

LUANA CRISTINA INÁCIO

**GESTÃO DE STOCKS E DA MELHORIA CONTÍNUA DO
ARMAZÉM DE EPI DO ACES ALGARVE I - CENTRAL**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2022

LUANA CRISTINA INÁCIO

**GESTÃO DE STOCKS E DA MELHORIA CONTÍNUA DO
ARMAZÉM DE EPI DO ACES ALGARVE I - CENTRAL**

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado
em Gestão de Unidades de saúde, como parte
dos requisitos para a obtenção do grau de
Mestre.

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professora Doutora Susana Pescada

Doutor Filipe Figueiredo



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2022

**GESTÃO DE STOCKS E DA MELHORIA CONTÍNUA DO ARMAZÉM DE EPI
DO ACES ALGARVE I - CENTRAL**

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Luana Cristina Inácio

(Assinatura)

© Copyright: Luana Cristina Inácio.

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

RESUMO

A área da gestão de stocks assume grande importância para o setor da saúde, dada a sua função de decisão dos bens necessários para o público alvo, a sua quantidade e onde estes se devem encontrar. Uma adequada gestão de stocks não só aumenta a capacidade de resposta da organização face à procura, como também, do ponto de vista financeiro, imobiliza capital para a mesma, sendo desejável que se diminua a despesa em stocks sem prejudicar o nível e qualidade de serviço prestado. O presente relatório, intitulado “Gestão de Stocks e Melhoria Contínua do Armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central”, surge no âmbito da realização do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade Do Algarve e apresenta as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio curricular realizado no ACeS Algarve I – Central, nomeadamente no armazém de Equipamento de proteção individual (EPI), durante o período de 26 de outubro de 2021 a 18 de fevereiro de 2022. No decorrer do estágio, procedeu-se ao enquadramento dos processos e procedimentos de gestão de stocks do armazém e, posteriormente, à implementação de uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade.

Neste relatório constam as atividades desenvolvidas no âmbito do Armazém de EPI que incidiram sobre toda a cadeia logística, desde o pedido de material e recebimento, seguindo-se da sua armazenagem, distribuição, gestão e controlo de stocks. A partir de uma análise SWOT realizada ao armazém de EPI, foram detetadas fraquezas ao nível dos protocolos correspondentes aos processos de funcionamento e ao espaço e movimentação de stocks. No sentido de superar e solucionar estas fraquezas, foi proposta como medida de gestão o uso da Auditoria, enquanto ferramenta de gestão da qualidade e melhoria contínua do armazém de EPI.

Por fim, como conclusão do estágio realizado salienta-se a importância do mesmo por permitir o contacto direto com o mundo profissional, assim como as diversas áreas da gestão em saúde como: a gestão de stocks e aprovisionamento e a gestão da melhoria contínua e qualidade.

Palavras-Chave: Gestão de Stock, Qualidade, Melhoria Contínua, EPI, SNS.

ABSTRACT

The field of stock management is of great importance for the health sector, given its role in deciding the supplies needed by the target audience, their quantity and where they should be found. An Adequate stock management not only increases the organization's ability to respond to demand, but also, from a financial point of view, immobilizes capital, making it desirable to reduce the expense of stocks without harming the quality of service provided. This report, entitled “Gestão de Stocks e Melhoria Contínua do Armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central”, arises within the scope of the Master's in Health Units Management at the Universidade do Algarve and presents the activities carried out during the curricular internship held at ACeS Algarve I – Central, specifically in the Personal Protective Equipment (PPE) warehouse, during the period from October 26th of 2021 to February 18th of 2022. During the internship, the warehouse stock management processes and procedures were formulated and later, a continuous quality improvement tool was implemented.

This report includes the activities carried out in the PPE Warehouse and focuses on the entire logistics chain, from the request of material and its delivery to its storage, distribution, management, and stock control. Based on a SWOT analysis carried out in the PPE warehouse, weaknesses were detected in the protocols specifically in the operating processes, the lack of warehouse space and movement of stocks. In order to overcome and solve these weaknesses, the use of an Audit was proposed as a management measure to improve quality and continuous improvement of the PPE warehouse.

Finally, as a reflection of the internship carried out, its importance is highlighted for allowing direct contact with the professional world, as well as the various areas of health management such as: stock and supply management and management of continuous improvement and quality.

Keywords: Stock Management, Quality, Continuous Improvement, PPE, Health care system.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	X
ÍNDICE DE QUADROS	XI
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XII
1. INTRODUÇÃO	1
2. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE	3
2.1 Cuidados de Saúde Primários	4
2.2 Cuidados Diferenciados	5
2.3 Cuidados Continuados Integrados	5
2.4 Cuidados Paliativos.....	6
2.5 Urgência/Emergência.....	6
3. EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL... 7	
3.1 Agrupamento de Centros de Saúde.....	11
4. GESTÃO EM SAÚDE	14
4.1 Gestão Financeira	16
4.2 Gestão de Recursos Humanos.....	17
4.3 Gestão Logística	18
4.3.1 Gestão de compras	19
4.3.2 Gestão de Stocks	20
4.4 Gestão de Marketing	27
4.5 Gestão da Produção	28
4.6 Gestão das Operações	28
5. GESTÃO E QUALIDADE EM SAÚDE	29
5.1 Conceito de Qualidade.....	29
5.2 Gestão da Qualidade	30
5.3 Ferramentas de Gestão da Qualidade.....	32
5.3.1 Ciclo PDCA.....	32
5.3.2 Auditoria.....	34
5.3.3 Análise SWOT	35
6. INSTITUIÇÃO ACOLHEDORA	36
6.1 ACeS Algarve I – Central	36
7. ATIVIDADES DECORRENTES DO ESTÁGIO	36

7.1 Equipamentos de Proteção Individual	38
7.2 Armazém de EPI do ACeS Algarve I - Central	38
7.2.1 Sistema Informático	43
7.2.2 Inventário anual.....	44
7.3 Análise SWOT ao Armazém de EPI.....	46
7.4 Formalização dos Protocolos e Auditoria.....	51
7.4.1 Criação e validação dos protocolos.....	51
7.4.2 Implementação dos protocolos.....	52
7.4.3 Criação do instrumento de Auditoria	52
7.4.4 Auditoria.....	52
7.4.5 Análise dos resultados da Auditoria e considerações finais.....	52
8. APRECIACÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	54
9. CONCLUSÃO	57
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	58
11. ANEXOS	64
11.1 Anexo I- Organograma ACeS Algarve I – Central.....	64
11.2 Anexo II- Exemplo Mapa Necessidade Central	65
11.3 Anexo III- Protocolo de Procedimentos #1 Pedidos à ARS	67
11.4 Anexo IV - Protocolo de Procedimentos #2 Receção e armazenamento.....	73
11.5 Anexo V - Protocolo de Procedimentos #3 Redistribuição de material	75
11.6 Anexo VI - Instrumento de Auditoria dos Procedimentos de Gestão de Stocks	79
11.7 Anexo VII - Protocolo de Procedimentos #3 Redistribuição de material (Nova versão).....	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução Organizacional dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	10
Figura 2 – Variação dos diferentes tipos de procura em função do tempo.....	22
Figura 3 – Stocks no modelo de período fixo.....	25
Figura 4 – Representação gráfica do Método do Ponto de Encomenda.....	26
Figura 5 – Fases PDCA.....	33
Figura 6 – Fluxograma de Pedidos e Envios do ACeS Algarve I – Central.....	40
Figura 7 – Cronograma do fluxo de material de EPIS do ACeS Algarve I – Central.....	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação dos modelos de quantidade fixa de encomenda e de período fixo de encomenda.....	24
--	-----------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano de Atividades de Estágio.....	37
Quadro 2- Matriz SWOT.....	50
Quadro 3 – Etapas do processo de formalização dos protocolos.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS - Administração Geral do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ADR - Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios

CT - Centros de Trauma

CVC – Centro de Vacinação Covid

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EGI – Equipa de Gestão de Inventários

EPI – Equipamento de proteção Individual

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

GHAF - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

IGAS - Inspeção Geral das Atividades em Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB - Serviço de Urgência Básico

UAG – Unidade de Apoio a Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

1. INTRODUÇÃO

O sector da saúde encontra-se em constante transformação, quer na perspetiva da oferta como da procura, que resulta da evolução dos tempos e da mentalidade dos indivíduos. As mudanças na procura condicionam e são mutuamente condicionadas pela oferta dos serviços de saúde, que procuram cada vez mais garantir a sua capacidade de oferta e qualidade dos processos, tentando satisfazer as necessidades dos seus utentes ao menor custo possível. A saúde tem vindo a assumir um valor cada vez mais importante para a sociedade, onde a procura por cuidados de saúde de qualidade por parte da população tem sido uma constante, no sentido de responder às suas necessidades e exigências (Sousa, 2009).

Apesar do crescimento das expectativas dos cidadãos referentes aos cuidados de saúde oferecidos, o avanço da COVID19, no país e no mundo, veio exigir dos gestores uma maior coordenação, controlo e organização de forma a conseguir garantir a oferta de serviços de saúde, equipamentos e mão de obra qualificada aos utentes em períodos de grande incerteza e imprevisibilidade e num período em que os custos em saúde atingiram um nível bastante elevado (Silveira, 2020). Assim, a relação custo-efetividade dos produtos e materiais em saúde assumiu proporções maiores e passou a ser um dos principais objetivos dos responsáveis pela gestão das organizações de saúde. A gestão de stocks desempenha um papel fulcral no aumento da eficiência e, conseqüentemente, no aumento da segurança do doente e melhoria dos cuidados prestados, constituindo um elevado investimento para a organização e se gerido de forma adequada pode trazer benefícios económicos significativos (Bernardino, 2017).

Neste contexto, surge o presente relatório enquanto suporte teórico do estágio académico realizado no âmbito do curso de mestrado de Gestão de Unidades de Saúde sob orientação da Professora Doutora Susana Pescada, na qualidade de orientadora científica e docente da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, e do Doutor Filipe Figueiredo, na qualidade de Vogal do Conselho Clínico do ACeS e Supervisor do estágio.

A decisão de realização de um estágio resultou do interesse em obter o grau de mestre através de uma experiência que permitisse o contacto direto com o mercado de trabalho e com as práticas profissionais e, em simultâneo, oferecesse a oportunidade de

desenvolver competências, no sentido de complementar e consolidar os conhecimentos teóricos facultados durante o primeiro ano do curso.

O estágio teve como foco a área da gestão de stocks, mais concretamente a área da gestão da qualidade e melhoria contínua do armazém de Equipamento de proteção Individual (EPI) do ACeS Algarve I – Central, com o objetivo de participar e realizar atividades no âmbito dos procedimentos e protocolos da gestão de stocks do armazém e sua formalização.

Em primeira instância estava definido que o estágio se focaria na área da gestão de stocks e aprovisionamento. No entanto, e dado que uma grande parte desta área é da competência da ARS Algarve IP e não da Unidade de Apoio à gestão do ACeS Algarve I - Central, considerou-se, então, direcionar o estágio na área da gestão da qualidade e melhoria contínua do armazém de EPI do ACeS. Desta forma, o foco passou a centrar-se nos procedimentos e protocolos da gestão de stocks do armazém e na sua formalização, de forma a garantir a melhoria da qualidade do serviço. Esta área de incidência do estágio revelou ser de grande importância, por vivermos num período de pandemia, onde a maioria dos produtos e materiais necessários ao ofício das várias unidades e serviços do ACeS eram fornecidos por este armazém.

O presente relatório encontra-se dividido essencialmente em três partes. A parte inicial, constituída por cinco pontos, destina-se à introdução e ao enquadramento teórico do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e da rede de cuidados prestados em Portugal, onde é, ainda, feito um breve enquadramento das diferentes áreas da gestão e à importância e papel no setor da saúde. Na segunda parte, a qual integra os pontos 6 e 7, surge o enquadramento da entidade acolhedora e das atividades desenvolvidas no âmbito do Armazém de EPI, focando-se em toda a sua cadeia logística. De seguinte, apresenta-se uma análise SWOT do Armazém de EPI e, a partir das fragilidades detetadas, surge a aplicação da Auditoria como ferramenta de gestão da qualidade e melhoria contínua. A última parte, destina-se à apreciação crítica das atividades desenvolvidas e à conclusão, onde são expostas principais reflexões retiradas do estágio.

2. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE

O SNS foi implementado em 1979 dando-se a nacionalização de grande parte dos hospitais, tornando o estado o financiador e prestador de cuidados de saúde em Portugal (Bernardino, 2017).

A adesão de Portugal à União Europeia, no ano de 1986, veio incentivar a rede hospitalar descentralizada e o desenvolvimento da rede hospitalar, facilitando o acesso a um maior número da população através de melhores vias de comunicação. As exigências sociais, tecnológicas e financeiras exigiam do país melhores respostas e de forma atempada relativamente à sua rede prestadora de cuidados, conseqüentemente, em 1990 foi aprovada a lei de bases da saúde que permitia que a defesa e promoção da saúde pública fosse efetuada pelo estado e outras entidades públicas (Mendes, 2014). Isto é, os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do estado ou sob entidades privadas, fiscalizadas pelo mesmo através de acordos. Ainda no desenvolvimento da lei de bases, em 1993, o estatuto do SNS pretendia superar a dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados, ou seja, “a indivisibilidade de uma criteriosa gestão de recursos levam à criação de unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais” (Bernardino, 2017:79).

Segundo Bernardino (2017:200), no sistema de saúde português, o papel regulador do Estado é exercido através de várias entidades com funções distintas como: a INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde), que tem como objetivo supervisionar e regular os setores dos medicamentos, aparelhos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal, para garantir o acesso aos mesmos de forma eficaz e segura; a Direção Geral da Saúde (DGS), que tem como missão regular, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, como também planear e programar a política nacional de qualidade do sistema de saúde e assegurar a elaboração e execução do Plano nacional de saúde; a Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS), à qual compete o asseguramento do cumprimento da lei e níveis técnicos de atuação em todos os domínios de prestação de cuidados de saúde; a Administração Geral do Sistema de Saúde (ACSS), que pretende assegurar a adequada gestão dos recursos financeiros e humanos, bem como das instalações e equipamentos pertencentes

ao Ministério da Saúde (MS) e ao SNS; e as ordens/associações profissionais públicas. Ainda no âmbito da regulação, em 2003, foi criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) como agência reguladora independente ao Estado e aos outros operadores em geral, ou seja, o objetivo da ERS é separar a função do estado como regulador e supervisor das suas funções de operador e financiador. À ERS estão atribuídas as funções de regulação económica do setor da saúde e poderes sancionatórios em termos de contraordenações e coimas.

No ano de 2004 foi divulgado pela DGS a Carta Hospitalar Portuguesa, que assentava no princípio de que a Rede de Cuidados de Saúde Primários deveria assegurar a promoção da saúde, a prevenção da doença e o tratamento de situações clínicas frequentes e menos graves, e em conjunto com hospitais da área, em articulação com os centros de saúde, deveriam assegurar a prestação de cuidados (Mendes, 2014). Estas relações de complementaridade interconstitucionais, pretendiam então que o modelo de prestação de cuidados de saúde fosse centrado no cidadão. Desta forma, e seguindo o princípio da lei de bases do SNS, foram criadas várias redes de cuidados com nomes e funções distintas que visam a articulação dos diferentes cuidados de saúde necessários à população (Bernardino, 2017).

2.1 Cuidados de Saúde Primários

Segundo Bernardino (2017), os cuidados de saúde primários (CSP) são o pilar central do SNS, dado que constituem o primeiro contacto do cidadão com as vastas funções de promoção da saúde e prevenção da doença, e por estabelecerem a ligação com os outros serviços de continuidade desses cuidados.

De uma forma global, a qualidade dos CSP está em constante ameaça resultante da globalização e envelhecimento da população, como também da emergência de novas doenças e aumento ou prevalência de doenças crónicas, afetando a saúde da população e exigindo mais do Sistema de saúde (Ramalho, 2021).

Segundo Ramalho (2021:21), os CSP surgiram, em Portugal, como resposta aos problemas de saúde verificados nas comunidades, possuindo duas abordagens distintas: a clínica e a de saúde pública. A primeira foca-se no utente enquanto indivíduo, promovendo cuidados ao longo de todo o seu ciclo de vida, já a abordagem de saúde

pública dirige-se para o indivíduo e as suas responsabilidades como membro de uma sociedade. Os CSP são vistos pela WHO (2021) como a solução para as principais causas e fatores de riscos provocados pela baixa qualidade de saúde e bem-estar, mostrando uma redução da despesa da saúde individual e do orçamento de estado, resultando numa melhoria da eficiência de outros cuidados, como os cuidados hospitalares, que é observável através da diminuição do número de internamentos.

2.2 Cuidados Diferenciados

Segundo Bernardino (2017), os Cuidados de saúde diferenciados integram os serviços de saúde, que visam garantir a prestação de cuidados diferenciados à população de uma determinada área geográfica, mais designadamente consultas externas de especialidade, intervenções cirúrgicas, internamento, serviço de urgências, entre outros.

De uma forma geral, esta rede de cuidados atua quando os CSP se encontram na incompetência de resolução das queixas dos utentes ou quando são detetadas suspeitas de doença, encaminhando estes utentes para centros complementares de diagnóstico com o objetivo de efetuar *check-ups* necessários e rastrear eventuais complicações.

2.3 Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada em 2006 como resposta às necessidades sociais e de saúde emergentes pelo aumento crescente da esperança média de vida, envelhecimento da população, prevalência contínua de situações de doença crónica múltipla, incapacidade de pessoas com doença incurável em estado avançado ou fase terminal e alterações nas dinâmicas familiares que levam a um aumento do isolamento dos idosos (Decreto – Lei nº 101, 2006).

De forma sucinta, a criação do RNCCI tinha como objetivo a prestação de cuidados integrados a todos os indivíduos que se encontrassem em situação de dependência. Desta forma, a prestação destes cuidados “é assegurada através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias” (Bernardino, 2017:91). As RNCCI vieram introduzir uma maior justiça social, dado que oferecem cuidados de saúde a uma faixa populacional desfavorecida (Bernardino, 2017).

2.4 Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos caracterizam-se por darem resposta à necessidade de tratar, cuidar e apoiar doentes em fase terminal de vida, isto é, são cuidados prestados a indivíduos doentes em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável em fase avançada e progressiva (Bernardino, 2017). Tem como objetivos principais o alívio dos sintomas, apoio psicológico, espiritual e emocional do doente e apoio à família antes e durante o luto. A Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), pretende fomentar, articular e coordenar a prestação destes cuidados no âmbito do SNS, sendo um complemento da rede hospitalar, rede de cuidados de saúde primários e RNCCI. As unidades de cuidados paliativos oferecem cuidados em regime de internamento ou domiciliário e abrangem um leque variado de situações, idades e doenças (Diário da República, 2012).

2.5 Urgência/Emergência

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) pretende instituir um conjunto de meios e ações extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares possibilitando uma ação rápida, eficaz e económica em situações de doença súbita, acidentes e catástrofes nas quais a demora de resposta médica pode acarretar consequências para o doente (Bernardino, 2017). A rede de Serviços e Urgência integra os seguintes níveis de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB); Serviço de Urgência Médico-cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) diferenciando-se de forma crescente pelos recursos a cada serviço afetos e à sua capacidade de resposta. Valoriza-se o papel do SUB, como estrutura com capacidade de avaliação e estabilização inicial do doente urgente. Os SUP e Centros de Trauma (CT) foram definidos em número e localização de forma adequada à população, de forma a garantir o acesso a um ponto da Rede de Urgência, para todo e qualquer local do território nacional, mantendo ou implementado serviços de urgência nos locais de reduzida densidade populacional. No âmbito do SIEM, foi também incorporado o *by-pass* que se define como pontos que permitem o encaminhamento de doentes graves ou específicos para locais capazes de assegurar o seu tratamento.

De forma resumida, a atividade e os meios que atuam no âmbito do SIEM, caracterizam-se por uma vasta extensão, “desde a pré-hospitalar aos cuidados intensivos,

passando pela prestação de cuidados em serviços de urgência e pelo transporte inter-hospitalar de doentes críticos” (Bernardino, 2017:99).

3. EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Sendo os CSP, na sua maioria, o tipo de cuidados prestados pela entidade acolhedora do presente estágio curricular, importa neste momento realizar um breve enquadramento da rede de CSP em Portugal, dando conta da sua evolução ao longo dos anos até ao modelo atual.

