



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

IMPLEMENTAÇÃO DE METODOLOGIAS LEAN NUMA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Filipe Candeias Correia da Gama

Mestrado em Gestão de Empresas

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento

Professora Auxiliar

Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2023



IMPLEMENTAÇÃO DE METODOLOGIAS LEAN NUMA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Filipe Candeias Correia da Gama

Mestrado em Gestão de Empresas

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento,
Professora Auxiliar,
Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2023

Agradecimentos

É com imensa satisfação que expresso meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que me ajudaram na concretização deste trabalho, com destaque para a equipa da Urgência Pediátrica do HFF, com a qual trabalho há mais de 14 anos.

Gostaria de estender um especial agradecimento (e um abracinho) à Professora Doutora Generosa do Nascimento, cuja orientação e sabedoria foram essenciais para a realização deste trabalho.

À minha família, em especial aos meus pais, manifesto profunda gratidão pelo apoio incondicional que me foi dado ao longo de toda a minha jornada académica e pessoal.

Por fim, reservo um lugar de honra no meu coração para a minha esposa, Ana Filipa Almeida Gama, cujo apoio incansável foi a âncora que sustentou cada passo desta jornada.

Cada um de vocês contribuiu de forma inestimável, e por isso, os meus agradecimentos vão além das palavras aqui expressas.

Resumo

O *Lean* é uma metodologia orientada para a melhoria de processos que se foca na eficiência e eliminação de desperdício, resultando num aumento do valor entregue ao utente e retorno para a organização. No entanto, a sua aplicação em Urgências Pediátricas é ainda escassa e pouco estudada. Este estudo de caso procurou analisar e melhorar os processos de uma Urgência Pediátrica de um hospital público português. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas a elementos-chave da unidade e aplicados questionários utentes e a profissionais, complementados por uma análise documental. Esta análise abrangente permitiu a identificação de áreas críticas para melhoria, tais como o tempo de espera, a experiência do utente e a satisfação dos profissionais. Com base nestes resultados sugerimos um projeto de implementação, que permitirá à unidade a melhorar o seu desempenho, através da aplicação de ferramentas de *Lean*.

Este trabalho permite aumentar o conhecimento no campo da gestão da saúde, servindo como um modelo para outras unidades. Além disso, sugere áreas adicionais de pesquisa, como a avaliação da maturidade de unidades para implementar o *Lean* e a necessidade de um acompanhamento a longo prazo para avaliar a sustentabilidade das medidas implementadas.

Para concluir, os objetivos aos quais nos propusemos foram atingidos com sucesso.

Palavras-chave: Lean management; Urgência Pediátrica, Eficiência; Valor.

Sistema de Classificação JEL: I19 – Health Other; M10 - Business Administration General.

Abstract

Lean is a process improvement methodology that focuses on efficiency and eliminating waste, resulting in an increase in the value delivered to the user and a return for the organization. However, its application in pediatric emergency departments is still scarce and understudied. This case study sought to analyze and improve the processes of a Pediatric Emergency Department in a Portuguese public hospital. Semi-structured interviews were conducted with key members of the unit and questionnaires were administered to users and professionals, complemented by a document analysis. This comprehensive analysis made it possible to identify critical areas for improvement, such as waiting times, user experience and professional satisfaction. Based on these results, we suggest an implementation project that will enable the unit to improve its performance by applying Lean tools. This work increases knowledge in the field of healthcare management and serves as a model for other units. It also suggests additional areas for research, such as assessing the maturity of units to implement Lean and the need for long-term monitoring to assess the sustainability of the measures implemented. In conclusion, the objectives we set ourselves were successfully achieved.

Keywords: Lean management; Pediatric Emergency Department, Efficiency; Value.

JEL Classification System: I19 – Health Other; M10 - Business Administration General.

Índice

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XI
ABREVIATURAS E SIGLAS	XI
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 - REVISÃO DA LITERATURA	4
1. FILOSOFIA <i>LEAN</i>	4
1.2 <i>Lean nos Cuidados de Saúde (Lean Healthcare)</i>	6
1.2.1 A implementação de <i>Lean</i> nas organizações de saúde.....	7
1.2.2 Implementação de <i>Lean</i> em serviços saúde públicos.....	8
1.2.2.1 Contexto público de saúde e <i>Lean</i>	9
1.2.2.2 Cliente vs utente e valor nos serviços saúde públicos.....	9
1.3 Ferramentas.....	10
1.4 Barreiras e elementos facilitadores da implementação de <i>Lean</i> na saúde	12
1.5 Implementação de <i>Lean</i> em serviços de urgência	16
1.5.1 Urgências Pediátricas	16
1.5.1.1 Legislação das Urgências Pediátricas em Portugal	17
1.5.1.2 Sistema de Triagem de Manchester	18
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA	19
2.1. MÉTODO	19
2.2. POPULAÇÃO EM ESTUDO E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM	19
2.3. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS	20
2.3.1. <i>Entrevistas semiestruturadas</i>	20
2.3.2 <i>Questionários aos profissionais</i>	21
2.3.2.1. Questionário das Organizações altamente fiáveis (<i>High Reliability Organizations - HRO</i>)	21
2.3.2.2 Questionário da Intereração Líder-Membro (<i>Leader-Member Exchange – LMX</i>).....	22
2.3.2.3. Questionário <i>Job Diagnostic Survey (JDS)</i>	22
2.3.3. Questionários aos utentes.....	23
2.3.4. Análise documental	24
2.4. <i>Técnicas de Tratamento de dados</i>	25
CAPÍTULO 3 - DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO	26
3.1. CARACTERIZAÇÃO HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA	26
3.1.1 <i>Análise interna</i>	26
3.1.2 Análise da envolvente.....	28
3.2 Caraterização da Urgência Pediátrica	30
3.1.1.1 Caracterização da equipa de profissionais	31
3.1.1.2. Instalações	32
3.1.1.3 Circuito de atendimento.....	33
3.1.1.4 Funcionamento diário da UP	35
3.1.1 ANÁLISE DA UP	36
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS OBTIDOS	38
4.1 ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS.....	38
4.2 QUESTIONÁRIOS AOS PROFISSIONAIS	43

4.2.1 Questionário das Organizações altamente fiáveis (<i>High Reliability Organizations – HRO</i>)	43
4.2.2 Questionário da Interação Líder-Membro (<i>Leader-Member Exchange – LMX</i>).....	44
4.2.3 Questionário Job Diagnostic Survey (<i>JDS</i>).....	45
4.2 QUESTIONÁRIOS AOS UTENTES	46
CAPÍTULO 5 - ANÁLISE CRÍTICA.....	48
CAPÍTULO 6 - PROJETO DE INTERVENÇÃO	50
6 .1 MAPA DE PROCESSOS	51
6.2 <i>HUDDLES</i>	52
6.3. REUNIÕES MENSais.....	53
6.4. SALA DE ESPERA	53
6.5. PROTOCOLOS PARA SITUAÇÕES RECORRENTES	54
6.6. QUESTIONÁRIOS.....	55
6.6.1. <i>Experiência dos utentes</i>	55
6.6.2. <i>Satisfação dos profissionais</i>	55
CAPÍTULO 7 - CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	69
ANEXO 1 - GUIÃO ENTREVISTA URGÊNCIA PEDIÁTRICA	70
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO LMX	73
ANEXO 3 - TABELAS DE RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS LMX.....	76
ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO OAF	77
ANEXO 5 – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS OAF	80
ANEXO 6 - QUESTIONÁRIO <i>JOB DIAGNOSTIC SUERVEY (JDS)</i>	81
ANEXO 7 – RESULTADOS TABELAS JDS	87
ANEXO 8 - QUESTIONÁRIOS EXPERIÊNCIA DO UTENTE NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA (CIRANÇAS).....	88
ANEXO 9 - QUESTIONÁRIO EXPERIÊNCIA DO UTENTE NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA (PAIS/ACOMPANHANTES).....	99
ANEXO 10 – RESULTADOS GLOBAIS DOS QUESTIONÁRIOS DA EXPERIÊNCIA DOS UTENTES	111

Índice de figuras

Figura 3.1 - Organograma HFF (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2023)	27
Figura 3.2 - Caracterização CSP Sintra (Serviço Nacional de Saúde, 2023).....	28
Figura 3.3 - Caracterização CSP Amadora (Serviço Nacional de Saúde, 2023)	29
Figura 3.4 - Planta da Urgência Pediátrica.....	33
Figura 3.5 – Análise SWOT da UP	37
Figura 4.1 – Gráfico OAF resultados totais	43
Figura 4.2 - Gráficos LMX	44
Figura 6.1 - Mapa de Processos com pontos a melhorar.....	51
Figura 6.2 - Sala de espera com brinquedos interativos.	51
Figura 6.3 - Exemplo de um huddle board	52

Índice de tabelas

Tabela 1.1- Barreiras à implementação de Lean nos cuidados de saúde	12
Tabela 3.1- Atendimentos na Urgência Pediátrica.....	30
Tabela 4.1 - Primeira dimensão agregada e os seus conceitos.....	39
Tabela 4.2 - Segunda dimensão agregada e os seus conceitos.....	40
Tabela 4.3 - Terceira dimensão agregada e os seus conceitos	40
Tabela 4.4 - Quarta dimensão agregada e os seus conceitos.....	41
Tabela 4.5 - Quinta dimensão agregada e os seus conceitos.....	41
Tabela 4.6 – JDS Médicos.....	45
Tabela 4.7 – JDS Enfremagem.....	45
Tabela 4.8 – JDS AO.....	46
Tabela 6.1 - Cronograma de intervenção	50

Abreviaturas e siglas

ACE – Árvores de Causa Efeito

ACES – Agrupamento de Centros Saúde

ADR – Área de Doente Respiratório

AO – Assistente Operacional

BO – Bloco Operatório

CSP – Cuidados de Saúde Primários

- EFUP – Equipa Fixa da Urgência Pediátrica
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- FMEA – *Failure Mode and Effect Analysis*
- HER+ – *Health Event and Risk Management*
- HRO – *High Reliability Organizations*
- IPM – Índice Potencial Motivador
- ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*
- JDS – *Job Diagnostic Survey*
- LMX – *Leader-member exchange*
- LMX-MDM – *Leader-member exchange - multidimensional measure*
- LMSX – *Leader-member social exchange*
- MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
- MCV – Mapeamento da Cadeia de Valor
- OAF – Organização altamente fiável
- PDCA – *Plan, Do, Check, Act*
- PREM – *Patient Reported Experience Measure*
- QR – *Quick Response*
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- STM – Sistema de Triagem de Manchester
- SU – Serviço de Urgência
- SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica
- SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
- SWOT – *Strengths Weaknesses Opportunities and Threats*
- TPS – *Toyota Production System*
- UCEIP – Unidade de Cuidados Especiais e Intensivos Pediátricos
- UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração
- UG – Urgência Geral
- UP – Urgência Pediátrica
- VSM – *Value Stream Mapping*
- WRMP – Workshop Rápido de Melhoria de Processos

Introdução

Ao longo das últimas décadas, os cuidados de saúde têm assumido uma posição prioritária na agenda da política internacional, emergindo como um indicador determinante do bem-estar social e destacando a relevância de aprimorar a eficiência operacional para se manter na vanguarda da oferta de serviços públicos (Antony *et al.*, 2019).

Com a premência de aumentar a competitividade, vários Estados empenham uma grande quantidade de recursos e investimentos para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, profundamente prejudicados pelos recentes fenómenos de crise internacional e emergência pandémica. De facto, as mudanças sociodemográficas e as questões económicas conduziram, a nível mundial, a um problema de sustentabilidade. Os Serviços Nacionais de Saúde estão empenhados em manter um orçamento equilibrado, apesar de um número crescente de pessoas que necessitam de cuidados devido ao aumento da esperança de vida, da consciência dos cidadãos sobre as suas condições de saúde, da exigência por tratamentos mais sofisticados, de cuidados centrados na pessoa, da incorporação de avanços tecnológicos e devido ao uso excessivo e inadequado de tecnologias de saúde (Reponen *et al.*, 2021). Estes aspectos aumentam os custos em saúde, apesar de fortes reduções nos recursos e no orçamento (Isfahani *et al.*, 2019). Portanto, prestar uma assistência de alta qualidade aos utentes enquanto os custos aumentam representa um dos maiores desafios para os Sistemas Nacionais de Saúde (OECD/European Union, 2022). A integração destas complexas preocupações criou uma crise do sector da saúde a nível internacional, tornando essencial concentrarmo-nos nesta área.

Em particular, os Serviços de Urgência (SU) representam uma das áreas mais críticas, afligidos por ineficiências de desempenho e utentes insatisfeitos. O aumento da procura destes serviços tem agravado o problema da afluência excessiva, ultrapassando a sua capacidade de funcionamento e comprometendo a qualidade dos cuidados de saúde (Darraj *et al.*, 2023).

Este é um dos maiores constrangimentos das urgências, sentido à escala mundial, e que, a par de diversos outros fatores, coloca os SU entre os serviços com maior propensão à ineficiência dentro de um hospital. Barros e Moura referem que: “A sobre utilização dos serviços de urgência hospitalar causa desperdícios de recursos e gera custos evitáveis para o Serviço Nacional de Saúde” (Moura & Barros, 2018, p 731).

Neste contexto de inevitável exigência ao nível da gestão de serviços de saúde, as unidades hospitalares e, em particular, os SU deparam-se com decisões críticas de forma a manter a sua sustentabilidade financeira e operacional. Os sistemas de saúde, e os *stakeholders* envolvidos, devem ter como prioridade a redução de desperdícios e a prestação de cuidados de saúde de

valor aumentado (Sorenson *et al.*, 2020). Entre os métodos utilizados, o *Lean Management* representa uma abordagem em grande expansão, adoptada em particular nos SU, cirurgia e laboratório (D'Andreamatteo *et al.*, 2015). O SU tem sido considerado a rede de segurança do sistema de saúde, mas o crescente problema de sobrelotação tem pressionado esta rede de segurança até ao "ponto de ruptura", afectando a qualidade e o acesso aos cuidados (Hoot & Aronsky, 2008). Considerando o papel único dos SU e o seu impacto no desempenho hospitalar, este trabalho foca-se na adopção de metodologias *Lean* numa Urgência de Pediatria.

De forma a mitigar as dificuldades sentidas em tantos Serviços de Urgência Pediátrica (SUP) vários autores remetem-nos para a utilização de metodologias de melhoria continua, mais especificamente o *Lean Healthcare* (Mazzocato *et al.*, 2012, D'Andreamatteo *et al.*, 2015, Costa & Filho, 2016, Tlapa *et al.*, 2020).

O projeto de intervenção proposto tem como objetivo geral analisar os processos e aumentar a eficácia da UP utilizando abordagem *Lean Thinking*. Para isso, iremos desenvolver estratégias para reduzir o desperdício e criar valor para os utentes, profissionais e organização. Será, portanto, necessário analisar as áreas chave do funcionamento da UP, com vista a melhorar continuamente a qualidade e segurança do atendimento prestado aos utentes.

Como objetivos específicos propõem-se: 1) Realizar um diagnóstico da situação atual da UP; 2) Efetuar um levantamento de indicadores de eficácia e eficiência; 3) Propor um plano de ação de forma a dotar os profissionais com competências de metodologias *Lean*.

Para isso, serão realizadas análises dos processos, fluxos e atividades realizadas na UP, de forma a identificar os pontos críticos e oportunidades de melhoria. Sabendo que, são os trabalhadores da “linha da frente” que têm um maior conhecimento do processo instituído e, portanto, mais capazes de encontrar formas de o melhorar (Dickson *et al.*, 2009), a implementação destas metodologias *Lean* tem forçosamente de incluir uma equipa multidisciplinar da UP. Portanto, serão também realizadas entrevistas e questionários aos profissionais de saúde, de forma a recolher feedback e sugestões de melhoria. Serão também utilizados questionários de avaliação da experiência dos utentes que recorrem à UP.

Este trabalho é constituído por seis capítulos. O primeiro capítulo refere-se à revisão de literatura. Iremos debruçar-nos sobre a filosofia *Lean*, a sua utilidade, como se destaca de outras metodologias de melhoria contínua, a sua transposição para o sector da saúde, descrevendo as ferramentas que propõe, as barreiras e facilitadores que influenciam a sua implementação nos cuidados de saúde públicos e mais especificamente em urgências de pediatria. Assim, como já foi mencionado, a revisão de literatura é a base deste trabalho. De seguida é apresentada da metodologia adotada para este trabalho, descrevendo as técnicas de recolha e tratamento de

dados. Subsequentemente faremos um diagnóstico situacional da unidade em estudo, incluindo a sua envolvente externa. Adiante apresentaremos os resultados dos dados obtidos e faremos uma análise crítica dos mesmos.

O sexto capítulo será referente ao projeto de intervenção proposto que tem em consideração a revisão da literatura, realizada e o diagnóstico efetuado. De acordo com os princípios da metodologia apresentada, e considerando a necessidade de melhoria contínua, este será apenas uma proposta inicial e deverá ser adaptado durante sua implementação, conforme o aparecimento de dificuldades.

Finalmente temos a conclusão que, tendo por base o estudo realizado e aprendizagem desenvolvidos, apresentamos se os objetivos propostos foram atingidos, quais são as limitações deste trabalho e realizamos propostas para futuros estudos nesta área.

Este trabalho foi realizado numa instituição de saúde do distrito de Lisboa, mais especificamente a uma Urgência Pediátrica.

Capítulo 1 - Revisão da literatura

1. Filosofia *Lean*

Originárias do Sistema de Produção da Toyota (TPS), as metodologias *Lean* têm desafiado as práticas tradicionais de produção em massa e levaram os gestores de operações a pensar para além de dimensões como o custo e a qualidade (Holweg, 2006).

Segundo Daultani *et al.* (2015) o termo “*Lean Manufacturing*” foi descrito pela primeira vez em 1990 por Womack, Jones & Ross, que delinearam a “Filosofia *Lean*” de forma que esta incluísse toda a organização sob um único “guarda-chuva”.

Esta “Filosofia” pode ser definida como um conjunto de ideias base que são constituídas pelos “princípios *Lean*”. Estes referem-se a uma reunião de valores abrangentes que procuram transformar a cultura do local de trabalho (Rotter *et al.*, 2019).

Womack e Jones (2003) sugeriram os seguintes cinco princípios fundamentais para implementar o pensamento *Lean* com sucesso: 1) Identificar o valor desejado pelo cliente; 2) Identificar o fluxo de valor para cada produto ou serviço, providenciar esse valor e contestar todos os passos que geram desperdício; 3) Garantir o produto ou serviço “flua” continuamente. Implementar a padronização de processos baseados em boas práticas, permitindo que estes decorram suavemente, libertando tempo para criatividade e inovação; 4) O produto deve ser “puxado” através dos passos onde o fluxo contínuo não é possível; 5) Buscar a excelência na gestão, com o objetivo de eliminar todas as atividades não geradoras de valor da cadeia de valor, de forma que o número de passos, a quantidade de tempo e de informação necessários para servir o cliente seja reduzida continuamente.

Estes princípios têm por base a assunção que as organizações são compostas por processos. Através do envolvimento destes cinco princípios de uma forma gradual e sequencial, as organizações podem trabalhar de forma a reduzir o desperdício, acrescentar valor e melhorar continuamente (*kaizen*) num processo permanentemente repetido (Radnor *et al.*, 2012). Procuram, assim, nortear as operações da organização e, de forma geral, a otimização de recursos, tendo como objetivo produzir mais com menos, adotando técnicas *Lean* (Santos *et al.*, 2022).

Podemos definir melhoria contínua, de forma geral, como uma cultura sustentada de melhoria, tendo como alvo a eliminação do desperdício em todos os processos e sistemas de uma organização. Qualquer atividade, etapa de um processo ou funcionalidade de produto que não acrescenta valor é considerada desperdício (Daultani *et al.*, 2015). Assim, a organização

procura que todos os trabalhadores trabalhem em conjunto de forma a fazer melhorias, sem ser necessário um grande investimento de capital (Bhuiyan & Baghel, 2005).

A melhoria contínua reconhece que o *Lean* não ocorre como uma intervenção isolada, necessitando, portanto, de esforços e intervenções contínuas destinadas a melhorar o local de trabalho (Rotter *et al.*, 2019), através da eliminação de desperdício (*muda*) e da maximização do valor para os clientes (Womack & Jones, 2003). Isto pode ser atingido de duas formas: oferecer mais funcionalidades de valor acrescentado ao mesmo custo para o cliente; e/ou reduzindo funcionalidades que não acrescentam valor e, portanto, o custo para o cliente (Robinson *et al.*, 2012; Daultani *et al.*, 2015).

A melhoria contínua tem a sua base num princípio introduzido por Shewhart e refinado pelo pioneiro da melhoria da qualidade Edwards Deming (Toussaint & Berry, 2013).

Os ciclos de melhoria contínua da qualidade relacionam-se intrinsecamente com os processos de aprendizagem. Um processo de melhoria contínua da qualidade e da segurança começa pela identificação dos problemas, estabelecendo standards e prioridades, implicando uma posterior avaliação do que acontece no terreno, das suas causas e dos potenciais riscos e consequências deste problema. Posteriormente, com a análise da informação de retorno, repensam-se soluções e introduzem-se mudanças. Da identificação, passa-se à medição e à ação, voltando a identificar novos problemas (Fragata & Matins, 2004).

Em qualquer escala, a melhoria é atingida através do uso de várias atividades, técnicas e ferramentas dedicadas a encontrar fontes de problemas, desperdício e variação e a encontrar formas de os minimizar (Bhuiyan & Baghel, 2005).

Segundo Radnor *et al.* (2012) e Rotter *et al.* (2019) as atividades *Lean* são um conjunto de práticas de gestão, ferramentas ou técnicas que podem ser diretamente observadas e são prescritas de forma a melhorar o local de trabalho.

Existem três tipos de atividades *Lean*: 1) Atividades de avaliação: funcionam como ferramentas analíticas para identificar o desperdício em áreas de possível melhoria. Estas atividades permitem aos membros da equipa ver os problemas e identificar oportunidades para reduzir o desperdício e realizar melhorias, mas não prescrevem soluções específicas. Estas atividades incluem Mapeamento da Cadeia de Valor (MCV), fluxogramas, Workshop Rápido de Melhoria de Processos (WRMP), *Gembawalks* e Árvores de Causa Efeito (ACE). 2) Atividades de melhoria: sugerem formas específicas de reduzir o desperdício, melhorar o local de trabalho e instituir novas práticas de trabalho. Estas incluem ações e conceitos tais como: eventos 5S, produção nivelada e trabalho padronizado. Atividades de monitorização: que

procuram controlar e medir os processos e qualquer melhoria efetuada, que incluem ferramentas de mapeamento visual, dados de performance e cartas de controlo.

Devido à evolução desta filosofia, várias ferramentas e técnicas *Lean* têm sido desenvolvidas. Existem mais de 100 ferramentas, cada uma tendo um foco específico (Daultani *et al.*, 2015). Tendo em conta a quantidade de ferramentas *Lean*, é essencial identificar o contexto de aplicação antes de implementar qualquer tipo de atividade, de forma a seletcionar as que melhor se adequam à organização (Radnor *et al.*, 2012).

Ao longo do tempo, tornou-se imperativo dentro das organizações a necessidade de melhoria contínua em grande escala. Daí, surgiram várias metodologias de melhoria contínua, focadas no conceito básico de melhoria de qualidade e processos. As mais conhecidas são: “*Lean manufacturing*”, “*Six Sigma*”, o “*Balanced Scorecard*” e o “*Lean Six Sigma*” (Bhuiyan & Baghel, 2005). Existe evidência que uma utilização combinada de iniciativas de melhoria de contínua, contribui para um aumento da performance das unidades de saúde (Daultani *et al.*, 2015).

Em suma, o *Lean* procura reconfigurar processos organizacionais de forma a reduzir desperdício e melhorar a produtividade, baseando-se na aplicação de ferramentas e técnicas analíticas especializadas aliadas à criação de uma cultura de melhoria contínua (Womack & Jones, 2003).

Para propósito deste projeto, iremos-nos focar, nas metodologias de “*Lean manufacturing*” aplicadas na área da saúde, ou seja, o *Lean Healthcare*.

1.2 Lean nos Cuidados de Saúde (*Lean Healthcare*)

Apesar das metodologias *Lean* terem sido desenvolvidas inicialmente para a manufatura, as organizações prestadoras de serviços começaram a pensar através de uma perspetiva *Lean*, pressionadas, cada vez mais, para melhorar a eficiência e efetividade dos seus serviços. (Daultani *et al.*, 2015).

O objetivo subjacente de *Lean* nos cuidados de saúde é melhorar o valor para os utentes. Ao fazê-lo deve também beneficiar outros *stakeholders* da área da saúde. Menos erros de medicação, menos infecções nosocomiais, menos tempo de enfermagem longe da cabeceira, tempo de rotatividade mais rápido no bloco operatório, melhor comunicação entre a equipa de cuidados e tempo de resposta mais rápido para casos emergentes não só beneficiam os utentes, mas também médicos, enfermeiros, organizações de cuidados de saúde, financiadores e a comunidade (Daultani *et al.*, 2015). Portanto, podemos afirmar que estas metodologias são diretamente aplicáveis aos cuidados de saúde (Simon & Canacari, 2012).

O *Lean* nos cuidados de saúde tem sido cada vez mais adotado desde 2000 (Radnor *et al.*, 2012), e a evidência mostra o seu potencial na melhoria do desempenho dos cuidados de saúde relativamente à produtividade, flexibilidade, reatividade, eficiência, capacidade de processo, custos e resultados financeiros, com efeitos positivos na qualidade dos cuidados, satisfação, segurança de utentes e profissionais (Abdallah & Alkhaldi, 2019; Crema & Verbano, 2017; D'Andreamatteo *et al.*, 2015; Leite *et al.*, 2022; Parkhi, 2019; Tiso *et al.*, 2021; Tlapa *et al.*, 2020). No global, os resultados demonstraram uma redução do desperdício em diferentes categorias, uma das características principais da filosofia *Lean*.

