



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Melhoria da utilização da capacidade instalada

O caso do serviço de ambulatório do Centro
Hospitalar Conde de Ferreira

Ana Clara da Rocha Mendes

Católica Porto Business School

2023



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Melhoria da utilização da capacidade instalada

O caso do serviço de ambulatório do Centro
Hospitalar Conde de Ferreira

Trabalho Final na modalidade de Relatório de Estágio
apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Gestão

por

Ana Clara da Rocha Mendes

sob orientação de
Professora Doutora Helena Sofia Silva B. Salgado Fonseca C. Pinto

Católica Porto Business School
Abril 2023

Agradecimentos

Este Trabalho Final de Mestrado permitiu alcançar de mais uma etapa da minha vida académica. Neste sentido, gostaria de prestar um agradecimento a várias pessoas, que foram fulcrais, para o desenvolvimento desta investigação.

À minha orientadora, Professora Doutora Sofia Salgado, por todo o apoio e conhecimentos passados, bem como pela sua disponibilidade e simpatia. De facto, a sua orientação e as suas recomendações assertivas permitiram realizar um melhor trabalho.

Ao meu orientador de estágio, Doutor Ângelo Duarte, por todo o conhecimento que foi transmitido na área da gestão hospitalar e pela sua constante ajuda e disponibilidade, ao longo de todo o período de estágio.

Aos funcionários do Centro Hospitalar Conde de Ferreira, pela simpatia e prestabilidade, na recolha de todas as informações necessárias para a realização desta investigação.

A toda a minha família, que sempre me motivou, ajudou e apoiou incondicionalmente. Sem o vosso contributo, força e confiança não seria possível culminar esta etapa.

A todos meus amigos mais próximos, que estiveram sempre presentes, durante este percurso, e que me motivaram e encorajaram.

Resumo

Esta investigação centra-se na melhoria da utilização da capacidade instalada do ambulatório do Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Neste sentido, pretende-se aumentar o número de consultas efetuadas, na especialidade de psiquiatria, e tratamentos realizados no Centro de Tratamento da Depressão.

Como metodologia de investigação, optou-se pela elaboração de um caso de estudo de natureza descritiva. Tal permitiu caracterizar com algum detalhe esta unidade de saúde, bem como os serviços que iriam ser estudados. Considerando toda a análise efetuada, conclui-se que existia oportunidade para melhorar a utilização da capacidade instalada do ambulatório deste Centro Hospitalar. Assim, descreveram-se e analisaram-se os processos realizados, nos diversos serviços, com o intuito de identificar desperdícios e ineficiências.

Relativamente às sugestões desenvolvidas, pensa-se que as que devem ser implementadas de imediato correspondem às propostas que mais impactam a atividade operacional dos psiquiatras. Deste modo, destaca-se o aumento da eficiência do sistema informático e a contratação do médico de medicina geral e familiar a tempo integral.

Espera-se que esta investigação tenha um contributo positivo na melhoria contínua das operações hospitalares desta unidade de saúde e que permita otimizar a utilização da sua capacidade.

Palavras-chave: gestão da capacidade, *lean*, cuidados de saúde, saúde mental, otimização dos processos

Número de palavras: 9999

Abstract

This research aims at improving the operation of the installed capacity of the Conde de Ferreira Hospital Centre's outpatient clinic. Thus, the focus is to expand the number of appointments of the psychiatry specialty and the number of treatments performed at the Depression Treatment Centre.

A descriptive case study was chosen as a research methodology, which enabled a detailed characterization of this health unit, as well as the services to be reviewed. In the light of all the undertaken analysis, it was possible to conclude that there was an opportunity to improve the installed capacity of the outpatient services of this Hospital Centre. As such, the processes in place in the various services were scrutinised in an effort to establish wastage and inefficiencies.

With regards to the developed suggestions, we believe that those improvements that should be implemented immediately correspond to the proposals that have the greatest impact on the operational activity of psychiatrists. Hence, we highlight the increase in the efficiency of the IT system and the hiring of a full-time general practitioner.

This research is expected to positively contribute to the continuous optimization of hospital operations in this health unit and to optimize its capacity utilization.

Keywords: capacity management, lean, healthcare, mental health, process optimisation

Word count: 9999

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Abstract	viii
Índice	x
Índice de Figuras.....	xiii
Índice de Tabelas.....	xv
Introdução.....	17
Capítulo 1: Revisão da Literatura.....	20
1. Gestão da capacidade e gestão da procura	20
1.1 Gestão da capacidade e da procura nos serviços	21
1.2 Gestão da capacidade e da procura na saúde	23
2. <i>Lean</i> e <i>kaizen</i>	26
2.1 <i>Lean</i> nos serviços	28
2.2 <i>Lean</i> na saúde.....	28
Capítulo 2: Caso de Estudo	33
1. Metodologia de investigação.....	33
1.1 Objetivo da investigação.....	33
1.2 Método de recolha e análise de dados	33
2. O caso CHCF	35
2.1 Contextualização da Unidade em Estudo	35
2.1.1 Santa Casa da Misericórdia do Porto.....	35
2.1.2 Centro Hospitalar Conde de Ferreira	36
2.2 Ambulatório.....	38
2.2.1 Consulta externa	38
2.2.2 Centro de Tratamento da Depressão	43
2.3 Internamento	46
2.4 Análise da utilização da capacidade	47
2.4.1 Consulta externa	47
2.4.2 Centro de Tratamento da Depressão	49
2.5 Análise dos processos.....	50
2.5.1 Consulta externa	50
2.5.2 Centro de Tratamento da Depressão	50
2.5.3 Internamento	50
2.6 Análise dos percursos dos psiquiatras entre serviços	56
2.7 Análise dos desperdícios	57
2.8 Propostas de melhoria.....	58

2.8.1 Reestruturação dos horários.....	58
2.8.2 Tempo de espera	59
2.8.3 Aumento da eficiência do sistema informático	59
2.8.4 Contratação do médico de medicina geral e familiar a tempo inteiro.....	63
2.8.5 Protocolos com empresas.....	67
2.8.6 Parcerias com hospitais	67
2.8.7 Definição de objetivos para os psiquiatras.....	68
Conclusão.....	70
Bibliografia.....	72
Anexos	77
Anexo 1 - Distribuição dos psiquiatras por serviço	77
Anexo 2 - Número de consultas e faltas mensais de psicologia por tipologia	79
Anexo 3 - Média mensal de consultas por psiquiatra e tipologia.....	80
Anexo 4 - Média mensal de sessões por psiquiatra e tipologia.....	81
Anexo 5 - Rácio de consultas efetuadas por tipologia (2022)	82
Anexo 6 - Rácio de sessões efetuadas por tipologia (2022).....	83
Apêndices.....	84
Apêndice 1 - Fontes de informação	84
Apêndice 2 - Guião da entrevista: psiquiatras.....	86
Apêndice 3 - Guião da entrevista: administrador	89
Apêndice 4 - Guião da entrevista: funcionários da CE/CTD	91
Apêndice 5 - Número médio semanal de horas libertas	93
Apêndice 6 - Número teórico de consultas por semana, mês e ano	94
Apêndice 7 - Número teórico de sessões por semana, mês e ano.....	95
Apêndice 8 - Objetivos CE por psiquiatra	96
Apêndice 9 - Objetivos CTD por psiquiatra.....	97
Apêndice 10 - Estimativa do número de consultas (2023)	98
Apêndice 11 - Estimativa do número de sessões (2023).....	99

Índice de Figuras

FIGURA 1	Número de consultas de psiquiatria por dia da semana	40
FIGURA 2	Número de consultas de psiquiatria por bloco horário	40
FIGURA 3	Número de faltas de psiquiatria por dia da semana	41
FIGURA 4	Número de faltas de psiquiatria por bloco horário	41
FIGURA 5	Número de sessões por dia da semana	44
FIGURA 6	Número de sessões por bloco horário	44
FIGURA 7	Número de faltas do CTD por dia da semana.....	45
FIGURA 8	Número de faltas do CTD por bloco horário.....	45
FIGURA 9	Análise da capacidade CE	48
FIGURA 10	Análise da capacidade CTD	49
FIGURA 11	VSM - agendamento de consultas de psiquiatria.....	51
FIGURA 12	VSM - consulta de psiquiatria.....	52
FIGURA 13	VSM - agendamento de sessões.....	53
FIGURA 14	VSM - sessão	54
FIGURA 15	VSM - internamento	55
FIGURA 16	Diagrama esparguete	56
FIGURA 17	Horário dos médicos	56
FIGURA 18	Horário otimizado	58
FIGURA 19	VSM - consulta de psiquiatria otimizada.....	60
FIGURA 20	VSM - sessão otimizada	61
FIGURA 21	VSM - internamento otimizado	64
FIGURA 22	Sugestão de horário	65

Índice de Tabelas

TABELA 1 Opções de GC (OGC)	22
TABELA 2 OGP	23
TABELA 3 Desperdícios <i>lean</i>	30
TABELA 4 Ferramentas <i>lean</i>	32
TABELA 5 Serviços CHCF	36
TABELA 6 Número de horas dos psiquiatras pelos serviços	37
TABELA 7 Número de consultas de psiquiatra	38
TABELA 8 Número de consultas mensais de psiquiatria por tipologia	39
TABELA 9 Número de consultas mensais de psiquiatria por psiquiatra	39
TABELA 10 Taxa de não comparência de psiquiatria.....	42
TABELA 11 Número de sessões	43
TABELA 12 Número de sessões mensais por tipologia.....	43
TABELA 13 Número de sessões mensais por psiquiatra.....	44
TABELA 14 Taxa de não comparência do CTD	45
TABELA 15 Taxas de ocupação por enfermaria	46
TABELA 16 Número de horas utilizadas CE	48
TABELA 17 Número de horas utilizadas CTD	49
TABELA 18 Tempo entre serviços	57
TABELA 19 Desperdícios CHCF	57
TABELA 20 Tempo entre serviços otimizado	58
TABELA 21 Ganho monetário CE.....	62
TABELA 22 Ganho monetário CTD.....	63
TABELA 23 Sugestão de afetação de horas	65
TABELA 24 Número de consultas semanais extra	66
TABELA 25 Número de sessões semanais extra.....	66
TABELA 26 Procura	68
TABELA 27 Definição de objetivos CE.....	69
TABELA 28 Definição de objetivos CTD.....	69

Introdução

O presente Trabalho Final de Mestrado, efetuado no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Gestão, teve como base a realização de um estágio curricular, com a duração de 5 meses, no Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF), na área de gestão de operações.

O CHCF é uma unidade de saúde mental pertencente à Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP), que desenvolve a sua atividade em ambulatório, internamento e domicílio.

Nos últimos anos, as principais economias mundiais têm transitado do setor industrial para o setor terciário. Esta ascensão da indústria de serviços requer melhorias na produtividade, para permitir o seu desenvolvimento e assegurar uma estabilidade económica duradoura (Andrés-López et al., 2015).

Na verdade, o crescimento deste setor implica uma oferta de serviços com elevada qualidade e eficiência, bem como um planeamento estratégico e operacional que possibilite incrementar valor para o cliente. Assim, torna-se necessário satisfazer a procura incerta com a capacidade disponível de cada entidade. Para melhorar a competitividade organizacional, a satisfação dos clientes e a utilização de recursos, as organizações também podem adotar uma metodologia que possibilite reduzir desperdícios e variabilidades.

Quanto à saúde, os hospitais enfrentam desafios relacionados não só com as crescentes pressões financeiras, mas também com o rápido crescimento da procura e com a necessidade de entregar serviços com qualidade e segurança, o mais rapidamente possível. Neste sentido, surge a necessidade de reduzir custos e de aumentar a eficiência das operações hospitalares e da utilização de recursos. Para tal, muitas organizações de saúde, estão a expandir-se para os cuidados ambulatoriais (Jack & Powers, 2009). Tal permite libertar capacidade de

internamento e possibilita cuidar de mais pacientes, com os meios existentes (Vitikainen et al., 2010). Deste modo, o ambulatório contribui positivamente para as operações hospitalares, através do fornecimento de serviços a um custo mais baixo, tornando-se mais rentáveis e eficientes (Jack & Powers, 2009).

Em face do exposto, pretende-se responder à seguinte questão de investigação: “Como melhorar a utilização da capacidade instalada do ambulatório do CHCF?”. Para a sua concretização, decidiu-se adotar um método de origem exploratória, um caso de estudo de natureza descritiva. O foco será o aumento do número de consultas externas (CE) de psiquiatria e de tratamentos do Centro de Tratamento da Depressão (CTD).

Relativamente à disposição desta investigação, primeiramente, apresenta-se a revisão da literatura. Aqui, abordam-se três temas: gestão da capacidade (GC), gestão da procura (GP) e *lean*. Para todas as temáticas, é efetuada uma breve contextualização, seguida da sua aplicação no contexto dos serviços e da saúde. Posteriormente, identifica-se a metodologia e apresenta-se o caso de estudo relativo ao CHCF. Por último, referem-se as principais conclusões, bem como as limitações e recomendações para trabalhos futuros.

Capítulo 1:

Revisão da Literatura

1. Gestão da capacidade e gestão da procura

Uma GC eficaz é vital para qualquer empresa, já que possibilita uma utilização eficiente de recursos internos para satisfazer a procura flutuante (Youn et al., 2022). Tal permite minimizar o tempo de espera e evitar uma capacidade ociosa (Adenso-Díaz et al., 2002).

Na verdade, a capacidade corresponde à produção máxima possível durante um período (Olhager & Johansson, 2012), considerando um nível predefinido de pessoal, instalações e equipamentos (Adenso-Díaz et al., 2002). Contudo, quando o fabrico não é homogéneo, esta pode ser medida através de indicadores, como o número de horas de máquinas disponíveis (Olhager & Johansson, 2012). De facto, uma capacidade adequada permite reduzir custos (Jack & Powers, 2009) e pode impactar positivamente os lucros operacionais. Ademais, as decisões de capacidade também atingem uma dimensão estratégica, visto que a sua fixação permite manter ou mesmo melhorar a posição competitiva de uma organização (Corsten & Stuhlmann, 1998).

Já a GP é uma metodologia utilizada para prever e planear a procura, geralmente, com o objetivo de a aumentar. Adicionalmente, possibilita a identificação das suas fontes de incerteza, de modo a conseguir geri-las ou eliminá-las. Também é utilizada para suavizar o fluxo, evitando grandes diferenças entre períodos mais tranquilos e de pico (Jack & Powers, 2009). Assim, este tipo de gestão pretende deslocar a procura e influenciar o momento em que se interage com o cliente (Klassen & Rohleder, 2001).

1.1 Gestão da capacidade e da procura nos serviços

Um dos desafios que os gestores enfrentam em qualquer indústria de serviços é a necessidade de satisfazer a procura, altamente flutuante, com a capacidade atual e disponível de cada organização (Jack & Powers, 2009). Tal deve-se a duas características inerentes à maioria dos serviços: o facto da capacidade não poder ser inventariada, uma vez que, por norma, a procura e a capacidade são necessárias em simultâneo e a incerteza dos padrões da procura e a sua consequente dificuldade de previsão. Além disto, outro obstáculo prende-se com o grau de utilização da capacidade instalada. Geralmente, a capacidade ótima é inferior à máxima, já que grande parte dos clientes fica insatisfeito quando o serviço está demasiado ocupado e lento (Klassen & Rohleder, 2001). Neste sentido, a aplicação de estratégias eficazes de GC e de GP pode ter um impacto significativo no desempenho organizacional (Jack & Powers, 2009). Ademais, uma gestão conjunta proporciona uma melhor tomada de decisão e um aumento da rentabilidade (Klassen & Rohleder, 2001).

De seguida, apresentam-se as tabelas 1 e 2 com estratégias relativas a estes dois tipos de gestão utilizadas nos serviços. Quanto às estratégias de GC, a maioria dos serviços considerará, primeiramente, a implementação de opções “base” e só depois a aplicação de “opcionais”. Além disto, algumas estratégias podem ser combinadas e são dependentes umas das outras. Exemplificando, a contratação de poucos funcionários é capaz de conduzir a um maior número de horas extraordinárias e/ou longas filas de espera. Salienta-se que este tipo de estratégias são as mais utilizadas pelas organizações (Klassen & Rohleder, 2001).

	Longo Prazo	Curto prazo
Base (devem fazer)	<ul style="list-style-type: none"> • Contratar funcionários a tempo inteiro; • Demitir funcionários a tempo inteiro; • Programação anual (exemplo: férias). 	<ul style="list-style-type: none"> • Programação horária/diária; • Programação semanal/por turnos.
Opcionais (podem fazer)	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionários a tempo parcial; • Capacidade de aluguer; • Capacidade de partilha; • Formação cruzada; • Partilha de informação com <i>front-office</i> e clientes; • Simplificar o processo do serviço; • Especialização do <i>front-office</i> nalgumas tarefas; • <i>Redesign</i> do serviço; • Criar excesso de capacidade; • Alterar as horas/os dias da operação¹; • Mudar de local¹; • Automatização¹; • Acesso <i>off-site</i>¹; • Alterar o nível de participação do cliente¹. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionários temporários; • Horas extraordinárias; • Tempo de inatividade (TI); • Programar pessoal extra; • Períodos de esforço sobre-humano; • Clientes em espera; • Não priorizar trabalho não urgente; • Realizar trabalho não urgente quando há menos procura; • Recusar negócios; • Recusar clientes; • Servir, primeiramente, os clientes regulares e, posteriormente os outros clientes; • Subcontratar; • Alterar a afetação de recursos.

TABELA 1

Opções de GC (OGC)

Fonte: Klassen & Rohleder, 2001

Relativamente às estratégias de GP, as opções explícitas permitem controlar a procura, enquanto que as implícitas pretendem influenciá-la. Apesar de serem mais difíceis de implementar, é desejável, sempre que possível, a aplicação deste último tipo (Klassen & Rohleder, 2001).

¹ Também podem ser Opções de GP (OGP).

	Longo Prazo	Curto prazo
Explícitas (controle preciso na chegada de clientes)	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamento de clientes; • Reservas; • <i>Overbooking</i>; • Segmentar explicitamente os clientes; • Testar o serviço antes do agendamento de outros serviços; • <i>Yield Management</i>. 	
Implícitas (influenciam, mas não controlam a chegada de clientes)	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços complementares; • Serviços substitutos; • Segmentar implicitamente os clientes; • Publicitar para aumentar o negócio; • Publicitar para atingir um nível de procura; • Alterar as horas/os dias da operação²; • Mudar de local²; • Automatização²; • Acesso <i>off-site</i>²; • Alterar o nível de participação do cliente². 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciais de preço; • Oferta de incentivos a clientes durante períodos com menos procura; • Diferenciais de serviço; • Informar/Educar; • Convocar potenciais clientes para gerar negócios; • Subcontratar.

