que defende a promoção da saúde como um processo que vise condições para o aumento da capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, melhorando-a.

Para a OMS uma boa governação da saúde passa pela capacidade da participação de todos, não só pelos que intervêm directamente na formulação e desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde, mais equitativos e sustentáveis, mas também, depende da participação de todos os cidadãos e da responsabilidade que assumem no papel que lhes é devido e apoio à gestão de quem governa a saúde.

2 O SISTEMA DE SAUDE EM PORTUGAL

2.1 - O Surgimento do Sistema

A existência de instituições com feições de prestação de cuidados de saúde já é uma realidade há muito. Contudo, o nascimento do sistema de saúde português é bem recente, marcado em 1946, com a publicação da Lei n.º 2011 de 2 de Abril. Esta lei estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então

existentes: Hospitais das Misericórdias, Estatais, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados. Não obstante, só:

> "(…) durante os anos 60, se desenvolveram uma série de acções pertinentes a fim de estruturar e implementar uma rede in adequada (provavelmente a rede possível) de serviços de saúde" (Campos *in* Reis, 1999:263).

Até inícios da década de 70 a situação da saúde, em Portugal, caracterizava-se por indicadores socioeconómicos muito desfavoráveis quando comparados com outros países da Europa. Vivia-se um sistema de saúde assente em fragmentos de serviços de saúde de natureza variada, tais como, hospitais do Estado, Misericórdias, Postos Médicos de Serviços Médicos Sociais e da Previdência, Serviços Médicos Públicos (surgiram os Centros de Saúde em 1971), serviços especializados para determinadas situações de saúde, exemplo, hospitais vocacionados só para doentes do foro Psiquiátrico, hospitais vocacionados só para doentes com Tuberculose, e um "rol" de situações de saúde em regime de privado. Em contrapartida, a esta diversidade de serviços os financiamentos dos serviços públicos da saúde eram muito baixos.

Em 1971, com a reforma do sistema de saúde e da assistência (conhecida como " A reforma de Gonçalves Ferreira" que estabeleceu os Centros de Saúde, surge uma primeira "amostragem" do que viria a ser o SNS.

> "É uma legislação ainda que, num contexto em que a posição do Estado se mantinha, pelo menos "oficialmente", como supletiva, faz o reconhecimento, não regulamentar mas expresso, do direito á saúde" (Reis, 1999:267).

2.2- Criação e Expansão do Serviço Nacional de Saúde

É a partir da revolução de 1974 que o Sistema de Saúde Português sofre alterações de forma mais significativa. A Constituição da República Portuguesa de 1976 veio, através do seu artigo 64, consagrar que *"todos têm direito à protecção da saúde"*, através da *"criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito"* (na sua redacção original). Mais tarde, com a revisão constitucional de 1989, este artigo é alterado sendo a redacção substituída por *"tendencialmente gratuito"*.

Efectivamente, o Serviço Nacional de Saúde foi criado em 1979 com a Lei nº. 56/79 de 15 de Setembro onde fica expresso que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica.

Todavia, a criação do Serviço Nacional de Saúde, não foi uma criação pacífica na medida em que, o associativismo médico desenvolveu forte resistência através da criação, por oposição, de um sistema de saúde baseado numa medicina privada mas com financiamento público justificando que, deste modo, a população portuguesa teria assegurado o acesso aos cuidados de saúde e, também, ficariam asseguradas condições de trabalho e de remuneração para os médicos mais aceitáveis. De facto, o desenho fundamental do Serviço Nacional de Saúde levou cerca de 10 anos a ser implementado, pactuando-se, durante todo o seu processo de implementação, por evidentes contradições e lutas internas entre o Estado e o corporativismo médico (Mozzicafreddo, 2000).

As circunstâncias políticas, sociais e económicas que envolveram a criação do Serviço Nacional de Saúde traduziram-se em enormes debilidades estruturais tais como, a frágil base financeira e ausência de modelos inovadores na organização e gestão das suas instituições, além da pouca transparência entre os interesses públicos e os privados nos processos utilizados e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde.

Contudo, e apesar das fragilidades do sistema, apresentadas, das dificuldades sentidas, após a criação do Sistema Nacional de Saúde que, quase duplicou entre 1974 e 1978, verificou-se, também, em paralelo, uma melhoria significativa dos principais indicadores de saúde (entre 1974 e 1984 a mortalidade infantil e perinatal diminuíram, significativamente).

Paulo Mendo, relativamente à criação do Serviço Nacional de Saúde, afirmou:

> "(…) nenhum outro projecto seria capaz de, em tão pouco tempo, ter mudado tão profundamente a relação de um povo com os serviços de saúde, em termos de equidade, de qualidade e universalidade" (2002:38)

Em função da responsabilidade financeira assumida pelo Estado, após 1974, os gastos públicos, inevitavelmente, tiveram um acréscimo significativo. Entre 1974 e 1980 o Estado aumentou a sua despesa em cerca de 40% e, no mesmo período os gastos privados aumentaram 30%. Isto significa que:

> "O esforço das famílias para financiar a saúde foi quase tão elevada como o esforço do Estado, demonstrando que o SNS não alcançou o objectivo de gratuitidade" (Simões, 2004:106).

Contrariamente ao que se verificou até então, a primeira metade dos anos 80 foi marcada pelo desinvestimento público sendo inversamente paralelo o aumento dos gastos do privado em saúde. O exposto é ilustrado com o aumento de empresas ou grupos económicos orientados para o lucro e mesmo cotados em bolsas que começam a entrar no negócio da saúde, como por exemplo, "O Grupo Mello, Grupo Português de Negócios e Grupo Banco Espírito Santo" (Eiriz e Figueiredo, 2004). Esta constatação evidencia um claro afastamento da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde dos portugueses.

2.3 - A Lei de Bases da Saúde

Em 1986, Portugal tornou-se membro da Comunidade Económica Europeia (presentemente, União Europeia). Com a adesão de Portugal assistiu-se a um crescimento económico e a uma estabilidade política sem precedentes, desde a Revolução de Abril de 1974. Assiste-se a debates sobre a reforma do sistema de saúde, na defesa de uma intervenção mais activa do sector privado e de uma maior responsabilização individual. Esta orientação empresarial dos discursos acerca do Serviço Nacional de Saúde veio de encontro à ideologia de mercado que se vivia no resto da Europa.

A partir de 1990, o Sistema de Saúde Português foi regulado por dois diplomas importantes: a Lei de Bases da Saúde Lei nº48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto – Lei nº. 11/93, de 5 de Janeiro).

> A lei de Bases da Saúde veio clarificar o papel do Serviço Nacional de Saúde, alargando o seu contexto, que passa a ser " constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades " (n.º1 da Base XII).

O Estatuto de 1993 acrescenta que o Serviço Nacional de Saúde "*é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde"*.

Efectivamente, o sistema de saúde nunca se "separou" do Serviço Nacional de Saúde apesar da forte intervenção do sector privado que, vende serviços não só directamente aos cidadãos, como também ao próprio Serviço Nacional de Saúde. Acresce que, uma parte significativa dos profissionais que prestam serviços de saúde, estão, integrados, simultaneamente, no sector público e no sector privado.

Segundo, Jorge Simões (2004), nesta altura as iniciativas legais cobrem diferentes objectivos:

- A regionalização da administração dos serviços, com a criação de cinco Administrações Regionais de Saúde com competência para coordenar a actividade dos serviços de saúde, incluindo hospitais;
- A privatização de sectores da prestação de cuidados, devendo o Estado estimular o desenvolvimento do sector privado na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde. Em 1995, o Hospital Fernando Fonseca (Amadora-Sintra) é o primeiro hospital público com gestão privada.
- A privatização de sectores de financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde (opting.out);
- A articulação entre cuidados de saúde primários e diferenciados através da criação de unidades de saúde que agrupariam, numa região, hospitais e centros de saúde.

Contudo, e excepção feita à regionalização dos serviços, todas as outras estratégias, por diversas razões, não tiveram sucesso. A descontinuidade nas agendas políticas não permitiu dar continuidade a um trabalho iniciado, a possibilidade de criação de seguros alternativos não foi uma estratégia com grande receptividade por parte das seguradoras e a articulação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, também, não tem tido os efeitos desejados. Podemos tomar como exemplo a dificuldade existente na articulação entre Centros de Saúde e Hospitais no processamento de pedidos de primeiras consultas hospitalares que constitui o nosso objecto de análise neste estudo.

2.4 - Uma "Nova Gestão Pública" para o SNS

Em finais de 1995 deu-se início a um processo de reforma do sistema de cuidados de saúde baseado na "Nova Gestão Pública" (*New Public Management*), integrada num ciclo político de menor estabilidade. Esta nova etapa procurava uma "*solução intermédia entre os sistemas públicos convencionais de comando e controlo e a gestão mais empresarial do sistema*" (Simões, 2004:69).

Entre as iniciativas tomadas neste contexto destacam-se:

- Empresarialização pública no desenvolvimento dos Hospitais e Centros de Saúde, com modelos de gestão mais flexíveis e autónomos;
- Em 1996, as Administrações Regionais de Saúde iniciaram um processo com vista à criação das agências de Contratualização, com o objectivo de celebrar e monitorizar contratos com os Hospitais e Centros de Saúde;
- Criação, desde 1999, de cinco Centros Regionais de Saúde Pública, com vista a reforçar a saúde pública a nível regional e local.

Estas constituíram-se apenas como as primeiras iniciativas que abriram a porta à intrusão da NGP no sistema e à implementação de uma nova agenda política que introduz um conjunto vasto de outras medidas que expressam esta crescente proximidade ao mercado ou *quase-mercado*.

2.5 - Uma Nova Agenda Política

Esta nova agenda política trouxe alguns aspectos inovadores no contexto nacional de acção governativa com impacto na área da saúde. Com esta nova agenda política a produção legislativa foi muito dinâmica com iniciativas praticamente a todos os níveis. Entre estas destacamos: a preparação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que constituiu um agrupamento de orientações estratégicas no combate à doença e promoção da saúde; a preparação de parcerias público-privadas; uma nova lei de Gestão Hospitalar; a adopção de uma nova lei dos cuidados de saúde primários; a criação da Entidade Reguladora da Saúde e a introdução do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas são alguns dos exemplos mais emblemáticos de acções governativas, no contexto de uma Nova Agenda Política.

O Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, definiu princípios e instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde entre o Ministério da Saúde e/ou instituições e serviços integrados no SNS e outras entidades.

Em Setembro de 2002 é adoptada a nova Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º27/2002 de 8 de Novembro). Esta reforma hospitalar

> "pretendia libertar os hospitais do enquadramento burocrático-administrativo que enformava o seu estatuto jurídico, privilegiando maior independência, agilidade e adoptando definitivamente natureza e gestão empresarial" Reis (2003:10)

Em Dezembro de 2002 deu-se inicio a um processo de empresarialização dos hospitais portugueses com a implementação de 31 hospitais sociedades anónimas, entre os quais se incluiu o Hospital de Aveiro, que de Hospital Distrital de Aveiro passa a Hospital de Aveiro, S.A.

Na realidade alguns estudos têm demonstrado a incapacidade desta medida em proceder a uma ruptura total com a organização burocrática tradicional (Carvalho, 2009). Em parte tal fica a dever-se ao aumento da regulação estatal com a criação de novos organismos de controlo.

Neste caso destaca-se a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) que entrou em funcionamento em Março de 2004 (A constituição da Entidade Reguladora da Saúde foi aprovada em Conselho de Ministros, em Outubro de 2003, e é criada oficialmente em 10 de Dezembro através do Decreto-Lei n.º 309/2003) tendo como principais objectivos regular, supervisionar e acompanhar a actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. Entre as suas funções, encontravam-se actividades tão diversas como: Pronunciar-se sobre contratos de concessão e gestão de unidades públicas privadas, sobre convenções entre o sector público e o privado e sobre regras de licenciamento dos prestadores de cuidados; Garantir o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde; Defender os interesses dos utentes, e prevenir a discriminação de doentes.

O sistema de saúde nacional, à semelhança de muitos outros sistemas de saúde europeus, tem-se caracterizado por sucessivas reformas inviabilizando a tão desejada estabilidade necessária à sua implementação e consequente verificação para que possamos proporcionar às populações uma saúde com a qualidade que lhes é de direito.

Apesar da forte continuidade ideológica verificada nos primeiros 30 anos do sistema de saúde português (Simões, 2004) o novo milénio representou uma clara ruptura com a introdução de princípios de mercado no sistema e na gestão das instituições (Carvalho, 2009).

Estas alterações demonstraram ter um impacto particular nas instituições hospitalares o que era expectável dada a protagonismo que tradicionalmente estas instituições possuem nos sistemas de saúde.

3 – OS HOSPITAIS

3.1 – O Contexto Geral de Enquadramento

Quando nos referimos às instituições de saúde que congregam o sistema nacional, os hospitais ocupam, inevitavelmente, uma posição privilegiada. Campos, identifica, precisamente, como principais factores do desenvolvimento do sistema de saúde português, a cultura, a evolução das ideologias, o peso institucional do sector hospitalar e a luta interna pelo poder nas instituições. Também, diagnostica quatro aspectos que tem marcado as mudanças no sistema de saúde português: as relações entre o estado e a igreja, a componente jurisdicizante da administração, a evolução do hospitalo-centrismo e a organização de estratégias para a conquista e uso do poder no hospital (Campos, 1984:6/7).

Na componente jurisdicizante da administração inclui-se a denúncia dos excessos de regulação formal que dificulta uma resposta mais rápida e eficaz aos problemas existentes. Na administração pública as leis sempre foram sobrevalorizadas como estratégia de mudança, contudo os efeitos habitualmente não são os previstos.

A partir de 1946 e até ao início dos anos 60 o hospital foi considerado a peça central do sistema, a partir daí deixou de o ser embora apenas retoricamente.

A mudança de posição foi identificada como resultado das mudanças politicas que substituíram o hospitalo-centrismo pelo sanitarismo, através da consagração legal da filosofia de prevenção e promoção da saúde e do esforço de organização dos órgãos e dos serviços vocacionados para cuidados primários. (Campos, 1984:9)

As informações recolhidas nas últimas décadas relativas à distribuição de recursos de saúde e sobre a sua procura/utilização ressaltam que as mudanças de orientação

política que sejam para o reforço hospitalo-centrismo ou para o reforço do sanitarismo não são coincidentes, existindo um desfasamento dos recursos, das necessidades dos interesses de saúde da maioria da população.

O apresentado traduz-se na representação dos interesses políticos que proliferam nas estruturas e instituições de saúde, onde as práticas de cuidados primários não se articulam com as diferenciadas, sobrepondo-se as competências entre ambos os cuidados, sobrecarregando as estruturas hospitalares que já de si se encontram sempre com uma taxa de saturação de utilização de recursos funcionais acima das suas capacidades.

Entretanto numa primeira fase discretamente, e posteriormente de forma declarada, o sector privado foi-se instalando como prestador de serviços médicos fazendo do sistema de saúde português um sistema dualista, como demonstrado nos trabalhos de Campos (1894,1985,1986a, 1986b), Campos et al (1986a, 11986b), Santos (1987) e Carapinheiro e Pinto (1987)

Para alguns autores, a intromissão do sector privado na prestação dos serviços médicos reduziu as ideologias hospitalo-cêntricas e as sanitaristas a meros arcaísmos da história das ideias sobre o desenvolvimento do Sistema de Saúde Português nas décadas de 60 e 70 (Johnston e Clark:2001).

Se verificarmos a articulação dos diferentes modos de produção de saúde – medicina estatal, privada e medicina popular como salientado por Santos (1987:62 e ss), a determinação do posicionamento do Sistema Hospitalar joga entre vários modos de produção de saúde. Esta tendência hegemónica do sistema de concepções de saúde, tenderá a alargar o campo de influência às concepções dos modos de produção de cuidados não hospitalares. Assim, a cultura médica é predominantemente associada à cultura do campo médico hospitalar, omitindo-se as várias culturas profissionais dos médicos em zonas de acção não hospitalar. Tuner refere, igualmente, que o hospital é não só uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, mas também da profissão médica (1987:157)

Pelo que esta centralização dos poderes no domínio da saúde produz efeitos de legitimidade do hospital e de legitimidade dos que trabalham na sua órbita. Neste sentido as politicas hospitalares nos campos da organização capital, tecnológica,

Recursos Humanos, organização de carreiras profissionais, racionalização da gestão tendem a determinar as orientações fundamentais das políticas de saúde em geral.

Não obstante as instituições hospitalares são, também, elas próprias sujeitas a pressões vindas do exterior. Neste âmbito cabe referir as alterações verificadas ao nível dos utentes agora transformados em clientes cujas expectativas se tornam mais exigentes na qualidade dos actos médicos e dos hospitais como lugares de alta tecnicidade e organizados com racionalidade e eficácia.

A importância social do hospital destaca-se por ser o lugar de confronto dos quadros de referência cultural de doentes face a um modelo de regulação social do que é viver a doença no hospital, concretizado nas ideologias e nas práticas dos diversos grupos profissionais.

O hospital apresenta traços de organização burocrática. O crescimento de pessoal, da multiplicação dos serviços, especialidades médicas, e desenvolvimento tecnológico introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a esta modificação a expansão do sistema burocrático da administração profissional. Esta relação entre o hospital e a teoria da Burocracia surge com base nos autores clássicos das teorias da organização. Para Weber o hospital como organização burocrática detêm os traços conformes ao tipo-ideal burocrático.

O tipo-ideal de burocracia racional foi construído por Weber pressupondo a emergência do Estado moderno, da economia capitalista de mercado e de um sistema de educação universal que fornecesse as bases para uma formação especializada, em suma, a emergência da forma capitalista de racionalidade social que exigia para a sua realização histórica, a organização burocrática moderna. Para Weber a burocracia apresenta-se como uma organização racional de posições hierárquicas, caracterizada por autoridade hierárquica, divisão do trabalho com base em competências especializadas, regras sistemáticas e impessoalidade. Constitui a base principal de uma administração estável mais do que uma administração eficiente.

Estudos realizados pela sociologia anglo-americano demonstraram que o hospital moderno difere em muitos aspectos deste tipo-ideal de Weber. Salientam como traço específico da organização hospitalar “o poder e a autonomia” profissional que os médicos detêm, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática, e

concluem pela existência de um "sistema dual de autoridade" (Goss, 1963) (A pesquisa levada a cabo por Goss refere-se especificamente à organização formal da autoridade e à divisão do trabalho entre os médicos num hospital universitário nos Estados Unidos).

Nos serviços hospitalares existem diferentes formas de poder sendo que no conjunto das estratégias e ideologias profissionais existentes dominam as estratégias médicas, delimitando o campo de acção dos restantes profissionais.

Uma dimensão das estratégias médicas define-se face ao hospital como meio de acesso ao sistema médico. Outra dimensão das estratégias médicas define-se face às finalidades dos serviços. Ambas as estratégias incluem zonas de conflito entre pontos de vista da administração e dos médicos relativamente à instrumentalização dos objectivos do hospital nos limites e condicionamentos impostos pelas estratégias médicas.

Cada serviço constitui lugar do poder médico presente nas relações sociais atravessadas por distintos interesses e projectos da organização da pertença dos médicos no hospital.

Da reflexão desenvolvida em torno das instituições hospitalares facilmente percebemos que existem dois actores-chave directamente envolvidos em qualquer processo de mudança: os pacientes e os médicos.

3.2 A Evolução do Hospital Português

O Hospital é um estabelecimento de saúde de elevada diferenciação, composto por meios tecnológicos e humanos cujo objectivo principal é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia, desenvolvendo a sua actividade através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação em regime de Internamento, Ambulatório, Consulta Externa, Hospital de Dia e Urgência. O Hospital enquadra-se no sistema de saúde constituindo um "*segmento insubstituível e dos mais significativos do Serviço Nacional de Saúde*" (Ministério da saúde, 1998:7).

Na realidade, os hospitais foram, desde cedo, objecto de atenção na legislação nacional. Em 1943, a Lei de Bases da organização Hospitalar (Lei n.º 2011, de 2 de Abril) estabeleceu a rede e a hierarquia dos hospitais, mais tarde completada pela Lei n.º2120 de 19 de Julho de 1963 que estabeleceu a necessidade de articulação entre os vários níveis de estabelecimentos hospitalares.

Em 1968, é publicado o Decreto – Lei n.º48 357 de 27 de Abril, conhecido por Estatuto Hospitalar. Sendo um documento que regulamentava alguns dos principais aspectos cruciais da vivência hospitalar como o nível do financiamento, da renovação de instalações, reequipamentos, etc., reconhecendo-lhe personalidade administrativa e autonomia financeira. Este documento é, ainda hoje, considerado como um marco na vida dos Hospitais Portugueses (Ministério da Saúde, 1998).

Em 1977 é publicada a Lei Orgânica Hospitalar (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril e o regulamento dos Órgãos de Gestão e Direcção dos Hospitais (Decreto-Regulamentar nº30/77, de 20 de Maio) que promovia autonomia dos hospitais e a estabilidade dos órgãos de gestão, assim como criava novas regras na área financeira. O Decreto – Regulamentar n. 30/77, previa três órgãos de administração: o conselho geral, o conselho de gerência e o administrador.

Em 1988 foi publicada a Lei de Gestão Hospitalar através do Decreto – Lei n.º19/88 de 21 de Janeiro que afirma a hierarquia da tutela governativa e a preocupação da racionalidade económica. Dos órgãos de administração é excluído o Conselho Geral que passa a ser um órgão de participação e consulta.

A gestão hospitalar já tinha, nos seus profissionais, uma aspiração de gestão empresarial. O artigo 35º do Estatuto Hospitalar de 1968 estipulava que "*em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial*", refere, também, *que a administração dos hospitais se tornou tarefa de profissionais com preparação cuidada e estatuto adequado. A gestão hospitalar, infra-estrutura indispensável de toda a acção médica, terá de desenvolver-se de acordo com as técnicas próprias da vida económica, embora subordinada aos objectivos sociais e humanos que prossegue"*.

A Lei de Gestão hospitalar também refere no seu artigo 7º que os hospitais "*devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial"*.

Na segunda metade da década de 90 iniciaram-se experiências com formas de gestão empresarial tendo sido atribuído, em finais de 1995, ao Hospital Fernando da Fonseca, a concessão de uma gestão por contrato, precedendo concurso público, por um período de cinco anos, renováveis.

Em 1998, o Decreto – Lei n.º 151/98 de 5 de Junho introduzia no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da feira, regras privadas na gestão de recursos humanos e na

aquisição de bens e serviços, contudo, não perdeu o estatuto e gestão públicos. Outros hospitais seguiram-lhe o modelo como o Hospital Pedro Hispano, de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio.

Os restantes hospitais públicos mantiveram a estrutura e regras de funcionamento convencionais. Começa, no entanto, a construir-se algum consenso partidário em torno da necessidade de aumentar a gestão empresarial fruto dos graves problemas de eficiência na afectação de recursos, baixos níveis de produtividade, elevadas despesas públicas, assim como a insatisfação dos utentes pelos níveis dos serviços prestados.

Em 2002, a publicação da Lei n.º27/2002 de 8 de Novembro alterou algumas disposições da Lei de Bases da Saúde de 1990 - A nova lei de Gestão Hospitalar introduz três princípios fundamentais. A separação do papel do Estado como financiador/prestador, através de um modelo de contratualização do financiamento dos hospitais em função das actividades a realizar, ou seja, em função do valor dos actos e serviços prestados. A introdução de uma verdadeira gestão empresarial e a agilização do processo de contratação de pessoal através de contratos individuais de trabalho, como norma.

A rede de hospitais públicos foi sendo repensada, constituindo-se novos modelos jurídicos, primeiro como sociedade anónima de capitais exclusivamente ou maioritariamente públicos, como referimos antes, sendo substituídos em 2005 por entidades públicas empresariais. Mais uma vez também o Hospital de Aveiro SA é sujeito a alterações passando a designar-se Hospital Infante D. Pedro E.P.E – Aveiro.

Apesar desta alteração jurídica que fazia prever uma maior participação do Estado nos hospitais, verifica-se, em oposição, desde 2005 uma diminuição da despesa com a saúde no orçamento geral do Estado. Assim:

> "No ano de 2005 a saúde canalizava 17.5% da despesa do Orçamento de Estado, em 2007 esse valor decaía 2 pontos percentuais, sendo o valor mais baixo desde 2000" (Correia, 2008)

Não obstante, foi possível constatar algumas alterações concretas no contexto institucional. Uma análise recente revela a existência de uma maior racionalização e degradação do ambiente de trabalho nos hospitais sobretudo devido ao impacto de instrumentos do controlo financeiro centralizado, da reorganização da produção

(cuidados de saúde) e da transformação do produto (cuidados) (Carvalho, 2009) e à presença dos fenómenos que Lash e Uray (1994), classificaram no contexto Anglo-Saxónico como a comercialização, intensificação, concentração e domesticação.

As alterações nestas organizações hospitalares, têm sido amplamente traduzidas no aumento do peso do poder da gestão nos processos de trabalho e de reorganização dos serviços hospitalares.

No Hospital Infante D. Pedro E.P.E – Aveiro o exposto evidencia-se com a criação de um Departamento – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – onde se assiste à junção de várias especialidades com vista a rentabilizar espaços, recursos humanos e recursos materiais assim como se regista como resultado da necessidade de operacionalizar o funcionamento hospitalar com o objectivo da redução dos custos.

De igual modo foi possível constatar a existência de uma cultura organizacional mais orientada para o controlo das profissões com base na sua maior responsabilização pela execução dos objectivos propostas pela gestão de topo. As transformações estruturais introduzidas nos hospitais parecem, assim, ter potenciado mudanças nos processos de prestação de serviços (Carvalho, 2009).

Estas análises revelam que apesar das pequenas nuances que podemos encontrar em termos de iniciativas legislativas distintas, a evolução tem-se feito claramente no sentido de um afastamento da importância e do peso do Estado no sistema para uma maior aproximação ao mercado.

É esta tendência que permite que hoje sejam usados indiscriminadamente conceitos tradicionais da gestão privada na administração pública. Tal é o caso dos conceitos de serviço, qualidade e até de consumidor e cliente. Na abordagem que desenvolvemos neste estudo, centrando-se na análise dos processos de marcação de primeiras consultas de especialidade usando noções enquadradas numa abordagem de gestão da qualidade em serviços. Importa, por isso, reflectir, igualmente, sobre estes conceitos.

CAPITULO II – QUALIDADE E MUDANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A abordagem desenvolvida até ao momento expressa a existência de tentativas de ruptura com o paradigma tradicional da administração das instituições hospitalares – centradas no ideal-tipo burocrático – e a sua substituição por modelos mais próximos da gestão privada. É neste âmbito que se torna cada vez mais usual falar de qualidade e inovação nos serviços de saúde.

Ao longo deste segundo capítulo propomo-nos, precisamente, reflectir sobre esta realidade. Contudo, não podemos iniciar tal reflexão sem antes abordar a problemática da mudança nas instituições públicas.

1 – MUDANÇA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS

Qualquer que seja o chavão utilizado na definição de práticas que visem melhorar o desempenho das organizações, o mesmo, traduz-se, sempre, numa mudança na forma de gestão. Esta mudança pode incidir sobre vários aspectos da organização: a sua estrutura, a redefinição de tarefas, mudanças tecnológicas, reengenharia de processos, alteração comportamental dos actores, alterações culturais e alterações dos serviços prestados (Bilhim, 2001).

Nas organizações públicas a mudança é uma necessidade fruto das consecutivas alterações no meio em que, as mesmas operam, nomeadamente, alterações legislativas, inovações tecnológicas, entre outras.

Hoje, deparamo-nos com novas exigências dos utentes/clientes face aos serviços públicos fruto de uma maior consciência do exercício dos seus direitos de cidadania. A este respeito a declaração da cidade do México do Quinto Fórum Global sobre Reinvenção do Governo: Inovação e Qualidade no Governo do Século XXI (2003), mostra que a estratégia de esforços de reforma está directamente ligada à criação de governos centrados no cidadão.