A história dos CSP em Portugal caracteriza-se por inúmeras reformas, ao longo dos últimos 30 anos, resultantes de renovações nas práticas de gestão e com o objetivo de responder às necessidades de saúde da população, no sentido da sua adaptação constante à mudança e melhoria das falhas identificadas nos modelos de organização anteriores (Ramalho,2021). Segundo Nunes dos Santos (2012), estas inúmeras tentativas de reforma demonstram que o planeamento de políticas de saúde é fundamental para um correto desenvolvimento dos CSP e para que seja possível um fácil acesso a toda a população, contribuindo assim, para um aumento da satisfação e ganhos na saúde.

A definição de CSP surgiu em 1978, numa conferência entre a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), onde estes ficaram caracterizados como:

nível de cuidados - primeiro nível, linha da frente, interface com a comunidade, integrado na própria comunidade; e com um conjunto de atividades – educação para a saúde, vacinação, saúde ambiental, planeamento familiar, saúde materna e infantil, saúde escolar, diagnóstico e tratamento das doenças agudas e crónicas mais comuns na comunidade, fornecimento dos medicamentos essenciais; como estratégia de intervenção em saúde – participação da comunidade, cooperação intersectorial; e como filosofia permeando todo o sistema de saúde. (Ramos, 2008, como citado por Nunes dos Santos, 2012:14).

Apesar da definição concreta de cuidados de saúde primários apenas ter surgido em 1979, estes cuidados em Portugal têm 30 anos, tendo sido dado o seu início com a publicação do decreto – Lei nº35/311 de 1946, onde se constituiu a Federação das Caixas

de Previdência, sendo, deste modo, criado o primeiro serviço de cuidados médicos a nível nacional (Ministério da Saúde, 1946). Após a criação deste serviço, houve uma tendência para que a legislação consecutivamente falhasse por não haver uma abrangência a toda a população, influenciando as desigualdades sociais da mesma. Na perspectiva de haver uma diminuição destas consequências, foi criado em 1958 o MS. Porém, as desigualdades entre a população foram-se agravando, uma vez que nem todos tinham as possibilidades económicas de recorrer a estes cuidados, por se tratarem de seguros sociais obrigatórios destinados a trabalhadores da indústria, comércio e, mais tarde, para os setores rurais e pescas (Nunes dos santos, 2012). Em 1971, com a promulgação do Decreto-Lei 413/71 – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, estabeleceram-se os fundamentos para o SNS, gerando a criação dos chamados Centros de Saúde de 1ª geração. Os Centros de Saúde (CS) sofreram algumas evoluções, sendo possível identificar três gerações com características distintas:

A “primeira geração” de CS iniciou-se no ano de 1971 e integrou outras instituições, que ofereciam cuidados preventivos e de saúde pública, permanecendo dessa forma até à criação dos centros de saúde pós SNS. Os CS de “primeira geração” atuavam prioritariamente na prevenção e acompanhamento de alguns grupos de risco e abrangiam cuidados como: vacinação, cuidados de saúde na gravidez e das crianças, saúde escolar, atividades de domínio sanitário, entre outras (Ramos, 2008). O tratamento da doença aguda, e os cuidados curativos eram prestados nos postos clínicos dos serviços médico-sociais e ocupavam um lugar mínimo no conjunto das suas atividades. Estes dois estilos de práticas coexistiram durante anos, ainda que, fossem contraditórios pois a saúde comunitária tinha como objetivos a promoção da saúde e preocupava-se com a qualidade nos processos. Já os cuidados imediatos, queriam dar resposta à procura dos doentes, e caracterizavam-se por um elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem objetivos de saúde claros e sem preocupações qualitativas. Apesar de contraditórios, estes dois tipos de cuidados complementavam-se em termos de necessidades de saúde e de expectativas dos utentes (Nunes dos santos, 2012).

A “segunda geração” de CS deu-se início em 1983, após a criação do SNS e da nova carreira médica de clínica geral, e caracterizava-se por ser uma mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares preexistentes, levando à criação da

Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários em 1984. Este processo levou a uma maior racionalidade da prestação de cuidados de saúde e na otimização de recursos usados. Apesar de ter havido uma melhoria dos processos destes centros de saúde, estes não conseguiam responder às necessidades e expectativas dos utentes. Entre 1984 e 1990, assistiu-se à estagnação do nível de cuidados de saúde prestados e só apenas em 1990 é aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90) onde a responsabilidade pela mesma passa a ser partilhada entre o Estado e o indivíduo. No ano de 1993, é aprovado o estatuto do Serviço Nacional de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde passam a fazer a coordenação dos cuidados entre os hospitais e os centros de saúde (Nunes dos Santos, 2012).

A partir de 1996, começou a observar-se, no Ministério da Saúde, um debate relativo ao futuro dos cuidados de saúde primários e aos Centros de Saúde no país. Nesta perspectiva foram iniciados projetos e iniciativas experimentais que tinham como objetivo a exploração de diversos caminhos para se reorganizar os cuidados de saúde dos cidadãos e a forma como estes eram prestados. De 1997 até 1999, começaram a ser criadas agências de contratualização e os orçamentos programa, que visavam a separação entre os prestadores de cuidados de saúde e seu financiamento (Nunes dos Santos, 2012). Ainda no ano de 1999, e no Decreto-Lei nº157/99, foram criados os CS de 3ª Geração, que pretendiam a descentralização e uma maior autonomia (Ministério da Saúde, 1999). Em 2001, começaram-se a desenvolver estratégias de implementação para estes Centros de Saúde e, em 2003, assistiu-se a uma explosão legislativa no sector da saúde e são criadas as Redes de Cuidados de Saúde Primários.

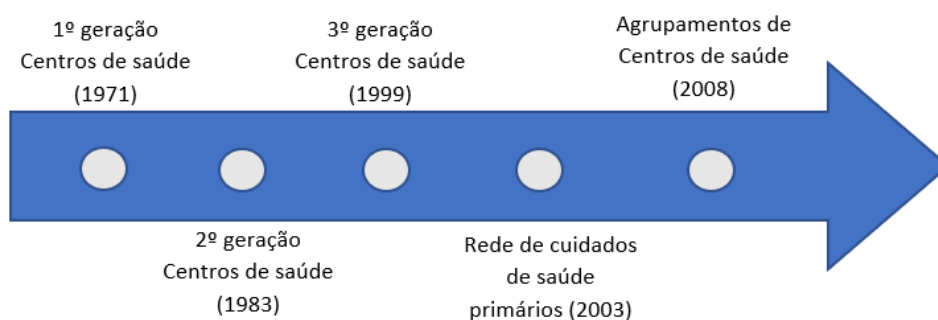
Apenas no ano de 2005, deu-se início à reforma, que tinha como principal objetivo a reconfiguração dos centros de saúde, através da implementação de políticas de saúde adequadas, promovendo assim inovações no processo de mudança organizacional, introduzindo as Unidades de Saúde Familiares (USF), que visavam a modernização dos cuidados orientados para a comunidade. A atual reforma teve por base, o baixo nível de satisfação dos utentes e profissionais, motivado pelo desigual acesso, ineficiência, barreiras físicas e burocráticas e pela falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade desses serviços. Desta forma, as melhorias a adotar, passam pela melhoria do acesso, aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais, melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados e melhoria da eficiência (Nunes dos Santos, 2012).

Segundo Sakellarides et al. (2009) como citado por Nunes dos Santos (2012:18), a reforma dos cuidados de saúde primários deu origem a uma realidade diferente e original, através de um novo processo de desenvolvimento:

a nova arquitetura organizacional dos centros de saúde assenta numa reorganização com duas componentes complementares, de sentido oposto, uma em que há uma rede de pequenas equipas multiprofissionais, descentralizadas e autónomas, com carácter estrutural permanente, para fins de prestação de cuidados à pessoa e à família, e para assegurar intervenções na comunidade, no meio físico e social, através de programas e projetos com alcance populacional [Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Pública]; e outra em que temos a concentração de meios e de recursos escassos, de uso comum, e/ou onde é possível beneficiar de economias de escala, através dos Agrupamentos de Centros de Saúde, quer para fins de gestão organizacional, quer para harmonização e liderança técnico-científica [conselhos clínico], quer para apoio ao funcionamento das unidades multiprofissionais descentralizadas.

Durante a legislatura de 2005 a 2009, fruto das iniciativas do projeto da reforma dos cuidados de saúde primários, resultou a criação dos ACES, com o objetivo de dar estabilidade à organização prestadora de cuidados de saúde primários e permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada melhorando o acesso dos cidadãos a esses cuidados (Bernardino, 2017).

Figura 1 . - Evolução Organizacional dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal



Fonte: Autoria própria

3.1 Agrupamento de Centros de Saúde

A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) resultou de um conjunto de ações realizadas durante o projeto de reforma dos cuidados de saúde primários durante o período de 2005 a 2009, altura em que se celebraram os 30 anos do SNS. A criação dos ACeS é uma realidade relativamente recente, com apenas onze anos, e encontra-se legislada no Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro (Matias, 2017).

Como referido anteriormente, os Centros de Saúde eram vistos como o primeiro contacto dos cidadãos com os cuidados de saúde, assumindo uma função importante na promoção da saúde e prevenção da doença e ligando os utentes a outros serviços de saúde permitindo que exista uma continuidade dos cuidados (Nunes dos Santos, 2012). Segundo o MS (2008:01), os ACeS são “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”. Ou seja, com a criação de ACeS pretendia-se melhorar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde dando também uma forma mais eficaz de gerir os cuidados de saúde primários obtendo mais ganhos em saúde com o menor custo.

Nos ACeS funcionam, na dependência do Diretor Executivo, a Unidade de Apoio à Gestão (UAG) que presta apoio administrativo e geral ao Diretor Executivo, Conselho Clínico e Unidades Funcionais; e, ainda, o Gabinete do Cidadão, ao qual compete verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados que lhes são necessitados, receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas a esses mesmos cuidados para poder responder às mesmas e regular frequentemente o grau de satisfação dos utentes do ACeS (Ministério da Saúde, 2008).

Os ACeS são constituídos, também, por um conjunto de Unidades Funcionais com equipas multiprofissionais, com autonomia organizativa e técnica, atuando em intercooperação com as outras unidades funcionais do centro de saúde e do ACeS. Segundo o Ministério da Saúde (2008), um ACeS tem de ser constituído por pelo menos uma USF ou UCSP e uma UCC ou algum tipo de serviço de saúde que lhe corresponda, tendo apenas uma URAP e uma USP. As Unidades Funcionais caracterizam-se da seguinte forma:

- **Unidades de Saúde Familiar (USF)** - Unidades de pequena dimensão que estabelecem formal e legalmente os objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, garantindo aos cidadãos inscritos um conjunto básico de cuidados de saúde. Unidades que prestam serviços de saúde individuais e familiares e são compostas por equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros e administrativos). Estas unidades podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C que são diferenciados pelo seu grau de autonomia. As USF visam a modernização organizativa e técnico-científica da medicina geral e familiar nas instituições públicas do SNS, de forma a quebrar a obsolescência da prática a solo aperfeiçoando a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de equipa e grupo (Branco e Ramos, 2001).
- **Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)** - As UCSP têm estrutura similar às USF e prestam cuidados personalizados de forma a garantir a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa destas unidades é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.
- **Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)** - As UCC são o tipo de unidade que representa uma novidade mais visível na reorganização dos centros de saúde, sendo uma inovação estrutural que visa modificar radicalmente a imagem e o papel dos centros de saúde para com as populações e comunidades a ele pertencentes. As UCC têm a função de identificar pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade, identificando e mobilizando recursos de proximidade e recorrendo aos apoios existentes no centro de saúde e no sistema de saúde (Branco e Ramos, 2001). À UCC compete prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, quer a nível domiciliário quer a nível comunitário, especialmente a indivíduos e famílias vulneráveis atuando na educação para a saúde, integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa que compõe estas unidades de saúde varia consoante as necessidades dos indivíduos da comunidade e os recursos disponíveis.
- **Unidades de Saúde Pública (USP)** – As USP funcionam como um observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS e têm a competência de elaborar

informação e planos de saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a sua legislação específica, no exercício das funções da autoridade de saúde. A equipa é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública (Matias, 2017).

- **Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)** - Estas unidades prestam serviços de consultoria e assistência às outras unidades organizando ligações funcionais com serviços hospitalares. A equipa é composta por médicos de várias especialidades (exceto medicina geral e familiar e saúde pública), assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais.

Os Coordenadores destas Unidades Funcionais são designados por decisão do Diretor Executivo do ACeS e do Conselho Clínico, tendo em conta os profissionais com os conhecimentos e experiências adequadas à função.

Ainda que o ACeS tenha autonomia administrativa, na sua gestão existem contratos-programa que são celebrados entre o Diretor Executivo do ACeS e o Conselho Diretivo da Administração Regional da Saúde (ARS), onde são estabelecidos qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACeS, os recursos disponíveis para atingirem esses objetivos e onde se definem as regras da sua execução, estando assim, o ACeS sujeito ao poder de direção da ARS (Ministério da Saúde, 2008).

Os órgãos constituintes do ACeS são os seguintes:

- Diretor Executivo;
- Conselho Executivo (composto por Diretor Executivo, Presidente do Conselho Clínico e Presidente do Conselho da Comunidade);
- Conselho Clínico (composto por um Presidente, médico da especialidade de medicina geral e familiar e escolhido pelo Conselho Diretivo da ARS sob proposta do diretor executivo do ACeS; e três vogais, um médico de especialidade de saúde

pública, um enfermeiro especialista com experiência nos CSP e um profissional designado para exercer funções no ACeS, selecionados pelo Conselho Diretivo da ARS sob proposta do Presidente do Conselho Clínico);

- Conselho da Comunidade (composto por um representante de cada órgão comunitário considerado relevante, como por exemplo: um representante indicado pela câmara municipal, um representante de cada município pertencente ao ACeS, um representante das escolas e agrupamentos selecionado pelo Diretor Regional da Educação, entre outros. Estes membros exercem a função durante um período de três anos).

No que se refere aos instrumentos de gestão do ACeS, os mesmos incluem: Regulamento interno; Planos plurianuais e anuais e respetivos orçamentos; Relatórios de atividade; Contratos-Programa.

4. GESTÃO EM SAÚDE

Sendo a saúde um bem reconhecido como essencial para a sociedade e o seu bem estar tanto individual como coletivo, o objetivo de facilitar o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde veio trazer consequências aos modelos organizativos dos serviços de saúde, pelo que a eficiência, a eficácia e a equidade se tornaram fatores indispensáveis a qualquer sistema de saúde (Pessoa et al., 2020). Desta forma, ao longo dos anos tem-se verificado que a área da saúde implica uma cooperação multidisciplinar e uma pluralidade de saberes, como também uma adequada articulação entre as várias áreas científicas. É nesta perspetiva que a gestão exerce um papel fundamental nas organizações de saúde, já que, apesar da existência de escassos recursos e exigências crescentes, a principal função da gestão, no seu todo, é melhorar os serviços prestados aos cidadãos, oferecendo um vasto leque de cuidados adequadamente articulados entre si à menor despesa possível (Bernardino, 2017).

Bernardino (2017) afirma que os desafios mais importantes da gestão em saúde partem da capacidade de promover ações que garantam simultaneamente o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde em tempo útil (equidade), serviços de saúde com os recursos

necessários à prestação desses cuidados (efetividade) e um sistema de saúde que consiga responder, tanto às necessidades dos cidadão, como dos serviços apenas dando uso aos recursos afetos a tal (eficiência). Para se assegurar a equidade, a efetividade e a eficiência é necessário que se responda de forma adequada e atempada aos problemas diários, estabelecendo prioridades. A efetividade refere-se à capacidade de atingir os objetivos da organização, dando uso aos recursos disponíveis e a eficiência parte da relação entre os resultados e os recursos utilizados, isto é, parte da qualidade assistencial e do alcance de um maior volume de receitas ao mínimo custo possível (Nunes dos Santos, 2012).

Segundo Bernardino (2017), a gestão em saúde divide-se em três níveis: o **Macro**, referente às políticas de saúde, sendo considerado o nível mais difícil de delinear, uma vez que estas se encontram condicionadas pela análise do meio envolvente e adaptação às necessidades que se encontram em constante alteração, como também dependem da prática dos agentes nos outros níveis; o **Meso** é o nível que diz respeito à gestão das unidades de saúde, onde existe a especial necessidade de assegurar uma resposta adequada à procura e à imprevisibilidade da mesma. Desta forma, existe uma imposição no administrador de avaliar e decidir processos de mudança rápidos e indispensáveis, que garantam a execução dos objetivos da organização; e, por fim, o nível **Micro**, se centra na gestão clínica (Bernardino,2017).

As organizações existem para acrescentar valor e satisfazer as necessidades dos seus *stakeholders*, ainda que a ideia de valor seja reconhecida como uma transação entre organização-utente, a interpretação do mesmo é divergente para todas as partes. Isto é, para o utente o valor está associado ao seu bem-estar resultante da qualidade dos cuidados de saúde recebidos; já a leitura de valor feita por um prestador centra-se na disponibilidade, conforto e nível de segurança dos recursos disponíveis no exercício da sua atividade; por fim, o acionista associa o seu valor à máxima rentabilidade ao menor custo. Como citado por Bernardino (2017:20), “A gestão destes interesses frequentemente divergentes constitui um desafio que caracteriza a especificidade e peculiaridade da gestão em saúde.”. Desta forma, um dos objetivos da gestão em saúde é criar condições para melhorar a capacidade de adaptação dos processos contínuos de mudança sem que se perca a eficiência, sendo que a decisão acertada será sempre a que conciliar os interesses de todas as partes (utente/prestador/acionista), garantindo um compromisso lucrativo para a organização.

As organizações devem, portanto, ser entendidas como sistemas abertos, que dão uso a instrumentos e políticas para conhecerem e familiarizarem-se com o meio envolvente e a partir das quais vão criar métodos de interação, defesa e ajustamento ao mesmo (Bernardino, 2017). Neste sentido, pode-se dizer que a estratégia de uma organização está orientada para o exterior, no entanto, esta atua também ao nível interno e assenta principalmente em sistemas de controlo e avaliação de resultados, planeamento e criação de políticas e métodos de gestão (Lamenha e Patrício, 2014, como citado por Chiavenato e Sapiro, 2009).

No âmbito das organizações de saúde, Bernardino (2017) define cinco políticas consideradas “pilares de gestão”: Gestão financeira; Gestão de recursos humanos; Gestão logística; Gestão da produção; e Gestão de Marketing. Estas políticas são de grande importância para o funcionamento e subsistência das organizações de saúde.

4.1 Gestão Financeira

O sucesso e a sobrevivência de uma organização prendem-se pela capacidade da mesma em gerar lucro, no entanto isto só pode ser feito se existir um adequado planeamento e uma capacidade fixa de gestão. Os resultados positivos destas organizações vão depender diretamente da posição financeira das mesmas e das alterações ao seu meio externo e interno. Para além disso, a gestão dos ativos financeiros de uma organização requer conhecimentos fundamentais de contabilidade, ou seja, é necessário que exista não só um domínio das ferramentas básicas de gestão, mas também que se usem dados fiáveis na elaboração de mapas financeiros, assim como haja um conhecimento das técnicas de análise dos mesmos. Por outro lado, o insucesso das organizações parte geralmente da inexistência de planos financeiros, isto é, a falta de criação de um plano de negócios com o capital necessário para o seu adequado funcionamento. Nesta perspetiva, devem ser criados mapas financeiros provisórios, através do uso do orçamento, para que as organizações fiquem a conhecer a sua situação financeira e as necessidades de capital para tornar as suas metas em resultados lucrativos. Desta forma, torna-se possível diagnosticar os problemas financeiros de forma antecipada evitando ameaças sérias.

No âmbito de uma adequada gestão financeira, por parte das organizações, deve-se dar uso a mapas financeiros, tais como: o balanço, que nos dá uma estimativa do valor da organização numa determinada data; a demonstração de resultados, que nos dá o resultado líquido positivo ou negativo e nos dá a conhecer se a organização está a fazer lucro ou prejuízo; e, por fim, a demonstração de fluxos de caixa, que nos permite observar a variação do fundo maneável da organização desde o início da sua atividade ou de um determinado período de tempo.

Estes mapas financeiros, ainda que tenham de ser analisados, dando uso a coeficientes ou rácios, podem proporcionar informação sobre a situação financeira atual da organização, ajudando também a prever o futuro imediato da mesma. Os mapas financeiros constituem, portanto, instrumentos adequados à performance financeira das organizações e auxiliares úteis na definição de políticas de gestão financeira e na identificação de problemas operacionais.