TABELA 2

OGP

Fonte: Klassen & Rohleder, 2001

1.2 Gestão da capacidade e da procura na saúde

Os serviços de saúde pretendem melhorar a eficiência e a qualidade dos seus cuidados, bem como alargar o acesso e reduzir a iniquidade. Todavia, a falta de planeamento estratégico e operacional pode conduzir a uma desconexão do serviço e a uma diminuição do valor para o cliente. Desta forma, a produtividade depende da programação apropriada de todas as atividades (Youn et al., 2022). Ao contrário de outras indústrias, a produção e o consumo do serviço ocorrem

² Também podem ser OGC.

em tempo real e simultaneamente, não sendo possível armazená-lo em inventário. Assim, a correspondência entre a oferta e a procura é essencial, especialmente, na saúde, onde o lucro da operação está profundamente ligado à utilização da capacidade atual e ao custo da prestação do serviço. Salieta-se que, nos cuidados de saúde, a incapacidade de fazer corresponder a procura à capacidade disponível tem consequências gravíssimas. Contrariamente a outro tipo de serviços, onde esta inaptidão pode conduzir à criação de uma imagem de exclusividade, na saúde, as organizações incorrem em custos muito elevados por não terem recursos suficientes para prestar cuidados atempados aos pacientes. Portanto, estas instituições têm de desenvolver estratégias de gestão de recursos que lhes possibilitem fornecer serviços consistentes e com qualidade (Jack & Powers, 2009).

Ao nível da capacidade, na saúde, têm surgido alguns fatores que dificultam a sua gestão, como a falta de mão de obra qualificada e as crescentes pressões financeiras (Jack & Powers, 2009). Este último fator levou a que muitos hospitais tivessem a necessidade de reduzir custos. Assim, têm-se assistido a mudanças em grande escala relacionadas com a fusão ou até o encerramento de alguns hospitais, a reorganização do número de camas e a antecipação de altas hospitalares (Green, 2006). Para se gerir adequadamente a capacidade, as organizações podem aplicar um conjunto de modelos e técnicas de otimização, que exigem um planeamento consistente e uma utilização apropriada de recursos (Jack & Powers, 2009).

Relativamente à procura, as suas estratégias de gestão revelam-se críticas para as organizações de saúde, devido ao envelhecimento da população, à crescente incidência de determinadas doenças e à procura contínua de novos tratamentos (Jack & Powers, 2009). Também são afetadas pelas alterações do padrão dos profissionais de saúde, influenciados por expectativas mais elevadas dos pacientes, e pelos desenvolvimentos tecnológicos, que permitem fornecer

melhores serviços. Estes fatores aumentam a incerteza da procura e levam a que exista a necessidade de criar diretrizes para controlar e gerir o fluxo de pacientes (Jack & Powers, 2004). O aumento da procura destes serviços também é impulsionado pelo uso de seguros de saúde, que protegem os indivíduos dos custos reais destes cuidados. Assim, este tipo de gestão identifica as exigências dos consumidores, de modo a desenvolver estratégias adequadas para conseguir satisfazer a procura. A implementação de processos e métodos focalizados nos pacientes revela-se, igualmente essencial, já que possibilita uma prestação de cuidados de saúde superior e uma redução dos custos (Jack & Powers, 2009).

Para as organizações se concentrarem nas suas competências nucleares e alargarem as suas vantagens competitivas, os hospitais devem optar por subcontratar serviços de apoio e auxiliares (Jack & Powers, 2009). Ademais, a formação de parcerias possibilita a criação de uma rede de cuidados integrados e baseados na comunidade, permitindo melhorar a utilização das instalações, os custos e a qualidade do serviço (Li & Benton, 2003). Complementarmente, a utilização de tecnologias de informação poderá não só ajudar os administradores a tomar decisões de capacidade, mas também a aumentar a produtividade clínica e a satisfação dos pacientes. Na verdade, o uso destas tecnologias reduz erros e melhora os serviços, ao nível dos registos médicos, prescrição de medicamentos, comunicação entre médicos e pacientes, partilha de informação entre prestadores e acesso a informação fiável (Jack & Powers, 2009). Adicionalmente, o uso de tecnologia clínica poderá atrair novos profissionais, devido a uma maior oferta de serviços, bem como contribuir para a formação de uma vantagem competitiva (Li & Benton, 2003).

2. *Lean* e *kaizen*

O *lean* pode ser definido como uma prática de gestão baseada na filosofia de melhoria contínua, que procura reconfigurar os processos organizacionais, através da aplicação de ferramentas e técnicas analíticas especializadas. Originária da Toyota Motor Corporation, esta metodologia é uma alternativa ao método tradicional de produção em massa, para maximizar a eficiência operacional, a qualidade, a velocidade e o custo (Radnor et al., 2012).

Na verdade, a essência do *lean* prende-se com a maximização do valor para o cliente, enquanto se minimiza o desperdício (Hopp & Spearman, 2021) e a utilização de recursos (Simon & Canacari, 2012). Complementarmente, esta prática gestonária permite eliminar atividades sem valor acrescentado (*muda*³), possibilitando uma melhoria da eficiência em termos de custo, bem como reduzir a variação dos processos (*mura*³), o que ajuda a aumentar o fluxo. Além disto, proporciona a diminuição de condições de trabalho inapropriadas (*muri*³), garantindo a segurança e a satisfação dos funcionários (Daultani et al., 2015). Assim, com a remoção destes três tipos de desperdícios, as organizações podem concentrar os seus esforços em atividades de verdadeiro valor acrescentado (Simon & Canacari, 2012). Apesar de só terem sido mencionados três tipos de desperdícios, o *lean*, tradicionalmente, identifica sete tipos que serão explicados no contexto da saúde (Daultani et al., 2015).

Uma aplicação bem-sucedida do *lean* oferece aos clientes exatamente o que desejam, já que existe um incremento do valor da produção e um redesenho dos processos empresariais. Tal contribui para o aumento da qualidade e da segurança e para uma redução dos atrasos e das falhas durante o processo produtivo (Kovacevic et al., 2016). Todavia, para uma implementação adequada,

³ O *lean* foi uma metodologia desenvolvida no Japão. *Muda*, *mura* e *muri* são palavras japonesas utilizadas para descrever os desperdícios (Daultani et al., 2015).

também é relevante desenvolver uma cultura organizacional que encoraje a redução contínua do desperdício (Hopp & Spearman, 2021) e que reconheça os problemas como oportunidades de melhoria (Simon & Canacari, 2012). Assim, devem ser considerados cinco princípios: especificar o valor que o cliente deseja (Radnor et al., 2012); identificar a sequência de atividades que permite a sua satisfação (fluxo de valor); otimizar essa sequência e distribuir a procura do cliente ao longo de todo o fluxo (Andrés-López et al., 2015); gerir no “sentido da perfeição”, entregando exatamente o que o cliente deseja, no momento adequado, e retirar atividades sem valor acrescentado da cadeia (Radnor et al., 2012). Ademais, para avaliar o impacto do *lean* deve-se considerar três pressupostos: determinar o “valor” e o “desperdício” na perspetiva do cliente; existir um benefício mensurável para a organização na diminuição de atividades sem valor acrescentado e libertar recursos que ajudem a empresa a expandir-se no mercado (Radnor et al., 2012).

O *kaizen* ou melhoria contínua é outra filosofia japonesa, centrada na resolução de problemas, através de uma mudança gradual, ordenada e contínua do processo (Kovacevic et al., 2016). Foi desenvolvida para eliminar os desperdícios, aumentar a produtividade, promover a inovação (Kumar et al., 2022), excluir o trabalho árduo (físico e mental) e humanizar o meio laboral (Prošić, 2011). Neste sentido, o *kaizen* encoraja e capacita todos os elementos de uma organização a identificar pequenas mudanças para beneficiar o negócio, a equipa e o desempenho individual (Chiarini et al., 2018). A sua principal vantagem é realizar continuamente breves melhorias, que aperfeiçoem os processos e que reduzam os desperdícios (Prošić, 2011). Assim, todos os seus eventos devem ser planeados, executados e avaliados (Kovacevic et al., 2016). Salienta-se que existe alguma controvérsia na literatura quanto a esta filosofia. Para uns autores, *kaizen* assemelha-se ao *lean*, para outros, relaciona-se com o movimento de gestão da qualidade total (Chiarini et al., 2018).

2.1 *Lean* nos serviços

Nos últimos anos, o setor dos serviços tornou-se o motor das principais economias mundiais, sendo considerado uma fonte de grande crescimento económico. Neste sentido, a aplicação do *lean* está a transitar dos sistemas de fabrico tradicionais para o setor terciário, com o objetivo de aumentar a competitividade organizacional e a satisfação dos clientes e de reduzir a variabilidade e o desperdício em todos os processos (Andrés-López et al., 2015). Desta forma, existe uma melhoria nas operações existentes, nos resultados financeiros e no comportamento da força de trabalho (Vignesh et al., 2016).

As organizações de serviços começaram a adotar o *lean* não só para aumentar o valor do cliente, mas também para atender às pressões crescentes de melhoria de eficiência e eficácia (Daultani et al., 2015). Contudo, enfrentam desafios relacionados com a falta de consciência dos benefícios da sua implementação e com o receio de que a identificação do desperdício e ineficiência possam interferir com a prestação do serviço (Gupta et al., 2016). Assim, a aplicação do *lean*, neste contexto, requer uma mudança da mentalidade operacional, visto que muitas técnicas empregues no fabrico não são diretamente aplicáveis. Note-se que, neste setor, a qualidade depende do alinhamento entre a expectativa e a perceção do cliente e o valor é definido pelo consumidor, pelo que as suas expectativas e a sua satisfação são altamente subjetivas e não mensuráveis, através de indicadores. Deste modo, a análise da experiência do cliente permite reconhecer desperdícios, ao longo do processo (Andrés-López et al., 2015).

2.2 *Lean* na saúde

Os sistemas de saúde, nomeadamente os hospitais, enfrentam desafios associados ao rápido crescimento da procura e às expectativas de qualidade e de rapidez por parte dos utentes (Hasle et al., 2016). Neste sentido, esperam-se serviços cada vez mais singulares, com métodos e equipamentos avançados e

com elevados níveis de segurança, aliados a um tempo de resposta e de espera bastante reduzidos (Kovacevic et al., 2016). Adicionalmente, como os orçamentos são muito restritos (Hasle et al., 2016), existe uma pressão contínua para a diminuição de todos os tipos de custo (Kovacevic et al., 2016), através de uma utilização eficaz de recursos (Hasle et al., 2016). Ademais, as organizações atuam como agentes independentes, não existindo uma integração verdadeira dos cuidados de saúde. Tal dificulta a transição para um modelo focalizado nos pacientes (Danaher & Gallan, 2016). Desta forma, estas exigências conduzem à necessidade de procurar soluções, métodos e técnicas que garantam o cumprimento de todos os objetivos definidos (Kovacevic et al., 2016).

De facto, os benefícios da implementação do *lean* têm sido fortemente reconhecidos na saúde (Kovacevic et al., 2016). Assim, a sua aplicação proporciona uma melhoria dos processos médicos e das condições de trabalho, bem como o aumento da satisfação dos pacientes e a redução dos tempos de resposta e de espera (Noori, 2015). Complementarmente, o foco em atividades de valor acrescentado permite aumentar as receitas, a produtividade e o trabalho em equipa (Kimsey, 2010).

Todavia, os hospitais são organizações complexas, marcadas por tratamentos individualizados e pacientes com múltiplas patologias, tornando-se impossível prever o comportamento e a resposta dos indivíduos. Além disto, a existência de múltiplos agentes, com diversos interesses, dificulta a definição de um conceito de valor rigoroso (Hasle et al., 2016). Deste modo, a concretização do *lean* deve ser focada nos pacientes e respetivas necessidades, de forma a criar valores compartilhados. Também deve existir a coordenação de todos os intervenientes e pode-se tentar aliar o *lean* às práticas clínicas, enfatizando um equilíbrio entre os seus custos e benefícios (Hasle et al., 2016).

Tal como na produção industrial, na saúde, é importante identificar os desperdícios como atividades que não acrescentam valor na perspetiva do

paciente (Kovacevic et al., 2016). Assim, existem sete tipos de desperdícios que devem ser reconhecidos (tabela 3).

Tipos de desperdícios	Exemplos no contexto da saúde	Autores
Transporte: movimentação desnecessária de doentes, equipamento e <i>staff</i> . Gera perda de tempo e de dinheiro.	<ul style="list-style-type: none"> • Deslocação dos funcionários para recolher informações; • Localização de equipamentos em locais onde não são frequentemente utilizados. 	Kovacevic et al., 2016 Kumar et al., 2022 Radnor et al., 2012
Inventário: <i>stock</i> ou materiais à espera de serem utilizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Listas de espera; • Excesso de <i>stock</i> (medicamentos, materiais e equipamento médico). 	
Movimentação: deslocação de indivíduos/equipamentos que não acrescentam valor ao serviço.	<ul style="list-style-type: none"> • Movimentações desnecessárias do <i>staff</i> à procura de materiais e de informações sobre os doentes; • Quando cada consultório não possui o equipamento básico. 	
Espera: tempo desperdiçado durante um processo. Perturba o fluxo suave e contínuo das operações.	<ul style="list-style-type: none"> • Espera de doentes, resultados, receitas médicas e medicamentos. 	Kumar et al., 2022 Radnor et al., 2012
Processamento excessivo: atividades que não agregam ou que geram mais valor do que o exigido pelo cliente. Origina perdas em termos de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> • Duplicação de informação e de registo dos pacientes. 	
Excesso de produção: quando se produz mais do que é exigido. Conduz a um desaproveitamento monetário e de tempo.	<ul style="list-style-type: none"> • Exames complementares dispensáveis, realizados antes de serem precisos ou para além da necessidade. 	Kovacevic et al., 2016 Kumar et al., 2022
Defeitos: erros na transação do serviço. Provoca a insatisfação do cliente e a diminuição da fiabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Repetição de testes (as informações corretas não foram fornecidas). 	Kumar et al., 2022 Daultani et al., 2015

TABELA 3

Desperdícios *lean*

Fonte: Elaboração própria (EP) baseada nos autores que constam da tabela

Salienta-se que existem atividades de preparação de tratamentos, que poderiam ser assumidas sem valor acrescentado, dado que não estão diretamente orientadas para o cliente. Contudo, são necessárias e obrigatórias no âmbito das atividades de valor acrescentado (Kovacevic et al., 2016).

Para aplicar o *lean* nos sistemas de saúde, deve-se considerar um conjunto de ferramentas e técnicas mais relevantes (tabela 4). Estas permitem avaliar, melhorar e monitorizar os processos (Costa & Godinho Filho, 2016).

Objetivo	Tipo de ferramenta	Descrição	Autores
Avaliar	Mapa de Fluxo de Valor, denominado na literatura como <i>Value Stream Map</i> (VSM)	<ul style="list-style-type: none"> Analisa o estado atual das organizações, reconhece potenciais problemas e constitui soluções para mitigar os obstáculos identificados; Elimina todas as atividades que não agregam valor; Retrata o fluxo de um processo (duração e recursos utilizados, tempos de espera entre as etapas, tamanho dos inventários, informação e movimentação dos materiais, desempenho da força de trabalho (tempo de ciclo por atividade) e tempo de mudança de atividade); Analisa etapas semanais, estrangulamentos no processo, inventários excessivos e recursos em falta; Define ações corretivas no redesenho e reorganização do processo, para alcançar as melhorias definidas e uma maior eficácia; Na saúde, representa esquematicamente o percurso do paciente e permite reconhecer cada etapa individual do seu tratamento. Assegura também a identificação do valor, da duração, das falhas no processo e das relações <i>staff-staff</i> e <i>staff-paciente</i>. Assim, suporta melhorias, para atingir um nível ótimo em termos de preço, qualidade e pontualidade do serviço entregue. 	Kovacevic et al., 2016 Daultani et al., 2015
	A3	<ul style="list-style-type: none"> Ferramenta de suporte à análise e implementação de melhorias, construída em equipa, que tem como principal propósito a resolução de problemas; Utiliza uma metodologia sistemática e documentada, em que todas as etapas são registadas, escritas e diagramadas; Instrumento enraizado nos ciclos de melhoria que permite que os indivíduos compreendam em que parte do projeto se encontram e para onde se dirigem; Quando aplicado corretamente, possibilita uma otimização de todo o sistema e uma melhor comunicação em toda a organização. 	Anderson et al., 2011 Kimsey, 2010 Schonberger, 2019 Sobek & Jimmerson, 2004 Henrique et al., 2021
	5 Porquês	<ul style="list-style-type: none"> Utilizado para investigar a causa-raiz de um problema, através de uma compreensão profunda do trabalho; Encontra relações causa-efeito, de forma a resolver mais facilmente as adversidades. 	Machado & Leitner, 2010 Chiarini et al., 2018
Melhorar	<i>Sort</i> , <i>Straighten</i> , <i>Scrub</i> ,	<ul style="list-style-type: none"> Procura tornar os locais de trabalho mais organizados e eficientes, aumentando a segurança e a produtividade, através da criação de um fluxo de trabalho suave; Proporciona uma redução dos custos de inventário e dos tempos de procura. 	Kovacevic et al., 2016 Machado & Leitner, 2010

	<i>Standardize, Sustain (5S)</i>		Schonberger, 2019
	Padronização do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Assegura a homogeneidade na execução da tarefa; • Sem a sua implementação, é provável que haja uma maior variabilidade e complexidade na forma como o trabalho é realizado, reduzindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. 	Machado & Leitner, 2010 Kumar et al., 2022
	Diagrama esparguete	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta o movimento de um objeto, serviço, funcionário ou paciente, ao longo de um processo; • Indica a distância e a forma adequada para completar um procedimento. 	Machado & Leitner, 2010
Monitorizar	Gestão Visual	<ul style="list-style-type: none"> • Fornece informação visual imediata, proporcionando uma melhor tomada de decisão e gestão do trabalho; • É constituída por várias ferramentas visuais, como sinais, cores e placas de informação e pode aperfeiçoar significativamente o comportamento humano; • Nos hospitais, proporciona uma organização do espaço adequada, uma melhor monitorização do trabalho e dos equipamentos e uma maior segurança por parte dos funcionários e pacientes; • Devido às suas especificidades, os 5S incluem-se aqui. 	Kovacevic et al., 2016 Schonberger, 2019 Kumar et al., 2022
Avaliar, melhorar, monitorizar	<i>Plan, Do, Check, Act</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O ciclo começa com o reconhecimento de uma oportunidade ou adversidade. Para tal, é essencial deslocar-se até ao local onde o serviço é prestado e questionar repetitivamente os indivíduos até encontrar a verdade sobre um problema. Assim, consegue-se eliminar pressupostos e impressões; • Após a identificação clara do problema, define-se os detalhes do projeto, através de objetivos mensuráveis, desafiantes e alcançáveis, sempre centrados no paciente. Ainda nesta fase, podem-se aplicar o A3 e o VSM; • Com a causa investigada e analisada, desenvolvem-se e selecionam-se medidas para resolver a adversidade. Assim, determina-se o plano de ação. Aqui, poderá ser importante padronizar o trabalho e implementar os 5S; • Analisam-se e revêm-se resultados para se identificar as melhores medidas a serem utilizadas; • Realizam-se ajustamentos e padronizam-se processos que foram testados e considerados benéficos na diminuição do desperdício; • Com a conclusão deste ciclo, é importante planear as ações que sustentem os ganhos que a equipa alcançou, para melhorar continuamente as operações hospitalares. 	Kimsey, 2010 Simon & Canacari, 2012

TABELA 4

Ferramentas *lean*

Fonte: EP baseada nos autores que constam da tabela

Capítulo 2:

Caso de Estudo

1. Metodologia de investigação

Neste subcapítulo, apresenta-se o objetivo e a metodologia escolhida para responder à questão de investigação.