Segundo autores como Croizier e Friedberg (1977), Bernoux (1985) e Sainsaulieu (1987) a gestão da mudança implica uma cultura de mudança, partilhada por todos os intervenientes no processo, que deverão ser, assim, mobilizados. Outros consideram que

"*A mudança é algo pessoal, implica que cada indivíduo pense e actue de forma diferente*" (Duck, 2000)

Diversos factores distintos são habitualmente apresentados na literatura como entraves à mudança. De entre estes destacam-se os constrangimentos financeiros, a intervenção/interferência de grupos de interesses organizados, a difícil interacção com os órgãos de decisão política. No entanto, os factores mais frequentemente mencionados relacionam-se com a forma como os membros da organização percepcionam e aplicam os processos de modernização já que a sua percepção/aplicação tem incidências directas no sucesso/insucesso dos mesmos processos (Teixeira 2003)

Outros estudos contudo, (citados pela Price Waterhouse`s Change Integration Team), revelam não serem os funcionários de escalões inferiores os que mais resistem à mudança mas sim, os gestores intermédios pelo receio de perda de poder e risco de falhar. Para implementar mudanças na organização age-se promovendo a adaptação e renovação dos comportamentos dos funcionários (Albert e Emery, 2002).

Os profissionais são actores-chave nos processos de mudança considerando-se, deste modo, igualmente, fundamentais nos processos de mudança ligados à introdução de mecanismos de qualidade nos hospitais. Persistem, contudo, dúvidas sobre o modo como os processos de qualidade contribuem para melhorar efectivamente os processos de gestão em saúde. Ou, dito de outro modo, persistem dúvidas sobre o que realmente traduz o conceito de qualidade em saúde. Propomo-nos nas linhas que se seguem apresentar uma breve reflexão sobre o conceito, a sua emergência e a aplicação ao contexto das instituições de saúde.

2 – O CONCEITO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A emergência das preocupações teóricas com a qualidade situa-se no final da IIª GM sobre forte influência da cultura de gestão Japonesa. Assim sendo, a filosofia de melhoria contínua da qualidade tem mais de 50 anos na indústria onde tem tido grande resultado. Três autores são habitualmente mencionados como os precursores da introdução do tema na cultura ocidental, nomeadamente, Crosby, Juran e Deming.

Para Crosby, qualidade significa "Conformidade com os requisitos" isto é, para ele tem de se ver a organização como um todo. (Mezomo:2001). Para Juran qualidade representa, antes, a " adequação ao uso". O Serviço deve servir as necessidades do

utente e ser ausente de defeitos. Finalmente, para Deming, a qualidade corresponde à "redução nas variações", "orgulho no trabalhador", "conhecimento profundo" e, ainda, às "habilidades" adequadas.

A definição do conceito de qualidade não é, por isso, uma tarefa simples sendo inclusivamente possível definir diferentes etapas no seu desenvolvimento ao longo do Séc. XX. Assim, nos anos 60 deu-se ênfase ao "controle", na década de 70 a ênfase passou para a "avaliação", já nos anos 80 falou-se em "garantia" e nos anos 90 em "Melhoria". Na actualidade, em pleno séc. XXI, a ênfase transfere-se para o "Desenvolvimento". Contudo, os objectivos fundamentais da qualidade mantêm-se assentando no respeito pela pessoa, pela equidade e pela ética da organização e do trabalhador profissional.

É neste âmbito mais geral, quase enquanto metáfora que procura designar a melhoria contínua dos serviços que o conceito começa a ser aplicado aos serviços públicos e, de forma mais particular, aos serviços de saúde.

Como temos vindo a referir com a NGP este conceito passa a estar igualmente institucionalizado nas formas de organização das instituições públicas assumindo um protagonismo singular no sector da saúde dada a sua importância para o bem-estar da população. Como afirma Mezomo:

> "Para atender a especialidade da área da saúde, poderemos dizer: ela é e deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização que é a de atender e exceder as necessidades expectativas dos seus clientes". (Mezomo:2001)

Neste âmbito são colocados em prática acções de melhoria contínua da qualidade. Esta melhoria contínua da qualidade refere-se a "um processo organizacional estruturado para envolver as pessoas no planeamento e execução de um fluxo contínuo ou melhorias nos sistemas, de modo a oferecer cuidados de saúde que atendam e excedam as expectativas dos clientes" (Mezomo:2001).

2.1 O Paciente: Centro de Administração da Qualidade.

Com a globalização da economia e competitividade cada vez mais as organizações optam por modelos que privilegiem as práticas que agregam valor ao cliente e optimizem o seu próprio desempenho.

"Se o cliente não estiver convencido de que a empresa o valoriza e respeita, de pouco vale o esforço dela para eliminar erros e defeitos ou para reduzir as reclamações" (Mezomo:2001: 64)

Neste âmbito inserem-se, igualmente, as acções preventivas de potenciais problemas. Ou seja, toda e qualquer situação que possa vir a constituir factor de desagrado para o cliente, deve ser prevenida, através da introdução da qualidade nos serviços e nos processos produtivos.

Actualmente a administração da qualidade não está tão centrada no mercado, nos produtos e serviços e seus processos, mas, antes, tem como preocupação primária e efectiva a satisfação dos clientes. Tratando-se de um serviço de saúde é fundamental que a organização tenha flexibilidade ou seja solicita face às expectativas dos pacientes não só a nível de diagnóstico e tratamento, mas também a nível da eficiência, rapidez e atenção que as pessoas que prestam cuidados despendem a quem atendem.

O enfoque centrado no paciente procura terminar também com a "soberania" do médico que, muitas vezes, entende que a qualidade só pode ser entendida e definida por ele. A posição central do médico no atendimento e no relacionamento com os pacientes tem vindo a ser revista.

> "Os médicos devem reflectir sobre a sua função e sobre ponto de vista de seus clientes quanto ao sentido e a amplitude do seu relacionamento, por consequência, da qualidade da atenção (Mezomo:2001:64)

Para prestar um bom serviço ao utente é necessário conhecê-lo porque ele é a "peça" principal dos cuidados de saúde, e medir a qualidade praticada com base no utente, ou seja, seguindo as informações por ele transmitidas.

Por "Qualidade" entende-se aqui, o grau de adequação dos serviços prestados, (testes, diagnósticos e tratamentos baseados no conhecimento actualizado com relação à eficácia e ao custo – efectividade) e as reais necessidades do paciente (Serviços efectivos, acessíveis e a custo compatível) (Mezomo:2001:66)

Embora exista uma preocupação da parte dos profissionais com a qualidade, contudo pouco se tem pensado em avaliar (medir) a qualidade dos resultados. A curto prazo a medida da qualidade de cuidados de saúde incorpora novos objectivos, centrados na relação qualidade e o custo total dos cuidados, pelo que é importante

planear medidas de qualidade centrada no paciente, para o que será necessário considerar-se alguns princípios" (Mezomo:2001:67/68). O autor refere-se especificamente aos seguintes:

a) Pensar como paciente, colocar-se na sua posição. Não pensar em mais nada além do atendimento de todas as suas necessidades;

b) Esclarecer os objectivos da medida da qualidade. Definir, também, os usuários do sistema, o uso da informação, a natureza do próprio sistema e a necessidade dele. Não esquecer que a meta final é a melhoria dos cuidados;

c) Oferecer respostas específicas às questões dos clientes, usuários, ex, quantos pacientes voltariam se necessitassem de novos cuidados?

d) Medir os resultados e os processos de cuidados. Resultado é o estado de saúde (biológica, física, mental e social) no tempo que se segue aos cuidados;

e) Dispor, graficamente as medidas (dados) para melhor visualização e compreensão;

f) Criar uma relação entre as medidas. Ex: A satisfação dos pacientes está melhorar? Quais são as maiores causas de satisfação? O que devemos fazer (providenciar) ou deixar de fazer para melhorar a satisfação dos clientes?

g) Usar os conceitos (excelente, muito bom, bom, regular e pobre) e os relatórios dos pacientes. Os conceitos podem ser usados para cobrir uma vasta gama de processos de trabalho.

h) Procurar a verdade: os usuários querem conhecer a verdade. Por isso é preciso construir medidas capazes de medir, de facto, o que se pretende medir (validade); que sejam representativas (amostragem adequada) e que sejam estáveis.

i) Estabelecer e melhorar continuamente a utilidade das medidas. Elas são úteis se estiverem disponíveis aos usuários e se referirem aos input, às acções, aos outputs e à bondade dos resultados aos olhos dos clientes.

O utente cada vez mais tem vindo a passar de "objecto" dos cuidados médicos, a "sujeito" com voz activa nas decisões que lhe dizem respeito. Além de que os profissionais de saúde têm tido cada vez mais a percepção de que a interacção com os utentes facilita o trabalho, garantido melhores resultados.

Todas estas alterações implicam, no entanto, e antes de mais, alterações na abordagem de gestão da instituição. Dito de outro modo, evidenciam a assumpção de que se aplicam às instituições públicas as linhas de orientação da gestão de serviços. A focalização na gestão de serviços é a única que permite o planeamento e desenvolvimento de processos de melhoria de qualidade, particularmente no que concerne a análise da marcação de primeiras consultas principal objectivo da análise que aqui nos propomos. Antes de focalizar a abordagem teórica a este nível importa esclarecer o que se entende por serviços.

3 – CONCEITO DE SERVIÇO

Apesar da crescente utilização de metáforas como a economia de serviços ou pós-industrial para expressar o peso que o sector dos serviços assume nas economias contemporâneas ainda não foi possível o consenso entre os diferentes autores quanto à definição precisa do conceito de serviço. Como afirmaram Haywood-Farmer e Nollet (1991):

> "Apesar de mais de 25 anos de estudos, os académicos da área da gestão de serviços não concordam sobre o que é um serviço. De facto, em vez de se aproximarem de uma definição, eles parecem ter cada vez menos certezas…o problema está em tentar descrever em poucas palavras 75% da actividade económica das nações desenvolvidas. É de espantar que haja excepções a todas as definições?"

Tal não significa, no entanto, que não existam já algumas tentativas relevantes. Assim, do ponto de vista organizacional, o conceito de Serviço é interpretado como a maneira pela qual a "*organização gostaria que os seus serviços fossem percepcionados pelos seus clientes, empregados, accionistas e financiadores*" (Heskett, 1986).

Ao centrar-se no ponto de vista do cliente, o conceito procura traduzir a forma como o cliente percepciona os serviços da organização. Frequentemente, o conceito de Serviço é definido como o produto do serviço. Contudo, exclui a complexidade de muitos serviços, assim como a questão integradora e a percepção do serviço por parte dos clientes.

Isto é, o conceito de Serviço é muito para além do produto do serviço, é antes, interpretado como a imagem mental que os clientes, empregados e accionistas têm do

serviço. Clark et al. (2000) referem-se ao "Serviço da mente" no sentido em que o cliente pode ter em mente um serviço completamente diferente daquele que irá experimentar.

Para que o conceito de Serviço possa ser partilhado, comunicado e/ou avaliado tem de ser escrito, discutido e acordado. Mas,

> "mesmo quando escrito, o conceito de Serviço não tem uma realidade objectiva da mesma forma que um produto manufacturado tem, no entanto, é um meio pelo qual as organizações podem ganhar alinhamento interno e externo, assegurando que todos os constituintes têm o mesmo, ou pelo menos, similar serviço na mente" (Johnston and Clark, 2002)

As diversas partes da organização podem ter perspectivas e prioridades diferentes acerca da natureza do serviço pelo que o conceito de serviço, pode ser utilizado como ferramenta de alinhamento que visa ligar as diferentes funções organizacionais a um propósito comum e a um padrão, relativamente ao qual as suas acções podem ser verificadas.

O Conceito de Serviço também pode servir de alavanca para o desenvolvimento do serviço a longo prazo, através da comparação de alternativas, da análise de novas propostas ou até de propostas concorrentes.

Efectivamente, é uma vantagem estratégica porque permite ajudar os gestores a compreenderem o seu negócio e a distingui-lo do de outras organizações, para além de ajudar a pensar nos diferentes clientes e nas suas necessidades. Deste modo, os gestores são levados a desenvolver conceitos novos e inovadores que agradem aos clientes e forneçam à organização uma vantagem competitiva significativa.

3.1 – Expectativa e Satisfação do Cliente

A necessidade de compreensão das expectativas dos clientes prende-se com o facto de se querer assegurar que o serviço concebido e realizado vá de encontro às expectativas dos clientes, na medida em que se os clientes ficarem satisfeitos haverá uma probabilidade muito maior de que recorram de novo aos serviços, de que os recomendem a outras pessoas, assim como que, tenham uma predisposição positiva perante o serviço.

Contudo, o serviço pode ser percepcionado como bom quando, de facto, é mau e vice-versa. Também, um serviço que foi bom a última vez pode agora ser meramente satisfatório ou até mau, assim como, a hipótese de um cliente satisfeito poder mudar para outro fornecedor, não pode ser descartada.

A satisfação do cliente será conseguida na avaliação que este fará a seguir a uma experiência de serviço, pelo que é necessário que se crie um sentimento de confiança. Todavia, existem factores que podem condicionar e influenciar a confiança do cliente como os meios de comunicação social, o passa palavra, a visibilidade, a familiaridade, entre outros.

Porém, se a organização gerir bem estes factores poderá ter um impacto importante nos seus potenciais clientes e na eficiência e eficácia do serviço que presta. Outros factores importantes a reter são os de qualidade de serviço que são atributos do serviço sobre os quais os clientes podem ter expectativas e que precisam ser atendidos com algum nível de especificação.

Em Johnston (1995b) e Silvestro e Johnston (1990), são enumerados 18 factores que envolvem a totalidade da qualidade do serviço, nomeadamente: Cuidado; Limpeza/atractividade; Conforto; comprometimento; Comunicação; Competência; Cortesia; Flexibilidade; Cordialidade; Funcionalidade; Integridade; Confiabilidade; Responsabilidade e disponibilidade.

No entanto, o factor mais determinante no desenvolvimento do serviço é o seu processo.

3.2 – Processos de Serviço

O Processo de serviço traduz-se num conjunto de tarefas e/ou actividades inter relacionadas que, numa sequência apropriada, criam o serviço. Neste sentido, um bom serviço é o resultado da concepção e da realização cuidadosa de um conjunto de processos inter-relacionados.

A totalidade do processo de serviço tem de ser o elemento mais significativo na avaliação da qualidade por parte do cliente, ou seja, não só os processos que lidam directamente com o cliente, como também, os processos por de "trás do balcão", pelo que é necessária a gestão, coordenação e comunicação entre o "*front"* e o "*back Office*". Os processos de serviço são muito variados, implicando a sua variedade, no impacto a nível de custos, complexidade e flexibilidade das operações.

Quanto à classificação, os processos podem ser, segundo Johnston and Clark: 2002:202/203):

- Rotineiros – envolvem actividades padronizadas, previsíveis e eficientes. Associados a processo de alto – volume/baixa – variedade. Ex: registo de doentes.
- Repetidos – actividades padronizadas mas mais complexas que as rotineiras. Absorvem mais recursos e necessitam de reaprendizagem ou reajustamento. Ex: Lidar com doentes e familiares difíceis.
- Estranhos – envolvem actividades não padronizadas, associadas a uma actividade e projecto exclusivo. Processo de baixo volume/alta – variedade. Sendo difícil de prever a procura, os recursos exigidos para lidar com a procura podem ser menos certos e menos bem definidos em termos de recursos necessários (procedimentos novos).

Para conceber um bom serviço é necessário tomar em atenção a perspectiva do cliente e compreender bem todo o processo de serviço pelo que a engenharia do serviço ajuda na concepção de novos processos de serviço, assim como na avaliação e melhoria dos já existentes.

Contudo, as organizações, por norma, recorrem á concepção de processos baseada numa actividade de tentativa e erro. Todavia, as organizações que concebem um bom serviço, através da engenharia de serviço, recorrem a técnicas como o mapeamento de processos, auditorias e análise transaccional do serviço. O mapeamento de processos envolve a representação gráfica do processo de serviço para ajudar à avaliação, concepção e desenvolvimento de processos já existentes ou novos.

A ausência do recurso frequente a especialistas da área da gestão de serviços prende-se com o facto de se tratar de recursos qualificados, traduzindo-se em gastos mais elevados.

3.3 – Recuperação do Serviço

A recuperação do serviço é uma acção que procura lidar com as falhas na realização do serviço de forma a melhorar o desempenho. O seu objectivo não é, propriamente, a satisfação do consumidor, mas sim usar a informação obtida com a falha e suas consequências para impulsionar a melhoria continua por toda a organização

focando a atenção da gestão em áreas problemáticas específicas. Por exemplo, o número de queixas/reclamações nos serviços está a aumentar. O que terá motivado este aumento? Será que a qualidade dos serviços tem vindo a diminuir? Ou a qualidade percepcionada tem vindo a diminuir através do aumento dos movimentos de defesa do consumidor, devido a iniciativas governamentais, devido a uma atitude mais esclarecida por parte dos utentes.

Pelo cenário apresentado é cada vez mais importante a recuperação do serviço. Uma boa recuperação do serviço traduz-se no aumento da satisfação do cliente, na sua retenção, na melhoria dos processos, assim como num melhor desempenho financeiro.

Um cliente insatisfeito pode não fazer nada, mas também pode ter reacções mais adversas como: 'barafustar', fazer queixa, contar aos amigos, não voltar à organização, dissuadir outras pessoas a utilizar a organização, até mesmo tornar-se um 'consumidor terrorista'.

A melhor maneira de prevenir reclamações e eliminar a possibilidade de recuperação do serviço é evitar que os problemas ocorram contudo, os problemas estão sempre presentes e as reclamações são a prova disso. Então, é importante o modo como agimos perante as reclamações. Para um tratamento excelente de reclamações é necessário lidar com o cliente, solucionar com base no problema, e procurar solucionar o problema na organização.

Estes conceitos surgiram inicialmente no sector da gestão associada às organizações privadas. No entanto, como temos vindo a referir, nos últimos anos esta problemática passou também a constituir-se como objecto de preocupação das instituições públicas. Procuramos de seguida reflectir sobre a presença de mecanismos de qualidade nos serviços hospitalares e as indicações existentes na literatura no que concerne aos processos de melhoria na marcação de consultas com vista à redução do enorme problema das listas de espera.

CAPÍTULO III – QUALIDADE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES E OS PROCESSOS DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS

1 – QUALIDADE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES EM PORTUGAL

A preocupação do Estado com a qualidade da saúde conduziu à criação em 1999 do Instituto de Qualidade em Saúde (Portaria 288 de 27 de Abril). No âmbito da sua actuação foram elaborados os Manuais de Qualidade na Admissão e Encaminhamento de Utentes, por forma a permitir aos profissionais, em colaboração com as administrações, desenvolver o controlo e gestão do processo de admissão, atendimento e encaminhamento dos utentes (Carvalho, 2009).

Mais tarde, são, igualmente, usados alguns indicadores de qualidade na avaliação dos hospitais empresarializados. Entre estes, destaca-se o "Agregador de Avaliação da Qualidade" que considera indicadores de processo a percentagens de cirurgias de ambulatório, a percentagem de partos pró cesariana, taxas de autorias e episódios de internamento por infecção hospitalar (Giraldes:2007). No que diz respeito ao hospital que elegemos para análise concluiu-se da medição do indicador citado, segundo que: " nos Hospitais do grupo V o Hospital de São Sebastião apresenta o mais baixo indicador Agregado de eficiência, seguido do Hospital Infante D. Pedro E.P.E – Aveiro" (Giraldes-2007:472), Todavia, não nos permite fazer qualquer leitura da realidade do Serviço de Consulta Externa.

Na realidade, no último relatório do OPSS publicado (2008) realça-se a importância de existir mais informação acerca da satisfação dos pacientes e dos profissionais como forma de complementar a informação económico-financeira existente.

Embora o nosso estudo não se centre na temática da satisfação cremos que a análise do planeamento das consultas externas em cuidados de saúde poderá constituir um importante factor na qualidade de vida dos utentes e, inclusivamente profissionais.

2 – GESTÃO E PLANEAMENTO DE CONSULTAS EXTERNAS EM CUIDADOS DE SAÚDE

Financiadores e, sobretudo, prestadores de cuidados de saúde, encontram-se sob uma contínua pressão para reduzir custos e melhorar a qualidade do serviço prestado.

Nos últimos anos, a crescente ênfase na medicina preventiva bem como na necessidade de encurtar os tempos de internamento tem vindo a atribuir aos serviços de consulta externa um protagonismo cada vez mais elevado nos cuidados de saúde. Neste âmbito, as instituições hospitalares centram, a sua atenção na relação custo/eficiência das consultas externas (Goldsmith, 1989).

No âmbito destas consultas a qualidade é particularmente tangível no que concerne ao tempo de espera do paciente e ao nível de congestionamento das salas de espera. Alguns estudos revelam que o tempo de espera quando percepcionado como excessivo é um dos principais factores causadores da insatisfação dos pacientes com o serviço (Huang, 1994; Jackson, 1991). Para além da interferência nos níveis de satisfação dos pacientes, uma boa programação das consultas poderá traduzir-se, igualmente, na rentabilização de recursos e equipamentos.

Assim sendo, não é de estranhar que o interesse dos investigadores pela gestão do tempo da consulta se tenha iniciado bastante cedo. O primeiro estudo conhecido nesta área foi publicado em 1952 por Bailey que procurou estabelecer um equilíbrio entre os tempos de espera do utente e do médico através da construção de modelos matemáticos de filas de espera para minimizar os tempos de espera.

Desde esse estudo foram desenvolvidos diversos outros utilizando técnicas operacionais e matemáticas, incluindo teorias sobre filas de espera (Birchall, Cox and Wong, 1983; Brahymi and Worthyngton, 1991) e simulação (Fetter and Thompson, 1996; Vissers, 1979; Marshall, 1986; Babas and Sarma,1991; Paul,1995; Aharonson – Daniell, Paul and Hedley, 1996; Klassen and Rohleder, 1996; Crofts, Barlow and Edwards, 1997; Taylor and Kuljis, 1998; Lehaney, Clarck and Paul, 1999).

Apesar destes desenvolvimentos esta questão continua extremamente actual. De tal forma que expressando a preocupação com o tempo excessivo de espera de consultas, no Reino Unido, o Estado tomou a iniciativa de criar a Carta dos Direitos dos Utentes (Departamento de Saúde, 1991, 1995). Esta carta corresponde a um conjunto de procedimentos standard que estabelece que todos os pacientes deverão ser observados no máximo 30 minutos dentro da hora marcada para a realização da consulta. Esta problemática está invariavelmente associada à construção e percepção da noção de tempo.

O tempo pode ser definido como a soma de todos os tempos em que um paciente necessita de atenção do médico, impedindo-o de ver outro doente (Bailey, 1952). A maioria dos estudos assume que cada utente necessita de tempos de consulta independentes e distintos. A assumpção geral de independência entre a chegada e os padrões do serviço podem ser questionáveis. Na prática, os médicos podem aumentar a sua capacidade de serviço se apenas subconscientemente durante uma hora de pico perceberam que há muitos doentes à espera. Isto é, aliás, verificado empiricamente em diversas análises (Bailey, 1952; Rockart e Hofmann, 1969; Risind e tal, 1973, Babes e Sarma 1991).

Na realidade, a literatura, sobre horários de consultas, pode ser classificada em duas categorias essenciais: estática e dinâmica. No caso da estática, todas as decisões têm de ser tomadas antes de iniciar a consulta, que é o sistema de consulta mais comum no sistema de saúde. Assim, não é de estranhar que grande parte da literatura se concentra no problema mais estático. Contudo, alguns, documentos também consideram o caso dinâmico, em que a programação de utentes futuros são revistos continuamente durante todo o dia baseado no estudo do sistema no momento (Fries e Marathe, 1981; Lião, Pegden, e Rosenshine, 1993; Liu e Liu 1998b). Tal só é aplicável quando os pacientes chegam à área do serviço onde podem ser regulados dinamicamente, o que geralmente envolve pacientes já admitidos no hospital ou especialidade.

A Consulta Externa pode ser entendida como um sistema de fila de espera, o qual representa um único conjunto de condições que tem que ser considerado quando desenhado a sistemas de consulta. O caso mais simples é quando todos os pacientes chegam pontualmente à hora da consulta estipulada para cada doente.

Pacientes que não são pontuais, que faltam, interrupções, emergências, podem contribuir para "estragar" a escala de horários. Além disso, os médicos podem chegar atrasados para o início da consulta ou podem ser interrompidos devido a actividades não directamente relacionadas com consultas.

Apesar de as teorias provarem que uma fila de espera única resulta num tempo de espera menor, na maioria dos serviços médicos, os sistemas desenhados para a atribuição de médicos de forma aleatória são indesejáveis, pois não existe a relação médico-utente. Devido a este efeito psicológico, tanto os profissionais como os investigadores geralmente aplicam filas independentes para cada médico (Rising et al. 193; Cox et al., 1985)

Diversos autores (Vissers, 1979; Heaney, Hoeie, e Porter, 1991; Meza, 1998), têm vindo a demonstrar a existência de uma relação positiva entre os tempos de espera e o número de consultas. Além do mais o estudo realizado por Ho e Lau (1992) conclui que o efeito do número de consultas duma sessão clínica é mitigada pelas faltas dos doentes e variavelmente dos tempos de consulta, e por isso, não pode ser facilmente generalizado.

As características da chegada dos doentes à consulta são compostas pelos seguintes factores que afectam a performance do sistema da mesma:

a) Atrasos dos utentes que pode ser definido como a hora da consulta e a hora efectiva da chegada do utente. Evidência empírica sugere que os pacientes chegam mais vezes mais cedo do que tarde (Fetter e Thompson, 1966; Bobes e Sarma, 1991; O`Keefe, 1985; Brahimi e Worthington, 1995b), Klassen e Rohleder, 1996; Lehaney, Clauke e Paul, 1999). Mas, como Welch e Bailey (1952) demonstraram, os doentes chegarem cedo pode ser indesejável uma vez que cria congestionamento na área de espera.

   Alguns autores modelam a pontualidade do paciente ajustando a distribuição da probabilidade teórica dos histogramas empíricos derivados dos tempos de chegada do paciente relativos á sua hora de consulta (Blanco White and Pike, 1964; Fetter e Thompson, 196; Swartzman, 1970; Cox e tal, 1985). Vissers e Wijngaard, 1979), combinando os atrasos de paciente e médico sob uma variável chamada "System earliness" (Sistema de Pontualidade). Nos modelos de fila de espera de Mercer (1960,1973), os atrasos dos pacientes são modelados como uma variável aleatória independente com um certo limite de atraso máximo. Em todos estes estudos é assumido que a falta de pontualidade dos pacientes é independente das suas horas de consulta.

b) As faltas estão referenciadas na literatura como moderadas situando-se entre 5 e 30%. A informação empírica sugere diferenças entre especialidades em termos de probabilidade de faltas observadas (Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1965)

Como será expectável, os estudos revelam que a probabilidade do número de faltas ser grande aumenta de igual modo a probabilidade do médico estar livre diminuindo os tempos de espera. Avaliação efectuada por Ho e Lau (1992) de três

factores (probabilidades de faltas, variedade do tempo de consulta e o número de pacientes por consulta) revela que, entre os três a probabilidade de faltas é a que mais afecta o desempenho e a selecção de um sistema de consulta.

Vissers e Wilhgaard (1979) baseiam o impacto de faltas e interrupções na média e variação dos tempos de consulta. A presença de acompanhantes pode também ser incluída quando modelam o processo. Acompanhantes embora não utilizem o serviço, utilizam a sala de espera. Colocá-los fora do processo pode alterar os resultados para calcular a área da sala de espera de uma determinada especialidade (Swisher e tal 2001).

Nesse caso, a probabilidade de um doente chegar com acompanhante também necessita de ser calculada. É possível que existam diferenças entre as diferentes especialidades Ex. em Pediatria e Psiquiatria, é expectável, que todos os pacientes cheguem pelo menos com um acompanhante.

Outro factor a ter em consideração diz respeito aos médicos. A falta de pontualidade dos médicos tem sido vastamente analisada (Blanco, Wite e Pike, 1964; Fetter e Thompson, 1966; Visses, 1979; Mahachek e Knabe, 1984; Babes e Sarma, 1991; Liu e Liu, 1998a e 1998b). Todos estão de acordo que os tempos de espera dos doentes são altamente sensíveis a este factor. Se o médico não começar a horas, os atrasos vão aumentando durante toda a sessão de consulta.