De uma forma geral, a gestão financeira deve assegurar atuação nas seguintes áreas: contabilidade, financeira (a gestão de contas a pagar e a receber), orçamental e tesouraria. Na área da contabilidade fazem parte a contabilidade geral, que controla toda a informação produzida e procede ao seu registo contabilístico desde faturação de fornecedores, gestão de stocks, faturação a clientes...; e a contabilidade analítica, que se articula com a contabilidade geral e oferece um sistema de informação da gestão de custos e proveitos dos diversos centros de custo. À área financeira compete fundamentar decisões de financiamento e gestão das disponibilidades, isto é, a gestão das contas a pagar e a receber deverá estar organizada de forma a se poder processar a faturação e registo das mesmas. Compete à área orçamental, a coordenação e controlo da execução dos planos e orçamentos dos contratos de investimento anual e plurianual assim como a sua execução orçamental. Por fim, à tesouraria compete efetuar os recebimentos e pagamentos, assim como gerir os investimentos e aplicações de fundos.

4.2 Gestão de Recursos Humanos

As políticas de gestão de recursos humanos centram-se nas variáveis que ajudam a recrutar, motivar e manter na organização os colaboradores para a execução das atividades da mesma. O recrutamento é um processo que permite à organização selecionar

candidatos aptos e de qualidade para as vagas disponíveis. Motivar consiste em criar condições que encorajem os colaboradores a darem mais atenção e esforço às suas tarefas e resultados como também à sua participação nos processos de inovação constantes que caracterizam as organizações de saúde. Desta forma, podemos afirmar que uma organização que possui a mais recente e sofisticada tecnologia necessita também de colaboradores qualificados e criativos, para que a tecnologia operacional se torne uma vantagem competitiva relativamente aos seus concorrentes. Para que isto se verifique, é necessário que as organizações invistam no desenvolvimento de recursos humanos, que tem como objetivo aumentar o conhecimento profissional, habilitações e competências interpessoais dos colaboradores da organização.

De um modo geral, a gestão de recursos humanos foca-se em três áreas de atuação: a gestão de pessoal, a qual se centra na parte do recrutamento de pessoal qualificado e apto; a gestão de remunerações, que compreende grande parte das estratégias de motivação; e a gestão de desenvolvimento e formação, que garante a inovação e a força competitiva da organização face aos seus concorrentes.

4.3 Gestão Logística

A gestão logística de uma organização, sendo um dos parâmetros da gestão da cadeia de abastecimentos, é responsável por todas as atividades que dizem respeito à transferência de bens e serviços até os mesmos serem consumidos ou empregues ao processo de produção, operação ou venda. A gestão logística é uma atividade que deve ser desenvolvida por colaboradores qualificados, especializados e competentes para lidar com técnicas de venda, ajudando a organização a fundamentar ferramentas de previsão e planeamento estratégico. A gestão logística engloba um vasto sistema de atividades pelo qual fluem produtos e informações desde a sua origem (fornecedor) até ao utilizador final (consumidor) (Bernardino, 2017).

Logística e aprovisionamento, podem ser definidas dando uso a três dimensões: custo, tempo e qualidade. Isto é, pretende-se que exista um curto tempo de resposta, a baixos custos e com elevada qualidade de serviço ao consumidor. No entanto, e dado a grande dificuldade de assegurar um sistema com a melhor qualidade, ao menor tempo e custo garantindo melhorias no todo, pode-se aceitar que o sistema se foque apenas na

conjugação de duas dimensões, posicionando-se em modelos de agilidade, leveza ou capacidade de resposta. Os modelos de agilidade resultam de uma boa conjugação das variáveis “tempo” e “custo” obtendo um custo aceitável face ao tempo de resposta pretendido. Neste modelo, é importante que a organização tenha uma forte capacidade de resposta face a estímulos externos repentinos e tenha a capacidade de se estabilizar rapidamente. Os modelos de leveza surgem da articulação das variáveis “custo” e “qualidade”, que permitem obter baixo custo mantendo a qualidade do serviço e tornando o sistema mais eficiente. Por fim, os modelos de capacidade de resposta são resultado da conjugação das variáveis “tempo” e “qualidade”, revelando a aptidão do sistema logístico na resposta em tempo eficiente sem comprometer a qualidade do serviço prestado ao cliente (Carvalho & Ramos, 2009, como citado por Bernardino, 2017).

Segundo Bernardino (2017:64), “assegurar a melhor qualidade de serviço com o menor tempo de resposta e ao custo mínimo de forma simultânea, torna-se uma operação quase sempre impossível, mas deve ser sempre um propósito ambicionado”.

Resumidamente, um sistema logístico deve sempre ser flexível porque existe um esforço constante de concílio entre as diferentes dimensões, intencionando sempre o alcance de todas e adotando um comportamento de cálculo e ação antecipada, com vista a atingir os objetivos da organização. É de igual forma importante que um sistema logístico seja resiliente e tenha a capacidade de repor as necessidades dos seus consumidores sem lhes causar qualquer prejuízo.

No âmbito da gestão logística em unidades de saúde, esta deve dar especial ênfase às necessidades de abastecimento de bens e serviços de forma planeada, integrada e eficaz, dirigindo as suas funções para a gestão de stocks e gestão de compras.

4.3.1 Gestão de compras

A gestão de compras é responsável pela eficiência do processo de compras de uma organização. Cabe a esta atividade a realização de negociações com os fornecedores, tendo como missão a redução dos custos e a conservação da qualidade dos materiais adquiridos (Bernardino, 2017).

De forma sucinta, a gestão de compras deve garantir que todos os suprimentos necessários para o desenvolvimento da atividade da organização são úteis, as quantidades estão corretas, são entregues atempadamente e os preços são os mais vantajosos possíveis.

4.3.2 Gestão de Stocks

A gestão de stocks desempenha um papel fulcral no aumento da eficiência e, conseqüentemente, no aumento da segurança do doente e melhoria dos cuidados prestados, constituindo um elevado investimento para a organização e se gerido de forma adequada pode trazer benefícios económicos significativos (Bernardino, 2017). Os stocks são o conjunto de materiais consumíveis, mercadorias ou bens acumulados, à espera de uma utilização posterior, que deve ser mais ou menos próxima e que nos permite assegurar o fornecimento aos utilizadores quando estes o necessitarem (Correa *et al*, 2000). Assim, os stocks garantem o abastecimento dos materiais necessários para os serviços, durante as oscilações entre a produção e a procura.

A gestão de stocks abrange um conjunto de técnicas e mecanismos que visam manter os stocks ao nível mais baixo possível, tanto em termos quantitativos como em custo, garantindo o fornecimento regular de material, sem roturas e permitindo uma melhor execução das tarefas de aprovisionamento e armazenagem, reduzindo, desse modo, os encargos relativos à sua conservação (Mendes,2014). Segundo Dalarmi (2010), para que exista uma gestão de stocks adequada é fundamental criar sistemas de informação que ajudem a planear, controlar e organizar as necessidades do público alvo, uma vez que os materiais devem estar disponíveis de forma a evitar faltas e excessos que comprometam os recursos disponíveis e os custos deles provenientes, especialmente na área da saúde que já se apresenta como uma área de elevados encargos e onde a redução dos custos e o fornecimento de cuidados de saúde atempados se mostram extremamente importantes.

Devido ao aumento dos custos dos materiais e concorrência na área da saúde, tem-se vindo a dar mais importância à área da gestão de stocks. Atualmente, os gestores e especialistas da área da saúde compreendem que uma gestão eficiente destes materiais pode corresponder a um aumento qualitativo no atendimento aos utentes e a uma diminuição dos custos operacionais (Mendes,2014). A gestão de stocks desempenha, hoje

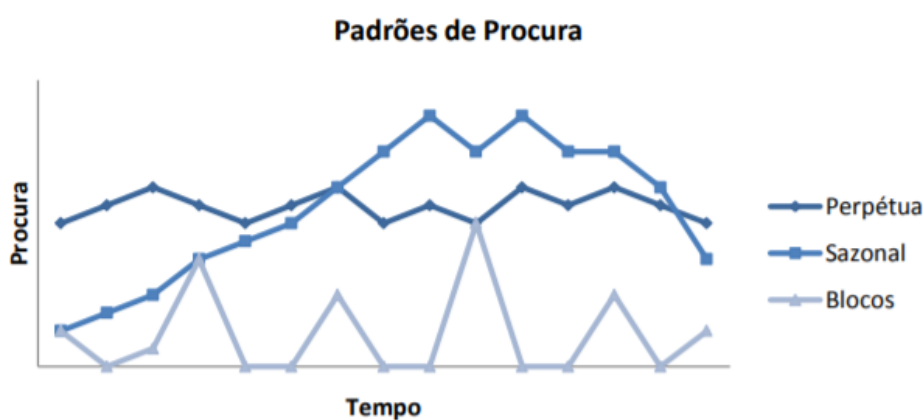
em dia, um papel fundamental, sendo uma das ferramentas mais importantes ao dispor da gestão para maximizar os seus resultados líquidos (Morgado, 2002). Tem-se vindo a procurar continuamente o desenvolvimento de técnicas eficazes, que permitam o abastecimento necessário nos serviços utilizando o mínimo de investimento. Na gestão de stocks verificam-se dois importantes fatores a considerar: a procura e os custos, que serão referidos mais à frente.

Na situação pandémica em que vivemos atualmente, o maior desafio é garantir o abastecimento de stocks em cenários de altos graus de incerteza, uma vez que existe a necessidade de se manter os materiais disponíveis na mesma proporção em que estes são utilizados (Oliveira, 2021). A diversidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados pelos diferentes serviços de saúde, associada ao risco de desabastecimento, pode gerar excessos de stocks, o que revela recursos financeiros imobilizados, consumo em excesso e risco de perda ou desperdício de material. Desta forma, a gestão de stocks pretende reduzir os custos através de técnicas e mecanismos que inviabilizam a qualidade dos diferentes serviços prestados em saúde (Paulus Jr, 2005). As implicações da pandemia na gestão de stocks, tanto na sua análise de consumo como no abastecimento e fornecimento, trazem novos desafios para os gestores, pois as oscilações provenientes da mesma, exigem um ajuste nos parâmetros e técnicas usadas para uma nova realidade que se encontra em constante mudança (Oliveira, 2021). Seguindo o que foi dito por Almeida (2011:10) “torna-se fulcral o papel do gestor nesta área e nomeadamente no que diz respeito à Gestão de Stocks, para tentar reverter esta tendência do aumento exponencial dos custos no SNS”. Esta afirmação faz-se refletir na situação pandémica atual, porque o período pós-pandemia virá estabelecer novos comportamentos no mercado abastecedor, o que irá exigir uma readaptação dos gestores para que exista um controlo adequado dos custos.

Considerando o fator da procura, esta é definida pela intenção de compra de determinado produto no mercado. As necessidades de stock de uma dada empresa são definidas pela procura dos produtos que esta fornece. A procura desempenha o papel mais importante no sistema de gestão de stocks e o seu conhecimento pode facilitar o processo de eficácia das funções da empresa (Mendes, 2014). A procura pode-se definir de diferentes formas dependendo da altura do ano e da incidência de determinadas variáveis que o afetam diretamente, como o caso da pandemia, que despontou a procura de

determinados produtos e serviços de saúde. A procura perpétua e contínua num futuro indefinido define-se pelas vendas estabilizadas, com pequenas oscilações, o que permite prever o comportamento da procura com elevada fiabilidade. A procura sazonal dá-se quando o produto tem mais procura em determinadas épocas do ano. Estas vendas anormais são cíclicas, mantendo-se ocasionais e fracas fora da época alta. E a procura em blocos é o tipo de procura que influencia a procura de um outro produto. A procura não é regular, apresentando picos na altura de entrada na fabricação. Este comportamento das vendas é típico quando o produto se encontra na fase de lançamento.

Figura 2 – Variação dos diferentes tipos de procura em função do tempo



Fonte: Mendes, 2014.

Segundo Mendes (2014), as necessidades logísticas têm origem na procura, refletindo-se no fluxo de informação, isto é, na saúde. As necessidades de saúde da população e os cuidados de saúde que estas procuram vão de forma direta influenciar toda a logística dos serviços, quer no tipo de material e recursos necessários, quer nos custos.

No que diz respeito aos custos, diretos e indiretos, estes desempenham uma função bastante importante na gestão de stocks, podendo ser classificados em três componentes (Oliveira, 2015): os custos de aprovisionamento, que se referem ao valor que tem de ser pago aos fornecedores dos produtos e os custos associados ao processamento das encomendas; os custos de posse, que integram os custos associados à armazenagem, rendas, equipamentos móveis e encargos com o pessoal de armazém, seguros, perdas de qualidade e custos de capital; e os custos de rotura de stocks, que acontecem quando existe procura não satisfeita, isto é, quando existe uma falta de stocks suficientes para garantir as vendas a todos os clientes. Quando se verifica a necessidade de satisfazer custos de

rotura de stocks, pode-se recorrer a dois cenários: no primeiro cenário, satisfaz-se a procura e realiza-se uma encomenda especial, onde o custo adicional respetivo a esta encomenda representa o custo de rotura; ou recorre-se a outro cenário onde a procura não é satisfeita, sendo que, nesta situação, os custos tornam-se difíceis de avaliar, ou seja, é difícil definir os custos de imagem da organização e o grau de fidelização dos seus clientes (Mendes, 2014).

Por último, o fator dos stocks de segurança desempenha um dos grandes problemas na gestão de stocks. A determinação da altura em que deverá ser feita uma nova encomenda é vista como um problema devido, principalmente, ao carácter de incerteza que caracteriza o fator da procura (Morgado,2002). Existe também incerteza nos prazos de entrega por parte dos fornecedores e a possibilidade de entrega de produtos defeituosos. Consequentemente, e como modo de proteção contra estas incertezas, definiram-se stocks de segurança que são planeados recorrendo a dados passados, médias de consumo, métodos e técnicas estatísticas. É importante haver um número de stock de segurança, no entanto, estes não podem ser mantidos em excesso, uma vez que podem gerar desperdício e conduzir ao empate de capital que poderia ser aplicado em outros recursos rentáveis (Mendes, 2014).

Na área da saúde, por ser uma área com recursos escassos, tendo em conta a procura, é especialmente desejável que exista uma boa análise e planeamento do stock de segurança para que estejam sempre disponíveis os materiais necessários afetos aos diferentes serviços de saúde, mas que, simultaneamente, não se esteja a reter recursos que seriam necessários em outro serviço. É nesta perspetiva que se introduzem os Sistemas de Gestão de Stocks, que se caracterizam como um conjunto de políticas e mecanismos de controlo que analisam os níveis de stocks e definem a dimensão dos mesmos. Segundo Mendes (2014) um sistema de gestão de stocks deve adaptar-se às oscilações da procura, modificando o tempo entre as encomendas ou a quantidade a encomendar. A escolha do método indicado relaciona-se, por norma, com as características operacionais da empresa do que propriamente com as considerações económicas de minimização de custos. Estes sistemas de gestão pressupõem a existência de stocks de segurança que protejam contra tempos de reposição e de procuras superiores ao habitual.

Os sistemas de stocks podem assumir dois tipos distintos: os modelos de quantidade fixa de encomenda, com sistemas de revisão contínua; ou os modelos de período fixo de encomenda, com sistema de revisão periódica. Os modelos de quantidade fixa de encomenda caracterizam-se por realizar uma nova encomenda sempre que se atinge o ponto de reposição. Nos modelos de período fixo de encomenda, colocam-se pedidos ao fim de um intervalo de tempo fixo e predeterminado (Almeida & Teixeira, 2005). As principais diferenças destes dois tipos de modelos encontram-se expostos na tabela seguinte:

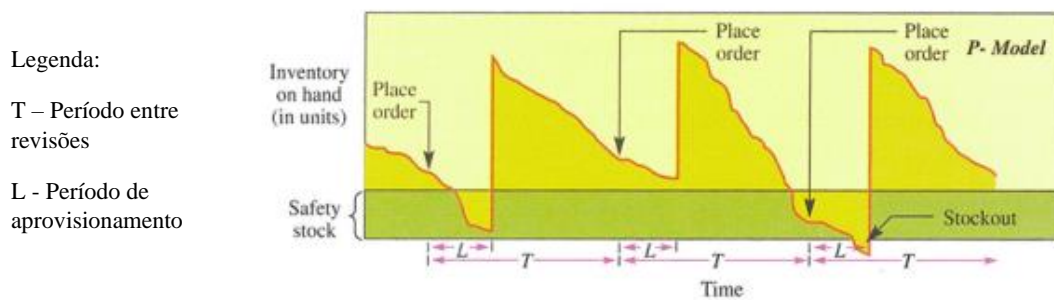
Tabela 1 - Comparação dos modelos de quantidade fixa de encomenda e de período fixo de encomenda

Características	Modelo de quantidade fixa	Modelo de período fixo
Quantidade a encomendar	Constante, a quantidade a encomendar é sempre a mesma.	Variável de encomenda para encomenda.
Quando encomendar	Quando for atingido o nível mínimo.	Quando chegar o período de revisão.
Manutenção dos ficheiros	Sempre que é feita uma adição ou subtracção.	No período de revisão.
Dimensão dos <i>stocks</i>	Menor.	Maior, porque tem que se proteger contra roturas de <i>stock</i> durante o período de revisão.
Tempo de manutenção	Elevada, devido aos registos perpétuos.	
Tipo de artigos	Artigos de preço mais elevado, críticos ou mais importantes.	

Fonte: Almeida & Teixeira, 2005.

Os modelos de período fixo são de especial interesse no presente relatório, uma vez que representam o modelo adotado nos processos de Gestão de Stocks do armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central, foco principal deste estágio, conforme será referido mais à adiante. Nestes modelos, o stock é contado e as encomendas são colocadas de determinado em determinado tempo com quantidades de encomenda, que variam de período para período, dependendo dos índices de utilização dos mesmos (Almeida & Teixeira, 2005). Nestes modelos os stocks são contados no momento de revisão, tornando possível entrar-se em rotura de stock ao longo do período de revisão e de aprovisionamento da encomenda. Desta forma, o stock de segurança deve garantir proteção contra roturas de stock durante estes períodos.

Figura 3 – Stocks no modelo de período fixo.



Fonte: Almeida & Teixeira (2005)

Na gestão de stocks moderna, estes métodos possuem um domínio de aplicação reduzido uma vez que, de forma indireta, consideram que não existe rotura de stock, a procura é regular e os custos de armazenamento, encomenda e envio são constantes. A ligação entre a procura e a necessidade é fornecida por dados de consumos médios. Quando se observa um aumento de consumo significativo, estes métodos podem conduzir a uma rotura de stock porque as encomendas recebidas não correspondem ao novo nível de consumo (Almeida & Teixeira, 2005).

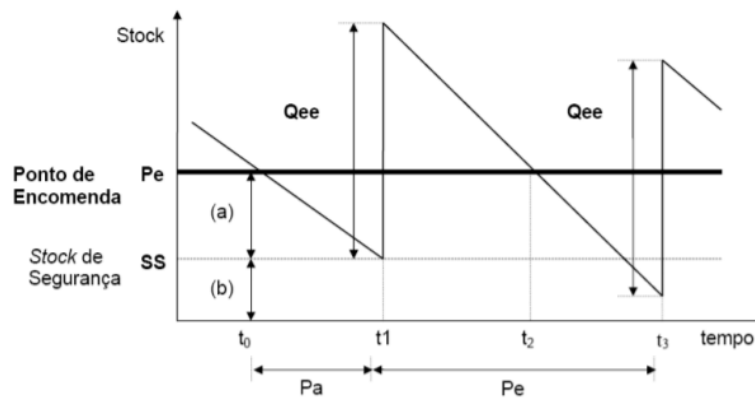
Como foi referido anteriormente, nos modelos de Quantidade fixa, ao contrário do que se observa nos modelos de período fixo, é elaborada uma nova encomenda ao fornecedor sempre que os Stocks atingem o ponto de reposição. Quer isto dizer que, o número de stocks disponível atinge o que se considera o mínimo possível para a subsistência dos consumidores da organização até à reposição de mais Stock. Este tipo de modelos apresenta inúmeros métodos aplicáveis, entre eles:

A) Método do Ponto de Encomenda

O método do Ponto de Encomenda requer um conhecimento contínuo das existências, o que implica um controlo de todos os movimentos de stock. Segundo Morgado (2002:48), este modelo baseia-se no sistema de periodicidade variável e quantidade fixa, isto é, quando o stock de um determinado produto atinge um determinado nível, que se designa de Ponto de Encomenda [PE], encomenda-se uma dada quantidade fixa [Q]. Desta forma, este método exige que se calcule o ponto de encomenda, que corresponde ao nível de stock de um artigo que, ao ser atingido, dá indicação à gestão de

stocks de que é o momento de desencadear uma nova encomenda ou um novo pedido de fornecimento (Mendes, 2014). Este sistema requer que o inventário disponível seja continuamente monitorizado, sendo um método adotado, fundamentalmente, quando se assiste a um consumo regular de dado produto. Nas situações em que existem grandes oscilações de consumos, este método não é aplicável, porque estes poderiam atingir rapidamente situações de rotura de stock. Uma vez que existe um intervalo de tempo entre o desencadear de um pedido de reabastecimento e a receção desses artigos, este modelo tem de ter em conta não só a incerteza associada à procura, mas também a incerteza associada ao prazo de entrega (Mendes, 2014).