As adaptações mais conhecidas da filosofia *Lean* incluem o *National Health System* no Reino Unido e o *Veterans Health Administration System* nos Estados Unidos da América. As instâncias de sucesso ao nível do sistema mais citadas nos Estados Unidos da América são o *Virginia Mason Health System* e o *ThedaCare*. Ao nível de unidades funcionais de organizações de saúde, existe evidência de casos de sucesso em clínicas de ambulatório e urgência e em departamentos de radiologia e laboratório (Cohen, 2018).

Apesar dos bons resultados da implementação das metodologias *Lean* nos cuidados de saúde, estas não podem ser vistas como uma ferramenta universal, estas metodologias têm de ser adaptadas ao contexto de prestação dos cuidados de saúde, desafios específicos podem surgir em diferentes serviços de saúde (Daultani *et al.*, 2015; Radnor, *et.al.*, 2012).

1.2.1 A implementação de *Lean* nas organizações de saúde

A implementação de *Lean* nos cuidados de saúde deve ter em consideração as diferenças intrínsecas entre as indústrias de manufatura e dos cuidados de saúde, pois, na saúde o valor é fornecido aos utentes através de um serviço. Este aspeto influencia a satisfação dos utentes e é mutuamente influenciado pelos comportamentos dos profissionais da organização de saúde. Consequentemente, os processos revelam-se parcialmente imprevisíveis, dependendo da percepção da realidade pessoal, da abordagem de tomada de decisão e da relação estabelecida com o ambiente, afetando constantemente os resultados alcançados. Adicionalmente, a complexidade dos sistemas de saúde constitui uma dificuldade acrescida na demonstração evidência de melhorias bem-sucedidas, devido a normas culturais e costumes organizacionais profundamente enraizados (Tiso *et al.*, 2021).

Segundo Radnor *et.al.* (2012), o contexto em que é implementado é outro fator que influencia o *Lean*, sendo que Marsilio e Pisarra (2021) analisam mais profundamente este tema referindo que tanto os contextos intra-organizacionais como externos (ou seja, compradores,

concorrência, pagamento, formação e apoio *Lean*) podem moldar a implementação e os resultados *Lean* nos cuidados de saúde.

A literatura sugere, ainda, que existe uma grande variabilidade na implementação do *Lean* com diferenças no âmbito e abordagens. Especificamente, a maioria das organizações de saúde tendem em aplicar o *Lean* em pequenos projetos isolados, em vez de adotarem uma abordagem sistémica ou organizacional (Marsilio & Pisarra, 2021; Radnor *et al.*, 2012). Além disto, o conhecimento geral sobre a implementação do *Lean* nos hospitais é escasso e não está sintetizado, o que dificulta o reconhecimento das ferramentas e dos métodos de aplicação mais adequados (Régis *et al.*, 2019).

1.2.2 Implementação de *Lean* em serviços saúde públicos

O *Lean* em cuidados de saúde tem sido implementado internacionalmente, e a evidência mostra resultados significativos com o crescimento exponencial de aplicação de *Lean* nos cuidados de saúde e melhoria a vários níveis (Leite *et al.*, 2022).

Apesar de haver diferenças conjunturais na implementação o *Lean Healthcare* nos sectores público e privado, incluindo ambiguidade em direcionar o *Lean*, dificuldade em identificar o valor para o utente e outros fatores limitadores, tais como a burocracia e o controlo orçamental, a metodologia *Lean* tem sido bem-sucedida em ambos os sectores (Young & McClean, 2008; Radnor *et al.*, 2012).

De Souza (2009) descreveu cronologicamente a introdução do pensamento *Lean* na indústria dos cuidados de saúde, sugerindo que foi implementado pela primeira vez no Sistema de Nacional de Saúde do Reino Unido em 2001. Estas metodologias têm sido implementadas com sucesso nos cuidados de saúde públicos, resultando na redução da burocracia, do tempo de rotatividade dos utentes, da duração da estadia, dos tempos de espera, dos custos de transporte e o mais importante numa redução da taxa de mortalidade, bem como, no aumento da eficiência do trabalho e na diminuição das deslocações do pessoal. Estes benefícios têm sido relatados em vários estabelecimentos de saúde em diferentes países, incluindo o Reino Unido, Suécia, Austrália, Itália e Estados Unidos da América (EUA) (Chiarini, 2013; De Souza, 2009; Fillingham, 2007; Hussain & Malik, 2016; Mazzocato *et al.*, 2012; Radnor *et al.*, 2012).

Independentemente dos bons resultados da implementação das metodologias *Lean* nos cuidados de saúde, estas não podem ser vistas como uma ferramenta universal, estas metodologias devem de ser adaptadas ao contexto de prestação dos cuidados de saúde e aos desafios específicos que podem surgir nos diferentes serviços de saúde (Daultani *et al.*, 2015).

Embora a abordagem *Lean* seja cada vez mais prevalente nos cuidados de saúde, há poucos indícios de uma implementação completa da abordagem *Lean* ao nível alcançado pela Toyota (Parkhi, 2019; Robinson *et al.*, 2012, Spear, 2005). De facto, Robinson *et. al.* (2012) sugerem que as organizações de cuidados de saúde implementam a metodologia *Lean* utilizando ferramentas e técnicas simples em pequenos projetos fechados, criando, assim, "bolsas de boas práticas". Parkhi (2019) refere ainda que a implementação *Lean* nos cuidados de saúde acaba por ser bastante superficial, com poucos indícios de tentativas de mudanças a nível da organização e a longo prazo para melhorar a prestação de cuidados (Parkhi, 2019, p.8).

1.2.2.1 Contexto público de saúde e *Lean*

Nos serviços de saúde públicos, é imperativo tomar em consideração a diversidade de contextos e reconhecer a necessidade de ter em conta o contexto local de aplicação, o que foi amplamente destacado por Radnor *et al.* (2012). É patente que uma abordagem uniformizada não se mostra adequada em todos os contextos. Porém, para Reponen *et al.* (2021) a definição de contexto é abrangente e tem em conta todos os fatores regulatórios, económicos, ambientais e sociais que afetam as operações de uma organização de cuidados de saúde. Para além do mais, é importante reconhecer que para lá do nível intraorganizacional, existem vários fatores externos à organização podem influenciar a implementação de projetos *Lean* nos cuidados de saúde.

Apesar de haver diferenças conjunturais na implementação o *Lean Healthcare* nos sectores público e privado, incluindo ambiguidade em direcionar o *Lean* nos hospitais públicos, dificuldade em identificar o "cliente" e fatores limitantes tais como a burocracia e o controlo orçamental, a metodologia *Lean* tem sido bem-sucedida em ambos os sectores (Hussain & Malik, 2016; Radnor *et al.*, 2012; Young & McClean, 2008).

1.2.2.2 Cliente vs utente e valor nos serviços saúde públicos

No contexto de uma organização comercial a definição e os requisitos do cliente são relativamente simples e têm impacto direto na faturação e no lucro. Portanto, torna-se fácil identificar o valor e as atividades que agregam valor. Nos serviços públicos, porém, o conceito de "cliente" não é tão simples e pode até ser contestado (Komulainen *et al.*, 2023).

Este conceito pode incluir utilizadores finais diretos, utilizadores relutantes ou a quem é imposto o serviço, vários utilizadores de um só serviço, cidadãos que beneficiam indiretamente de um serviço e futuros utilizadores de um serviço. Além disso, a terminologia de "cliente" ou "consumidor" é problemática em si mesma, tendo em conta da forma como está enraizada no discurso das empresas comerciais (Radnor & Osborne, 2013). Estes autores argumentam,

também, que o conceito de utilizador final é talvez seja mais apropriado. Não presume a presença de uma troca de mercado ou relacionamento comercial - embora também sofra com alguns dos múltiplos significados identificados acima. Esta questão da centralidade do valor externo do cliente/utilizador final para uma implementação bem-sucedida do *Lean* é particularmente importante. Para o *Lean*, a ausência de um único cliente com uma visão determinante de valor é talvez a característica mais importante nos cuidados de saúde, e a consideração do valor dentro das muitas comunidades de “clientes” revela um cenário complexo e fragmentado (Young & McClean, 2008, p 385).

Mais recentemente tende-se a olhar para o valor através de uma perspetiva de Lógica de Serviço Público que procura integrar o valor individual e societal e a criação de valor, ligando assim, a produção de serviços com a sua utilização (Komulainen *et al.*, 2023, p.48). Esta perspetiva, apesar de reconhecer vários atores e diferentes circunstâncias, procura reconhecer a experiência individual como um elemento integral da criação de valor (Komulainen *et al.*, 2023), aspeto que vai de encontro com o primeiro princípio *Lean*.

1.3 Ferramentas

Durante o desenvolvimento de um projeto várias ferramentas e técnicas *Lean* podem ser utilizadas, dependendo dos objetivos e necessidades específicas. Cada ferramenta, quando bem utilizada, deve procurar produzir valor e cooperar para alcançar os resultados definidos em cada processo. Portanto, as ferramentas complementam-se, e, por isso, raramente são utilizadas isoladamente (Santos & Balsanelli, 2021).

Segundo Tiso *et al.* (2021) a ferramenta *Lean* mais utilizada foi o MCV, utilizada essencialmente na fase de avaliação, seguida de técnicas de gestão visual, os *Gemba walks*, os diagramas de causa efeito, os ciclos de PDCA (como ferramenta de controlo) e os 5S. Faremos uma breve descrição destas ferramentas.

O MCV é uma ferramenta de avaliação que está diretamente ligada ao segundo princípio *Lean*: a identificação do fluxo de valor (Santos & Balsanelli, 2021). Mais conhecida do inglês como VSM (*Value Stream Mapping*), esta consiste num diagrama visual que mapeia a cadeia de valor de uma unidade, ou seja, todos os passos de um ou mais processos, com o objetivo de identificar onde é que poderá existir um problema específico (desperdício). Esta ferramenta de avaliação é um primeiro passo para os projetos de melhoria contínua (Womack & Jones, 2003).

Gemba é uma palavra japonesa que significa local de trabalho ou onde o trabalho ocorre. A observação direta do trabalho onde ele ocorre é um elemento-chave da resolução de problemas *Lean* e melhoria de processos (Simon & Canacari, 2012). O propósito do *Gemba*

walk é que, para entender bem um processo, é necessário ir até onde ele acontece e observá-lo de perto. Durante a *Gemba walk*, os líderes da empresa visitam as áreas de produção ou de prestação de serviços e conversam com os funcionários, observando as atividades que estão sendo realizadas. O objetivo é identificar oportunidades de melhoria, identificar problemas e desperdícios e encontrar soluções. A utilização desta ferramenta também é uma forma de demonstrar aos funcionários que os líderes da organização estão totalmente envolvidos no processo de mudança e com disponibilidade para ouvir as opiniões dos trabalhadores. Isso pode aumentar a motivação da equipa, melhorar o clima organizacional e ser um facilitador para o processo de implementação do projeto e melhoria (Nicholas, 2023).

As ACE, também conhecidas como diagramas de causa-efeito, ou diagrama de *Ishikawa*, são ferramentas gráficas de hierarquização de problemas por tipologias diferentes, que têm como objetivo identificar e debater oportunidades de melhoria. Pelo facto de utilizar a uma representação gráfica simples permite uma visualização rápida dos problemas e as suas potenciais causas. No contexto dos cuidados de saúde, este tipo de diagramas podem ser utilizados de forma a proporcionar leituras variadas e aproximações diversas no contexto de processos, subsistemas e serviços, entre outros. São instrumentos de fácil utilização, pois permitem que qualquer profissional, mesmo não sendo proveniente das áreas de gestão, os utilize e, assim, possa estruturar as causas dos problemas e começar a conceber soluções (Crespo de Carvalho & Ramos, 2022).

Padronização do trabalho, na forma de procedimentos operacionais padrão, é definida como um conjunto de regras e procedimentos que são formalizados e executados. Os procedimentos padrão são documentos onde estão claramente definidos, passo-a-passo, todas as atividades efetuadas. Esta ferramenta procura eliminar a variação e inconsistência dos resultados, instruindo os trabalhadores a executar as atividades seguindo esses procedimentos (Oliveira & Fernandes, 2017).

Os 5'S procuram criar hábitos de trabalho que fomentem uma melhor organização, limpeza e disciplina no local de trabalho. Este método integra a aplicação de cinco “senso” que traduzidos do japonês os 5'S significam: utilização (*seiri*), limpeza (*seiso*), organização (*seiton*), padronização (*seiketsu*) e autodisciplina (*shitsuke*), que, tradicionalmente, são considerados como um bom ponto de partida para outras atividades *Kaizen* (Oliveira & Fernandes, 2017).

A gestão visual é pode ser definida como um conjunto de ferramentas baseadas em gráficos, cores, esquemas e outros elementos visuais, que procuram dar ao trabalhador informação rápida e intuitiva. É considerada a base de outras ferramentas do arsenal *Lean*, tais como o 5S e a

padronização do trabalho. Existem vários sistemas de gestão visual, tais como: quadros informativos, delimitação de espaço e instruções de trabalho. O seu principal objetivo é permitir aos trabalhadores a gestão do seu ambiente de trabalho, reduzindo erros e outras formas de desperdício (Oliveira & Fernandes, 2017).

O ciclo PDCA, também conhecido como ciclo de Demming, é uma abordagem que procura aplicar o método científico ao trabalho do dia-a-dia: definindo uma hipótese específica e mensurável sobre como um processo pode ser melhorado, objetivamente testando essa hipótese e se a melhoria ocorrer, implementar o processo melhorado como um procedimento padrão até que uma nova melhoria possa ser demonstrada (Toussaint & Berry, 2013).

1.4 Barreiras e elementos facilitadores da implementação de *Lean* na saúde

Apesar de haver evidências de um grande número de aplicações de *Lean* em organizações de saúde, a sua adoção pode apresentar desafios únicos. A literatura tem evidenciado algumas barreiras que podem impactar negativamente a sua implementação e sustentabilidade (Tabela 1). Neste parágrafo, exploraremos as barreiras à implementação das práticas *Lean* nas organizações de saúde e discutiremos estratégias para as ultrapassar.

Os hospitais, e outras organizações de saúde, são complexos por natureza. Esta complexidade é um grande obstáculo para a implementação do *Lean Healthcare*. Assim, para ter sucesso na sua implementação, é necessário adaptar o conceito *Lean* e as suas técnicas à complexidade organizacional. (Santos *et al.*, 2022).

Tabela 1.1- Barreiras à implementação de Lean nos cuidados de saúde

Barreiras	Fontes
Indústria complexa e em constante mudança	de Souza & Pidd (2011); Flynn <i>et al.</i> (2019); Toussaint & Berry (2013); Radcliffe <i>et al.</i> (2020); Leite <i>et al.</i> (2022).
Necessidade de suporte da liderança	de Souza & Pidd (2011); Chmielewska <i>et al.</i> (2023) D'Andreamatteo <i>et al.</i> (2015); Dolmans <i>et al.</i> (2017); Leite <i>et al.</i> (2022); Nicholas (2023); Radcliffe <i>et al.</i> (2020); Souza <i>et al.</i> (2021).
Falta de estratégia e objetivos	D'Andreamatteo <i>et al.</i> (2015); de Souza & Pidd, (2011); Radnor & Osborne (2013).
Dificuldade na percepção os princípios e metodologia <i>Lean</i>	D'Andreamatteo <i>et al.</i> (2015); de Souza & Pidd (2011); Flynn <i>et al.</i> (2019); Leite <i>et al.</i> (2022); Radnor & Osborne (2013).
Necessidade formação de profissionais, peritos e embaixadores.	Chmielewska <i>et al.</i> (2023); D'Andreamatteo <i>et al.</i> (2015); Flynn <i>et al.</i> (2019); Leite <i>et al.</i> (2022); Nicholas (2023); Radnor <i>et al.</i> (2012).

Falta de envolvimento dos profissionais	Flynn <i>et al.</i> (2019); Leite <i>et al.</i> (2022); Nicholas (2023); Radnor & Osborne (2013); Souza <i>et al.</i> (2021).
Resistência à mudança	Akmal <i>et al.</i> (2022); D'Andreamatteo <i>et al.</i> (2015); de Souza & Pidd (2011); Flynn <i>et al.</i> (2019); Leite <i>et al.</i> (2022).

Para garantir que as metodologias *Lean* sejam implementadas com sucesso, é necessário enfrentar as barreiras que possam surgir. No entanto, alguns dos fatores mencionados podem ser genéricos e não oferecer orientações específicas aos gestores de saúde sobre como abordá-los de forma eficiente para implementar o projeto *Lean*.

A complexidade dos cuidados de saúde é uma barreira significativa à implementação dos princípios *Lean* (Radcliffe *et al.*, 2020), visto que esta requer uma mudança cultural significativa (Chmielewska *et al.*, 2023).

A nível mundial, esta complexidade, cria desafios aos decisores políticos quando visam a implementação da metodologia *Lean* em todo o sistema de saúde (Gadolin, 2019). É necessário ter em conta a multiplicidade de contextos existentes, sendo que, é necessário adaptar a estratégia de implementação ao contexto e aos objetivos que se querem atingir (Daultani *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2022). Além do mais, ainda existe pouca informação sobre a implementação de *Lean* em organizações de saúde, de forma geral, e em serviços hospitalares em específico, dificultando, assim, o reconhecimento das ferramentas e de modelos de implementação mais adequados (Santos *et al.*, 2022).

Outro aspecto desta barreira são os diversos *stakeholders* na área da saúde (Leite *et al.*, 2020), estes incluem os utentes e as suas famílias, os profissionais de saúde, ordens profissionais, prestadores de cuidados de saúde (públicos e privados), instituições financeiras de cuidados de saúde, empresas farmacêuticas, administradores e gestores, funcionários de saúde pública e decisores políticos (Xie *et al.*, 2015). De todos os mencionados são os utentes e as suas famílias os principais interessados nos cuidados de saúde, pois são eles que recebem os cuidados e serviços do sistema de saúde (Harrison *et al.*, 2019). Será de mencionar também a dificuldade de definir o valor em serviços de saúde públicos, condição base da filosofia *Lean* (Radnor *et al.*, 2012; Womack & Jones, 2003).

Para que a implementação deste tipo de projetos de melhoria contínua seja bem-sucedida é necessário que haja uma estratégia bem definida e uma visão de longo prazo. (Toussaint & Berry, 2013; Leggat *et al.*, 2018). Assim, percebemos como é essencial envolver todas as partes interessadas no processo, desde a liderança de topo até ao profissional da linha da frente, de forma a criar uma cultura de colaboração e comunicação aberta, para encorajar todos os profissionais a desafiar o pensamento tradicional e a abraçar novas abordagens (Leggat *et al.*,

2018; Leite *et al.*, 2020). As estruturas hierárquicas tradicionais e os silos nas organizações de saúde, podem impedir a capacidade de alcançar o alinhamento desde a liderança sénior até aos profissionais da linha da frente e, assim, impedir a integração do *Lean* na prática diária (Leggat *et al.*, 2018). Al-Balushi *et al.* (2014) e Flynn *et al.* (2019) acrescentam ainda a necessidade de um estilo de gestão descentralizada, de forma a capacitar e envolver os profissionais. Esta abordagem enfatiza a importância de envolver dos profissionais da linha de frente na identificação e resolução de problemas (Toussaint & Berry, 2013), pois são estes que têm conhecimento direto dos processos envolvidos no cuidado ao utente. Ao envolver a equipa da linha de frente nos esforços de melhoria contínua existe a garantia que as mudanças feitas são práticas e sustentáveis, levando a uma cultura de melhoria contínua e inovação (Cohen, 2018), que é essencial para alcançar altos níveis de satisfação do paciente e resultados de cuidados de qualidade.

A liderança, tanto de topo como a intermédia (Dolmans *et al.*, 2017), deve procurar garantir o alinhamento entre os objetivos dos departamentos e das unidades, com as metodologias de *Lean*, promovendo uma estratégia consistente (Santos *et al.*, 2022). Os líderes devem, também, acompanhar a operacionalização desta nova metodologia, *in loco*, junto dos profissionais, promovendo o envolvimento e, assim, diminuindo a resistência que possa surgir na linha da frente (Dolmans *et al.*, 2017; Nicholas, 2023).

As pessoas são alma e o coração de qualquer organização (Alnajem *et al.*, 2019). É essencial que todos os profissionais envolvidos compreendam os conceitos e metodologias fundamentais do pensamento *Lean* para que a sua implementação seja bem sucedida (Daultani *et al.*, 2015). Portanto, é necessário um plano de formação que aborde os princípios *Lean* e metodologias que vão ser utilizadas, proporcionando os conhecimentos necessários para a implementação e sustentabilidade do projeto, competências de resolução de problemas, que não só ajudam a melhorar os processos, mas também, aumentam a sua capacidade de comunicar eficazmente com os membros da equipa (Souza *et al.*, 2021). Acresce ainda que, ter uma cultura organizacional enraizada na melhoria contínua é crucial para o sucesso sustentado em qualquer indústria. A formação ajuda a incutir esta cultura, fomentando o envolvimento dos profissionais e capacitando-os a assumir a iniciativa na melhoria dos processos. Isto leva não só a uma melhor qualidade dos cuidados, mas também a uma maior satisfação laboral, uma vez que vêm em primeira mão que as suas contribuições melhoraram a eficiência operacional global (Drotz & Poksinska, 2014). Para ter mais impacto, esta deve envolver e cativar os participantes procurando reproduzir de forma mais fiel possível o ambiente do projeto (Flynn *et al.*, 2019), D'Andreamateo (2015) refere ainda que, para aumentar o envolvimento e reduzir a resistência

à mudança, deve-se procurar criar uma ligação emocional entre o programa e os profissionais. Assim sendo, o investimento na formação em *Lean* nos cuidados de saúde tem benefícios a longo prazo tanto para os utentes como para os profissionais. Cria um ambiente de trabalho positivo, capacitando os profissionais e promovendo a colaboração entre as equipas, o que acaba por conduzir a um melhor desempenho organizacional, juntamente com resultados clínicos superiores.

Outra dificuldade na implemenatação do *Lean* parte da necessidade dos profissionais aceitarem que este modelo de gestão é de facto aplicável aos cuidados de saúde. Apesar do *Lean* já ter sido implementado em vários contextos, nomeadamente pediátricos, não existe evidência porque é que (ou porque não) funciona, como funciona, ou como não funciona, para quem e em que contextos. Esta falta de evidência impacta negativamente a implementação e sustentabilidade de projetos *Lean* (Flynn, et al., 2018). Portanto, a ausência de modelos específicos de implementação de *Lean Healthcare* é outra barreira apresentada. Ainda existe pouca informação sobre a implementação de *Lean* em organizações de saúde, de forma geral, e em serviços hospitalares em específico, dificultando, assim, o reconhecimento das ferramentas e de modelos de implementação mais adequados (Santos et al., 2022). Souza (2021) refere que a implementação de abordagens *Lean* em ambientes piloto antes da implementação em grande escala ou generalizada. A criação de “bolsas de boas práticas” aparenta ter um efeito contagiente para o resto da organização (Robinson, et al., 2012).

A evidência mostra também que programas de incentivos/recompensas são fatores facilitadores da implementação deste tipo de projetos (Al-Balushi et al., 2014; Alnajem et al., 2019; Souza et al., 2021).

A criação de equipas multidisciplinares é uma abordagem utilizada em projetos bem sucedidos (Souza et al., 2021). O envolvimento de várias profissões na implementação do projeto aumenta o comprometimento dos profissionais e probabilidade de sucesso.

De forma a promover a sustentabilidade do projeto, as organizações de saúde devem ser realizadas avaliações frequentes para identificar e abordar quaisquer barreiras que surjam durante o processo de implementação (Nicholas, 2023).

Portanto, a metodologia *Lean* apresenta-nos ferramentas valiosas para que as organizações de saúde possam otimizar as suas operações e melhorar os cuidados aos utentes. No entanto, uma implementação bem-sucedida destas práticas requer a abordagem de várias barreiras. Para ultrapassar estes obstáculos, as organizações de saúde devem garantir uma estratégia consistente com alinhamento de objetivos, garantir o compromisso e acompanhamento por parte da liderança, fomentar uma cultura de colaboração e de melhoria contínua, investir na

formação dos profissionais, promover uma comunicação eficiente, identificação do cliente final e o que este valoriza, envolver todas as partes interessadas no processo de implementação, realizando reavaliações regulares. Ao fazê-lo, as organizações de saúde podem colher os benefícios dos princípios *Lean*, enquanto navegam eficazmente pelos desafios organizacionais.

1.5 Implementação de *Lean* em serviços de urgência

Os serviços de urgência são locais que oferecem cuidados de saúde a pessoas com as mais variadas situações e que apresentam diferentes níveis de gravidade. Uma vez que estes serviços são sistemas complexos, não existe um modelo predefinido para melhorar o seu desempenho (Souza *et al.*, 2021, p. 1)

Apesar disto os SU revelaram-se pioneiros no desenvolvimento de projetos de *Lean Management* e o ponto inicial de melhoria de processos dentro da organização de saúde (Tiso *et al.*, 2021), sendo que Costa & Filho (2016) e D'Andreamatteo *et al.* (2015) referem que é nestes serviços onde mais se implementa ferramentas *Lean*. Vários autores reportam evidencia da aplicação de *Lean* em SU, com melhoria no fluxo de utentes, redução dos tempos de espera, redução tempo de estadia no SU, redução de desperdícios, melhoria da qualidade e satisfação de utentes e profissionais e um reforço de estratégias de melhoria contínua como um fator chave para o processo de mudança (Mazzocato *et al.*, 2012; Parkhi, 2019; Rutman *et al.*, 2015; Tiso *et al.*, 2021).

1.5.1 Urgências Pediátricas

O aumento da afluência às urgências pediátricas a nível europeu tem se tornado uma preocupação crescente nos sistemas de saúde. Em 2019, aproximadamente 23 milhões de utentes procuraram atendimento nos serviços de urgência pediátrica no contexto europeu. No entanto, estudos internacionais indicam que entre 40% a 59% desses casos poderiam ser tratados nos cuidados de saúde primários, levantando desafios organizacionais e estruturais para os sistemas de saúde (Reponen *et al.*, 2021).