Outro factor é o nível das interrupções (também designados intervalos de tempo). Isto inclui actividades durante a consulta que requerem a atenção do médico, como sejam o apoio a funcionários, telefonemas etc., que interrompem a consulta. Rising et al (1973) e Lehoney et al (1999) incluíram a interrupção nos seus modelos como sendo intervalos entre consultas.

Existe uma espécie de jogo nesta base paciente/médico. O paciente pode chegar mais cedo para ganhar ao sistema ou chegar atrasado sabendo que irá ter de esperar de qualquer forma. Da mesma forma o médico chega tarde pensando que o primeiro doente chegará depois da hora. Normalmente as análises são realizadas na expectativa de que tanto os doentes como os médicos, serão pontuais.

Em quase todos os estudos assume-se que os utentes que chegam são atendidos por ordem de chegada. Se os utentes forem pontuais, esta disciplina é idêntica a atender os doentes pela ordem das suas consultas. Contudo, a falta de pontualidade pode alterar

a ordem para assistir os pacientes, pois os médicos não esperam pelo doente da próxima consulta quando têm outros doentes à espera.

Em conclusão diremos que esta breve análise da literatura revela a enorme diversidade e multiplicidade de variáveis que poderão entrar em jogo quando procuramos tornar um sistema de gestão de marcação de consultas mais eficiente. É tendo por base esta realidade que nos propomos apresentar um estudo de caso específico.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO: MARCAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS NO HOSPITAL DE AVEIRO

1 – MAPEAMENTO DO PROCESSO DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS

Na tentativa de procurar gerir eficientemente a marcação de consultas externas e, em última análise, procurar reduzir e/ou eliminar as listas de espera, o governo Português adquiriu uma aplicação informática, conhecida como ALERT P1. Este programa foi especialmente desenhado para a gestão de consultas de especialidade entre centros de saúde e hospitais.

Procuramos, de seguida, expor extensiva e graficamente os procedimentos de base para a gestão de pedidos de inscritos em espera para primeiras consultas de especialidade. Este processo inclui cinco momentos distintos:

a) Quando o administrativo procede à triagem das solicitações provenientes dos Centros de Saúde (Verifica se a solicitação reúne todas os requisitos exigidos após o que associa o utente à base de dados do hospital). Deste modo dá início à contagem do tempo de espera para primeira consulta e o pedido é enviado para o médico triador.

b) O triador clínico verifica se a solicitação reúne os requisitos clínicos exigidos, faz a triagem por prioridade de marcação após o que, envia de novo ao administrativo da consulta.

c) Devolução administrativa ao Centro de Saúde por dados insuficientes e/ou incorrectos, utentes fora da área de influência do hospital e/ou por não existir no hospital a especialidade solicitada. Devolução clínica por falta de exames complementares ou porque o clínico entende que a consulta não se justifica.

d) No momento da marcação da consulta é impresso, automaticamente, uma convocatória, em suporte papel, para ser enviada ao utente.

Estes momentos podem ser melhor visualizados através do gráfico seguinte:

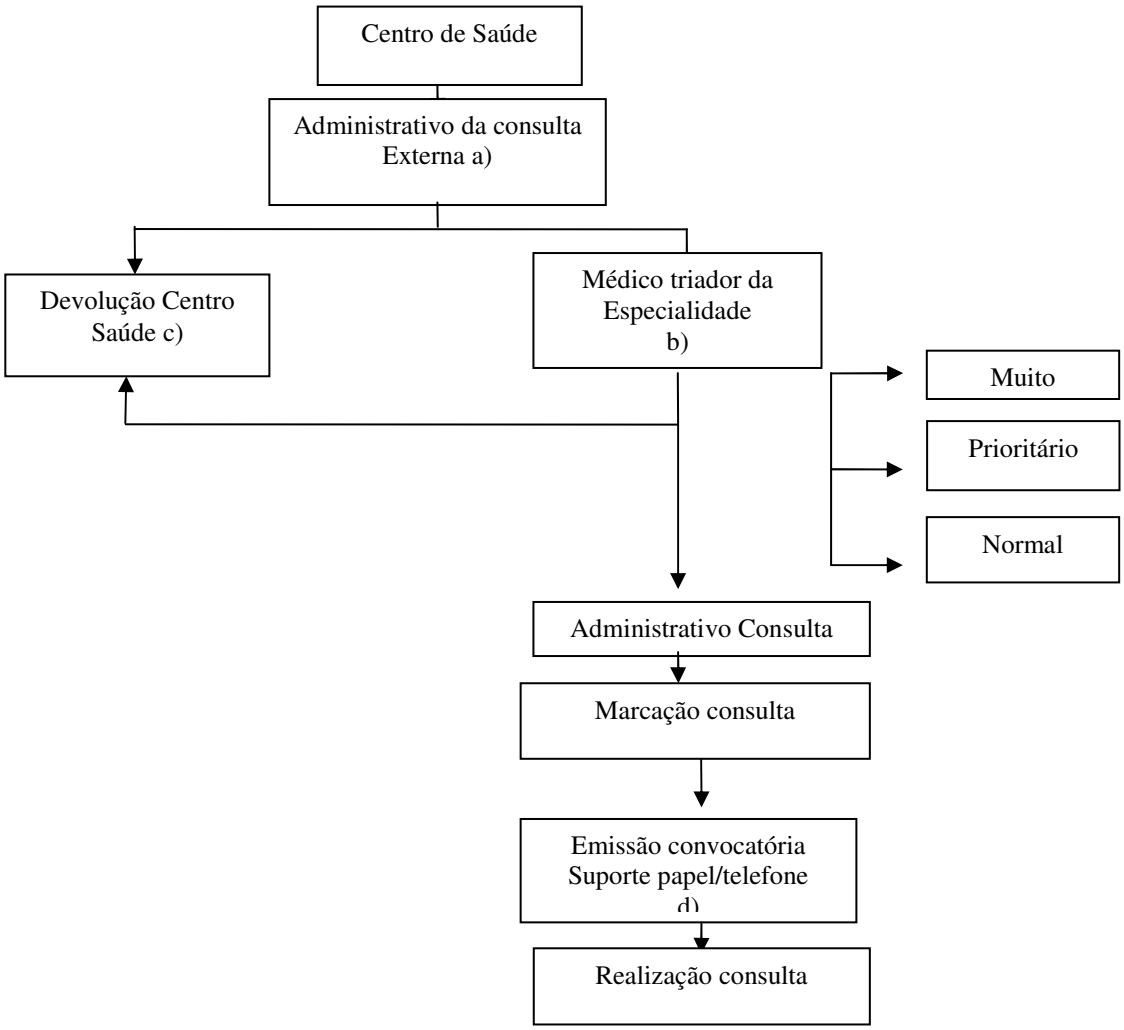


Gráfico I

Analisando cada um destes momentos com maior atenção podemos identificar os principais actores envolvidos bem como as suas principais funções. Através da tabela 1 (pág.47) podemos concluir que a grande maioria dos envolvidos possui responsabilidades no processo em diferentes fases.

Tabela 1: Descrição das Funções dos Actores Envolvidos na Gestão de Inscritos em lista de espera para Primeira Consulta

Responsabilidades

Actividades	Função			
	CS	ADM CM 1ªC	MT	ME
Envio do pedido para o hospital	R			
Recepção PCE em suporte informático – ALERT P1		R		
Triagem Administrativa		R		
Registo do motivo de recusa e devolução de PCE aos CS, nos casos em que o PCE não é aceite		R	R	
Envio dos PCE aos Médicos Triadores das diversas especialidades		R		
Triagem clínica e Ordenação por critério clínico para marcação			R	
Marcação da Consulta, Emissão e envio de convocatória para consulta, ao utente		R		
Arquivo dos PCE		R		
Faltas e Remarcações		R/E		R
Devolução de PCE por morada desconhecida, errada ou insuficiente		R		

Legenda: R- Responsável; E- Envolvido; ADM CM1ª C – Administrativo da Central Marcação de Primeiras Consultas; CE – Consulta Externa; MT – Médico Triador; CS – Centro de Saúde; ME – Médico Especialista; PCE – Pedido de Consulta Externa.

Envio do pedido de consulta pelo Centro de saúde ao Hospital

No Centro de Saúde o médico de família emite a solicitação de consulta de especialidade e o administrativo canaliza, através do Alert P1, para o hospital.

Recepção dos pedidos de consulta externa em suporte informático – ALERT P1.

O ADM CM 1ª.C é responsável pela verificação, diária, do programa ALERT P1, através do qual as solicitações de primeiras consultas de especialidade provenientes dos Centros de Saúde, dão entrada no hospital.

Triagem administrativa

O ADM CM 1ªC deve verificar se cumprem os critérios administrativos de aceitação do PCE, após o que canaliza para o médico triador.

Registo do motivo de recusa e devolução de PCE aos CS, nos casos em que o PCE não é aceite

O ADM CM 1ªC é responsável pelo registo informático do motivo da recusa e devolução de todos os PCEs que não são aceites, de acordo com tabela do sistema informático e/ou por determinação do médico triador.

Envio dos PCE aos médicos triadores de cada especialidade para triagem clínica

O ADM CM 1ªC é responsável pelo envio dos PCE aos MT de cada Especialidade para Triagem Clínica. Contudo, a triagem clínica não tem sido uma prática cimentada pelo que, a CM 1ªC procede à marcação de "algumas" solicitações de primeiras consultas sem a, devida, triagem clínica. A marcação é, nestas situações, executada por antiguidade de entrada da solicitação no hospital.

Separação dos PCE a recusar e a aceitar

O MT pode, também, recusar o PCE, indicando o motivo da recusa (ex dados clínicos insuficientes; exames prévios insuficientes ou não se justificar a solicitação de consulta).

Triagem clínica e ordenação por critério Clínico

O MT é responsável pela Triagem Clínica dos PCE a aceitar, tendo, por conseguinte, igualmente a responsabilidade de ordenar os pedidos aceites por critérios de foro clínico. Ordenação essa que servirá de suporte para a marcação das consultas. Os critérios existentes para selecção de ordem de marcação são: Muito Prioritário, Prioritário e Normal. Sendo que a data de solicitação é muito relevante. Sempre que o médico triador menciona "normal" na solicitação da consulta, o administrativo ao verificar os pedidos a marcar, faz a marcação a partir do pedido mais antigo

Marcação da consulta, emissão e envio de convocatória ao utente

O ADM CM1ª C é responsável pela marcação e emissão de convocatória para consulta, através do sistema informático SONHO (como iremos ver mais à frente). É ainda responsável por assegurar o envio da convocatória ao Utente em tempo útil (mínimo de 8 dias úteis). Em casos em que excepcionalmente tal não seja possível, deve o ADM CM1ª C contactar o utente via telefone.

Arquivo do PCE

O ADM CM1ªC é responsável pelo arquivo, em pasta própria, e de acordo com a ordenação estabelecida (data da entrada e por critério clínico) dos PCE por marcar. Assim como é responsável pelo envio para o processo clínico do doente dos PCE com consulta marcada. Os pedidos de primeiras consultas cujo utente não tem processo no hospital é gerado processo e elaborado um dossier para a consulta

Faltas e Remarcações

Sempre que o utente falte a primeira vez à consulta solicitada deve o ME responsável pela consulta registar a falta no processo clínico do doente.

O não aviso de impossibilidade de comparência na consulta, num período mínimo de cinco dias, é razão válida para retirar o utente da lista de espera para consulta. A convocatória refere a obrigatoriedade de avisar, de forma justificada o motivo de não comparecência. Quando o utente, ou alguém por ele, avisa da sua não comparência o ADM CM 1ªC procederá a remarcação da consulta para a primeira vaga disponível ou outra que o clínico entenda.

Devolução de PCE por morada desconhecida, errada ou insuficiente

Sempre que a convocatória para consulta for devolvida ao HIP por morada desconhecida, errada ou insuficiente, deve o ADM CM 1ª C, registar o facto como motivo de recusa e devolver o PCE ao CS responsável pelo pedido, arquivando cópia do ofício de devolução (contendo em anexo cópia do PCE e convocatória devolvida) no processo clínico do doente, retirando o utente da lista de solicitações por marcar, vulgo Lista de Espera para Consulta Externa. Todavia, o utente só é expurgado da lista de espera para primeira consulta de especialidade hospitalar se o administrativo não conseguir contactar com o utente e actualizar a morada e/ou outros dados incompletos/incorrectos

2 – MARCAÇÃO PRIMEIRA CONSULTA NO SISTEMA "SONHO" ATÉ EMISSÃO CONVOCATÓRIA

Passo 1: O ADM CM1ªs C. pesquisa o utente na lista de espera através do número de pedido do CS ou através do nome.

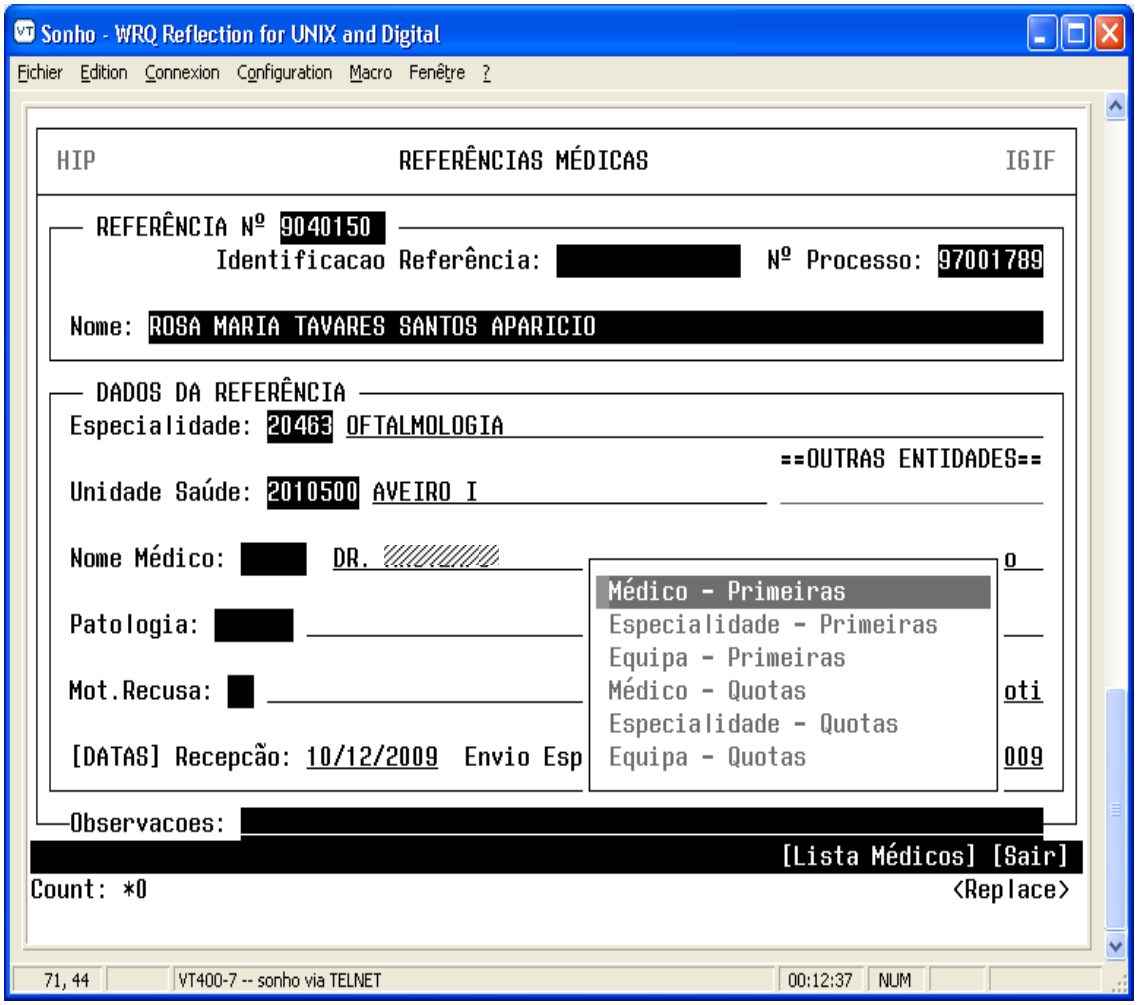


Figura 1

Passo 2: Após a localização do utente pretendido fazer a pesquisa das vagas/médicos disponíveis

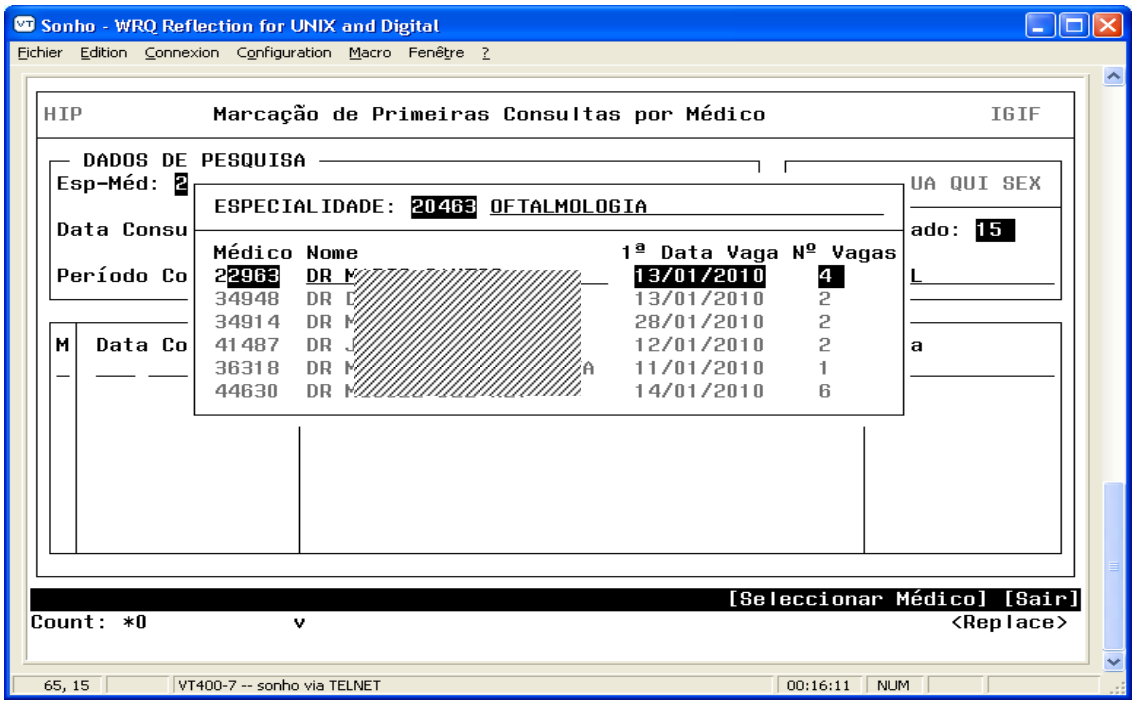


Figura 2

Passo 3:Seleccionar a data/médicos encontrados

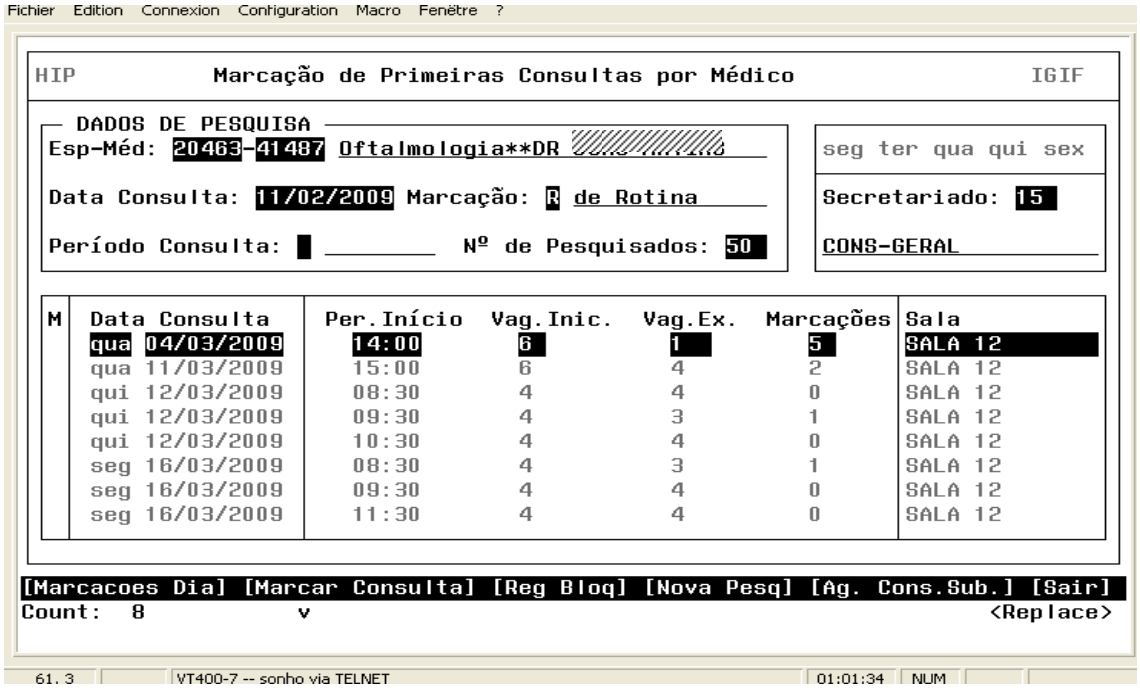


Figura 3

Passo 4: Proceder à marcação da consulta através da gravação da data/Medico seleccionados

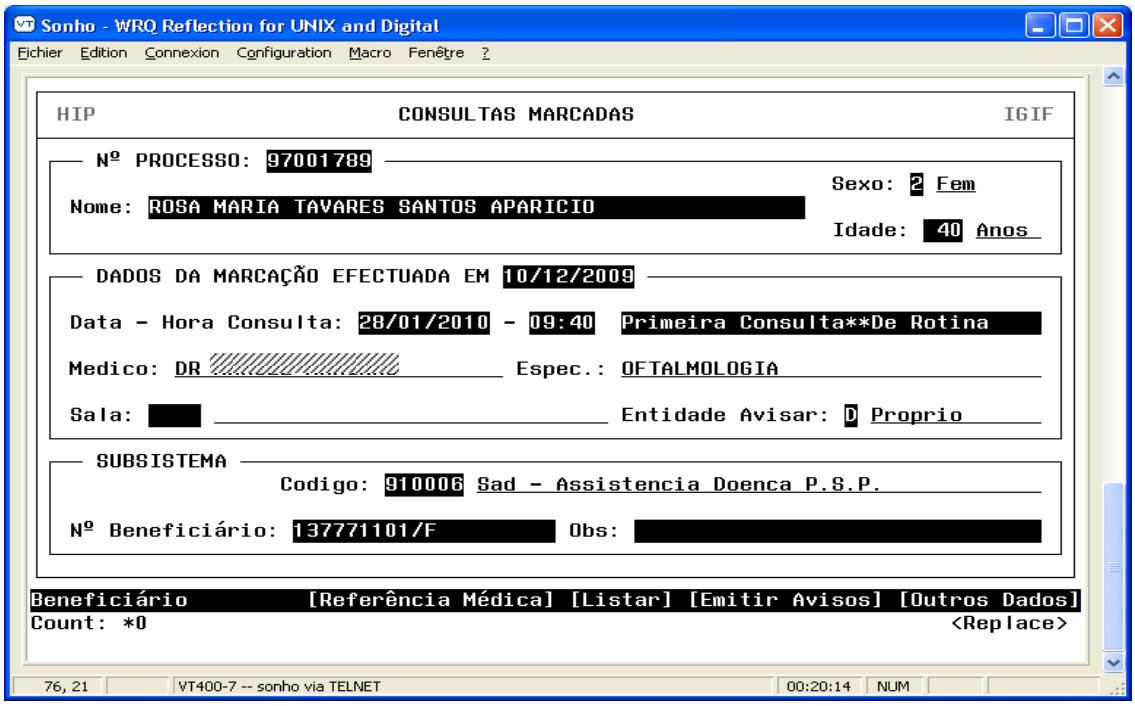


Figura 4

Passo 5: Após a marcação da consulta é emitida um documento – convocatória com todos os elementos informativos para o dia da realização da consulta (anexo D)

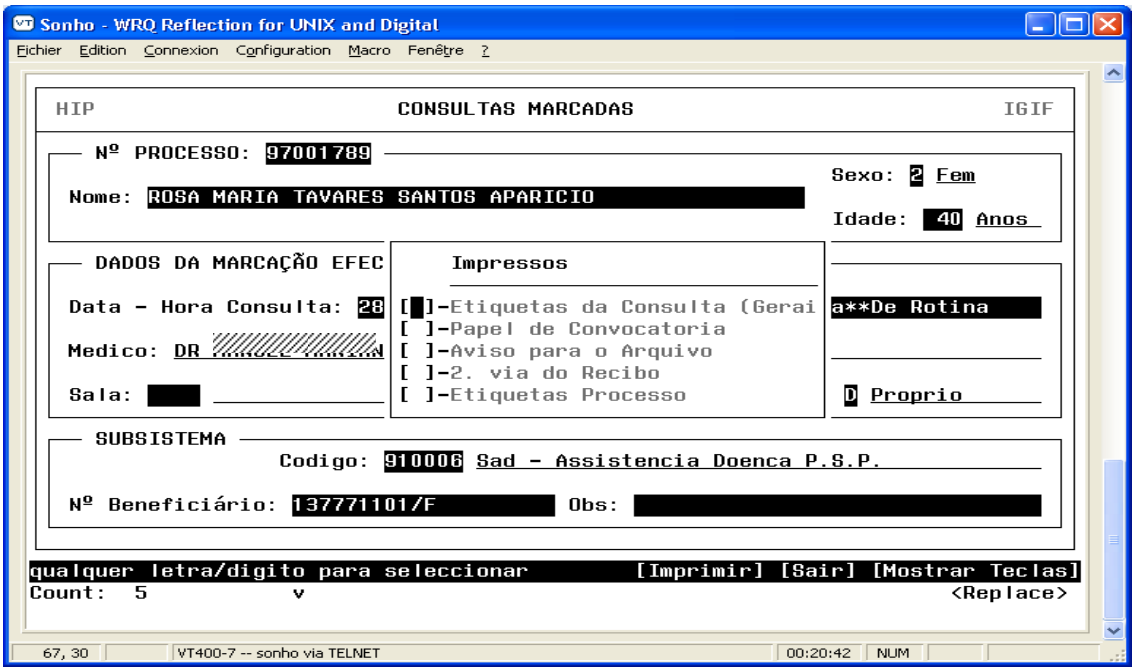


Figura 5

3 – ALERT P1 E SONHO.

O Alert P1 (Software de referenciação para consultas de especialidade) e o Sonho andam de mãos dadas na gestão da informação relativa às solicitações de Primeiras consultas hospitalares.

Como referimos antes, ALERT é uma solução informática de carácter global destinada à informatização dos serviços de saúde. Na base da sua concepção encontramos conceitos de interoperabilidade e partilha de informação. Esta aplicação distingue diferentes perfis de utilizadores para o acesso a ambientes de trabalho específicos.

ALERT P1 "é um sistema informático integrando Centros de Saúde, / Hospitais / ARS / Ministério da Saúde permitindo a triagem e gestão de pedidos de primeiras consultas de especialidade". (Pág.11 – Manual de Utilizador do Alert P1).

Assenta num sistema de informação clínica para comunicação entre Centros de Saúde e hospitais, referenciando a marcação de consultas em função de critérios clínicos e facilitando o acesso dos utentes às unidades de saúde.

O SONHO traduz-se numa aplicação informática cujo objectivo geral é controlar o fluxo de utentes no hospital permitindo conhecer informação relativa a quem está, a quem saiu, o que fez e sempre que possível, com que percursos garantindo, deste modo, a normalização de dados estatísticos e de facturação. A informação descrita facilita a gestão por parte dos hospitais e do Ministério da Saúde. Os dados inseridos no SONHO são dados/registos administrativos

"No início da década de 90 a adesão ao SONHO atingiu cerca de 90% do conjunto das entidades hospitalares portuguesas. (Teixeira e Brochado-2005:47)

4 – PROCESSO DE SOLICITAÇÃO/MARCAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS HOSPITALARES

4.1 – A escolha de quatro especialidades de primeiras consultas hospitalares

Como referimos previamente, foram seleccionadas, para avaliação/análise dos tempos de espera para primeira consulta de especialidade hospitalar, as especialidades de Oftalmologia, Dermatologia, Urologia e Psiquiatria.