1.1 Objetivo da investigação

O objetivo desta investigação assenta na melhoria da utilização da capacidade instalada do ambulatório do CHCF. Para tal, pretende-se aumentar o número de consultas de psiquiatria e de tratamentos do CTD. Complementarmente, tenciona-se melhorar a eficiência dos processos de internamento psiquiátrico, já que estes comprometem a disponibilidade dos profissionais no ambulatório.

1.2 Método de recolha e análise de dados

Para a concretização desta investigação, o método utilizado será de origem exploratória. Deste modo, realizar-se-á um caso de estudo, uma vez que se pretende investigar um fenómeno contemporâneo em profundidade – melhoria da capacidade instalada – dentro de um contexto real – serviço de ambulatório, nomeadamente, CE e CTD do CHCF. A principal vantagem desta metodologia prende-se com a possibilidade de estudar um evento atual, através de uma análise detalhada do mesmo e da utilização de várias fontes de múltipla evidência, designadamente, a possibilidade de considerar dados quantitativos (Yin, 2018).

De forma a responder à questão “Como melhorar a utilização da capacidade instalada do ambulatório do CHCF?”, realizou-se um caso de estudo de natureza descritiva. A escolha deste método de investigação deve ocorrer quando as principais questões correspondem a perguntas do tipo “como” e “porquê”, existe pouco ou nenhum controlo sobre os acontecimentos e o seu foco é o estudo de um fenómeno contemporâneo (Yin, 2018). Assim, esta investigação pretende descrever e analisar os processos da CE, do CTD e do internamento. Aplica-se o *lean* como instrumento de melhoria e análise.

Quanto à recolha de dados, utilizaram-se três fontes distintas de informação – registos e documentação, entrevistas e observação direta (apêndices 1, 2, 3 e 4).

Primeiramente, analisaram-se registos referentes à CE e ao CTD, onde se observou o número de consultas, sessões e faltas dos pacientes, por médico e mês. Também se acedeu a dados relativos à presença e início de consulta e sessão, para calcular o tempo efetivo de espera. Além disto, consultaram-se relatórios anuais e planos de atividade da SCMP, bem como relatórios internos relativos à atividade e *performance* do CHCF. Também foi concedido o acesso aos indicadores de atividade e aos planos de produção (PP).

De seguida, efetuaram-se entrevistas semiestruturadas aos psiquiatras, ao administrador e aos funcionários da CE/CTD. Tal permitiu perceber o funcionamento dos diversos processos de serviço, nomeadamente, as atividades realizadas e as principais problemáticas operacionais.

Por último, para determinar os tempos de deslocação dos psiquiatras entre serviços, recorreu-se à observação direta. Através de um cronómetro, contabilizou-se o tempo que os psiquiatras demoravam entre as enfermarias e o espaço da CE/CTD.

2. O caso CHCF

Neste subcapítulo, realiza-se uma contextualização da unidade em estudo e uma caracterização dos serviços que impactam esta investigação. Também se analisa a utilização da capacidade, os processos, os percursos dos psiquiatras entre serviços e os desperdícios. Finalmente, apresentam-se as propostas de melhoria, que não consideram o psiquiatra 3.

2.1 Contextualização da Unidade em Estudo

2.1.1 Santa Casa da Misericórdia do Porto

A SCMP é uma instituição de caridade e assistência social, sendo uma das Misericórdias mais importantes e antigas. (Misericórdia do Porto, n.d.-c).

A sua missão é disponibilizar soluções integradas e inovadoras na prestação de serviços humanizados aos seus clientes, beneficiários e irmãos. Assim, tenta-se assegurar melhores condições e qualidade de vida à comunidade, principalmente, aos mais desfavorecidos. Quanto aos seus valores, estes são pautados pela sustentabilidade, honestidade, integridade, espírito de equipa, cooperação, responsabilidade, profissionalismo, respeito pelo outro, tolerância, talento, inovação, ambiente e responsabilidade social (Misericórdia do Porto, n.d.-d).

Atualmente, a SCMP atua em áreas como a Saúde, Educação, Intervenção Social, Ambiente e Ensino Especial (Misericórdia do Porto, n.d.-c). Aqui, destaca-se a Saúde, com duas unidades hospitalares, o CHCF e o Hospital da Prelada (Misericórdia do Porto, n.d.-e).

2.1.2 Centro Hospitalar Conde de Ferreira

O CHCF é uma unidade de saúde, localizada no Porto, especializada em patologias do foro mental. Dedicada à sua atividade, principalmente, ao tratamento de esquizofrenia, depressão, debilidades mentais, demências, diagnósticos duplos e perturbações de humor (Misericórdia do Porto, 2022b).

A atividade clínica do CHCF é desenvolvida em regime de ambulatório, internamento e domicílio (Misericórdia do Porto, n.d.-a). A tabela 5 apresenta os serviços disponibilizados. Destaca-se a CE, uma área com elevado potencial de crescimento, que foi alvo de obras de beneficiação. Tal permitiu uma melhoria das condições oferecidas aos pacientes e a criação de um local dedicado ao CTD (Misericórdia do Porto, 2022b). Este último serviço constitui uma oferta inovadora, utilizada para combater a depressão, através de estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTR). No caso do internamento, o CHCF disponibiliza uma resposta integrada, de carácter temporário ou permanente, para doentes com patologia psiquiátrica, perturbações aditivas e doença crónica de evolução prolongada (Misericórdia do Porto, n.d.-a). Atualmente, existem cinco enfermarias ativas (João Paulo II, São João, Santa Teresa D'Avila, João XXIII e Paulo VI).

Ambulatório	Internamento
<ul style="list-style-type: none">• CE de psiquiatria, psicologia e nutrição;• Centro de dia para doentes de alzheimer e outras demências (CDA);• Terapias ocupacionais;• Hospital de dia (HD);• CTD.	<ul style="list-style-type: none">• Episódios de recuperação/estabilização de curta duração;• Episódios de evolução média e prolongada;• Residência de apoio máximo;• Unidade de tratamento de perturbações aditivas.

TABELA 5

Serviços CHCF

Fonte: Misericórdia do Porto, n.d.-a, Misericórdia do Porto, n.d.-b

Quanto aos profissionais de saúde, em setembro de 2022, o CHCF possuía 5 psiquiatras. Em dezembro, o psiquiatra 3 aposentou-se. Este será substituído por

outro profissional que permanecerá cerca de 85% do tempo contratualizado. Note-se que o número de horas semanais estipuladas no contrato de trabalho é de 35 horas. Contudo, para a análise, considerou-se a contribuição do psiquiatra 3. A tabela 6 e o anexo 1 apresentam o número de horas e a distribuição dos psiquiatras por serviço, respetivamente. Todos os profissionais efetuam CE e cada médico é responsável por uma enfermaria. Complementarmente, todos os psiquiatras possuem formação para realizar os tratamentos do CTD, excluindo o profissional 3. O critério de decisão para a distribuição do número de horas semanais de cada psiquiatra no ambulatório e no internamento corresponde ao volume de trabalho exigido em cada serviço. Salienta-se que alguns médicos exercem atividade em serviços externos ao CHCF, mas que pertencem à SCMP, como os lares e o estabelecimento prisional (EP) de Santa Cruz do Bispo.

Psiquiatra	CE	CTD	CDA	Internamento	Lares	EP
1	11	2	7	11		4
2	9	3		23		
3	6			23	6	
4	10	3		22		
5	9	2		24		

TABELA 6

Número de horas dos psiquiatras pelos serviços

Fonte: PP 2023

O CHCF possui também um internista e um médico de medicina geral e familiar (MMGF), que operam no internamento, e dois psicólogos, que dão resposta às necessidades em todos os serviços.

Para 2023, a estratégia do CHCF prevê a diminuição contínua do peso do internamento e o aumento do peso do ambulatório na sua atividade (MP | CHCF, 2023). Para tal, procura-se incrementar o número de CE de psiquiatria e psicologia e de tratamentos do CTD (MP | CHCF, 2021), bem como reforçar a atividade do CDA (MP | CHCF, 2023). No internamento, tenciona-se criar uma unidade de reabilitação/recuperação de curto prazo, bem como consolidar a reestruturação desta área de atividade. Finalmente, pretende-se implementar uma

política de gestão por objetivos e aprofundar a cultura de acompanhamento e partilha de execução e *performance* (Misericórdia do Porto, 2022a).

2.2 Ambulatório

2.2.1 Consulta externa

Relativamente à CE, o foco do CHCF assenta nas especialidades de psiquiatria e psicologia. Também existe a possibilidade de realizar consultas de nutrição, mas até à data, não foram efetuadas quaisquer consultas.

Quanto à capacidade, a CE é constituída por 5 consultórios partilhados pelos profissionais e funciona num horário das 9-17 horas, com 1 hora de pausa para almoço. Aqui, realizam-se dois tipos de consultas: primeiras (1.^a) e subsequentes (S). No caso psiquiatria, as primeiras consultas demoram, aproximadamente, 1 hora e as subsequentes cerca de 30 minutos. O CHCF não possuiu um serviço de urgência, contudo, quando existe algum caso grave é marcada uma consulta para a primeira vaga disponível de um médico.

O PP para 2022 e 2023, bem como o número de consultas mensais por tipologia e psiquiatra, em 2022, apresentam-se nas tabelas 7, 8 e 9, respetivamente. Pela sua análise, observa-se que o CHCF efetuou menos consultas face ao objetivo e os psiquiatras 1 e 5 foram os que realizaram mais consultas. Em 2022, o CHCF atendeu 805 utentes referentes à psiquiatria.

	2022	2023
CE	2607	2881
Sistema Nacional de Saúde (SNS)	450	450
Privados	1596	1757
Seguradoras/Subsistemas	561	673

TABELA 7

Número de consultas de psiquiatra

Fonte: PP 2022 e 2023

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Acumulado
	(Jan.)	(Fev.)	(Mar.)	(Abr.)	(Mai.)	(Jun.)	(Jul.)	(Ago.)	(Set.)	(Out.)	(Nov.)	(Dez.)	
1.^a	12	9	14	22	23	22	23	27	25	24	32	28	261
S	84	104	123	125	135	97	166	107	168	150	173	148	1580
Total	96	113	137	147	158	119	189	134	193	174	205	176	1841

TABELA 8

Número de consultas mensais de psiquiatria por tipologia

Fonte: Indicadores de atividade (IA) dezembro/2022

Psiquiatra	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Acumulado
1	27	52	59	56	51	31	79	48	60	46	65	67	641
2					9	6	7	3	15	18	13	13	84
3	10	11	18	19	23	16	17	18	25	28	26	13	224
4			7	12	17	13	19	32	25	16	30	29	200
5	59	50	53	60	58	53	67	33	68	66	71	54	692
Total	96	113	137	147	158	119	189	134	193	174	205	176	1841

TABELA 9

Número de consultas mensais de psiquiatria por psiquiatra

Fonte: IA dezembro/2022

Para determinar os dias e o bloco horário com um maior número de consultas, efetuaram-se as figuras 1 e 2. Verifica-se que os dias mais ocupados são terças e quartas-feiras (período onde há mais psiquiatras disponíveis) e o bloco horário das 14-15 horas. Existe um maior número de marcações às segundas-feiras.

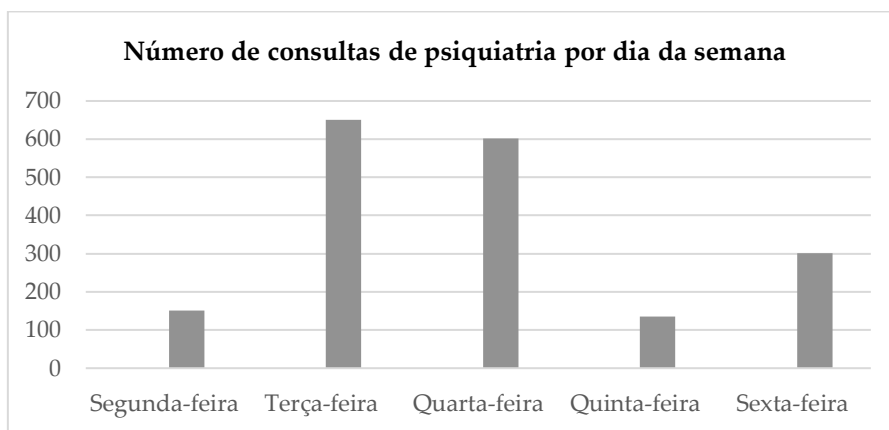


FIGURA 1
Número de consultas de psiquiatria por dia da semana
Fonte: EP-registos CE

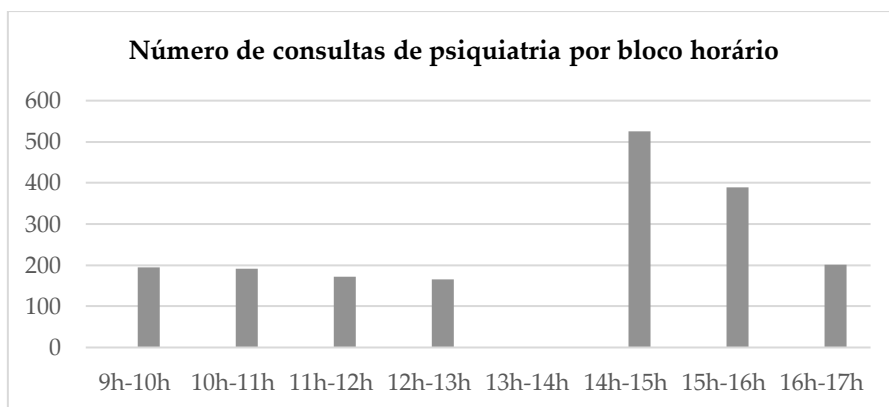


FIGURA 2
Número de consultas de psiquiatria por bloco horário
Fonte: EP-registos CE

Também se determinaram as taxas de não comparência. Observa-se, na tabela 10, que, em média, esta taxa ronda os 17%.

Seguidamente, analisaram-se os dias e bloco horário em que os utentes mais faltaram. Pelas figuras abaixo, estes coincidem com os de maior número de consultas.

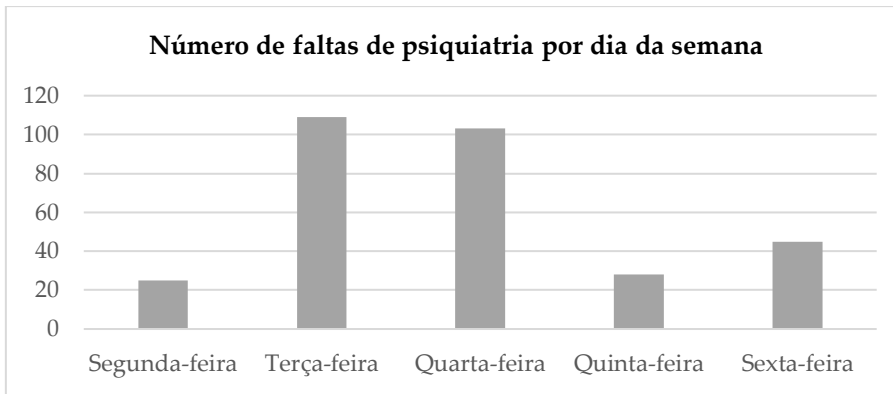


FIGURA 3
 Número de faltas de psiquiatria por dia da semana
 Fonte: EP-registos CE

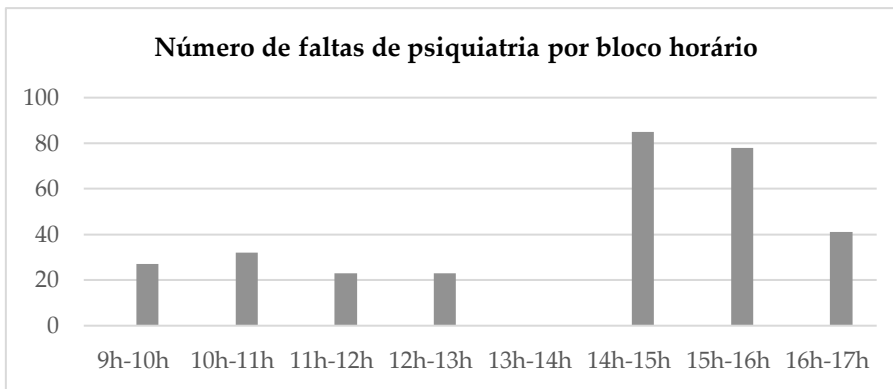


FIGURA 4
 Número de faltas de psiquiatria por bloco horário
 Fonte: EP-registos CE

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Acumulado
1.^a	0	2	3	5	3	2	3	3	8	7	3	6	45
S	11	14	17	11	32	14	21	21	30	23	36	35	265
Total faltas	11	16	20	16	35	16	24	24	38	30	39	41	310
Total consultas	96	113	137	147	158	119	189	134	193	174	205	176	1841
Taxa de não comparência	12%	14%	15%	11%	22%	13%	13%	18%	20%	17%	19%	23%	17%

TABELA 10

Taxa de não comparência de psiquiatria

Fonte: EP-registros CE

2.2.2 Centro de Tratamento da Depressão

O CTD abriu em março de 2022 e situa-se no mesmo espaço da CE. Foi-lhe atribuído um consultório próprio e, atualmente, o horário disponibilizado possibilita realizar tratamentos das 12-14 horas.

Quanto à duração, uma primeira sessão (1.^a) de tratamento demora, aproximadamente, 1 hora e as sessões subsequentes (S) cerca de 30 minutos. Os tratamentos só podem ser efetuados com referência de um psiquiatra e, antes de iniciar um tratamento, é realizada uma avaliação física ao paciente.

Cada sessão requer dois profissionais com formação em EMTR: um psiquiatra e um profissional de saúde (psicólogo/enfermeiro). Excluindo a primeira sessão, o psiquiatra que irá realizar o tratamento não precisa de ser o médico que acompanha o doente na CE.

O PP para 2022 e 2023, bem como o número de sessões mensais por tipologia e psiquiatra, dispõem-se nas tabelas 11, 12 e 13, respetivamente. O CTD iniciou, oficialmente, a sua atividade em novembro e foram atendidos 5 pacientes.

	2022	2023
CTD	960	832

TABELA 11

Número de sessões

Fonte: PP 2022 e 2023

	Nov.	Dez.	Acumulado
1.^a	4	1	5
S	51	32	83
Total	55	33	88

TABELA 12

Número de sessões mensais por tipologia

Fonte: IA dezembro/2022

Psiquiatra	Nov.	Dez.	Acumulado
1	9	7	16
2	9	10	19
4	21	12	33
5	16	4	20
Total	55	33	88

TABELA 13

Número de sessões mensais por psiquiatra

Fonte: EP-registos CTD

Para analisar os dias e o bloco horário em que ocorreram mais sessões, apresentam-se as figuras 5 e 6. O dia mais procurado foi quarta-feira e o bloco horário das 13-14 horas.