A evidência científica tem demonstrado que a procura inadequada dos Serviços de Urgência Pediátrica (SUP) está intrinsecamente associada a uma série de aspetos multifatoriais. Entre os principais fatores identificados destacam-se: a idade da criança como um dos determinantes (sendo que crianças mais jovens são mais propensas a serem levadas às urgências); a falta de confiança nos cuidados de saúde primários; a baixa literacia em saúde por parte dos pais; a influência das redes sociais e as dificuldades em obter acesso rápido aos cuidados de saúde primários. As vantagens percebidas dos SUP, tais como: horas de operação estendidas; maior

acessibilidade; facilidade de testes de diagnóstico e consulta com especialistas, também podem influenciar a escolha dos pais/acompanhantes em recorrer a estes serviços em vez dos cuidados de saúde primários (Montoro-Pérez *et al.*, 2023).

Num serviço crítico a tantos níveis, as ineficiências podem ser encontradas em diferentes vertentes: tempos de espera; deslocações desnecessárias; baixa satisfação de utentes; meios complementares de diagnóstico em excesso; incorreta afetação de recursos humanos aos vários níveis de gravidade dos utentes; entre muitos outros. Embora existam fatores exógenos aos SU, que condicionam gravemente a sua atividade, como por exemplo, a elevada afluência de utentes não urgentes (Montoro-Pérez *et al.*, 2023), devido às ineficiências ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Moura & Barros, 2018), é possível obter ganhos de eficiência operacional. Estes ganhos refletem-se tanto ao nível financeiro, como de qualidade e segurança do serviço prestado, traduzindo-se em benefícios tangíveis e intangíveis, tanto para a instituição como para os utentes (Darraj *et al.*, 2023).

Este cenário impõe a necessidade de mudanças apropriadas nos SUP, em consonância com as políticas de saúde nacionais, a fim de enfrentar este problema multifatorial.

1.5.1.1 Legislação das Urgências Pediátricas em Portugal

Através do Despacho n.º 10319/2014 foram definidas as características de cada Serviço de Urgência Pediátrica, tendo em conta os seus recursos humanos, a sua formação e o equipamento e material disponível para o atendimento de utentes. Este despacho clarifica uma definição crucial para a avaliação da situação atual dos SU: “*Atendendo a que o SU tem como missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes, competindo aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através de mecanismos de atendimento rápido não programado, garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações agudas não urgentes, procura-se adequar a procura do SU, promovendo o acesso a sistemas telefónicos centrais de triagem e de orientação de doentes.*” Relativamente aos recursos humanos das UP o mesmo despacho, no Artigo 10º, define que: “*As urgências pediátricas de hospitais com SUMC ou SUP devem dispor da presença física permanente de pelo menos dois pediatras, um dos quais com formação em suporte avançado de vida pediátrico.*”, e que “*A dimensão e a organização da equipa de Urgência Pediátrica devem estar ajustadas às necessidades ditadas pela casuística local.*”

1.5.1.2 Sistema de Triagem de Manchester

Relativamente à triagem de utentes, desde 2005 através do Despacho n.º 19 124/2005, tornou-se obrigatório que todos os SU utilizem um protocolo de triagem. Em 2014 o Despacho nº 10319/2014 torna obrigatoria a triagem de crianças e jovens, mais especificamente desde o nascimento até aos 17 anos e 365 dias de idade em Serviços de Urgência Pediátrica. Apenas em 2015, através do Despacho n.º 3762/2015, tornou-se obrigatoria a implementação ou do Sistema de Triagem de Manchester (STM) ou o *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015).

Iremos debruçar-nos sobre o STM pois, é o que é utilizado na unidade em estudo. Este sistema é uma ferramenta de gestão de risco que utiliza um protocolo clínico amplamente validado para o utente adulto, assim com, para o pediátrico (Manchester Triagem System, 2023). Este assenta numa classificação da prioridade dos utentes por cores, que representam o grau de risco e, consequentemente, o tempo de espera clinicamente recomendado para atendimento. Assim, nas situações emergentes e mais graves é atribuída a cor vermelha, nos casos muito urgentes a cor laranja e, nos casos urgentes a cor amarela. Os utentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes). Existe ainda a cor branca, caracterizando um atendimento eletivo, ou seja, um procedimento que pode ser programado (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2023).

Embora não tenha sido concebido como uma ferramenta de encaminhamento, o STM pode ajudar a encaminhar os doentes para a via de cuidados mais adequada. No entanto, a prioridade de triagem é um indicador clínico, sendo que, a gestão de um determinado utente dependerá das prioridades do departamento e dos serviços disponíveis, a gestão dos doentes nunca deve ser confundida com a sua prioridade clínica (Manchester Triagem System, 2023).

Capítulo 2 - Metodologia

Este capítulo procura descrever e justificar a metodologia implementada de forma a cumprir os objetivos e responder às questões levantadas previamente. Está, portanto, estruturada em três momentos fundamentais: tipo de estudo, população em estudo e técnicas de amostragem e técnicas de recolha e de análise de dados.

2.1. Método

Este trabalho tem um caráter exploratório e descritivo. É exploratório, pois através da revisão bibliográfica pretendemos encontrar evidência de estudos da implementação da metodologia *Lean* em serviços de urgência.

O trabalho recorre à metodologia do estudo de caso, visto que, pretende realizar “a descrição completa de um fenómeno inserido no seu contexto” (Meirinhos & Osório, 2016, p.57).

A utilização de estudos de caso na melhoria de cuidados de saúde é importante, uma vez que, estes fornecem uma oportunidade de analisar, compreender e replicar intervenções de sucesso. O estudo de caso permite realizar uma descrição detalhada de intervenções ou inovações específicas em diferentes contextos nos cuidados de saúde. Esta metodologia ajuda os prestadores de cuidados de saúde a identificar boas práticas, ideias inovadoras e estratégias de sucesso que tenham o potencial de melhorar resultados para os utentes (Baker, 2011), assim como as barreiras para a implementação deste tipo de projetos (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023). Segundo Yin (2018), o estudo de caso pode utilizar tanto métodos qualitativos assim como quantitativos, aliás, Yin refere que vários métodos de recolha de dados contribuem para a qualidade da investigação. Portanto, neste trabalho iremos utilizar uma abordagem quantitativa e qualitativa.

Tendo em conta que os objetivos do estudo passam por realizar um diagnóstico da situação atual do serviço (*As is*) e procurar saber quais serão as oportunidades de melhoria (*To be*), iremos recolher os testemunhos e experiências da equipa multidisciplinar da unidade em estudo.

O facto de apelar ao conhecimento dos conteúdos em profundidade, e não unicamente à explicação de factos controlados e generalizados, possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência dos profissionais da urgência pediátrica e na revisão da literatura.

2.2. População em estudo e técnica de amostragem

De acordo com os objetivos, a seleção da amostra foi efetuada com base no método não probabilístico e intencional. A ideia-chave subjacente à amostragem intencional consiste em

selecionar elementos que sejam ricos em informação com vista a responder à investigação em questão (SAGE, 2018).

Foram selecionados profissionais da equipa da UP que estão diretamente ligados à prática clínica diária: médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica. Estes elementos trabalham na unidade em estudo e, portanto, têm um grande conhecimento dos processos e das dificuldades sentidas diariamente. Ao todo foram inquiridos 53 profissionais, 9 Assistentes Operacionais (de um total de 18), 24 Enfermeiros (de um total 37) e 19 Médicos (de um total 35).

De forma a podermos perceber qual é a experiência dos utentes e a que é que estes dão mais valor (o primeiro dos princípios *Lean*), foi aplicado um questionário. A amostragem efetuada também foi não probabilística e intencional, sendo a amostra constituída por crianças e os seus acompanhantes, ao todo foram recolhidos 50 questionários, 18 de crianças/jovens e 32 de acompanhantes.

2.3. Técnicas de recolha de dados

A seleção do método adequado à colheita de dados encontra-se como sendo uma das tarefas mais desafiadoras do processo de pesquisa e varia quanto à sua habilidade de captar, de forma adequada, os constructos e fenómenos em que o investigador está interessado. Deste modo, o investigador escolhe dentro de uma gama de diversas alternativas, a forma como os dados são colhidos. O procedimento ideal para a colheita de dados é aquele que resulta em medidas confiáveis, precisas, não-tendenciosas e sensíveis aos constructos, de forma a ultrapassar a subjetividade (Crabtree, 2006).

2.3.1. Entrevistas semiestruturadas

A entrevista é um instrumento valioso para a obtenção de informação, neste caso foi selecionada a entrevista semiestruturada áudio-gravada.

Este tipo de entrevista procura o potencial de produção de conhecimentos dos diálogos, permitindo uma grande margem de manobra, para poder acompanhar os ângulos considerados importantes pelo entrevistado, e o entrevistador tem a possibilidade de se tornar visível como um participante produtor de conhecimento no próprio processo (SAGE, 2018, p 1002).

Uma definição mais específica da entrevista de investigação qualitativa semiestruturada é a seguinte: "É definida como uma entrevista com o objetivo de obter descrições do mundo da vida do entrevistado, a fim de interpretar o significado dos fenómenos descritos" (Brinkmann & Kvale, 2015, p. 6)" (Denzin & Lincoln, 2018, p. 1002).

Como referido anteriormente, a amostragem foi realizada por conveniência (não probabilística), sendo a amostra constituída por 8 profissionais da equipa da UP, 3 médicos e 5 enfermeiros, que estão diretamente ligados à prática clínica ou que ocupam cargos de chefia.

Neste sentido foi realizado um guião de entrevista (Anexo 1) que procurou abordar antecedentes e experiência com o tema em questão, quais os desafios e oportunidades atuais na UP, quais seriam, no seu ponto de vista, as barreiras e os facilitadores da implementação deste tipo de ferramentas e como se poderia medir o sucesso deste tipo de iniciativa.

2.3.2 Questionários aos profissionais

Os questionários que serão aplicados aos profissionais da UP serão os seguintes: questionário das Organizações de Alta Fiabilidade (*High Reliability Organizations*) de Weick & Sutcliffe (2015), Questionário da Interação Líder-Membro (*Leader-Member Exchange – LMXMDM* (Liden & Maslyn, 1998) e o LMSX (Bernerth *et al.*, 2007)) e o *Job Diagnostic Survey* (JDS) de Hackman e Oldman (Almeida *et al.*, 2009).

Para aplicar os questionários foi utilizada a plataforma *Microsoft Forms* (*Microsoft Corporation*, EUA) com recurso a um código QR. O investigador abordou cada profissional da equipa a solicitar o preenchimento de cada questionário, explicando o âmbito do estudo e garantindo a privacidade do preenchimento.

2.3.2.1. Questionário das Organizações altamente fiáveis (*High Reliability Organizations - HRO*)

Segundo Roberts (1990), uma Organização Altamente Fiável (OAF) é uma organização que conseguiu evitar acidentes catastróficos num ambiente que os acidentes são previsíveis devido aos fatores de risco e à complexidade (Roberts, 1990). Nas OAF é reconhecido que são os profissionais da linha da frente que melhor conhecem o trabalho e, portanto, são os que mais podem contribuir para melhorar o sistema. Este é um dos princípios fundamentais do *Lean*, que preconiza o respeito e a escuta dos profissionais. Assim, “as quase falhas” (*near misses*) são encaradas como oportunidades de melhoria, sendo comunicadas antes de terem implicações graves. A implementação de uma cultura *Lean* numa organização reforça todo o sistema de saúde na jornada sua para a alta fiabilidade. Weick e Sutcliffe (2015) focam-se em 5 características que permitem que as organizações tenham um desempenho notável, dia após dia, em condições difíceis. Estas características compõem o que os autores chamam de *mindful organizing* (organização consciente). São elas: a preocupação com a falha, relutância em simplificar, sensibilidade para as operações, comprometimento com a resiliência e a deferência

para com a “expertise”. Estes autores propõem um instrumento que procura avaliar a habilidade da organização de assegurar uma performance livre de erros, mesmo em condições adversas, alicerçada em mecanismos de fiabilidade, o estado de “mindfulness” da organização (Weick & Sutcliffe, 2007). O instrumento utilizado é composto por 15 questões e utiliza uma escala de *Likert* de 1 a 7, na medida em que quem responde concorda ou discorda com cada afirmação (Anexo 4).

2.3.2.2 Questionário da Interação Líder-Membro (*Leader-Member Exchange – LMX*)

A teoria da interação líder-membro (LMX) é um conceito que visa compreender a relação entre os líderes e os seus seguidores. Enquanto outras teorias de liderança tendem a enfatizar o líder individual (ou seja, centradas no líder), estudando os efeitos de um líder nas atitudes, motivação e desempenho dos funcionários, a LMX é a única teoria de liderança que se centra na relação entre um líder e os seus seguidores. Outra característica única da teoria LMX, quando comparada com outras teorias de liderança, é a sua base em relações diferenciadas com os seguidores (Day & Miscenko, 2016). A filosofia *Lean* relaciona-se com o LMX na medida em que procura envolver os profissionais no processo de melhoria contínua e não necessariamente implementar medidas na procura de melhorar resultados. Um programa de melhoria implementado pelos próprios profissionais revela-se uma ótima tentativa da equipa e da organização de envolver as pessoas no processo de melhoria contínua. Assim sendo, os líderes têm um papel decisivo na implementação de uma “cultura *Lean*” subjacente (Tortorella *et al.*, 2019).

Neste trabalho irá ser utilizada a escala de LMX-MDM (*Multidimensional measure for the leader-member exchange*) de Liden e Maslyn (1998), juntamente com a LMSX (*leader-member social exchange*) de Bernerth *et al.* (2007) (Day & Miscenko, 2016).

O instrumento utilizado é composto por 19 questões e utiliza uma escala de *Likert* de 1 a 7, na medida em que quem responde concorda ou discorda com cada afirmação. (Anexo 2).

2.3.2.3. Questionário Job Diagnostic Survey (JDS)

O *Job Diagnostic Survey* (JDS) é um instrumento concebido para avaliar a natureza das tarefas executadas no trabalho. Este foi desenvolvido por J. Richard Hackman e Greg Oldham para testar o seu “Modelo das Características do Trabalho” que sugere que a natureza das tarefas do posto de trabalho conduz a vários resultados importantes, incluindo a motivação dos trabalhadores, o desempenho do posto de trabalho e a satisfação com o trabalho (Almeida *et*

al., 2009). Este é um instrumento de autoavaliação em que as respostas dos trabalhadores são utilizadas para classificar um posto de trabalho em termos de cinco dimensões fundamentais. Estas dimensões são: variedade de competências; identidade do trabalho; significado do trabalho; autonomia e *feedback*.

As medidas resultantes do JDS permitem diagnosticar e redesenhar o trabalho através da determinação do Índice Potencial Motivador (IPM) de determinada função, identificando as características essenciais ao seu enriquecimento, e das eventuais necessidades e aperfeiçoamentos que os trabalhadores sentem que podem ser realizados no seu posto de trabalho (Almeida *et al.*, 2009). Um IPM elevado pode contribuir para aumentar o envolvimento e a motivação dos colaboradores, conduzindo a uma implementação *Lean* mais bem-sucedida e, consequentemente, e a melhores processos na prestação de cuidados de saúde.

O instrumento utilizado é composto por duas secções a primeira com 7 questões e a segunda de 14 questões, todas elas utilizando uma escala de *Likert* de 1 a 7, na medida em que quem responde concorda ou discorda com cada afirmação (Anexo 7).

2.3.3. Questionários aos utentes

Os questionários aplicados foram o *Patient Reported Experience Measure (PREM) for urgente and emergency care* (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2023) e foram traduzidos e adaptados pelo investigador para português.

Este instrumento tem por base o *Picker Patient Experience Questionnaire*, originalmente elaborados pelo Royal College of Paediatrics and Child Health e o Picker Institute Europe. O *Picker Patient Experience Questionnaire* avalia várias dimensões da experiência do utente. Estas dimensões incluem: a comunicação com os prestadores de cuidados de saúde, o apoio emocional, o envolvimento nos cuidados, o conforto físico, a informação e educação, a coordenação dos cuidados, a continuidade e a transição, o acesso aos cuidados, a limpeza e o conforto do ambiente físico e a satisfação geral com os cuidados (Jenkinson, 2002).

O objetivo dos questionários aplicados é avaliar a experiência das crianças e dos seus acompanhantes, enquanto utentes da UP, pedindo-lhes diretamente a sua opinião. Foram aplicados dois questionários, um para as crianças dos 8 até aos 18 anos de idade e outro para os pais/acompanhantes de crianças dos 0 aos 7 anos de idade. Estes foram validados para crianças das idades referidas, porém apenas para a língua inglesa. Foi selecionado este instrumento por não existir qualquer questionário de avaliação da experiência de cuidados de saúde urgentes e emergentes para a idade pediátrica. Para a sua tradução e adaptação foi solicitada a colaboração

de vários profissionais que trabalham na UP, o seu contributo foi valioso pois, sendo especialistas na área, deram várias sugestões extremamente úteis.

Tendo em conta o questionário original, algumas questões relativas ao transporte para a urgência, muitas vezes em ambulância, e procedimentos de admissão foram eliminados, pois são tópicos que a UP não consegue controlar e, portanto, não foram considerados relevantes para este trabalho. O questionário utilizado é composto por 3 secções, com o total de 17 questões. A primeira secção é composta por apenas uma questão relativa ao consentimento de recolha e tratamento de dados pessoais, a segunda é composta por 3 questões que procuram caracterizar brevemente a amostra e saber se, quando aplicado a crianças/jovens (8 aos 18 anos), estes tiveram ou não auxílio de um adulto para preencher o questionário, a terceira secção é, então, relativa à experiência da criança/jovem na sua ida à UP, é composta por 12 questões de resposta fechada e duas de resposta aberta, sendo as duas últimas para recolher quaisquer sugestões que os utentes possam ter para melhorar o atendimento na UP. Este foi entregue em mão em formato de papel, utilizando um código único de forma a poder diferenciar os questionários e manter o anonimato de quem o preenche (Anexo 8).

2.3.4. Análise documental

Com o intuito de adquirir e aprofundar conhecimentos sobre o tema em questão, procedeu-se à realização de uma revisão da literatura. Neste sentido, realizou-se uma pesquisa eletrónica de artigos relacionados com a fundamentação teórica mais relevante acerca do tema selecionado.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas MEDLINE/PubMed, *Google Scholar*, *Web of Science*, *Scielo*, no portal *B-On* e, para incluir a literatura cinzenta, no repositório do ISCTE e no RCAAP. Esta estratégia visou uma pesquisa exaustiva da literatura. Esta etapa decorreu, essencialmente, de novembro de 2022 até março de 2023, mas também ao longo de toda a execução do trabalho.

A análise documental incidiu, também, sobre documentos legislativos relevantes e sobre documentos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, tais como: relatórios de gestão, relatórios de atividades do hospital e relativos à UP, apresentações, procedimentos de trabalho e outros documentos internos. A documentação interna foi solicitada à Unidade de Investigação e Ensino e aos órgãos de gestão, sendo essencial para realizar o diagnóstico organizacional e para a contração da matriz de análise SWOT.

Foram também consultadas bases de dados públicas, tais como o portal “Transparência SNS” e a PORDATA.

2.4. Técnicas de Tratamento de dados

Como ferramenta analítica de tratamento de dados das entrevistas realizadas recorre-se à metodologia de Gioia. O uso de uma ferramenta de análise tem como objetivo principal abstrair o investigador da literatura e da sua experiência pessoal (contudo não a eliminando), estimular o processo indutivo, auxiliar o investigador a focar-se nos dados sem realizar juízos de valor, a escutar ativamente os participantes do estudo e a elementos essenciais da pesquisa. Esta é uma abordagem sistemática, indutiva ao desenvolvimento de conceitos e a investigação de *grounded theories* (Gioia *et al.*, 2012).

A análise dos resultados dos questionários será realizada com programa *Microsoft Excel 2023* (*Microsoft Corporation, EUA*), e será feita por cálculo das medidas de tendência central, média, desvio-padrão e distribuição de frequências absolutas e relativas.

Para codificação das entrevistas foi utilizado o programa *MaxQDA*.

Capítulo 3 - Diagnóstico da organização

3.1. Caracterização Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

3.1.1 Análise interna

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF) foi inaugurado em 1995 e foi o primeiro hospital público com gestão privada em Portugal sendo integrado numa empresa privada, um consórcio liderado pelo Grupo José de Mello, tendo regressado à esfera pública a 1 de janeiro de 2009 (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2022). É a unidade hospitalar de primeira linha para os habitantes dos Concelhos de Amadora e de Sintra.

O HFF tem como missão “a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, bem como com os demais Hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando, adequadamente, os recursos humanos e materiais, em obediência aos princípios da qualidade, de efetividade e eficiência, e promovendo o desenvolvimento profissional e a igualdade de género dos seus trabalhadores. Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais” (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2022).

Como visão o HFF, “pretende ser um Hospital de referência em termos de facilidade do acesso no processo assistencial, de articulação com os cuidados de saúde primários, de promoção do trabalho multidisciplinar, de elevada satisfação dos utentes e profissionais, bem como a boa gestão, tornando o hospital um projeto economicamente sustentável” (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2022).

Esta organização caracteriza-se por ser uma burocracia profissional, ou seja, é uma estrutura organizacional onde a autoridade de tomada decisão está concentrada em profissionais altamente treinados, que Mintzberg refere como “centro operacional”, tais como médicos, enfermeiros, professores ou advogados (Fredericksen, 2019; Mintzberg, 1989; Pflüger & Mojescik, 2021; Resca & Moruzzi, 2017).

Para cumprir esta missão e visão o hospital apresenta uma organização clínica complexa e funcionamento em rede (figura 3.1).

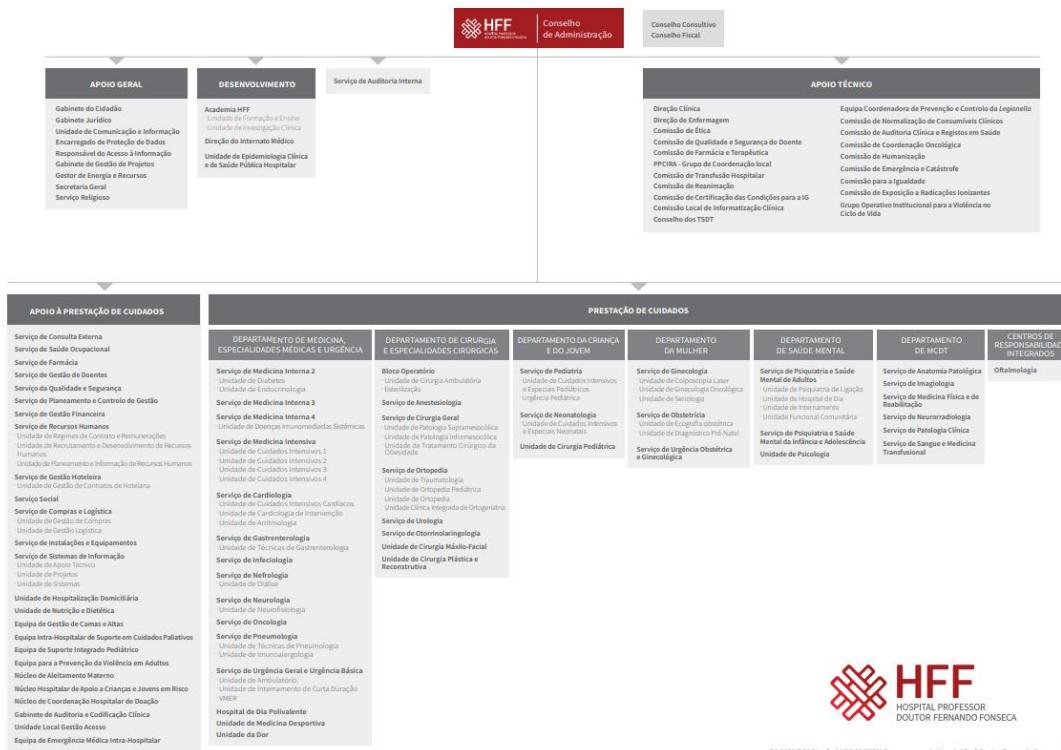


Figura 3.1 - Organograma HFF (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2023)

O HFF conta com a dedicação de cerca de 3200 profissionais, uma equipa em que está enraizada uma cultura orientada para a Qualidade e Segurança, que são uma prioridade e uma aposta deste Hospital. Exemplo disso, é o facto de ter sido o primeiro hospital português a obter acreditação internacional em 2002, na altura atribuída pelo *King's Fund Health Quality Service*, tendo vindo a manter a sua acreditação até à presente data, pelo CHKS - *Capse Healthcare Knowledge System*. Atualmente encontra-se acreditado pela 5^a vez, desde outubro de 2015, pela edição mais recente do Programa de Acreditação Internacional para as Organizações prestadoras de Cuidados de Saúde (4^a edição) continuando, assim, a dar a melhor resposta a requisitos de qualidade e segurança, cada vez mais exigentes.

Por outro lado, e em complementariedade, tem vindo a fazer parte da Estratégia da Qualidade e Segurança do Hospital, a Certificação de Qualidade, gradual, de acordo ISO 9001, de alguns dos seus Serviços. Atualmente o HFF conta com 12 serviços com Certificação segundo a Norma NP EN ISO 9001:2015 (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, 2023).

De forma a cumprir esta certificação o HFF disponibiliza aos seus colaboradores uma ferramenta de gestão e risco hospitalar, o RISI HER+ (*Health Event and Risk Management*), que é disponibilizado a todos os colaboradores através da intranet do hospital. Este sistema procura desenvolver e implementar uma cultura de segurança dos utentes, utilizando as



DA-0026/T CA/Versão 14/27-05-2022/ Organograma do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

ferramentas FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) e a Análise de Causas Raiz, garantindo que todos os intervenientes assegurem uma resposta atempada e adequada às ocorrências.