A escolha recai sobre estas especialidades por terem características diferentes no que respeita ao número de clínicos a dar resposta às solicitações de primeiras consultas, no método de triagem aplicada por cada especialidade, pelo facto de o número de dias/horas que cada especialidade dedica à Consulta Externa ser diferente assim como por serem especialidades cujas solicitações são em grande número abrangendo uma grande área de influência.

Para análise das quatro especialidades supra citadas foi realizado o levantamento de 50 solicitações de primeiras consultas de especialidade hospitalares com a preocupação de serem referenciadas solicitações no período compreendido entre o dia 01 de Janeiro de 2008 e o dia 31 de Dezembro do mesmo ano assim como foram seleccionados dias dos mês diferentes ao longo da recolha.

A recolha de dados relativos a 200 utentes distribuídos pelas especialidades mencionadas anteriormente identifica os tempos de espera, em cada momento, desde a emissão do pedido de primeira consulta de especialidade através do Centro de Saúde até à realização da consulta no hospital. Como as solicitações alvo de análise foram na íntegra executadas em suporte informático é possível analisar, com recurso a data, hora e nome do profissional envolvido, em cada um dos passos desde a elaboração do pedido pelo médico de família até á marcação da data para satisfação do referido pedido.

5. A ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS, POR ESPECIALIDADE

5.1 – Especialidade de Oftalmologia

O Hospital Infante D. Pedro E.P.E – Aveiro desde final de 2007 que se encontra apetrechado com um Serviço de Oftalmologia a funcionar em espaço físico próprio (possui 5 gabinetes para consulta) e dotado de equipamentos que dão resposta à quase totalidades dos meios complementares necessários para fins de diagnóstico e terapêutica inerentes à especialidade.

A especialidade em análise raramente tem doentes internados, excepto situações pontuais, pelo que a dedicação à consulta externa é diária. As actividades executadas pelos médicos oftalmologistas para além da observação de utentes em consulta externa prendem-se com a ida ao Bloco Operatório o que realizam à Quarta-feira de manhã e de tarde e à Sexta-feira de manhã assim como a realização de Pequena Cirurgia neste mesmo dia de manhã, contudo só se realiza de 15 em 15 dias e mobiliza só um médico.

Para realizar Serviço de Urgência é destacado 1 médico por dia todavia, nem todos fazem urgência além de que a mesma se realiza no serviço de oftalmologia podendo sempre ser compatível com a realização de algumas consultas programadas

As intervenções cirúrgicas são realizadas em regime de Ambulatório, o doente é admitido de manhã e sai à tarde, não necessitando de permanecer em regime de internamento. O quadro apresentado da actividade semanal do Serviço de Oftalmologia permite ter a percepção da grande dedicação ao sector de consulta externa.

No ano de 2008 foram registadas *498* solicitações de primeiras consultas de Oftalmologia através do Alert P1 ao Hospital Infante D. Pedro E.P.E – Aveiro.

Acresce referir que a 24 de Fevereiro de 2009, data do levantamento efectuado, ainda se encontravam sem data de marcação de consultas 5 solicitações do ano anterior. O Serviço de Oftalmologia, durante o ano de 2008, dispunha de 8 clínicos que davam resposta a 222 Primeiras Consultas da Especialidade por semana.

É importante referir que o Serviço de oftalmologia quando se iniciou o sistema de solicitação de Primeiras Consultas de Especialidade Hospitalar através de suporte informático entendeu, numa primeira fase, não fazer triagem a este pedidos por ter um volume significativo de solicitações em suporte papel, com data anterior, o que se traduziu na não triagem clínica imediata.

Da recolha efectuada relativa a solicitações de primeiras consultas para a especialidade de Oftalmologia surge a análise que se descreve (Tabela 2, pág.57):

Analisados os 50 pedidos de consulta, solicitados pelo Sistema Alert P1, ao longo do ano de 2008, verificamos que as solicitações são praticamente todas com carácter normal (N), havendo uma única solicitação muito prioritária (MP), cujo processo desde a solicitação pelos médicos de família até à marcação da consulta decorreu num só dia e cuja resposta para a realização da consulta foi dada num espaço de uma semana. Todavia, verificou-se que esta marcação sofreu alteração na data da realização da consulta devido a solicitação do médico.

Verificamos durante o ano de 2008 uma única solicitação de primeira consulta com carácter prioritário (P). Nesta solicitação o processo desde a solicitação à marcação da consulta decorreu num período de 5 meses. Contudo, salienta-se o facto de ter sido a primeira solicitação de marcação de primeiras consultas em suporte informático a ser realizada.

Das 50 solicitações só a 4 foi atribuído médico para satisfazer o pedido de consulta sendo que os restantes 46 pedidos foram distribuídos pelos diversos clínicos em função das vagas existentes para o feito.

Das solicitações em análise só em duas situações se verifica remarcação de consulta por solicitação do utente assim como, também, são sem significado as remarcações das datas iniciais para a realização das consultas por solicitação médica. Verifica-se, ao longo do ano, 4 alterações, o que permite afirmar que as solicitações foram realizadas quase sempre sem recursos a novas datas.

A data inicial para realização das consultas que tenha sido alterada, quer por solicitação do utente (U) quer por indicação do médico (M), foi remarcada para data posterior à da marcação inicial.

Salienta-se o facto de os utentes que solicitaram alteração da data da consulta o terem feito em data anterior à realização da mesma. Este facto permitiu que a data inicialmente agendada pudesse ser ocupada com outra solicitação.

Das solicitações em análise só 13 obtiveram resposta no ano de 2008 e que as que conseguiram resposta foram solicitações anteriores a Agosto. Esta baixa resposta às solicitações apresentadas prende-se com o facto de existirem pedidos em suporte papel anteriores, e até posteriores, ao início das solicitações em suporte informático. O facto de, ainda hoje, se verificar que existem muitas solicitações em suporte papel prende-se com a resistência de alguns clínicos em elaborarem o pedido de consulta através de suporte informático assim como pelo facto de muitas vezes o sistema se encontrar demasiado lento levando a que o clínico desista de o formular desse modo.

Da análise do período compreendido entre a data de solicitação de Primeiras Consultas de Especialidade de Oftalmologia pelos Centros e Saúde e a triagem administrativa verifica-se que, numa fase inicial este processo era mais lento, contudo a partir de Agosto passou a ser mais regular. A demora média deste passo é de 7.16 dias.

Da análise do período compreendido entre a triagem administrativa e a triagem clínica verifica-se que o período de espera é muito superior ao anteriormente analisado, centrando-se os valores médios nos 69.60 dias.

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Oftalmologia
(Tabela 2)

Nº. Pedidos	Nº. Referência	Data Solicitação Centro Saúde	Data Triagem Administrativa	Data Triagem Clínica	Tipo Triagem Prioridade	Medico Atribuído S/N	Data Marcação Consulta	Data Consulta	Motivo Desmarcação	Data Remarcação	Data Realização Consulta	Nr. de dias desde solicitação até à triagem administrativa	Nr. De dias desde triagem administrativa até à triagem clínica	Nr. De dias desde a triagem clínica até à data de marcação de consulta	Nr. De dias desde a marcação até à realização da consulta	Nr. De dias desde a solicitação até à realização da consulta	Nr. De dias desde a solicitação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)	Nr. De dias desde a primeira marcação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)
1	160324	14-02-2008	25-02-2008	20-03-2008	N	N	21-10-2008	12-11-2008				11	24	215	22	272	272	22
2	169506	20-02-2008	20-02-2008	29-02-2008	N	N	17-10-2008	07-11-2008				0	9	231	21	261	261	21
3	182162	28-02-2008	07-03-2008	25-03-2008	N	N	24-10-2008	13-11-2008				8	18	213	20	259	259	20
4	210094	19-03-2008	30-04-2008	20-05-2008	N	N	27-10-2008	19-11-2008				42	20	160	23	245	245	23
5	233287	07-04-2008	08-04-2008	11-04-2008	P	N	16-09-2008	24-09-2008				1	3	158	8	170	170	8
6	245706	15-04-2008	20-05-2008	30-09-2008	N	S	04-11-2008	27-11-2008				35	133	35	23	226	226	23
7	252201	18-04-2008	21-05-2008	03-10-2008	N	N	05-11-2008	27-11-2008				33	135	33	22	223	223	22
8	264001	29-04-2008	23-05-2008	09-10-2008	N	N	05-11-2008	02-12-2008	M	02-12-2008	22-01-2009	24	139	27	27	217	268	78
9	317817	05-06-2008	17-06-2008	13-10-2008	N	N	10-11-2008	05-12-2008	M	19-11-2008	23-12-2008	12	118	28	25	183	201	43
10	338942	23-06-2008	04-08-2008	23-10-2008	N	N	12-11-2008	11-12-2008				42	80	20	29	171	171	29
11	358053	03-07-2008	14-08-2008	23-10-2008	N	N	12-11-2008	10-12-2008				42	70	20	28	160	160	28
12	369965	18-07-2008	18-08-2008	27-10-2008	N	N	31-10-2008	28-11-2008				31	70	4	28	133	133	28
13	400855	05-08-2008	25-08-2008	13-01-2009	N	S	15-01-2009	26-01-2009				20	141	2	11	174	174	11
14	412707	27-08-2008	28-08-2008	16-01-2009	N	S	21-01-2009	13-02-2009	M	27-01-2009	03-03-2009	1	141	5	23	170	188	41
15	414447	14-08-2008	25-08-2008	16-01-2009	N	N	21-01-2009	16-02-2009				11	144	5	26	186	186	26
16	464021	22-09-2008	29-09-2008	29-09-2008	MP	S	29-09-2008	06-10-2008	M	02-10-2008	15-10-2008	7	0	0	7	14	23	16

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Oftalmologia
(Tabela 2)

17	474719	29-09-2008	10-10-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	16-02-2009				11	103	0	26	140	140	26
18	486799	06-10-2008	10-10-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	16-02-2009				4	103	0	26	133	133	26
19	498806	13-10-2008	14-10-2008	20-01-2009	N	N	20-01-2009	03-02-2009	U	23-01-2009	02-03-2009	1	98	0	14	113	140	41
20	506961	21-10-2008	24-10-2008	19-01-2009	N	N	19-01-2009	02-02-2009	U	30-01-2009	06-03-2009	3	87	0	14	104	136	46
21	533009	03-11-2008	06-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	17-02-2009				3	76	0	27	106	106	27
22	536065	03-11-2008	06-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	17-02-2009				3	76	0	27	106	106	27
23	538492	05-11-2008	07-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	17-02-2009				2	75	0	27	104	104	27
24	537354	04-11-2008	07-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	19-02-2009				3	75	0	29	107	107	29
25	537008	04-11-2008	07-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	18-02-2009				3	75	0	28	106	106	28
26	543577	07-11-2008	10-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	19-02-2009				3	72	0	29	104	104	29
27	543796	06-11-2008	07-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	18-02-2009				1	75	0	28	104	104	28
28	549567	11-11-2008	11-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	18-02-2009				0	71	0	28	99	99	28
29	550830	11-11-2008	11-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	18-02-2009				0	71	0	28	99	99	28
30	550342	11-11-2008	11-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	18-02-2009				0	71	0	28	99	99	28
31	552612	13-11-2008	13-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	17-02-2009				0	69	0	27	96	96	27
32	552329	12-11-2008	12-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	19-02-2009				0	70	0	29	99	99	29
33	551737	12-11-2008	12-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	23-02-2009				0	70	0	33	103	103	33
34	552409	12-11-2008	12-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	18-02-2009				0	70	0	28	98	98	28
35	554887	13-11-2008	13-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	16-02-2009				0	69	0	26	95	95	26
36	557344	14-11-2008	14-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	18-02-2009				0	68	0	28	96	96	28
37	559759	17-11-2008	17-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	20-02-2009				0	65	0	30	95	95	30
38	565749	19-11-2008	19-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	17-02-2009				0	63	0	27	90	90	27
39	566749	20-11-2008	20-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	23-02-2009				0	62	0	33	95	95	33
40	580364	26-11-2008	26-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	18-02-2009				0	56	0	28	84	84	28
41	582988	28-11-2008	28-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	17-02-2009				0	54	0	27	81	81	27
42	585898	27-11-2008	28-11-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	18-02-2009				1	54	0	28	83	83	28
43	590238	02-12-2008	02-12-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	23-02-2009				0	50	0	33	83	83	33
44	592740	05-12-2008	05-12-2008	22-01-2009	N	N	22-01-2009	23-02-2009				0	48	0	32	80	80	32
45	596220	04-12-2008	04-12-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	23-02-2009				0	48	0	33	81	81	33
46	598436	05-12-2008	05-12-2008	22-01-2009	N	N	22-01-2009	23-02-2009				0	48	0	32	80	80	32

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Oftalmologia
(Tabela 2)

47	611326	16-12-2008	16-12-2008	22-01-2009	N	N	22-01-2009	25-02-2009				0	37	0	34	71	71	34
48	610193	15-12-2008	15-12-2008	22-01-2009	N	N	22-01-2009	09-03-2009				0	38	0	46	84	84	46
49	615766	17-12-2008	17-12-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	20-02-2009				0	35	0	30	65	65	30
50	620559	19-12-2008	19-12-2008	21-01-2009	N	N	21-01-2009	25-02-2009				0	33	0	35	68	68	35
											Valores médios	7,16	69,60	23,12	26,42	126,30	129,40	29,52
											Desvio-padrão	12,52	35,62	59,50	6,76	58,49	60,76	10,01

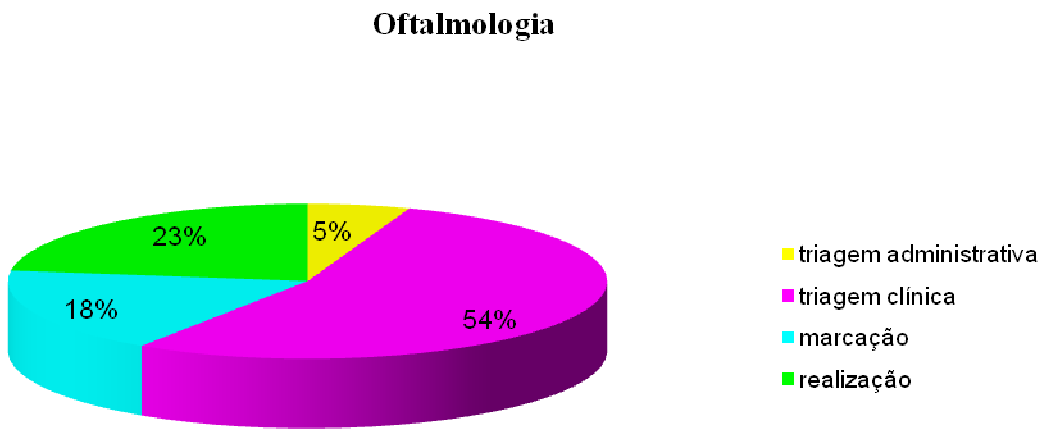


Gráfico II

Contudo, a partir de Novembro de 2008 a demora reduziu significativamente. Esta descida deveu-se, em grande parte, ao término da marcação dos pedidos de marcações de primeiras consultas anteriores ao início do sistema de solicitação informático assim como ao facto de colidir com o termo do período de gozo de férias em época alta.

Da análise do período compreendido entre a triagem clínica e a data da marcação da consulta conclui-se que os valores médios centram-se nos 23.12 dias.

Da análise do período desde a marcação á realização da consulta apurámos uma espera de 26.42 dias. Contudo, e devido a pontuais solicitações para alteração da data da realização da consulta este valor sofreu uma ligeira alteração para 29.52 dias.

Da análise do número de dias desde a solicitação até á realização da consulta encontramos uma espera de 126.30 dias. Sendo que, devidos a pontuais alterações da data da realização da consulta, o tempo para realização da consulta sofreu um insignificante aumento para 129.40 dias.

Da análise gráfica (Gráfico II, pág.59) constata-se que dos diversos passos que envolvem o processo de marcação de primeiras consultas hospitalares, 5% se centra na triagem administrativa, 54% respeita ao tempo que o médico triador retêm os pedidos em sua posse, 1% reporta à espera de marcação após a triagem clínica e os 23% que restam dizem respeito ao tempo entre a data da marcação a data da realização da consulta.

Após uma análise da lista de espera de primeiras consulta da Especialidade de Oftalmologia, efectuada a 15 de Outubro de 2009, verificamos a existência 31 pedidos de primeira consulta, solicitadas através do Alert P1 a aguardar marcação. Contudo, refere-se que os pedidos mencionados reportam, na íntegra, a solicitações posteriores a 15 de Setembro de 2009 o que se traduz num cenário bem diferente, para melhor, da capacidade de resposta às solicitações de primeiras consultas de Oftalmologia

2.2 – Especialidade de Dermatologia

O Serviço de Dermatologia durante o ano de 2008 dispôs de dois clínicos que respondiam a 55 primeiras consultas de Especialidade solicitadas pelos Centros de saúde, por semana, num espaço físico com dois gabinetes de consulta.

A especialidade de Dermatologia tal como a especialidade de Oftalmologia só em situações pontuais tem doentes internados pelo que o tempo dedicado ao internamento prende-se só com solicitações internas para observação de doentes de outras especialidades que necessitam de avaliação por parte de especialista dermatologista.

Os médicos da especialidade em análise, além do período afecto a realização de consultas externas, realizam pequena cirurgia uma vez por semana. Os doentes que recorrem ao Serviço de Urgência e necessitam de observação por parte da Especialidade de Dermatologia ficam com a possibilidade de serem observados em consulta, marcada para o dia seguinte, em período diferente do agendamento normal de consultas programadas e solicitadas pelos Centros de Saúde contudo, se a situação for urgente o utente será observado no dia. Perante o exposto verificamos que não existe agendamento de dias para urgência possibilitando maior dedicação para dar resposta á Consulta Externa.

As intervenções cirúrgicas são realizadas em regime de Ambulatório não necessitando de internamento o que leva a que não tenha de haver investimento na passagem de visita a doentes internados.

No ano de 2008 foram registadas 827 solicitações de primeiras consultas de Dermatologia através do Alert P1 ao Hospital Infante D. Pedro E.P.E – Aveiro.

Em Fevereiro de 2009, período em que foi levado a cabo o levantamento das 50 solicitações seleccionadas para análise nesta especialidade, todas as solicitações se encontravam tríadas contudo, só 196 tinham sido marcadas e 629 dos pedidos de primeira consulta encontravam-se à espera de marcação.

A especialidade de Dermatologia no hospital Infante D. Pedro E.P.E – Aveiro é muito solicitada devido a haver poucos especialistas em Dermatologia a fazerem privada em Aveiro assim como a terapêutica utilizada para tratamento das diversas patologias possuírem custos elevadíssimos. Outra das razões que conduziu ao crescimento da lista de espera da especialidade de Dermatologia prende-se com o facto de, desde 2007, o hospital de Aveiro ter adquirido especialistas e equipamentos com outra capacidade de resposta a nível técnico com reflexos na lista de espera. Ou seja, houve um aumento significativo na medida em que se deixou de transferir para o hospital de referência, os Hospitais das Universidade de Coimbra, situações ás quais, até essa data não se conseguia dar resposta.

A reforçar o descrito no parágrafo anterior apresentamos os dados relativos á lista de espera da Especialidade de Dermatologia através de um levantamento efectuado no dia 15 de Outubro do presente ano. Do levantamento efectuado verificamos a existência de uma lista de espera com um total de 2004 sendo que 25 das quais reportam ao ano de 2007 - ano em que o Sistema de solicitação de Primeiras consultas de Especialidade efectuadas pelos Centros de Saúde para o Hospital Infante D. Pedro E.P. E. Aveiro, passou a ser efectuado através do Sistema Alert P1. Encontramos das solicitações efectuadas através do Alert P1 relativas a 2008, 672 casos e relativamente ao ano de 2009, 1307 solicitações. Convém relembrar que estamos a analisar apenas dados relativos a solicitações efectuadas através do Alert P1.

A lista de espera de qualquer especialidade é muito superior se tivermos em conta todas as solicitações existentes em lista de espera que comporta além dos pedidos efectuados pelo Alert P1, as solicitações em suporte papel, provenientes dos Centros de Saúde, assim como as solicitações efectuadas pelos diversos serviços internos ao hospital (Internamento, Urgência e de outras consultas)

Nesta linha de pensamentos podemos verificar que a lista de espera geral existente no dia 15 de Outubro de 2009, da Especialidade de Dermatologistas, traduz-se em 2562 pedidos. Do total de utentes em espera para primeira consulta de Dermatologia, 558 respeitam a pedidos em suporte papel. Este exemplo ilustra bem que as listas de espera são bem superiores à análise em questão com a agravante de a especialidade seleccionada apresentar 7 pedidos de primeira consulta relativos ao ano de 2006, e além dos 25 registados como solicitados, em 2007, através do suporte informático, existem mais 13 que foram solicitados em suporte papel elevando o total de pedidos de 2007 para 38.

Da recolha efectuada relativa a solicitações de primeiras consultas para a especialidade de Dermatologia surge a análise que se descreve (Tabela 3, pág. 63):

Analisados os 50 pedidos de primeiras consultas hospitalares da especialidade de Dermatologia através do suporte informático Alert P1, ao longo do ano de 2008, verificamos que as solicitações são, maioritariamente, com carácter normal (N) contudo, identificamos 12 solicitações com carácter prioritário (P) e uma única solicitação muito prioritária (MP) que teve resposta num período de mês e meio. No decurso do processo desde a solicitação da primeira consulta à data da realização da mesma verificamos que a demora mais expressiva refere-se a triagem administrativa.

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Dermatologia
(Tabela 3)

Nº. Pedidos	Nº. Referência	Data Solicitação Centro Saúde	Data Triagem Administrativa	Data Triagem Clínica	Tipo Triagem Prioridade	Médico Atribuído S/N	Data Marcação Consulta	Data Consulta	Motivo Desmarcação	Data Remarcação	Data Realização Consulta	Nr. de dias desde solicitação até à triagem administrativa	Nr. De dias desde triagem administrativa até à triagem clínica	Nr. De dias desde a triagem clínica até à data de marcação de consulta	Nr. De dias desde a marcação até à realização da consulta	Nr. De dias desde a solicitação até à realização da consulta	Nr. De dias desde a solicitação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)	Nr. De dias desde a primeira marcação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)
1	116869	07-01-2008	09-01-2008	25-01-2008	N	S	23-07-2008	20-08-2008				2	16	180	28	226	226	28
2	119793	09-01-2008	09-01-2008	23-01-2008	N	S	20-06-2008	30-07-2008				0	14	149	40	203	203	40
3	124757	15-01-2008	18-01-2008	25-01-2008	N	S	23-07-2008	20-08-2008				3	7	180	28	218	218	28
4	147965	01-02-2008	25-02-2008	29-02-2008	N	N	23-07-2008	27-08-2008				24	4	145	35	208	208	35
5	156287	26-03-2008	10-04-2008	16-04-2008	P	S	17-04-2008	24-04-2008				15	6	1	7	29	29	7
6	169312	20-02-2008	26-02-2008	29-02-2008	N	N	29-02-2008	17-09-2008				6	3	0	201	210	210	201
7	173190	26-02-2008	28-02-2008	29-02-2008	N	N	27-08-2008	24-09-2008				2	1	180	28	211	211	28
8	179037	27-02-2008	28-02-2008	29-02-2008	N	N	27-08-2008	24-09-2008				1	1	180	28	210	210	28
9	195996	10-03-2008	26-03-2008	31-03-2008	N	N	13-10-2008	19-11-2008				16	5	196	37	254	254	37
10	199076	12-03-2008	10-04-2008	16-04-2008	N	N	13-10-2008	13-11-2008	M	17-10-2008	12-11-2008	29	6	180	31	246	245	30
11	200178	13-03-2008	10-04-2008	16-04-2008	N	N	13-10-2008	19-11-2008				28	6	180	37	251	251	37
12	210434	19-03-2008	10-04-2008	16-04-2008	N	N	13-10-2008	13-11-2008				22	6	180	31	239	239	31
13	212662	25-03-2008	10-04-2008	16-04-2008	N	N	13-10-2008	03-12-2008	M	23-12-2008	28-01-2009	16	6	180	51	253	309	107
14	216907	28-03-2008	10-04-2008	16-04-2008	N	N	13-10-2008	25-11-2008				13	6	180	43	242	242	43
15	244222	14-04-2008	24-04-2008	09-05-2008	N	N	18-12-2008	14-01-2009				10	15	223	27	275	275	27
16	265455	29-04-2008	02-05-2008	09-05-2008	N	N	18-12-2008	07-01-2009				3	7	223	20	253	253	20

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Dermatologia
(Tabela 3)

17	269065	02-05-2008	02-05-2008	09-05-2008	N	N	18-12-2008	07-01-2009				0	7	223	20	250	250	20
18	273589	14-05-2008	26-05-2008	28-05-2008	N	N	09-01-2009	25-02-2009				12	2	226	47	287	287	47
19	273210	07-05-2008	26-05-2008	28-05-2008	N	N	18-12-2008	13-01-2009				19	2	204	26	251	251	26
20	274900	07-05-2008	26-05-2008	28-05-2008	N	N	18-12-2008	13-01-2009				19	2	204	26	251	251	26
21	285146	14-05-2008	26-05-2008	28-05-2008	N	N	13-02-2009	05-03-2009				12	2	261	20	295	295	20
22	295498	30-06-2008	01-08-2008	01-08-2008	N	N	06-08-2008	01-09-2008				32	0	5	26	63	63	26
23	296055	21-05-2008	29-05-2008	05-06-2008	N	N	16-02-2009	12-03-2009				8	7	256	24	295	295	24
24	315166	04-06-2008	17-06-2008	18-06-2008	P	N	19-06-2008	10-07-2008	M	07-06-2008	23-10-2008	13	1	1	21	36	141	126
25	328932	16-06-2008	18-06-2008	20-06-2008	P	N	20-06-2008	24-07-2008				2	2	0	34	38	38	34
26	342765	25-06-2008	01-08-2008	01-08-2008	P	N	13-08-2008	04-09-2008				37	0	12	22	71	71	22
27	358228	03-07-2008	01-08-2008	05-08-2008	MP	N	06-08-2008	21-08-2008				29	4	1	15	49	49	15
28	384410	22-07-2008	01-08-2008	05-08-2008	P	N	19-09-2008	08-10-2008				10	4	45	19	78	78	19
29	389613	25-07-2008	01-08-2008	05-08-2008	P	N	19-09-2008	14-10-2008				7	4	45	25	81	81	25
30	391596	28-07-2008	01-08-2008	01-08-2008	P	N	19-09-2008	15-10-2008				4	0	49	26	79	79	26
31	393486	04-08-2008	13-08-2008	13-08-2008	N	N	18-09-2008	21-10-2008				9	0	36	33	78	78	33
32	395146	30-07-2008	01-08-2008	01-08-2008	N	N	19-09-2008	13-10-2008				2	0	49	24	75	75	24
33	404946	06-08-2008	13-08-2008	13-08-2008	P	N	18-09-2008	28-10-2008				7	0	36	40	83	83	40
34	408305	08-08-2008	13-08-2008	13-08-2008	N	N	18-09-2008	28-10-2008				5	0	36	40	81	81	40
35	421981	22-08-2008	26-08-2008	26-08-2008	P	N	03-10-2008	29-11-2008				4	0	38	57	99	99	57
36	433176	01-09-2008	02-09-2008	19-09-2008	N	N	03-10-2008	10-11-2008				1	17	14	38	70	70	38
37	437539	03-09-2008	06-09-2008	16-09-2008	N	N	03-10-2008	10-11-2008				3	10	17	38	68	68	38
38	437041	04-09-2008	09-10-2008	10-10-2008	P	N	13-10-2008	11-11-2008				35	1	3	29	68	68	29
39	445561	09-09-2008	09-10-2008	10-10-2008	N	N	13-10-2008	11-11-2008				30	1	3	29	63	63	29
40	448591	11-09-2008	09-10-2008	10-10-2008	N	N	04-11-2008	15-12-2008				28	1	25	41	95	95	41
41	458232	17-09-2008	09-10-2008	10-10-2008	P	N	13-10-2008	11-11-2008				22	1	3	29	55	55	29
42	494063	10-10-2008	10-10-2008	10-10-2008	N	N	07-11-2008	23-12-2008				0	0	28	46	74	74	46
43	516305	22-10-2008	27-10-2008	29-10-2008	N	N	18-12-2008	12-01-2009				5	2	50	25	82	82	25
44	518143	27-10-2008	28-10-2008	29-10-2008	N	N	18-12-2008	12-01-2009				1	1	50	25	77	77	25
45	545431	10-11-2008	10-11-2008	11-11-2008	N	N	23-12-2008	29-01-2009				0	1	42	37	80	80	37
46	553576	13-11-2008	13-11-2008	17-11-2008	N	N	18-12-2008	22-01-2009	U	22-01-2009	11-03-2009	0	4	31	35	70	118	83

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Dermatologia
(Tabela 3)

47	582054	02-12-2008	02-12-2008	03-12-2008	N	N	23-12-2008	28-01-2009				0	1	20	36	57	57	36
48	596102	04-12-2008	05-12-2008	05-12-2008	N	N	23-12-2008	26-01-2009				1	0	18	34	53	53	34
49	622444	19-12-2008	22-12-2008	26-12-2008	P	N	29-12-2008	15-01-2009				3	4	3	17	27	27	17
50	626298	22-12-2008	23-12-2008	26-12-2008	N	N	29-12-2008	15-01-2009				1	3	3	17	24	24	17
										Valores médios		11,02	3,86	91,88	33,86	140,62	144,78	38,02
										Desvio padrão		11,01	4,30	89,56	25,99	92,05	91,96	31,31

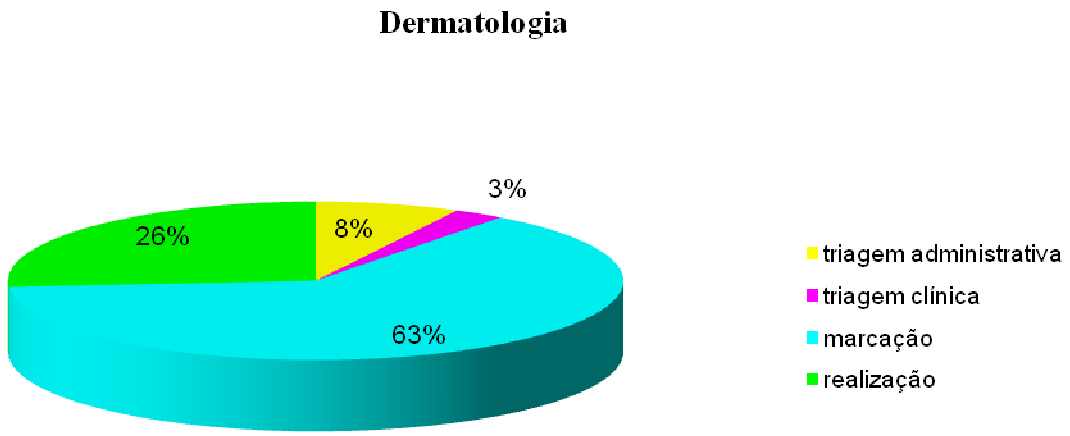


Gráfico III

Das 50 solicitações verifica-se que 4 pedidos foram marcados com indicação do médico que realizaria a consulta sendo que, as restantes 46 solicitações foram distribuídas pelos dois clínicos em função das vagas existentes para o efeito.