Figura 4 – Representação gráfica do Método do Ponto de Encomenda.



Fonte: Veludo (2004)

B) Método de Revisão Periódica

No método de revisão periódica, os artigos em armazém podem ser monitorizados periodicamente e feito o pedido de reabastecimento simultaneamente. Este método pode fazer com que se assista a maiores níveis de stock para o mesmo nível de serviço, o que implica maiores custos de manutenção, mas por norma, menores custos administrativos e de transporte (Veludo, 2004).

As limitações deste método prendem-se nos consumos e atrasos de fornecimento que podem gerar roturas de stock, apesar de ser uma metodologia flexível. Assim sendo, neste método a revisão periódica do stock de segurança deve ser definida para que exista um controlo da probabilidade de rotura durante o intervalo de tempo entre as revisões e o prazo de entrega dos artigos (Morgado, 2002).

C) Método ABC

Este método de provisionamento calcula isoladamente os itens e as quantidades a reaprovisionar de cada vez. A análise ABC, ou lei de Pareto, é considerada uma ferramenta de gestão simples, mas eficaz na classificação correta dos stocks, criando três níveis de prioridade distintos na gestão dos mesmos, ou seja, assegura a manutenção dos stocks médios e conduz à incidência do esforço de gestão sobre os artigos de maior importância. Os stocks ficam, então, classificados em três grupos (A, B e C) (Mendes,2014). O Grupo A é constituído pelos artigos do stock correspondentes a 75%/80% do consumo anual, representando cerca de 15%/20% da totalidade do stock existente. Embora estes artigos representem o maior valor de consumo anual, representam a minoria do número de artigos, sendo então necessário que sejam controlados com frequência mantendo as existências baixas e evitando roturas nestes artigos. O Grupo B é constituído pelos artigos que representam cerca de 20%/30% do stock, atingindo 10%/15% do valor do consumo anual. Estes artigos devem ser controlados de forma mais automatizada. Por último, o Grupo C abrange a maioria dos itens do stock, no entanto, apenas representa um valor de 5%/10% do consumo total. Estes artigos devem possuir regras de decisão simples e totalmente automatizadas, mantendo os níveis de stock de segurança elevados de forma a minimizar os inconvenientes de eventuais roturas.

4.4 Gestão de Marketing

No campo da Gestão em saúde, o marketing é uma área fundamental, sendo impossível para as organizações sobreviverem sem satisfazer as necessidades dos seus consumidores. O marketing torna-se tão importante para as organizações de saúde como é para as restantes, visto que uma organização de saúde sem utentes e sem ganhos em saúde seria certamente fracassada. No marketing assistimos a uma ótica centrada no consumidor, onde tem de haver um conhecimento e análise das expectativas dos mesmos antes de se implementar produtos e serviços no mercado.

Os instrumentos utilizados na política de marketing, designados de *marketing-mix*, são: o produto, que se caracteriza por um conjunto de vantagens para o consumidor; o preço, que pode ser determinado pelo custo, nível de procura ou concorrência; a distribuição, que é a variável que fará o produto ou serviço chegar às mãos dos consumidores; e a comunicação, que é o conjunto de técnicas que irão incentivar os

utentes/público-alvo a consumir os produtos ou serviços, podendo ser utilizado diversos meios, tais como, publicidade, promoção de vendas, patrocínio, entre outras (Bernardino, 2017).

4.5 Gestão da Produção

A área da gestão da produção é responsável pela definição e aplicação de políticas e procedimentos adequados para a transformação dos recursos materiais, informáticos e humanos em produtos e serviços, acrescentando-lhes valor. As políticas de gestão da produção são a função central de uma organização, uma vez que, se trata dos procedimentos necessários para o alcance do objetivo principal de uma organização e a sua razão de existir. A área da gestão da produção envolve um conjunto de operações que passam pelas seguintes áreas de decisão: o que produzir (Qualidade); como produzir (Processo); quando produzir (Capacidade); com o que produzir (Stocks); e com quem produzir (colaboradores).

A decisão ao nível da qualidade refere-se à definição de normas e especificações, como também aos objetivos definidos pela organização. A decisão no processo refere-se aos aspetos relacionados com a componente física das instalações, equipamentos e fluxos. O planeamento da capacidade lida com a dimensão das instalações e a dimensão dos recursos na execução das operações a eles afetos. Na decisão, ao nível dos stocks, trata-se do que encomendar, quando encomendar e quanto encomendar. Por fim, nas decisões relativas aos colaboradores, trata-se dos processos de seleção, contratação, despedimento, formação, motivação, entre outros aspetos, dado que o processo produtivo de uma organização só se torna possível se existirem colaboradores que produzam.

Em suma, a gestão da produção deve ser considerada como uma atividade de gestão de um sistema integrado, sendo uma ferramenta que desenvolve uma estratégia funcional articulada com as restantes políticas de gestão financeira, recursos humanos, logística e de marketing.

4.6 Gestão das Operações

A gestão das operações é responsável pela coordenação das múltiplas atividades no âmbito da prestação de serviços ao utente, uma vez que a forma como os processos de

prestação de cuidados de saúde e processos logísticos são interligados e ajustados vai definir o desempenho dos serviços e o nível de satisfação dos utentes.

Segundo Artur Vaz, como citado por Bernardino (2017:106), “o desenho e reengenharia dos processos obrigam à cooperação e à adoção, pelos diferentes serviços, de uma postura de humildade metodológica”, isto é, para existir uma coordenação eficaz dos serviços, o valor dominante comum a todos os colaboradores deverá ser os “clientes” e a prestação de cuidados de saúde de qualidade. É no âmbito da gestão de operações que surge o *Corporate Governance*, um conceito criado pela OCDE no ano de 1998, que se define pelo equilíbrio sustentável entre a cooperação dos objetivos individuais com os objetivos coletivos gerando uma gestão eficaz.

5. GESTÃO E QUALIDADE EM SAÚDE

Quando se fala de Gestão em Saúde, é igualmente importante ter em conta a qualidade, dado que esta consiste na conformidade dos requisitos com o conjunto de características que respondem às exigências do público alvo. Segundo Ricci et. al, (2021), as políticas de qualidade são importantes, porque envolvem estratégias que priorizam conjuntos de normas, métodos e procedimentos que visam a satisfação dos clientes.

Paladini (2012) caracteriza a qualidade como um conjunto de ações operacionais centradas na melhoria dos produtos e serviços, que deve ser vista como um dos elementos fundamentais da gestão nas organizações, para o alcance da eficiência e eficácia das operações das mesmas. Devido à alta competitividade dos mercados de saúde, a qualidade na prestação de serviços é altamente questionada e procurada pelos consumidores, motivando as empresas a investir na mesma (Ricci et al., 2021).

5.1 Conceito de Qualidade

Embora não exista uma definição concreta de “qualidade” que seja universalmente aceite, na área da saúde tem-se dado uso à definição do Instituto de medicina dos Estados Unidos da América, que define a mesma da seguinte forma: “A medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de

se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (OMS, 2020:13). O conceito de Qualidade é multidimensional, sendo composto por diversas dimensões gerais que, segundo a OMS, devem garantir cuidados **seguros** (não devem prejudicar os indivíduos a quem os cuidados se destinam), **eficazes** (os cuidados de saúde devem ser prestados a todos os que necessitam), **centrados nas pessoas** (devem ser prestados cuidados de saúde que correspondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos), **oportunos** (os tempos de espera devem ser reduzidos), **eficientes** (maximizando o benefício dos recursos disponíveis e evitando o desperdício), **equitativos** (os cuidados devem ter a mesma qualidade para todos os indivíduos independentemente da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, etc...) e **integrados** (os cuidados devem ser coordenados em todos os níveis e pelos diferentes prestadores, disponibilizando toda a gama de serviços de saúde necessários ao longo da vida do utente) (OMS, 2020).

Atualmente, têm-se sentido uma maior motivação para tratar da questão da qualidade dos cuidados de saúde, por estes serem agora considerados um bem público e existir uma maior consciencialização de que é fundamental a existência de serviços confiáveis, preparados para situações de emergência complexas e que vão de encontro às expectativas dos utentes (OMS, 2020).

Embora a qualidade dos cuidados de saúde seja, por norma, expressa ao nível da interação entre o prestador e o utente, esta ocorre no seio de um sistema de saúde muito mais amplo e complexo (OMS, 2020). Assim, a qualidade de um sistema de saúde pode ser avaliada tendo em atenção diferentes variáveis, que assumem mais importância para diversos grupos, isto é, para os utentes as variáveis que definem a sua conceção de qualidade são a acessibilidade, empatia, melhoria do estado de saúde, entre outras; para os prestadores são as capacidades técnicas e a obtenção de resultados clínicos; já para os gestores é a eficiência, obtenção de resultados desejados, rentabilização dos investimentos, entre outras variáveis. Desta forma, a qualidade na prestação de cuidados de saúde é uma área difícil de avaliar e complexa de abordar (Nunes dos Santos, 2012).

5.2 Gestão da Qualidade

O setor da saúde desempenha um papel fundamental na assistência e proteção dos cidadãos e está fortemente sujeito às medidas de redução de custos que implicam de forma direta a qualidade dos serviços prestados. A crise financeira e económica mundial é uma

realidade que se vive também em Portugal e que afeta direta e indiretamente os serviços de saúde (Nascimento, 2016). Neste sentido, à medida que se deteriora a situação financeira dos prestadores de cuidados de saúde, conseqüentemente a qualidade do serviço e a segurança do utente estão em causa, pelo que existe uma constante necessidade de se aplicar medidas que aumentem a eficiência e assegurem a sustentabilidade financeira do sistema de saúde.

A qualidade na área da saúde é encarada como uma necessidade técnica e social e a adoção de bons sistemas de gestão da qualidade devem fazer parte do dia a dia dos serviços de saúde, os quais devem assumir uma combinação de gestão de preços, qualidade de serviços e de atendimento. A gestão da qualidade parte da adoção de programas desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos, que sejam capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua da estrutura, dos processos e dos resultados (Carvalho et al., 2004).

Segundo Nunes dos Santos (2012), a gestão da qualidade faz-se através de três processos básicos e inter-relacionados: planificação da qualidade; controlo da qualidade; e melhoria da qualidade. O planeamento da qualidade consiste em atividades que pretendem desenvolver os produtos e os processos solicitados para as necessidades dos clientes. O controlo da qualidade avalia a atual performance, comparando-a com os objetivos predefinidos e atuando nas alterações necessárias, fazendo assim parte da área da gestão a todos os níveis, não sendo apenas trabalho de especialistas de departamentos e de controlo de qualidade. Por fim, na melhoria da qualidade são estabelecidos projetos de melhoria, equipas para esses projetos, recursos, formação e motivação para diagnosticar os problemas e implementar soluções. Nunes dos Santos (2012:28), considera que “as várias definições e dimensões da qualidade na prestação de serviços e as constantes mudanças das organizações tem conduzido ao longo do tempo ao aparecimento de várias propostas e novas formas de gestão da qualidade”. O que significa que, para uma gestão da qualidade apropriada e que satisfaça as necessidades e exigências da organização/serviços, deve-se dar uso a métodos e ferramentas de gestão da qualidade, que têm como objetivo gerar a qualidade contínua dos processos e melhorar a satisfação do público consumidor desses serviços/produtos.

Nesta perspetiva e seguindo a temática da gestão de stocks, que foi discutida anteriormente, estes mecanismos de melhoria da qualidade contínua desempenham um

papel bastante importante, principalmente na área da saúde onde se observa grande escassez de recursos e onde é principalmente importante que se consiga oferecer o máximo de serviços ao menor custo possível. É, então, necessário que os processos e protocolos estejam devidamente definidos e sejam frequentemente analisados, dando uso a métodos e ferramentas adequadas para que se consiga oferecer serviços de qualidade de forma contínua.

5.3 Ferramentas de Gestão da Qualidade

São diversas as ferramentas e métodos de Gestão da Qualidade disponíveis para avaliar e ajudar a redefinir protocolos e procedimentos das atividades das organizações, sendo as mais faladas: o Ciclo PDCA; a Auditoria; e a Análise SWOT.

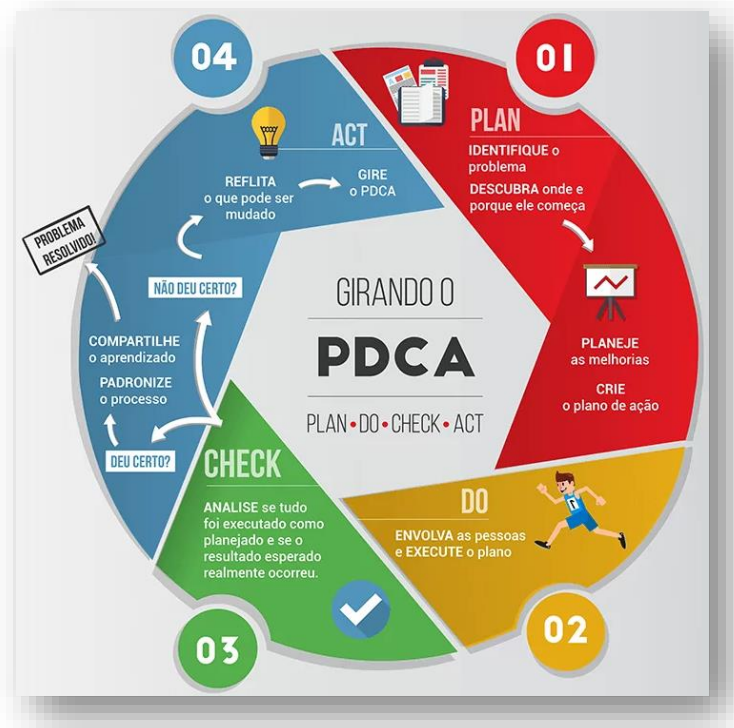
5.3.1 Ciclo PDCA

O Ciclo PDCA, também designado de Ciclo de Deming ou Ciclo de Shewhart, tem como finalidade proporcionar a melhoria contínua dos processos, solucionando problemas através de quatro etapas: Planejamento; Execução; Verificação e Ação. Segundo Taylor et al. (2014), o ciclo PDCA é uma das principais ferramentas de gestão, tratando-se de uma metodologia que permite identificar problemas, monitorizar resultados de processos, planejar ações de prevenção e implementar alternativas de melhoria constate da qualidade.

O PDCA foi constituído por Walter A. Shewhart na década de 1930 e avaliado por William Edwards Deming, a partir de 1950 no Japão, implementando a ferramenta em empresas para melhorar a qualidade dos processos das mesmas (Gozzi, 2015).

Esta ferramenta de gestão da qualidade é considerada essencial para um bom progresso contínuo, uma vez que visa auxiliar no diagnóstico de análise e previsão de problemas organizacionais de forma a solucionar os mesmos. O ciclo PDCA é composto, como mencionado anteriormente, por quatro fases: planeamento (PLAN); execução (DO); verificação (CHECK) e ação (ACT) (Alves et al., 2020).

Figura 5 - Fases PDCA



Fonte: Corrêa (2021)

A primeira fase do PDCA define-se como planejamento (PLAN) e baseia-se na análise dos processos da organização/serviço para se identificar setores ou processos que apresentam problemas. Nesta fase é também necessário que se recolham informações e análises para que se possa traçar um plano de ação a seguir com foco nas falhas identificadas para melhoria (Pereira, 2020). Existem algumas metodologias de melhoria contínua que, nesta fase do ciclo PDCA, podem ser utilizadas como ferramentas complementares para a identificação de falhas nos processos dos serviços (Fernandes, 2020), dando principal importância à auditoria e à análise SWOT, que serão descritas mais à frente por se mostrarem ferramentas relevantes no decorrer do estágio curricular.

A segunda fase deste ciclo designa-se de execução (DO) e começa após a definição das ações de melhoria, isto é, consiste em executar o que foi planejado, dividindo-se em duas etapas: a capacitação da organização para a implementação do plano, envolvendo a aprendizagem individual e organizacional, e a evidente execução do plano (Alves et al. , 2020). A fase seguinte é a da verificação (CHECK), que consiste na verificação se os processos estão a seguir o que foi indicado no planejamento e na análise dos resultados obtidos em comparação ao que foi definido, isto é, devem-se dar uso aos dados coletados

antes e após a execução do plano para se verificar a efetividade do mesmo (Pereira, 2020). A quarta e última fase consiste em agir (ACT). Nesta fase é feita uma conclusão sobre os resultados obtidos. Se o resultado for satisfatório, os procedimentos de mudança são normatizados. Caso contrário, existe a possibilidade de se fazer os ajustes necessários para que estes procedimentos sejam padronizados (Alves et al. , 2020).

O ciclo PDCA é definido como uma ferramenta de melhoria contínua, podendo ser constantemente aperfeiçoado proporcionando o alcance das metas traçadas e desejadas pela organização (Pereira, 2020). O PDCA apresenta-se como um método amplamente dedicado ao controle eficaz e confiável das atividades de uma organização, principalmente aquelas que objetivam a melhoria contínua da qualidade, possibilitando a padronização das informações de controlo da qualidade e a existência de menor probabilidade de erro nas análises ao tornar as informações mais claras. Assim, o ciclo PDCA pode ser interpretado como uma ferramenta dinâmica, que auxilia na resolução de problemas e, conseqüentemente, ajuda a tomar decisões de um modo organizado, potencializado por meio de ações (Ricci et al., 2021).

5.3.2 Auditoria

A Auditoria, assim como o ciclo PDCA e a análise SWOT, é uma ferramenta de controlo da qualidade. A auditoria tem-se vindo a constituir como uma ferramenta que permite a busca pela excelência nos aspetos técnicos, administrativos, éticos e legais, monitorizando os serviços com base em critérios ajustados à realidade e finalidade dos mesmos (Tajra et al., 2013).

Sendo a qualidade um dos temas mais relevantes na área da saúde, a auditoria é entendida como uma ferramenta imprescindível para se alcançar processos de qualidade, dando uso à observação direta de procedimentos para que se identifiquem e corrijam falhas (Meira et al., 2021). Ou seja, esta ferramenta oferece um sistema de gestão da qualidade que contribui na adequação, eficácia e confiabilidade das informações e registos que são estabelecidos por um serviço e que têm como objetivo efetivar metas, planos, procedimentos e normas, assim como a sua utilização de forma indicada para se poder determinar se os resultados estão de acordo com o esperado. Segundo Meira et al.

(2021), a auditoria assegura a qualidade, eficiência e eficácia, mantendo a satisfação do cliente e compensando a relação custo-benefício no serviço.

Seguindo os princípios da melhoria contínua, os resultados originados por auditoria servem de entradas para uma análise crítica de onde se origina um plano de ação com medidas corretivas, preventivas e de verificação de eficácia podendo ser assim considerada também um ponto de partida para o ciclo PDCA de um serviço ou organização (Silva et al., 2021).

5.3.3 Análise SWOT

A Análise SWOT, vinda do inglês “strengths, weakness, opportunities and threats”, é uma metodologia de gestão que prevê a análise de determinados cenários, internos e externos, executados por uma empresa/organização de modo a identificar oportunidades, fraquezas, forças e ameaças (Lamenha e Patrício, 2014).

A Análise SWOT tem como função cruzar as oportunidades e ameaças do ambiente externo à organização com os seus pontos fortes e fracos internos. O ambiente representa tudo o que envolver ou estiver envolvido na organização e a sua funcionalidade. As forças e fraquezas são variáveis internas controláveis que proporcionam condições favoráveis e negativas, respetivamente. Deve-se, então, dar uso dessas forças, de forma a se conseguir combater essas fraquezas. Já as oportunidades e ameaças são variáveis externas, das quais a organização não tem controlo e podem influenciar a mesma de forma positiva ou negativa. As oportunidades podem ser condições favoráveis se a organização pretender usufruir das mesmas (Lamenha e Patrício, 2014).

Em suma, a análise SWOT, a partir das informações adquiridas pela sua aplicação, pode dar auxílio ao ciclo PDCA na criação de um plano de ação a ser aplicado na organização ou serviço com o objetivo de minimizar as falhas encontradas e garantir a boa gestão da qualidade (Souza, et al., 2020).