O HFF tem uma capacidade instalada oficial de 804 camas, das quais 76 são dedicadas a Cuidados Intensivos e Especiais. Destaca-se a existência de um Bloco Operatório com 11 salas onde é realizada cirurgia de urgência e 10 salas onde é realizada Cirurgia Convencional e de Ambulatório.

Além do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica do Hospital (Urgência Geral, Obstétrica e Ginecológica e Urgência Pediátrica), o HFF também oferece à população um Serviço de Urgência Básica localizado na Freguesia de Algueirão- Mem Martins.

Existe, ainda, um estreito contacto com os ACES da sua área de influência, Amadora e Sintra, realçando-se a existência e 4 polos de equipas fixas de Psiquiatria nos Centros de Saúde da Brandoa, Damaia/Reboleira, Venteira e Queluz/Massamá.

3.1.2 Análise da envolvente

O HFF nasce com a ideia de servir uma população de 350.000 utentes, porém os dados dos dados do Censos 2021 mostra que já em 1991 a população dos concelhos de Amadora e Sintra totalizava 442.725, com um aumento para 557.060 em 2021 (PORDATA, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023).

Segundo os dados de 2022, disponíveis no portal do SNS, o ACES de Sintra é a unidade do país com maior carência de médicos de família, sendo que, dos 376348 utentes inscritos, 123446 não têm médico de família atribuído (figura 3.2). Relativamente ao ACES de Amadora (figura 3.3) estão inscritos 180618, dos quais 61149 não têm médico de família atribuído. Analisando os dados disponíveis desde 2020 esta situação tem vindo a agravar-se.

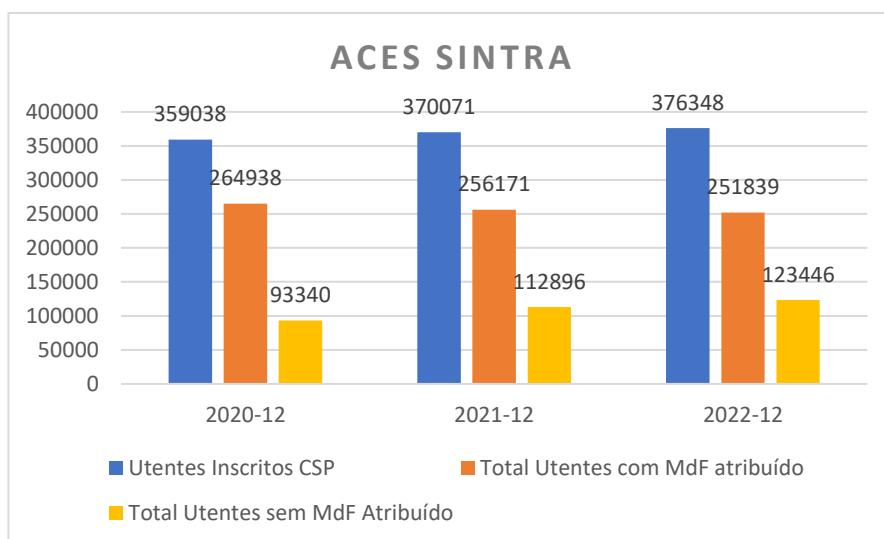


Figura 6.2 Caracterização CSP Sintra (Serviço Nacional de Saúde, 2023)

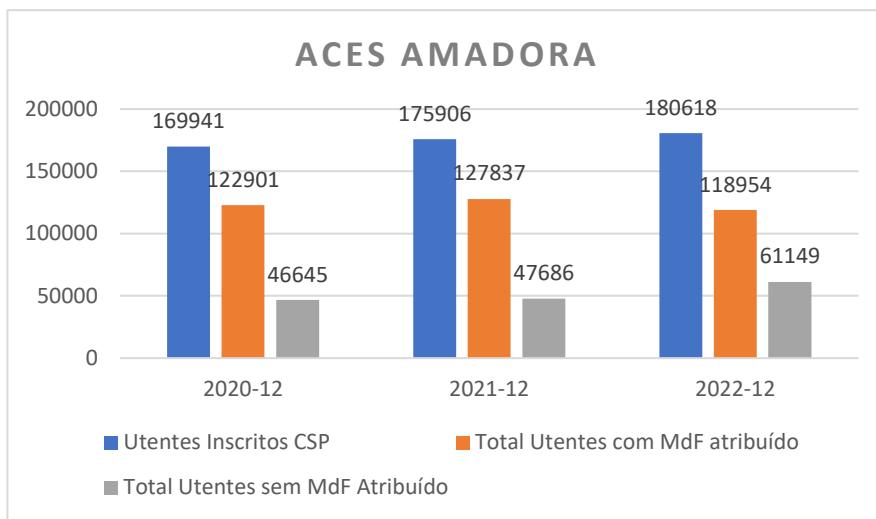


Figura 3.3 - Caracterização CSP Amadora (Serviço Nacional de Saúde, 2023)

Tendo em conta a demografia, de acordo com os Censos de 2021, o concelho da Amadora é o 11.º município mais populoso de Portugal com 171.500 habitantes, numa área total de 23,79 km². É o concelho com a maior densidade populacional do país, contabilizando 7208,9 habitantes/km², contrastando com a densidade média de 112,2 habitantes/km² de Portugal. Relativamente ao concelho de Sintra, este é o 2.º município mais populoso de Portugal com 385.654 habitantes, distribuídos por área total de 319,2 km², apresentando uma densidade populacional de 1.208,2 habitantes/km² (PORDATA, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023). Relativamente aos jovens residentes (até aos 15 anos de idade), o Censos de 2021 mostra-nos que, quer no concelho da Amadora, com 14,2%, quer no concelho de Sintra, com 14,8%, a percentagem de população de jovens ultrapassa a média nacional de 12,9% (PORDATA, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023). Outro dado que vale a pena referir é o número de nados vivos. Em 2022, o concelho de Sintra foi o segundo maior número do país com 4.111, enquanto o concelho da Amadora foi o sexto maior com 1850. Ambos os concelhos apresentaram uma taxa bruta de natalidade de 10,6 por mil habitantes, superando a média nacional de 8 por mil habitantes.

Desta forma, torna-se evidente que a capacidade de expansão da resposta dos CSP não foi suficiente para acompanhar o crescimento populacional observado nesta área. A magnitude da população e a diversidade sociocultural fazem da UP uma das unidades, de Lisboa e Vale do Tejo, com maior pressão de admissões.

O contexto externo do hospital está, como qualquer outro hospital público de saúde, dependente das políticas preconizadas pelo governo eleito, pelo Ministério da Saúde, Ministério das Finanças e, mais recentemente das orientações da Comissão Executiva do SNS. As sucessivas alterações à rede de urgências levam a instabilidade ao sistema e criam desconfiança

por parte, tanto da população como dos profissionais, requerendo adaptações contantes e criando resistência às mudanças instituídas. Portanto, a gestão do HFF é caracterizada por um ambiente de instabilidade e desconfiança, resultante das sucessivas reformas estruturais, de crises financeiras e sociais, da pandemia COVID-19 e da pressão exercida pelo desenvolvimento do mercado privado.

3.2 Caraterização da Urgência Pediátrica

A unidade em análise é a Urgência Pediátrica do HFF que, segundo o organograma colocado em cima (figura 3.1), está inserido no Serviço de Pediatria, que por sua vez faz parte do Departamento da Criança e do Jovem. Apesar de estar inserido no Serviço de Pediatria, a Urgência Pediátrica (UP), na prática, atua como um serviço independente, tendo mesmo atribuído um Coordenador Médico e uma Enfermeira Chefe.

A sua missão é a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados, em contexto de urgência e emergência, a crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos, nascidas ou residentes na área de influência do HFF. Faz também parte da sua missão a investigação científica, o ensino e a formação pré-graduada e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros/as profissionais, assim como ações de formação para a saúde na comunidade em que se integra (Departamento da Criança e do Jovem – Serviço de Pediatria – Urgência Pediátrica, 2022).

Como intuito de retratar a amplitude da sua atividade assistencial antes, durante e após o impacto singular da pandemia por COVID-19, apresentamos os dados do atendimento total, bem como a sua média diária nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, conforme demonstrado na Tabela 3.1."

Tabela 3.1 - Atendimentos na Urgência pediátrica (Serviço Nacional de Saúde, 2023)

Ano	Total de Atendimentos	Média Diária
2019	58485	160
2020	29456	81
2021	42524	117
2022	60877	152

A UP do HFF realizou no ano de 2022, 60877 episódios de urgência, sendo, desde 2020, a segunda maior urgência pediátrica, em termos de maior afluência, da área de Lisboa e Vale do Tejo (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

A elevada afluência de utentes, contrasta com uma elevada variabilidade sazonal, tendo os meses de “inverno” (outubro a fevereiro) uma maior afluência que os meses de “verão” (julho

a setembro). A média diária de 280 a 300 episódios dos meses de novembro a janeiro contrasta com a média de 110 episódios durante o mês de agosto.

Apesar desta relevante variabilidade, mantém-se constante o elevado número de utentes triados com as prioridades mais baixas (verde e azul), cuja importância relativa ronda os 73%. Este facto reflete-se no número de internamentos, que corresponde a apenas 2,9% dos utentes. Os utentes referenciados a partir de outras instituições (hospitais e centros de saúde), assim como pela linha SNS24, constituem uma minoria, uma vez que mais do que 90% recorrem à UP pelos próprios meios e iniciativa (Departamento da Criança e do Jovem – Serviço de Pediatria – Urgência Pediátrica, 2022).

A UP conta com o apoio da equipa de urgência de oftalmologia e de otorrinolaringologia, que funciona de 2^a a 6^a das 8h00 às 20h00. Este horário é por vezes insuficiente para as necessidades das crianças e jovens que recorrem à UP.

3.1.1.1 Caracterização da equipa de profissionais

A UP é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais (AO) e administrativos, auxiliares de alimentação e dietética, psicólogos, assistentes sociais e voluntários.

Relativamente à equipa médica, esta inclui uma Equipa Fixa da Urgência Pediátrica (EFUP), constituída por 3 pediatras, e as equipas rotativas que incluem os médicos da EFUP, médicos de outros setores do Serviço de Pediatria, que são médicos especialistas ou internos de pediatria e médicos prestadores de serviços. Durante os meses de outubro a março, estão escalados um elemento da equipa fixa e mais 4 elementos, totalizando 5, das 09 horas até às 14 horas, a partir das 14 horas estão escalados 5 elementos até à meia-noite, da meia-noite até às 09 horas estão escalados 4 elementos. Durante os fins-de-semana e de julho a setembro estão escalados 4 elementos das 09 horas às 14 horas, 4 elementos das 14 horas até à meia-noite e 3 elementos da meia-noite horas até às 09 horas. O médico pediatra mais experiente é o “chefe de equipa” médico.

Sendo a UP e a Unidade de Cuidados Especiais e Intensivos Pediátricos (UCEIP) parte integrante do Serviço de Pediatria, estas unidades, por vezes, partilham um médico pediatra, o que possibilita o cumprimento do Despacho n.º 10319/2014, o que garante que haja 2 pediatras de serviço. A UCIEP atua em grande proximidade com a UP, dando apoio em vários procedimentos, nomeadamente sedo-analgesia, situações emergentes e transporte intra-hospitalar.

A equipa de enfermagem é constituída por uma Enfermeira Chefe de serviço, uma enfermeira responsável e 37 enfermeiros distribuídos por cinco equipas, com cinco ou seis elementos por equipa com horário em *roulement*. Esta equipa é constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros com formação especializada em saúde infantil e pediátrica e em enfermagem de reabilitação.

Esta unidade conta com uma equipa de 18 AO, constituída na sua totalidade por elementos do género feminino, com uma média de idades de 50 anos, sendo que 78% da equipa têm mais 41 anos e 56% trabalham no serviço há mais de 10 anos.

3.1.1.2. Instalações

Em dezembro de 2022, foram realizadas obras de expansão dentro do contexto da pandemia de COVID-19, que resultaram na requalificação da UP e da UCIEP. A área da UP passou de 380 para 860 m², comportando, assim, dois circuitos de funcionamento independentes em dois espaços distintos. A Figura 3 representa a planta da UP com as alterações efetuadas. O espaço de existência primária corresponde à área de atendimento de utentes com patologia respiratória (ADR), zona sombreada a cor-de-rosa, onde foram criadas uma zona de pressão negativa e uma ligação direta à UCIEP (representado pelo número 1). Foi também criado outro acesso direto para a UCIEP na zona de não respiratórios (representado pelo número 3). No novo espaço, localizado num contentor pré-fabricado, são observados os utentes sem patologia respiratória, que está delimitado a verde.

Esta separação permitiu melhorar a prestação de cuidados de saúde, valorizando a segurança das crianças/jovens e suas famílias, e permitindo contextos profissionais adequados e de risco controlado. As ligações diretas realizadas permitiram o aumento da cooperação entre as duas unidades, partilhando e otimizando recursos humanos (médicos).

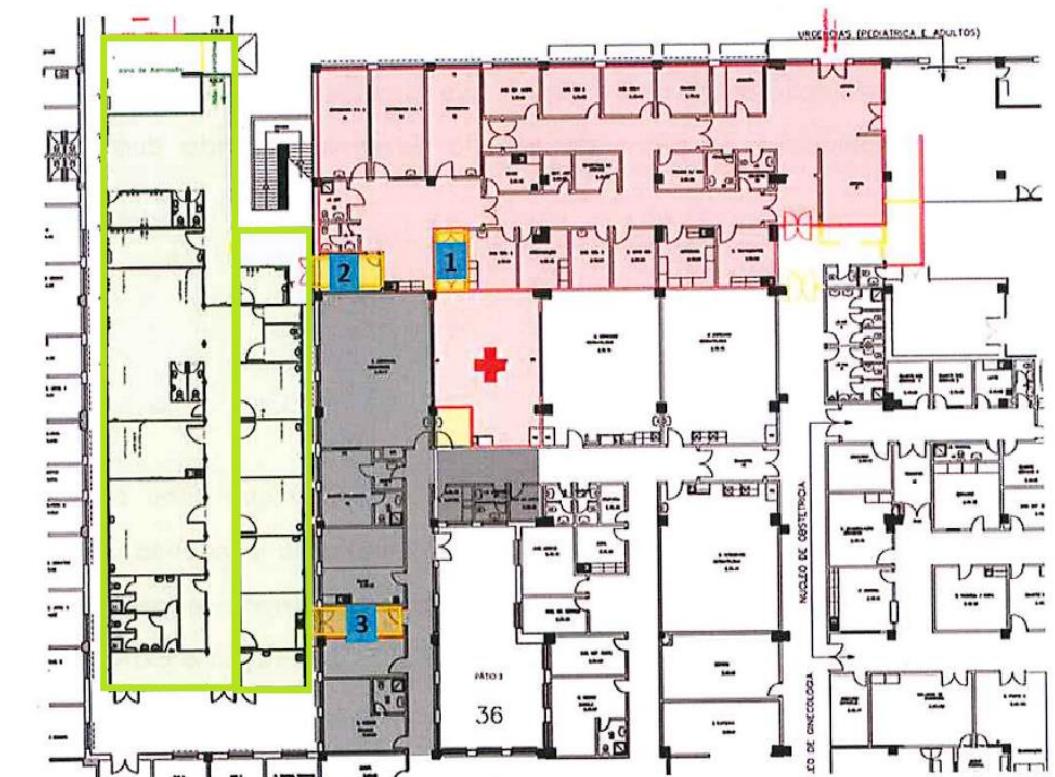


Figura 3.4 – Planta da Urgência Pediátrica (Departamento da Criança e do Jovem – Serviço de Pediatria – Urgência Pediátrica, 2022)

O aumento de instalações permitiu, também, dotar a UP de condições para que, todos os utentes que necessitem de procedimentos de pequena cirurgia ou ortopédicos, possam permanecer na UP, evitando a sua transferência para a Urgência Geral e cumprindo com o descrito no Despacho 10319/2014, publicado em DR a 11 de agosto 2014 que refere: “*Todo o atendimento clínico a crianças, incluindo o de foro ortopédico, cirúrgico e de outras especialidades de apoio, deve ser efetuado em áreas específicas, exclusivamente pediátricas*”.

3.1.1.3 Circuito de atendimento

A admissão das crianças e jovens é efetuada no decorrer das 24h, todos os dias da semana, no balcão de admissão existente à entrada do módulo pré-fabricado. Estas aguardam a chamada para a triagem na sala de espera da admissão, que é realizada através do sistema informático e/ou altifalante.

Após a conclusão da triagem, que é localizada no módulo pré-fabricado, o enfermeiro/a orienta a criança/jovem e sua família para a sala de espera respetiva, ADR ou não ADR, local onde aguardam a chamada médica, poderão ter alta ou ter de aguardar novamente na sala de espera, para realização de meios complementares de diagnóstico e/ou tratamentos.

As crianças e jovens que são encaminhados para a zona não ADR ficam na sala de espera adjacente à sala de triagem, no módulo pré-fabricado, porém as que são encaminhadas para a zona ADR têm de sair do módulo pré-fabricado e deslocar-se pela rua para o edifício até chegarem à porta que dá acesso à zona ADR, onde existe uma sala de espera dedicada.

Com exceção das crianças e jovens em risco iminente de vida, todos os utentes realizam a admissão no balcão administrativo, aguardando na sala de espera da admissão pela chamada para a triagem. Crianças e jovens em risco iminente de vida entram diretamente para a sala de reanimação, sendo prestados todos os cuidados necessários de imediato e, atempadamente, solicita-se que o familiar ou acompanhante efetue a admissão informática no balcão dos administrativos.

Crianças e jovens que necessitem de internamento podem ser acolhidas na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP) e no internamento de Pediatria. Em caso de necessidade urgente de cirurgia, o encaminhamento para o Bloco Operatório (BO) também é realizado pela UP, sendo acompanhado por um enfermeiro e uma AO durante a transferência.

A UICD é uma unidade pertencente à urgência pediátrica, encontrando-se fisicamente na zona ADR. Neste local são internadas crianças/jovens em fase aguda de doença, que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem permanentes, por um período não superior a 48h, sendo posteriormente encaminhadas para a UCIEP, para o internamento de Pediatria, para o BO, para outro Hospital ou tendo alta para o domicílio. Na UICD existem ao todo 9 vagas, 3 em quartos isolados (quartos de contenção) e 6 divididas por 2 quartos.

Crianças e jovens que necessitem de observação e/ou internamento por especialidades que o HFF não dispõe, são geralmente transferidas em ambulância medicalizada com o acompanhamento de enfermeiro e médico pediatra.

A UP conta ainda com o apoio das especialidades de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, que se encontram no posto de apoio 5, no mesmo piso que a UP mas mais próximo da torre Sintra. Estas especialidades têm um horário de funcionamento limitado das 8h00 às 20h00 durante os dias de semana, não havendo médico de chamada, o que por vezes é insuficiente para as necessidades.

No serviço de Urgência Geral (UG) encontram-se as especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia, que são muito requisitadas para a observação de utentes da UP. Idealmente estes seriam observados apenas no espaço físico da UP, evitando assim, que as crianças e jovens tenham que ser acompanhados por uma AO à UG para serem observados, porém, por vários motivos, esta situação nem sempre acontece, no entanto podemos afirmar que muitos dos

procedimentos do foro ortopédico e cirúrgico são realizados nas instalações da UP, normalmente sob sedo-analgesia com a supervisão do médico da UCIEP.

3.1.1.4 Funcionamento diário da UP

Cada equipa de enfermagem é gerida pelos chefes de equipa, um médico e um de enfermagem (normalmente os elementos mais experientes), que são responsáveis pela gestão diária da UP: os internamentos; as vagas; as reanimações; os transportes inter-hospitalares e o funcionamento geral da UP.

Cada turno inicia-se com a reunião de passagem de turno que se realiza em cada posto de trabalho, na presença do enfermeiro anteriormente alocado ao posto e na presença do enfermeiro que o vai render. As informações são transmitidas verbalmente, de modo a manter a continuidade dos cuidados, utilizando a metodologia ISBAR. Os chefes de equipa de enfermagem de ambos os turnos, também realizam uma reunião de passagem de turno entre si, transmitindo as informações pertinentes, relativas ao turno passado, e eventuais ocorrências relevantes para o correto funcionamento da UP. Estes estão também presentes na passagem de turno da UICD/quartos de isolamento, inteirando-se da situação clínica em que se encontram as crianças e/ou jovens internados. A reunião e passagem de turno médica ocorre nos respetivos gabinetes, em que o médico responsável pelos utentes em ambulatório da UP passa a informação ao médico que chega, de forma a garantir a continuidade de cuidados. Os chefes de equipa médicos passam entre si os utentes internados e os utentes com situações mais preocupantes do balcão.

Durante o turno as AO registam todos os “circuitos” efetuados, ou seja, todo o movimento de crianças e jovens pelo hospital, tais como: utentes transferidos para outras unidades, que realizem exames de imagem, observações por outras especialidades e outras situações. São também registadas todas as colheitas que são enviadas para o laboratório num livro específico para o efeito, com a identificação da criança (pelo menos o nome completo e número de processo), a amostra que é enviada, a assinatura de quem leva a colheita (a da AO), assim como, de quem recebe a amostra no laboratório.

No final de cada turno o enfermeiro chefe de equipa regista no livro de ocorrências todos os eventos pertinentes para o correto funcionamento da UP. Estes dizem respeito à afluência de cada turno, o número de “circuitos” e de análises laboratoriais realizadas, material e equipamento emprestado a outros serviços ou alvo de pedido de manutenção, pessoal presente, utilização do carro de reanimação, mala de transporte, entre outros assuntos. É um livro oficial que fica armazenado durante o tempo legal preconizado.

No HFF os registo clínicos são efetuados no processo clínico eletrónico do utente. Este encontra-se informatizado através do programa *Sorian Clinicals®*, onde se registam as intervenções efetuadas em ambulatório (triagem, registo de urgência, observações médicas, prescrições, qualquer intervenção realizada, todos os MCDT's, entre outros) e as intervenções implementadas na UICD/quarto de isolamento (notas de turno, nota de observação médica, vigilâncias e monitorizações, avaliação inicial de enfermagem, nota de alta/transferência, registo de administração de medicação, entre outros).

Existe também um formulário, em formato informático, onde o chefe de equipa de enfermagem efetua o registo de todas as crianças e jovens internados e/ou transferidos, intra ou extra hospital, assim como o seu diagnóstico. Trata-se de uma base de dados interna, em *Microsoft Excel®*, para registo e análise de dados.

3.1.1 Análise da UP

Para que a UP possa melhorar continuamente e para definir uma estratégia para o fazer, é essencial que se defina a situação como está (*as is*), o que significa que é necessário analisar quais são as oportunidades e ameaças externas à organização, que possam favorecer (oportunidades) ou ameaçar (ameaças) esta melhoria, e também analisar características da organização podem ser melhoradas (fraquezas). Portanto, uma análise SWOT será a mais indicada. Esta é baseada nos dados obtidos através das entrevistas realizadas, questionários aplicados aos profissionais, relatórios institucionais e pesquisa relacionada com o setor (figura 3.5).

A análise SWOT é uma ferramenta de planeamento estratégico utilizada para avaliar os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças de uma técnica, processo, situação ou organização. Baseia-se na análise de fatores internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças) para determinar a trajetória futura mais adequada de uma organização. Amplamente aplicada em setores como engenharia, defesa, aviação, automóvel, imobiliário, turismo e cuidados de saúde, a análise SWOT pode ser realizada através de vários métodos como a matriz e o diagrama SWOT. É um elemento crucial da gestão estratégica, oferecendo orientações para preservar os pontos fortes, mitigar os pontos fracos e otimizar os lucros, através do aumento das oportunidades de negócio disponíveis (Ghazinoory *et al.*, 2011; Van Wijngaarden *et al.*, 2012).



Figura 3.5 – Análise SWOT da UP

Capítulo 4 - Resultados obtidos

4.1 Entrevistas aos profissionais

Neste trabalho pretendeu-se analisar a opinião dos profissionais sobre os desafios oportunidades, barreiras para a implementação de *Lean* na UP, quais os facilitadores para a implementação e como medir o sucesso deste tipo de iniciativas. Para atingir este objetivo foram realizadas 8 entrevistas semiestruturadas, áudio-gravadas, tendo por base um guião de entrevista (Anexo 1). Foi utilizada a metodologia de Gioia que permite uma análise sistemática de análise dos dados (Magnani & Gioia, 2022).

De forma a facilitar a visualização das dimensões, e os conceitos de primeira e segunda ordem foram elaboradas tabelas para cada dimensão, juntamente com as perguntas realizadas e os respetivos conceitos.