Das solicitações em análise só em três situações se verifica remarcação da consulta por solicitação do médico (M) e uma única solicitação de alteração da data inicial para a realização da consulta é da responsabilidade do utente (U). Este cenário permite afirmar que as solicitações foram, quase na íntegra, realizadas na primeira data mencionada para satisfação das solicitações da primeira consulta.

As alterações da realização da consulta, na data inicialmente agendada, tiveram como consequência o atraso em 3 das solicitações assim como, o facto de o utente ter solicitado a alteração da data inicialmente prevista para a realização da consulta só no dia em que a mesma se iria realizar traduziu-se na perda de uma vaga de primeira consulta que poderia ter sido ocupada com outra solicitação de primeira consulta da especialidade.

Das solicitações em análise 34 obtiveram reposta no ano de 2008 e todas em datas posteriores a Agosto. As solicitações que só tiveram resposta em 2009 foram 16 contudo, foram satisfeitas, maioritariamente, no mês de Janeiro.

Da análise do período compreendidos entre a data da solicitação da primeira consulta de especialidade de Dermatologia pelos Centros de Saúde e a triagem administrativa verifica-se que a demora média centra-se nos 11.02 dias. Todavia é de salientar que devido à simplicidade do processo de execução da triagem administrativa, assim como da clínica, a demora nunca se deveria traduzir em dias mas sim em horas, isto é 0 dias. A execução deste passo no processo passou a ser mais homogénea a partir do mês de Outubro de 2008. O atraso na triagem administrativa, no primeiro trimestre de 2008, justifica-se com a demorada implementação do Sistema Alert P1 em todos os postos de triagem do hospital assim como da formação dos profissionais envolvidos, médicos e administrativos, as dificuldades inerentes à instalação do equipamento de apoio e, também, o acesso restrito para o volume de solicitações provenientes de toda a área de influência do hospital Infante D. Pedro E.P.E – Aveiro.

Da análise do período compreendido entre a triagem administrativa e a triagem clínica verificamos que este passo foi executado com maior celeridade tendo como valor

médio 3.66 dias de todo o processo. Constata-se que o triador clínico raramente ultrapassou uma semana para dar resposta à triagem das solicitações apresentadas.

Da análise do período compreendido entre a triagem clínica e a data da marcação da consulta conclui-se que os valores médicos centram-se nos 91.88 dias. De facto, no primeiro semestre de 2008 verificamos que as solicitações triadas pelo clínico só foram marcadas após cerca de seis meses o que representa valores médios de espera muito elevados. Este facto prende-se com a necessidade de marcação dos muitos pedidos em suporte papel com datas anteriores. Também, é importante referir que esta especialidade teve, desde o inicio da implementação deste sistema de solicitação de primeiras consulta através do Alert P1, a preocupação de intercalar a triagem destes pedidos com os solicitados em suporte papel e nunca descorando os que já existiam com data anterior.

Da análise do período desde a marcação à realização das consultas apuramos uma demora média de 33.89 dias. Todavia, e devido às alterações da data inicial para a realização das consultas que verificamos, o tempo médio alterou-se para os 38.02 dias o que não parece, atendendo ao número de alterações solicitadas, significativo.

Da análise gráfica (Gráfico III, pág.65) constata-se que dos diversos passos que envolve o processo de marcação de primeiras consultas hospitalares, 8% centra-se na triagem administrativa, 3% respeitam à envolvência da triagem clínica, 63% reporta para o significativo número de solicitações que carecem de satisfação do pedido e, por último, os 26% que dizem respeito aos pedidos de primeiras consultas de 2008 que já se realizaram na análise efectuada em Fevereiro de 2009.

2.3 – Especialidade de Urologia

A especialidade de Urologia, no ano de 2008, estava dotada de dois gabinetes para dar resposta às solicitações de consulta externa assim como, dispunha de 4 médicos especialistas que davam resposta a 36 pedidos de primeiras consultas de Urologia, por semana.

No ano em análise foram registadas 347 solicitações de primeiras consultas com proveniência dos Centros de Saúde através do Alert P1.

Mais se refere que em Fevereiro de 2009, mês em que foi efectuado o levantamento em análise, das 347 solicitações dos Centros de Saúde, 13 ainda se

encontravam a aguardar triagem clínica, 175 encontravam-se a aguardar marcação e 159 dos pedidos já tinham sido marcados/realizados.

Da recolha efectuada relativa a solicitações de primeiras consultas para a especialidade de urologia surge a análise que se descreve (Tabela 4, pág.69):

Analisados os 50 pedidos de consulta de Urologia solicitados através do Alert P1 ao longo do ano de 2008 verificamos que as solicitações são, maioritariamente, de carácter normal (N). Existe uma única solicitação com carácter muito prioritário (MP) que teve marcação num período de 45 dias contudo, por solicitação do médico foi alterada para uma data posterior traduzindo-se no espaço de 56 dias entre a solicitação da consulta e a sua realização. Relativamente aos pedidos prioritários (P), num total de 15, constata-se que de um modo geral foram alvo de atenção especial tendo sido dada resposta mais célere que as solicitações ditas normais.

Ao longo das 50 solicitações só a 4 foi atribuído o nome do médico a observar os utentes. O facto destas 4 solicitações terem já definido um médico prende-se com a "vontade" de o médico triador pretender, ele próprio, observar os utentes com a patologia apresentada pelo médico de família. Os restantes 46 pedidos foram distribuídos pelos diferentes Urologistas em função das vagas existentes para o efeito.

Das solicitações em análise verifica-se ao contrário das especialidades já analisadas, que existem muitas alterações à data atribuída para a realização das consultas. Das solicitações, alvo de estudo, 30 sofreram alteração da data inicialmente marcada. As solicitações de alteração da data da consulta, só uma se deveu a correcção administrativa (C), que se traduz na correcção de uma marcação erradamente executada pelo administrativo e as restantes 29 foram motivadas por solicitação médica. Outra conclusão retirada das desmarcações efectuadas prende-se com o facto de o utente ter sido, em 100% das situações, penalizado na medida em que as alterações converteram-se em marcações para datas posteriores às inicialmente agendadas. As alterações por solicitação médica prendem-se com as frequentes alterações dos períodos de férias, por congressos, apoio ao bloco operatório em situações de emergência e outras ausências pontuais, não programadas.

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Urologia
(Tabela 4)

Nº. Pedidos	Nº. Referência	Data Solicitação Centro Saúde	Data Triagem Administrativa	Data Triagem Clínica	Tipo Triagem Prioridade	Médico Atribuído S/N	Data Marcação Consulta	Data Consulta	Motive Desmarcação	Data Remarcação	Data Realização Consulta	Nr. de dias desde solicitação até à triagem administrativa	Nr. De dias desde triagem administrativa até à triagem clínica	Nr. De dias desde a triagem clínica até à data de marcação de consulta	Nr. De dias desde a marcação até à realização da consulta	Nr. De dias desde a solicitação até à realização da consulta	Nr. De dias desde a solicitação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)	Nr. De dias desde a primeira marcação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)
1	122790	15-01-2008	18-01-2008	28-01-2008	N	N	17-11-2008	11-12-2008	M	17-12-2008	05-02-2009	3	10	294	24	331	387	80
2	124627	16-01-2008	21-01-2008	28-01-2008	N	S	17-11-2008	12-12-2008	C	03-12-2008	14-01-2009	5	7	294	25	331	364	58
3	131070	21-01-2008	31-01-2008	08-02-2008	N	N	17-11-2008	12-12-2008	M	03-12-2008	13-01-2009	10	8	283	25	326	358	57
4	145615	11-02-2008	25-02-2008	03-03-2008	N	N	13-01-2009	10-03-2009				14	7	316	56	393	393	56
5	147899	01-02-2008	25-02-2008	03-03-2008	N	N	17-11-2008	23-12-2008	M	27-01-2009	16-03-2009	24	7	259	36	326	409	119
6	147899	11-02-2008	25-02-2008	03-03-2008	N	N	17-11-2008	23-12-2008	M	27-01-2009	16-03-2009	14	7	259	36	316	399	119
7	158738	13-02-2008	25-02-2008	03-03-2008	P	N	06-05-2008	06-06-2008	M	26-11-2008	06-01-2009	12	7	64	31	114	328	245
8	165802	29-02-2008	07-03-2008	24-03-2008	N	N	17-11-2008	12-01-2009				7	17	238	56	318	318	56
9	179489	27-02-2008	28-02-2008	03-03-2008	N	N	17-11-2008	12-01-2009				1	4	259	56	320	320	56
10	179273	29-02-2008	11-03-2008	24-03-2008	N	N	17-11-2008	29-12-2008				11	13	238	42	304	304	42
11	186918	03-03-2008	13-03-2008	02-05-2008	N	N	17-11-2008	08-01-2009				10	50	199	52	311	311	52
12	206593	17-03-2008	18-03-2008	24-03-2008	N	N	17-11-2008	05-01-2009	M	17-12-2008	03-02-2009	1	6	238	49	294	323	78
13	220760	28-03-2008	02-05-2008	16-05-2008	N	N	27-11-2008	12-01-2009	M	17-12-2008	10-02-2009	35	14	195	46	290	319	75
14	230389	04-04-2008	16-05-2008	16-05-2008	N	N	16-12-2008	13-01-2009	M	17-12-2008	27-02-2009	42	0	214	28	284	329	73
15	239750	10-04-2008	19-05-2008	23-05-2008	N	N	16-12-2008	16-01-2009	M	17-12-2008	03-03-2009	39	4	207	31	281	327	77
16	244658	16-04-2008	21-05-2008	23-05-2008	N	N	16-12-2008	26-01-2009				35	2	207	41	285	285	41

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Urologia
(Tabela 4)

17	246824	16-04-2008	21-05-2008	23-05-2008	N	N	16-12-2008	15-01-2009	M	05-02-2009	20-02-2009	35	2	207	30	274	310	66
18	259954	24-04-2008	23-05-2008	23-05-2008	P	N	17-11-2008	29-12-2008				29	0	178	42	249	249	42
19	265851	30-04-2008	23-05-2008	02-06-2008	N	N	16-12-2008	30-01-2009				23	10	197	45	275	275	45
20	273762	07-05-2008	26-05-2008	02-06-2008	N	N	16-12-2008	20-01-2009	M	17-12-2008	06-03-2009	19	7	197	35	258	303	80
21	279180	09-05-2008	26-05-2008	02-06-2008	N	N	16-12-2008	20-01-2009				17	7	197	35	256	256	35
22	285188	14-05-2008	26-05-2008	02-06-2008	P	N	17-11-2008	30-12-2008				12	7	168	43	230	230	43
23	292513	20-05-2008	27-05-2008	02-06-2008	N	N	16-12-2008	23-01-2009	M	17-12-2008	10-03-2009	7	6	197	38	248	294	84
24	294256	20-05-2008	27-05-2008	02-06-2008	N	N	16-06-2008	23-01-2009	M	17-12-2008	10-03-2009	7	6	14	221	248	294	267
25	294998	21-05-2008	30-05-2008	02-06-2008	P	N	26-11-2008	30-12-2008	M	23-12-2008	20-03-2009	9	3	177	34	223	303	114
26	298480	23-05-2008	23-05-2008	02-06-2008	N	N	16-12-2008	20-01-2009	M	17-12-2008	06-03-2009	0	10	197	35	242	287	80
27	309010	30-05-2008	13-06-2008	17-06-2008	P	S	26-11-2008	02-01-2009	M	17-12-2008	20-02-2009	14	4	162	37	217	266	86
28	310542	03-06-2008	17-06-2008	17-06-2008	P	S	25-11-2008	30-12-2008	M	18-12-2008	20-03-2009	14	0	161	35	210	290	115
29	327967	13-06-2008	13-06-2008	17-06-2008	P	N	26-11-2008	02-01-2009	M	17-12-2008	20-02-2009	0	4	162	37	203	252	86
30	332833	18-06-2008	18-06-2008	01-07-2008	P	N	25-11-2008	26-12-2008	M	17-12-2008	06-01-2009	0	13	147	31	191	202	42
31	333434	18-06-2008	18-06-2008	01-07-2008	N	N	16-12-2008	29-01-2009	M	03-02-2009	18-03-2009	0	13	168	44	225	273	92
32	337887	24-06-2008	04-08-2008	03-09-2008	N	N	16-12-2008	27-01-2009				41	30	104	42	217	217	42
33	337120	30-06-2008	13-08-2008	03-09-2008	N	N	16-12-2008	30-01-2009	M	17-12-2008	17-03-2009	44	21	104	45	214	260	91
34	344921	25-06-2008	13-08-2008	03-09-2008	N	N	16-12-2008	30-01-2009	M	17-12-2008	13-03-2009	49	21	104	45	219	261	87
35	345566	30-06-2008	13-08-2008	03-09-2008	N	N	13-01-2009	11-03-2009				44	21	132	57	254	254	57
36	355723	02-07-2008	13-08-2008	03-09-2008	N	N	16-12-2008	03-02-2009				42	21	104	49	216	216	49
37	361669	07-07-2008	14-08-2008	03-09-2008	N	N	13-01-2009	13-03-2009				38	20	132	59	249	249	59
38	392633	29-07-2008	01-08-2008	03-09-2008	N	N	16-12-2008	30-01-2009				3	33	104	45	185	185	45
39	391599	28-07-2008	20-08-2008	03-09-2008	P	N	26-11-2008	02-01-2009	M	17-12-2008	20-02-2009	23	14	84	37	158	207	86
40	427446	01-09-2008	02-09-2008	03-09-2008	N	S	13-01-2009	20-03-2009				1	1	132	66	200	200	66
41	425059	25-08-2008	26-08-2008	03-09-2008	P	N	26-11-2008	02-01-2009	M	17-12-2008	20-02-2009	1	8	84	37	130	179	86
42	432188	29-08-2008	02-09-2008	03-09-2008	P	N	26-11-2008	02-01-2009	M	30-01-2009	29-05-2009	4	1	84	37	126	273	184
43	437128	03-09-2008	06-09-2008	18-09-2008	N	N	28-01-2009	13-03-2009				3	12	132	44	191	191	44
44	460452	18-09-2008	02-10-2008	15-10-2008	N	N	28-01-2009	05-03-2009				14	13	105	36	168	168	36
45	510476	21-10-2008	24-10-2008	27-10-2008	P	N	26-11-2008	02-01-2009	M	17-12-2008	06-02-2009	3	3	30	37	73	108	72
46	369408	04-11-2008	07-11-2008	10-11-2008	P	N	25-11-2008	26-12-2008	M	17-12-2008	13-02-2009	3	3	15	31	52	101	80

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Urologia
(Tabela 4)

47	575724	25-11-2008	25-11-2008	26-11-2008	P	N	05-01-2009	27-02-2009				0	1	40	53	94	94	53
48	104071	14-12-2008	19-12-2008	20-12-2008	N	N	05-01-2009	25-01-2009				5	1	16	20	42	42	20
49	611059	16-12-2008	16-12-2008	22-12-2008	MP	N	05-01-2009	30-01-2009	M	14-01-2009	10-02-2009	0	6	14	25	45	56	36
50	611173	16-12-2008	16-12-2008	22-12-2008	P	N	05-01-2009	23-02-2009	M	03-02-2009	03-03-2009	0	6	14	49	69	77	57
											Valores médios	15,34	9,82	156,54	43,80	225,50	257,92	76,22
											Desvio padrão	15,26	9,51	81,80	27,49	83,92	87,89	46,81

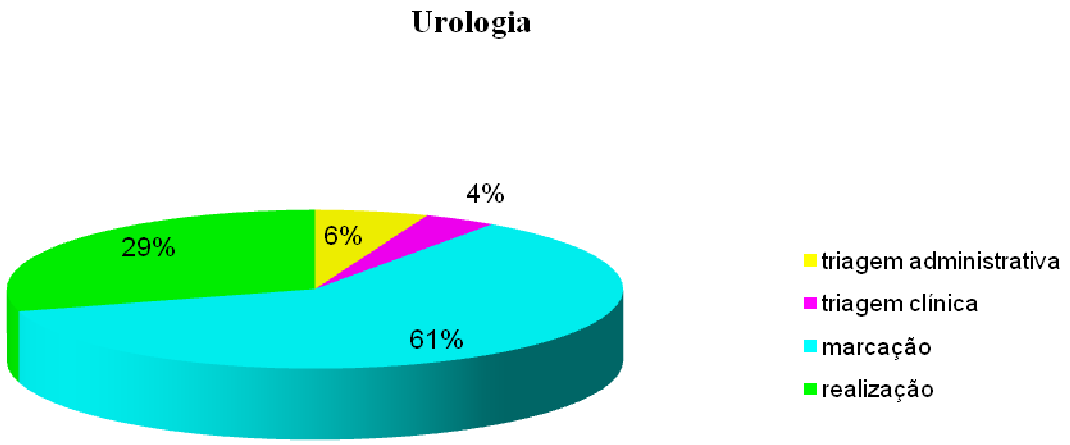


Gráfico IV

Dos 50 pedidos de marcações de primeiras consultas de 2008 alvo de análise só 3 foram satisfeitas nesse mesmo ano sendo que, os restantes pedidos foram satisfeitos em 2009.

Da análise do período compreendido entre a data de solicitação de primeira consulta de especialidade de Urologia pelo Centro de Saúde e a triagem administrativa verificou-se que o período de espera é maior nos meses de verão e que, a partir de Setembro a chegada de pedidos ao hospital e o posterior encaminhamento para triagem clínica foi quase imediata contudo, e após a análise dos 50 pedidos os valores médios centram-se dos 15.34 dias de espera.

Da análise do período compreendido entre a triagem administrativa e a triagem clínica verifica-se que a mesma é feita num espaço de uma semana tendo, no entanto, aumentado durante o mês de Agosto período que coincide com o período em que se verificam mais férias. O valor médio da espera, em dias, é de 9.82.

Relativamente ao período compreendido entre a triagem clínica e a data da marcação da consulta a demora média é, nesta fase do processo, demasiado elevada, 156.54 dias, só reduzindo a partir de Novembro de 2008. A justificação para tão significante demora prende-se com o facto de esta especialidade ter optado por uma dedicação mais intensa aos pedidos mais antigos, em suporte papel.

O período entre a marcação e a realização da consulta teve uma demora média de 43.8 dias. Todavia, o número de dias desde a solicitação até à realização traduz-se por valores médios elevadíssimos 225.50 que são o reflexo do volume de solicitações anteriores ainda por satisfazer assim como, com a necessidade de se articular a marcação de pedidos em suporte informático e os pedidos em suporte papel que ainda continuam a chegar ao hospital.

Contudo, ao analisar o período compreendido entre a solicitação até á realização da consulta, incluindo as remarcações efectuadas verificamos que os valores médios de dias de espera agravam-se ainda mais passando para 257.92. Esta situação acontece só porque se alteram consultas com muita frequência sem regras definidas para que os utentes não sejam os grandes penalizados.

Da análise gráfica (Gráfico IV, pág.71) constata-se que dos diversos passos que envolvem o processo de marcação de primeiras consultas hospitalares de Urologia, 6% centra-se na triagem administrativa, 4% respeitam ao tempo que o clínico triador retêm

os pedidos para análise, 61% reporta ao tempo compreendido entre a triagem clínica e a marcação e 29% entre a data de marcação e a realização da consulta.

É de salientar que, quando se iniciou o sistema de solicitação de Primeiras Consultas pelos Centros de Saúde através do Sistema Alert P1 o Serviço de Urologia tomou, de imediato, a medida de colocar um médico responsável por fazer a triagem deste tipo de solicitação contudo, não descurou os pedidos em suporte papel que chegavam ao hospital assim como, teve a preocupação de ir dando, em simultâneo, resposta às solicitações em suporte papel mais antigas.

A especialidade em análise não dispõe da mesma disponibilidade de horário para a consulta externa como as duas especialidades anteriormente analisadas. Nas suas actividades diárias o Serviço de Urologia dispõe de Internamento, o que se traduz no agendar de tempo afecto à passagem da visita médica aos doentes internados. Este serviço na sua actividade cirúrgica mobiliza, para uma mesma intervenção dois clínicos o que acontece duas vezes por semana.

Além das actividades já mencionadas também realiza pequena cirurgia, uma vez por semana assim como têm, diariamente, destacado um médico para dar resposta às solicitações do Serviço de Urgência.

É importante referir que esta especialidade além de internar doentes para intervenção, em regime de programação, provenientes da consulta externa, também dá resposta a doentes internados através do Serviço de Urgência.

Por ultimo, após uma análise da lista de espera total de primeiras consultas da especialidade de Urologia, efectuada a 15 de Outubro de 2009, verificou-se a existência de 555 pedidos em espera sendo que 11 reportam ao ano de 2008, 9 dos quais formulados pelo Alert P1 e que dos 544 de 2009 “só” 185 foram solicitados pelo Alert P1.

2.4 – Especialidade de Psiquiatria.

Como referimos antes, o Serviço de Psiquiatria do Hospital Infante D. Pedro E.P.E Aveiro é dotado de espaço físico próprio (dotado com 5 gabinetes) para dar resposta às solicitações para consulta o que permite fazer uma boa gestão do número de

consultas a realizar não esquecendo que o número de solicitações de consultas de psiquiatria tem vindo a aumentar.

A especialidade em análise no ano de 2008 dispunha de 11 médicos que davam resposta, semanalmente, a 83 primeiras consultas. Como o serviço não contempla nenhuma actividade cirúrgica, como as anteriormente analisadas, a sua actividade divide-se entre consultas, serviço de urgência e internamento. Este, último, com uma taxa de ocupação muito elevada.

Da recolha efectuada relativa a solicitações de primeiras consultas para a especialidade de urologia surge a análise que se descreve (Tabela 5 pág. 75).

Analisadas as 50 solicitações de primeira consulta de Psiquiatria através do sistema Alert P1 durante o ano de 2008 verificamos que os pedidos são, maioritariamente, com carácter normal existindo duas situações com carácter muito prioritário (MP) que foram satisfeitos entre um a dois meses. As solicitações de carácter prioritário (P) já têm nesta especialidade algum significado atendendo a que verificamos 11 pedidos. Contudo, as situações verdadeiramente prioritárias são canalizadas pelos Centros de Saúde, e com carta, directamente para o Serviço de Urgência no dia da solicitação;

Dos 50 pedidos no decurso do ano de 2008 só 17 obtiveram resposta nesse mesmo ano sendo que, os restantes 33 solicitados só foram satisfeitos em 2009. No entanto, estes pedidos foram marcados nos primeiros meses do ano. O facto de ser notar alguma lista de espera deve-se, não nos podemos esquecer, á necessidade de dar resposta aos pedidos formulados em suporte papel.

Ao longo das 50 solicitações só em dois pedidos foi atribuído médico que, segundo foi apurado, deveu-se ao facto de o triador conhecer o passado clínico dos dois utentes em causa.