6. INSTITUIÇÃO ACOLHEDORA

6.1 ACeS Algarve I – Central

Recorrente do estágio curricular a que o presente relatório se destina, a instituição acolhedora foi o ACeS Algarve I – Central, que integra os Centros de Saúde de Albufeira, Faro, Loulé, Olhão e S. Brás de Alportel. Estes CS, por sua vez, integram as respetivas UCC, USF, UCSP. As unidades funcionais pertencentes a Quarteira estão integradas no Centro de Saúde de Loulé, conforme o organograma apresentado no Anexo I.

Como entidade, o ACeS tem como missão ser considerado pelos seus utentes uma entidade modelo na prestação de cuidados de saúde primários, tanto na região do Algarve, como em todo o país. Para alcançar a sua missão, a entidade tem focado o seu ofício nos seguintes valores: “EQUIDADE no acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde; QUALIDADE E EFETIVIDADE na prestação de cuidados de saúde; ÉTICA E TRANSPARÊNCIA nas decisões e no relacionamento com os cidadãos; INOVAÇÃO E FORMAÇÃO para prestar serviços de saúde baseados em evidência científica e RESPONSABILIDADE na utilização eficiente e eficaz dos recursos.” (BI- CSP: ACeS Algarve I – Central, 2021).

O ACeS Algarve I – Central tem atualmente 26 unidades funcionais ativas, sendo que apenas 19 possuem médico de família, abrangendo um total de 143 médicos de medicina geral e familiar (BI- CSP, ACeS Algarve I – Central, 2021).

7. ATIVIDADES DECORRENTES DO ESTÁGIO

Relativamente às atividades desempenhadas no decorrer do estágio, estas centraram-se na gestão de stocks e melhoria da qualidade do Armazém de EPI do ACeS Algarve I - central. Numa primeira instância, foi importante que existisse um enquadramento teórico e prático ao Armazém de EPI, de forma a haver uma familiarização com os seus procedimentos e protocolos, entendendo também de forma específica a definição e importância dos EPI, uma vez que constituem o tipo de material específico do armazém em questão.

Após uma análise global e atual do funcionamento do Armazém de EPI, procedeu-se à realização de uma análise SWOT, com o objetivo de identificar pontos fortes e fracos do Armazém do EPI, assim como as suas respetivas ameaças e oportunidades de melhoria.

Esta atividade revelou-se de grande importância para este serviço, dado que a sua criação era relativamente recente, e até à data ainda não tinham sido utilizadas ferramentas de análise de melhoria para se identificar pontos no atual funcionamento do armazém que necessitassem de alterações e ajudassem na identificação de melhorias na gestão do mesmo.

Resultante da análise SWOT, identificaram-se os pontos fracos que comprometiam a qualidade da gestão do Armazém de EPI. No entanto, considerando as condições que foram oferecidas para a criação do mesmo, muitos destes pontos fracos ainda não têm uma solução que esteja ao alcance do serviço, conforme será abordado mais à frente. Deste modo, optou-se primeiro por criar de forma escrita os protocolos e procedimentos do Armazém que não existiam até então, seguindo-se a realização de uma auditoria, com vista à identificação das fraquezas desses protocolos e procedimentos e, por fim, proceder às alterações necessárias para um melhor funcionamento do serviço.

No quadro 1, pode-se observar o período dedicado a cada atividade, estando igualmente definida uma atividade adicional, fruto de um convite endereçado pela ARS Algarve para a participação num projeto designado de “Projeto PaRIS”, realizado em parceria com a DGS e a OCDE.

Quadro 1 – Plano de Atividades de Estágio

Atividades Período	Participação no Projeto PaRIS	Enquadramento ao Armazém de EPI	Análise SWOT ao Armazém de EPI	Formalização de Protocolos e Procedimentos	Auditoria ao Armazém de EPI
Outubro					
Novembro					
Dezembro					
Janeiro					
Fevereiro					

Fonte: Autoria própria.

7.1 Equipamentos de Proteção Individual

No contexto do presente estágio, tornou-se importante que se reconhecesse a definição e função dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), já que a criação do armazém em que incidiu o mesmo, se deu para que existisse uma adequada gestão da utilização de EPI pelos serviços durante a pandemia. Deste modo, antes de se perceber o funcionamento do armazém é essencial conhecer o tipo de material que o compõe, a sua finalidade e importância.

EPI são todos os produtos que sejam utilizados como ferramenta, de uso individual ou coletivo, destinado à proteção do indivíduo que o utiliza, de forma a minimizar os riscos que ameaçam a sua segurança e saúde (Manual de equipamento de proteção individual, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em prevenção à contaminação da Covid19, declarou a necessidade do uso de EPI, como máscaras, aventais descartáveis, luvas, entre outros equipamentos, que agem como barreiras mecânicas na disseminação da doença (OMS, 2020). Embora alguns EPI sejam materiais de uso quotidiano no setor da saúde, observou-se um aumento do seu consumo, tanto para proteção dos utentes como para proteção dos colaboradores, e, conseqüentemente, um aumento dos custos associados à sua elevada utilização e gasto. Deste modo, tornou-se essencial a monitorização dos stocks destes equipamentos, de forma a não haver rotura e para que exista uma disponibilidade constante dos mesmos nas unidades de saúde. Desta forma, passou a não ser só necessário uma coordenação, controle e organização dos bens e equipamentos dispensados para as diferentes unidades de saúde, mas também passou a ser necessário um acompanhamento das mudanças causadas pelo avanço da Covid19 em Portugal e no resto do mundo, exigindo uma maior articulação da gestão dos processos, de forma a garantir o abastecimento de insumos, equipamentos e mão de obra qualificada (Silveira, 2020).

7.2 Armazém de EPI do ACeS Algarve I - Central

Após reconhecida a importância dos EPI, realizou-se um enquadramento do Armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central, para que ficasse a conhecer a sua história e o seu atual funcionamento. Em virtude das circunstâncias que desencadearam a sua

criação e o facto de possuir características bastante distintas e complexas em comparação a outros armazéns, revelou-se bastante importante e indispensável a sua caracterização e enquadramento, com vista a uma compreensão global das dinâmicas do Armazém de EPI.

Este armazém foi criado a 20 de março de 2020 para fazer face às necessidades dos serviços de saúde e ao avanço da pandemia no país. Foi decidido, superiormente, que a separação deste tipo de material do restante consumido pelos serviços não só evitaria desperdícios, como permitiria um melhor controle do mesmo, especialmente num período em que os serviços de saúde se depararam com a escassez de recursos, nomeadamente de EPI. Os EPI que já eram de uso médico regular, como por exemplo, as luvas, máscaras, solução alcoólica, entre outros, guardavam-se no armazém geral do ACeS, uma vez que não eram consumidos em grandes quantidades.

Referente ao funcionamento deste armazém, apurou-se que o material de EPI, que chega ao ACeS Algarve I – Central, é fornecido pela Unidade de Compras e Logística da ARS Algarve IP (ARS), que recebe esse material no Armazém Geral e o divide, tendo em conta a sua finalidade, nos seguintes armazéns (Regulamento de Inventário de Bens de Consumo da ARS Algarve, 2016):

Armazém A – Desempenha a função de armazém Geral e guarda o material de economato, consumo hoteleiro, clínico e administrativo.

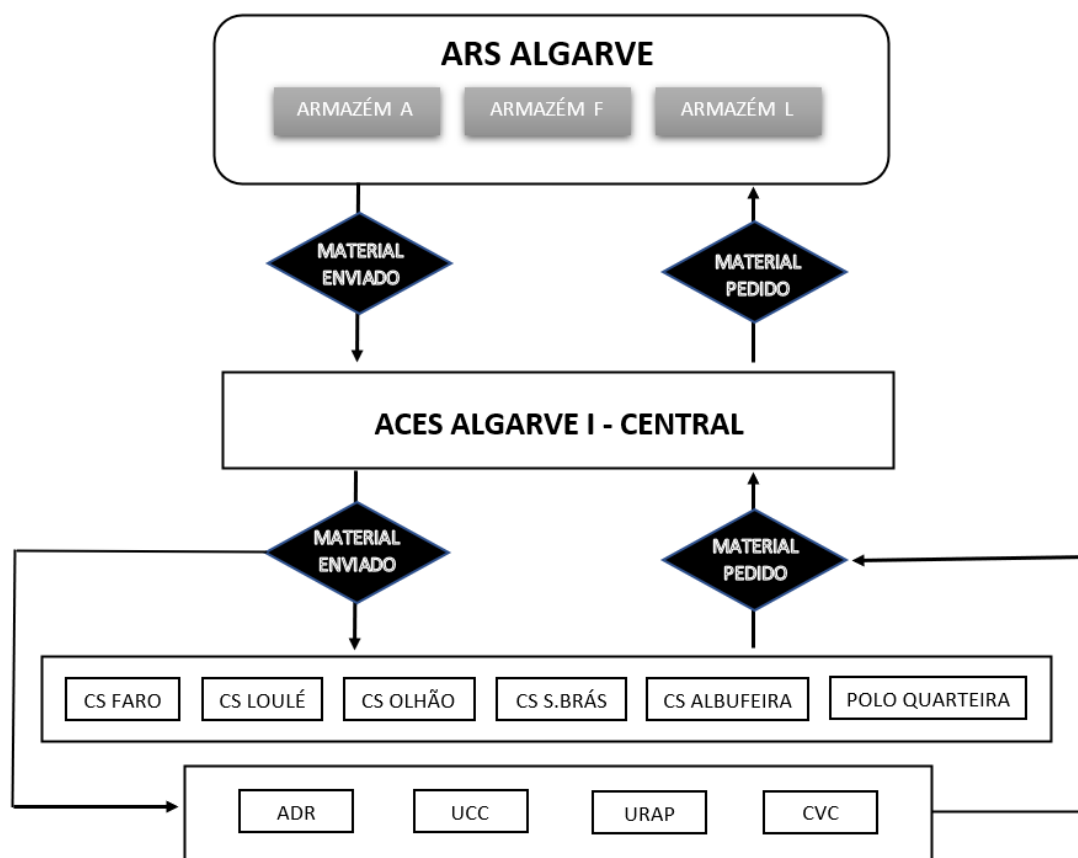
Armazém F – É o armazém onde se armazenam os produtos farmacêuticos, como medicamentos, dispositivos médicos e biocidas e outros produtos farmacêuticos.

Armazém L – É o armazém de reagentes e dispensa material mais voltado para análises clínicas e de laboratório, sendo que, contém muito pouca quantidade de material usado nos cuidados de saúde primários. Fornece principalmente o Laboratório regional de saúde pública.

O Pedido de Material é feito quinzenalmente, pela responsável da UAG à ARS, após feita a contabilização do consumo de material dos Centros de saúde e outros serviços que fazem o pedido de material diretamente ao armazém de EPI do ACeS, tais como, Unidades de Cuidados Continuados (UCC), Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios (ADR), Centros de Vacinação Covid (CVC) e URAP. Conforme consta no Anexo II, com vista ao pedido de material necessário para a quinzena seguinte, é elaborada uma tabela

intitulada de “Mapa de Necessidades” para cada armazém da ARS, com o material necessário correspondente a esse dado armazém. Ainda que, atualmente, os EPI desempenhem uma função indispensável para a saúde e bem estar de todos, como também uma forma de garantia da qualidade dos serviços de saúde, verifica-se ainda uma escassez destes recursos. Neste sentido, quando se procede ao pedido de material há que ter em conta que nem sempre é fornecido o solicitado, desta forma, deve-se pedir uma quantidade de material que nos permita precaver de entrar em rutura de stock. Como precaução, é revisto e contabilizado o material restante no armazém de EPI e tido em consideração as Unidades e serviços que não fizeram pedidos de material, permitindo assim que exista stock suficiente caso estas Unidades e serviços façam pedidos ao ACeS e caso o material enviado pela ARS não corresponda ao material total solicitado.

Figura 6 - Fluxograma de Pedidos e Envios do ACeS Algarve I - Central



Fonte: Autoria própria.

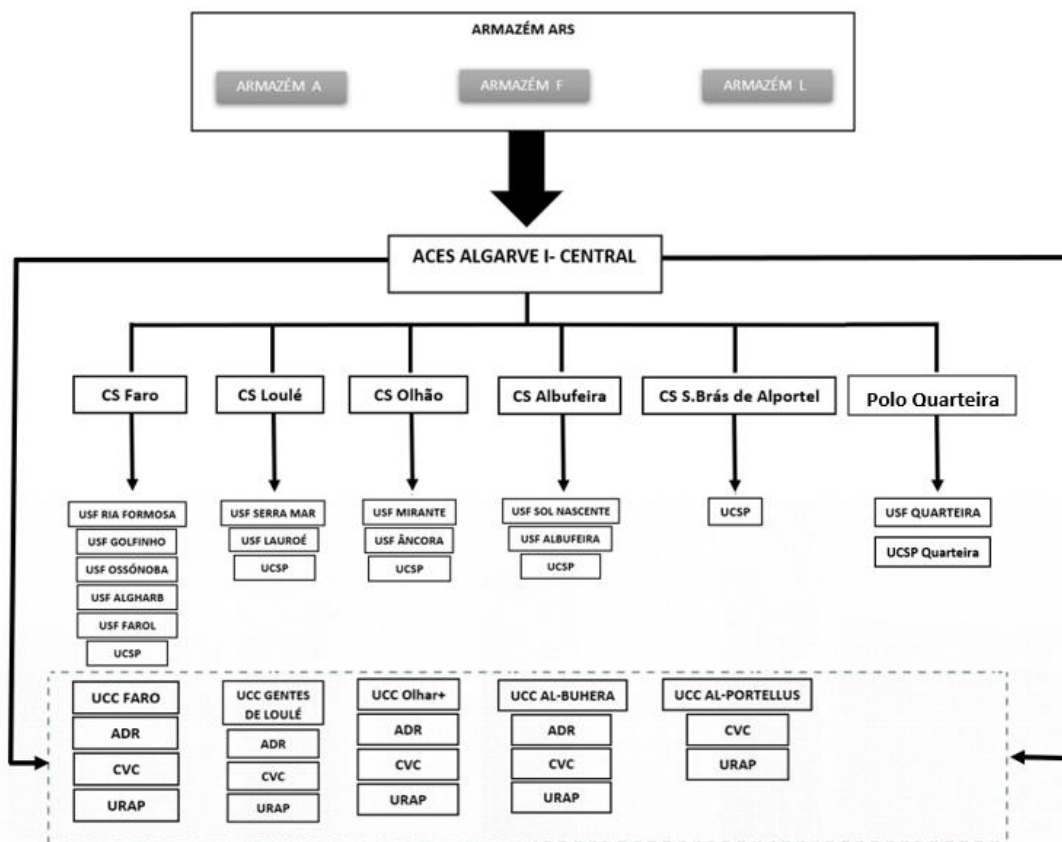
Quando o material requisitado chega ao armazém do ACeS, o mesmo é conferido tendo em conta a “*guia de transferência de entrada*” fornecida pela ARS, onde está descrita a quantidade de volumes de cada tipologia de material e o seu valor. Estes produtos só deverão ser recebidos se estiverem acompanhados da mesma. Após verificadas e confirmadas as quantidades recebidas, averigua-se se alguma caixa de material se encontra violada. Se alguma caixa não vier selada ou caso se repare que esta foi aberta terá de se proceder à contagem e verificação de todo o material, dentro da caixa, para se confirmar que todo o material descrito na guia foi fornecido ou se este se encontra danificado. Após a verificação de todo o material entregue, deve-se carimbar, assinar e datar a documentação fiscal, a fim de comprovar o seu recebimento.

No caso de não conformidade relativa à qualidade do produto (dosagem, forma farmacêutica, prazo de validade), deve-se entrar em contacto com o armazém da ARS ao qual o produto em causa corresponde. Caso se trate de uma não conformidade relacionada à qualidade da embalagem (a embalagem está danificada), contacta-se em primeira instância o motorista responsável pelo transporte do produto para se poder concluir se o dano foi feito durante a viagem e, nesse caso, os custos dos danos recaem sobre o ACES. Já no caso de o dano ser antecedente ao seu transporte, terá de se assinalar nas observações da guia de transferência e remeter, posteriormente, por e-mail. Aplicando-se o mesmo processo caso exista uma não conformidade relativa à quantidade descrita na guia de transferência e a quantidade recebida. Após análise do registo de não conformidade, os produtos rececionados estão prontos para serem armazenados. O material vem identificado para a sua finalidade (EPI e Vacinação) para facilitar o seu armazenamento.

O Armazém de EPI do ACeS tem a função de fornecer este material a todos os CS do mesmo, que armazenam este material no seu armazém local e o redistribuem pelas suas respetivas USF, UCSP e extensões. No caso das UCC, URAP, CVC e ADR os pedidos e envios de material são feitos diretamente entre o ACeS e estas unidades e serviços. No caso dos ADR e Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), pertencentes às UCC, a reposição de material é feita semanalmente pelo ACeS, sendo que esse material é, por norma, preparado na sexta-feira para ser recebido na segunda-feira da semana seguinte. Para as equipas de colheitas ao domicílio é dispensado um certo número de material que é gerido pela respetiva equipa e quando já se nota uma escassez deste, é feito pedido ao ACeS de mais material. Todas as restantes unidades e serviços não

possuem data específica de envio de material, sendo este enviado conforme as necessidades, visto que não se pretende que os serviços possuam stocks pelas seguintes razões: não se pode correr o risco de deixar o material entrar em quarentena, porque fica em desuso e são recursos escassos necessários em todos os serviços. Caso este material fosse guardado pelos diferentes serviços, poderia gerar desequilíbrio na divisão dos materiais. Posto isto, quando se verifica uma grande sobra de material no período de elaboração de novo pedido à ARS, reduz-se a quantidade de material pedido, mas o período entre pedidos mantém-se sempre quinzenalmente.

Figura 7 –Fluxograma do Fluxo de material de EPI do ACeS Algarve I – Central



Fonte: Autoria própria.

Para os ADRS são elaborados Kits pré feitos pelo ACeS que são constituídos por batas, proteção de pés, toucas e máscaras FFP2, que são por norma usados por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. No caso dos técnicos com a função de elaborar testes de Covid19, são elaborados Kits com fato total, que contém cobre botas, máscara e fato.

7.2.1 Sistema Informático

Na Gestão de Stocks, em todo o ACeS é utilizado o sistema de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), criado pela ST+I na perspetiva de criar uma única plataforma que conseguisse dar resposta a todo o paradigma da logística hospitalar. Desta forma, o GHAF vem marcar a alteração do paradigma tradicional de funcionamento organizacional, vindo modernizar a forma como a informação circula nos serviços de saúde (ST+I, 2017). Em vez de existir uma transferência de informação, que vai de mão em mão, na sua forma literal, o GHAF pretende que esta informação esteja disponível a todos, de uma forma mais rápida e eficiente. Para além desta modernização, o programa tem como objetivo permitir um combate eficiente ao desperdício, através de uma forma de gestão de stocks correta e informada, para que se assista a uma acrescida eficácia na prestação de cuidados de saúde à população.

Sendo o GHAF o sistema informático utilizado em todo o ACeS, quando o material dá saída nos armazéns da ARS, este fica automaticamente disponível no GHAF do mesmo. Desta forma, sempre que se procede ao despacho de material, insere-se os consumíveis em questão no GHAF, por quantidade e por tipologia, e o sistema retira-os automaticamente do stock existente no armazém criando um código de requisição (RQ) que corresponde à transferência desse material para a respetiva unidade ou serviço e através do qual é possível ver os detalhes do pedido no sistema.

Este sistema informático mostra-se bastante útil para a gestão de stocks, sendo que nos permite observar a média de consumo de um determinado tipo de material e o seu percurso desde o momento de entrada no sistema. No entanto, torna-se complicado para a gestão de stocks de EPI, já que não foi criado tendo em conta esta especificidade, não permitindo ao armazém de EPI do ACeS dar entrada deste material no sistema GHAF das Unidades para onde este é enviado, ou seja, o sistema consegue verificar que o material foi despachado do armazém de EPI, mas não consegue automaticamente metê-los disponíveis no stock das outras unidades, nem verificar para onde este material é redistribuído e a sua finalidade, sendo que terão de ser os responsáveis pelo sistema de cada unidade a fazê-lo manualmente. Estas situações permitem que exista desvio de material, no sentido em que pode ser datado um consumo superior/inferior ao real, permitindo um subconsumo ou armazenamento de material em excesso comparativamente aos outros serviços.

Face ao exposto anteriormente, quando se define, por parte dos diferentes armazéns da ARS, a existência de stock zero referente a um certo tipo de material, o ACES tem de proceder à verificação física, de todas as suas unidades e serviços, da existência desse material para ser confiscado e depois redistribuído de forma justa por todos os serviços.