Tabela 2.1 - Primeira dimensão agregada e os seus conceitos

Pergunta realizada	Conceitos de 1ª ordem	Conceitos de 2ª ordem	Dimensão agregada
Quais são para si os principais desafios que a UP enfrenta atualmente? Como por exemplo, o fluxo de utentes, o tempo de espera e a utilização de recursos.	<p>C2 – “é a falta de recursos, é a elevada afluência”;</p> <p>C2 – “Aí temos algumas limitações pela falta de recursos para contratar, pela dificuldade.”</p> <p>B3 – “a grande maioria dos nossos utentes são azuis e verdes, portanto, nem sequer deveriam vir à urgência, e obviamente estão a fazer um consumo de recursos humanos exagerado e a não libertar os recursos humanos para aquilo que realmente era preciso”;</p> <p>C2 – “Eu acho que, mais uma vez, é o mesmo desafio, as pessoas que trabalham numa urgência têm que ter a noção das dificuldades que nós temos, em termos da missão que não é nossa, que é a triagem dos doentes”;</p> <p>A2 – “Olha, eu acho que um dos problemas que nós temos neste momento na urgência pediátrica e posso pôr a nível do hospital, temos aqui uma coisa que é fundamental, que tem a ver com lideranças, com espírito de equipa, sentimento de pertença e de responsabilidade de dar, eu não vou dizer satisfações, mas de dar resposta a alguém.”;</p> <p>A2 – “A urgência pediátrica tem uma equipa de enfermagem, que é fixa, tem um sentimento de pertença, mas tem uma equipa médica que não é de nada, não pertence lá. Os serviços de urgência têm este problema que é, não é um serviço totalmente composto, só tem enfermeiros e tem auxiliares, tudo o resto caem lá por acaso. E isto faz com que as pessoas tenham alguma dificuldade do sentimento e equipa de pertença.”;</p> <p>B3 – “É evidente que as pessoas desdobram, há custa de horas extra.”;</p> <p>B2 – “E eu acho que nós estamos numa fase, em que eu sinto, pelo menos entre os médicos, um bocadinho que essas pessoas estão muito cansadas, chateadas, zangadas. Mas a pessoa pensa, olha...pá não... não é? Porque eu vou fazer isto daqui?”;</p> <p>B2 – “Não há, nós somos maltratados, nós profissionais de saúde somos maltratados, não é?”;</p> <p>A1 – “Mas os pediatras fogem todos da urgência.”;</p> <p>A2 – “Portanto, o que a gente ouve é, nós precisamos de gente para fazer urgência, nós não podemos fechar a urgência, nós estamos aqui para fazer bancos, nós estamos aqui a fazer urgência e o que queremos fazer é, temos que cumprir estas horas, ver despachar e meia-volta e força.”</p> <p>B2 – Igualmente, temos muitas pessoas, umas que gostam mais e têm mais perfil de urgência que outras, e isso faz com que há dias que a coisa possa não funcionar tão bem, porque há pessoas que têm um perfil muito bom e funcionam muito bem em consulta, e depois num ambiente de urgência não é o ambiente delas, e, portanto, perdem um bocadinho esta fluidez.”</p> <p>B2 – “Porque às vezes fica desorganizado, e depois é muito exigente, não é? Porque desorganizado no sentido de que vêm doentes que não deviam vir”;</p> <p>C2 – “A urgência ser uma terra de ninguém nunca tem bom resultado. Uma pessoa que só vem trabalhar 12 horas na urgência e depois quando acaba o seu turno, 12h ou 24h por semana, acaba o seu turno e vai-se embora e nunca chega a inteirar, só preocupar-se com a forma de funcionar da urgência e por isso vão cometendo sempre pequenos "erros", com desperdício de tempo, porque há sempre ali coisas que fazem de forma menos correta.”;</p> <p>A2 – “A urgência pediátrica é o quê? Pertence a quem? Quem é o dono daquilo? O dono no sentido, não é o patrão em si, mas é a pessoa que assume a liderança do serviço, vamos aqui todos trabalhar. A urgência pediátrica tem uma equipa de enfermagem, que é fixa, tem um sentimento de pertença, mas tem uma equipa médica que não é de nada, não pertence lá.”.</p>	<p>Elevada afluência;</p> <p>Recursos limitados;</p> <p>Inexistência de referenciamento;</p> <p>Falta de resposta nos CSP;</p> <p>Sentimento de pertença</p> <p>Liderança</p> <p>Obrigação de trabalhar na urgência</p> <p>Cansaço dos profissionais</p> <p>Desmotivação dos profissionais</p> <p>Conformismo</p> <p>Obrigação de trabalhar na urgência</p> <p>Organização do trabalho</p> <p>Conformismo</p> <p>Desperdício</p> <p>Liderança</p>	Desafios

Tabela 3.2 - Segunda dimensão agregada e os seus conceitos

Pergunta realizada	Conceitos de 1ª ordem	Conceitos de 2ª ordem	Dimensão agregada
Quais são para si as oportunidades que a UP apresenta?	A1 – “Então, acho que prestamos aos cuidados de saúde pediátricos, filosofia dos cuidados tanto não traumáticos como centrados na família, somos top.”; C2 – “Não, mas este desafio é o que faz com que a urgência seja um sítio bom para pensar nestas coisas.”	Sensação de boa prestação de cuidados Encarar os desafios como oportunidades de melhorar	Oportunidades

Tabela 4.3 - Terceira dimensão agregada e os seus conceitos

Pergunta realizada	Conceitos de 1ª ordem	Conceitos de 2ª ordem	Dimensão agregada
Quais são para sim as principais barreiras à implementação deste tipo de projetos na UP? Como por exemplo, resistência à mudança, falta de recursos ou a cultura organizacional.	B3 - “Ou seja, quem está na parte da gestão vê números de consultas feitas que o utente já teve. Produção. Produção. Pura e dura. Mas a produção pode ter, às vezes, ou seja, a produção é o que se está a ver, é o imediato, é a foto. E se eu tiver, se eu medir também a satisfação e se eu tiver a abertura de espírito para ver, eu posso baixar um bocadinho a produção, mas eu tenho as pessoas mais satisfeitas.” B3 – “mas a sensação que eu tenho da dificuldade em implementar, é porque não dependem só de nós, dependem muito da tutela, de orientações, a pessoa não gera isto como a sua casa ou a sua quinta, porque se fosse talvez as coisas funcionassem melhor.” A1 – “Agora tu tens uma ideia e consegues implementá-la mais facilmente, porque tinha que passar, tinha que subir mais uma escadinha em hierarquia e pedir-se, consentimento, não é?”, A3 – “Uma hierarquia demasiado rígida, que não se atualiza”; B1 – “Uma grande barreira e depois não depende de nós, não, depende sempre.... Da chefia, de aprovar, e há toda uma hierarquia, que é viável e necessário para essa implementação.”; B1 - “Por que, cada serviço tem a sua chefia, tudo bem, mas não há uma comunicação, não é?”, B1 – “Dentro do departamento, sim, parecemos pequenas ilhas que pertencem ao arquipélago, não é?”, A1 – “São serviços apesar de pertencerem a um mesmo departamento são serviços muito fechados. E é o mesmo serviço”; A2 - Mas tem que se mudar a ideia de que os enfermeiros, a equipa da urgência geral, do serviço de urgência, não é uma equipa igual a uma equipa de um internamento. Porquê? A questão... os cuidados são diferentes, a prestação de cuidados são diferentes e as pessoas têm dificuldade em perceber a gestão de um lado e a gestão do outro.”.	Os gestores ligarem demasiado aos números; Necessidade de projetos aprovação da tutela; Hierarquia na organização dificulta a implementação; Falta de comunicação Pensamento em silo	Barreiras

Tabela 5.4 - Quarta dimensão agregada e os seus conceitos

Pergunta realizada	Conceitos de 1 ^a ordem	Conceitos de 2 ^a ordem	Dimensão agregada
Na sua opinião quais são os facilitadores que a UP apresenta para implementar este tipo de iniciativas	<p>B3 – “E o facto de a equipa ser comum, de ser tudo o mesmo serviço, entre enfermaria, intensivos e urgência, permite que o fluxo dos doentes seja mais facilitado do meu ponto de vista.</p> <p>Com constrangimentos, como é óbvio, e isto falo quando há necessidade de internamento, as pessoas já sabem quando é que devem mandar os meninos para não estarem muito tempo à espera, para depois não perturbarem quem está na enfermaria, como é que agora fizemos as obras para otimizar a entrada dos miúdos na UCIEP, portanto tudo isso são circuitos que foram otimizados do ponto de vista logístico, digamos assim.”;</p> <p>B3 – “As grandes oportunidades são, é assim, vamos lá ver, para já ter uma equipa motivada eu acho que temos. Portanto, tudo quanto se propõe no sentido de uma melhoria, nem que seja de uma coisa que pode parecer ínfima, mas que poupa não só trabalho às pessoas, como tempo, as pessoas aderem.</p> <p>E a grande resistência à mudança que é normalmente o drama, não é aqui tão vincada.”;</p> <p>B3 – “Há essas partes informáticas que isto hoje está tudo no <i>Soarion</i>, é muito fácil medir coisas.”;</p> <p>B3 – “A informática facilita muito o procedimento. Facilita depois muito a análise.”;</p> <p>B1 – “Depois temos um sistema informático que nos ajuda.”;</p>	<p>Equipa comum</p> <p>Baixa resistência à novos projetos</p> <p>Sistema informático</p>	Facilitadores

Tabela 6.5 - Quinta dimensão agregada e os seus conceitos

Pergunta realizada	Conceitos de 1 ^a ordem	Conceitos de 2 ^a ordem	Dimensão agregada
Na sua opinião como é que poderíamos medir este tipo de iniciativas?	<p>C2 – “Agora, em termos muito objetivos no dia a dia, levar em consideração marcadores de tempo, ou seja, o tempo permanência dos utentes na urgência, depois o tempo até a admissão e a triagem, da triagem à primeira observação médica, então a primeira observação médica e à alta médica, por exemplo, o tempo global de permanência na urgência e os recursos utilizados, sem dúvida alguma, observação médica, terapêutica, exames...”;</p> <p>A3 – “Eu considero que, numa urgência, os indicadores mais relevantes são realmente os tempos de espera. E se são os tempos de espera, nós podemos eleger isso como o nosso objetivo principal e criar indicadores com base nesse caso.”;</p> <p>C1 – “Claro que o tempo de espera, pronto, acho que é inquestionável.”;</p> <p>C1 – “E por isso é que eu acho importante os inquéritos de satisfação, porque se calhar podes estar a apostar em coisas que não são mais importantes para o utente.”</p> <p>B3 – “E outra coisa que eu considero fundamental, que é o grau de satisfação do nosso objeto de atuação.”;</p> <p>A1 – “Satisfação do utente. Satisfação da própria equipa.”;</p> <p>B1 – “A nível da avaliação da satisfação com questionários, tanto para o colaborador, para o utente...”;</p> <p>B3 – “Neste caso o utente. Mas também os profissionais.”;</p> <p>B2 – “Tens sempre os inquéritos, não é? Eu acho que os inquéritos dos profissionais...”;</p> <p>B3 – “Porque se a gente não tiver profissionais satisfeitos, nada feito.”</p>	<p>Medir os tempos</p> <p>Medir a experiência dos utentes</p> <p>Medir a satisfação dos profissionais</p>	Medir o sucesso

Relativamente aos desafios que a UP enfrenta, quase todos os entrevistados salientam que a afluência de utentes é elevada, sobretudo devido à falta de resposta dos CSP, um aspeto que já havia sido evidenciado por Moura & Barros (2018). A necessidade de triar e dar resposta a utentes, que se tivessem opção, deveriam recorrer ao CSP, coloca na UP uma enorme pressão. É também de salientar que a obrigatoriedade dos trabalharem na UP, essencialmente com recurso a horas extraordinárias, faz com que este grupo profissional fique “cansado”, desmotivado. O que resulta numa falta de sentimento de pertença à unidade, aumentando o conformismo e “presentismo”, o que significa que não estão totalmente integrados no dia-a-dia da UP. Esta dinâmica afeta o funcionamento da urgência, influenciando todos os outros grupos profissionais e diminuindo a eficiência da UP.

As oportunidades identificadas foram a necessidade de dar resposta a elevada afluência de utentes, a maior parte destes de baixa prioridade (como evidenciado nos relatórios do departamento de pediatria). Esta necessidade é encarada como uma oportunidade de implementar novas metodologias que auxiliem no objetivo principal da UP: tratar os utentes com doença grave.

Na dimensão das barreiras evidenciada uma hierarquia que dificulta a implementação de novos projetos, uma gestão que dá mais importância aos números de produção e, que por vezes, tem dificuldade em perceber qual é o valor dos cuidados prestados. Está, também, presente a sensação de um “pensamento em silo” (descrito na filosofia *Lean*) entre as várias unidades, o que é evidenciado por uma falta de comunicação e de liderança eficaz.

Os facilitadores descritos foram a baixa resistência dos profissionais e da organização à implementação de novos projetos e um sistema informático que auxilia no funcionamento diário da UP e na obtenção dos dados para análise.

Como forma de medir o sucesso deste tipo de iniciativas foi relatado como essencial a medição dos tempos: tempo para a triagem, tempo de espera para observação médica, tempo de espera para os MCDT, tempo de espera para internamento e o tempo geral de estadia na UP. Foi também mencionado, por vários entrevistados, que é essencial medir e avaliar a experiência dos utentes e a satisfação dos colaboradores.

4.2 Questionários aos profissionais

4.2.1 Questionário das Organizações altamente fiáveis (*High Reliability Organizations – HRO*)

A aplicação do questionário HRO na amostra permitiu avaliar a magnitude do desenvolvimento das dimensões essenciais à cultura de fiabilidade, bem como a performance global da unidade perante o inesperado.

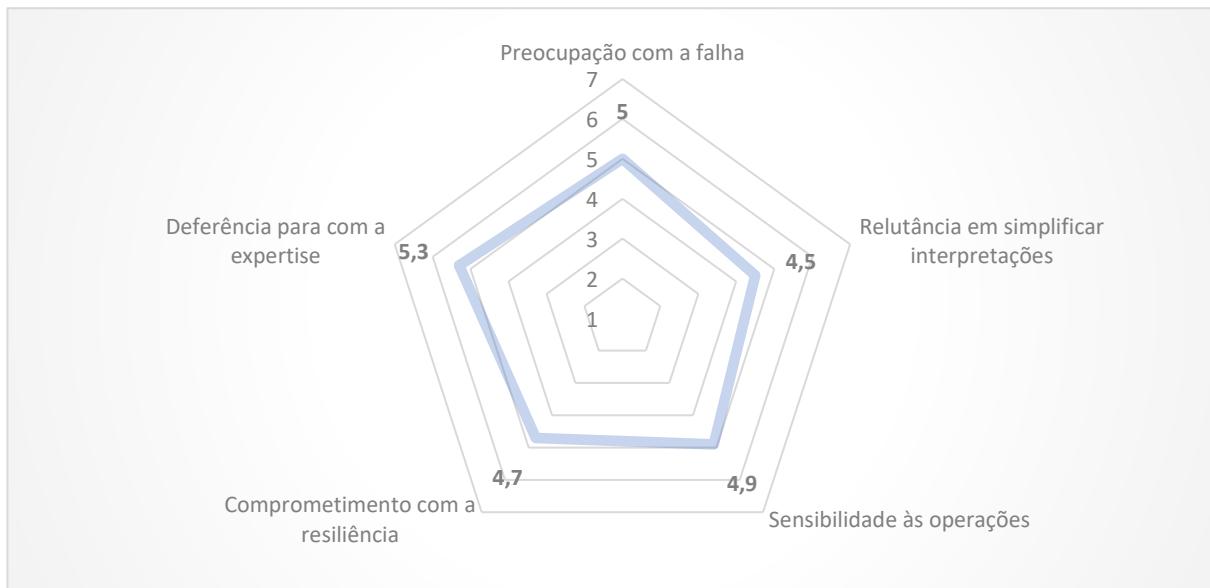


Figura 4.1 – Gráfico OAF resultados totais

Após o cálculo dos valores médios, realizou-se uma análise das estatísticas descritivas obtidas para os processos de fiabilidade. Os resultados dos questionários (figura 4.1) indicam que o grupo tem um nível de fiabilidade moderado, pois todas as médias estão entre 4,5 e 5,3 em uma escala de 1 a 7. O processo com a maior média é a deferência para com a expertise, com 5,3, o que significa que o grupo respeita e valoriza o conhecimento e as habilidades dos outros membros para lidar com as diversas situações que podem ocorrer na UP. O processo com a menor média é a relutância em simplificar interpretações, com 4,5, o que significa que o grupo revela uma tendência moderada para evitar simplificações na interpretação das causas e consequências dos eventos. Portanto, existe margem para melhorar a procura de perspetivas mais variadas e heterogéneas, evitando simplificações ou generalizações.

As tabelas com os resultados de todos os grupos profissionais colocam-se em anexo (Anexo 5)

4.2.2 Questionário da Interação Líder-Membro (*Leader-Member Exchange – LMX*)

Os gráficos apresentados mostram uma síntese (figura 4.2) das classificações de LMX, fornecendo uma visão abrangente das percepções dos membros dos vários grupos profissionais, acerca da qualidade das interações com os seus líderes.

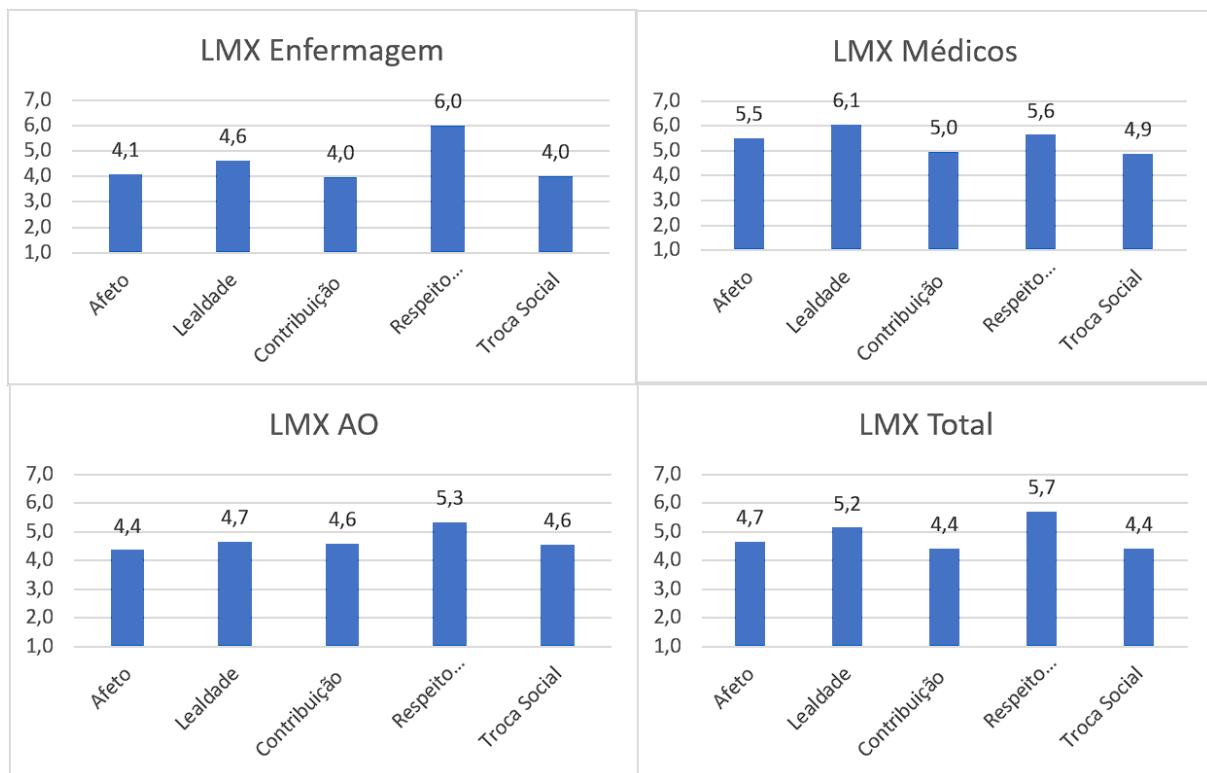


Figura 4.2 - Gráficos LMX

Relativamente aos resultados totais, notamos que o afeto tem uma média de 4,7 sugerindo que os profissionais sentem um nível moderado de afeto nas relações com o seu líder, é de referir que o resultado do afeto é mais elevado para os médicos com 5,5.

Os resultados médios totais da lealdade é de 5,2 o que revela uma lealdade moderadamente elevada, sendo que os resultados dos médicos mostram um resultado de lealdade de 6,1, sugerindo um grau elevado de lealdade para com o seu líder.

Na contribuição temos uma média total de 4,4, que indica que os profissionais sentem que contribuem de uma forma significativa para a equipa. Devemos realçar que mais uma vez este valor é mais elevado no grupo dos médicos com 5,0.

O valor da dimensão respeito profissional mostra uma média total de 5,7, e é a dimensão avaliada com o valor mais elevado, indicando que os profissionais têm um alto nível de respeito profissional pelo seu líder, o valor é mais elevado desta vez no grupo da enfermagem, com 6,0. Estes resultados sugerem que os profissionais veem o líder como competente e respeitam a sua experiência e conhecimento.

Por último temos a troca social com uma média total de 4,4, sugerindo que os profissionais sentem que existem uma troca social equitativa com o seu líder.

Em síntese, podemos concluir que o respeito profissional e a lealdade são as dimensões que se destacam como as mais proeminentes neste contexto. Serão colocadas em anexos as tabelas com que deram origem a estes gráficos (Anexo 3). A percepção dos membros em relação à qualidade da interação com os líderes é um fator crítico para uma implementação bem-sucedida das metodologias *Lean*. Pontuações de LMX mais elevadas podem estar associadas a uma maior receptividade e envolvimento por parte dos membros em relação às mudanças propostas.

4.2.3 Questionário *Job Diagnostic Survey* (JDS)

As tabelas que se seguem mostram os resultados dos questionários do JDS aos diferentes grupos profissionais. São apresentados os resultados das dimensões avaliadas assim como a pontuação do IPM. Estes dados foram avaliados com o auxílio da tabela elaborada por Hackman e Oldham que apresenta as médias de médias e os desvios padrão para várias funções laborais específicas. Estas normas permitem ao investigador determinar se as características do trabalho avaliado estão em linha com as normas apropriadas (Hackman & Oldham, 1980).

A “família profissional” da profissão médica é, segundo Hackman & Oldham (1980), considerada profissional ou técnica. Segundo os resultados obtidos (tabela 4.6), podemos verificar que os médicos percecionam o seu trabalho com variado, identificável, significativo, com *feedback* adequado, porém com um baixo nível de autonomia. Portanto, o IPM fica abaixo da média preconizada, o que indica que uma baixa motivação intrínseca para o trabalho.

Tabela 7.6 – JDS Médicos

Médicos	Média da amostra	Média de Hackman & Oldham	Desvio padrão de Hackman & Oldham
Variedade	4,6	5,4	± 1
Identidade da tarefa	4,6	5,1	± 1,2
Significado da tarefa	4,9	5,6	± 0,95
Autonomia	4,2	5,4	± 1
Feedback do trabalho	4,9	5,1	± 1,1
IPM	96,726	154	± 55

A Enfermagem também é considerada uma função profissional ou técnica pelo que os valores normativos de média e desvio padrão de Hackman & Oldham são os mesmos que os valores dos médicos. (tabela 4.7).

Tabela 8.7 – JDS Enfermagem

Enfermagem	Média da amostra	Média de Hackman & Oldham	Desvio padrão de Hackman & Oldham
------------	------------------	---------------------------	-----------------------------------

Variedade	4,7	5,4	± 1
Identidade da tarefa	4,9	5,1	$\pm 1,2$
Significado	5,1	5,6	$\pm 0,95$
Autonomia	4,5	5,4	± 1
Feedback do trabalho	4,4	5,1	$\pm 1,1$
IPM	97,02	154	± 55

Os resultados obtidos dos profissionais de enfermagem apresentam valores mais altos do que a média de Hackman & Oldham em todas as características do trabalho. No entanto, tendo em conta o desvio padrão, a média da autonomia está muito perto o limite inferior definido pela norma, o que se reflete num IPM abaixo da média definida. Isto significa que os profissionais de enfermagem percecionam o seu trabalho como variado, identificável, significativo e com *feedback* adequado. Contudo, existe uma limitação na sua autonomia, o que afeta a sua motivação intrínseca para o trabalho.

A função de AO, segundo a classificação de Hackman & Oldham, pertence à “família de trabalho dos serviços”, tendo diferentes valores normativos (tabela 4.8).

Tabela 9.8 – JDS AO

Assistentes operacionais	Média da amostra	Média de Hackman & Oldham	Desvio padrão de Hackman & Oldham
Variedade	5	5	$\pm 1,4$
Identidade da tarefa	5,3	4,7	$\pm 1,2$
Significado	5,1	5,7	± 1
Autonomia	4,9	5	$\pm 1,2$
Feedback do trabalho	5,1	5,1	$\pm 1,2$
IPM	128,282	152	± 70

Os resultados obtidos dos questionários aplicados às AO revelam que todas as dimensões avaliadas estão em linha com os valores normativos de Hackman & Oldham. Assim, podemos afirmar que as AO percecionam o seu trabalho como variado, identificam-se com as tarefas que cumprem, estas têm significado para si, têm um bom nível de autonomia e de *feedback* no seu trabalho. Portanto, o IPM está em linha com a média, permitindo-nos afirmar que estas profissionais apresentam um grau adequado de motivação intrínseca para o trabalho. As tabelas com os resultados originais encontram-se no Anexo 7.

4.2 Questionários aos utentes

Os questionários aplicados pretendem avaliar a experiência dos utentes, procurando saber o que estes valorizam mais na sua ida à UP, o primeiro dos princípios *Lean*. Estes avaliam, especificamente, o tempo de espera, a limpeza, a comunicação dos profissionais de saúde, a informação fornecida, o apoio emocional prestado aos utentes, conforto do ambiente e a

satisfação global com os cuidados prestados. Por uma questão de limitação espaço serão apresentados resumidamente apenas os resultados mais relevantes, ficando as tabelas com os resultados totais em anexo (Anexo 10)

Relativamente ao tempo de espera, os resultados mostram que a maioria os utentes sentiram que esperaram menos tempo do que pensavam ou que não esperaram muito tempo (74%).

Tendo em conta a limpeza do serviço, a maioria dos utentes inquiridos referiram que a área de espera estava muito limpa ou limpa (96%).

No aspeto da comunicação dos profissionais com os utentes, os resultados mostram que a grande maioria dos utentes sentiram que os profissionais procuraram explicar o que se passava a criança/jovem de forma que compreendessem (84%) e explicaram o que estavam a fazer de forma que compreendessem (94%).

Os utentes inquiridos revelaram que sentiram que, de um modo geral, a informação fornecida foi suficiente (92%), que os profissionais de saúde informaram o que deviam ter em atenção de casa (72%) e que informaram o que fazer ou contactar após a visita à UP, caso estivessem preocupados (78%).

A grande maioria dos utentes revelou, também, que sentiram que os profissionais de saúde tiveram o cuidado de fazer tudo ao seu alcance para que a criança, o jovem e o acompanhante se sentissem calmos e tranquilos (90%)

Quando inquiridos acerca do conforto e ambiente, 46% dos utentes referiram que não havia o suficiente para manter a criança/jovem ocupado enquanto esperavam e 14% referiram que havia algumas distrações, mas não as suficientes, sendo um aspeto que claramente terá de ser melhorado.