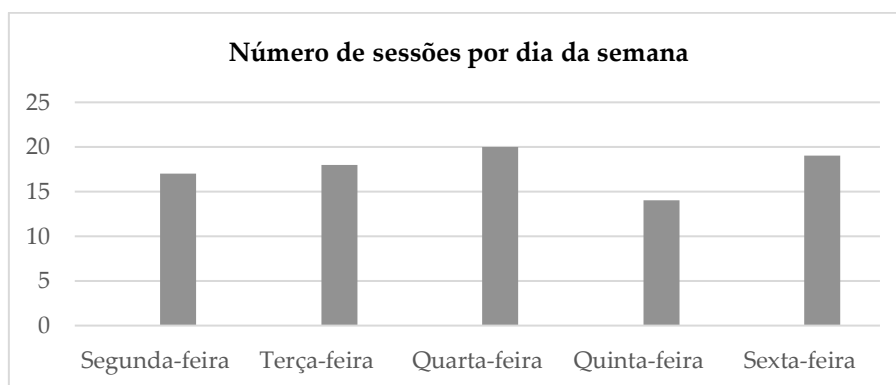


FIGURA 5

Número de sessões por dia da semana

Fonte: EP-registos CTD

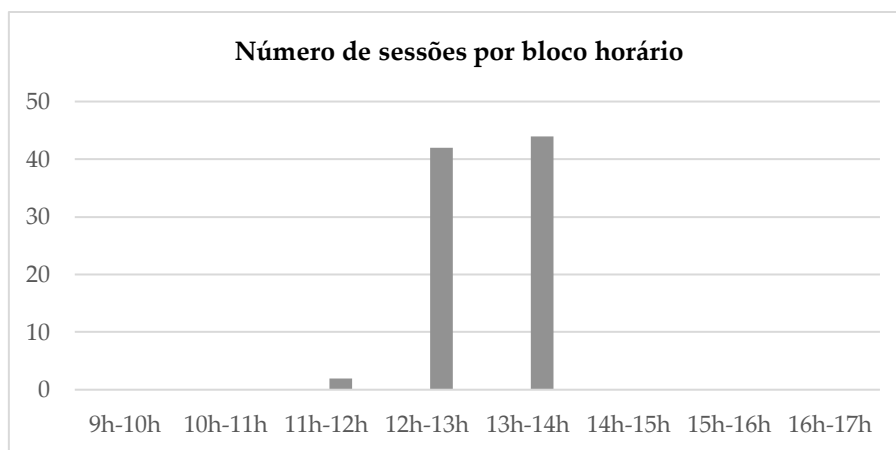


FIGURA 6

Número de sessões por bloco horário

Fonte: EP-registos CTD

Também se determinaram as taxas de não comparência (tabela 14), que rondam, em média, os 9%.

	Nov.	Dez.	Acumulado
S	6	2	8
Total faltas	6	2	8
Total sessões	55	33	88
Taxa de não comparência	11%	6%	9%

TABELA 14

Taxa de não comparência do CTD

Fonte: EP-registos CTD

Pelas figuras abaixo, os utentes faltam mais vezes às terças-feiras e no bloco horário das 13-14 horas.

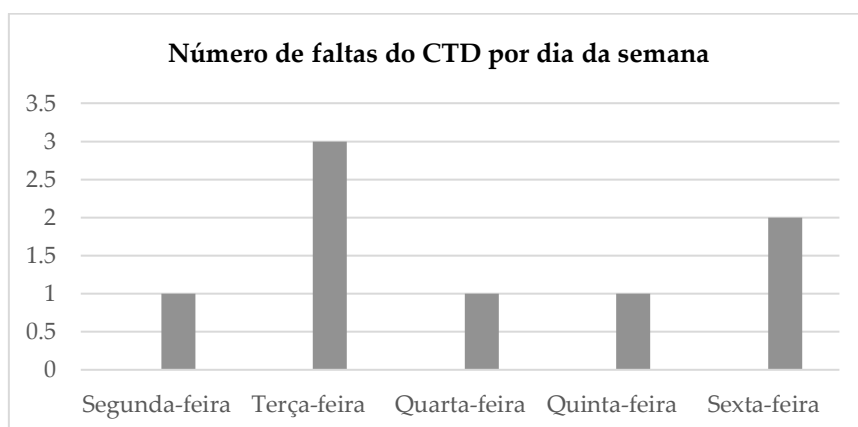


FIGURA 7

Número de faltas do CTD por dia da semana

Fonte: EP-registos CTD

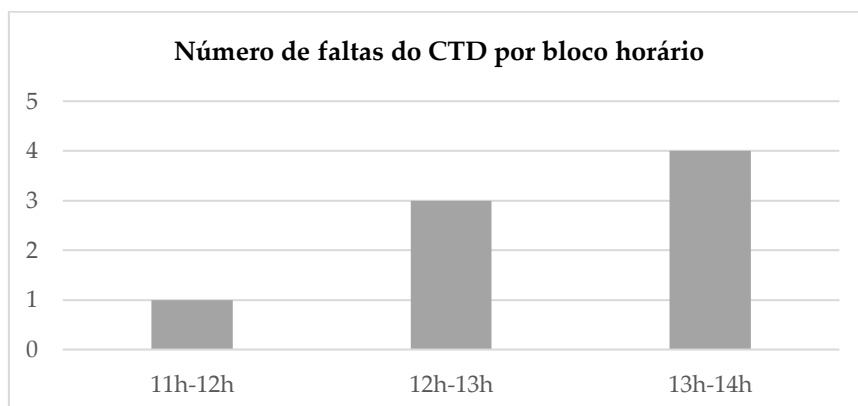


FIGURA 8

Número de faltas do CTD por bloco horário

Fonte: EP-registos CTD

2.3 Internamento

No final de 2022, o internamento registava 235 pacientes distribuídos pelas 5 enfermarias (tabela 15). Estas estão organizadas por grau de funcionalidade/autonomia do doente e não por psicopatologia. Assim, nem sempre as enfermarias com mais pacientes são aquelas que necessitam de um maior número de horas de observação. Destaca-se que grande parte dos doentes internados são crónicos.

Enfermaria	Número de doentes internados (31/12/2022)	Capacidade Máxima	Taxa de Ocupação	Psiquiatra
João Paulo II	59	63	94 %	1 ⁴
São João	44	46	96%	2
Santa Teresa D'Avila	33	34	97%	3 ⁵
João XXIII	64	64	100 %	4
Paulo VI	27	30	90%	5

TABELA 15

Taxas de ocupação por enfermaria

Fonte: IA dezembro/2022

Como referido anteriormente, no internamento, trabalham um internista e um MMGF, que atendem a outras patologias crónicas e agudas não psiquiátricas dos pacientes, referenciando-os aos médicos de família e aos familiares de cada doente. O internista tratará as doenças agudas/crónicas mais complexas, enquanto que o MMGF focar-se-á na prevenção das doenças crónicas. Todavia, no CHCF, a sua atividade acaba por não ser tão distintiva. Os dois médicos atuam em todas as enfermarias e não trabalham a tempo inteiro nem simultaneamente no CHCF – o internista e o MMGF estão disponíveis 6 e 15 horas por semana, respetivamente. Assim, apenas resolvem assuntos mais pontuais, tendo os

⁴ O psiquiatra 5 é responsável por 14 doentes da enfermaria João Paulo II.

⁵ O psiquiatra 3 é responsável por 8 doentes da enfermaria Paulo VI, que estão em regime aberto.

psiquiatras que dar uma resposta, ao nível da medicina interna/geral, sempre que necessário.

2.4 Análise da utilização da capacidade

2.4.1 Consulta externa

Para determinar a capacidade utilizada, começou-se por calcular a capacidade instalada e efetiva. Na primeira, considerou-se que um consultório estaria disponível 12 meses, 20 dias úteis por mês e 11 horas por dia (8-20 horas, sem contabilizar 1 hora para almoço). Também se admitiu a possibilidade de realizar consultas ao sábado. Assim, assumiu-se que cada mês teria 4 sábados disponíveis e que operariam 5 horas (8-13 horas). Aqui, contabilizaram-se as horas necessárias para a manutenção e limpeza do espaço. Estes serviços atuam de manhã, ao almoço e ao fim da tarde e são necessários cerca de 1 hora e 30 minutos diários. Na segunda, admitiu-se que um consultório estaria disponível 12 meses, 20 dias úteis por mês e 7 horas por dia (9-17 horas, sem contabilizar 1 hora para almoço). Não se incluíram as horas de manutenção e limpeza. Seguidamente, considerou-se o número de consultas realizadas pelos psiquiatras e psicólogos, bem como o número de faltas dadas pelos pacientes. Estes dois indicadores referentes à psicologia apresentam-se no anexo 2. Através da análise das tabelas 8, 10 e do anexo 2, determinou-se o número total de horas utilizadas nos 5 consultórios (tabela 16). No caso da psicologia, assumiu-se que cada consulta teria a duração de 1 hora. Já na psiquiatria, considerou-se a duração das consultas, anteriormente, referida. Admitiu-se também um TI de 15 minutos. Daqui resulta que o CHCF opera sempre abaixo da sua capacidade efetiva, pelo que maximizar a capacidade poderá ser uma oportunidade interessante.

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Capacidade instalada	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200
Capacidade efetiva	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700
Capacidade utilizada	Consultas	111	109	154	149	168	128	168	144	186	204	174
	Faltas	13	16	17	15	39	13	26	20	38	34	44
	Total	124	125	170	163	207	141	194	164	224	237	278
Capacidade disponível	576	575	530	537	494	559	506	537	477	463	422	483

TABELA 16

Número de horas utilizadas CE

Fonte: EP-registos CE

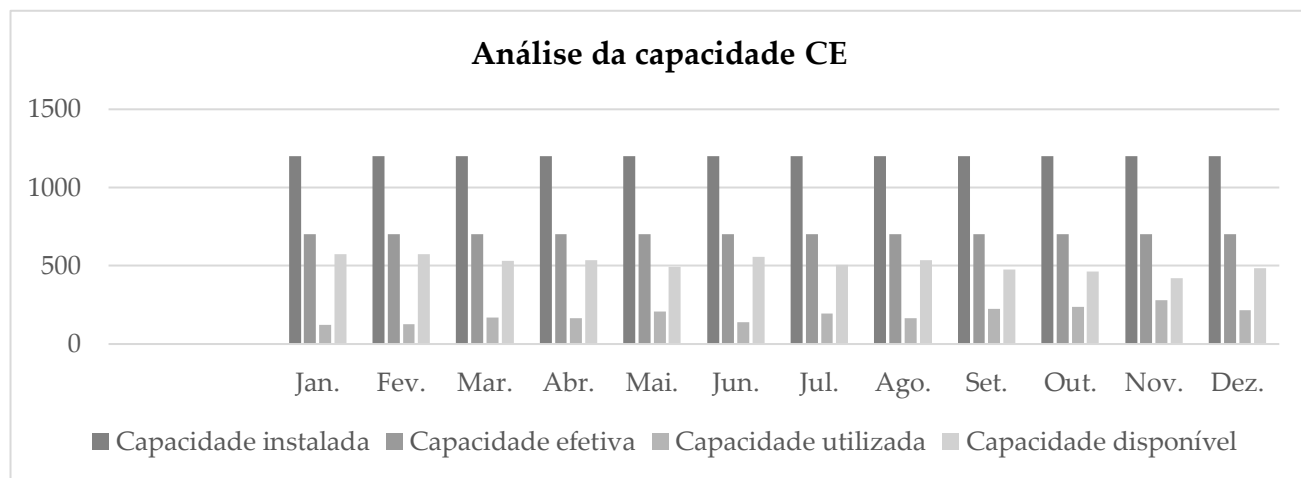


FIGURA 9

Análise da capacidade CE

Fonte: EP-registos CE

2.4.2 Centro de Tratamento da Depressão

De modo a calcular a capacidade utilizada do consultório do CTD (tabela 17), considerou-se o número de sessões efetuadas e as faltas dadas pelos pacientes (tabelas 12 e 14). O cálculo das capacidades foi semelhante ao efetuado na CE. Daqui sucede que existe oportunidade para aumentar a utilização da capacidade.

	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Capacidade instalada	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240
Capacidade efetiva	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
Capacidade utilizada	Sessões								43	25
	Faltas								5	2
	Total								48	27
Capacidade disponível									92	113

TABELA 17

Número de horas utilizadas CTD

Fonte: EP-registos CTD

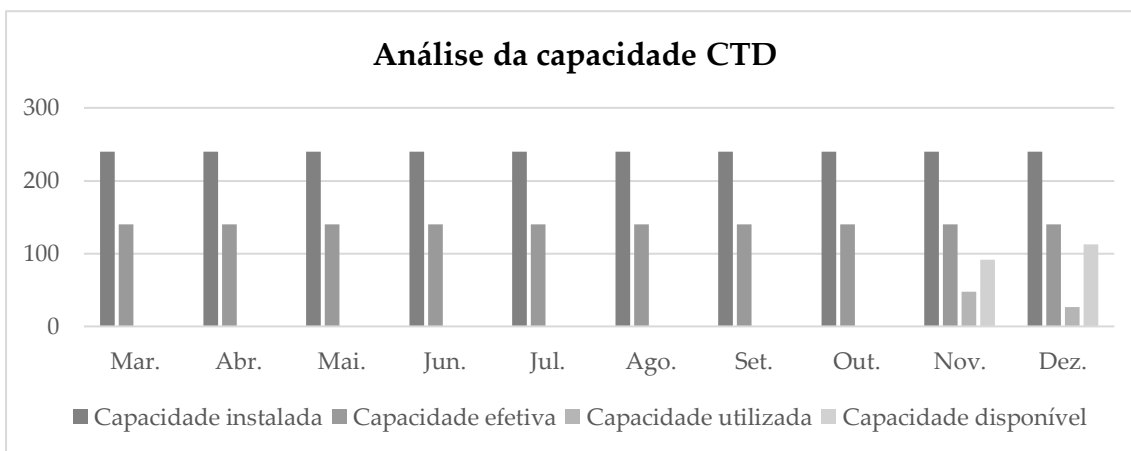


FIGURA 10

Análise da capacidade CTD

Fonte: EP-registos CTD

2.5 Análise dos processos

2.5.1 Consulta externa

As figuras 11 e 12 apresentam os VSM do processo de agendamento e de realização de uma consulta de psiquiatria e encontram-se nas páginas 51 e 52.

2.5.2 Centro de Tratamento da Depressão

Relativamente ao CTD, o processo de marcação de uma sessão é semelhante ao da CE. As figuras 13 e 14 dispõem os VSM do processo de agendamento e de execução de uma sessão e situam-se nas páginas 53 e 54.

2.5.3 Internamento

O VSM do processo de internamento apresenta-se na figura 15, que está na página 55.

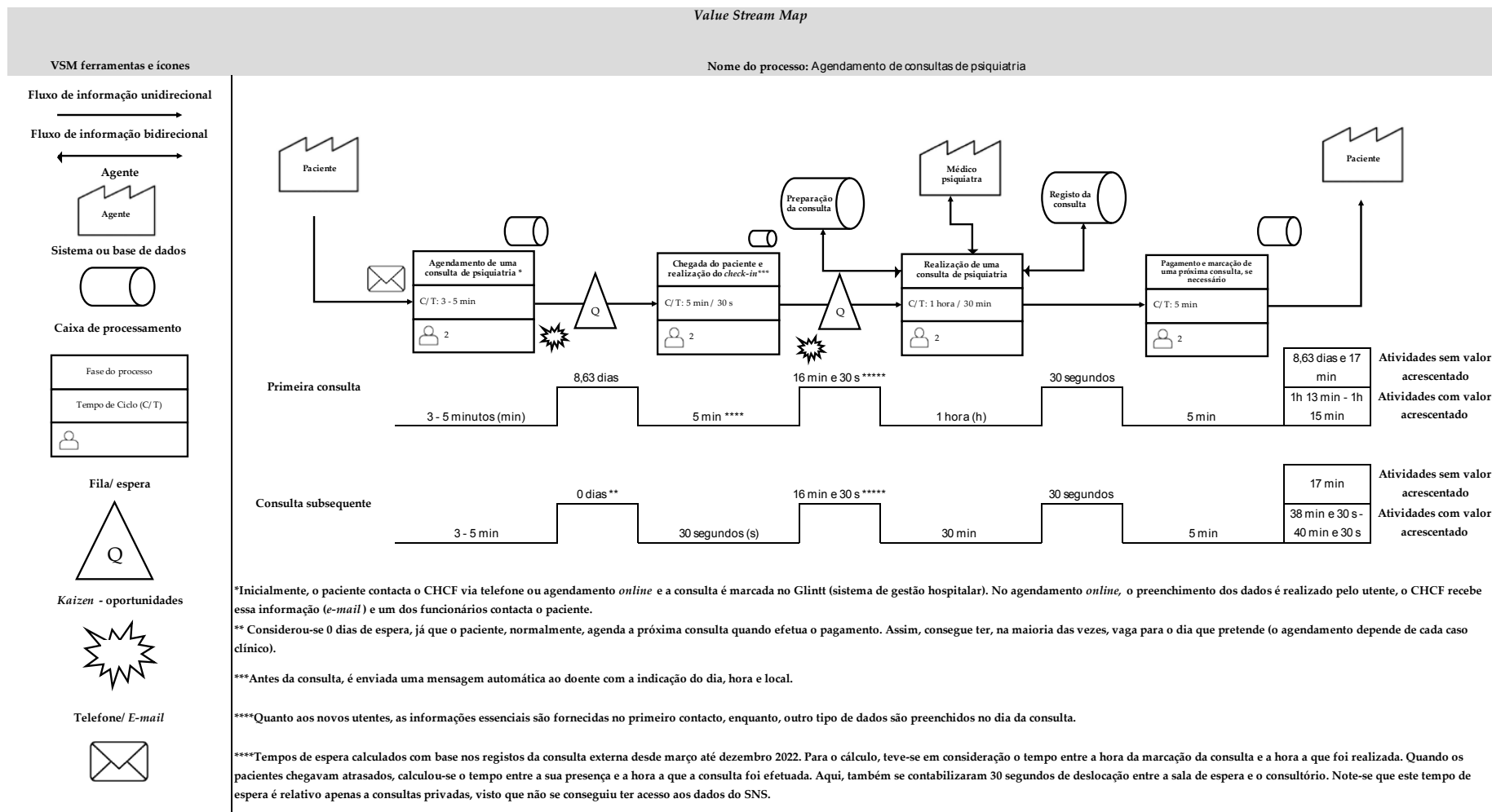


FIGURA 11

VSM - agendamento de consultas de psiquiatria

Fonte: EP baseada em informação recolhida no CHCF (EP-IR CHCF)