7.2.2 Inventário anual

O inventário do Armazém de EPI do ACeS, que é realizado anualmente, representa a única peça contabilística a encargo dos responsáveis pelo Armazém, estando todas as outras peças da contabilidade à responsabilidade Equipa de Gestão de Inventários (EGI) da ARS Algarve.

Os inventários físicos do armazém de EPI do ACeS realizam-se anualmente na data definida pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (CD). Antes desta data, é necessário que seja elaborado um conjunto de trabalhos preparatórios: certificação se todos os registos de saída de artigos, do ACeS para todas as suas unidades funcionais e outros serviços, estão devidamente regularizados no GHAF; e ações de limpeza e arrumação antes das contagens, garantindo que o espaço de contagem se encontra desimpedido e que não se encontram caixas e outros materiais no local, que não fazem parte do inventário (Regulamento de Inventário de Bens de Consumo da ARS Algarve, 2016).

No decorrer do processo de elaboração dos inventários, não devem ocorrer movimentos físicos de material, nem registos de saída e entrada no GHAF. Desta forma, é necessário que as unidades funcionais e serviços do ACeS acautelem as suas necessidades, de forma prévia, junto ao armazém de EPI para que se possa ter a garantia que o material infra chega a estes serviços antes de iniciado o processo de inventário. De igual forma, o armazém de EPI do ACeS recebe por e-mail uma solicitação de pedido de material referente aos próximos dois meses de consumo, para que não exista movimentação de stocks nos armazéns da ARS. Nesta etapa, cabe ao responsável pelo armazém de EPI fazer uma média do consumo de material referente aos dois meses em questão, através de registos de consumo anteriores. Nesta etapa é importante que se peça

uma quantidade superior de material à registada na média de consumo, para que exista uma precaução caso se assista a uma alteração do panorama pandémico.

O ponto de situação inicial do processo de inventários dá-se quando o ACeS recebe por correio eletrónico, dois dias úteis antes do início do mesmo, uma listagem detalhada (“Inventário – Mapa Contagens- [Ord.Alfabética]”) das existências em stock, fornecidas pela EGI e tendo em conta a informação no sistema GHAF. Para a elaboração da contagem, deve ser utilizado o documento designado de “Inventário – Mapa diferenças- (Quantidades)”, fornecido pelo GHAF e constituído pelos seguintes elementos (Regulamento de Inventário de Bens de Consumo da ARS Algarve, 2016):

- Código do artigo (identificação dos produtos contados);
- Descritivo do artigo (identificação dos produtos contados);
- Quantidades constantes no inventário do ACeS, como definido no GHAF;
- Quantidades contadas fisicamente;
- Diferenças.

A recontagem das diferenças é realizada por uma equipa diferente à habitual com acompanhamento de elementos da equipa de supervisão do ACeS. As listas finais do Mapa de diferenças do inventário, fechadas pelo responsável pelo armazém de EPI do ACeS, devem ser enviados à EGI assinados pelos elementos da equipa de contagem e por um elemento da equipa de supervisão e de fiscalização, caso esteja presente. Após autorização superior e regularização do inventário, este é fechado e a informação é transmitida à ST+I, fornecedor do sistema GHAF, para que se proceda à transição das existências em stock para o ano seguinte.

Tendo em conta que o armazém de EPI do ACeS Central lida com material extremamente necessário para a contingência e asseguramento da segurança dos colaboradores e utentes, e a procura destes materiais é caracterizada por oscilações incertas, existem movimentações físicas de material entre os armazéns da ARS e o armazém de EPI para que se garanta a oferta de cuidados a todos os cidadãos de uma forma segura e atempada. Isto significa que, durante o período de inventário e na necessidade de material adicional, este é facultado pelos armazéns da ARS. Contudo, a movimentação informática deste material só é feita quando se inicia o inventário do ano seguinte. O mesmo acontece entre o armazém de EPI do ACeS Central e as unidades e

serviços a que este fornece material, sendo arquivadas todas as guias de transferência feitas durante o período de inventário e, quando este se dá por terminado, debita-se no GHAF as transações feitas anteriormente.

7.3 Análise SWOT ao Armazém de EPI

Após o adequado entendimento da história e funcionamento do Armazém de EPI do ACeS Central, definiu-se que se deveria dar uso a uma ferramenta de gestão de qualidade, de forma a promover a melhoria contínua do mesmo.

Foi escolhida a ferramenta da análise SWOT por incentivar um olhar sobre a organização num todo, ou um serviço da mesma, e fornecer informações para uma análise de diversas perspectivas de uma forma simples e objetiva. Este tipo de análise proporciona também um conjunto de informações que auxiliam na elaboração de instrumentos de gestão e planeamento estratégico com a definição de metas e objetivos que vão de acordo com a realidade em estudo. O uso da ferramenta de análise SWOT no armazém de EPI do ACeS tem por finalidade avaliar e analisar a forma como os seus fluxos estão a ser organizados e as variáveis que os implicam, de forma a se conseguir definir soluções para estas fraquezas. Dado que se trata de um armazém recente, criado sob pressão para uma única finalidade e onde os fluxos de funcionamento ainda não se encontram formalizados, torna-se especialmente importante que se faça uma análise do que tem sido feito e porquê, para que se consiga melhorar os processos que ainda apresentam falhas.

A partir da Análise SWOT realizada ao armazém de stocks de EPI do ACeS Central, foi possível identificar um conjunto de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, conforme descritas abaixo.

Como forças foram identificadas as seguintes variáveis: Material de EPI separado de outro tipo de materiais; Armazém de pouca dimensão; Um único indivíduo responsável e com muitos anos de experiência na área; e aplicação do sistema de circulação de material FIFO (First In, First Out). Todas estas variáveis foram identificadas como forças uma vez que permitem que exista um controlo do consumo deste tipo de material e permitem que o armazenamento, assim como os restantes processos, sejam feitos de

forma organizada e consistente dado que é o mesmo indivíduo responsável por todos os pedidos. O facto de o indivíduo responsável por este armazém possuir muitos anos de experiência na área, permite que os processos decorram com tranquilidade no caso de complicações. Já a aplicação do sistema de rotação FIFO foi identificado como uma força, por evitar desperdícios de recursos por prazo de validade ou deterioração já que, os primeiros materiais a chegar ao armazém são os primeiros a ser redistribuídos e utilizados.

Nas fraquezas foram identificadas as seguintes componentes: Armazém pequeno para a quantidade de material necessário e armazenado; Difícil transporte e circulação do material; Na ausência do indivíduo responsável, não existe substituição; e Protocolos não formalizados. O armazém de pouca dimensão foi considerado uma força por facilitar o controlo e rotatividade destes materiais, no entanto, pode também ser considerado uma fraqueza por ocupar espaço designado para outros serviços do ACeS e dificultar a circulação no corredor, já que é estreito e se encontra ocupado por algum material que não cabe dentro do espaço para si designado. Ainda referente aos problemas da variável anterior, a componente “Difícil transporte e circulação do material” refere-se ao facto de o armazém de EPI se encontrar dentro do espaço designado ao concelho diretivo do ACeS Central, ao fundo do corredor estreito no primeiro andar. Todas estas características vêm dificultar o transporte deste material para os outros serviços, uma vez que esta circulação é feita por um elevador, de pouca dimensão, e requer muitas viagens de transporte dos materiais, desde o armazém até ao veículo de distribuição. A variável “Na ausência do indivíduo responsável, não existe substituição” apresenta um problema, porque impede a circulação de stocks, ainda que os pedidos e envios se possam fazer de forma antecipada à ausência, em circunstâncias de urgência ou de não planeamento da ausência, o serviço fica parado e pode pôr em causa o bom funcionamento das unidades e serviços que dele dependem. Quanto aos protocolos não formalizados, foram definidos como fraqueza pelo que, sendo um armazém relativamente recente e não tendo os protocolos de procedimentos da gestão dos stocks formalizados, no caso de substituição temporária ou definitiva do atual responsável, tornar-se-ia extremamente importante que estivessem formalmente definidos os processos desde o pedido de material aos armazéns da ARS até à sua redistribuição pelas unidades funcionais e serviços do ACeS Central.

No que se refere às ameaças, descrevem-se as seguintes: Sistema GHAF não adequado para esta finalidade, sendo que as alterações pandémicas que podem colocar

em risco o atual funcionamento do serviço, dado que se trata de variáveis que não estão sob o controlo da organização. Como foi referido anteriormente, o sistema GHAF, que é utilizado por todo o ACeS, unidades e serviços pertencentes à ARS Algarve, é um ótimo sistema de gestão de stocks, no entanto, não é indicado para a finalidade dos EPI, o que permite que haja uma manipulação do stock destes produtos, após a sua redistribuição, pelas diferentes unidades e serviços, não existindo uma distribuição justa e que faça face às necessidades. Dito isto, apesar do sistema GHAF permitir retirar os stocks do stock existente em armazém, quando estes são despachados para as outras unidades e serviços, após este procedimento não é possível observar a movimentação destes materiais dentro dessas unidades e serviços, gerando uma dificuldade para o armazém de EPI do ACeS quando é feito um pedido novo de material e existe a necessidade de se avaliar a quais Unidades/Serviços seria mais importante dispensar uma quantidade maior do mesmo.

Quanto à variável “Alterações pandémicas podem colocar em risco o atual funcionamento do serviço”, é considerada uma ameaça, porque influencia de forma direta o armazém de EPI no modo como este consegue responder às necessidades das diferentes unidades e serviços que dependem do seu bom funcionamento. Referindo, como exemplo, a subida de casos de infeção de Covid-19 verificado no final do ano de 2021, tem de haver um bom ajuste por parte do armazém de EPI, de forma que existam recursos suficientes para satisfazer as necessidades de todos. Uma grande alteração do panorama pandémico, especialmente durante a época de inventário, poderá despontar uma grande ameaça por haver falta de recursos disponíveis, dado que, nesta altura, é sempre necessária autorização superior para haver movimentação de stocks. Este facto requerer uma precaução antecedente, que nem sempre é possível de existir em situações de oscilação constante.

Da análise das oportunidades, procurou-se identificar fatores que atenuassem as fraquezas, dado que é quase impossível a alteração das variáveis externas que surgem como ameaças ao funcionamento do EPI. O sistema informático não é alterável, pelo menos de momento, uma vez que é comum a todos os serviços da ARS e o panorama pandémico é algo em constante oscilação e muito dificilmente se consegue prever. Desta forma, passou-se à tentativa de solucionar as fraquezas do serviço de armazém de EPI do ACeS que semelhante ao verificado anteriormente, na sua maioria não é solucionável de momento.

A problemática do espaço de armazém e a sua localização, que dificultam a circulação e transporte deste material, só era alterável se existisse um outro espaço adequado e com melhores condições em que se pudesse transferir o armazém para a mesma. Conseguiu-se verificar que, de facto mais nenhum espaço se encontra disponível para a finalidade nem apresenta melhores condições. Desta forma, optou-se por identificar a variável: “Protocolos não formalizados” e decidiu-se que se passaria à elaboração dos protocolos de procedimentos para que estes fiquem formalizados e, caso exista uma alteração do indivíduo responsável, o atual funcionamento e organização dos mesmos se mantenham estáveis. Com os protocolos em questão pretende-se, também, que as unidades e serviços tenham um protocolo específico de como e quando pedir material. Em seguimento da implementação formal destes protocolos, pretende-se, também, através de uma grelha de auditoria, que se verifique a existência de pontos a melhorar nos procedimentos atuais e, caso exista necessidade, serão depois propostas soluções de melhoria em seguimento do verificado.

Segue abaixo uma matriz SWOT, que tem como objetivo facultar de forma resumida o que foi discutido na análise infra.

Quadro 2- Matriz SWOT

	Fatores Positivos Dão Auxilio ao objetivo estratégico.	Fatores Negativos Atrapalham o objetivo estratégico.
<p style="text-align: center;">Ambiente Interno</p> <p>Características ao controlo da organização.</p>	<p style="text-align: center;">Strenghts Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material de EPI separado de outro tipo de materiais. • Armazém de pouca dimensão. • Um único indivíduo responsável e com muitos anos de experiência na área. • Sistema de rotação FIFO. 	<p style="text-align: center;">Weakness Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armazém pequeno para a quantidade de material necessário e armazenado. • Difícil transporte e circulação do material. • Protocolos não formalizados. • Na ausência do Indivíduo responsável, não existe substituição.
<p style="text-align: center;">Ambiente Externo</p> <p>Características fora do controlo da organização.</p>	<p style="text-align: center;">Opportunities Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação de protocolos de procedimento para as diferentes etapas da gestão de stocks. • Criação e análise de uma grelha de auditoria. 	<p style="text-align: center;">Threats Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema GHAF não adequado para esta finalidade. • Alterações pandémicas podem colocar em risco o atual funcionamento do serviço.

7.4 Formalização dos Protocolos e Auditoria

No cronograma abaixo estão indicadas as etapas do processo de formalização dos protocolos e avaliação da gestão de stocks do armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central e os respetivos períodos dedicados a cada etapa:

Quadro 3 – Etapas do processo de formalização dos protocolos

	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
1. Criação e validação dos protocolos.			
2. Implementação dos protocolos			
3. Criação do instrumento de Auditoria.			
4. Auditoria			
5. Análise dos resultados da Auditoria.			

Fonte: Autoria própria.

7.4.1 Criação e validação dos protocolos

Numa primeira etapa começou-se por criar fluxogramas dos protocolos do armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central, com as movimentações de material e processos desde o momento em que este é pedido aos Armazéns da ARS até à sua redistribuição pelas diferentes unidades funcionais e serviços, como está descrito no ponto *4.1 Armazém de EPI do ACeS Algarve I - Central*. Foram elaborados, no total, três protocolos de procedimentos designados, respetivamente de:

- Protocolo de Procedimentos - #1 Pedidos à ARS;
- Protocolo de Procedimentos - #2 Receção e armazenamento;
- Protocolo de Procedimentos - #3 Redistribuição de material.

Estes protocolos, na sua íntegra, encontram-se nos Anexos.

7.4.2 Implementação dos protocolos

Na segunda etapa foram implementados os protocolos como estes aparecem descritos nos seus respetivos fluxogramas, para que exista uma formalização dos mesmos. A formalização dos protocolos tem a finalidade de permitir que todos os indivíduos, que fazem parte dos processos de circulação e gestão de stocks do armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central, tenham conhecimento dos procedimentos estabelecidos pela UAG para se movimentar o material a partir do momento em que este é pedido aos armazéns da ARS, passando pelo seu levantamento e chegada ao ACeS e, posteriormente, a sua redistribuição pelos diferentes serviços dele dependentes.

7.4.3 Criação do instrumento de Auditoria

Foi criado um instrumento de auditoria para avaliar a execução dos protocolos e procedimentos do armazém de EPI do ACeS Central. O instrumento usado para a auditoria será uma grelha, onde se encontram os critérios relevantes a avaliar e onde se irá definir se existiram problemas referentes a esses critérios durante os processos de movimentação e circulação de stocks, para depois se poder fazer uma decisão, se necessário, de melhoria dos procedimentos específicos a esse critério. A grelha de auditoria pode ser encontrada na sua totalidade no Anexo VI.

7.4.4 Auditoria

A auditoria decorreu durante o período de 24 de Janeiro de 2022 a 04 de Fevereiro de 2022, uma vez que se teve de esperar que o inventário anual se desse por concluído para se avaliar o normal funcionamento dos procedimentos, já que o funcionamento dos mesmos durante o período de inventário apresenta algumas exceções. Optou-se por realizar uma auditoria quinzenal, dado que o ciclo dos procedimentos estabelecidos se repete quinzenalmente e tinha-se como objetivo a avaliação dos procedimentos na sua totalidade, por estes nunca terem sido formalizados e a sua perfeita funcionalidade não estar certa. Desta forma, a auditoria pretendia detetar erros nos processos de stock, solucionando-os e garantindo a qualidade deste serviço.

7.4.5 Análise dos resultados da Auditoria e considerações finais

Após a realização da auditoria quinzenal aos procedimentos do Armazém de EPI, concluiu-se que os mesmos só apresentavam uma falha referente ao “Protocolo de

Procedimentos - #3 Redistribuição de material” (Anexo V), nomeadamente no que concerne à deslocação do material do Armazém de EPI do ACeS Central até às suas unidades funcionais ou serviços. Uma caixa de materiais que estava destinada a ser entregue ao Centro de Saúde de Loulé foi entregue ao ADR de Loulé, criando um conflito de informação e atrasando o trabalho tanto dos funcionários do Armazém, que procuravam onde o material tinha sido entregue, tanto dos funcionários do Centro de Saúde de Loulé, que aguardavam a receção do mesmo. Este pequeno lapso, acarretou, ainda que poucas, algumas despesas para a entidade, já que tempo de trabalho foi perdido e, ainda, foram necessárias algumas viagens, por parte do transportador, para ir buscar o material onde foi deixado e levá-lo ao serviço correto. Ainda que esta pequena falha tivesse sido causada pela substituição do motorista habitual por um novo, optou-se por adicionar à “guia de requisição” o número total de volumes a que corresponde o material a ser entregue a cada unidade/serviço, permitindo que os responsáveis pelo recebimento do mesmo possam confirmar o recebimento efetivo do material na sua totalidade e, ao mesmo tempo, que o motorista tenha conhecimento de quantas caixas correspondem a cada unidade/serviço. A correção que foi feita relativamente à “Guia de Requisição” encontra-se no Anexo VII.

Ainda que apenas tivesse sido identificada uma falha na presente auditoria quinzenal, é de grande importância que sejam realizadas auditorias frequentes aos procedimentos, tanto do Armazém de EPI, como dos outros serviços referentes ao ACeS Central, para que possa existir uma avaliação constante, com vista ao adequado funcionamento dos mesmos, garantindo, assim, a melhoria contínua dos serviços.

8. APRECIÇÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante a realização do estágio no armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central foi possível desenvolver várias competências na área da gestão de stocks e melhoria contínua. O facto do meu estágio ter sido enquadrado numa área tão importante como a gestão de EPI em situação de pandemia, tornou claro a responsabilidade que estava associada à adequada gestão destes recursos e funcionamento do armazém.

Como referido anteriormente, os stocks correspondem a uma grande parte do investimento das organizações de saúde, tendo a gestão de stocks uma elevada importância ao nível dos custos globais das mesmas. A forma como a gestão destes recursos é feita tem grande influência no funcionamento correto destas organizações, uma vez que o abastecimento das mesmas está dependente de uma gestão eficaz. Consequentemente, a importância de uma adequada gestão de stocks leva à necessidade de constante melhoria nos procedimentos e processos dos mesmos, de forma a gerar benefícios para a organização. Nesta perspetiva, a análise SWOT elaborada ao armazém de EPI foi bastante útil para se poder identificar problemas no serviço e oportunidades de melhoria com os recursos disponíveis, levando à criação e formalização dos protocolos de aprovisionamento e gestão de stocks e, posteriormente, à realização de uma auditoria, com o objetivo de promover a melhoria contínua de um serviço que, dada a conjuntura que se vivia no país e no Mundo, se tornou fulcral para o bom funcionamento de todo o ACeS Algarve I – Central e serviços dele dependentes.

As atividades desenvolvidas relativas à área da gestão de stocks foram resultado da observação direta e acompanhamento direto do trabalho dos profissionais do armazém de EPI, onde foi possível confirmar a importância da gestão e o papel dos gestores, num período particular de crise pandémica, em que se procurou reagir rapidamente e de forma preventiva às contantes interrupções na cadeia de suprimentos, ajustando-se a uma nova realidade e evitando o risco de desabastecimento dos stocks durante este período de incertezas. Neste contexto, a relação custo-efetividade dos recursos assumiu grandes proporções e passou a ser um dos principais objetivos da gestão, isto é, houve um grande investimento em recursos para a prevenção da disseminação da COVID-19. No entanto, os recursos disponíveis continuavam a ser escassos para abranger as necessidades de toda a população, sendo necessário que houvesse uma gestão adequada destes materiais, para que os mesmos pudessem ser distribuídos pelos vários serviços e houvesse ganhos em saúde.

De uma maneira geral, o estágio realizado permitiu confirmar o exposto pela literatura, nomeadamente no que se refere à gestão de stocks e gestão da qualidade/melhoria contínua, onde se destaca a necessidade de uma adequada gestão de stocks, assim como uma implementação racional e bem definida de protocolos e procedimentos, submetendo-os regularmente a ferramentas de avaliação da qualidade, com vista a alcançar a melhoria contínua e a aumentar o nível de segurança e satisfação dos trabalhadores e dos utentes.