O resultado da satisfação global com o serviço prestado também se revelou positiva, com 74% dos utentes a referir que a criança/jovem foi muito bem tratado e 26% referiram que foram bem tratados. A maior parte dos inquiridos (80%) referiram, também, que o principal motivo da vinda à UP foi bem abordado.

Relativamente às questões de resposta aberta, a maioria dos utentes enalteceram a simpatia e a atenção dispensada pela equipa de profissionais, revelando uma elevada satisfação dos cuidados prestados.

Capítulo 5 - Análise crítica

O principal desafio da UP é a elevada afluência de utentes, principalmente de baixa prioridade, devido à inexistência de resposta por parte dos cuidados de saúde primários. Esta situação dificulta a principal missão da urgência, que é prestar cuidados de saúde a crianças e jovens com doença grave. À luz da filosofia *Lean*, este cenário revela um desperdício de recursos, visto que a capacidade da UP é sobrecarregada com utentes com situações que poderiam ser tratados de forma mais eficaz em outros níveis de cuidados.

Apesar da integração da equipa médica entre o internamento e a UP ser referida, nas entrevistas, como um ponto positivo, porém, na prática, os médicos acabam por se sentir desvinculados da urgência. Além disso, para manter a UP operacional 24 horas por dia, 7 dias por semana, é essencial recorrer a horas extra dos médicos, o que leva a um desgaste destes profissionais. A obrigatoriedade de cumprir funções na UP gera desmotivação, conformismo e "presentismo", afetando toda a equipa de profissionais, gerando desorganização e ineficiências. Com a equipa médica fragmentada entre diferentes serviços, existe uma falta de liderança, como evidenciado pelos entrevistados, com o termo "...terra de ninguém...". Este desafio é exacerbado pela dificuldade de contratação de mais médicos, por dificuldade de autorização da tutela e por constrangimentos no mercado de trabalho.

É também evidente um “pensamento em silo” e uma falta de comunicação dentro do departamento de pediatria, situação que poderia ser mitigada com uma hierarquia mais flexível, uma maior autonomia dos profissionais, sistemas de comunicação mais eficazes e a promoção uma cultura de colaboração e transparência. Além disso, a formação e desenvolvimento contínuo dos profissionais podem desempenhar um papel fundamental na melhoria da comunicação e da eficiência operacional. O “pensamento em silo” e a falta de comunicação são áreas de melhoria que ressoam com os princípios *Lean*, que valorizam a colaboração, a transparência e a comunicação eficaz como elementos-chave para a eficiência operacional.

Considerando os resultados dos questionários das HRO torna-se evidente que devemos fomentar o aspeto de deferência para com a *expertise*, promovendo o respeito e a valorização da experiência e conhecimento especializado dos profissionais, o que contribui para um ambiente de trabalho mais colaborativo e eficaz. Fica também evidente que podemos adotar uma abordagem mais cuidadosa e abrangente na análise de situações e na tomada de decisões. Em vez de adotar soluções superficiais ou generalizadas, os profissionais devem ser encorajados a considerar uma variedade de perspetivas e a compreender as causas e consequências dos eventos de forma mais completa e profunda.

Os resultados dos questionários LMX demonstram um nível moderado de afeto em relação ao líder, com os médicos a revelar um valor mais elevado. A lealdade é considerada moderadamente elevada, com os médicos a revelar um comprometimento mais forte. Quanto à contribuição para a equipa, os profissionais, em especial os médicos, sentem-se significativamente envolvidos. A dimensão de respeito profissional é avaliada positivamente, com a equipa de enfermagem a demonstrar um elevado grau de respeito pelo seu líder.

Nos resultados dos questionários JDS podemos verificar que a autonomia dos profissionais está afetada, sobretudo no grupo dos médicos. Esta limitação autonomia acaba por impactar a motivação intrínseca para o trabalho, tanto dos médicos como dos enfermeiros. Este aspeto destaca a importância de capacitar e valorizar a participação ativa destes profissionais, de forma fazerem parte do processo de tomada de decisão, contribuindo, assim, de forma significativa para a melhoria de processos e de cuidados de saúde para os utentes.

Os questionários aplicados aos utentes indicam uma elevada satisfação geral, porém, há espaço para melhoria no que diz respeito à disponibilização de atividades para as crianças e jovens durante a espera. A sugestão de disponibilizar brinquedos na sala de espera visa criar um ambiente mais agradável, reduzindo a impaciência dos utentes e, consequentemente, o desconforto dos pais, o que pode contribuir para um ambiente de trabalho mais harmonioso para a equipe de profissionais. A consideração das necessidades e conforto dos utentes é um aspecto essencial da abordagem *Lean*, que coloca grande ênfase na entrega de valor ao utente.

Em suma, os resultados revelam uma panorâmica abrangente dos desafios e oportunidades da UP oferecendo uma base sólida para iniciativas de melhoria, visando a excelência no atendimento pediátrico. A análise à luz da filosofia *Lean* destaca a importância de promover a eficiência, a comunicação eficaz, a colaboração, a satisfação dos profissionais e a satisfação dos utentes. As áreas de oportunidade identificadas oferecem uma base sólida para iniciativas de melhoria que visam alcançar a excelência no atendimento pediátrico na UP.

Capítulo 6 - Projeto de Intervenção

O projeto de intervenção consiste em cinco fases sequenciais, conforme apresentado na tabela 10. As três primeiras fases são preparatórias e terão a duração estimada de três meses. Após estas etapas preparatórias serão implementadas as atividades daí decorrentes, que se planeia ter a duração de três meses. Finalmente temos a fase de controlo e monitorização das atividades propostas que terá a duração de seis meses. Nesta fase serão verificados os resultados alcançados e as possíveis correções a serem realizadas.

Tabela 6.1 - Cronograma de intervenção

Fase	Cronologia	Atividades
Planeamento	1 mês	<ul style="list-style-type: none">• Criação da equipa;• Planeamento de estratégia e definição de objetivos;• Identificação de áreas críticas.
Mapeamento dos processos críticos	1 meses	<ul style="list-style-type: none">• Obtenção de dados;• Observação no terreno;• Envolvimento dos profissionais e utentes;• Mapeamento da situação atual.
Propostas de melhoria	1 meses	<ul style="list-style-type: none">• Mapeamento do estado futuro;• Obtenção de sugestões de melhoria;• Priorização de sugestões de melhoria.
Implementação	3 meses	<ul style="list-style-type: none">• Aplicação das intervenções;• Desenvolvimento de novos projetos;• Pequenos ciclos de mudança
Controlo e monitorização	6 meses	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de gestão visual;• Planos de auditoria.

6.1 Mapa de processos

O seguinte mapa de processos (figura 7) mostra as diferentes etapas no atendimento dos utentes que recorrem à UP. Ao identificar os aspetos onde existem oportunidades de melhoria com uma estrela, é mais fácil de perceber que mudanças podem ser realizadas.

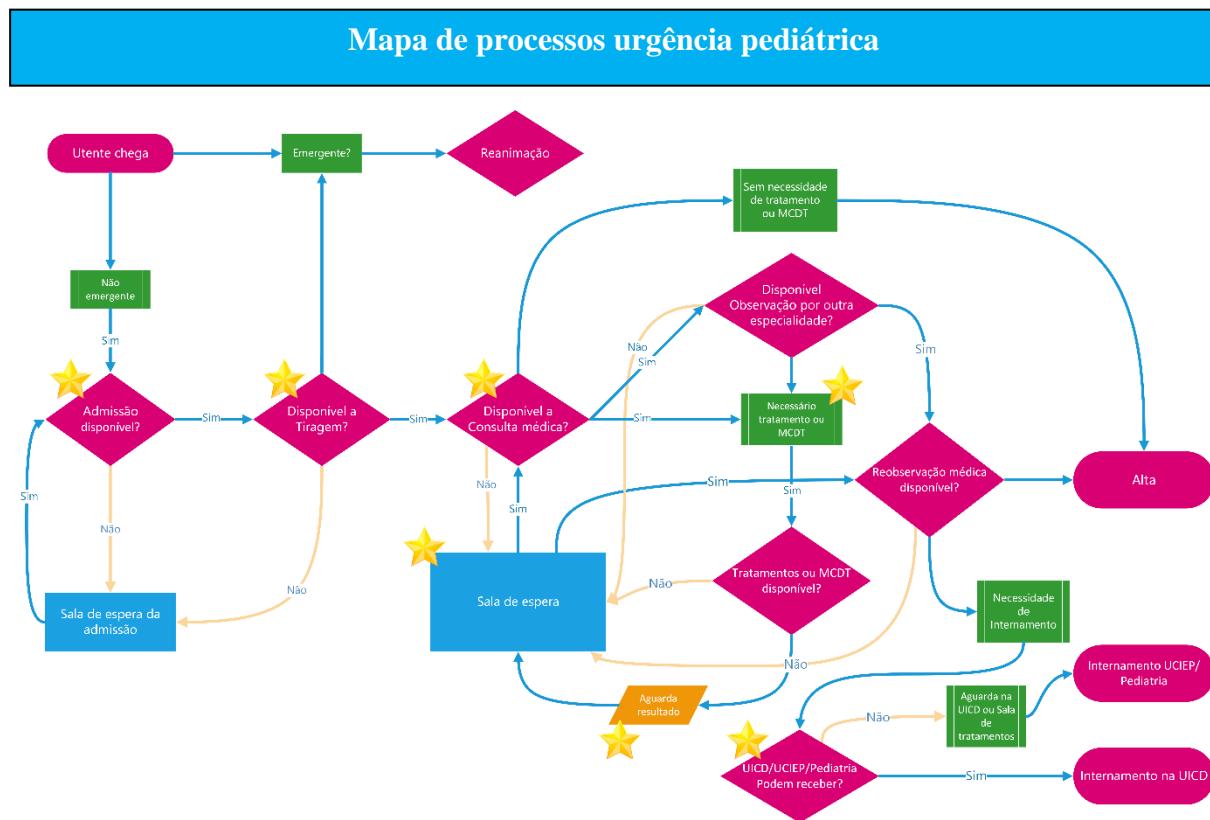


Figura 6.1 - Mapa de Processos com pontos a melhorar

Foi identificado que a admissão de utentes pode ser melhorada, nomeadamente com a simplificação e digitalização dos processos de registo e admissão, implementando, por exemplo, quiosques de registo automático. A implementação deste tipo de quiosques procura diminuir o tempo global de admissão, especialmente durante os picos de afluência.

Relativamente à triagem, podemos procurar instituir uma segunda sala de triagem, que seria utilizada para dar resposta aos picos de afluência que podem ocorrer. Esta sala poderia ser um gabinete flexível, que seria utilizado tanto como uma segunda sala de triagem, como um gabinete médico, dando primazia à triagem, quando houvesse mais do que 20 minutos de espera para a triagem.

6.2 Huddles

Para melhorar a comunicação entre a equipa multidisciplinar, propomos a implementação de *huddles* diários às 08h. Esta é reconhecida como uma estratégia eficaz para melhorar a comunicação, a colaboração e a qualidade de cuidados de saúde em SUP (Pimentel *et al.*, 2021). Os *huddles* são reuniões breves, direcionadas e de pé, que permitem uma troca de informação colaborativa e eficiente, promovendo uma visão partilhada das condições clínicas atuais. Proporcionam uma oportunidade para os profissionais de saúde se reunirem, discutirem casos de clínicos, partilharem atualizações importantes e abordarem quaisquer preocupações ou questões que possam surgir (Goldenhar *et al.*, 2013). O nome que daríamos ao *huddle* diário seria “Pulse Check Pediátrico”. Seria composto pela equipa médica e de enfermagem que estaria de saída de turno e da equipa de enfermagem que estaria de entrada de turno. Estariam também presentes na reunião a enfermeira responsável do serviço, e se possível a enfermeira chefe e o coordenador médico. As sugestões e ideias mais impactantes poderiam ser utilizadas como oportunidades de melhoria contínua. Estes *huddles* seriam acompanhados de um quadro (*huddle board*) para que as informações mais relevantes, tais como: indicadores de desempenho; metas de qualidade; alertas e lembretes, fossem apresentados de uma forma clara e acessível para todos os profissionais. Deste modo, procurávamos abordar a falta de autonomia que os profissionais referiam, promovendo comunicação e a segurança psicológica.



Figura 6.2 - Exemplo de um huddle board (Hospital for Sick Children, 2018)

6.3. Reuniões mensais

Irá também ser implementada uma reunião mensal com a liderança e os membros do grupo da qualidade da UP. O objetivo destas reuniões será aprofundar a discussão de ideias e sugestões dos profissionais que surgiram dos *huddles*, bem como das notificações de ocorrências que fossem realizadas no sistema RISI HER +. Estas reuniões terão a duração de 45 minutos, e os elementos do grupo da qualidade seriam os responsáveis de comunicar o seu resultado aos restantes elementos da equipa. Assim, seria promovida uma comunicação, colaboração e uma gestão da qualidade mais transparentes na UP.

6.4. Sala de espera

Uma observação relevante resultante dos questionários aplicados aos utentes foi a necessidade proporcionar atividades às crianças e jovens enquanto esperavam. Esta situação poderia ser abordada com a implementação de elementos interativos, como brinquedos, jogos educacionais e dispositivos eletrónicos, como tablets, com informações sobre saúde infantil. A introdução deste tipo de medidas procura criar valor, melhorar a experiência dos utentes e providenciar cuidados de saúde centrados na família e criança (American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, 2015). Além disso, existe evidência que a integração destes elementos na sala de espera pode ter um impacto positivo na satisfação dos profissionais de saúde e redução do tempo de estadia na UP (Walsh & Denno, 2020).

Portanto, a incorporação de atividades interativas para crianças e jovens durante a espera não apenas atende às necessidades dos utentes, mas também contribui para a eficiência geral da operação, aprimorando a experiência dos utentes e promovendo a satisfação dos profissionais, elementos fundamentais na perspetiva *Lean*.



Figura 6.3 - Sala de espera com brinquedos interativos. Fonte: UC Davis Health (2020).

6.5. Protocolos para situações recorrentes

Outro aspecto onde se identificou uma oportunidade de melhoria foi na disponibilidade de consulta médica. A possibilidade de contratar mais médicos está limitada, tendo em conta as dinâmicas do mercado e a aprovação da tutela. Portanto, aquilo que propomos é desenvolver protocolos específicos para situações que ocorrem mais frequentemente na urgência ou que possam mais facilmente ser resolvidas, permitindo uma abordagem padronizada e mais ágil, diminuindo o número de passos até à sua resolução.

Apresentamos aqui 4 situações que podem ser melhoradas com a implementação deste tipo de protocolos: 1) Protocolo para utentes com fraturas: na triagem se a criança/jovem apresentasse uma deformidade óbvia o enfermeiro administra o analgésico oral, segundo protocolo já instituído, coloca uma nota no quadro de urgência (para informação geral), requisita uma radiografia do membro afetado, encaminha a criança/jovem diretamente para a sala de tratamentos, assim que esta estivesse disponível. O enfermeiro coloca um cateter venoso periférico, contacta o chefe de equipa médico, ou o médico mais diferenciado disponível, para prescrever analgesia endovenosa e medicação para posterior sedação e redução da fratura por ortopedia. 2) Protocolo para utentes com queimaduras: na triagem o enfermeiro administra o analgésico oral, segundo protocolo já instituído, encaminha diretamente para a sala de tratamentos (assim que disponível), colocava uma nota no quadro de urgência (para informação geral), na sala de tratamentos o enfermeiro contacta o chefe de equipa médico, ou o médico mais diferenciado disponível, para observar a criança/jovem e prescrever o tratamento. 3) Protocolo para crianças/jovens com disúria: na triagem se apresenta uma criança/jovem com controlo de esfíncter urinário e com sinais claros de disúria, o enfermeiro procede à colheita de uma amostra de urina assética, para teste rápido, assim que possível, colocava uma nota no quadro de urgência (para informação geral), se o enfermeiro da triagem não estiver disponível, encaminha para a sala de tratamentos para que o enfermeiro que está na sala de tratamentos proceder à colheita da amostra e realizar o teste rápido (este teste demora cerca de 30 segundos). O resultado do teste rápido é registado no sistema informático, e é reservada a amostra de urina no frigorífico da sala de tratamentos próprio para o efeito. Assim que a criança fosse chamada para a consulta médica já teria o exame feito e a amostra de urina para exame cultural pronta para seguir para o laboratório, caso se fosse necessário. 4) Protocolo para crianças com odinofagia: se a criança/jovem tem sinais claros de odinofagia, o enfermeiro da triagem encaminha diretamente para a sala de tratamentos, se disponível, coloca uma nota no quadro de urgência (para informação geral). O enfermeiro da sala de tratamentos colhe exsudado faríngeo,

realiza o teste diagnóstico antigénico rápido na sala de tratamentos e regista no sistema informático. Assim que a criança fosse chamada já teria o resultado do exame.

Ao adotar estes protocolos estaríamos a diminuir o número de passos e consequentemente tempo para resolver as situações descritas. A melhoria destes processos permitiria uma alocação mais eficiente de recursos, libertando os médicos para observar outros utentes. Consequentemente, haveria uma diminuição do tempo de espera e uma melhoria global da experiência dos utentes.

6.6. Questionários

6.6.1. Experiência dos utentes

Um indicador crucial de desempenho é a experiência dos utentes, iremos implementar os questionários apresentados neste trabalho. Conhecer o que é que os utentes valorizam é fundamental para providenciar um serviço de qualidade, em linha com os princípios *Lean*. Para garantir o sucesso deste projeto, que necessita do apoio de toda a equipa, incluindo médicos e enfermeiros, iremos realizar ações de formação para iniciar este projeto, enaltecendo a importância da avaliação a experiência dos utentes e posteriormente realizaremos acompanhamentos. Iremos utilizar o *huddle board*, já descrito, com este indicador atualizado semanalmente. As frases que os utentes referiram, a elogiar o serviço ou algum profissional em particular, serão destacadas de forma a tornar mais visível a opinião das pessoas e para melhorar a moral dos profissionais. Dois elementos da UP serão designados como responsáveis deste projeto. Inicialmente, estabeleceremos com meta de taxa de resposta de 30% nos primeiros seis meses, com planos de incrementá-la ao longo do tempo. O questionário será aplicado no momento da alta ou mesmo após a alta, inicialmente com recurso a códigos QR que serão distribuídos pelo serviço. Dado que no HFF já são aplicados questionários de satisfação através de mensagens de texto (SMS) em colaboração com uma entidade externa, planeamos coordenar com o Departamento de Qualidade a implementação dos questionários apresentados neste trabalho utilizando esta mesma via.

6.6.2. Satisfação dos profissionais

Uma vez que um dos indicadores de desempenho que surgiu nas entrevistas realizadas foi a satisfação dos profissionais, será essencial avaliar rotineiramente este aspeto. Apesar das medidas descritas instituídas iremos reavaliar a satisfação dos profissionais para avaliar o seu impacto. Com o intuito de monitorizar este aspeto, planeamos aplicar novamente o questionário após seis meses a implementação do projeto, e também passado um ano. Esta abordagem permitirá

avaliar de forma mais abrangente se as ações implementadas resultaram em melhorias sustentáveis da satisfação dos profissionais.

Capítulo 7 - Conclusão

Este trabalho proporcionou uma análise profunda e abrangente dos desafios e oportunidades de melhoria presentes na UP. Através da realização de entrevistas a elementos-chave da UP, bem como, com a aplicação de questionários aos profissionais e utentes, foi possível identificar áreas cruciais de melhoria e indicadores de desempenho. A implementação de protocolos, de questionários de experiência dos utentes, a realização de *huddles* e de ferramentas de gestão visual, surgem como estratégias promissoras para melhorar os processos e a eficiência operacional. A promoção de uma cultura de melhoria contínua e o envolvimento ativo de toda a equipa são pilares fundamentais para o sucesso destas iniciativas. Além disso, a reavaliação periódica da satisfação dos profissionais, conforme destacado pelas entrevistas, revela-se essencial para monitorizar o impacto das medidas implementadas. Esta prática permitirá ajustes contínuos e a manutenção de um ambiente de trabalho motivador e produtivo. Ao buscar a excelência no atendimento pediátrico, é imperativo manter o foco na experiência do utente, promovendo um ambiente acolhedor e tranquilizador. A melhoria da sala de espera, com brinquedos e elementos interativos são passos significativos nessa direção.

A limitação presente neste estudo é relativa à impossibilidade de medir os tempos, tais como: o tempo de espera da admissão para a triagem, da triagem para a observação médica, para observação por uma especialidade médica, para um tratamento de enfermagem ou para a realização de MCDT. Este é um indicador de desempenho considerado essencial para a análise das operações diárias da UP. Porém, o sistema informático não está preparado para nos fornecer estes dados. No entanto, faremos todos os esforços em conjunto com o Departamento de Qualidade e o Serviço de Tecnologias de Informação e Comunicação para colmatar esta questão.

Como sugestão de investigação futura propomos a avaliação da implementação das medidas implementadas, através da matriz de “*Healthcare Lean Assessment*” como sugerido por Guimarães e Crespo de Carvalho (2014). Procuraremos, também, proceder à validação do questionário de experiência utilizado neste trabalho para a população portuguesa.

Em suma, este trabalho não delineou apenas os desafios, mas também um caminho claro em direção à melhoria contínua na Urgência Pediátrica. Ao abraçar as práticas *Lean* e uma cultura melhoria contínua, a unidade está bem posicionada para oferecer cuidados de saúde pediátricos de alta qualidade, que atenda plenamente às necessidades dos utentes e promova a satisfação e bem-estar de toda a equipa. Para finalizar, podemos afirmar que os objetivos aos quais nos propusemos, foram atingidos com sucesso.

Referências Bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2023, Março 26). *Section 4: Ways To Approach the Quality Improvement Process*. Retrieved from ahrq.org: <https://www.ahrq.gov/cahps/quality-improvement/improvement-guide/4-approach-qm-process/index.html>
- Akmal, A., Foote, J., Podgorodnichenko, N., Greatbanks, R., & Gauld, R. (2022, março 12). Understanding resistance in lean implementation in healthcare environments: an institutional logics perspective. *Production Planning & Control*, 33(4), pp. 356-370. doi:10.1080/09537287.2020.1823510
- Al-Balushi, S., Sohal, A. S., Singh, P. J., Al Hajri, A., Al Farsi, Y. M., & Al Abri, R. (2014, Maio). Readiness factors for lean implementation in healthcare settings – a literature review. *Journal of Health Organization and Management*, pp. 135-153. doi:10.1108/JHOM-04-2013-0083
- Almeida, H. I. (2020, Janeiro 22). The Dynamics of Patient Visits to a Public Hospital Pediatric Emergency Department: A Time-Series Model. *Pediatric Emergency Care*, 38(1), 240-245. doi:10.1097/PEC.00000000000002235
- Almeida, H., Faísca, L., & Neves de Jesus, S. (2009). Estrutura factorial da versão portuguesa do Job Diagnostic Survey (JDS): Um estudo confirmatório de validação da escala de características do trabalho. *PSICOLOGIA*, 23(1), pp. 79-102. doi:10.17575/rpsicol.v23i1.318
- Alnajem, M., Garza-Reyes, J., & Antony, J. (2019, Julho). Lean readiness within emergency departments: a conceptual framework. *Benchmarking: An International Journal*, pp. 1874-1904. doi:10.1108/BIJ-10-2018-0337
- American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. (2015, janeiro 01). Patient-and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, pp. 255-272. doi:10.1542/peds.2014-3424
- Antony, J., Sunder, V. M., Sreedharan, R., Chakraborty, A., & Gunasekaran, A. (2019). A systematic review of Lean in healthcare: a global prospective. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 36(8), pp. 1370-1391. doi:10.1108/IJQRM-12-2018-0346
- Baker, G. R. (2011). The contribution of case study research to knowledge of how to improve quality of care. *BMJ Quality & Safety*, pp. 30-35. doi:10.1136/bmjqqs.2010.046490

- Bernerth, J. B., Armenakis, A. A., Feild, H. S., Giles, W. F., & Walker, H. J. (2007). Leader-Member Social Exchange (LMSX): Development and Validation of a Scale. *Journal of Organizational Behavior*, pp. 979-1003. doi:10.1002/job.443
- Bhuiyan, N., & Baghel, A. (2005). An overview of continuous improvement: from the past to the present. *Management Decision*, pp. 761-771.
- Chiarini, A. (2013, Setembro). Waste savings in patient transportation inside large hospitals using lean thinking tools and logistic solutions. *Leadership in Health Services*, 26(4), pp. 356-367. doi:10.1108/LHS-05-2012-0013
- Chmielewska, M., Lotek-Waćkowska, R., Brzozowski, S., Tytko, Z., Dziok-Dmowska, K., & Hermanowski, T. (2023, Março 8). The capacity to implement Lean Management in the healthcare system in Poland – results of a public consultation. *Medycyna Pracy*, 74(1), pp. 1-8. doi:10.13075/mp.5893.01303
- Cohen, R. I. (2018, Dezembro). Lean Methodology in Health Care. *Chest*, pp. 1448-1454. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.06.005>
- Costa, L. B., & Filho, M. G. (2016, Fevereiro 18). Lean healthcare: review, classification and analysis of literature. *Production Planning & Control*, 27(10), pp. 823-836.
- Crabtree, B. D.-B. (2006, Março 28). The qualitative research interview. *Making sense of qualitative research*, pp. 314-321.
- Crema, M., & Verbano, C. (2017, 11 01). Lean Management to support Choosing Wisely in healthcare: the first evidence from a systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 889-895.
- Crespo de Carvalho, J., & Ramos, T. (2022). *Logística na Saúde*. Lisboa: Sílabo.
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015, Fevereiro 4). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119(9), pp. 1197-1029. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.002>
- Darraj, A., Hudays, A., Hazazi, A., Hobani, A., & Alghamdi, A. (2023, Janeiro). The Association between Emergency Department Overcrowding and Delay in Treatment: A Systematic Review. (M. D. Institute, Ed.) *Healthcare*, 11(3), p. 385.
- Daultani, Y., Chaudhuri, A., & Kumar, S. (2015, Dezembro 2). A Decade of Lean in Healthcare: Current State and Future Directions. *Global Business Review*, pp. 1082–1099. doi:10.1177/0972150915604520
- Day, D. V., & Miscenko, D. (2016). Leader-member exchange (LMX): Construct evolution, contributions, and future prospects for advancing leadership theory.