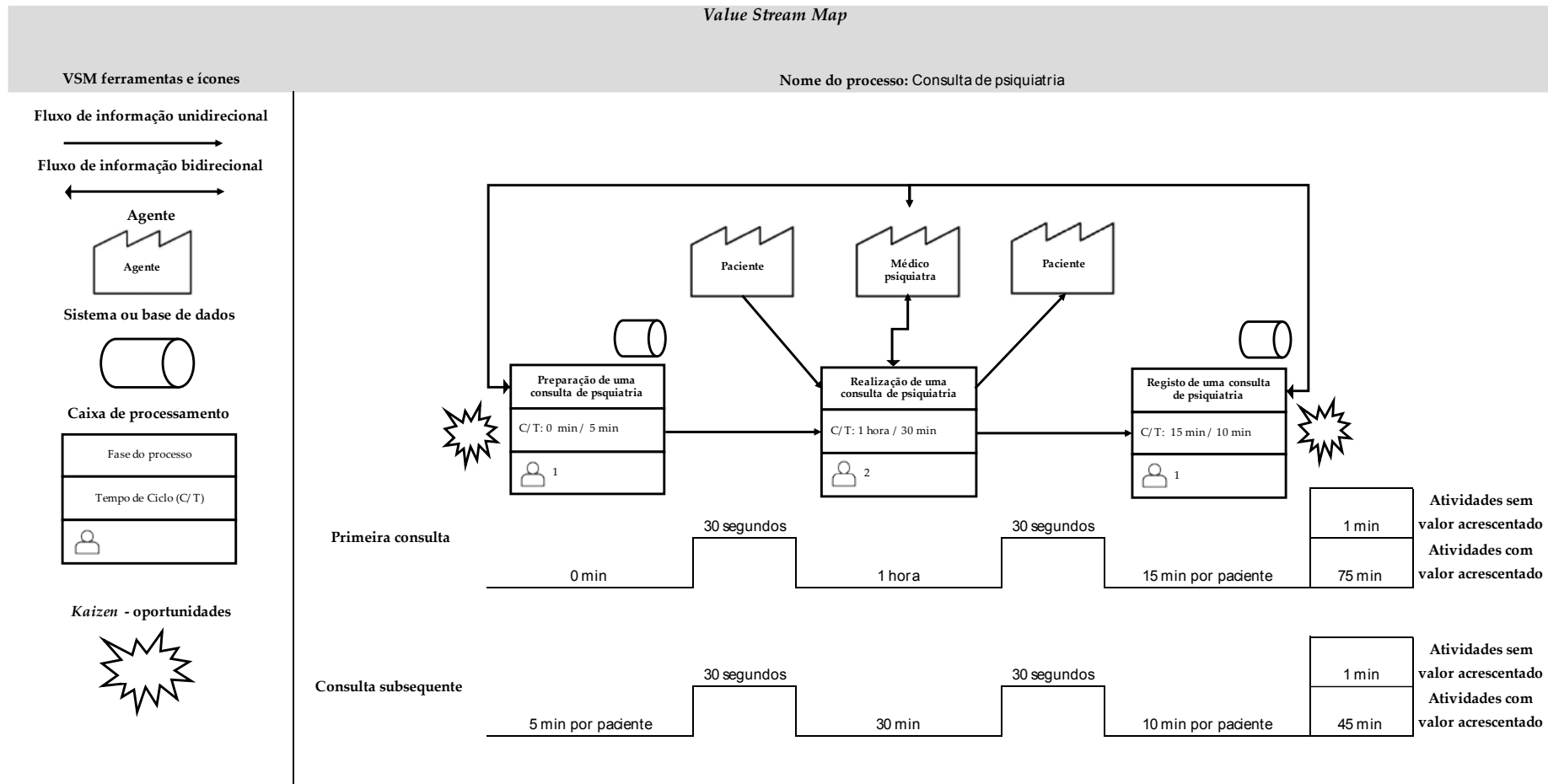


FIGURA 12
 VSM - consulta de psiquiatria
 Fonte: EP-IR CHCF

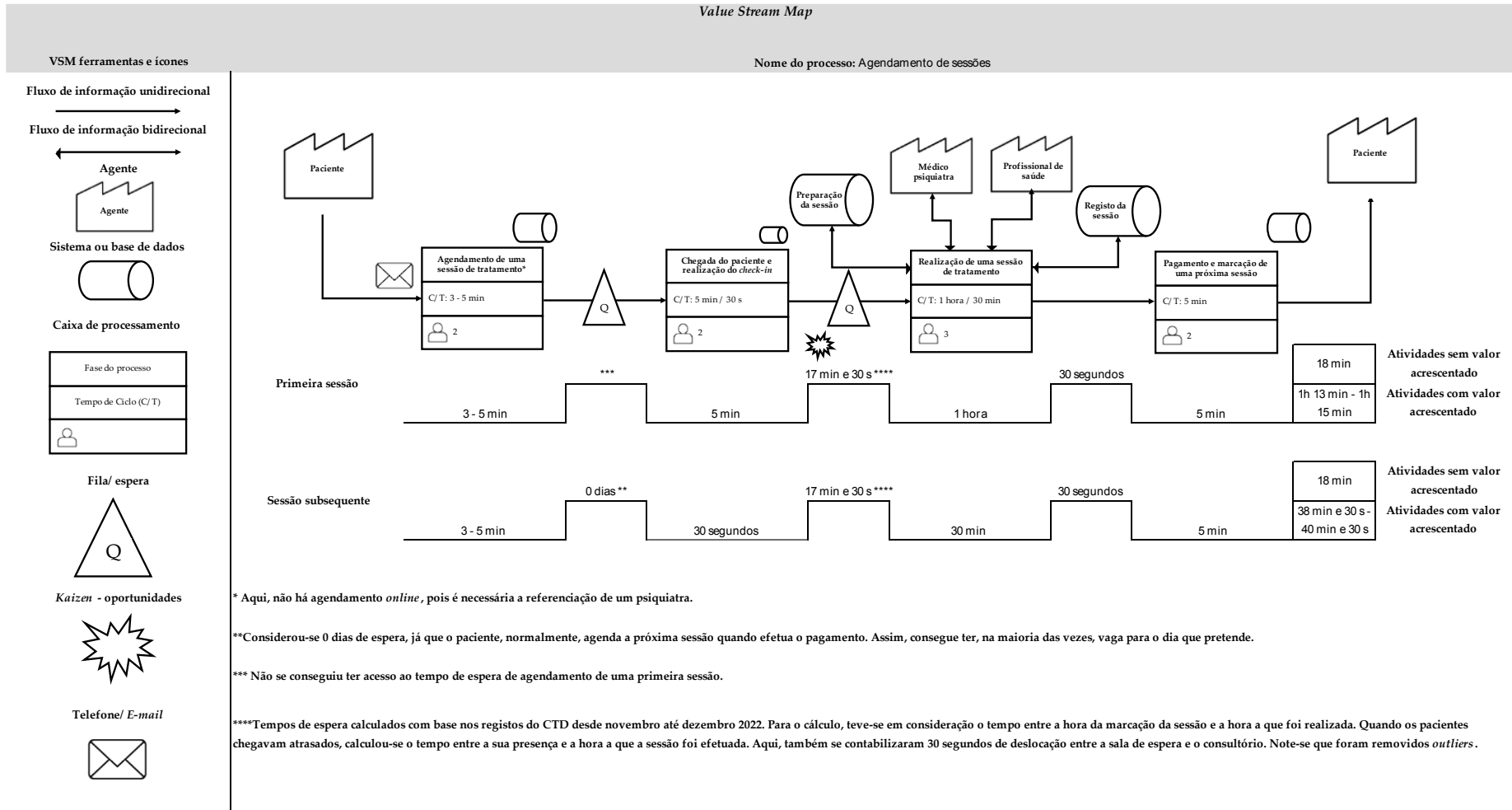


FIGURA 13
VSM - agendamento de sessões
Fonte: EP-IR CHCF

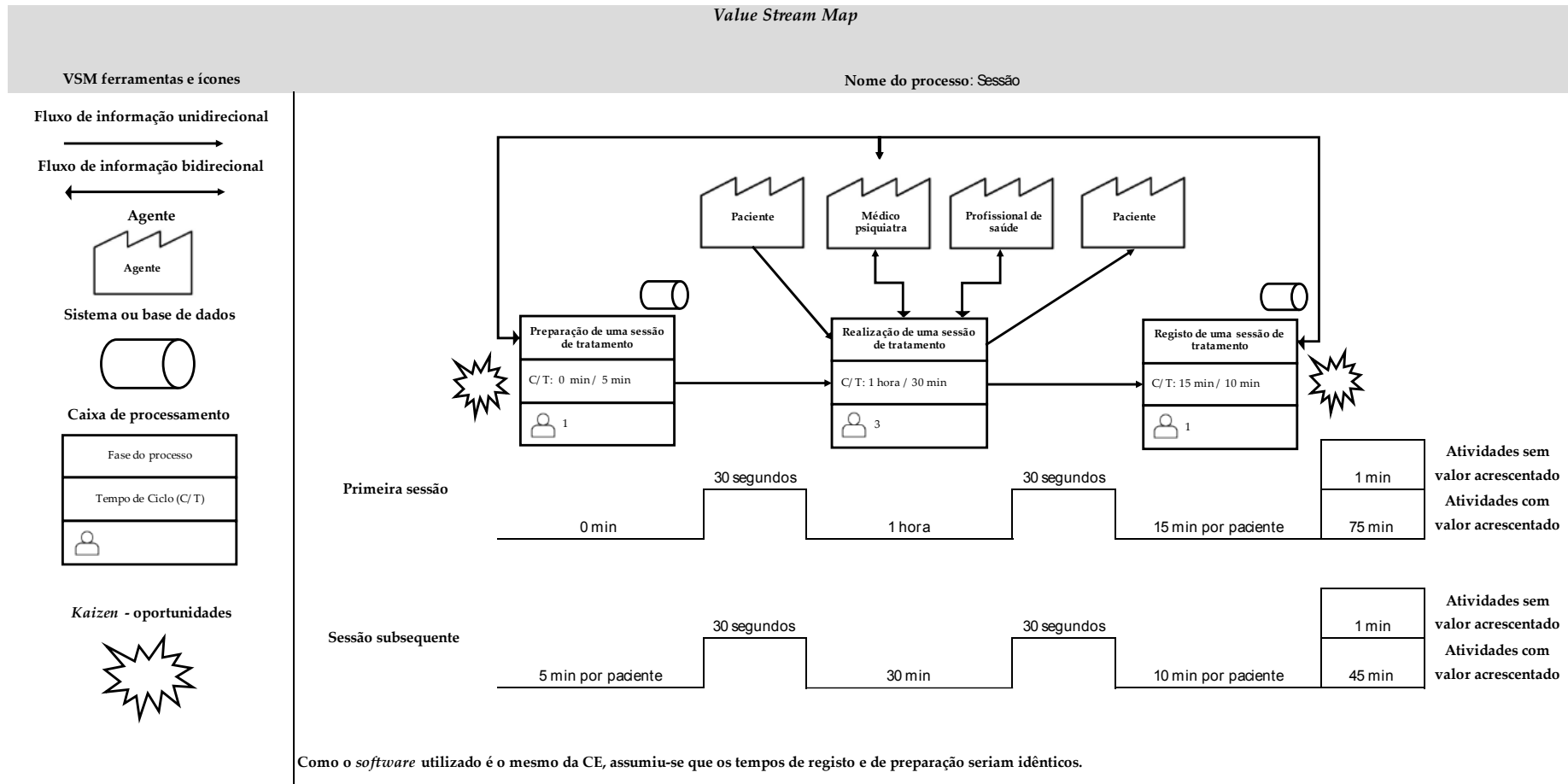


FIGURA 14
VSM - sessão
Fonte: EP-IR CHCF

Value Stream Map

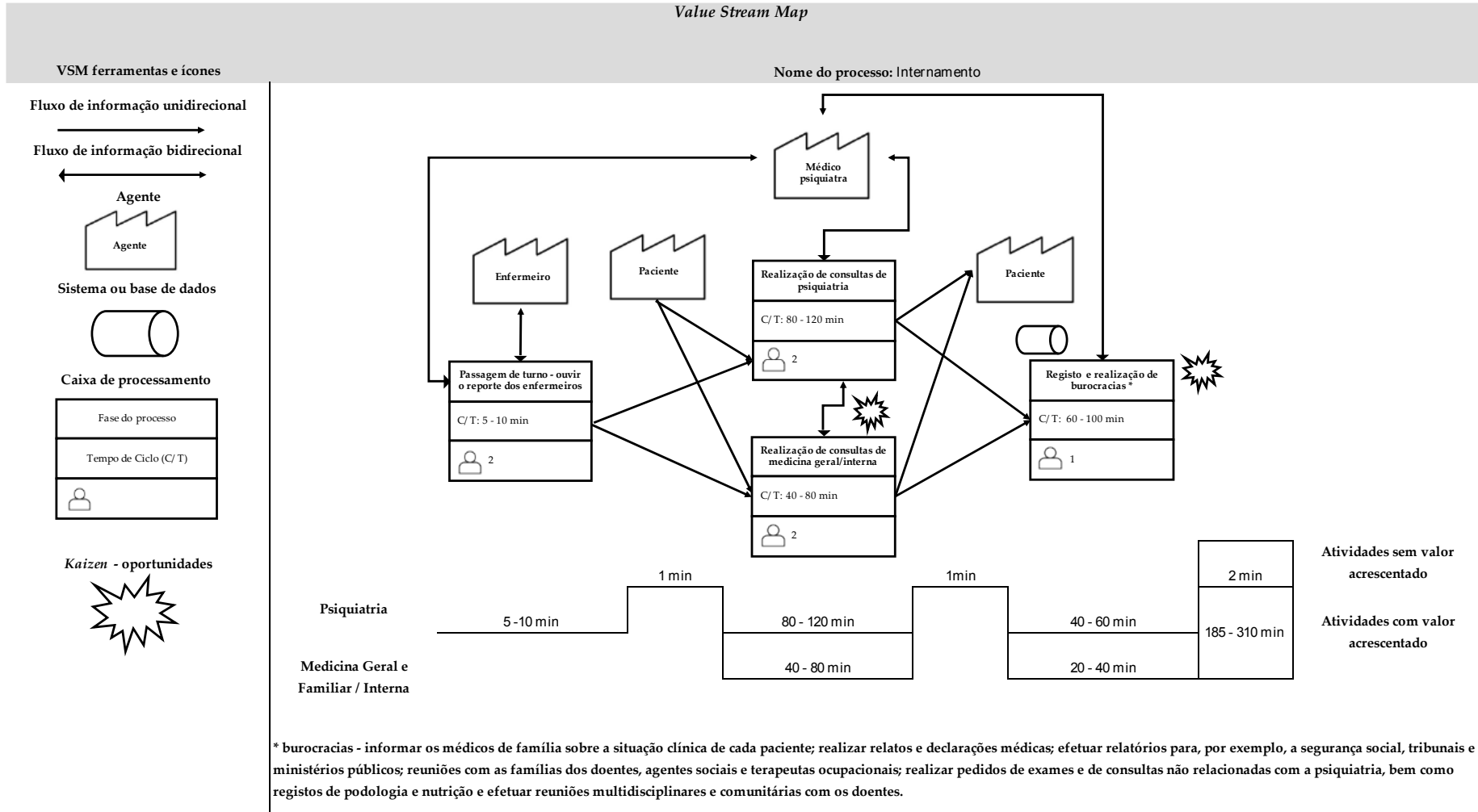


FIGURA 15
VSM - internamento
Fonte: EP-IR CHCF

2.6 Análise dos percursos dos psiquiatras entre serviços

Como a CE e o CTD não se localizam no mesmo espaço do internamento, elaborou-se um diagrama esparguete (figura 16), com as deslocações dos psiquiatras.

Pela análise da figura 17, percebe-se que estes se deslocam entre serviços várias vezes ao dia. Numa semana contabilizaram-se 39 deslocações, o que corresponde a um tempo médio de, aproximadamente, 72 minutos (tabela 18). A realização de sessões do CTD na hora de almoço contribui para o aumento das deslocações.

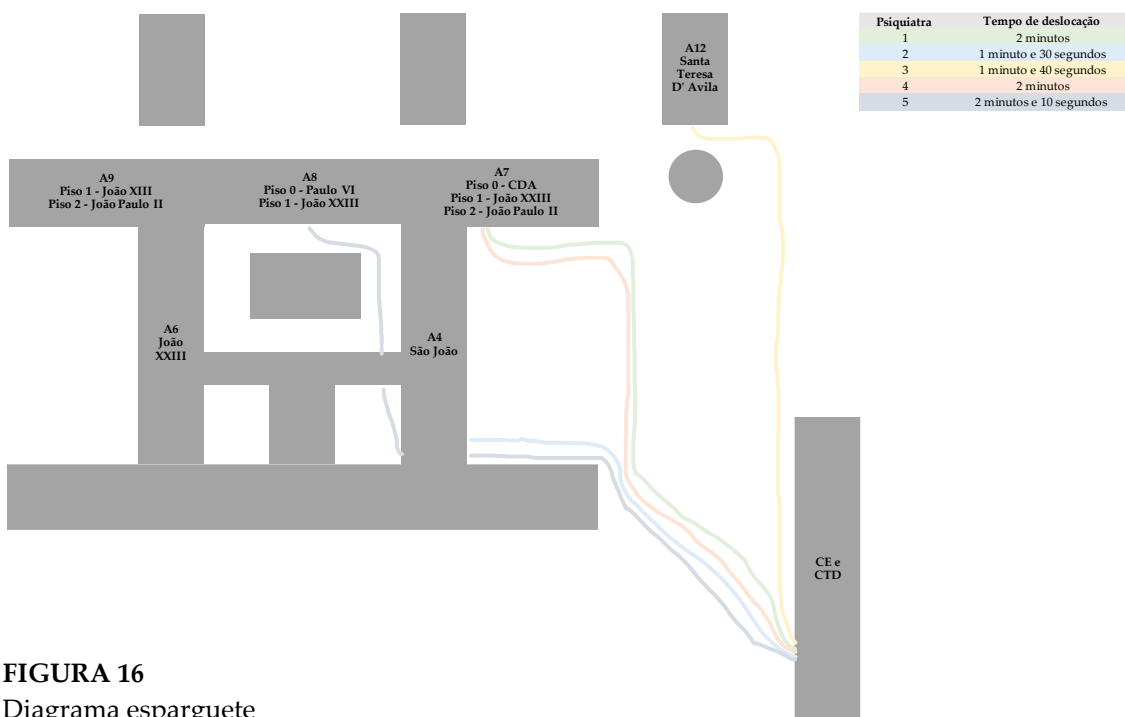


FIGURA 16
Diagrama esparguete
Fonte: EP-IR CHCF

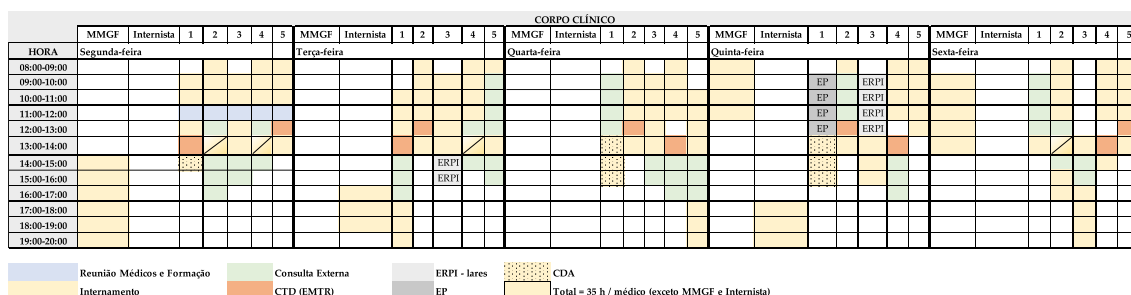


FIGURA 17
Horário dos médicos
Fonte: PP 2023

Psiquiatra	Número semanal de deslocações	Minutos semanais utilizados
1	6	12
2	13	19,5
3	4	6,7
4	7	14
5	9	19,5
Total	39	71,7

TABELA 18

Tempo entre serviços

Fonte: EP baseada no PP 2023

2.7 Análise dos desperdícios

Na tabela 19, identificam-se os desperdícios dos processos do CHCF.