Considerando os resultados obtidos na análise SWOT, fica em aberto alguns pontos do armazém de EPI que deveriam ser melhorados, caso continuasse com o seu funcionamento a longo prazo. Como foi referido previamente, a criação do armazém de EPI deu-se como resposta às exigências da pandemia na região. No entanto, se existir uma prevalência do mesmo após o levantamento das restrições pandémicas, será necessário um investimento do ACeS Algarve I – Central, para que a gestão de stocks seja feita de forma organizada e segura.

Foi, ainda, possível aferir a partir das atividades desenvolvidas que a maior dificuldade e limitação está relacionada com o armazenamento de materiais. O armazém de EPI apresenta neste momento algumas limitações físicas, obrigando a que algum material fique armazenado nos corredores que dão acesso a outros serviços do ACeS e ocupe espaço destinado a outras finalidades. Ainda que esta situação permita uma gestão eficiente, não é ideal e deveria ser mudado para que todos os serviços pudessem funcionar de forma organizada e confortável. Outro ponto a ser melhorado relaciona-se com o sistema de movimentação de mercadorias, isto é, atualmente a movimentação do material desde o seu ponto de recebimento até ao armazém é feito através de um carrinho de compras e por um caminho estreito que se tem acesso por elevador. Apesar de grande parte da dificuldade de movimentação do material ser derivado da localização do armazém, deveria haver um investimento em sistemas de movimentação de mercadorias, como porta paletes ou carrinhos manuais, que facilitam o movimento dos mesmos e não requerem tanto o uso de força física e desgaste. Deveria, também, ser implementado um sistema de reconhecimento do tipo de EPI referente a cada local do armazém, como por exemplo, placas a assinalar a que tipo de material se refere cada zona (máscaras, luvas, desinfetantes, testes COVID, etc...) ou códigos de cores como uma zona azul para determinado tipo de EPI, outra zona verde para outro tipo, etc. Este pequeno aspeto ia facilitar a localização de certo tipo de materiais caso o responsável atual fosse substituído

ou se fosse introduzido um novo colaborador ao serviço, como também tornaria mais rápido o processo de identificar e embalar os materiais quando estes são pedidos pelas outras unidades e serviços.

Ainda que se verifiquem melhorias aplicáveis ao armazém de EPI, observa-se a falta de recursos financeiros para fazer face a estes pontos fracos, incapacitando os gestores de melhorar na prática de gestão em saúde pública. Ainda que seja necessário melhorar as práticas de gestão e motivar os profissionais em prestar cuidados de qualidade, é importante que não nos esqueçamos que surgem constantemente desafios em saúde. Para tal, é importante contribuir frequentemente para o conhecimento não só de estratégias de melhoria que permitam gerar ganhos em saúde, mas também no conhecimento dos fatores condicionantes e tendências futuras (De Souza Santos et al., 2019).

Para finalizar, as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular refletem o título do relatório “Gestão de stocks e da melhoria contínua do Armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central” e traduzem o funcionamento do armazém de EPI, assim como a criação dos protocolos de procedimentos de aprovisionamento e a gestão de stocks dos mesmos, como também a sua formalização. A criação e formalização destes protocolos revelou-se, deste modo, bastante importante para a boa gestão de stocks do armazém de EPI, pois passou a ser a forma oficial como estes deveriam ser geridos e houve uma distribuição destes protocolos para com os serviços e unidades dependentes do armazém, sendo possível a todos os colaboradores saber a forma certa de como este material deve ser pedido, quando deve ser pedido, a quem deve ser pedido. A formalização dos protocolos teve como objetivo reduzir a margem de erro nos procedimentos de gestão de stocks do armazém de EPI, sendo que para avaliar a qualidade de execução dos mesmos, foram submetidos posteriormente a uma auditoria para identificar falhas e solucioná-las, promovendo a melhoria contínua. A auditoria feita ao armazém de EPI, instituiu pela primeira vez a aposta na qualidade deste serviço, pelo que seria importante que fossem adotados modelos de avaliação de desempenho no contexto do mesmo.

9. CONCLUSÃO

O estágio curricular realizado no ACeS Algarve I - Central foi bastante compensador, na medida em que, representou o primeiro contacto com o mundo profissional. Durante o período decorrente do mesmo, foi possível estar em contacto com duas áreas de especial interesse, como a área da gestão de stocks e aprovisionamento e a área da gestão da qualidade. Houve, ainda, oportunidade de colaborar como investigadora num projeto da OCDE em colaboração com a DGS e, ainda, estabelecer contacto com outras tarefas do ACeS relacionadas com a pandemia.

O estágio ofereceu uma experiência profissional, onde foram colocados à prova alguns conhecimentos adquiridos na academia e onde foi possível perceber que nem sempre existe uma resolução linear aos problemas vivenciados nas organizações. O presente estágio veio reforçar que a área da gestão de stocks depende de inúmeras variáveis de difícil controlo, sendo importante que exista um investimento na melhoria contínua dos processos e protocolos internos das organizações.

Relativamente à auditoria, implementada aos protocolos e procedimentos do armazém de EPI, pode-se concluir que se mostrou uma ferramenta bastante útil na identificação do ponto fraco dos protocolos que estavam a ser utilizados pelo serviço, a qual deveria continuar a ser utilizada, como auxiliar do Ciclo PDCA ou da análise SWOT, não só no armazém de EPI, como nos outros serviços pertencentes ao ACeS Algarve I – Central, com o intuito de se identificar erros nos protocolos definidos e solucionar os mesmos, melhorando os serviços prestados aos utentes e, conseqüentemente, a sua satisfação.

Em suma, é possível afirmar que, ainda que as expectativas não tenham sido alcançadas no sentido em que o contacto direto com o trabalho foi dificultado pela situação da pandemia, este estágio representou uma experiência enriquecedora, quer a nível profissional, como a nível pessoal.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Almeida, D. & Teixeira, L. (2005), *Implementação de um Sistema de Gestão Empresarial (ERP) numa Empresa do Sector Metalúrgico*, Porto, FEUP-Universidade do Porto.

Almeida, N. (2011), *Teoria Lean e Gestão de Stocks na saúde*, Coimbra, Universidade de Coimbra - Faculdade de economia.

Alves, R., Sousa, F., Silva, M., Barbosa, T., Santos, S., Resende, C., Carvalho, M., Fragoso, D., Silva, F., Porto, M., Sousa, J., Borges, M., Aragão, D., Santos, A. & Mello, E. (2020), *Gestão em saúde: Implementação do ciclo PDCA como estratégia de enfrentamento da COVID – 19 em unidades de urgência e emergência*, Research Society and Development, 9 (12). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10273> (Acedido a 12 de setembro de 2022).

ARS Algarve (2016), *CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Agrupamento de Centros de Saúde do Central (ACES) Algarve I – Central*, ARS Algarve. Disponível em: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/aces-algarve-i-central/> (Acedido a 23 de novembro de 2021).

ARS Algarve (2016), *Regulamento de Inventário de Bens de Consumo da Administração Regional de Saúde do Algarve*, IP, 2016-04-21, ARS Algarve. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Regulamento-Inventario_BC_ARSA Algarve.pdf (Acedido a 23 de novembro de 2021).

Bertaglia, P. (2009), *Logística e gerenciamento da cadeia de abastecimento - 2ª Ed*, São Paulo, Saraiva Educação S.A.

BI-CSP (2017), *ACES Algarve I - Algarve Central*, BI-CSP. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/Pages/default.aspx> (Acedido a 23 de novembro de 2021).

Branco, A. & Ramos, V. (2001), *Cuidados de saúde primários em Portugal*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/101321/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202001%20-%20vol%20tematico2a01%20-%20p5-12.pdf> (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Carvalho, C., Sardenberg, C., Matos, A., Cendoroglo Neto, M., & Santos, B. (2004), *Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas*. Brazilian Journal of Nephrology, 26(4). Disponível em: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n4a05.pdf (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Corrêa, T. (2022), *O que é Ciclo PDCA e como ele pode melhorar seus processos*, Siteware. Disponível em: <https://www.siteware.com.br/metodologias/ciclo-pdca/> (Acedido a 14 de julho de 2022).

De Souza Santos, D., Almeida, I., Marques, D., & Vilela, F. (2019). *Advanced access in primary health care: improving the people-centred service*, International Journal of Integrated Care, 19(4). Disponível em: <https://doi.org/10.5334/ijic.s3591> (Acedido a 14 de julho de 2022).

Diário da República (2006), Decreto-Lei nº101/2006, Disponível em: <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2014/04/Decreto-Lei-n%C2%BA-101-2006-de-6-de-junho.pdf> (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Diário da República (2012), Decreto-Lei nº52/2012, Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf> (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Gozzi, M. (2015), *Gestão de qualidade em bens e serviços- GQBS*, São Paulo, Editora Pearson.

Fernandes, J. (2020), *Análise SWOT da implementação da filosofia Lean na indústria em Portugal*, Porto, Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto.

Lamenha, A., & Patrício, S. (2014), *O Planejamento estratégico utilizando a análise SWOT como recurso para a tomada de decisão: uma aplicação prática em uma empresa de saúde de pequeno porte*, Olhares Plurais. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/O-PLANEJAMENTO-ESTRAT%C3%89GICO-UTILIZANDO-A-AN%C3%81LISE-A-Lamenha-Patr%C3%ADcio/8429d621e0e282d3b3110ef9eb0b078e6f323b8b> (Acedido a 23 de novembro de 2021).

Matias, J. (2017), *Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas: um estudo nos centros de saúde do ACES Central – Algarve*, Lisboa, Instituto politécnico de Lisboa.

Meira, S., Oliveira, A. & Santos, C. (2021), *A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde*, Brazilian Journal of Business, 3(1). Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJB/article/view/26310/20861> (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Mendes, A. (2014), *Relatório de estágio em gestão e logística hospitalar*, Viana do Castelo, Instituto politécnico de bragança.

Ministério da Saúde (1946), Decreto – Lei nº35/311. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1946/04/08900/03010304.pdf> (Acedido a 14 de janeiro de 2022).

Ministério da Saúde (1999), Decreto-Lei nº157/99. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1999/05/108a00/24242435.pdf> (Acedido a 14 de janeiro de 2022).

Ministério da Saúde (2008), Decreto Lei 28/2008. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/229499/decreto-lei-28-2008-de-22-de-fevereiro> (Acedido a 23 de novembro de 2021).

Morgado, S. (2002), *Aprovisionamento e Gestão de stocks*, Cádiz, Ministério do trabalho e da solidariedade – Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Nascimento, A. (2016), *Avaliação económica da cadeia de abastecimento de bens de consumo em saúde: o caso da ARS algarve*, Faro, Universidade do Algarve.

Nunes dos Santos, M. (2012), *Relatório de estágio em gestão de unidade de saúde na UCC Monte Mor*, Portalegre, Instituto politécnico de Portalegre.

Oliveira, A. , Magalhães, N. , Silva, P. , Barja, P. & Viriato, A. (2021), *Gestão hospitalar de equipamentos de proteção individual no enfrentamento à pandemia Covid19*, *Brazilian Journal of development*, 7 (3). Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/26030/20644> (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Oliveira, V. (2015), *Gestão de Stocks em Farmácia Hospitalar e a aplicação da teoria Lean*, Porto, Instituto Politécnico do Porto.

OMS (2020), *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*, OMS. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf> (Acedido a 2 de fevereiro de 2022).

Paladini, E. (2019) *Gestão da qualidade: Teoria e Prática - 4ª ed*, São Paulo, Editora Atlas.

Paulus Jr, A. (2005), *Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde*, *Revista espaço para a saúde*, 7 (1). Disponível em: <https://docplayer.com.br/1627100-Gerenciamento-de-recursos-materiais-em->

[unidades-de-saude.html](#) (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Pereira, F. (2020) *Aplicação do PDCA na otimização da logística e do estoque em uma pequena empresa na zona da mata mineira*, Manhuaçu, UniFacig-Centro Universitário.

Pessoa, D., Ramos, A., Dias, A., Souza, I., Rêgo, A. & Gonzaga, L. (2020), *Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa*, Brazilian Journal of health Review, Curitiba, 3(2). Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/8949/7640> (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Ramalho, L. (2021), *Acesso aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Condicionantes e Estratégias*, Lisboa, Instituto Universitário de Lisboa.

Ricci, G. , Magrini, R. & Pandolfi, M. (2021), *Ciclo PDCA como ferramenta da qualidade para a melhoria em serviços*, São Paulo, Faculdade de Tecnologia de Taquaritinga.

Silva, A. S. L. da, Andrade, J. C. de, & Benevides, C. M. de J. (2021), *Auditoria interna do sistema de gestão da qualidade na distribuição de produtos para saúde: estudo de caso*, Research Society and Development, 10(16). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23999> (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Silveira, M. (2020) *Gestão hospitalar: os desafios na área da saúde em tempos de pandemia*, Pró-Saúde. Disponível em: <https://www.prosaude.org.br/noticias/gestao-hospitalar-os-desafios-na-area-da-saude-em-tempos-de-pandemia/>. (Acedido a 14 de janeiro de 2022).

Tajra, F., Lira, G., Rodrigues, Â., Tajra, R. & Junior, L. (2012), *PDCA como proposta metodológica associada à Auditoria em Saúde: relato de experiência de Sobral-Ceará*, Revista Tempus- Actas de Saúde Coletiva. Disponível em:

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1216/1102>

(Acedido a 12 de setembro de 2022).

Sousa, P. A. F. (2009), *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*, Porto, Escola superior de enfermagem do Porto.

Souza, R., Filho, M., Sobral, E., Machado, T. & Melo, F. (2020), *Aplicação da matriz SWOT: Um estudo de caso em uma delicatessen no sertão central*, Recife, Universidade de Pernambuco.

ST+I (2017), Logística: GHAF (Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia), ST+I. Disponível em: <http://sti.pt/ghaf.html> (Acedido a 14 de janeiro de 2022).

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., Reed, J. E. (2014). *Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare*, BMJ- Quality and Safety, 23(4). Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/4/290.full.pdf> (Acedido a 12 de setembro de 2022).

Veludo, M. (2004), *Aprovisionamento e Gestão de Stocks*, Lisboa, Manuais para apoio à formação em ciências empresariais.

World Health Organization (2020), *Recomendações sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19*, WHO. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332293/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-por.pdf (Acedido a 14 de janeiro de 2022).

World Health Organization (2021), *Cuidados de saúde primários*, WHO. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care> (Acedido a 12 de maio de 2022).

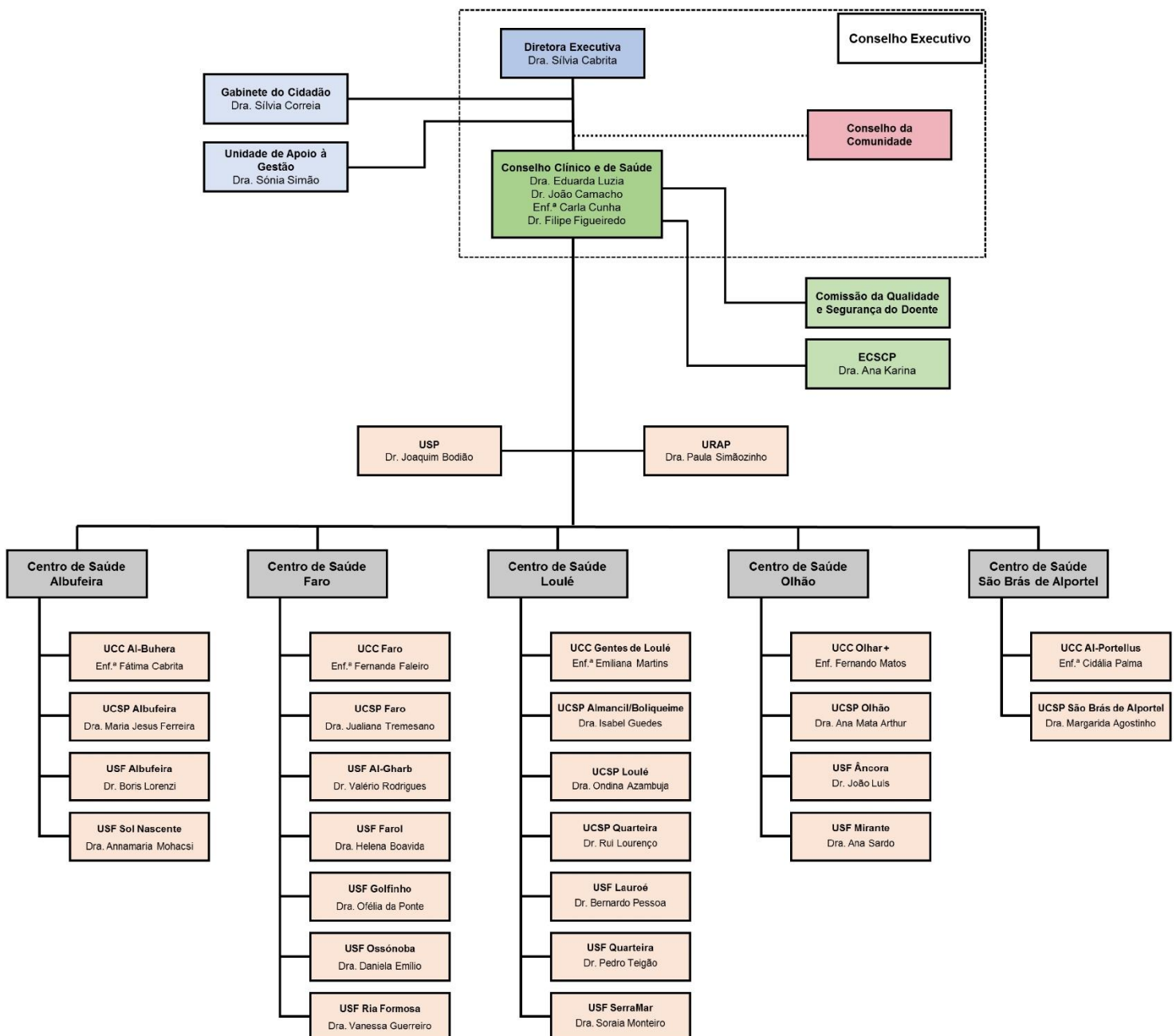
Zermati, P. (1990), *A gestão de stocks*, Lisboa, Editorial Presença.