- The Oxford Handbook of Leader-Member Exchange*, 9-28. (T. N. Bauer, & B. Erdogan, Eds.) Nova Iorque: Oxford Press.
- De Souza, L. B. (2009, Maio). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, pp. 121-139. doi:10.1108/17511870910953788
- de Souza, L. B., & Pidd, M. (2011, Janeiro). Exploring the barriers to lean health care implementation. *Public Money & Management*. doi:10.1080/09540962.2011.545548
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Londres: SAGE Publications.
- Departamento da Criança e do Jovem – Serviço de Pediatria – Urgência Pediátrica. (2022, Fevereiro). *Relatório de Atividade de 2022 e Plano de Atividades de 2023*. Amadora: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
- Dickson, E. W., Anguelson, Z., Vetterick, D., Eller, A., & Singh, S. (2009, outubro). Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals. *Annals of Emergency Medicine*, 54(4), pp. 504-510. doi:doi:10.1016/j.annemergmed.2009.03.024
- Dolmans, S., Hermkens, F., & Romme, G. (2017, Dezembro). The Role of Middle Managers in Becoming Lean: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. *Journal of Economics, Management and Trade*, pp. 1-17. doi:10.9734/jemt/2017/38100
- Drotz, E., & Poksinska, B. (2014). Lean in healthcare from employees' perspectives. *Journal of Health Organization and Management*, 28(2), pp. 177-195. doi:10.1108/JHOM-03-2013-0066
- Fillingham, D. (2007, Outubro). Can lean save lives? *Leadership in Health Services*, 20(4), pp. 231-241. doi:10.1108/17511870710829346
- Flynn, R., Newton, A. S., Rotter, T., Hartfield, D., Walton, S., Fiander, M., & Scott, S. D. (2018, Setembro 11). The sustainability of Lean in pediatric healthcare: a realist review. *Systematic Reviews*, 7(137). doi:<https://doi.org/10.1186/s13643-018-0800-z>
- Flynn, R., Rotter, T., Hartfield, D., Newton, A. S., & Scott, S. D. (2019, Dezembro). A realist evaluation to identify contexts and mechanisms that enabled and hindered implementation and had an effect on sustainability of a lean intervention in pediatric healthcare. *BMC Health Services Research*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4744-3>

- Fragata, J., & Matins, L. (2004). *O Erro em Medicina*. Lisboa: Almedina.
- Fredericksen, E. (2019, janeiro 25). A National Study of Online Learning Leaders in US Community Colleges. *Online Learning*, 22(4), pp. 383-405. doi:10.24059/olj.v22i4.1458
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2023, Junho 22). *Grupo Português de Triagem - Documentação*. Retrieved from Grupo Português de Triagem: https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Legisla%C3%A7%C3%A3o-Despacho-4835-A-2016-XXI-Governo-Constitucional-Programa_para-Sau%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Gadolin, C. (2019). The influence of policy makers over Lean implementations in healthcare. 24(3), pp. 222-229. doi:10.1108/IJHG-02-2019-0016
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2012, Julho 24). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), pp. 15-31. doi:<https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Goldenhar, L. M., Brady, P. W., Sutcliffe, K. M., & Muething, S. E. (2013, junho 6). Huddling for high reliability and situation awareness. *BMJ Quality & Safety*, pp. 899-906. doi:10.1136/bmjqqs-2012-001467
- Guimarães, C. M., & Crespo de Carvalho, J. (2014, janeiro 02). Assessing Lean Deployment in Healthcare—A Critical Review and Framework. *Journal of Enterprise Transformation*, pp. 3-27. doi:10.1080/19488289.2013.869277
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Wrok Redesign*. (E. H. Schein, & R. Beckhard, Eds.) EUA: Addison-Wesley.
- Harrison, J. D., Auerbach, A. D., Anderson, W., Fagan, M., Carnie, M., Hanson, C., . . . Weiss, R. (2019, Junho). Patient stakeholder engagement in research: A narrative review to describe foundational principles and best practice activities. *Health Expectations*, pp. 307-316. doi:10.1111/hex.12873
- Holweg, M. (2006, Maio 8). The genealogy of lean production. *Journal of Operations Management*, pp. 420–437. doi:10.1016/j.jom.2006.04.001
- Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008, Agosto). Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Annals of Emergency Medicine*, pp. 126-136.e1. doi:10.1016/j.annemergmed.2008.03.014

- Hospital for Sick Children. (2018, fevereiro 13). *Daily huddle board*. Retrieved outubro 5, 2023, from [twitter.com](https://twitter.com/DrEdFitzgerald/status/963514140936486912):
<https://twitter.com/DrEdFitzgerald/status/963514140936486912>
- Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. (2023, Junho 13). *Serviço de Qualidade e Segurança*. Retrieved from Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE: <https://hff.min-saude.pt/servicos-apoio-de-gestao/servico-de-qualidade-e-seguranca/>
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. (2022, Fevereiro). *Relatório e Contas - 2021*. Retrieved from hff.min-saude.pt: <https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/Relat%C3%B3rio-e-Contas-2021-1.pdf>
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. (2023, Junho 19). *Organograma HFF*. Retrieved from Hospital Professor Fernando Fonseca: https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/Organograma-HFF_-2022_02.pdf
- Hussain, M., & Malik, M. (2016, Maio). Prioritizing lean management practices in public and private hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 30(3), pp. 457-474. doi:10.1108/JHOM-08-2014-0135
- Isfahani, H. M., Tourani, S., & Seyedin, H. (2019). Lean management approach in hospitals: a systematic review. *International Journal of Lean Six Sigma*, 10(1), pp. 161-188. doi:10.1108/IJLSS-05-2017-0051
- Komulainen, H., Nätti, S., Saraniemi, S., & Ulkuniemi, P. (2023, Janeiro 19). Towards a holistic customer value approach in managing public health care services: a developers' view. *International Journal of Public Sector Management*, pp. 46-63.
- Leggat, S. G., Stanton, P., Bamber, G. J., Bartram, T., Gough, R., Ballardie, R., . . . Sohal, A. (2018, Janeiro). New development: 4P recommendations for implementing change, from research in hospitals. *Public Money & Management*, pp. 45-50.
- Leite, H., Bateman, N., & Radnor, Z. (2020, Janeiro 02). Beyond the ostensible: an exploration of barriers to lean implementation and sustainability in healthcare. *Production Planning & Control*, pp. 1-18. doi:10.1080/09537287.2019.1623426
- Leite, H., Williams, S., Radnor, Z., & Bateman, N. (2022, Março 24). Emergent barriers to the lean healthcare journey: baronies, tribalism and scepticism. *Production Planning & Control*, pp. 1-18. doi:10.1080/09537287.2022.2054386
- Liden, R. C., & Maslyn, J. M. (1998, Fevereiro). Multidimensionality of Leader-Member Exchange: An Empirical Assessment through Scale Development. *Journal of Management*, 24(1), pp. 43-72. doi:10.1177/014920639802400105

- Magnani, G., & Gioia, D. (2022, dezembro 2). Using the Gioia Methodology in international business and entrepreneurship research. *International Business Review*, 32(2), pp. 1-22. doi:10.1016/j.ibusrev.2022.102097
- Manchester Triagem System. (2023, Junho 22). *Emergency Triage*. Retrieved from triagenet.net: <https://www.triagenet.net/classroom/course/view.php?id=1173>
- Marsilio, M., & Pisarra, P. (2021, junho 8). Lean management in health care: a review of reviews of socio-technical components for effective impact. *Journal of Health Organization and Management*, pp. 475-491. doi:10.1108/JHOM-06-2020-0241
- Mazzocato, P., Holden, R. J., Brommels, M., Aronsson, H., Bäckman, U., Elg, M., & Thor, J. (2012, Dezembro). How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 12(1), pp. 1-13. doi:10.1186/1472-6963-12-28
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2016, Dezembro 07). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer*, 2(2), pp. 49-65. doi:<https://doi.org/10.34620/eduser.v2i2.24>
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014, Agosto 11). Despacho nº10319/2014. (G. n. Ministério da Saúde, Ed.) *Diário da República*, 2.ª série, n.º 153, 11 de agosto de 2014, pp. 20673-20678. Retrieved 06 25, 2023, from <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015, Abril 15). Despacho n.º 3762/2015. *Diário da República* n.º 73/2015, Série II, pp. 9186-9187. Retrieved from <https://files.dre.pt/2s/2015/04/073000000/0918509186.pdf>
- Mintzberg, H. (1989). The Structuring of Organizations. In D. Asch, & C. Bowman (Eds.), *Readings in Strategic Management* (pp. 322-352). Londres: Macmillan Education UK. doi:10.1007/978-1-349-20317-8_23
- Montoro-Pérez, N., Richart-Martínez, M., & Montejano-Lozoya, R. (2023, Março). Factors associated with the inappropriate use of the pediatric emergency department. A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, pp. 38-46.
- Moura, A., & Barros, P. (2018, Dezembro 28). As Desigualdades Socioeconómicas na Atribuição de Médicos de Família em Portugal estão a Diminuir? *Acta Médica Portuguesa*, 12(31), pp. 730-737. doi:<https://doi.org/10.20344/amp.9873>

- Nicholas, J. (2023, Maeço 6). Lean daily management in healthcare: origins, practices, and associations with lean leadership and lean sustainability. *Total Quality Management & Business Excellence*. doi:<https://doi.org/10.1080/14783363.2023.2182677>
- OECD/European Union. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/507433b0-en
- Oliveira, J., & Fernandes, A. (2017, Junho). Continuous improvement through "Lean Tools": An application in a mechanical company. *Procedia Manufacturing*, pp. 1082-1089. doi:10.1016/j.promfg.2017.09.139
- Parkhi, S. S. (2019). Lean management practices in healthcare sector: a literature review. *enckmarking: An International Journal*, pp. 1275-1289. doi:10.1108/BIJ-06-2018-0166
- Pflüger, J., & Mojescik, K. (2021, março 21). Governance of Academic Teaching: Why Universities Introduce Funding Programs for Teaching and Why Academic Teachers Participate. *Teaching in Higher Education*, pp. 1428-1445. doi:10.1080/13562517.2021.1900813
- Pimentel, C. B., Snow, A. L., Carnes, S. L., Shah, N. R., Loup, J. R., Vallejo-Luces, T. M., . . . Hartmann, C. W. (2021, fevereiro 8). Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: a scoping review. *Journal of General Internal Medicine*, pp. 2772-2783. doi:10.1007/s11606-021-06632-9
- PORDATA, Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023, 08 23). *PORDATA*. Retrieved from <https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumo-municípios-e-regiões/amadora-573>
- Radcliffe, E., Kordowicz, M., Mak, C., Shefer, G., Armstrong, D., White, P., & Ashworth, M. (2020). Lean implementation within healthcare: imaging as fertile ground. *Journal of Health Organization and Management*, pp. 869-884. doi:10.1108/JHOM-02-2020-0050
- Radnor, Z., & Osborne, S. P. (2013). Lean: A failed theory for public services? *Public Management Review*, pp. 265-287. doi:<https://doi.org/10.1080/14719037.2012.748820>
- Radnor, Z., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine*, pp. 364-371. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>

- Régis, T. K., Santos, L. C., & Gohr, C. F. (2019, Setembro). A case-based methodology for lean implementation in hospital operations. *Journal of Health Organization and Management*, pp. 656-676. doi:10.1108/JHOM-09-2018-0267
- Reponen, E., Rundall, S. M., Blodgett, J. C., Juarez, A., Jokela, R., Mäkiäärvi, M., & Torkki, P. (2021, Dezembro). Benchmarking outcomes on multiple contextual levels in lean healthcare: a systematic review, development of a conceptual framework, and a research agenda. *BMC Health Services Research*. doi:10.1186/s12913-021-06160-6
- Resca, A., & Moruzzi, M. (2017, maio 12). The Origins of a Healthcare E-Booking System in the Municipality of Bologna. In Springer, M. Aanestad, M. Grisot, O. Hanseth, & P. Vassilakopoulou (Eds.), *Information Infrastructures within European Health Care* (pp. 245–260). Oslo, Noruega: Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-51020-0_15
- Roberts, K. H. (1990, Maio). Some Characteristics of One Type of High Reliability Organization. *Organization Science*, pp. 160-176. doi:<http://dx.doi.org/10.1287/orsc.1.2.160>
- Robinson, S., Radnor, Z., Burgess, N., & Worthington, C. (2012, maio). SimLean: Utilising simulation in the implementation of lean in healthcare. *European Journal of Operational Research*, pp. 188-197. doi:10.1016/j.ejor.2011.12.029
- Rotter, T., Plishka, C., Lawal, A., Harrison, L., Sari, N., Goodridge, D., . . . Kinsman, L. (2019, Setembro). What Is Lean Management in Health Care? Development of an Operational Definition for a Cochrane Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, pp. 366-390.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (2023, Maio 20). *Patient Reported Experience Measure (PREM) for urgent and emergency care*. Retrieved from Royal College of Paediatrics and Child Health: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/patient-reported-experience-measure-prem-urgent-emergency-care>
- Rutman, L. E., Migita, R., Woodward, G. A., & Klein, E. J. (2015, Junho). Creating a Leaner Pediatric Emergency Department: How Rapid Design and Testing of a Front-End Model Led to Decreased Wait Time. *Pediatric Emergency Care*, pp. 395-398. doi:10.1097/PEC.0000000000000455
- SAGE. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection*. (U. Flick, Ed.) Londres: SAGE Publications.

- Santos, L., Gohr, C., & Medeiros, E. (2022, Março 14). Barreiras para implementação do lean healthcare: uma revisão sistemática. *Journal of Lean Systems*, 7(1), pp. 15-36.
- Santos, M. C., & Balsanelli, A. (2021). A Implementação do Lean Healthcare em serviços de saúde hospitalares. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247422>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023, Julho 09). *Transparência*. Retrieved from Portal SNS: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>
- Simon, R. W., & Canacari, E. G. (2012). A practical guide to applying lean tools and management principles to health care improvement projects. *AORN journal*, pp. 85-103.
- Sorenson, C., Japinga, M., Crook, H., & McClellan, M. (2020, Agosto). Building A Better Health Care System Post-Covid-19: Steps for Reducing LowValue and Wasteful Care. *NEJM Catalyst*. doi:DOI: 10.1056/CAT.20.0368
- Souza, D. L., Korzenowski, A. L., Alvarado, M. M., Sperafico, J. H., Ackermann, A., Mareth, T., & Scavarda, A. J. (2021, Junho). A Systematic Review on Lean Applications' in Emergency Departments. *Healthcare*. doi:10.3390/healthcare9060763
- Tiso, A., Crema, M., & Verbano, C. (2021, Dezembro 17). A framework to guide the implementation of lean management in emergency department. *Journal of Health Organization and Management*, pp. 315-337.
- Tlapa, D., Zepeda-Lugo, C., Tortorella, G., Baez-Lopez, Y., Limon-Romero, J., Alvarado-Iniesta, A., & Rodriguez-Borbon, M. (2020, Fevereiro). Effects of Lean Healthcare on Patient Flow: A Systematic Review. *Value in Health*, 23(2), pp. 260-273. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.11.002>
- Tortorella, G., van Dun, D., & de Almeida, A. (2019, junho 17). Leadership behaviors during lean healthcare implementation: a review and longitudinal study. *Journal of Manufacturing Technology Management*, pp. 193-215. doi:10.1108/JMTM-02-2019-0070
- Toussaint, J. S., & Berry, L. L. (2013, Janeiro). The Promise of Lean in Health Care. *Mayo clinic proceedings*, 88(1), pp. 74-82. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.07.025>
- UC Davis Health. (2020, dezembro 01). *A new emergency waiting room, designed just for kids*. Retrieved setembro 10, 2023, from UC Davis Health, News, Hedlines:

- <https://health.ucdavis.edu/news/headlines/a-new-emergency-waiting-room-designed-just-for-kids--/2020/12>
- Walsh, P., & Denno, J. (2020, fevereiro 21). A Playroom Internal Waiting Area Improves Productivity in the Pediatric Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, pp. 322-329. doi:10.5811/westjem.2019.10.43413
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the Unexpected: resilient performance in an age of uncertainty* (2^a ed ed.). São Francisco, California, EUA: John Wiley & Sons.
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2015). *Managing the Unexpected - Sustained Perfomance in a Complex World* (3^a edição ed.). Nova Jérsia: John Wiley & Sons.
- Wellington Hospitals Foundation. (2017, abril 28). *Wellington Hospitals Foundation*. Retrieved setembro 10, 2023, from Wellington ED Kids Waiting Room: <https://whf.org.nz/2017/04/28/new-space-kids-wellingtons-emergency-department/file6-1-min/>
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean Thinking - Banish waste and creat wealth in your corporation*. Nova Iorque - EUA: Free press.
- Xie, A., Carayon, P., Cartmill, R., Li, Y., Cox, E. D., Plotkin, J. A., & Kelly, M. M. (2015, Janeiro). Multi-stakeholder collaboration in the redesign of family-centered rounds process. *Applied Ergonomics*, pp. 115-123. doi:10.1016/j.apergo.2014.07.011
- Young, T. P., & McClean, S. I. (2008, Outubro). A critical look at Lean Thinking in healthcare. *Quality and Safety in Health Care*, pp. 382-386. doi:10.1136/qshc.2006.020131

Anexos

Anexo 1 - Guião entrevista Urgência Pediátrica

Material:

- Gravador (verificar de as pilhas e o cartão de memória)
- Material para tomar notas

A. Introdução

Tema	Guião
Agradecimentos, apresentação dos objetivos da entrevista e consentimento informado.	<p>Agradecer a presença e a disponibilidade.</p> <p>Apresentação: Sou enfermeiro e atualmente frequento o Mestrado de Gestão de Empresas no ISCTE, nesse âmbito estou a realizar um trabalho que visa a melhoria de processos na Urgência Pediátrica através da aplicação de metodologias <i>Lean</i>.</p> <p>Explicar o objetivo da entrevista: recolher opiniões e ideias sobre a forma de melhorar o funcionamento dos serviços de urgência utilizando os princípios <i>Lean</i>.</p> <p>Neste sentido esta entrevista terá a duração de 20 minutos.</p> <p>Assegurar aos entrevistados que o seu contributo será valioso e que as suas respostas serão mantidas confidenciais:</p> <p>Solicitar a gravação da entrevista.</p> <p>Existe algum impedimento em que gravemos a entrevista? Isto é necessário para que se possa analisar e representar o seu ponto de vista com precisão. No entanto esta entrevista será anónima e o seu nome não irão aparecer na transcrição. A sua resposta é confidencial, podendo desistir a qualquer momento e, ao longo da entrevista, se não quiser responder a alguma das perguntas ou queira saber a razão por que as coloquei, estão à vontade para o fazer. Para poder analisar a informação é essencial que a mesma seja gravada, por isso gostaria de ter o seu consentimento para o poder fazer (entrevistados dão o consentimento).</p> <p>Antes de começarmos, há alguma questão que eu possa esclarecer?</p>

B. Lean na urgência

Tema	Guião
Antecedentes e experiência	<ul style="list-style-type: none"> • Perguntar aos entrevistados sobre as suas funções e experiências na urgência pediátrica. • Perguntar sobre a sua familiaridade com os princípios Lean e qualquer experiência anterior com iniciativas Lean • Apresentar brevemente os princípios Lean, os 8 desperdícios e quais os potenciais benefícios no contexto dos serviços de urgência (descritos na literatura) pediátrica da implementação deste tipo de projeto.
Desafios e oportunidades atuais	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir aos entrevistados que identifiquem os principais desafios que enfrentam na urgência pediátrica, como o fluxo de pacientes, os tempos de espera e a utilização de recursos; • Incentivar os entrevistados a partilharem as suas ideias sobre como os princípios Lean poderiam ser aplicados para enfrentar estes desafios
Barreiras e Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir aos entrevistados para identificarem potenciais barreiras à implementação dos princípios Lean na urgência pediátrica, tais como resistência à mudança, falta de recursos ou cultura organizacional • Incentivar os entrevistados a discutir estratégias para superar essas barreiras e permitir a implementação bem-sucedida de iniciativas Lean
Medir o sucesso	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir aos entrevistados para discutirem como mediriam o sucesso das iniciativas Lean na urgência pediátrica, tais como: a redução dos tempos de espera, a melhoria da satisfação do paciente ou o aumento da eficiência

C . Encerramento do entrevista

Tema	Questões gerais	Questões de aprofundamento/específicas
Encerramento	Breve síntese do que foi o dito durante a entrevista.	<ul style="list-style-type: none">• Existe alguma coisa que queiram perguntar?• Alguma dúvida?
	Finalização	<ul style="list-style-type: none">• Comunicar que a entrevista terminou• Agradecer a participação, reforçando a qualidade da informação recolhida e a importância da participação dos/das profissionais.

Anexo 2 - Questionário LMX

11. Se eu fosse "atacado" por outros, o meu chefe sairia em minha defesa.

*

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. O meu chefe defender-me-ia perante outros se eu cometesse um erro não propositado. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. Faço trabalho para o meu chefe que vai para além do que está especificado nas minhas funções. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

14. Estou disposto a esforçar-me para além do normal para atingir os objetivos de trabalho do meu chefe. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15. Não me importo de dar o meu máximo pelo meu chefe. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

16. Estou impressionado com os conhecimentos que o meu chefe tem do seu trabalho. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

17. Respeito o conhecimento e a competência profissional do meu chefe.

*

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

18. Admiro a capacidade profissional do meu chefe. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

19. Eu e o meu chefe temos uma relação de troca. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

20. Não preciso especificar as condições exatas para saber que o meu chefe me retribuirá um favor. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

21. Se eu fizer algo pelo meu chefe, provavelmente ele irá retribuir. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

22. Tenho uma situação equilibrada com o meu chefe no que respeita o que um dá ao outro. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

23. O meu chefe retribui os meus esforços. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

24. A minha relação com o meu chefe caracteriza-se por um equilíbrio entre dar e receber. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

25. Quando me esforce no meu trabalho, o meu chefe retribui. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Anexo 3 - Tabelas de resultados dos questionários LMX

Médicos	Média (grupo)	Mínimo (grupo)	Máximo (grupo)	Moda	Mediana	Desvio - Padrão
Afeto	5,5	3	7	6	4	1,0
Lealdade	6,1	3	7	7	5	1,0
Contribuição	5,0	1	7	5	4	1,4
Respeito Profissional	5,6	4	7	7	6	1,4
Troca Social	4,9	1	7	5	4	1,2

Enfermagem	Média (grupo)	Mínimo (grupo)	Máximo (grupo)	Moda	Mediana	Desvio - Padrão
Afeto	4,1	1	7	4	4	1,5
Lealdade	4,6	1	7	4	5	1,5
Contribuição	4,0	1	7	4	4	1,7
Respeito Profissional	6,0	2	7	7	6	1,1
Troca Social	4,0	1	7	4	4	1,5

AO	Média (grupo)	Mínimo (grupo)	Máximo (grupo)	Moda	Mediana	Desvio - Padrão
Afeto	4,4	1	7	5	5	2,2
Lealdade	4,7	1	7	3	5	1,9
Contribuição	4,6	1	7	4	5	1,9
Respeito Profissional	5,3	1	7	7	6	2,0
Troca Social	4,6	1	7	7	5	2,2

Total	Média (grupo)	Mínimo (grupo)	Máximo (grupo)	Moda	Mediana	Desvio - Padrão
Afeto	4,7	1	7	5	5	1,6
Lealdade	5,2	1	7	7	5	1,6
Contribuição	4,4	1	7	5	5	1,7
Respeito Profissional	5,7	1	7	7	6	1,4
Troca Social	4,4	1	7	4	4	1,6

Anexo 4 - Questionário OAF

2. No seu dia a dia as pessoas estão em alerta para captar sinais de que alguma coisa poderá vir a correr mal. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Os sinais de que alguma coisa poderá falhar são tidos em conta de forma séria por todos.

*

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Quando se analisa uma situação que correu mal as pessoas procuram ir além das causas mais óbvias. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. Quando se analisa uma situação que correu mal as pessoas são encorajadas apresentar mais do que uma interpretação das causas da ocorrência. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. Quando se analisa uma situação que correu mal as pessoas são encorajadas a mostrar ceticismo em relação às interpretações que surgem em primeiro lugar (as mais óbvias). *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. No seu dia a dia, as pessoas têm consciência de como o que estão a fazer num dado momento se encaixa na atividade geral da sua unidade. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. No seu dia a dia, as pessoas contactam entre si o número de vezes suficiente para saberem o que está a acontecer na sua unidade (para além do seu trabalho). *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. As chefias acompanham de perto as atividades quotidianas da unidade. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. Em situações inesperadas, as pessoas agem de maneira a enfrentar a situação, mesmo que não estejam totalmente preparadas para tal. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Existem recursos de folga, para se poder lidar com situações inesperadas.

*

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. Em situações inesperadas, as pessoas são encorajadas a usar as suas competências de maneira inovadora. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. Perante situações inesperadas, as decisões são tomadas por quem tem os conhecimentos adequados, não necessariamente pelas chefias.