Tipo de desperdício	Desperdício CHCF
Transporte	Gasto de tempo dos psiquiatras a deslocarem-se do internamento para a CE/CTD.
Inventário	Tempo de espera para uma primeira consulta de psiquiatria é, aproximadamente, 9 dias.
Espera	<p>Falha de eficiência do sistema informático (<i>software</i> e <i>hardware</i> bastante obsoletos).</p> <p>→ CE/CTD – a plataforma utilizada não é intuitiva, demora muito tempo a iniciar e é pouco prática, conduzindo à perda de tempo de consulta e sessão, bem como de informação sobre os doentes. Tal aumenta a insatisfação dos pacientes. Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acede-se às agendas, mas, por vezes, não se consegue observar a informação do paciente; • O <i>software</i> não apresenta a listagem completa dos doentes (não é direta a indicação de que o utente já chegou e que está em sala de espera); • A parte referente ao SNS funciona deficientemente (registo inadequado). <p>→ Internamento – similar à CE. Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de integração de módulos complementares (fisioterapia, dentária, CE noutras instituições) e dos módulos no processo clínico do doente (não se tem acesso ao futuro do paciente); • Obtém-se informação quanto aos doentes internados e às diárias, mas não se sabe quais os pacientes que já foram observados; • A nota de admissão de um doente só pode ser acedida pelo médico que a realizou.
Excesso de produção	Atuação dos psiquiatras como MMGF/internistas no internamento.

TABELA 19

Desperdícios CHCF

Fonte: EP-IR CHCF

2.8 Propostas de melhoria

2.8.1 Reestruturação dos horários

De modo a reduzir o número de deslocações dos psiquiatras entre serviços, propõe-se uma reestruturação dos horários. Aqui, pretende-se ter um período apenas dedicado à CE e ao CTD e um tempo só afeto ao internamento. Assim, os psiquiatras ficariam encarregues pelo CTD nos dias em que realizavam consultas. Apresenta-se uma proposta de alteração de horários (figura 18 e tabela 20), em que seriam otimizados cerca de 15 minutos semanais.

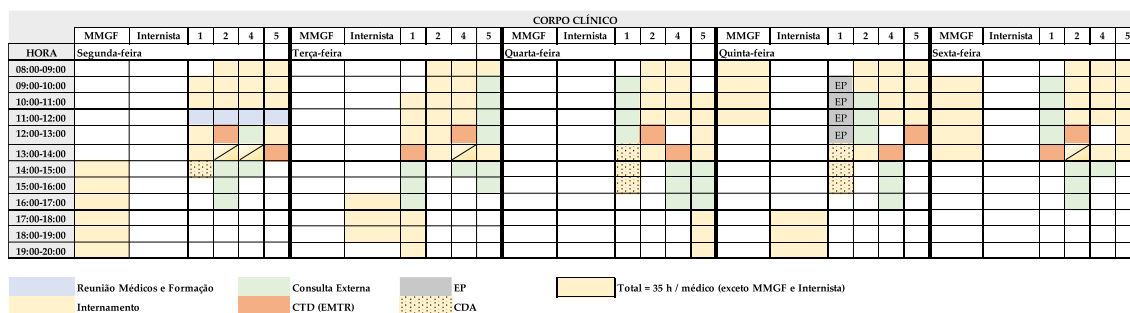


FIGURA 18

Horário otimizado

Fonte: EP

Psiquiatra	Número semanal de deslocações	Minutos semanais utilizados
1	3	6
2	10	15
4	7	14
5	7	15,2
Total	31	50,2

TABELA 20

Tempo entre serviços otimizado

Fonte: EP

Outra sugestão passaria pela integração do CTD no horário da CE. Tal permitiria aumentar a disponibilidade de agendamento, mas teria o potencial de incrementar as deslocações.

2.8.2 Tempo de espera

Para reduzir o tempo de espera de uma primeira consulta, pode-se priorizar o seu agendamento, tentando reagendar uma consulta subsequente, sempre que for conveniente para o paciente. Também se pode criar um espaço semanal para primeiras consultas e equilibrar com algum *overbooking* nas consultas subsequentes (calculado ao dia e semana com base no histórico de não comparência).

2.8.3 Aumento da eficiência do sistema informático

Um dos principais obstáculos identificados pelos psiquiatras é a falta de eficiência do sistema informático. Assim, recomenda-se a aquisição de novos computadores com um *hardware* mais robusto. Posteriormente, deve-se verificar se o Glintt funciona adequadamente. Caso contrário, o CHCF poderá optar pelo sistema de gestão hospitalar do SNS (SONHO), que possibilita o acesso a dados de outras intervenções médicas.

Esta proposta diminuiria o tempo de preparação e de registo da CE e do CTD em, aproximadamente, 8 minutos (figuras 19 e 20). Devido a um problema do servidor, a atualização do sistema informático não poderá ser efetuada no internamento.

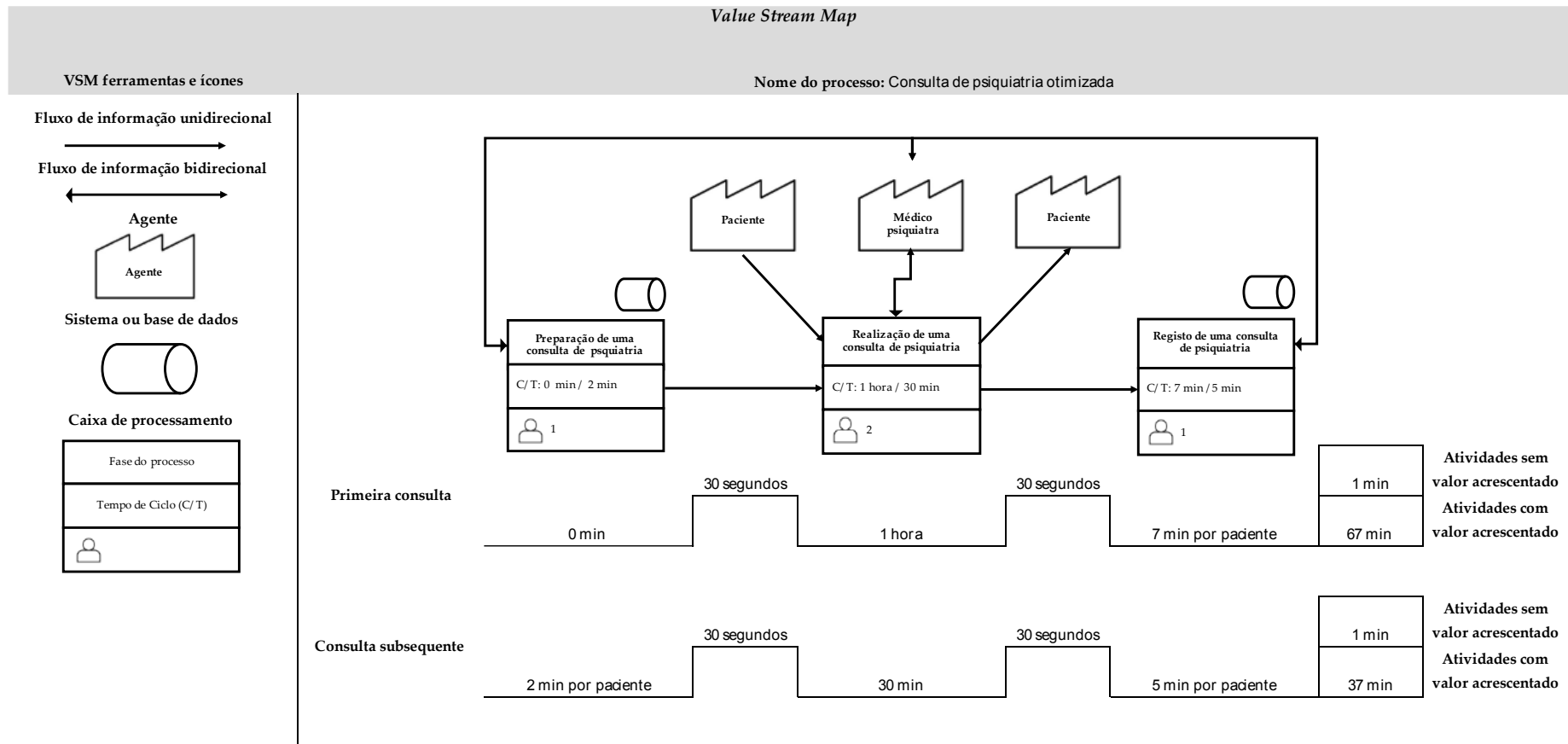


FIGURA 19
 VSM - consulta de psiquiatria otimizada
 Fonte: EP-IR CHCF

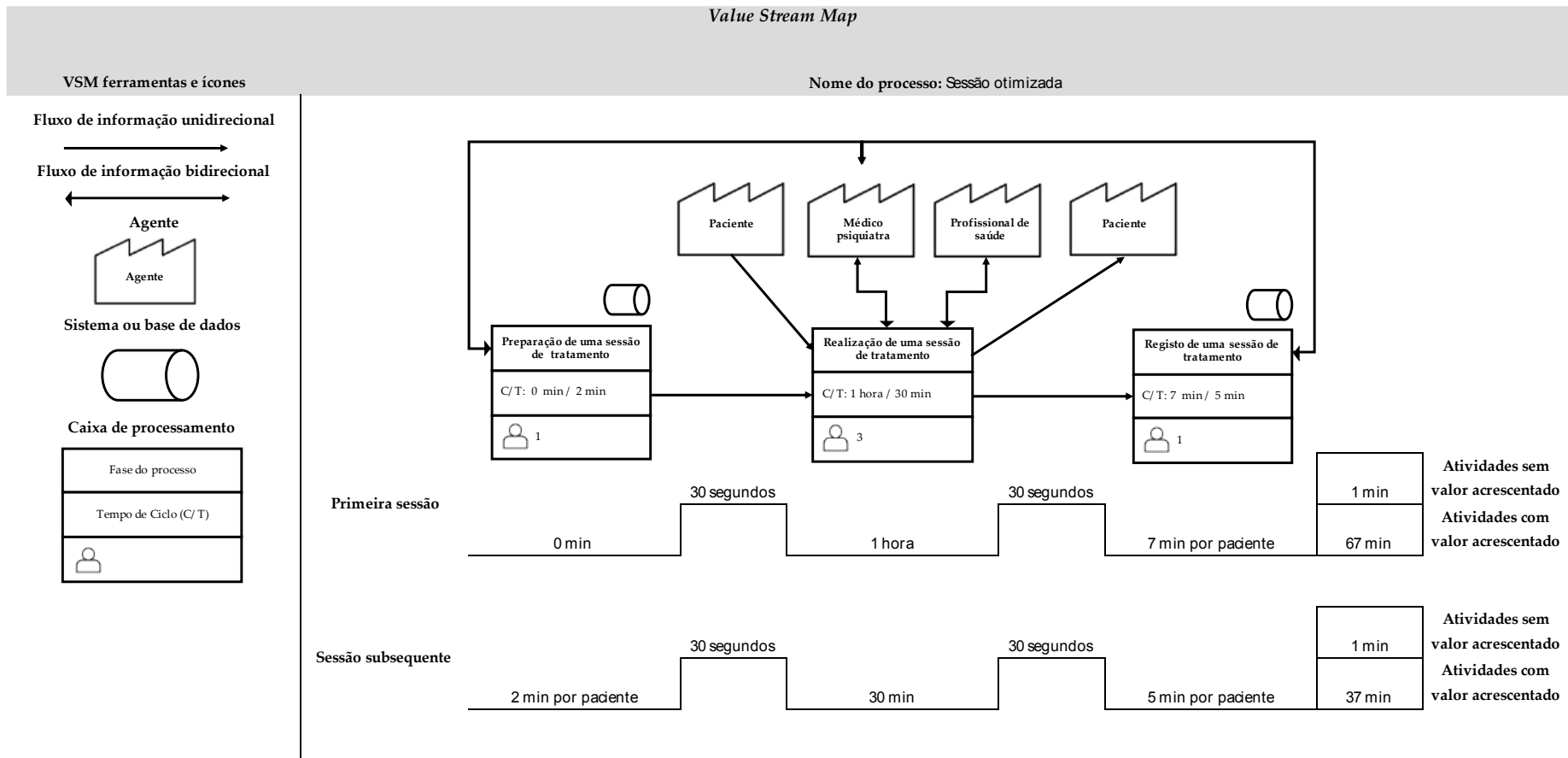


FIGURA 20
 VSM - sessão otimizada
 Fonte: EP-IR CHCF

Para o cálculo do ganho monetário associado a esta sugestão, considerou-se a média mensal de consultas realizadas por psiquiatra (anexo 3). Seguidamente, determinou-se o tempo necessário para a realização das consultas, admitindo-se um TI de 15 e 7 minutos. Por fim, calculou-se o ganho de tempo mensal para cada tipo de consulta (tabela 21). No caso das primeiras consultas, o tempo liberto é insuficiente para efetuar uma consulta excedente. Assim, considerou-se esses minutos ganhos na realização de consultas subsequentes. Um sistema informático mais eficiente possibilitaria efetuar mais 31 consultas por mês, em 2022. Tal permitiria atingir um ganho de 2046€ mensais. Com um preço de computador entre 600-700€, o investimento, em 5 equipamentos, conseguiria ser recuperado em 2 meses. Não foi possível aceder ao custo do SONHO, pois ainda está numa fase exploratória.

Psiquiatra	Média mensal de consultas		Minutos mensais atuais (TI=15 minutos)		Minutos mensais otimizados (TI=7 minutos)		Minutos ganhos mensalmente		Número mensal excedente de consultas (TI=7 minutos)
	1. ^a	S	1. ^a	S	1. ^a	S	1. ^a	S	S
	1	8	46	600	2070	536	1702	64	368
2	4	6	300	270	268	222	32	48	2
4	5	15	375	675	335	555	40	120	4
5	5	53	375	2385	335	1961	40	424	13
Número de consultas mensais extra									31
Preço de uma consulta									66€
Ganho monetário mensal									2046€

TABELA 21

Ganho monetário CE

Fonte: EP

Quanto ao CTD, aplicou-se o mesmo raciocínio da CE. A média mensal de sessões realizadas apresenta-se no anexo 4. Com a compra de um novo computador, realizar-se-iam mais 10 tratamentos (tabela 22). Assim, o investimento podia ser recuperado em 2 meses.

Psiquiatra	Média mensal de sessões		Minutos mensais atuais (TI=15 minutos)		Minutos mensais otimizados (TI=7 minutos)		Minutos ganhos mensalmente		Número mensal excedente de sessões (TI=7 minutos)
			1. ^a	S	1. ^a	S	1. ^a	S	
	1. ^a	S	1. ^a	S	1. ^a	S	1. ^a	S	S
1	1	8	75	360	67	296	8	64	2
2	1	9	75	405	67	333	8	72	2
4	1	16	75	720	67	592	8	128	4
5	0	10	0	450	0	370	0	80	2
Número de tratamentos mensais extra									10
Preço de uma sessão									55€
Ganho monetário mensal									550€

TABELA 22

Ganho monetário CTD

Fonte: EP

2.8.4 Contratação do médico de medicina geral e familiar a tempo inteiro

Outro problema identificado pelos psiquiatras, no internamento, prende-se com a falta de pessoal. Assim, estes profissionais, quando necessário, têm de dar uma resposta ao nível da medicina interna/geral. O tempo dedicado varia entre 1-2 horas diárias. Para combater esta adversidade e melhorar a eficiência, propõe-se a contratação do MMGF a tempo inteiro. Sugere-se o aumento do número de horas contratualizadas com este profissional, pois a maioria dos doentes internados são crónicos. A figura abaixo apresenta o VSM do processo de internamento otimizado.

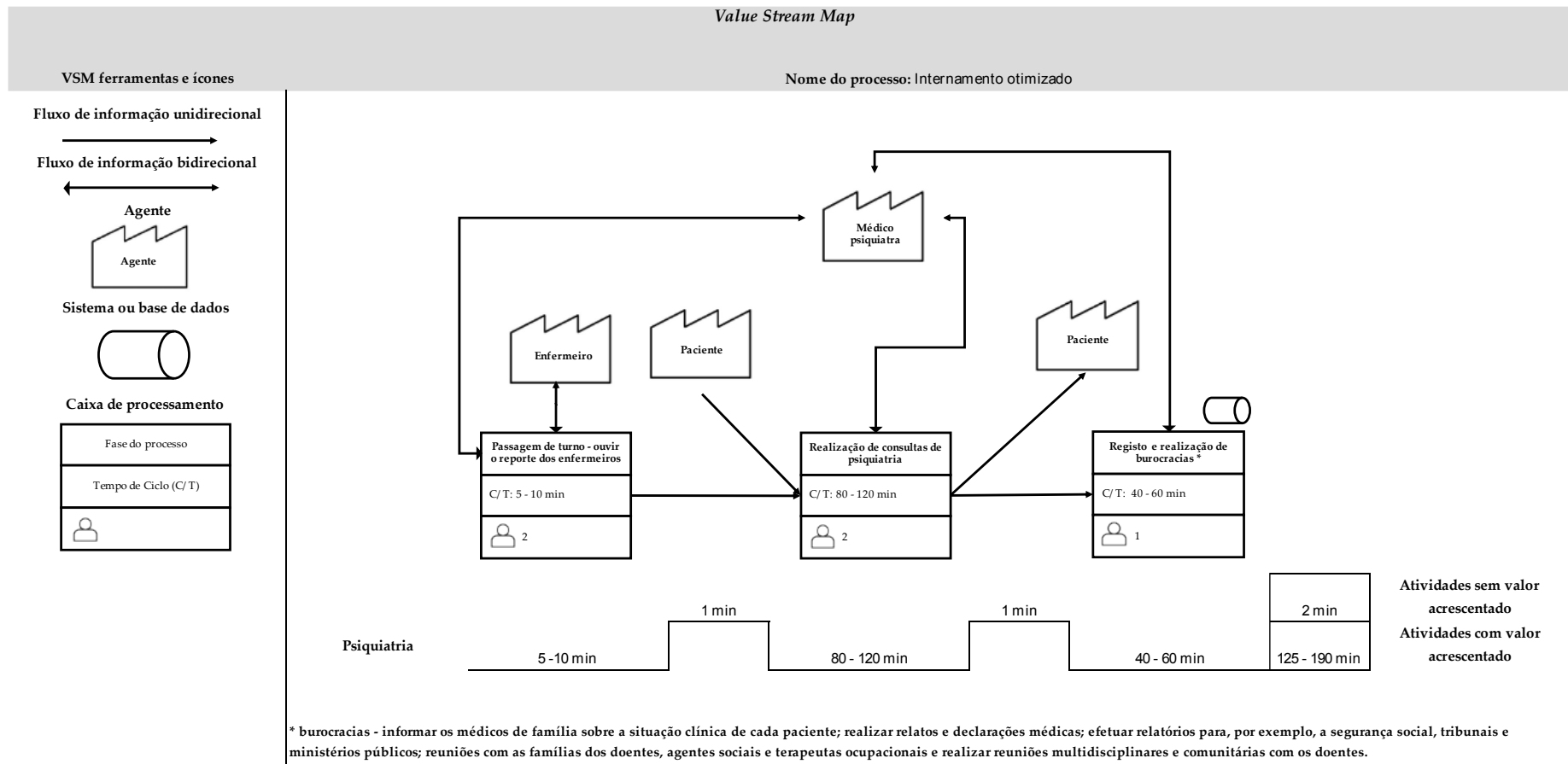


FIGURA 21
VSM - internamento otimizado
Fonte: EP-IR CHCF

Seguidamente, calculou-se o número de consultas extra que poderiam ser realizadas semanalmente (tabela 24). Para tal, utilizou-se o rácio de consultas efetuadas por tipologia (anexo 5) e determinou-se o número de minutos afetos a cada tipo de consulta. Quando o número de minutos libertos para a realização de uma primeira consulta era inferior ao tempo necessário para a sua execução (67 minutos), considerou-se que se efetuavam consultas subsequentes. Se todas as horas libertas fossem aproveitadas, numa semana, os psiquiatras realizariam mais 30 consultas, o que permitiria um rendimento de 1980€.