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Psiquiatria
(Tabela 5)

Nº. Pedidos	Nº. Referência	Data Solicitação Centro Saúde	Data Triagem Administrativa	Data Triagem Clínica	Tipo Triagem Prioridade	Médico Atribuido S/N	Data Marcação Consulta	Data Consulta	Motivo Desmarcação	Data Remarcação	Data Realização Consulta	Nr. de dias desde solicitação até à triagem administrativa	Nr. De dias desde triagem administrativa até à triagem clínica	Nr. De dias desde a triagem clínica até à data de marcação de consulta	Nr. De dias desde a marcação até à realização da consulta	Nr. De dias desde a solicitação até à realização da consulta	Nr. De dias desde a solicitação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)	Nr. De dias desde a primeira marcação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)
1	131997	21-01-2008	28-01-2008	01-02-2008	N	N	01-02-2008	20-03-2008	M	22-02-2009	10-04-2009	7	4	0	48	59	445	434
2	140113	28-01-2008	28-01-2008	01-02-2008	P	N	06-02-2008	05-03-2008				0	4	5	28	37	37	28
3	198952	12-03-2008	25-03-2008	03-04-2008	N	N	10-04-2008	28-04-2008	M	15-04-2008	05-05-2008	13	9	7	18	47	54	25
4	217579	27-03-2008	27-03-2008	12-04-2008	MP	N	24-04-2008	06-05-2008				0	16	12	12	40	40	12
5	245398	15-04-2008	23-04-2008	29-04-2008	N	N	05-05-2008	29-05-2008				8	6	6	24	44	44	24
6	304120	28-05-2008	05-06-2008	05-06-2008	P	N	06-06-2008	16-06-2008				8	0	1	10	19	19	10
7	336947	20-01-2008	24-06-2008	05-07-2008	N	N	24-07-2008	15-09-2008				156	11	19	53	239	239	53
8	337851	25-06-2008	27-06-2008	05-07-2008	N	N	24-07-2008	24-09-2008				2	8	19	62	91	91	62
9	341438	24-06-2008	24-06-2008	05-07-2008	N	N	24-07-2008	23-09-2008				0	11	19	61	91	91	61
10	349590	30-06-2008	03-07-2008	05-07-2008	N	N	24-07-2008	19-09-2008				3	2	19	57	81	81	57
11	356850	03-07-2008	03-07-2008	05-07-2008	P	N	17-07-2008	29-08-2008				0	2	12	43	57	57	43
12	361493	07-07-2008	08-07-2008	31-08-2008	N	N	02-09-2008	09-09-2008				1	54	2	7	64	64	7
13	380039	18-07-2008	21-07-2008	31-08-2008	N	N	05-09-2008	09-10-2008	M	01-10-2008	09-10-2008	3	41	5	34	83	83	34
14	380504	18-07-2008	21-07-2008	31-08-2008	N	N	01-10-2008	09-10-2008	M	01-10-2008	09-10-2008	3	41	31	8	83	83	8
15	383395	22-07-2008	24-07-2008	31-08-2008	N	N	27-10-2008	12-12-2008				2	38	57	46	143	143	46
16	400375	04-08-2008	13-08-2008	31-08-2008	P	N	08-09-2008	13-10-2008				9	18	8	35	70	70	35

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Psiquiatria
(Tabela 5)

17	422931	22-08-2008	25-08-2008	31-08-2008	N	N	05-09-2008	22-10-2008				3	6	5	47	61	61	47
18	442463	15-09-2008	03-10-2008	17-01-2009	N	N	21-01-2009	05-02-2009				18	106	4	15	143	143	15
19	450893	12-09-2008	03-10-2008	17-01-2009	N	N	21-01-2009	05-02-2009				21	106	4	15	146	146	15
20	453164	16-09-2008	03-10-2008	07-11-2008	N	N	07-11-2008	06-01-2009				17	35	0	60	112	112	60
21	456087	17-09-2008	03-10-2008	17-01-2009	P	S	27-01-2009	13-02-2009				16	106	10	17	149	149	17
22	454729	16-09-2008	03-10-2008	17-01-2009	N	N	21-01-2009	29-01-2009	M	29-01-2009	26-03-2009	17	106	4	8	135	191	64
23	460866	19-09-2008	03-10-2008	17-01-2009	N	S	21-01-2009	05-02-2009				14	106	4	15	139	139	15
24	359857	22-09-2008	03-10-2008	06-12-2008	P	N	17-12-2008	12-02-2009	F.M	09-01-2009	25-01-2009	11	64	11	57	143	125	39
25	475002	29-09-2008	03-10-2008	17-01-2009	N	N	21-01-2009	12-02-2009				4	106	4	22	136	136	22
26	484871	03-10-2008	07-10-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	12-02-2009				4	102	5	21	132	132	21
27	488063	07-10-2008	07-10-2008	17-01-2009	N	N	26-01-2009	12-03-2009				0	102	9	45	156	156	45
28	499911	14-10-2008	15-10-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	26-02-2009				1	94	5	35	135	135	35
29	506255	16-10-2008	24-10-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	23-02-2009	M	20-02-2009	04-03-2009	8	85	5	32	130	139	41
30	508327	17-10-2008	24-10-2008	06-12-2008	P	N	17-12-2008	12-02-2009				7	43	11	57	118	118	57
31	508636	20-10-2008	24-10-2008	17-01-2009	P	N	27-01-2009	16-02-2009	C	17-02-2009	09-03-2009	4	85	10	20	119	140	41
32	518420	24-10-2008	24-10-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	26-02-2009				0	85	5	35	125	125	35
33	523607	12-11-2008	18-11-2008	06-12-2008	MP	N	17-12-2008	13-01-2009				6	18	11	27	62	62	27
34	523909	29-10-2008	12-11-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	19-02-2009	M	29-01-2009	05-03-2009	14	66	5	28	113	127	42
35	525758	28-10-2008	12-11-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	26-02-2009				15	66	5	35	121	121	35
36	526587	29-10-2008	12-11-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	26-02-2009				14	66	5	35	120	120	35
37	539206	05-11-2008	17-11-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	04-03-2009				12	61	5	41	119	119	41
38	539171	06-11-2008	17-11-2008	06-12-2008	P	N	17-12-2008	13-02-2009	M	19-01-2009	16-04-2009	11	19	11	58	99	161	120
39	542575	07-11-2008	17-11-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	04-03-2009	U	25-02-2009	02-04-2009	10	61	5	41	117	146	70
40	543938	10-11-2008	18-11-2008	17-01-2009	P	N	20-01-2009	05-02-2009				8	60	3	16	87	87	16
41	550481	11-11-2008	18-11-2008	17-01-2009	P	N	20-01-2009	05-02-2009				7	60	3	16	86	86	16
42	553103	12-11-2008	18-11-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	06-03-2009				6	60	5	43	114	114	43
43	565279	19-11-2008	19-11-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	13-03-2009				0	59	5	50	114	114	50
44	568034	19-11-2008	04-12-2008	17-01-2009	N	N	22-01-2009	12-03-2009				15	44	5	49	113	113	49
45	576883	24-11-2008	04-12-2008	24-01-2009	N	N	26-01-2009	12-03-2009				10	51	2	45	108	108	45
46	579633	27-11-2008	04-12-2008	24-01-2009	N	N	26-01-2009	19-02-2009	M	29-01-2009	05-03-2009	7	51	2	24	84	98	38

Análise Tempos de Espera da Solicitação à Realização da Consulta - Psiquiatria
(Tabela 5)

47	582688	26-11-2008	04-12-2008	06-12-2008	N	N	12-12-2008	06-02-2009	M	19-01-2009	02-04-2009	8	2	6	56	72	127	111
48	596819	04-12-2008	17-12-2008	24-01-2009	N	N	26-01-2009	12-02-2009				13	38	2	17	70	70	17
49	622053	23-12-2008	07-01-2009	24-01-2009	N	N	26-01-2009	19-02-2009	M	02-02-2009	26-02-2009	15	17	2	24	58	65	31
50	627310	26-12-2008	07-01-2009	24-01-2009	N	N	26-01-2009	24-02-2009	M	02-02-2009	26-02-2009	12	17	2	29	60	62	31
											Valores médios	10,86	48,36	8,04	33,62	100,88	113,76	46,50
											Desvio padrão	21,73	35,69	9,21	16,51	40,14	63,72	60,30

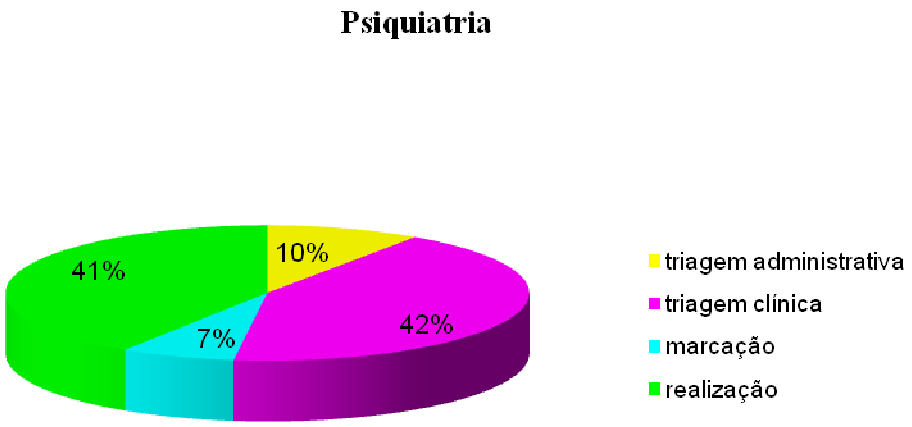


Gráfico V

Da análise do período compreendido entre a data da solicitação da consulta e a triagem administrativa verificamos uma espera média de 10.86 dias o que tem algum significado atendendo ao processo simples de triagem. Esta demora poderia numa fase inicial justificar-se com a adaptação ao sistema e com a reduzida formação em triagem mas, verificámos que a demora verificou-se ao longo de todo o ano e que, também, e de forma alienatória a triagem foi executada de forma quase automática. Encontrámos uma solicitação que esteve pendente de triagem administrativa 156 dias e que, segundo conseguimos apurar, se tratou de um utente que, devido a identificação insuficiente por parte do Centro de Saúde, demorou mais tempo que o normal.

Da análise do período compreendido entre a triagem administrativa e triagem clínica verifica-se que a média de espera é de 48.36 dias, ou seja, muito superior á demora de triagem administrativa. Podemos referir que, tal como o processo de triagem administrativa, o processo de triagem clínica é bastante simples (Anexo B). No mês de Setembro verificou-se um aumento significativo do número de dias de espera para triagem clínica que se justifica pela ausência temporária de triadores do Alert P1.

Da análise do período compreendido entre a triagem clínica e a data da marcação da consulta conclui-se que os valores médios centram-se nos 8.04 dias o que é bastante positivo e que significa que os administrativos ao verificarem que o clínico já validou a marcação a executam com celeridade e porque existem vagas para dar resposta

Analisado o período desde a marcação á realização da consulta apuramos uma espera média de 33.62 dias. Esta espera poderia não ter um significado tão expressivo se este fosse o tempo total de espera por uma primeira consulta de Psiquiatria mas, ao analisarmos os pedidos desde a solicitação à realização da consulta a demora média já se centra nos 100.88 dias. Aqui sim, verificamos que para doentes do foro psiquiátrico esta demora tem muito significado. Nesta análise verificamos que a grande dificuldade para a satisfação das solicitações não é a capacidade de resposta clínica mas sim todo o processo até a sua marcação. Além de que, ao verificarmos que 15 dos pedidos de consulta foram alterados para datas posteriores às inicialmente agendadas e que 14 dos pedidos foram alterados por parte do médico com penalização do utente, a demora aumentou para 113.76 dias. No entanto verificámos que duas das alterações executadas foram transferência do médico a realizar a consulta não havendo alteração do dia da realização da consulta.

Da análise gráfica (Gráfico V, pág.77) constata-se que dos diversos passos que envolveram o processo de marcação das primeiras consultas solicitadas 10% centrou-se na triagem administrava, 42% na triagem clínica, 7% na demora para a marcação da consulta e 41% no tempo entre a marcação da consulta e a realização da mesma.

Numa análise efectuada à lista de espera geral, efectuada a 15 de Outubro de 2009, verificamos a existência de 97 solicitações para primeira consulta. O facto de existirem 2 pedidos relativos ao ano de 2008 prende-se com a não comparência dos utentes à consulta numa primeira convocatória. De 2009 encontramos 95 pedidos de consulta, 49 dos quais solicitados em suporte papel.

6 – ANÁLISE GLOBAL DOS DADOS ESTATÍSTICOS.

Ao levar a efeito a recolha de dados no dia 24 de Fevereiro de 2009 relativa a 50 solicitações, por especialidade, de primeiras consultas hospitalares pelos Centros de Saúde verificou-se que:

- Oftalmologia – Foram solicitados pelo Alert P1 498 pedidos de consulta, todos com triagem clínica e médica executada e que só 5 aguardavam data de marcação. Dos 50 pedidos alvos de análises 13 foram satisfeitas em 2008 e os restantes 27 em 2009.

Dermatologia - Foram solicitados pelo Alert P1 827 pedidos de consulta, todos com triagem clínica e médica executada, só 196 foram marcados sendo que, 629 ainda aguardavam marcação. Dos 50 pedidos alvos de análises 34 foram satisfeitas em 2008 e os restantes 16 em 2009.

Urologia - Foram solicitados pelo Alert P1 347 pedidos de consulta, 13 dos quais sem triagem clínica e só 159 foram marcados sendo que, 175 ainda aguardavam marcação. Dos 50 pedidos alvos de análises 34 foram satisfeitas em 2008 e os restantes 16 em 2009.

Psiquiatria - Foram solicitados pelo Alert P1 146 pedidos de consulta, 1 dos quais aguardava triagem administrativa. Dos 50 pedidos alvos de análises 17 foram satisfeitas em 2008 e os restantes 33 em 2009.

Da análise gráfica (gráfico VI, pág.81):

A especialidade com maior demora na resposta às solicitações de primeiras consultas de especialidade é Urologia sendo que a razão principal se prende com a demora entre a triagem clínica e a marcação da consulta. Contudo, se verificarmos o processo desde a solicitação á realização da consulta, também, esta especialidade é a que demora mais tempo a satisfazer as solicitações o que se justifica pelo significativo número de vezes que os clínicos solicitam alteração da data inicialmente agendada.

- Oftalmologia: média de 23 dias;
- Dermatologia: média de 92 dias;
- Urologia: média de 157 dias;
- Psiquiatria: média de 8 dias.

A Especialidade de Urologia também é a especialidade que demora mais tempos a satisfazer a solicitação de primeiras consultas devido à elevada demora do agendamento da data da consulta.

- Oftalmologia: média de 30 dias;
- Dermatologia: média de 38 dias;
- Urologia: média de 76 dias;
- Psiquiatria: média de 47 dias.

A triagem administrativa em qualquer das especialidades seleccionadas faz-se com relativa celeridade:

- Oftalmologia: média de 7 dias;
- Dermatologia: média de 11 dias;
- Urologia: média de 15 dias;
- Psiquiatria: média de 11 dias.

Análise Global

	Oftalmologia	Dermatologia	Urologia	Psiquiatria
Nr. de dias desde a solicitação até à triagem administrativa	**7**	**11**	**15**	**11**
Nr. de dias desde a triagem administrativa até à triagem clínica	**70**	**4**	**10**	**48**
Nr. de dias desde a triagem clínica até à data de marcação de consulta	**23**	**92**	**157**	**8**
Nr. de dias desde a primeira marcação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)	**30**	**38**	**76**	**47**
Nr. de dias desde a solicitação até à realização da consulta	126	141	226	101
Nr. de dias desde a solicitação até à realização da consulta (incluindo ocorrência de remarcação)	129	145	258	114

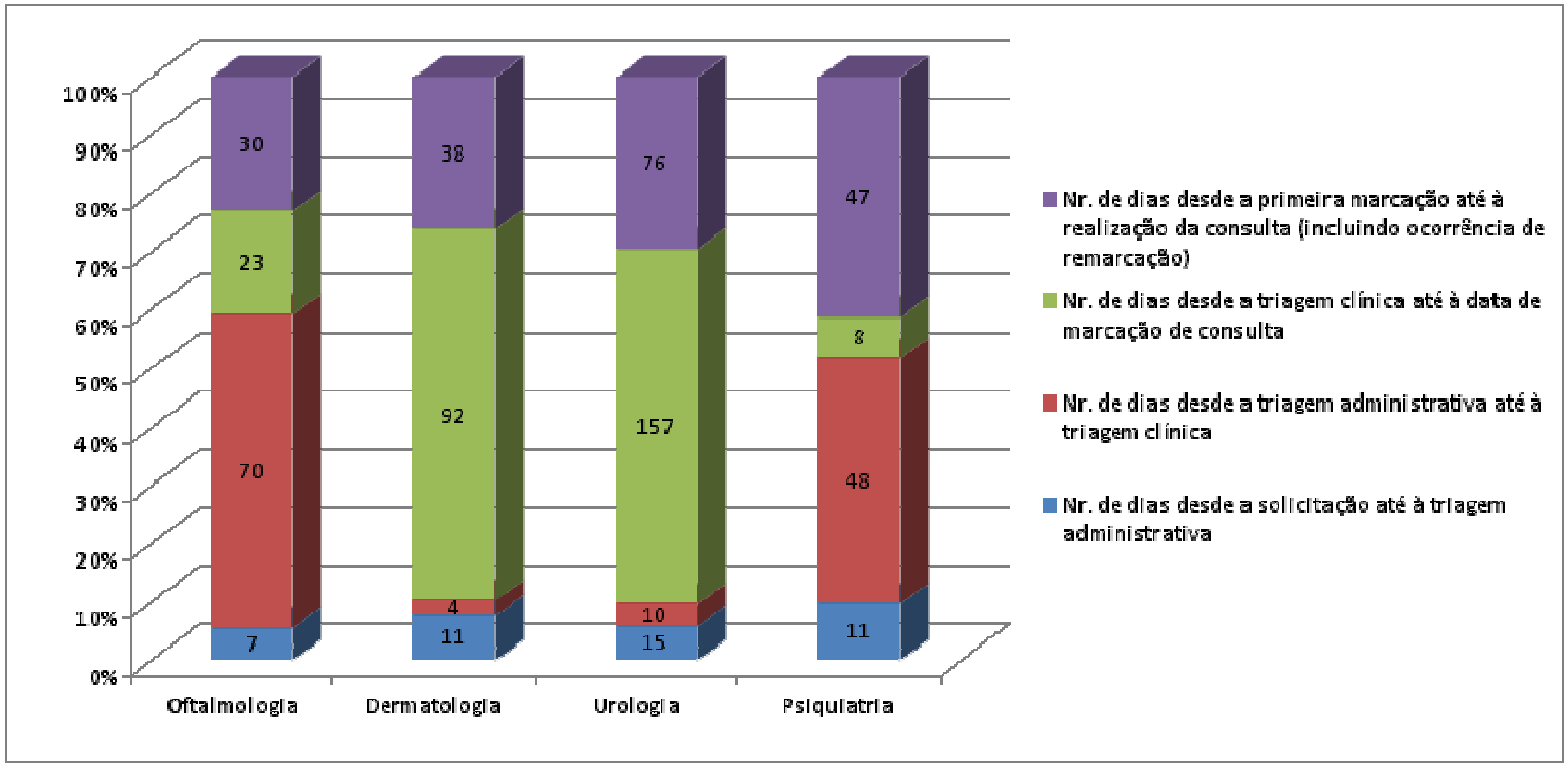


Gráfico VI

Relativamente à triagem clínica podemos afirmar que ascende, em muito, a triagem administrativa. É de referir que a triagem administrativa é, na íntegra, feita por 3 e elementos e que a triagem clínica é feita por 1 clínico por especialidade. A especialidade que levou mais tempo a executar este passo foi a especialidade de Oftalmologia. A justificação para este facto prende-se com a opção do Director do Serviço em dar prioridade aos pedidos em suporte papel de anos anteriores que eram em grande quantidade (verificar relatório da lista espera geral em que se constata que só de 2007 havia 2100 pendentes (Anexo A) tendo conseguido reduzir, em muito, a lista de espera.

- Oftalmologia: média de 70 dias;

- Dermatologia: média de 4 dias;

- Urologia: média de 10 dias;

- Psiquiatria: média de 48 dias.

Para que possamos comparar e verificar a situação actual das listas de espera actualmente, para as especialidades em análise, fizemos um levantamento da lista de espera geral, no dia 15 de Outubro de 2009 e verificamos que:

- A especialidade de Oftalmologia tem 48 solicitações em espera para marcação (13 do Alert P1 e 17 em suporte papel). Estas solicitações reportam, todas, ao ano de 2009;
- A especialidade de Dermatologia tem 2562 pedidos de primeira consulta sendo 7 do ano de 2006, 38 do ano de 2007 (25 do Alert P1 e 13 em suporte papel), 672 de 2008 (462 do Alert e 210 em suporte papel) e 1845 solicitados em 2009 (64 em suporte papel e 1204 através do Alert P1).
- A especialidade de Urologia tem 555 pedidos de consulta, 11 dos quais do ano de 2008 (9 do Alert P1 e 2 de suporte papel) e 544 do ano de 2009 (185 do Alert P1 e 359 em suporte papel)
- A especialidade de Psiquiatria tinha em lista de espera 97 pedidos sendo que 2 reportavam ao ano de 2008 através do Alert e 95 relativos ao ano de 2009 (45 pedidos em suporte papel e 50 através do Alert P1)

Mas, se verificarmos o mapa elaborado em 06/12/2008 (Anexo A) poderemos ter a percepção de que a demora de marcação de primeiras consultas tem origem, em grande parte, devido ao grande volume de solicitações de anos anteriores e que ainda não tinham sido satisfeitos.

- Oftalmologia: 18 de 2005 + 55 de 2006 + 2100 de 2007 + 1186 de 2008;

- Dermatologia: 18 de 2006 + 35 de 207 + 984 de 2008;

- Urologia: 2 de 2004 + 10 de 2005 + 23 de 2006 + 836 de 207 e 557 de 2008;

- Psiquiatria – 25 de 2005 + 3 de 2007 + 378 de 2008.

Para que tenhamos uma percepção mais clara da capacidade de resposta às listas de espera de Primeiras consultas refere-se que no ano de 2008 os serviços dispunham:

Especialidade	**Número de médicos**	**Número de primeiras consultas por semana**	**Actividades do Serviço**
Oftalmologia	8	222	Consulta Externa, Pequena Cirurgia (uma vez de quinze em quinze dias) e Urgência
Dermatologia	2	55	Consulta Externa e Pequena Cirurgia (duas vezes por semana)
Urologia	4	36	Consulta Externa, Pequena Cirurgia (uma vez semana), Cirurgia Programada (duas vezes por semana), Internamento e Urgência.
Psiquiatria	11	83	Consulta Externa, Internamento e Urgência

Quadro 1

As especialidades seleccionadas para análise realizam contudo, muitas consultas que não fazem parte do agendamento normal pelo facto de haver muitas solicitações extra, autorizações médicas e muitas alterações quer para agendamento em dias fora da programação normal quer para dias em que as agendas já se encontram demasiado lotadas originando cenários nas salas de espera de alguma desordem, frustração pela espera e pelo engano da data agendada devido a tanta alteração, pelo não cumprimento dos horários e com a agravante de um cenário de salas de espera pouco confortáveis.

Para reforçar e ilustrar a quantidade de primeiras consultas que as especialidades alvo de análise realizam refere-se o total produzido no ano de 2008 (Anexo C):

- Oftalmologia: 7985;

- Dermatologia: 2600;

- Urologia: 2188;

- Psiquiatria: 2371;

CAPÍTULO V – ABORDAGEM QUALITATIVA: O DISCURSO DOS ACTORES SOBRE O PROCESSO DE MARCAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS HOSPITALARES

Após a análise dos dados quantitativos disponíveis relativos aos tempos de marcação de primeiras consultas considerámos oportuno desenvolver uma análise de cariz qualitativo capaz de ilustrar o discurso dos actores directamente envolvidos no processo sobre o seu funcionamento.

Assim sendo, procedeu-se à realização de entrevistas semi-estruturadas com três actores a desempenhar papéis distintos no processo de marcação e triagem das primeiras consultas hospitalares no sistema informático Alert P1 e com diferentes níveis de intervenção no processo. Foram, então, entrevistados: O médico triador da Especialidade de Oftalmologia (Director do Serviço); a colaboradora administrativa que tem como responsabilidade a gestão da triagem administrativa de todas as solicitações através do Alert P1 e a colaboradora Administrativa que faz a marcação de todas as primeiras consultas de especialidade solicitadas ao hospital, pelos Centros de Saúde. Todas as entrevistas foram realizadas e gravadas no próprio local de trabalho, e posteriormente transcritas para análise tendo tido a duração média de 30 minutos cada. O guião de entrevista pode ser consultado no Anexo E

Quando questionados sobre a percepção que possuíam do impacto da utilização do sistema informático Alert P1 todos os actores, independentemente da sua função ou da sua responsabilidade no processo demonstraram uma visão muito favorável à sua implementação. A título de exemplo poderemos citar algumas das afirmações dos entrevistados:

> O processo de solicitação de primeiras consultas hospitalares através do sistema informático ALET P1, facilitou de forma significativa a gestão das solicitações marcações de consultas. (Médico Triador).

De entre as diversas vantagens identificadas com a utilização do sistema destacamos os factores ligados:

i) à diminuição dos tempos de espera para marcação de consulta.

> Contudo, este processo tem levado a que os especialistas façam uma gestão mais rápida de cada consulta de modo a ir de encontro aos agendamentos

instituídos e consequentemente reduzir o tempo que cada doente espera no dia da realização da consulta. (Médico Triador).

O sistema informático ALERT P1 veio reduzir a demora de inserção de utentes em lista de espera na medida em que a identificação do utente é executada no centro de Saúde e quando o pedido é enviado para o hospital, no processo de triagem administrativa, a identificação no SONHO (sistema onde se gere toda a actividade inerente a prestação de serviços aos doentes) é automática (Colaborador Administrativo Triador).

A centralização da triagem administrativa é inequivocamente uma forma de resposta mais rápida e eficaz na gestão da triagem administrativa das solicitações de primeiras consultas. A distribuição das solicitações pelos secretariados das especialidades além de não se justificar reduziria a qualidade e celeridade de resposta ao processo (Colaborador Administrativo Triador).

Os pedidos com carácter urgente são marcados de forma mais rápida e mais controlada em oposição às solicitações em suporte papel que obriga a verificar todos os pedidos para encontrar os assinalados como urgentes (Colaborador Administrativo que executa a marcação das primeiras consultas).

A possibilidade de acesso imediato e por especialidade da data solicitação da consulta, da data da triagem administrativa e clínica e da prioridade atribuída pelo clínico permite, por si só, uma gestão mais rápida, eficiente e eficaz da marcação das consultas (Colaborador Administrativo que executa a marcação das primeiras consultas).

O processo de triagem através do Sistema informático ALERT P1 é mais fácil e mais rápido de executar além de que a possibilidade de extravio dos pedidos é inexistente (Colaborador Administrativo Triador).

ii) acesso e utilização da informação

O sistema tornou mais célere o acesso à informação no dia da consulta, em detrimento da demora de pesquisa nas solicitações em suporte papel. Existe

facilidade de solicitação de mais informação e/ou exames ao médico de família de forma imediata. (Médico Triador).

A possibilidade de a data da solicitação por parte do médico assistente ser a mesma da recepção por parte do triador administrativo é possível contudo, e devido á passagem por triador administrativo no Centro de Saúde, esta realidade não é tão frequente quanto desejável. A possibilidade, não verificada com as solicitações em suporte papel de, filtrar as solicitações por especialidade, por data de entrada, por idade dos doentes, por Centro de Saúde solicitador ou por prioridade de solicitações é uma realidade assim como a possibilidade de visualizar vários pedidos em simultâneo no monitor (Colaborador Administrativo Triador).

A centralização de marcação numa central permite que os utentes quando telefonem para o hospital para solicitar informações sobre o estado da lista de espera, a confirmação da data/hora de realização das consultas e solicitações de alteração da marcação inicial de consultas, as chamadas são canalizadas para um mesmo e único sector existindo o domínio da informação, a responsabilização pela informação cedida e evitando, deste modo, a demora de resposta (Colaborador Administrativo Triador).

O sistema visado também permite visualizar a quantidade de pedidos em espera para marcar e gerir melhor os tempos de marcação (Colaborador Administrativo que executa a marcação das primeiras consultas).

Facilidade de filtrar os pedidos de primeiras consultas por data de solicitação e/ou por prioridades. A análise da informação clínica nos pedidos em suporte papel é mais demorada e menos perceptível (Médico Triador).

iii) autonomia da acção profissional

A partir do momento em que o colaborador administrativo triador execute a triagem administrativa o médico fica autónomo na análise das solicitações, podendo devolver o pedido, automaticamente, se não estiverem reunidas as condições para enviar para marcação (em suporte papel traduz-se em dias a demora na devolução e na recepção de novo pedido com as condições

exigidas) e não há recursos a deslocação para fazer a triagem (executada no computador pessoal e no gabinete médico permitindo gerir outras tarefas em simultâneo) (Médico Triador).

iv) Controlo e responsabilização individual

A criação de uma central única para triagem e marcação de primeiras consultas é uma melhoria e torna o processo de triagem administrativa e o processo de marcação de primeiras consultas mais imparcial e controlador. (Médico Triador)

O facto de o processo desde a solicitação pelo médico de família, passando pelas triagens administrativa e clínica e encaminhamento para marcação ser feita, on-line, permite acesso rápido aos pedidos que reúnem condições de marcação assim como fica registado os nomes dos profissionais envolvidos e os tempos que cada reteve a solicitação na sua posse (Colaborador Administrativo que executa a marcação das primeiras consultas).

Em síntese podemos afirmar que os actores entrevistados possuem uma percepção bastante positiva do sistema dado que reconhecem uma maior eficiência na sua utilização, expressa na diminuição do tempo de marcação de consulta. Em grande parte, esta percepção está directamente relacionada com a possibilidade que o sistema confere de expor a informação de uma forma mais clara e acessível. Não podemos no entanto descurar a possibilidade da utilização do sistema promover alterações na organização do trabalho, expressas, simultaneamente na ideia de uma maior autonomia e de uma maior responsabilização.