*

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

14. Existe conhecimento sobre as competências de cada um, de maneira a mobilizar as pessoas mais qualificadas para lidar com situações inesperadas. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15. Quando é necessário tomar decisões para lidar com situações inesperadas a voz dos peritos é a mais respeitada. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Anexo 5 – Resultados dos questionários OAF

Médicos	Média (grupo)	Mínimo (grupo)	Máximo (grupo)	Moda	Mediana	Desvio - Padrão
Preocupação com a falha	5,5	3	7	6	4	1,0
Relutância em simplificar interpretações	6,1	3	7	7	5	1,0
Sensibilidade às operações	5,0	1	7	5	4	1,4
Comprometimento com a resiliência	5,6	4	7	7	6	1,4
Deferência para com a expertise	4,9	1	7	5	4	1,2

Enfermagem	Média (grupo)	Mínimo (grupo)	Máximo (grupo)	Moda	Mediana	Desvio - Padrão
Preocupação com a falha	4,1	1	7	4	4	1,5
Relutância em simplificar interpretações	4,6	1	7	4	5	1,5
Sensibilidade às operações	4,0	1	7	4	4	1,7
Comprometimento com a resiliência	6,0	2	7	7	6	1,1
Deferência para com a expertise	4,0	1	7	4	4	1,5

AO	Média (grupo)	Mínimo (grupo)	Máximo (grupo)	Moda	Mediana	Desvio - Padrão
Preocupação com a falha	4,4	1	7	5	5	2,2
Relutância em simplificar interpretações	4,7	1	7	3	5	1,9
Sensibilidade às operações	4,6	1	7	4	5	1,9
Comprometimento com a resiliência	5,3	1	7	7	6	2,0
Deferência para com a expertise	4,6	1	7	7	5	2,2

Total	Média (grupo)	Mínimo (grupo)	Máximo (grupo)	Moda	Mediana	Desvio - Padrão
Preocupação com a falha	5	1	7	4	4	1,5
Relutância em simplificar interpretações	4,5	1	7	4	5	1,5
Sensibilidade às operações	4,9	1	7	4	4	1,7
Comprometimento com a resiliência	4,7	2	7	7	6	1,1
Deferência para com a expertise	5,3	1	7	4	4	1,5

Anexo 6 - Questionário *Job Diagnostic Survey* (JDS)

JDS

No âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas, a decorrer no ISCTE Business School, gostaríamos que respondesse a este questionário. Trata-se de um questionário para preenchimento **anónimo** e desenvolvido para **efeitos puramente académicos**, pelo que não está relacionado em nenhum modo com a hospital onde trabalha.

Na página que se segue encontrará várias questões sobre o seu trabalho.

Por favor, tente ser tão objetivo quanto possível ao referir a precisão com que cada afirmação descreve o seu trabalho – sem tomar em conta se gosta ou não do seu trabalho.

Usando a escala seguinte (de 1 a 7), indique por favor em que medida concorda ou discorda com cada afirmação, assinalando a sua escolha na coluna da em baixo.

Por favor, responda a cada item tão honesta e francamente quanto possível.

Obrigado pela sua cooperação.

* Required

Secção 1

Esta parte do questionário pede-lhe para descrever o seu trabalho o mais objetivamente possível.

Por favor, não utilize esta parte do questionário para expressar se gosta ou não gosta do trabalho que faz.

As perguntas referentes a esse assunto virão mais à frente. Assim, tente tornar a sua descrição o mais precisa e objetiva possível.

1. Até que ponto o seu trabalho lhe exige um contacto direto com outras pessoas (quer sejam "clientes", ou pessoas que trabalham na sua organização)? *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Que autonomia existe no seu trabalho?

Quer dizer, até que ponto o seu trabalho lhe permite tomar decisões na sua execução? *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Até que ponto o seu trabalho pressupõe fazer uma porção "inteira" e identificável de trabalho?

Quer dizer, o seu trabalho é uma totalidade que tem obviamente um princípio e um fim ou é apenas uma pequena parte do todo que é completado por outras pessoas ou por máquinas automáticas? *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Que variedade existe no seu trabalho?

Quer dizer, até que ponto o seu trabalho lhe exige fazer coisas diferentes, aplicando algumas das suas aptidões e talentos? *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. De uma forma geral, que significado ou importância tem o seu trabalho?

Quer dizer, há probabilidade dos resultados do seu trabalho afetarem a vida ou o bem-estar de outras pessoas? *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. Até que ponto as chefias ou os colegas fazem uma apreciação do seu trabalho? *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. Até que ponto ao executar o seu trabalho obtém informação sobre o seu desempenho?

Quer dizer, o próprio trabalho fornece-lhe pistas sobre o seu desempenho (à parte de qualquer "feedback" que colegas ou chefes lhe possam fornecer)? *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Secção 2

A seguir apresenta-se uma lista de várias afirmações que podem ser utilizadas para descrever um trabalho.

Deve indicar se cada afirmação é uma descrição *precisa* ou *imprecisa* do seu trabalho.

Por favor, tente ser tão objetivo quanto possível ao referir a precisão com que cada afirmação descreve o seu trabalho – sem tomar em conta se gosta ou não do seu trabalho.

8. O trabalho exige-me a utilização de várias aptidões complexas ou de nível elevado. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. O meu trabalho exige muita cooperação com outras pessoas. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. O meu trabalho está organizado de modo a que não tenha a possibilidade de o fazer no seu todo, do princípio ao fim. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Só o facto de realizar o trabalho exigido pela minha função permite-me ter a possibilidade de avaliar o meu desempenho. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. O trabalho é muito simples e repetitivo. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. O meu trabalho pode ser feito adequadamente por uma única pessoa
– sem ter de falar ou
de fazer confirmações com outras pessoas. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

14. Neste trabalho, os chefes e colegas quase nunca me dão qualquer
“feedback” sobre a
minha execução. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15. Este é um tipo de trabalho em que muitas pessoas podem ser
afetadas pelo modo como ele é executado. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

16. O trabalho nega-me qualquer possibilidade de utilizar a minha
iniciativa ou de tomar decisões na sua execução. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

17. Os chefes fazem, frequentemente, uma apreciação sobre o meu desempenho. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

18. O trabalho dá-me a possibilidade de completar totalmente as tarefas que inicio. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

19. O trabalho fornece-me poucas pistas sobre o meu desempenho. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

20. O trabalho dá-me uma oportunidade considerável de independência e liberdade no modo como o executo. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

21. O trabalho em si não tem muito significado ou importância no contexto geral da vida. *

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Anexo 7 – Resultados tabelas JDS

Médicos	Média	Moda	Mediana	Desvio padrão
Autonomia	4,2	6	5	1,9
Identidade da tarefa	4,6	5	5	1,4
Variedade	4,6	6	5	2,2
Significado	4,9	7	6	2,5
Feedback	4,9	2	4	1,7

IPM – 96,72

Enfermagem	Média	Moda	Mediana	Desvio padrão
Autonomia	4,5	5	5	1,5
Identidade da tarefa	4,9	5	5	1,4
Variedade	4,7	6	5	1,9
Significado	5,1	7	6	2,3
Feedback	4,4	5	5	1,5

IPM – 97,02

AO	Média	Moda	Mediana	Desvio padrão
Autonomia	4,9	5	5	1,5
Identidade da tarefa	5,3	5	5	1,1
Variedade	5,0	5	5	1,0
Significado	5,1	5	5	1,7
Feedback	5,2	5	5	1,3

IPM – 128,28

Anexo 8 - Questionários experiência do utente na Urgência Pediátrica (ciranças)

Questionário da Experiência da Urgência de Pediatria (crianças)

No âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas, a decorrer no ISCTE Business School, gostaríamos que respondesses a este questionário.

Este questionário procura saber como foi a tua experiência na Urgência de Pediatria.

Destina-se a **crianças/jovens dos 8 aos 18 anos** e pode ser preenchido com a ajuda de quem te acompanha.

Obrigado pela tua participação.

* Required

Segurança dos dados

Trata-se de um questionário para preenchimento **anónimo** e desenvolvido para **efeitos puramente académicos**.

Os dados serão recolhidos, trabalhados e armazenados apenas pelo investigador.

Quando forem apresentados, serão como um todo e nunca de forma individual, impossibilitando, assim, a identificação individual.

1. Consentes a recolha e tratamento dos teus dados pessoais. *

Consinto

Quem está a responder?

2. Que idade tens? *

- 8 aos 12 anos
- 13 aos 15 anos
- 16 aos 18 anos

3. Qual é o teu género? *

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder
- Other

4. Tiveste ajuda para responder a este questionário? *

- Sim
- Não

5. Estás a preencher este questionário em que altura do dia? *

- Manhã (8h às 15h)
- Tarde (15h às 22h)
- Noite (22h às 8h)

Tempo de espera

6. O que achas sobre o **tempo que tiveste que esperar** desde a chegada ao hospital até ser atendido por um médico? *

- Não tive de esperar muito tempo
- Esperei menos tempo do que pensava
- O tempo de espera era o que eu pensava
- Tive de esperar mais tempo do que pensava

7. Enquanto esperavas, alguém te informou sobre **o que estava a acontecer?** *

- Sim
- Sim, mais ou menos
- Não, mas não foi necessário
- Não, e eu gostava que o tivessem feito
- Não sei/não me consigo lembrar

8. Havia o **suficiente para te manter ocupado/a** enquanto esperavam (jogos, brinquedos, livros)? *

- Sim, houve muitas distrações
- Havia algumas distrações, mas não o suficiente
- Havia coisas para fazer, mas não para crianças da minha idade
- Não
- Não sei/não me consigo lembrar
- Eu tinha as minhas próprias coisas para me manter ocupado

9. Enquanto esperavas tinhas **tudo o que precisavas** (comida, bebidas, casas de banho)? *

- Sim
- Sim, mais ou menos
- Não
- Eu não precisava de nada
- Não sei/não me consigo lembrar

10. Enquanto esperavas **cuidaram de ti** (por exemplo, foi-lhe dada medicação para as dores, cobertores ou saco de enjoo etc., se necessário)? *

- Sim, claro
- Sim, até certo ponto
- Não, não fui
- Não, mas não precisava de nada
- Não sei / Não me lembro

11. A área de espera estava limpa? *

- Muito limpa
- Limpa
- Não muito limpa
- Suja
- Não sei/não me consigo lembrar

Como cuidaram de ti?

12. Os médicos e enfermeiros **explicaram-te o que estavam a fazer** de forma que compreendesses? *

- Sim
- Sim, mais ou menos
- Não
- Não precisei de explicações
- Não sei/não me consigo lembrar

13. Os médicos e enfermeiros **explicaram o que se passava contigo**, de forma que compreendesses? *

- Sim
- Sim, mais ou menos
- Não
- Não sei/não me consigo lembrar
- Eles não sabem o que se passa comigo

14. Sentiste que os médicos e enfermeiros fizeram tudo o que podiam para te sentires **calmo/a e tranquilo?**

*

- Sim
- Sim, mais ou menos
- Não
- Não foi necessário

15. Se tinhas dores, sentiste que os médicos e enfermeiros fizeram **tudo o que podiam** para ajudar a controlar tua dor?

*

- Sim
- Sim, mais ou menos
- Não
- Não tinha dores

16. Foste atendido(a)/tratado(a) em **privado**? *

*

- Sim
- Não, mas isso não importa
- Não, mas preferia ter sido
- Não sei / Não me consigo lembrar

Depois da urgência

17. Depois da tua vinda à urgência o que é que aconteceu? *

- Fiquei durante a noite no hospital
- Fui para casa
- Fui para outro sítio

18. Alguém te disse quando poderias **recomeçar as tuas atividades habituais**, como praticar desporto ou voltar à escola? *

- Sim, claro
- Sim, mais ou menos
- Não
- Não foi necessário

19. Alguém te disse a ti ou aos teus pais/encarregados de educação o que devem **ter em atenção** em casa? *

- Sim, claro
- Sim, mais ou menos
- Não
- Não foi necessário
- Não sei / Não me lembro

20. Os profissionais de saúde disseram-te a ti ou aos teus pais/acompanhante **o que fazer ou quem contactar** se estiverem preocupados com alguma coisa depois da tua vinda à urgência? *

- Sim
- Não
- Não me lembro

De forma geral

21. Durante a visita à urgência, tu e quem te acompanhou **receberam informações suficientes** sobre tua doença e como tratá-la? *

- Sim, foi-nos dada informação suficiente
- Alguma informação, mas não suficiente
- Não, teria preferido que me tivessem dado informação
- Não, mas não foi necessária qualquer informação
- Não sei/não me consigo lembrar

22. De forma geral **como achas que foste tratado** na urgência? *

- Muito bem
- Bem
- Não muito bem
- Mal

23. A **razão principal** da tua ida à urgência foi bem tratada? *

- Muito bem
- Bem
- Não muito bem
- Mal

24. Há alguma coisa que tenha corrido muito bem na tua vinda à urgência?

25. Tens alguma sugestão para podemos melhorar?

**Anexo 9 - Questionário experiência do utente na Urgência Pediátrica
(pais/acompanhantes)**

Questionário da Experiência da Urgência de Pediatria

No âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas, a decorrer no ISCTE Business School, gostaríamos que respondesse a este questionário.

Este questionário procura saber como foi a sua experiência na Urgência de Pediatria.

Destina-se a acompanhantes de bebés/crianças desde o **nascimento até aos 7 anos** de idade.

Obrigado pela sua participação.

* Required

Segurança dos dados

Trata-se de um questionário para preenchimento **anónimo** e desenvolvido para **efeitos puramente académicos**.

Os dados serão recolhidos, trabalhados e armazenados apenas pelo investigador.

Quando forem apresentados, serão como um todo e nunca de forma individual, impossibilitando, assim, a identificação individual.

1. Consente a recolha e tratamento dos seus dados pessoais. *

Consinto

2. Que idade tem? *

- 18 aos 24 anos
- 25 aos 30 anos
- 31 aos 36 anos
- 36 aos 40 anos
- 41 aos 50 anos
- 51 aos 55 anos
- 55 aos 59 anos

3. Qual é a idade do/a bebé/criança? *

4. Quem é a pessoa que está a preencher este questionário? *

- Mãe ou Pai
- Avó ou Avô
- Tia ou Tio
- Irmão ou irmã
- Other

5. Qual é o seu género? *

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder
- Other

6. Está a preencher este questionário em que altura do dia? *

- Manhã (8h às 15h)
- Tarde (15h às 22h)
- Noite (22h às 8h)

Tempo de espera

7. O que acha sobre o **tempo que teve de esperar** desde a chegada ao hospital até ser atendido por um médico? *

- Não tivemos de esperar muito tempo
- Esperamos menos tempo do que pensava
- O tempo de espera era o que pensávamos
- Tivemos de esperar mais tempo do que pensávamos

8. Enquanto esperavam, alguém vos informou sobre **o que estava a acontecer?** *

- Sim
- Sim, até certo ponto
- Não, mas não foi necessário
- Não, e gostaria que o tivessem feito
- Não sei/não me consigo lembrar

9. Havia o **suficiente para manter o/a seu/sua bebé/criança ocupado/a** enquanto esperavam (jogos, brinquedos, livros)? *

- Sim, havia muitas distrações
- Sim, havia algumas distrações, mas não o suficiente
- Sim, havia coisas para fazer, mas não para a faixa etária da minha bebé/criança
- Não
- Não sei/não me consigo lembrar
- Nós tínhamos as nossas próprias coisas.

10. Enquanto esperava tinham **tudo o que precisavam** (comida, bebidas, casas de banho)? *

- Sim
- Sim, mas só algumas
- Não
- Não precisámos de nada
- Não sei/não me consigo lembrar

11. O/a seu/sua bebé/criança **foi tratado/a enquanto esperavam** (por exemplo, foi-lhe dada medicação para as dores, cobertores ou saco de enjoos etc., se necessário)? *

- Sim, claro
- Sim, até certo ponto
- Não, não foi
- Não, mas não precisámos de nada
- Não sei / Não me lembro

12. A área de espera estava limpa? *

- Muito limpa
- Limpa
- Não muito limpa
- Suja
- Não sei / Não reparei

Cuidados e tratamento

13. Os profissionais que viu **explicaram o que estavam a fazer** de forma que compreendesse?

*

- Sim
- Sim, mas apenas em parte
- Não
- Não foram necessárias explicações
- Não sei/Não me consigo lembrar

14. Os profissionais que viu **explicaram o que se passava com o/a seu/sua criança/bebé** de forma que você compreendesse? *

- Sim, claro
- Sim, mas apenas em parte
- Não
- Não sei / Não me lembro
- Eles não sabiam o que se passava

15. Sentiu que os médicos e enfermeiros fizeram tudo o que podiam para que você e o/a seu/sua bebé/criança se sentisse **calmo/a e tranquilo/a?***

- Sim, claro
- Sim, até certo ponto
- Não
- Não foi necessário

16. Se o/a seu/sua bebé/criança estava com dores, acha que os profissionais fizeram **tudo o que podiam para ajudar** a controlar a sua dor?

*

- Sim, claro
- Sim, até certo ponto
- Não
- Não tinha dores

17.

Foi dada **privacidade suficiente** a si e ao seu/sua bebé/criança quando estavam a ser examinados ou tratados?

*

- Sim, claro
- Sim, mas apenas em parte
- Não, mas não nos importamos
- Não, mas teríamos gostado
- Não sei / Não me consigo lembrar

Depois da urgência

18. O que aconteceu depois da sua ida à urgência? *

- O meu filho/a passou a noite no hospital
- Fomos para casa
- Fomos para outro sítio

19. Os profissionais disseram-lhe quando é que o seu filho poderia **retomar as suas atividades habituais**, tais como, por exemplo, praticar desporto ou regressar à escola? *

- Sim, claro
- Sim, mas só até certo ponto
- Não
- Não foi necessário

20. Os profissionais disseram-lhe o que deve **ter em atenção** em casa? *

- Sim, claro
- Sim, até certo ponto
- Não
- Não foi necessário
- Não sei / Não me lembro

21. Os profissionais de saúde disseram-lhe **o que fazer ou quem contactar** se estivesse preocupado com alguma coisa depois da sua visita à urgência? *

- Sim
- Não
- Não sei / Não me lembro

De forma geral

22. De um modo geral, recebeu **informação suficiente** sobre a situação e o tratamento do/da seu/sua bebé/criança? *

- Sim, foi-nos dada informação suficiente
- Sim, foi-nos dada informação, mas não suficiente
- Não, mas teria preferido que me tivessem dado informações
- Não, mas não foi necessária qualquer informação
- Não sei / Não me consigo lembrar

23.

De um modo geral, **em que medida acha que o/a seu/sua bebé/criança foi bem tratado/a** durante a visita?

*

- Muito bem
- Bem
- Não muito bem
- Mal

24. O principal motivo da sua consulta de urgência **foi bem abordado?***

- Sim, completamente
- Sim, até certo ponto
- Não

25. Houve alguma coisa que tenha corrido muito bem na sua vinda à urgência?

26. Houve alguma coisa que poderia ter sido melhor?

Anexo 10 – Resultados globais dos questionários da experiência dos utentes

Caracterização da amostra – Questionário das crianças

Idades

Que idade tens?	Contagem
13 aos 15 anos	6
16 aos 18 anos	3
8 aos 12 anos	9

Género

Qual é o teu género?	Contagem
Feminino	5
Masculino	13

Se teve ajuda a preencher o questionário

Tiveste ajuda para responder a este questionário?	Contagem
Sim	6
Não	12

Em que turno (hora) preencheu o questionário.

Estás a preencher este questionário em que altura do dia?	Contagem
Manhã (8h às 15h)	4
Noite (22h às 8h)	5
Tarde (15h às 22h)	9

Caracterização da amostra – Questionário acompanhantes

Idade

Que idade tem? (anos)	Contagem
18 aos 24	1
25 aos 30	9
31 aos 36	10
36 aos 40	10
41 aos 50	2

Género

Qual é o seu género?	Contagem
Feminino	25
Masculino	7

Idades das crianças

Grupo etário	Contagem
Lactente	3
Bebé ou <i>toddler</i>	16
Pré-escolar	15
Escolar	6

Resultados dos questionários agregados (acompanhantes e crianças)

Tempo de espera

O que acha sobre o tempo que teve de esperar desde a chegada ao hospital até ser atendido por um médico?	Contagem
Esperamos menos tempo do que pensava	17
Não tivemos de esperar muito tempo	20
O tempo de espera era o que pensávamos	6
Tivemos de esperar mais tempo do que pensávamos	7

Enquanto esperavam, alguém vos informou sobre o que estava a acontecer?	Contagem
Sim	22
Sim, até certo ponto	6
Não, mas não foi necessário	16
Não, e gostaria que o tivessem feito	4
Não sei/não me consigo lembrar	2

Havia o suficiente para manter o/a seu/sua bebé/criança ocupado/a enquanto esperavam (jogos, brinquedos, livros)?	Contagem
Sim, havia muitas distrações	7
Sim, havia algumas distrações, mas não as suficientes	7
Sim, havia coisas para fazer, mas não para a faixa etária da minha bebé/criança	2
Não	23
Nós tínhamos as nossas próprias coisas.	10
Não sei/não me consigo lembrar	1

Enquanto esperava tinham tudo o que precisavam (comida, bebidas, casas de banho)?	Contagem
Sim	27
Sim, mas só algumas	15
Não	2
Não precisámos de nada	6

O/a seu/sua bebé/criança foi tratado/a enquanto esperavam (por exemplo, foi-lhe dada medicação para as dores, cobertores ou saco de enjoo etc., se necessário)?	Contagem
Sim, claro	28
Sim, até certo ponto	3
Não, mas não precisámos de nada	16
Não, não foi	3

A área de espera estava limpa?	Contagem
Limpa	28
Muito limpa	20
Não muito limpa	2

Cuidados e tratamento

Os profissionais que viu explicaram o que estavam a fazer de forma que compreendesse?	Contagem
Sim	47
Sim, mas apenas em parte	1
Não precisámos de explicações	1
Não sei/não me consigo lembrar	1

Os profissionais que viu explicaram o que se passava com o/a seu/sua criança/bebé de forma que você compreendesse?	Contagem
Sim, claro	42
Sim, mas apenas em parte	7
Eles não sabiam o que se passava	1

Sentiu que os médicos e enfermeiros fizeram tudo o que podiam para que você e o/a seu/sua bebé/criança se sentisse calmo/a e tranquilo/a?	Contagem
Sim, completamente	45
Sim, até certo ponto	2
Não foi necessário	3

Se o/a seu/sua bebé/criança estava com dores, acha que os profissionais fizeram tudo o que podiam para ajudar a controlar a sua dor?	Contagem
Sim, claro	31
Sim, até certo ponto	3
Não	1
Não tinha dores	15

Foi dada privacidade suficiente a si e ao seu/sua bebé/criança quando estavam a ser examinados ou tratados?	Contagem
Sim, claro	40
Sim, mas apenas em parte	5
Não, mas teríamos gostado	2
Não, mas não nos importamos	3

Depois da urgência

O que aconteceu depois da sua ida à urgência?	Contagem
Fomos para casa	46
Fomos para outro sítio	2
O meu filho/a passou a noite no hospital	2

Os profissionais disseram-lhe quando é que o seu filho poderia retomar as suas atividades habituais, tais como, por exemplo, praticar desporto ou regressar à escola?	Contagem
Sim, claro	24
Sim, mas só até certo ponto	5
Não foi necessário	14
Não	7

Os profissionais disseram-lhe o que deve ter em atenção em casa?	Contagem
Sim, claro	37
Sim, até certo ponto	8
Não foi necessário	5

Os profissionais de saúde disseram-lhe o que fazer ou quem contactar se estivesse preocupado com alguma coisa depois da sua visita à urgência?	Contagem
Sim	39
Não	9
Não sei/não me lembro	2

De forma geral

De um modo geral, recebeu informação suficiente sobre a situação e o tratamento do/da seu/sua bebé/criança?	Contagem
Sim, foi-nos dada informação suficiente	46
Sim, foi-nos dada informação, mas não suficiente	3
Não, mas não foi necessária qualquer informação	1

De um modo geral, em que medida acha que o/a seu/sua bebé/criança foi bem tratado/a durante a visita?	Contagem
Muito bem	37
Bem	13

O principal motivo da sua consulta de urgência foi bem abordado?	Contagem
Sim, completamente	40
Sim, até certo ponto	10

Respostas dos acompanhantes às questões abertas

Houve alguma coisa que tenha corrido muito bem na sua vinda à urgência?

O médico tratou super bem o meu filho e com muita atenção

O acolhimento de todos os profissionais

Sim o tempo de espera foi muito curto

Não

A simpatia dos profissionais

O tratamento que o médico deu ao nosso pequeno foi muito bom

Extrema simpatia e profissionalismo de todos os profissionais

Excelente profissional

Não

A compreensão, simpatia e atenção do médico "Márcio Amado" e toda a equipe

A simpatia dos enfermeiros

Sim, como a bebé era muito pequena disponibilizaram uma sala à parte da sala de espera para não ter contacto com outras crianças doentes. Foram muito atenciosos

Médico pelo qual fui atendida

Os atendimentos dos médicos e enfermeiros todos da equipa foram excelentes.

Pessoas simpáticas, prestáveis e humanas

Cuidaram da minha filha muito bem

Foi a primeira vez que viemos às urgências deste hospital e fomos muito bem atendidos na triagem e no consultório médico. Só temos elogios para partilhar.

Foi tranquilo

O tempo de espera foi quase nulo. O que é que é ótimo, uma vez que a minha filha quer o conforto da sua casa

Sim. Porque vi que o meu osso partido

Sim

sim como por exemplo quando estava a ter um ataque de pânico

A simpatia das enfermeiras/enfermeiros

Correu bem

O tratamento dos enfermeiros e médicos foi excelente, sempre preocupados e atentos no cuidado comigo e muito pacientes, pois eu tenho muito medo de dar sangue

Sim! Puseram o meu osso no lugar!

Fiquei logo tratada e sem dores

O tratamento

Respostas das crianças e jovens às questões abertas

Houve alguma coisa que poderia ter sido melhor?

Não

Não

Não

Foi tudo bem

Não

Não

Não. Tivemos um excelente tratamento por todos os profissionais

Não

Menor tempo de espera
Não, pois foram bastante profissionais.
Acredito que não
Não! :)
Cumprir com instrução do médico
Não
não
Que os altifalantes sejam melhores
A rapidez no atendimento
Não
Não
Acho que na sala de espera, poderia ter mais coisas para as crianças não ficarem cansadas de estar à espera sem fazer nada.
Encaminhar para a especialidade, no âmbito de fazer mais despistes sobre dores/febre que não de onde apareceu
Continuem o bom trabalho
Tempo de espera