Psiquiatra	Número de horas Horas extra	Número de horas		Número de minutos		Número de consultas (TI=7 minutos)		
		1. ^a	S	1. ^a	S	1. ^a	S	
1	4	0,59	3,41	35,28	204,72		6	
2	5	2,03	2,98	121,50	178,50	1	6	
4	4	1,04	2,96	62,40	177,60		6	
5	7	0,60	6,41	35,70	384,30		11	
Total							30	

TABELA 24

Número de consultas semanais extra

Fonte: EP

Relativamente ao CTD, realizou-se o mesmo raciocínio da CE. O rácio de sessões efetuadas por tipologia apresenta-se no anexo 6. Com esta distribuição, poderiam ser efetuadas mais 7 sessões semanais (tabela 25), o que geraria um rendimento adicional de 385€/semana.

Psiquiatra	Número de horas Horas extra	Número de horas		Número de minutos		Número de consultas (TI=7 minutos)
		1. ^a	S	1. ^a	S	S
2	2	0,21	1,79	12,63	107,37	3
4	3	0,18	2,82	10,91	169,09	4
Total						7

TABELA 25

Número de sessões semanais extra

Fonte: EP

Com esta admissão, os psiquiatras poderiam dedicar um maior período à CE e ao CTD. Se todos os médicos realizassem consultas e sessões no tempo liberto, o rendimento do CHCF ascenderia os 9460€ mensais. Como o custo com encargos de um MMGF é de 3800€, a sua contratação seria favorável.

2.8.5 Protocolos com empresas

Para incrementar o número de CE, seria benéfico que existisse um aumento da procura. Assim, sugere-se a realização de protocolos com empresas.

A SCMP possuiu colaborações com entidades, como a Associação Comercial do Porto, Universidade Católica Portuguesa, Sport Club do Porto e Banco Carregosa, pelo que se recomenda que os protocolos sejam, primeiramente, efetuados com as empresas parceiras. Se o efeito for positivo, propõe-se alargar a base de contactos para outras organizações.

Estes protocolos poderiam considerar uma política de preço distinta, cuidadosamente estudada, aos indivíduos pertencentes às diversas empresas. Complementarmente, o CHCF poderia efetuar, com essas entidades, campanhas de comunicação e *workshops*, que fomentassem a importância da saúde mental.

Também se sugere a associação do CHCF a organizações que promovam este tema junto da comunidade, através de *workshops*, grupos de reflexão e seminários. Um exemplo é a Aliança Portuguesa para a Promoção da Saúde Mental no Local de Trabalho. A integração do CHCF poderia contribuir para uma maior visibilidade dos seus serviços.

2.8.6 Parcerias com hospitais

Uma das problemáticas enfrentadas no CTD prende-se com a falta de pacientes. Assim, para aumentar a procura, recomenda-se a criação/reforço de parcerias com hospitais públicos, nomeadamente, o Hospital de Santo António e o Hospital de São João. Com este último, a SCMP possui uma parceria.

A ideia seria a realização de campanhas de comunicação com o SNS e centros de saúde, para demonstrar a disponibilidade deste tratamento no CHCF. Os utentes reencaminhados destas instituições poderiam estar sujeitos a um preço distinto. Apresentam-se, na tabela abaixo, os cenários da procura que poderiam advir desta proposta.

Alta	Moderada	Baixa
Contratar a tempo inteiro um psiquiatra com formação em EMTR. Fixação do horário do CTD das 9-17 horas. Inicialmente, poderia funcionar apenas para alguns dias da semana. Alocar um enfermeiro do HD para ajudar a efetuar os tratamentos.	Contratar a tempo parcial um psiquiatra com formação em EMTR. Poder-se-ia definir um horário no período da manhã/tarde em determinados dias da semana. Para ajudar a realizar os tratamentos, pode-se alocar um enfermeiro do HD.	→ Escala rotativa dos psiquiatras das 12-15 horas. Se o número de pacientes for escasso, disponibilizar este horário para a CE; → Alugar o espaço do CTD a clínicas e hospitais interessados.

TABELA 26

Procura

Fonte: EP

2.8.7 Definição de objetivos para os psiquiatras

Outra estratégia recomendada prende-se com a definição de objetivos para os psiquiatras, ao nível da CE e do CTD. A programação da produção poderá ajudar o CHCF a gerir, adequadamente, a capacidade instalada, bem como a focalizar o trabalho dos psiquiatras.

Admitindo o número de horas afetas a cada profissional e os rácios dos anexos 5 e 6, determinou-se um número teórico de consultas e sessões por tipologia (apêndice 6 e 7). Seguidamente, calculou-se o número real de consultas e sessões por semana, mês e ano (apêndice 8 e 9). Esta proposta considerava uma utilização total do número de horas afetas a cada profissional, pelo que os valores determinados eram bastante discrepantes face ao realizado, em 2022. Assim, optou-se por uma nova abordagem.

Primeiramente, fez-se uma estimativa do número de consultas esperadas para 2023, considerando o número de consultas efetuadas, em 2022, e as horas

propostas. De seguida, determinou-se uma taxa de crescimento possível e calculou-se o número total de consultas estimadas por médico/ano (apêndice 10), bem como a distribuição de primeiras consultas e subsequentes (tabela 27), com base no anexo 5.

Psiquiatria	Objetivo anual		Total
	1. ^a	S	
1	145	843	988
2	75	110	185
4	82	234	317
5	119	1272	1391
			2881

TABELA 27

Definição de objetivos CE

Fonte: EP

Quanto ao CTD, aplicou-se um raciocínio semelhante (apêndice 11). Aqui, estimou-se o número de sessões para os 10 meses de trabalho e determinou-se a distribuição relativa ao tipo de sessão (tabela 28), considerando o anexo 6.

Psiquiatra	Objetivo anual		Total
	1. ^a	S	
1	8	123	132
2	18	155	174
4	22	340	362
5	0	165	165
			832

TABELA 28

Definição de objetivos CTD

Fonte: EP

Também se propõe a construção de um sistema de incentivos adequado, para aumentar a motivação dos psiquiatras.

Conclusão

Esta investigação teve como principal objetivo a melhoria da utilização da capacidade instalada do ambulatório do CHCF, nomeadamente, o número de consultas de psiquiatria e de tratamentos do CTD.

Primeiramente, realizou-se uma análise detalhada da literatura, que assentou na gestão da capacidade, gestão da procura e *lean*. Tal permitiu entender como é que estes temas se concretizavam no contexto dos serviços e da saúde, através da deteção das principais problemáticas enfrentadas e dos benefícios que advinham da sua aplicação.

Após a revisão da literatura, apresentou-se a metodologia de investigação utilizada, o caso de estudo. Aqui, efetuou-se uma contextualização da SCMP e do CHCF, bem como uma caracterização dos principais serviços. Calculou-se a capacidade utilizada na CE e no CTD, referente a 2022, e concluiu-se que o CHCF operava abaixo da sua capacidade efetiva, pelo que existia oportunidade para aumentar o uso da capacidade. Posteriormente, recorreram-se a ferramentas *lean* para analisar os processos e os percursos efetuados pelos psiquiatras entre serviços. Por fim, reconheceram-se os desperdícios enfrentados pelo CHCF. Destaca-se que os que mais impactam a atividade operacional dos psiquiatras é a falta de eficiência do sistema informático e a atuação destes profissionais como MMGF/internistas no internamento.

Para responder à questão de investigação, elaboraram-se algumas propostas de melhoria que assentaram, principalmente, na otimização do tempo dos psiquiatras. Quanto à redução do número de deslocações, otimizou-se 15 minutos semanais, o que não justifica uma alteração de horário. Já o aumento da eficiência quer dos processos da CE e do CTD, ao nível do registo, quer do internamento, no que respeita, à medicina geral/interna, possibilita aumentar a

disponibilidade e a capacidade utilizada da CE e do CTD. Todavia, é necessário efetuar uma análise cuidada, pois a alteração do horário pode aumentar as deslocações. Também é importante que o CHCF adote medidas para minimizar a espera, realize protocolos com empresas e parcerias com hospitais, para aumentar o conhecimento dos seus serviços, e que defina objetivos com o intuito de programar a produção.

Relativamente às limitações, não foi possível acompanhar e observar diretamente o trabalho executado pelos psiquiatras no internamento. Os processos descritos basearam-se apenas nas entrevistas realizadas. O acompanhamento dos psiquiatras, neste serviço, seria relevante, dado que os processos efetuados são bastante complexos, envolvendo um elevado número de doentes com necessidades distintas. Assim, conseguir-se-ia compreender melhor cada tarefa efetuada e identificar desperdícios em todos os procedimentos. Quanto à descrição do processo de agendamento de uma consulta, o cálculo dos tempos de espera não contabilizou as consultas referentes ao SNS, pois não se conseguiram extrair esses dados. Complementarmente, algumas consultas não tinham registo da hora realizada e, nalguns casos, o cálculo do tempo de espera continha valores atípicos, pelo que se excluíram esses dados. Este último também se aplica ao CTD.

Para trabalhos futuros, aconselha-se a implementação das propostas de melhoria sugeridas, seguidas de uma análise dos resultados obtidos. As sugestões prioritárias prendem-se com o aumento da eficiência do sistema informático, de modo a libertar tempo de preparação e registo, e a contratação do MMGF a tempo integral, que focalizará o trabalho dos psiquiatras no internamento.

Bibliografía

- Adenso-Díaz, B., González-Torre, P., & García, V. (2002). A capacity management model in service industries. *International Journal of Service Industry Management*, 13(3–4), 286–302. <https://doi.org/10.1108/09564230210431983>
- Anderson, J. S., Morgan, J. N., & Williams, S. K. (2011). Using Toyota's A3 Thinking for Analyzing MBA Business Cases. *Decision Sciences Journal of Innovative Education*, 9(2), 275–285. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4609.2011.00308.x>
- Andrés-López, E., González-Requena, I., & Sanz-Lobera, A. (2015). Lean Service: Reassessment of Lean Manufacturing for Service Activities. *Procedia Engineering*, 132, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2015.12.463>
- Chiarini, A., Baccarani, C., & Mascherpa, V. (2018). Lean production, Toyota Production System and Kaizen philosophy: A conceptual analysis from the perspective of Zen Buddhism. *TQM Journal*, 30(4), 425–438. <https://doi.org/10.1108/TQM-12-2017-0178>
- Corsten, H., & Stuhlmann, S. (1998). Capacity management in service organisations. *Technovation*, 18(3), 163–178.
- Costa, L. B. M., & Godinho Filho, M. (2016). Lean healthcare: review, classification and analysis of literature. *Production Planning and Control*, 27(10), 823–836. <https://doi.org/10.1080/09537287.2016.1143131>
- Danaher, T. S., & Gallan, A. S. (2016). Service Research in Health Care: Positively Impacting Lives. *Journal of Service Research*, 19(4), 433–437. <https://doi.org/10.1177/1094670516666346>
- Daultani, Y., Chaudhuri, A., & Kumar, S. (2015). A Decade of Lean in Healthcare: Current State and Future Directions. *Global Business Review*, 16(6), 1082–1099. <https://doi.org/10.1177/0972150915604520>

- Green, L. v. (2006). Capacity Planning and Management in Hospitals. In *Operations Research and Health Care* (pp. 15–41). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/1-4020-8066-2_2
- Gupta, S., Sharma, M., & Sunder M, V. (2016). Lean services: a systematic review. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 65(8), 1025–1056. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-02-2015-0032>
- Hasle, P., Nielsen, A. P., & Edwards, K. (2016). Application of Lean Manufacturing in Hospitals—the Need to Consider Maturity, Complexity, and the Value Concept. *Human Factors and Ergonomics In Manufacturing*, 26(4), 430–442. <https://doi.org/10.1002/hfm.20668>
- Henrique, D. B., Filho, M. G., Marodin, G., Jabbour, A. B. L. de S., & Chiappetta Jabbour, C. J. (2021). A framework to assess sustaining continuous improvement in lean healthcare. *International Journal of Production Research*, 59(10), 2885–2904. <https://doi.org/10.1080/00207543.2020.1743892>
- Hopp, W. J., & Spearman, M. S. (2021). The lenses of lean: Visioning the science and practice of efficiency. *Journal of Operations Management*, 67(5), 610–626. <https://doi.org/10.1002/joom.1115>
- Jack, E. P., & Powers, T. L. (2004). Volume flexible strategies in health services: A research framework. *Production and Operations Management*, 13(3), 230–244. <https://doi.org/10.1111/j.1937-5956.2004.tb00508.x>
- Jack, E. P., & Powers, T. L. (2009). A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services. *International Journal of Management Reviews*, 11(2), 149–174. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2008.00235.x>
- Kimsey, D. B. (2010). Lean Methodology in Health Care. *AORN Journal*, 92(1), 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.01.015>

- Klassen, K. J., & Rohleder, T. R. (2001). Combining operations and marketing to manage capacity and demand in services. *Service Industries Journal*, 21(2), 1–30. <https://doi.org/10.1080/714005019>
- Kovacevic, M., Jovicic, M., Djapan, M., & Zivanovic-Macuzic, I. (2016). Lean thinking in healthcare: Review of implementation results. *International Journal for Quality Research*, 10(1), 219–230. <https://doi.org/10.18421/IJQR10.01-12>
- Kumar, N., Shahzeb Hasan, S., Srivastava, K., Akhtar, R., Kumar Yadav, R., & Choubey, V. K. (2022). Lean manufacturing techniques and its implementation: A review. *Materials Today: Proceedings*. <https://doi.org/10.1016/j.matpr.2022.03.481>
- Li, L., & Benton, W. C. (2003). Hospital capacity management decisions: Emphasis on cost control and quality enhancement. *European Journal of Operational Research*, 146(3), 596–614. www.elsevier.com/locate/dsw
- Machado, V. C., & Leitner, U. (2010). Lean tools and lean transformation process in health care. *International Journal of Management Science and Engineering Management*, 5(5), 383–392. <https://doi.org/10.1080/17509653.2010.10671129>
- Misericórdia do Porto. (n.d.-a). *Áreas Clínicas - Centro Hospitalar Conde de Ferreira - Portal da Saúde da Misericórdia do Porto*. Retrieved October 25, 2022, from https://portaldasaude.scmp.pt/pt-pt/centro-hospitalar-conde-de-ferreira/areas-clinicas_3
- Misericórdia do Porto. (n.d.-b). *Centro Hospitalar Conde de Ferreira - Saúde - Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Retrieved October 25, 2022, from <https://www.scmp.pt/pt-pt/saude/chcf>
- Misericórdia do Porto. (n.d.-c). *Instituição - Instituição - Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Retrieved November 21, 2022, from <https://www.scmp.pt/pt-pt/instituicao/instituicao-homepage>

- Misericórdia do Porto. (n.d.-d). *Missão e Valores - Instituição - Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Retrieved November 21, 2022, from https://www.scmp.pt/pt-pt/instituicao/missao-e-valores_5
- Misericórdia do Porto. (n.d.-e). *Saúde - Saúde - Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Retrieved November 22, 2022, from <https://www.scmp.pt/pt-pt/saude/saude-hp>
- Misericórdia do Porto. (2022a). *Plano de Atividades e Orçamento 2023*.
- Misericórdia do Porto. (2022b). *Relatório de Gestão e Contas 2021*.
- Misericórdia do Porto | Centro Hospitalar Conde de Ferreira [MP|CHCF]. (2021). *Relatório de Atividades / 2021*.
- Misericórdia do Porto | Centro Hospitalar Conde de Ferreira [MP|CHCF]. (2023). *App_CHCF_reflexão_2022_projeção_definicao_objetivos_2023*.
- Noori, B. (2015). The critical success factors for successful lean implementation in hospitals. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 15(1), 108–126. <https://doi.org/10.1504/IJPQM.2015.065987>
- Olhager, J., & Johansson, P. (2012). Linking long-term capacity management for manufacturing and service operations. *Journal of Engineering and Technology Management - JET-M*, 29(1), 22–33. <https://doi.org/10.1016/j.jengtecman.2011.09.003>
- Prošić, S., & M.Sc. (2011). KAIZEN MANAGEMENT PHILOSOPHY. *International Symposium Engineering Management And Competitiveness*.
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science and Medicine*, 74(3), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>
- Schonberger, R. J. (2019). The disintegration of lean manufacturing and lean management. *Business Horizons*, 62(3), 359–371. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2019.01.004>

- Simon, R. W., & Canacari, E. G. (2012). A Practical guide to applying lean tools and management principles to health care improvement projects. *AORN Journal*, 95(1), 85–103. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.05.021>
- Sobek, D. K., & Jimmerson, C. (2004). A3 Reports: Tool for Process Improvement. *IIE Annual Conference*.
- Vignesh, V., Suresh, M., & Aramvalarthan, S. (2016). Lean in service industries: A literature review. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 149(1). <https://doi.org/10.1088/1757-899X/149/1/012008>
- Vitikainen, K., Linna, M., & Street, A. (2010). Substituting inpatient for outpatient care: What is the impact on hospital costs and efficiency? *European Journal of Health Economics*, 11(4), 395–404. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0211-0>
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). SAGE Publications, Inc.
- Youn, S., Geismar, H. N., & Pinedo, M. (2022). Planning and scheduling in healthcare for better care coordination: Current understanding, trending topics, and future opportunities. *Production and Operations Management*. <https://doi.org/10.1111/poms.13867>

Anexos

Anexo 1 - Distribuição dos psiquiatras por serviço

Psiquiatra	Distribuição de cada psiquiatra por tipo de serviço
1	<p>Ambulatório:</p> <ul style="list-style-type: none">• CE• CDA (cerca de 26/27 doentes) → O médico realiza reuniões de equipa, avaliações multidisciplinares a novos pacientes, analisa os doentes necessitados e estabelece contactos com diversas famílias. As consultas de psiquiatria demoram cerca de 10 minutos (exemplo, receitar medicação). A sua visita ao CDA depende das necessidades desses doentes e do volume de trabalho do internamento. Normalmente, o psiquiatra atua segundas (reunião de equipa), quartas (visita variável, depende do internamento) e quintas-feiras (entrada de novos utentes).• CTD <p>Internamento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermaria João Paulo II <p>Outras atividades SCMP:</p> <ul style="list-style-type: none">• EP de Santa Cruz do Bispo
2	<p>Ambulatório:</p> <ul style="list-style-type: none">• CE• CTD <p>Internamento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermaria São João <p>Outras atividades CHCF:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comissão de Farmácia• Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção
3	<p>Ambulatório:</p> <ul style="list-style-type: none">• CE <p>Internamento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermaria Santa Teresa D' Avila• 8 doentes em regime aberto – enfermaria Paulo VI <p>Outras atividades SCMP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lares da Santa Casa de Misericórdia do Porto
4	<p>Ambulatório:</p> <ul style="list-style-type: none">• CE• CTD <p>Internamento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermaria João XXIII

Ambulatório:

- CE
- CTD

Internamento:

5

- Enfermaria Paulo VI
- Enfermaria João Paulo II – responsável por cerca de 14 doentes
 - Instituto da Droga e da Toxicodependência – deriva de um protocolo com a ARS Norte, em que estes doentes podem permanecer no CHCF, no máximo, 21 dias. São doentes agudos que requerem um acompanhamento diário por parte do médico. Estão internados na Enfermaria Paulo VI.