A constatação desta avaliação em geral positiva da aplicação do sistema não invalida a presença da identificação aspectos menos positivos e até de desvantagens na sua utilização. A este nível são identificados grandes grupos de questões:

i) administrativas

A descentralização deste procedimento pelos diversos secretariados afectos a cada especialidade torna o processo mais permeável aos “pedidos extra”, a

marcações de forma injusta e a facilitismos de acordo com solicitação médica pela proximidade existente (Médico Triador).

ii) processo

A impossibilidade de contabilizar o tempo de realização de cada consulta gera, por vezes, desconforto entre os utentes na sala de espera e reflecte-se na postura assumida perante os profissionais. Se, efectivamente, fosse seguido com rigor a contratualização do agendamento faseado o número de doentes a observar diariamente reduziria significativamente e traduzir-se-ia num aumento das listas de espera para primeiras consultas (Médico Triador).

O processo permite que médicos e utentes tenham informação precisa sobre os períodos de consultas o que é um aspecto positivo contudo, verifica-se uma diminuição de primeiras consultas pela crescente inflexibilidade de observação de mais utentes para além do contratualizado, como se verificava anteriormente, assim como se traduziu num aumento de solicitações de alterações de consultas com a consequente penalização para o utente que vê a sua solicitação de uma primeira consulta ser adiada. (Colaborador Administrativo que executa a marcação das primeiras consultas).

iii) comportamento dos pacientes

Verifica-se que os utentes não estão sensíveis a uma cultura de consultas com tempos determinados ora chegando muito cedo na esperança de um atendimento mais cedo ora aparecendo mais tarde para evitar aglomerados nas salas de espera o que, por sua vez, origina período sem consulta e período com excesso de doentes. Se fossem cumpridos os agendamentos faseados um utente marcado para determinada hora, ao faltar, significava um tempo vago até à marcação seguinte na medida em que o utente seguinte não é obrigado a estar presente antes da hora agendada (Médico Triador).

A instituição do agendamento faseado traduziu-se na redução de primeiras consultas realizadas, diariamente, na maioria das especialidades e numa

redução na celeridade de resposta na triagem clínica fruto da resistência à imposição de cumprimentos de horários (Colaborador Administrativo Triador).

Com a flexibilidade atrás referida, também, ficaria salvaguarda a margem necessária para os utentes efectivarem nos balcões de atendimento as consultas e pagarem as respectivas taxas moderadoras. Os utentes seriam chamados em grupo de três, ao mesmo tempo, para junto da porta do gabinete de consulta ficando menos utentes na sala de espera geral tornando-as salas mais arejadas, menos barulhentas e consequentemente menos propícias ao stress e tensão entre as pessoas (Colaborador Administrativo que executa a marcação das primeiras consultas).

iv) Comportamento dos profissionais

A rigidez de cumprimento de horários gerada com o sistema de marcação de consultas de forma faseada, criou resistência nos médicos reflectida na recusa de observar utentes que se atrasem para a consulta mesmo nas situações em que o atraso seja insignificante. Seria necessário dar alguma flexibilidade como sendo o agendamento faseado mas com tempos mais alargado e colocando três utentes em cada período. Ficavam colmatadas a situações de atraso, de faltas e uma das questões chave que se traduz no facto da observação de um utente poder demorar cinco minutos como vinte minutos. (Colaborador Administrativo que executa a marcação das primeiras consultas)

v) qualidade no atendimento

Presentemente, o médico tem que se agilizar de modo a observar os utentes com perda da qualidade que cada observação exige (Colaborador Administrativo que executa a marcação das primeiras consultas).

Em síntese podemos afirmar que a percepção dos aspectos menos positivos ligados ao sistema se relacionam mais com questões identificadas com o comportamento dos actores envolvidos do que propriamente com questões processuais

ou administrativas. Os actores entrevistados salientam a falta de cumprimento de horários por parte dos pacientes e alguma falta de flexibilidade por parte dos profissionais. Não obstante de alguma forma estes problemas decorrem de outros ligados a factores administrativos em particular a impossibilidade de determinar correctamente o tempo de consulta e na existência de agendamentos faseados.

Em função do exposto indagámos os entrevistados sobre a possibilidade de melhoria do sistema. As respostas sugerem percepções distintas em função dos papéis/responsabilidades que cada um possui.

Assim sendo, o médico triador considera que deveriam ser tomadas medidas no sentido de se aumentar o número de primeiras consultas diárias para o que seria necessária a contratualização de mais recursos humanos médicos. Também, foi referido o excesso de tempo que os utentes despendem em observação em consultas subsequentes não havendo necessidade de estar a ocupar vagas quando os utentes poderiam ter alta das consultas mais cedo e em situação de necessidade de nova observação por parte de especialistas voltar a solicitar ao médico de família novo pedido de consulta de especialidade. Outra solução apresentada prende-se com uma melhor gestão das outras actividades clínicas o que convergia para mais tempo dedicado a consulta externa.

Quanto aos administrativos, as sugestões de melhoria centram-se, para o colaborador administrativo triador, na possibilidade de não ser aceite qualquer outra forma de solicitação de primeiras consultas para além do recurso ao Sistema Informático Alert P1 quando se verifica que os Centros de Saúde já se encontram apetrechados de equipamento que lhes permite o envio das solicitações on-line. Os pedidos em suporte papel com proveniência dos Centros de Saúde demoram muito tempo a chegar ao hospital, além de alguns nem chegam e se vieram mal identificados terão de ser devolvidos, de novo, pelo mesmo sistema, CTT, o que demora muito tempo até conseguir de novo dar entrada no hospital. Não esquecendo que os pedidos que chegam em suporte de papel tem de ser introduzidos no sistema informático existente no hospital – SONHO. Entende este actor que esta forma de solicitação só deveria aceite em situações pontuais, justificado com falha no sistema ALERT P1, pelo que deveria ser feita comunicação escrita a divulgar pelos Centros de Saúde no sentido de os sensibilizar para o procedimento. O sistema Alert P1 é extremamente simples, prático e

rápido como se pode verificar nos diversos passos a executar desde envio pelo Centro de Saúde até á marcação da consulta (Anexo B).

A recepção dos pedidos de consulta em suporte papel implica a intervenção de um terceiro serviço – Secretaria-geral – que tem por função receber e expedir toda a correspondência de e para o hospital, assim como fazer o registo de todas as entradas e saídas com as óbvias consequências inerentes ao atraso na entrega dos pedidos de primeiras consultas em suporte papel na Central de Triagem e Marcação de Primeiras Consultas.

Finalmente, embora não menos importante, expomos as propostas do colaborador administrativo que executa a marcação das primeiras consultas. Na sua opinião, deveria ser aumentado o número de vagas de primeiras consultas para conceder uma resposta mais célere nas especialidades cujo número de solicitações é elevado e cuja lista de espera ultrapasse uma espera para além de três meses. Um das formas de minimizar a lista de espera seria o preenchimento das vagas de segundas consultas não ocupadas com a inserção de solicitações de primeiras consultas nesses tempos. Todavia, este processo tem alguma complexidade porque a gestão da marcação de consultas subsequentes é exclusivamente da responsabilidade do médico titular da consulta. A existência de dois números de telefone com linha directa do exterior para a Central e Marcação de Primeiras Consultas para que os utentes tenham a possibilidade de comunicar, atempadamente, a impossibilidade de comparência na consulta podendo a sua vaga ser ocupada com outro utente em espera e ficar, no imediato com conhecimento do novo agendamento e/ou solicitar esclarecimento sobre a realização da mesma. Deste modo os utentes deixariam de ter de andar de telefone em telefone até que alguém lhe dê resposta ao solicitado como acontece, com frequência. Estes números de telefone deveriam estar referenciados nos Centros de Saúde para que os utentes tivessem conhecimento assim como deveriam ser divulgados pelos diversos sectores de atendimento (sectores de consulta e no Serviço de Urgência). O envio da convocatória é importante porque se o utente não comparecer a convocatória faz alusão à exclusão da lista de espera excepto se for feita comunicação prévia do motivo da não comparência (Anexo D).

Entende-se importante, sempre com dois dias de antecedência, fazer contacto telefónico a sensibilizar o utente de que tem consulta marcada. Por vezes como a data a marcação é muito distante, se o utente não for lembrado origina muitas faltas de

comparência assim como, fica o compromisso de presença e o preenchimento da vaga assegurado. A implementação de comunicação do agendamento das primeiras consultas através de SMS e/ou email parece uma medida que deve ser tida em conta porque se traduz num aumento da qualidade dos serviços prestados aos utentes Esta forma de comunicação é rápida e permite que os utentes façam a confirmação de forma mais rápida e menos dispendiosa. A solicitação de número de telemóvel e correio electrónico deveria ser requisito obrigatório nas solicitações de primeiras consultas (salvaguardando sempre, os utentes que não utilizam estes meios de comunicação). Também, muito importante é a necessidade de implementação de procedimento escrito relativo a regras para solicitação de alteração de agendamento de consultas por parte dos médicos. Devendo em todas as situações a alteração do agendamento ser executado para data anterior à inicial exceptuando as situações imprevistas de doença médica e em situações de férias programadas e autorizadas no plano elaborado no inicio do ano.

Concluindo podemos afirmar com a análise empreendida que a utilização do sistema informático Alert P1 permitiu melhorar o tempo de marcação de consulta de especialidade no hospital objecto deste estudo de caso. No entanto, em algumas especialidades continuam a verificar-se tempos de espera pouco aceitáveis.

De qualquer modo, a percepção dos actores directamente envolvidos no processo é bastante positiva considerando que a utilização do sistema aumentou a eficiência permitindo diminuir o tempo de espera. Não obstante são ainda identificados alguns inconvenientes/desvantagens, bem como sugeridas alterações pertinentes com vista à sua melhoria.

CONCLUSÃO

O presente trabalho assume uma abordagem ao Sistema de Saúde em Portugal através do recurso à focagem da evolução do Sistema de Saúde e das reformas nos Hospitais Portugueses. Acresce a centralidade de uma abordagem baseada nos sistemas de Qualidade necessários para uma melhoria dos serviços.

Uma referência breve aos estudos que têm vindo a ser efectuados sobre a gestão de listas de espera, apresenta sugestões de alterações possíveis de implementar com vista a uma resposta mais qualitativa aos serviços prestados.

Os resultados de uma análise à explanação do processo de solicitação/marcação de primeiras consultas hospitalares e em função da intervenção de três actores com diferentes funções no processo de triagem/marcação de consultas através do Sistema ALERT P1 permite-nos identificar algumas soluções convergentes para uma prestação de serviços mais célere, com mais qualidade na reposta que as instituições de saúde dão às consultas de especialidade

No decurso da análise identificamos já algumas alterações com reflexos na melhoria de uma gestão mais objectiva e actualizada dos processos inerentes a circulação de informação entre os Centros de Saúde e o Hospital Infante D. Pedro E.P.E – Aveiro através da utilização de sistemas informáticos como o SONHO e o ALERT P1 que, a ser utilizado a 100% atingir-se-ia o objectivo de abolir, de vez, como o suporte em papel.

O aumento do número de vagas para marcação de primeiras consultas, um mais fácil acesso por parte dos utentes a informações relativas ao processo de gestão das consultas, o alargamento dos processos de marcação de consulta a outros meios de comunicação mais céleres e actualizados, uma maior responsabilização de todos os profissionais no desempenho as suas funções, uma melhor articulação entre as diferentes actividades clínicas e uma maior flexibilidade na articulação de tempos para realização das consultas, colmataria com uma prestação mais rentável com vista à redução das listas de espera para tempos aceitáveis de acesso à saúde.

BIBLIOGRAFIA

-Araújo, J.F., (2002), "*Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional*".

- Armstrong, M, (1988), "*A Handbook of Human Resource Management*" – (1 – 10)

- Base de Dados da Lista de Espera para Primeiras Consultas a realizar no HIP E.P.E – Aveiro – SISTEMA SONHO

- Boyne, G. Jenkins, G £ Poole, M. (1999, Human *Resource management in the public and private sectors: An empirical comparison*, *Public Administration, 77 (2), 407 - 470*

- Câmara. P., Guerra. P. e Rodrigues, J."*H*umanator: Recursos Humanos e Sucesso Empresarial; Publicações D. Quixote.

- Campos, A. (2002). *Solidariedade sustentada – Reformar a Segurança Social*. Lisboa: Gradiva.

- Campos, A.C. (1984), "La santé te les politiques économiques. Le cas récent du Portugal», Journal d`Economie Médicale, t. 2, vol.2 ; Campos, A.C. (1985), «política de Saúde», Conferência sobre Politicas de Desenvolvimento Económico e Social, Lisboa, IED; Campos, A.C. (1986a), "Um SNS em Portugal: aparências e realidades", Revista Crítica de Ciências Sociais, nº18-19-20; Campos. A.C. (1986b), "Eficiências e ineficiências, privilégios e estigmas, nas combinações públicas/privadas de saúde", Valência, VI Jornadas de Economia de La Salud; Campos, A.C.; Patrão, L.: Carvalho, R.(1986a), "a privatização de um sistema público: o caso das tecnologias de diagnóstico e terapêutica em Portugal", Valência, VI Jornadas de Economia de La Salud; Campos, A.C. e tal, (1986b), A combinação público-privada em saúde. Privilégios, estigmas e ineficiências, poli copiado; Santos, B. S.; (1987), "O Estado, a Sociedade e as Politicas Sociais", Revista Crítica de Ciências Sociais, nº23; Carapinheiro, G.: Pinto M., (1987), "Politicas de Saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80", Sociologia – Problemas E Práticas nº 3

- Carapeto, C.e Fonseca, F (2005), "*Administração Pública, Modernização, Qualidade* e *Inovação"* – Edições Sílabo – (345 - 347).

-Carapinheira (1998), "*Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares"*. Edições Afrontamento, Centro de Estudos Sociais.

- Carvalho, T. (2009), "*Nova Gestão Pública e Reforma da Saúde. O profissionalismo numa encruzilhada."* Lisboa, Edições Sílabo.

-Correia, T., "*Que Prestação Pública de cuidados Hospitalares em Portugal*". Artigo (31/07/2008).

- Crozier, M. and Friedberg, E. (1977), "*L'acteur et le système"*. Paris: Edition du Seuil.

- Duck, J.D. (2000), *"Gerenciando a mudança: A arte do equilíbrio"* in: Harvard Business Review. Mudança. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Campus

- Eiriz, V. e Figueiredo, J.A. (2004), "*Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde" Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão,* Vol. 3, Nº.4 (Outubro – Dezembro) pp.20-28.

- Giraldes, M.R. (2007), " *Avaliação da Eficiência e da Qualidade em Hospitais – Entidades públicas Empresariais e Sector Público Administrativo*"

- Harper.P.R and Gamlin H.M *"Reduced outpatient waiting times with improved appointment scheduling: A simulation modelling approach"* – O.R Spectrum (2003)25:2007-222.

- Heskett, J.L. (1986), *"Managing in the Service Economy"*. Boston: Harvard Business School Press.

- Johnston, R. e Clark, G. (2001), "*Administração de Operações em Serviço"*

- Johnston, R and Clark (2002), "*Service Operation Management. Improving Service Delivery*" – Practice Hall – (220-255).

- Lash, S. et Uray, J. (1994), "*Economies of Sings and Space."* London: Sage.

- Lista de solicitações dos Centros de Saúde para Primeiras Consultas de Especialidade – ALETR P1.

- Manual de Utilizador Administrativo – Hospital – ALERT P1- Alert Life Sciences Computing, S.A

- Mendo, P. (2002). O *que foi, o que é, o que será. Economia Pura*, Ano V, 51, 36-39.

- Mezomo, J. C. (2001), "*Gestão da Qualidade na Saúde": Princípios Básicos*

- Ministério da Saúde (1998). *O hospital português.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

- Monday, R.W. and Noe, R.M (1993), "Human Resource Management" – Allyn and Bacon – (267 -285).

- Mozzicafreddo, J. (2000),*" Estado-providência em Portugal"*. Oeiras: Celta Editora.

- Reis, V. P. (1999). O *Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos.* In Barros, P.P. e Simões, J. A., *Livro de Homenagem a Augusto mantas* (pp.261-297), Lisboa: APES.

- Reis, V.P., e falcão, E. (2003). Hospital *Público português: da crise à renovação? Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 5-14.

-Ribeiro, J.M, "*Revista Portuguesa de Saúde Pública"*-Volume Temático:4,2004)

-Salavessa, M.R.L.T. e Menorca, L.G. – "*Aplicabilidade dos Sistemas de Qualidade na Gestão Hospitalar"*

- Simões, J. (2004), "*Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho."* Coimbra: Almedina

-Teixeira, A.A.C. e Brochado, A.M. (20005), "*Quando o SONHO se torna realidade. Avaliação Estatística do impacto das tecnologias de informação nos serviços de consulta externa"- Vol.23, Nº1* – Janeiro/Julho.

- Teixeira, C.C. (2003), *"Atitude dos funcionários face à modernização da Administração Pública":* in: Mozzicafreddo, J. et al. Organizações, Ética e Administração – Como modernizar os Serviços Públicos: Oeiras: Celta Editora

- Tugba and Emre, V. "*Outpatient scheduling in health care: A Review of Literature Production and Operations Management.* Vol. 12, nº.4, Winter 2003.

ENTREVISTAS

- Dr. Manuel Mariano – Director do Serviço de Oftalmologia e responsável pela triagem clínica das solicitações de Primeiras consultas de Oftalmologia do Hospital Infante D. Pedro E.P.E - Aveiro

- D. Sandra Cristina Lopes – Responsável pela triagem administrativa do ALERT P1, no Hospital Infante D. Pedro E.P.E.

- D. Cláudia Ribau – Responsável pela marcação das solicitações de Primeiras Consultas Hospitalares

SITES

http://intranet/SIHIP/dados.aspx

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

- Lei nº. 2011, de 2 Abril 1946;

- Lei nº. 2120, de 19 de Julho de 1963;

- Decreto – Lei nº 48.357, de 27 de Abril de 1968;

- Decreto – Lei nº. 129/77, de 2 de Abril;

- Decreto Regulamentar nº. 30/77, de 20 de Maio;

- Lei nº. 56/79, de 15 de Setembro

- Decreto – Lei nº 19/88, de 21 de Janeiro;

- Lei nº. 48/90, Lei de Bases da Saúde, DR Série I 195, de 24 de Agosto;

- Decreto – Lei nº. 11/93, de 5 de Janeiro;

- Decreto – Lei nº.151/98, de 5 de Junho;

- Lei nº. 27/2002, DR Série I – A.258, de 8 de Novembro;

- Decreto – Lei nº. 185/2002, de 20 de Agosto;

- Decreto – Lei nº. 309/2003, de 10 de Dezembro;

- Portaria nº. 615/2008, de 11 de Julho;

- Portaria nº. 1529/2008, de 26 de Dezembro;

ANEXOS

ANEXO A - Relatório lista espera de consulta, com menção ao total de pedidos em espera, por ano.

ANEXO B - Ilustração do processo de solicitação à marcação de primeira consulta através do Sistema Alert P1.

ANEXO C - Estatística Intra-hospitalar relativa à produção de consultas realizadas pelas especialidades alvo de estudo.

ANEXO D - Convocatória, em suporte papel, para primeiras consultas hospitalares.

ANEXO E - Guião de entrevista a colaboradores afectos ao processo de marcação/ triagem de primeiras consultas hospitalares

ANEXOS

Hospital Infante D. Pedro EPE - Aveiro
Serviço de Gestão de Doentes

Relatório da lista de espera de consulta

Especialidade	2002			2003			2004			2005			2006			2007			2008			24-Abr	Total 29-Out	06-Dez
Alergologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	18	18	6	19	19
Anestesiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	11	11	41	105	105	52	116	116
Cardiologia	0	0	0	8	0	0	86	86	86	87	87	87	148	146	146	130	109	109	123	217	217	582	645	645
Card/Isquémica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5	3	3	4	3	3	10	7	7
Card/HTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	10	8	8	1	3	3	12	12	12
Card/Avl/Op	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	3	14	14	5	16	16
Cirurgia	0	0	0	0	0	0	4	4	4	63	56	56	845	434	434	2153	1460	1460	737	1725	1725	3802	3679	3679
Cirurgia/Onco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	2	4	4
Dermatologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	18	18	214	35	35	570	984	984	789	1037	1037
Derma/Ped	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	1	27	27	5	31	31
Diabetologia	0	0	0	0	0	0	5	5	5	0	0	0	4	0	0	4	7	7	6	11	11	19	23	23
Dor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	3	7	13	13	15	16	16
Endocrinologia	4	0	0	1	0	0	209	50	50	297	202	202	190	181	181	391	368	368	184	417	417	1276	1218	1218
End/Pediatrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4	10	10	6	10	10
Tiroide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	5	0	0
Estomatologia	0	0	0	0	0	0	2	2	2	97	96	96	270	265	265	329	267	267	182	445	445	880	1075	1075
MFR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	8	8	4	10	10	13	18	18
Gastro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	99	75	75	100	76	76
Ginecologia	0	0	0	0	0	0	5	0	0	9	0	0	106	106	106	588	173	173	306	876	876	1014	1155	1155
Ginec/Esteril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	10	10	10	1	5	5	14	18	18
Ginec/Onc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	1	3	3
Ginec/Urol	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	16	16	16	90	46	46	59	158	158	166	220	220
Ginec/Climat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	6	7	7	11	12	12
Ginec/Mama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	6	6	6	3	6	6	13	16	16
Ginec/P.Colo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	30	27	27	7	15	15	39	42	42
Hematologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	2	2	6	4	4	23	36	36	33	43	43
Imunoalergologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	64	64	16	64	64
Imunohematologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	3	6	4	4	10	7	7
Imunoautotransf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Infecciologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	16	43	43	18	45	45
Imuno/Defic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Medicina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	17	31	9	21	35	9

Relatório da lista de espera de consulta

Especialidade	2002			2003			2004			2005			2006			2007			2008			Total 24-Abr	29-Out	06-Dez
Medicina/HTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	13	0	2	2	0	2	2	0	17	17	0
Medicina/Hepa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	1	3	2	1
Nefrologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	3	3	20	19	19	35	95	95	59	118	118
Neurologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	7	7	38	31	31	152	248	248	198	286	286
Neuro/Ped	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	9	4	4	11	4	4
Nutrição	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48	6	6	70	7	7	190	147	147	58	150	150	366	310	310
Obesidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	15	15	1	15	15
Obstetrícia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	31	72	72	32	72	72
Obst/Plane	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	26	26	46	44	44	39	87	87	112	157	157
Oftalmologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0	55	0	0	2100	0	0	857	1229	1186	3030	1229	1186
Oftal/Diabete	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	8	0	0	14	0	0
Ortopedia	0	0	0	0	0	0	1	1	1	12	11	11	25	25	25	997	603	603	887	1770	1770	1922	2410	2410
ORL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	11	11	1018	838	838	1597	1548	1548	873	1725	1725	3499	4122	4122
Pediatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	12	11	11	35	18	18	115	116	116	163	146	146
Ped/Desen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	5	5	5	96	18	18	70	165	165	173	190	190
Ped/Pat.Inc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Ped/Ref	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2
Ped/Urol-Nef	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	4	2	2	3	19	19	9	23	23
Ped/Imuno-Al 1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	2	2	2	2	2	2	2	2	10	18	18	19	24	24
Ped/Imuno-Al 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Pneumologia	0	0	0	0	0	0	14	0	0	65	14	14	239	119	119	391	316	316	159	352	352	868	801	801
Pneum/OLD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10	9	9	4	11	11	15	20	20
Pneum/Tabag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4	4	4	16	9	9	8	3	3	29	17	17
Psiquiatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	25	25	0	0	0	2	3	3	270	378	378	297	406	406
Pedopsiquiatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	5	5	5	10	5	5	113	124	124	130	136	136
Psicologia	0	0	0	3	0	0	8	0	0	16	16	16	10	10	10	28	28	28	98	101	101	163	155	155
Reumatologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	7	7	7	7	122	65	65	151	307	307	287	386	386
Urologia	0	0	0	0	0	0	3	2	0	10	9	0	23	13	13	836	67	22	355	557	557	1227	648	592

Legenda:

	24-04-2008
	29-10-2008
	06-12-2008

Elaborado: Rosa Aparício
06-Dez-08

P1

ANEXO B

[redacted] ,Dr

M / 60

P1

281959324 - Serviço Nacional Saúde

[redacted] (HIPA:)

P1	Data P1	Origem	Processo	Consulta	Agendamento
686855	22-Jan-2009	Estarreja	5002004	Nefrologia	---

Pedidos por processar

Pedidos de hoje

Pedidos para marcar

Pedidos marcados

Pedidos indeferidos

Pedidos encaminhados

	Nome	Instituição	Especialidade	Nº do P1 Data	Tipo	Instituição de destino	Triador
M / 60	[redacted]	Estarreja	Nefrologia	686855 22-Jan-2009		Hospital Infante D. ... Nefrologia	07:51

ok

P1

[redacted] ,Dr

M / 60

P1

281959324 - Serviço Nacional Saúde

[redacted] (HIPA:)

P1	Data P1	Origem	Processo	Consulta	Agendamento
686855	22-Jan-2009	Estarreja	5002004	Nefrologia	---

Triagem do pedido

Resumo de pedido de 1ª consulta

Estado 07:51

Documentos

Especialidade Nefrologia

Instituição HIPA - Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.

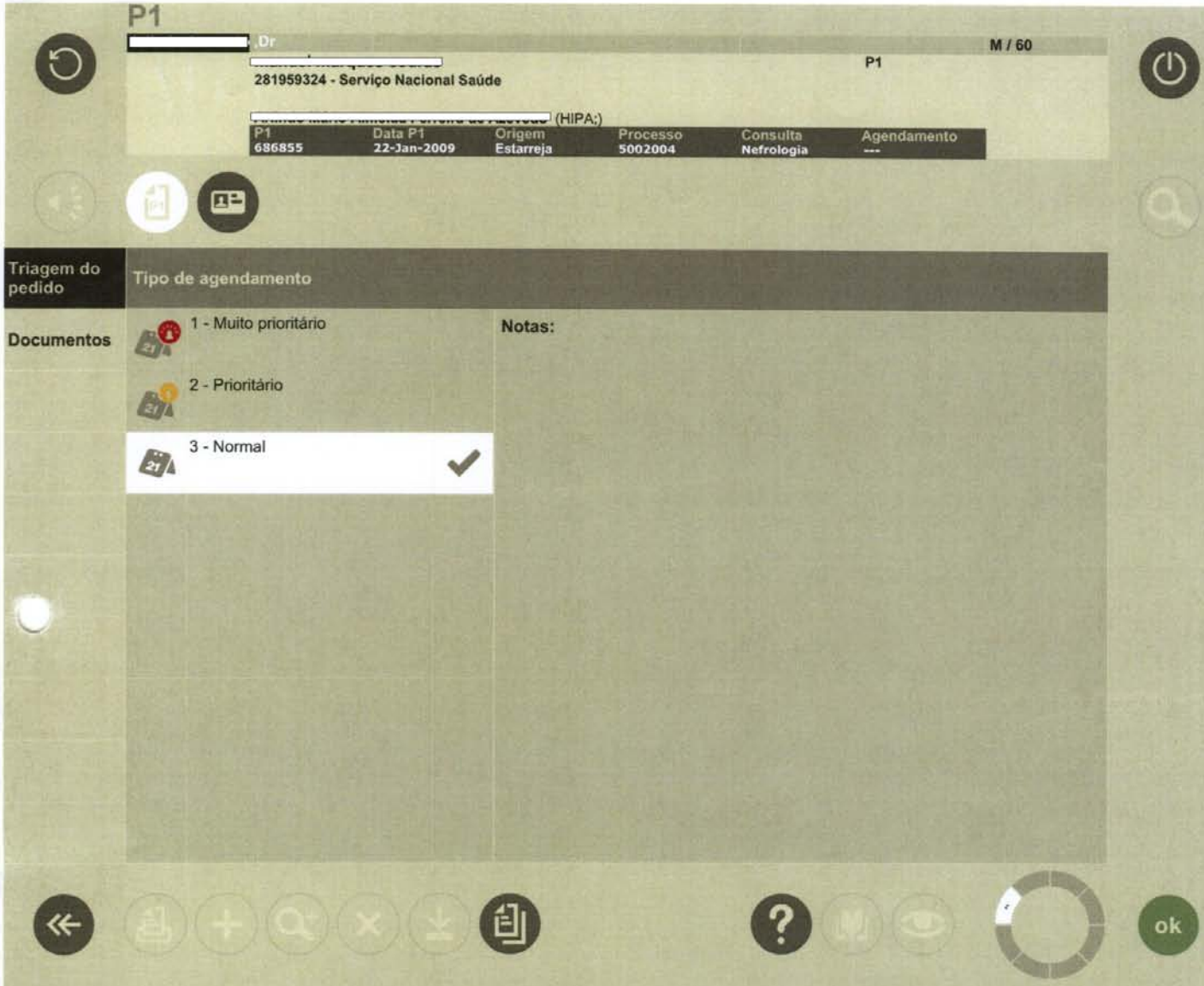
Justificação doente diabetico1,hiertenso com alteraçoes analiticas referentes a insuf. renal
[redacted] ,Drª / 15:23h 22-Jan-2009

Estado **Triagem**
[redacted] ,Admª. / 08:04h 23-Jan-2009

Emitido
[redacted] ,Adm. / 17:48h 22-Jan-2009

Emitido para: Nefrologia
[redacted] Drª / 15:23h 22-Jan-2009

P1
,Dr
M / 60
P1
281959324 - Serviço Nacional Saúde
(HIPA;)
P1 686855
Data P1 22-Jan-2009
Origem Estarreja
Processo 5002004
Consulta Nefrologia
Agendamento ---
Triagem do pedido
Resumo de pedido de 1ª consulta
Estado
07:51
Documentos
Especialidade
Nefrologia
Instituição
HIPA - Hospital Infante D. Pedro
Justificação
doente diabetico1,hiertenso
,Drª / 15:23h 22
Estado
Triagem
Admª. / 08:04h
Emitido
Adm. / 17:48h 2
Emitido para: Nefrologia
,Drª / 15:23h 22-
C
Marcar
Encaminhar para triador
Alterar serviço clínico
Devolver
Recusar
ok


P1
[redacted], Dr
M / 60
P1
281959324 - Serviço Nacional Saúde
[redacted] (HIPA;)
P1 686855
Data P1 22-Jan-2009
Origem Estarreja
Processo 5002004
Consulta Nefrologia
Agendamento ---
Triagem do pedido
Tipo de agendamento
Documentos
1 - Muito prioritário
2 - Prioritário
3 - Normal
Notas:
ok

P1

[redacted] ,Dr M / 60

P1

281959324 - Serviço Nacional Saúde

[redacted] (HIPA:)

P1	Data P1	Origem	Processo	Consulta	Agendamento
686855	22-Jan-2009	Estarreja	5002004	Nefrologia	---

Triagem do pedido	Serviços disponíveis	Especialidades disponíveis	Médicos disponíveis para a especialidade
Documentos	Serviço de Nefrologia ✓	Nefrologia ✓	Sem clínico definido
			[redacted] ,Dr ✓
			[redacted],Dr
			[redacted]r,

ok

P1

[redacted] ,Dr

M / 60

[redacted]

P1

281959324 - Serviço Nacional Saúde

[redacted] (HIPA;)

P1	Data P1	Origem	Processo	Consulta	Agendamento
686855	22-Jan-2009	Estarreja	5002004	Nefrologia	---

Triagem do pedido

Documentos

Resumo de pedido de 1ª consulta — Estado — 00:00

Especialidade Nefrologia

Instituição HIPA - Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.

Justificação doente diabetico1,hiertenso com alteraçoes analiticas referentes a insuf. renal
[redacted] ,Drª / 15:23h 22-Jan-2009

Estado

Marcar para: Arlindo Azevedo ,Dr/Serviço de Nefrologia/Nefrologia
Prioridade: Normal
[redacted] ,Dr / 15:58h 23-Jan-2009

Triagem
[redacted] ,Admª. / 08:04h 23-Jan-2009

Emitido
[redacted] ,Adm. / 17:48h 22-Jan-2009

Emitido para: Nefrologia
[redacted] ,Drª / 15:23h 22-Jan-2009

Inicio Sugestões Fechar

Nota: Os dados apresentados foram calculados no dia 2009-10-15 pelas 02:30:00

Actualizar Grelha

Ano: 2009

Especialidade: UROLOGIA

UROLOGIA

Bem-vindo ao SIHIP!

Expandir | Contrair

- Perspectivas
  - Produção e Produtividade
    - Internamento
    - Consultas Externas
      - Total
      - Agendadas
      - Marcadas
      - Realizadas
      - Primeiras
      - Subsequentes
      - % de primeiras consultas no total
      - % de realização
      - % de marcação
      - Faltas
      - N.º de consultas desmarcadas
      - Lista de espera
      - N.º de médicos E.T.C.
      - N.º de consultas / médico E.T.C.
    - Bloco Operatório
    - HDI
    - GDH Ambulatório

Nota:

Evolução da Produção e Produtividade

Internamento (Urologia)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Lotação média	11,00	11,00	8,00	12,00	13,00	11,00	13,00	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00			11,20	14,00	14,00	-2,80
Doentes Saídos para o exterior	581	694	43	56	67	61	65	72	64	39	56	29			552	816	654	-102
Dias de Internamento	3.403	3.859	237	277	379	349	413	389	332	238	365	161			3.140	4.639	3.747	-607
Demora média	5,86	5,56	5,51	4,95	5,66	5,72	6,35	5,40	5,19	6,10	6,52	5,55			5,69	5,70	5,70	-0,01
Transferências Internas	11	13			2	1		1		1	1				6	15	14	-8
Taxa de ocupação (%)	84,38	95,95	97,98	98,81	93,80	90,91	99,75	110,61	88,86	72,43	100,91	98,79			95,01	89,60	89,60	5,41
GDH codificados	581	694	43	56	67	61	65	72	64	39	43				510	816	654	-144
Doentes equivalentes		660,19	39,70	54,80	63,10	55,48	47,94	68,78	62,33	38,40	39,49				470,01			
ICM		0,6703	0,7267	0,7120	0,6846	0,7059	0,2821	0,6500	0,6775	0,6320	0,6436				0,6391			
Nº de médicos E.T.C.			0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48	0,48			0,48	0,47	0,47	0,01
Doentes Saídos / Médicos E.T.C.			89,58	116,67	139,58	127,08	135,42	150,00	133,33	81,25	89,58	116,67			1.150,00			
Taxa de mortalidade (%)	1,35	1,98		3,57	4,35	1,61	3,08	1,37	1,56	2,50					1,97			
Total Falecidos	8	14		2	3	1	2	1	1	1					11			
Consultas Externas (Urologia)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Total																		
Agendadas	8.701	16.698	992	938	1.081	1.028	896	557	524	405	596	611	429	448	7.300	6.300	4.844	2.456
Marcadas	3.820	5.779	589	505	646	601	600	614	565	432	632	633	342	162	5.504	6.300	4.708	796
Realizadas	3.736	5.423	521	431	562	515	525	547	499	363	544	260			4.767	6.300	4.786	-19
Primeiras																		
Agendadas	1.096	2.457	129	114	140	132	118	130	126	98	142	148	107	106	1.197	1.512	1.198	-1
Marcadas	1.386	2.318	153	158	183	166	160	162	165	133	181	173	64	2	1.544	1.512	1.161	383
Realizadas	1.343	2.188	135	129	157	136	146	139	143	110	155	70			1.320	1.512	1.183	137
Subsequentes																		
Agendadas	7.605	14.241	863	824	941	896	778	427	398	307	454	463	322	342	6.103	4.788	3.662	2.441
Marcadas	2.434	3.461	436	347	463	435	440	452	400	299	451	460	278	160	3.960	4.788	3.512	448
Realizadas	2.393	3.235	386	302	405	379	379	408	356	253	389	190			3.447	4.788	3.564	-117
% de primeiras consultas no total	35,95	40,35	25,91	29,93	27,94	26,41	27,81	25,41	28,66	30,30	28,49	26,92			27,69	24,00	24,00	3,69
% de realização	42,94	32,48	52,52	45,95	51,99	50,10	58,59	98,20	95,23	89,63	91,28	42,55			65,30			
% de marcação	43,90	34,61	59,38	53,84	59,76	58,46	66,96	110,23	107,82	106,67	106,04	103,60	79,72	36,16	75,40			
Faltas																		
Total Faltas	884	900	77	77	88	86	79	72	72	71	95	63			780			
% Faltas às primeiras	3,90	6,82	15,69	18,99	15,30	18,07	10,00	16,67	16,36	18,05	17,13	8,67			16,32			
% Faltas às subsequentes	2,22	4,57	5,50	8,65	6,05	6,90	3,64	5,97	6,75	8,03	6,87	3,26			6,36			
N.º de consultas desmarcadas	1.915	1.969	84	104	107	103	1.146	77	59	25	101	42			1.848			
Lista de espera	1.215	632	620	614	639	674	680	685	685	739	744	688			688			
Tempo médio de espera (dias)	354,21	143,16	129,05	115,72	101,04	93,80	102,29	95,80	92,33	98,88	103,45	109,09			109,09			
N.º de médicos E.T.C.			1,56	1,56	1,56	1,56	1,56	1,56	1,56	1,56	1,56	1,56			1,56	1,56	1,56	0,00
N.º de consultas / médico E.T.C.			333,97	276,28	360,26	330,13	336,54	350,64	319,87	232,69	333,97	276,28			3.055,77			
Bloco Operatório (Urologia)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Produção Base																		
Total (Doentes Operados)	421	470	41	44	42	37	39	46	38	25	38	3			353			

Inicio Sugestões Fechar

Nota: Os dados apresentados foram calculados no dia 2009-10-15 pelas 02:30:00

Actualizar Grelha

Ano: 2009

Especialidade: OFTALMOLOGIA

OFTALMOLOGIA

Bem-vindo ao SIHIP!

Expandir Contrair

- Perspectivas
  - Produção e Produtividade
    - Internamento
    - Consultas Externas
    - Bloco Operatório
    - GDH Ambulatório

Nota:

Evolução da Produção e Produtividade

Internamento (Oftalmologia)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Lotação média	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00	1,00	1,00							0,53	4,00	4,00	-3,47
Doentes Saídos para o exterior	304	53	5		2	3	6	3	4	1	2				26	60	29	-3
Dias de Internamento	405	132	8		5	7	10	4	8	1	3				46	149	64	-18
Demora média	1,33	2,49	1,60		2,50	2,33	1,67	1,33	2,00	1,00	1,50				1,77	2,50	2,50	-0,73
Transferências Internas	4															0	0	0
Taxa de ocupação (%)	110,96	36,07	25,81		19,35	20,00	32,26	20,00							30,07	10,20	10,20	19,87
GDH codificados	304	53	5		2	3	6	3	4	1	1				25	60	29	-4
Doentes equivalentes		51,88	5,00		2,00	3,00	6,00	2,00	4,00	1,00	1,00				24,00			
ICM		0,6876	0,6113		0,6425	0,6756	0,6604	0,6411	0,6612	0,6425	0,7418				0,6517			
Nº de médicos E.T.C.			0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28			0,28	32,00	32,00	-31,72
Doentes Saídos / Médicos E.T.C.			17,68		7,07	10,61	21,21	10,61	14,29	3,57	17,86				92,29			
Taxa de mortalidade (%)																		
Total Falecidos																		

Consultas Externas (Oftalmologia)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Total																		
Agendadas	17.746	33.595	2.420	2.460	2.891	2.350	2.150	792	1.263	940	1.390	1.523	1.618	1.400	17.361	14.238	11.120	6.241
Marcadas	5.246	12.492	1.385	1.290	1.584	1.315	1.280	828	1.242	1.005	1.478	1.384	599	41	12.130	14.238	10.525	1.605
Realizadas	5.442	12.268	1.311	1.220	1.535	1.250	1.230	1.630	1.206	1.053	1.417	700	44	7	12.546	14.238	10.660	1.886
Primeiras																		
Agendadas	2.363	8.494	771	774	957	747	630	421	702	479	752	770	883	759	6.614	8.694	6.747	-133
Marcadas	2.302	8.097	855	842	1.073	904	825	561	828	651	938	861	330	5	7.950	8.694	6.289	1.661
Realizadas	2.427	7.985	845	820	1.045	857	810	1.358	820	708	923	473			8.659	8.694	6.362	2.297
Subsequentes																		
Agendadas	15.383	25.101	1.649	1.686	1.934	1.603	1.520	371	561	461	638	753	735	641	10.747	5.544	4.339	6.408
Marcadas	2.944	4.395	530	448	511	411	455	267	414	354	540	523	269	36	4.180	5.544	4.260	-80
Realizadas	3.015	4.283	466	400	490	393	420	272	386	345	494	227	44	7	3.887	5.544	4.326	-439
% de primeiras consultas no total	44,60	65,09	64,45	67,21	68,08	68,56	65,85	83,31	67,99	67,24	65,14	67,57			69,02	61,06	61,06	7,96
% de realização	30,67	36,52	54,17	49,59	53,10	53,19	57,21	205,81	95,49	112,02	101,94	45,96	2,72	0,50	72,27			
% de marcação	29,56	37,18	57,23	52,44	54,79	55,96	59,53	104,55	98,34	106,91	106,33	90,87	37,02	2,93	69,87			
Faltas																		
Total Faltas	1.097	1.716	157	122	133	134	129	79	134	75	150	134			1.246			
% Faltas às primeiras	6,30	5,76	7,95	6,77	5,03	7,19	7,03	7,84	8,82	8,29	8,64	11,61			8,23			
% Faltas às subsequentes	4,93	10,60	12,83	12,72	10,57	15,82	12,75	16,48	17,63	15,25	15,00	19,12			15,65			
N.º de consultas desmarcadas	2.177	4.196	309	246	287	471	880	386	295	258	245	61			3.438			
Lista de espera	4.184	1.441	1.127	870	576	484	515	700	825	893	827	675			675			
Tempo médio de espera (dias)	403,30	106,44	84,08	53,38	45,51	40,29	40,77	36,99	33,52	40,77	32,64	30,43			30,43			
N.º de médicos E.T.C.			3,33	3,33	3,33	3,33	3,33	3,33	3,33	3,33	3,33	3,33			3,33	3,33	3,33	0,00
N.º de consultas / médico E.T.C.			393,86	366,52	461,16	375,54	369,53	489,70	362,32	316,35	393,86	366,52			3.769,19			

Bloco Operatório (Oftalmologia)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Produção Base																		

Bem-vindo ao SIHIP!

Expandir | Contrair

- Perspectivas
  - Produção e Produtividade
    - Internamento
    - Consultas Externas
      - Total
      - Agendadas
      - Marcadas
      - Realizadas
      - Primeiras
      - Subsequentes
      - % de primeiras consultas no total
      - % de realização
      - % de marcação
      - Faltas
      - N.º de consultas desmarcadas
      - Lista de espera
      - N.º de médicos E.T.C.
      - N.º de consultas / médico E.T.C.
    - Bloco Operatório
    - HDI
    - GDH Ambulatório

Nota:

Nota: Os dados apresentados foram calculados no dia 2009-10-15 pelas 02:30:00

Actualizar Grelha

Ano: 2009

Especialidade: DERMATOLOGIA ☑ DERMATOLOGIA

Evolução da Produção e Produtividade

Internamento (Dermatologia)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Lotação média	1,00	1,00				1,00					1,00	1,00			0,26	1,00	1,00	-0,74
Doentes Saídos para o exterior	1	5				1									1	9	9	-8
Dias de Internamento	8	50				9									9	85	85	-76
Demora média	8,00	10,00				9,00									9,00	9,40	9,40	-0,40
Transferências Internas																0	0	0
Taxa de ocupação (%)	2,19	12,84				30,00									12,00	19,50	19,50	-7,50
GDH codificados	1	5				1									1	9	9	-8
Doentes equivalentes		5,00				1,00									1,00			
ICM		0,6723				0,5485									0,5485			
Nº de médicos E.T.C.			0,26	0,26	0,26	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11			0,16	0,26	0,26	-0,10
Doentes Saídos / Médicos E.T.C.						8,75									6,36			
Taxa de mortalidade (%)																		
Total Falecidos																0	0	0
Consultas Externas (Dermatologia)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Total																		
Agendadas	7.986	10.232	620	610	620	370	278	313	327	205	406	473	654	563	3.942	6.724	5.443	-1.501
Marcadas	3.744	6.703	619	657	740	392	325	341	340	213	405	454	288	145	4.228	6.724	5.118	-890
Realizadas	3.464	6.099	547	592	637	336	283	274	285	187	305	140			3.586	6.724	5.262	-1.676
Primeiras																		
Agendadas	2.348	3.845	234	231	176	135	100	124	119	67	152	238	205	184	1.439	2.146	1.739	-300
Marcadas	2.234	2.735	232	241	181	147	108	133	127	75	156	244	90	7	1.504	2.146	1.674	-170
Realizadas	2.028	2.600	210	233	178	139	104	106	110	72	124	80			1.356	2.146	1.705	-349
Subsequentes																		
Agendadas	5.638	6.387	386	379	444	235	178	189	208	138	254	235	449	379	2.503	4.578	3.704	-1.201
Marcadas	1.510	3.968	387	416	559	245	217	208	213	138	249	210	198	138	2.724	4.578	3.424	-700
Realizadas	1.436	3.499	337	359	459	197	179	168	175	115	181	60			2.230	4.578	3.542	-1.312
% de primeiras consultas no total	58,55	42,63	38,39	39,36	27,94	41,37	36,75	38,69	38,60	38,50	40,66	57,14			37,81	46,87	46,87	-9,06
% de realização	43,38	59,61	88,23	97,05	102,74	90,81	101,80	87,54	87,16	91,22	75,12	29,60			90,97			
% de marcação	46,88	65,51	99,84	107,70	119,35	105,95	116,91	108,95	103,98	103,90	99,75	95,98	44,04	25,75	107,26			
Faltas																		
Total Faltas	1.074	1.429	86	95	117	57	49	71	66	34	104	59			738			
% Faltas às primeiras	10,30	5,59	12,07	10,37	6,63	5,44	7,41	23,31	17,32	10,67	22,44	9,84			13,36			
% Faltas às subsequentes	15,23	3,86	7,24	6,01	2,15	3,27	3,69	14,90	10,33	5,80	14,06	11,43			7,38			
N.º de consultas desmarcadas	1.545	3.223	358	107	86	150	50	48	21	39	252	50			1.161			
Lista de espera	933	1.417	1.474	1.499	1.719	1.872	2.088	2.329	2.574	2.760	2.956	2.973			2.973			
Tempo médio de espera (dias)	107,63	137,88	147,30	154,97	155,58	166,35	178,04	185,67	196,64	212,50	224,28	235,54			235,54			
N.º de médicos E.T.C.			2,03	2,03	2,03	1,03	1,03	1,03	1,03	1,03	1,03	1,03			1,33	2,03	2,03	-0,70
N.º de consultas / médico E.T.C.			269,65	291,83	314,01	326,67	275,14	266,39	277,08	181,81	531,81	575,56			2.695,38			
Bloco Operatório (Dermatologia)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Produção Base																		
Total (Doentes Operados)	14	133	24	14	16	4	5	10	5		3				81			

Bem-vindo ao SIHIP!

Expandir | Contrair

- Perspectivas
  - Produção e Produtividade
    - Internamento
    - Consultas Externas
      - Total
      - Agendadas
      - Marcadas
      - Realizadas
      - Primeiras
      - Subsequentes
      - % de primeiras consultas no total
      - % de realização
      - % de marcação
      - Faltas
      - N.º de consultas desmarcadas
      - Lista de espera
      - N.º de médicos E.T.C.
      - N.º de consultas / médico E.T.C.
    - HDI
  - Formação, Investigação
    - Formação

Nota:

Inicio | Sugestões | Fechar

Nota: Os dados apresentados foram calculados no dia 2009-10-15 pelas 02:30:00

Actualizar Grelha

Ano: 2009

Especialidade: PSIQUIATRIA ☑ PSIQUIATRIA

Evolução da Produção e Produtividade

Internamento (Psiquiatria)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Lotação média	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00			33,00	33,00	33,00	0,00
Doentes Saídos para o exterior	573	582	40	42	48	55	40	34	52	40	29	15			395	550	446	-51
Dias de Internamento	10.161	9.423	751	977	838	871	729	681	1.063	699	626	283			7.518	8.985	6.945	573
Demora média	17,73	16,19	18,78	23,26	17,46	15,84	18,23	20,03	20,44	17,48	21,59	18,87			19,03	16,30	16,30	2,73
Transferências Internas	34	4				1	1	1		1					4	4	3	1
Taxa de ocupação (%)	82,92	78,78	88,17	85,50	93,16	77,37	87,10	70,51	78,79	77,91	64,95	86,67			80,76	74,60	74,60	6,16
GDH codificados	573	582	40	42	48	55	40	34	49	36	26				370	550	446	-76
Doentes equivalentes		541,90	37,93	41,75	37,25	48,34	38,25	30,17	48,50	33,33	24,92				340,43			
ICM		1,1189	1,0776	1,2753	1,3055	1,0772	1,1271	1,1093	1,1825	1,1026	1,1480				1,1576			
Nº de médicos E.T.C.			2,35	2,35	2,35	2,35	2,35	2,35	2,35	2,35	2,35	2,35			2,35	2,33	2,33	0,02
Doentes Saídos / Médicos E.T.C.			16,99	17,84	20,39	23,36	16,99	14,44	22,09	16,99	16,99	17,84			167,78			
Taxa de mortalidade (%)		0,34	2,50	2,38				2,86							0,75			
Total Falecidos		2	1	1				1							3	1	1	2
Consultas Externas (Psiquiatria)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado
Total																		
Agendadas	19.076	27.893	2.180	1.962	2.360	1.887	1.536	1.039	1.215	902	1.239	1.259	1.305	1.089	14.950	15.204	11.406	3.544
Marcadas	15.269	17.339	1.643	1.509	1.858	1.696	1.516	1.428	1.756	1.275	1.660	1.555	1.172	676	15.157	15.204	12.003	3.154
Realizadas	13.322	15.541	1.405	1.340	1.698	1.532	1.438	1.202	1.465	1.038	1.369	580			13.067	15.204	12.025	1.043
Primeiras																		
Agendadas	2.942	5.946	424	447	560	499	395	212	280	196	295	303	270	240	3.461	4.116	3.134	327
Marcadas	2.678	2.339	222	264	351	271	242	217	252	161	259	245	74	18	2.373	4.116	3.050	-677
Realizadas	2.116	2.371	186	218	333	235	234	154	203	124	206	87			1.980	4.116	3.177	-1.197
Subsequentes																		
Agendadas	16.134	21.947	1.756	1.515	1.800	1.388	1.141	827	935	706	944	956	1.035	849	11.489	11.088	8.285	3.204
Marcadas	12.591	15.000	1.421	1.245	1.507	1.425	1.274	1.211	1.504	1.114	1.401	1.310	1.098	658	12.784	11.088	8.838	3.946
Realizadas	11.206	13.170	1.219	1.122	1.365	1.297	1.204	1.048	1.262	914	1.163	493			11.087	11.088	8.807	2.280
% de primeiras consultas no total	15,88	15,26	13,24	16,27	19,61	15,34	16,27	12,81	13,86	11,95	15,05	15,00			15,15	27,07	27,07	-11,92
% de realização	69,84	55,72	64,45	68,30	71,95	81,19	93,62	115,69	120,58	115,08	110,49	46,07			87,40			
% de marcação	80,04	62,16	75,37	76,91	78,73	89,88	98,70	137,44	144,53	141,35	133,98	123,51	89,81	62,08	101,38			
Faltas																		
Total Faltas	2.946	3.070	311	268	328	269	228	272	325	251	318	249			2.819			
% Faltas às primeiras	30,88	14,49	27,03	29,55	24,22	26,57	18,60	31,34	22,62	26,09	23,94	20,41			26,09			
% Faltas às subsequentes	6,57	2,26	4,22	6,27	5,64	5,05	3,53	5,62	3,79	3,77	4,43	3,82			4,84			
N.º de consultas desmarcadas	2.917	3.500	781	315	447	4.119	458	316	389	123	213	82			7.243			
Lista de espera	611	650	629	607	603	631	703	729	740	770	750	710			710			
Tempo médio de espera (dias)	208,38	117,88	122,42	124,71	116,69	117,71	118,44	123,69	117,81	127,23	123,14	133,42			133,42			
N.º de médicos E.T.C.			5,34	5,34	5,34	5,34	5,34	5,34	5,34	5,34	5,34	5,34			5,34	5,34	5,34	0,00
N.º de consultas / médico E.T.C.			220,97	224,91	268,16	236,89	218,16	185,02	214,42	153,18	220,97	224,91			2.028,65			
HDI (Psiquiatria)	**2007**	**2008**	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**	Total acumulado	C.P. Anual	Valor Esperado	Desvio Acumulado

Hospital Infante D. Pedro, Epe.
Av. Artur Ravara
3810-AVEIRO

N. Contribuinte: 506361543

Ministerio da Saude -IGIF

ROSA MARIA TAVARES SANTOS APARICIO
RUA DO PORTAO VELHO,43
3830-170 GAF.D AQUEM
3830-GAFANHA D AQUEM

CONSULTA EXTERNA

Especialidade de: **OFTALMOLOGIA - DR MANUEL MARIANO**

N. de Processo: **97001789**

Exmo(a). Sr(a). **ROSA MARIA TAVARES SANTOS APARICIO**

Informa-se que a consulta foi marcada para o dia **28 de Janeiro de 2010**, as **09:40.**

Solicita-se que no dia da consulta compareca com 30 minutos de antecedencia na CONSULTA GERAL e seja portador (a) do presente documento, bem como do Cartao do Hospital, Cartao de Utente e Bilhete de Identidade.

Deve ser portador dos exames complementares em seu poder.

ADVERTENCIA :
Em caso de impossibilidade de comparencia deve ser comunicado ate tres dias antes atraves dos seguintes contactos:

Telefone: 234892040 - de segunda a sexta das 14H as 18H
E-mail : consulta.externa@hdaveiro.min-saude.pt

Informa-se que a nao comparencia a consulta sem pre-aviso e/ou justificacao leva a sua anulacao sem marcacao de nova consulta.

AVEIRO, 14 de Dezembro de 2009.

O Funcionario Administrativo

Processado por computador

ANEXO E – GUIÃO DE ENTREVISTA A COLABORADORES AFECTOS OA PROCESSO DE GESTÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS HOSPITALARES

Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas.

Este questionário foi desenvolvido no sentido da realização de entrevistas semi - estruturadas com a intervenção de três actores com papéis distintos assim como, com diferentes níveis de intervenção no processo de triagem e marcação de primeiras consultas hospitalares solicitadas através do sistema informático ALert P1.
As questões foram formuladas com vista a não ultrapassarem os 30 minutos por actor.
O presente trabalho fará menção, devidamente autorizada, do nome dos actores intervenientes na entrevista realizada

Muito obrigada pela sua colaboração

QUESTÃO Nº I - **Qual a sua opinião acerca relativamente ás alterações promovidas com o sistema informático ALERT P1. Entende que o mesmo se traduz numa melhoria no processo de solicitação/marcação de primeiras consultas hospitalares com vista à tão desejada consulta a Tempo e Horas ou, antes pelo contrário, contribui para tornar os processos mais burocráticos e demorados?**

QUESTÃO Nº II - **Tendo por base a sua experiência, pensa que a centralização dos pedidos de primeiras consultas hospitalares numa central única de marcação é uma mais – valia no sentido de uma resposta mais célere às solicitações/marcações das consultas ou a atribuição dessa responsabilidade ao secretariado afecto a cada especialidade daria uma resposta mais eficaz?**

QUESTÃO Nº III - **De que modo a contratualização do agendamento faseado (por hora) implementado ao longo do ano de 2009, tem interferido na capacidade de resposta às solicitações de primeiras consultas hospitalares solicitadas pelos Centros de Saúde?**

QUESTÃO Nº IV – **Pela sua experiência e envolvimento no processo de gestão, triagem e marcação de primeiras consultas que sugestões entende como pertinentes com vista a uma resposta mais célere e eficaz no combate à lista de espera de primeiras consultas de especialidade hospitalares?**

Obrigada pelo tempo dispendido.