Fonte: Entrevistas realizadas a cada profissional

Anexo 2 - Número de consultas e faltas mensais de psicologia por tipologia

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Acumulado
1.^a	5	1	4	4	4	1	4	4	6	12	8	2	55
S	21	15	31	18	26	21	8	20	17	37	36	20	270
Total consultas	26	16	35	22	30	22	12	24	23	49	44	22	235
1.^a	1	1	0	0	3	0	0	0	1	2	3	2	13
S	2	1	0	0	6	0	5	0	3	4	15	6	42
Total faltas	3	2	0	0	9	0	5	0	4	6	18	8	55

Fonte: IA dezembro/2022 & EP-registos CE

Anexo 3 - Média mensal de consultas por psiquiatra e tipologia

Psiquiatra	Tipo de consulta	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total	Média mensal
1	1. ^a	6	6	7	13	5	6	9	10	10	4	13	5	94	8
	S	21	46	52	43	46	25	70	38	50	42	52	62	547	46
2	1. ^a					5	0	2	0	6	12	4	5	34	4
	S					4	6	5	3	9	6	9	8	50	6
4	1. ^a			2	1	5	7	5	14	3	0	6	9	52	5
	S			5	11	12	6	14	18	22	16	24	20	148	15
5	1. ^a	6	2	1	5	6	6	5	1	5	5	8	9	59	5
	S	53	48	52	55	52	47	62	32	63	61	63	45	633	53

Fonte: IA dezembro/2022

Anexo 4 - Média mensal de sessões por psiquiatra e tipologia

Psiquiatra	Tipo de consulta	Nov.	Dez.	Total	Média mensal
1	1. ^a	1	0	1	1
	S	8	7	15	8
2	1. ^a	2	0	2	1
	S	7	10	17	9
4	1. ^a	1	1	2	1
	S	20	11	31	16
5	1. ^a	0	0	0	0
	S	16	4	20	10

Fonte: IA dezembro/2022

Anexo 5 - Rácio de consultas efetuadas por tipologia
(2022)

Psiquiatra	1	2	4	5
% de primeiras consultas	14,7%	40,5%	26,0%	8,5%
% de consultas subsequentes	85,3%	59,5%	74,0%	91,5%

Fonte: IA dezembro/2022

Anexo 6 - Rácio de sessões efetuadas por tipologia (2022)

Psiquiatra	1	2	4	5
% de primeiras sessões	6,3%	10,5%	6,1%	0,00%
% de sessões subsequentes	93,8%	89,5%	93,9%	100,00%

Fonte: IA dezembro/2022

Apêndices

Apêndice 1 - Fontes de informação

Registos – dados que foram exportados da base de dados Glintt.

Registos e documentos

- Registos referentes à CE com o número de consultas efetuadas por cada psiquiatra e com o número de faltas dadas por cada paciente. Dados retirados numa base mensal relativos a 2022. Com estes dados, conseguiu-se analisar as consultas e as faltas, considerando o dia da semana e o bloco horário;
- Registos relativos à CE com o número de consultas efetuadas por cada psicólogo e com o número de faltas dadas por cada paciente. Dados retirados numa base mensal referentes a 2022;
- Registos referentes ao CTD com o número de sessões efetuadas por cada psiquiatra e com o número de faltas dadas por cada paciente. Dados retirados numa base mensal relativos a 2022. Com estes dados, conseguiu-se analisar as sessões e as faltas, considerando o dia da semana e o bloco horário;
- Dados relativos à presença e início de consulta de cada paciente na especialidade de psiquiatria, referentes a 2022;
- Dados referentes à presença e início de sessão de cada paciente, ao nível do CTD, relativos a 2022.

Documentos – documentos que foram extraídos do *site* da SCMP e/ou concedidos pelo CHCF.

- Relatórios de Gestão e Contas da SCMP de 2020 e 2021;
- Planos de atividade da SCMP de 2021, 2022 e 2023;
- Relatórios internos do CHCF referentes à sua atividade e *performance* relativos a 2021, 2022 e 2023;
- Indicadores de atividade do CHCF, numa base mensal, referentes a 2022;
- Planos de produção do CHCF relativos ao ano de 2022 e 2023.

Entrevistas efetuadas a:

Entrevistas

- Psiquiatras;
- Administrador;
- Funcionários da CE e do CTD (2 pessoas).

Psiquiatras:

- 5 entrevistas realizadas, com uma duração média de 30 minutos;
- Tempo dos profissionais no CHCF:

-
- Psiquiatra 1: cerca de 20 anos
 - Psiquiatra 2: 8 meses
 - Psiquiatra 3: cerca de 20 anos
 - Psiquiatra 4: 10 meses
 - Psiquiatra 5: cerca de 20 anos

Administrador:

- 1 entrevista realizada, com uma duração média de 30 minutos;
- Está presente na administração desde 2018.

Funcionários da CE e do CTD:

- 2 entrevistas realizadas, com uma duração média de 30 minutos;
- Tempo médio dos profissionais na CE do CHCF:
 - Funcionário 1 - responsável pela gestão de doentes desde 2019.
 - Funcionário 2 - presente no serviço de CE/CTD desde 2022.

**Observação
direta**

Foi contabilizado, através de um cronómetro, a deslocação dos psiquiatras entre as diversas enfermarias e o espaço da CE e do CTD. Tentou-se manter sempre o ritmo de marcha, de forma a não enviesar a análise.

Fonte: EP

Apêndice 2 - Guião da entrevista: psiquiatras

1. O seu horário de trabalho neste hospital é das 9-17 horas?
2. Qual é o tempo médio de cada CE de psiquiatria?
 - a. As consultas subsequentes têm a duração de mais ou menos 30 minutos e as primeiras consultas duram cerca de 1 hora?
 - b. Quanto tempo necessita para se preparar para uma consulta?
 - c. Quanto tempo de registo necessita por consulta?
3. Segunda-feira de manhã só existem CE a partir das 12 horas.
 - a. Existe alguma razão pela qual isto acontece? Os médicos têm alguma reunião geral que é obrigatoriamente realizada neste período?
 - b. Os médicos realizam outras reuniões noutros dias da semana?
4. Verifiquei que à sexta-feira das 16-17 horas não ocorriam CE.
 - a. Existe algum motivo para que isto aconteça? Nenhum dos médicos está disponível a essa hora?
5. O *software* de gestão a ser utilizado na CE é o Glintt.
 - a. Através desse *software* consegue observar a agenda de cada médico ao nível do internamento e da CE?
 - b. Nesse *software*, é possível aceder ao historial clínico de cada doente?
 - c. É nesse *software* que é feito o registo de cada consulta?
6. Qual é a enfermaria a que está afeto?
7. Qual é o número de doentes que está internado nessa enfermaria?
8. Pode descrever o seu dia no internamento?
 - a. Quais são as atividades que um médico realiza?
 - i. Qual é a periodicidade com que os médicos acompanham/visitam os doentes?

- ii. O acompanhamento é feito todos os dias a todos os doentes ou só visitam os mais necessitados?
 - b. Um médico por enfermaria é suficiente para atender a toda a procura/necessidades de cada doente?
- 9. Quanto ao internamento, a observação dos doentes é efetuada nalgum consultório ou, dependendo do seu estado, pode ser realizada nos quartos dos pacientes?
 - a. Qual é o tempo médio de duração de cada consulta?
 - b. Quanto tempo necessita para se preparar para uma consulta?
 - c. Quanto tempo de registo necessita por consulta?
 - d. Quanto tempo demora a visita a uma enfermaria?
 - i. Numa semana, quantos dias necessita para visitar uma enfermaria? Em 8 horas, quantas horas necessita para visitar uma enfermaria?
 - ii. No internamento, quanto tempo, em média, dedica apenas à psiquiatria? Em 8 horas/uma semana?
 - iii. Quanto tempo, em média, dedica apenas à medicina geral? Em 8 horas/uma semana?
- 10. Atualmente, existe um MMGF e um internista que auxiliam os diversos psiquiatras na realização do seu trabalho.
 - a. Que tipo de atividades são executadas por esses médicos?
 - b. Estes médicos atuam em todas as enfermarias?
- 11. As enfermarias estão organizadas por tipo de patologia?
- 12. Quando os médicos estão em internamento, há horas específicas para os médicos circularem?
 - a. Qual o horário a partir do qual ocorre a visita dos médicos aos diversos doentes?

13. Qual é a sua preferência relativamente à distribuição de horas entre CE e internamento?
14. Qual é a sua opinião relativamente a cada médico ter 2/3 dias dedicados só à CE?
 - a. Acha isso possível tendo em consideração as disponibilidades?
15. O que acha importante dizer-me que eu não lhe perguntei?

Fonte: EP

Apêndice 3 - Guião da entrevista: administrador

Questões referentes à CE:

1. Qual o objetivo operacional e estratégico que o CHCF tem para a CE?
 - a. Qual o nível médio de consultas que pretendem atingir?
 - b. Apesar de nos relatórios de contas a principal fonte de rendimento ser o internamento, o foco estratégico também passa pelo aumento do número de CE?
 - c. Qual a especialidade que deve ter um maior enfoque? Nutrição, psicologia ou psiquiatria?
2. Quantos gabinetes de atendimento já existem na CE?
 - a. O CTD está localizado no mesmo espaço da CE?
3. Qual o custo de uma CE privada de psiquiatria?
4. Relativamente aos médicos, todos os que trabalham neste Centro Hospitalar também exercem a sua profissão noutra unidade de saúde concorrente?
5. Os médicos são responsáveis não só pela CE, mas também pela análise e acompanhamento dos doentes no internamento?
6. É possível aceder ao número de consultas que cada médico efetua?
 - a. Quantas horas semanais cada médico trabalha?
 - i. Existe alguma distribuição pré-definida do número de horas que deviam estar alocadas para o internamento e para a CE?
 1. Como se faz essa distribuição de horas?
7. Existe por parte dos médicos algum objetivo para a CE? Por exemplo, a realização de y consultas num determinado mês?
 - a. A remuneração dos médicos é variável consoante o número de CE que realiza?
 - b. O médico fica com uma percentagem do valor da consulta – ganho à comissão?

Questões referentes ao CTD:

1. O CTD já teve algum doente?
2. Que médico será responsável pela utilização da nova máquina e pelo tratamento dos doentes? Um dos já existentes ou é preciso contratar um médico no exterior com as competências adequadas?

Fonte: EP

Apêndice 4 - Guião da entrevista: funcionários da CE/CTD

1. Quais são os dias da semana em que existe uma maior procura de consultas de psiquiatria?
 - a. Segunda-feira é o dia com mais agendamentos?
 - b. Um doente consegue, normalmente, ter vaga para o próprio dia?
 - c. Tem noção do tempo de espera (número de dias) de um paciente para marcar uma CE?
2. Recebem um maior número de marcações via telefone ou portal da saúde?
3. Quanto ao portal, como funciona a marcação?
 - a. O paciente ao fazer o agendamento coloca as suas preferências e o registo é feito automaticamente no sistema quando há vaga ou o registo é efetuado pela equipa e é feito manualmente?
4. Que tipo de consultas têm com maior frequência? Consultas subsequentes ou primeiras consultas?
 - a. Existe alguma prioridade na marcação das primeiras consultas, através de um reagendamento de consultas subsequentes?
5. Qual é o tempo de marcação entre cada consulta, 30 min?
 - a. No sistema, existe alguma distinção da marcação entre primeiras consultas e subsequentes?
6. Quais são os médicos mais procurados ao nível da psiquiatria?
7. Que tipo de população costuma procurar este tipo de serviço?
 - a. Pessoas mais idosas ou pessoas em idade ativa?
8. Quando fazem a marcação, esta aparece logo registada no sistema.
 - a. Os médicos conseguem aceder à sua agenda através do Glintt?
9. Quando um paciente chega, é feito o registo da sua hora de chegada?

- a. O médico consegue ver, pelo sistema, que o pacientes já chegou ou é a equipa de atendimento que faz essa comunicação?
10. Quais as ações que realiza na CE?
11. Qual o processo de agendamento de uma consulta?
- a. Quanto tempo demora, em média, uma chamada telefónica?
 - b. Quanto tempo demora, em média, a realização do “*check-in*” do paciente?
 - c. Quanto tempo demora, em média, a realização do pagamento por parte do paciente?

Fonte: EP

Apêndice 5 - Número médio semanal de horas libertas

Psiquiatra	Atualmente		Pressuposto de redução de 5 horas semanais de internamento		Pressuposto de redução de 10 horas semanais de internamento		Média de horas otimizadas por dia em internamento, considerando os dois pressupostos	Número médio de horas libertas por dia	Número médio de horas libertas por semana
	Número de horas semanais no internamento	Número médio de horas por dia no internamento	Número de horas semanais otimizadas no internamento	Número médio de horas otimizadas por dia no internamento	Número de horas semanais otimizadas no internamento	Número médio de horas otimizadas por dia no internamento			
1	11	2,2	11	2,2	11	2,2	2,2	0	0
2	23	4,6	18	3,6	13	2,6	3,1	1,5	7,5
4	22	4,4	17	3,4	12	2,4	2,9	1,5	7,5
5	24	4,8	19	3,8	14	2,8	3,3	1,5	7,5

Para não segmentar o tempo em períodos de meia-hora, optou-se por considerar que seriam libertas 7 horas semanais para os 3 psiquiatras.

Fonte: EP

Apêndice 6 - Número teórico de consultas por semana, mês e ano

Psiquiatra	Número de horas por semana			Número teórico de consultas por semana		Número teórico de consultas		
	CE	1. ^a	S	1. ^a	S	Semana	Mês	Ano
				Duração: 67 minutos	Duração: 37 minutos		4 semanas	10 meses
1	15	2,2	12,8	2,0	20,8	22,7	90,9	909,1
2	14	5,7	8,3	5,1	13,5	18,6	74,4	743,5
4	14	3,6	10,4	3,3	16,8	20,1	80,2	802,4
5	16	1,4	14,6	1,2	23,7	25,0	99,8	998,2

Fonte: EP

Apêndice 7 - Número teórico de sessões por semana, mês e ano

Psiquiatra	Número de horas por semana			Número teórico de sessões por semana		Número teórico de sessões		
	CTD	1. ^a	S	1. ^a	S	Semana	Mês	Ano
				Duração: 67 minutos	Duração: 37 minutos		4 semanas	10 meses
1	2	0,1	1,9	0,1	3,0	3,2	12,6	126,1
2	5	0,5	4,5	0,5*	7,3	7,7	30,9	309,0
4	6	0,4	5,6	0,3	9,1	9,5	37,9	378,6
5	2	0,0	2,0	0,0	3,2	3,2	13,0	129,7

*Pelo anexo 6, nota-se que o psiquiatra com uma maior percentagem de primeiras sessões realizados é o profissional 2. Assim sendo, este psiquiatra é o que possuiu um maior número de horas teóricas de primeiras sessões. Como um tratamento completo requer sempre uma primeira sessão, assumiu-se que seria sempre esse psiquiatra a realizar as primeiras sessões de tratamento. Desta forma, considerou-se que o número real de primeiras sessões por semana seria 1 e, para contrabalançar, o número real de sessões subsequentes seria 6 (apêndice 9). Note-se que se decidiu considerar este pressuposto, visto que, para já, foram atendidos 5 pacientes. Como foram realizados poucos tratamentos, não se consegue obter uma amostra significativa, de modo a perceber a tendência de distribuição de primeiras sessões pelos restantes psiquiatras.

Fonte: EP

Apêndice 8 - Objetivos CE por psiquiatra

Psiquiatra	Número real de consultas, considerando a utilização total do número de horas afetas						Total
	Semana		Mês		Ano		
	1. ^a	S	1. ^a	S	1. ^a	S	
1	2	20	8	80	80	800	880
2	5	13	20	52	200	520	720
4	3	16	12	64	120	640	760
5	1	23	4	92	40	920	960

Fonte: EP

Apêndice 9 - Objetivos CTD por psiquiatra

Psiquiatra	Número real de sessões, considerando a utilização total do número de horas afetas						Total
	Semana		Mês		Ano		
	1. ^a	S	1. ^a	S	1. ^a	S	
1	0	3	0	12	0	120	120
2	1	6	4	24	40	240	280
4	0	9	0	36	0	360	360
5	0	3	0	12	0	120	120

Fonte: EP

Apêndice 10 - Estimativa do número de consultas (2023)

Psiquiatra	Número de horas atuais na CE por semana	Total de consultas efetuadas em 2022	Número de consultas estimadas em 10 meses de trabalho	Número de horas propostas na CE	Número de consultas estimadas em 10 meses	Número de consultas estimadas considerando um possível crescimento de 13% ((2881-2548) /2548)	Total de consultas estimadas, considerando o objetivo proposto no PP
1	11	641	-	15	874	114	988
2	9	84 (8 meses de trabalho)	105*	14	163	21	185
4	10	200 (10 meses de trabalho)	-	14	280	37	317
5	9	692	-	16	1230	161	1391
*Como o psiquiatra 2 só iniciou a sua atividade, em abril, estimou-se o número de consultas em 10 meses de trabalho					2548		2881

Fonte: EP

Apêndice 11 - Estimativa do número de sessões (2023)

Psiquiatra	Número de horas atuais no CTD por semana	Número de sessões efetuadas em 2 meses de trabalho	Número de sessões estimadas em 10 meses	Número de horas propostas no CTD	Número de sessões estimadas em 10 meses	Número de sessões estimadas considerando um possível crescimento de 65% ((832-506) /506)	Total de sessões estimadas para 2023, considerando o objetivo proposto no PP
1	2	16	80	2	80	52	132
2	3	19	63	5	106	68	174
4	3	33	110	6	220	142	362
5	2	20	100	2	100	65	165
					506		832

Fonte: EP