11. ANEXOS

11.1 Anexo I- Organograma ACeS Algarve I – Central



Organograma ACeS Algarve I - Central



11.2 Anexo II- Exemplo Mapa Necessidade Central

ANEXO 1- MAPA DE NECESSIDADES (ARMAZÉM A e F)

	Necessidades 16 a 30-11-2021	
--	------------------------------	--

Armazém A

Cód. Artigo	Designação Artigo	Quant.
290010139	Aventais descartaveis	
290030606	Bata uso unico impermeavel, tam. XXL	200
290030618	Bata uso unico impermeavel, tam. L	500
290030617	Bata uso unico impermeavel, tam. M	200
290030607	Bata uso unico impermeavel, tam. XL	100
290030618	Bata uso unico impermeavel, tam. M/L Standard	
290030612	Batas Descartáveis C/Punho Impermeáveis Polipropileno	
290030899	Cobre Sapatos Azuis	2.000
290030633	Fato Protecção Completo BRANCO c/ capuz M	
290030634	Fato Protecção Completo BRANCO c/ capuz XL	
290030627	Fato Protecção Completo Brancos c/ capuz XXL - CAT III	
290030643	Fato Protecção Completo, Tamanho L(REM)	
220020610	Luva Latex Estereis s/Pó tamanho 6,5 PAR	300
220020611	Luva Latex Estereis s/Pó tamanho 7 PAR	400
220020613	Luva Latex Estereis s/Pó tamanho 8 PAR	
420012087	Luva Borracha Preta Grande	
420012090	Luva Borracha Verde - L	
420012089	Luva Borracha Verde - M	
420012091	Luva Borracha Verde - XL	
220020600	Luva Cir. Latex Esterilizada 6 PAR	300
220020701	Luva Cir. Latex Esterilizada 7,5 PAR	
220020711	Luva Cir. Latex Esterilizada 8,5 PAR	
290040620	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Grande	20.000
290040625	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Médio	30.000
290040630	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Pequeno	20.000
290030902	Manguito Protecção Azuis	
230200102	MÁSCARAS CIRURGICAS C/ ATILHOS GA	
290010098	MÁSCARAS CIRURGICAS FLUIDO RESISTENTE C/ATILHOS E VISEIRA	
230200103	MÁSCARAS CIRÚRGICAS TRIPLA CAMADA COM ELÁSTICO	20.000
230200104	MÁSCARAS CIRÚRGICAS TRIPLA CAMADA COM ELÁSTICO - PEDIÁTRICA	
290010092	Mascaras Particulas FFP2	1.000
290010096	ÓCULOS DE PROTECÇÃO COM PROTECTOR DE TOPO E LATERAIS	
290010091	Óculos Protectores de Visão	
290030892	Protecção Cobre Botas (Branco)	1.000
290010099	RESPIRADORES DE PARTICULAS FFP2 C/IMPERMEABILIZAÇÃO FLUIDOS	
290010097	RESPIRADORES DE PARTICULAS FFP3	
290030910	Touca Descartável não tecido, não esterilizada	1.000
290010090	Viseiras	

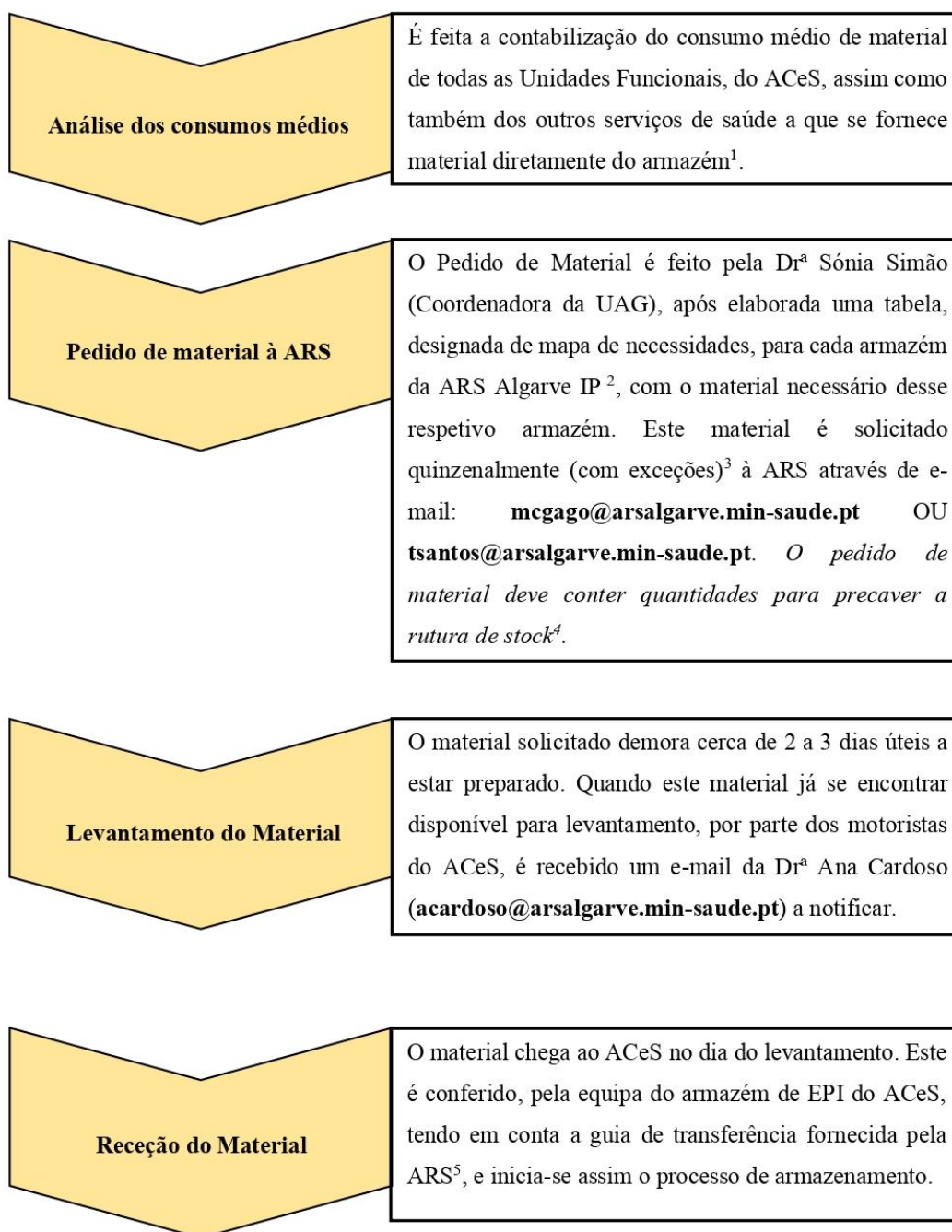
Armazém F

Cód. Artigo	Designação Artigo	Quant.
192001310	Alcool 70%, sem aditivos,frs 500 ml	200
116100113	Creme loção hidratante corp e p/ hidratação das mãos dos profissionais 500ml/500gr	
192004345	Desinfectante s/ álcool, c/ compostos de amónio quaternário e biguanidas, toalhetes impregnados, 26x26cm, emb.100 toalhetes	
192004346	Desinfectante s/ álcool, c/ compostos de amónio quaternário e biguanidas, toalhetes impregnados, 26x26cm, emb.200 toalhetes	24
999999991	Doseadores	
196401400	Sabão líquido/gel frs 500ml	48
192004150	Sol. Hidroalcoólica , 80% V/V, garrações de 5 litros-lab. Militar	
192004100	Sol. Hidroalcoólica , etanol+propanol, c/ dermoprotector, frs 500 ml	400
192004300	Trocloseno de sódio, 1,25g a 1,7g/pastilhas, 2,5g a 3,3g cx 150	
120910140	Zaragatoas com meio p/ recolha de amostra e transporte-SARSCoV-2 (REM) c/ 1 zaragatoa nasofaríngea	4.000
120910120	Zaragatoas com meio p/ recolha de amostras e transporte - COVID-19	

11.3 Anexo III- Protocolo de Procedimentos #1 Pedidos à ARS

Protocolo de Procedimentos: Armazém de EPI ACeS Algarve I – Central

#1 - Pedido de Material à ARS.



¹ As unidades e serviços que fazem pedido de material de forma direta ao ACeS são: UCC, Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios (ADR), Centros de vacinação Covid (CVC) e URAP.

² O Material de EPI, que chega ao ACeS Algarve I – Central, é fornecido pela Unidade de Compras e Logística da ARS Algarve que recebe esse material no Armazém Geral e o divide, tendo em conta a sua finalidade, no armazém **A** (que guarda o material de economato, consumo hoteleiro, clínico e administrativo.); **F** (onde se armazenam os produtos farmacêuticos, como medicamentos, dispositivos médicos e biocidas e outros produtos farmacêuticos.) e **L** (que dispensa material mais voltado para análises clínicas e de laboratório).

³ Na época de Inventário os pedidos têm de ser feitos tendo em conta a duração do processo do mesmo dado que movimentações de stock atrasariam o processo. Alterações pandémicas também apresentam uma exceção, na medida em que, caso se constate um aumento da procura de determinado produto terá de se fazer um pedido fora do período normal de forma a evitar-se a rutura. A Última exceção dá-se quando o responsável pelo Armazém de EPI do ACeS Algarve I – Central se ausenta e os pedidos para o período de ausência têm de ser programados antecipadamente.

⁴ Da mesma forma que é importante pedir-se uma quantidade de material que nos precaverá de entrar em rutura de stock, é igualmente importante ter em conta que os EPI se tratam de material escasso e o armazém de EPI do ACeS central é de pouca dimensão, desta forma, stocks em excesso podem também apresentar um problema.

⁵ É enviada uma guia diferente com o material respetivo de cada armazém como se pode observar nos anexos abaixo.

ANEXO 1- MAPA DE NECESSIDADES (ARMAZÉM A e F)

	Necessidades 16 a 30-11-2021	
--	------------------------------	--

Armazém A

Cód. Artigo	Designação Artigo	Quant.
290010139	Aventais descartaveis	
290030606	Bata uso unico impermeavel, tam. XXL	200
290030618	Bata uso unico impermeavel, tam. L	500
290030617	Bata uso unico impermeavel, tam. M	200
290030607	Bata uso unico impermeavel, tam. XL	100
290030618	Bata uso unico impermeavel, tam. M/L Standard	
290030612	Batas Descartáveis C/Punho Impermeáveis Polipropileno	
290030899	Cobre Sapatos Azuis	2.000
290030633	Fato Protecção Completo BRANCO c/ capuz M	
290030634	Fato Protecção Completo BRANCO c/ capuz XL	
290030627	Fato Protecção Completo Brancos c/ capuz XXL - CAT III	
290030643	Fato Protecção Completo, Tamanho L(REM)	
220020610	Luva Latex Estereis s/Pó tamanho 6,5 PAR	300
220020611	Luva Latex Estereis s/Pó tamanho 7 PAR	400
220020613	Luva Latex Estereis s/Pó tamanho 8 PAR	
420012087	Luva Borracha Preta Grande	
420012090	Luva Borracha Verde - L	
420012089	Luva Borracha Verde - M	
420012091	Luva Borracha Verde - XL	
220020600	Luva Cir. Latex Esterilizada 6 PAR	300
220020701	Luva Cir. Latex Esterilizada 7,5 PAR	
220020711	Luva Cir. Latex Esterilizada 8,5 PAR	
290040620	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Grande	20.000
290040625	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Médio	30.000
290040630	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Pequeno	20.000
290030902	Manguito Protecção Azuis	
230200102	MÁSCARAS CIRURGICAS C/ ATILHOS GA	
290010098	MÁSCARAS CIRURGICAS FLUIDO RESISTENTE C/ATILHOS E VISEIRA	
230200103	MÁSCARAS CIRÚRGICAS TRIPLA CAMADA COM ELÁSTICO	20.000
230200104	MÁSCARAS CIRÚRGICAS TRIPLA CAMADA COM ELÁSTICO - PEDIÁTRICA	
290010092	Mascaras Particulas FFP2	1.000
290010096	ÓCULOS DE PROTECÇÃO COM PROTECTOR DE TOPO E LATERAIS	
290010091	Óculos Protectores de Visão	
290030892	Protecção Cobre Botas (Branco)	1.000
290010099	RESPIRADORES DE PARTICULAS FFP2 C/IMPERMEABILIZAÇÃO FLUIDOS	
290010097	RESPIRADORES DE PARTICULAS FFP3	
290030910	Touca Descartável não tecido, não esterilizada	1.000
290010090	Viseiras	

Armazém F

Cód. Artigo	Designação Artigo	Quant.
192001310	Alcool 70%, sem aditivos, frs 500 ml	200
116100113	Creme loção hidratante corp e p/ hidratação das mãos dos profissionais 500ml/500gr	
192004345	Desinfectante s/ álcool, c/ compostos de amónio quaternário e biguanidas, toalhetes impregnados, 26x26cm, emb.100 toalhetes	
192004346	Desinfectante s/ álcool, c/ compostos de amónio quaternário e biguanidas, toalhetes impregnados, 26x26cm, emb.200 toalhetes	24
999999991	Doseadores	
196401400	Sabão líquido/gel frs 500ml	48
192004150	Sol. Hidroalcoólica , 80% V/V, garrações de 5 litros-lab. Militar	
192004100	Sol. Hidroalcoólica , etanol+propanol, c/ dermoprotector, frs 500 ml	400
192004300	Trocloseno de sódio, 1,25g a 1,7g/pastilhas, 2,5g a 3,3g cx 150	
120910140	Zaragatoas com meio p/ recolha de amostra e transporte-SARSCoV-2 (REM) c/ 1 zaragatoa nasofaríngea	4.000
120910120	Zaragatoas com meio p/ recolha de amostras e transporte - COVID-19	

ANEXO 2- Exemplo de Guia de transferência: Armazém A

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Documentos Internos

Estrada Nacional 125, Sítio das Figuras, Lote 1, 2.º

Data: em 15/11/2021 11:43:35-Euro-ut.63547

andar

8005-145 Faro

Armazém: A_FAR

Geral:

Armazém CS Faro

Tel: 289.889.900

Fax 289.813.963

ALC Dns.

Entidade: 0

Aprovisionamento:

ARSALG

Tel: 289.889.900

Fax 289.807.942

Largo do Carmo nº 3

Num. Cont: 503148709

8000-000 FARO

48 val. ✓

Inf.Doc: Transf.Armazém Entrada - 6 984 de 15/11/2021

Ut. : [63547-Ana Cardoso]

Arm. : [A_FAR] - Armazém CS Faro

Obs: 15/11/2021 - Distribuição Material de acordo com email da Enf.ª Conceição Gago - EQUIPA GESTÃO DE EPIS

(MATERIAL 2ª QUINZENA NOVEMBRO)

A_FAR-Armazém CS Faro <==== A-Armazém da ARS		Transf.Armazém Entrada - 6 984 de 15/11/2021					
Artigo	Designação Artigo	Inf. Enc	Qtd Mov	Unidade	Iva	Mov PUnit	Mov PTotal
290030618	Bata uso unico impermeavel, tam. L		50,000	UNID. ✓	23	0,000000	0,00
290030606	Bata uso unico impermeavel, tam. XXL		150,000	UNID. ✓	23	0,000000	0,00
290030612	Batas Descartáveis C/Punho Impermeáveis Polipropileno		420,000	UNID. ✓	23	0,807259	339,05
290030636	Fato Bloco Standard (Blusa+calças), tamanho L		40,000	UNID. ✓	23	0,000000	0,00
290030637	Fato Bloco Standard (Blusa+calças), tamanho XL		10,000	UNID. ✓	23	0,000000	0,00
290030626	Gorro/Balaclava em PP		50,000	UNID. ✓	23	0,000000	0,00
220020600	Luva Cir. Latex Esterilizada 6 PAR		30,000	PAR ✓	23	0,320748	9,62
220020601	Luva Cir. Latex Esterilizada 6,5 PAR		200,000	PAR ✓	23	0,489698	97,94
220020700	Luva Cir. Latex Esterilizada 7 PAR		252,000	PAR ✓	23	0,426951	107,59
290040620	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Grande		16 000,000	UNID. ✓	23	0,138778	2 220,44
290040625	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Médio		20 000,000	UNID. ✓	23	0,138458	2 769,16
290040630	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Pequeno		16 000,000	UNID. ✓	23	0,138924	2 222,79
230200105	Mascaras Cirurgicas c/Elastico		20 000,000	UNID. ✓	23	0,000000	0,00
290090983	RESPIRADORES DE PARTICULAS FFP2 - S/VÁLVULA		750,000	UNID. ✓	23	5,116800	3 837,60
290010099	RESPIRADORES DE PARTICULAS FFP2 C/IMPERMEABILIZAÇÃO FLUIDOS		250,000	UNID. ✓	23	6,131143	1 532,79
280030910	Touca Descartável não tecido, não esterilizada		650,000	UNID. ✓	23	0,022498	14,62

Mercadoria:	10 692,36
Iva Mercadoria:	2 459,24
Total:	13 151,60

***Guia já datada e assinada.**

Motivo:

Serviço Recetor

Nome:

[Assinatura]

Núm. Mecan.:

Data:

15/11/2021

Licenciado a: Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Reg: 16 - Pag:1/1

www.sti.pt

ANEXO 3- Exemplo de Guia de transferência: Armazém F

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Documentos Internos

Estrada Nacional 125, Sítio das Figuras, Lote 1, 2.º andar

Data: em 15-11-2021 14:26:44-Euro-ut.63413

8005-145 Faro

Armazém: F_FAR

Geral:

Farmácia CS Faro

Tel: 289.889.900

Fax 289.813.963

Entidade: 0

Aprovisionamento:

ARSALG

Tel: 289.889.900

Fax 289.807.942

Largo do Carmo nº 3

Num. Cont: 503148709

8000-000 FARO

Inf.Doc: Transf.Armazém Entrada - 6.993 de 15-11-2021

Ut.: [63413-Margarida Lapa]

Arm.: [F_FAR] - Farmácia CS Faro

Obs: Transferencia conforme solicitado em mapa de 15/11/21.

F_FAR-Farmácia CS Faro <=== F-Serviços Farmacêuticos da ARS ALGARVE, I.P.		Transf.Armazém Entrada - 6.993 de 15-11-2021					
Artigo	Designação Artigo	Inf. Enc	Qtd Mov	Unidade	Iva	Mov PUnit	Mov PTotal
192001310	Alcool 70%, sem aditivos,frs 500 ml		150,000	FRASC ✓	23	1,685324	252,80
192004346	Desinfectante s/ álcool, c/ compostos de amónio quaternário e biguanidas, toalhetes impregnados, 25x20cm, emb.200 toalhetes		12,000	EMB. ✓	23	6,172269	74,07
999999991	Doseador p/ Desinfectante		10,000	UNID. ✓	23	0,000000	0,00
196401400	Sabão líquido/gel frs 500ml		48,000	FRASC ✓	23	0,896742	43,04
192004100	Sol. Hidroalcoólica , etanol+propanol, c/ dermoprotector, frs 500 ml		350,000	FRASC ✓	6	1,692139	592,25
120910140	Zaragatoas com meio p/ recolha de amostra e transporte- SARSCoV-2 (REM) c/ 1 zaragatoa nasofaríngea		4.000,000	kit ✓	0	0,000000	0,00

45 volumes ✓

Mercadoria:	859,46
Iva Mercadoria:	102,69
Total:	962,16

***Guia já datada e assinada**

Motivo:

Nome:

Núm. Mecan.:

Data:

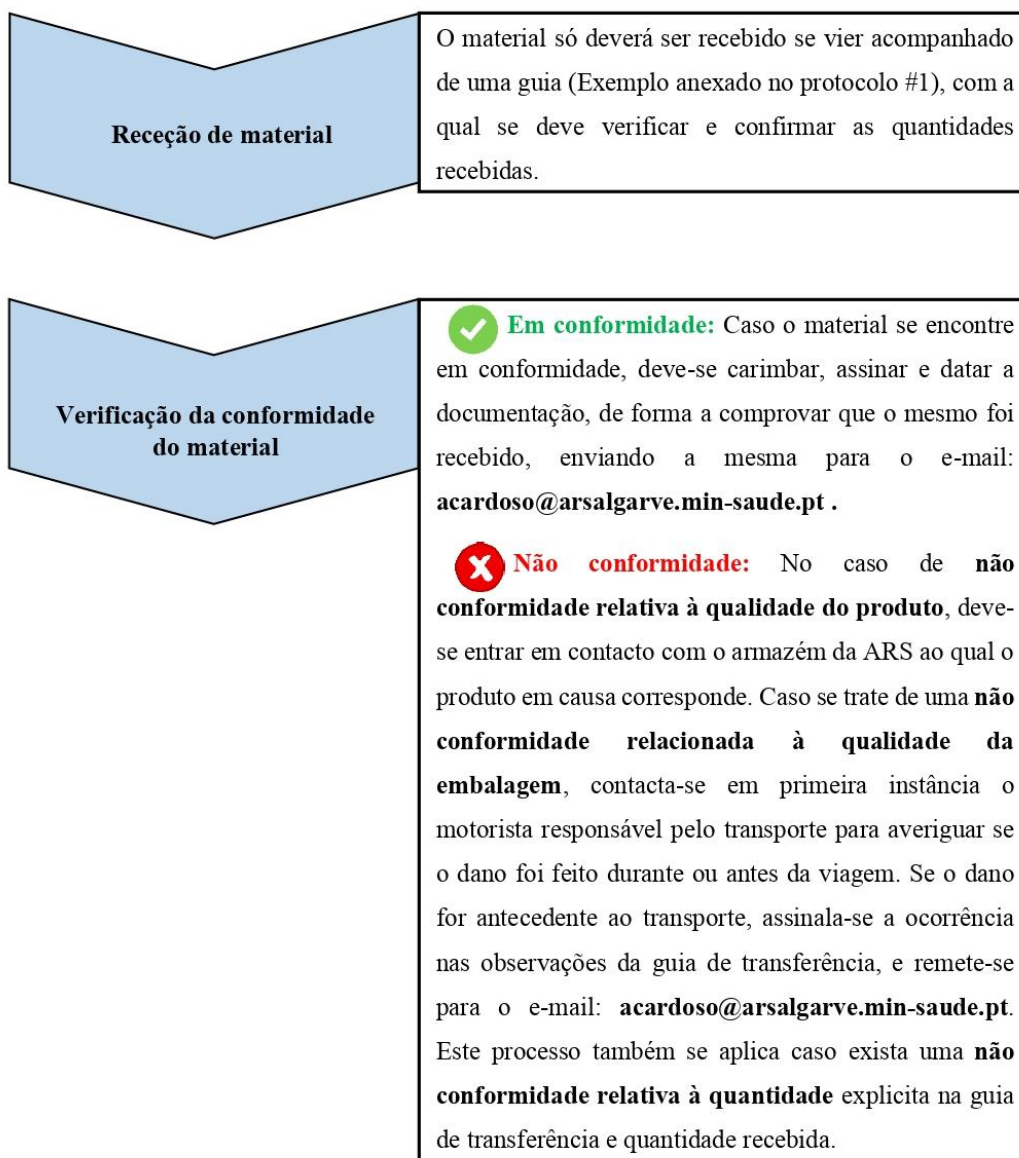
Serviço Recetor

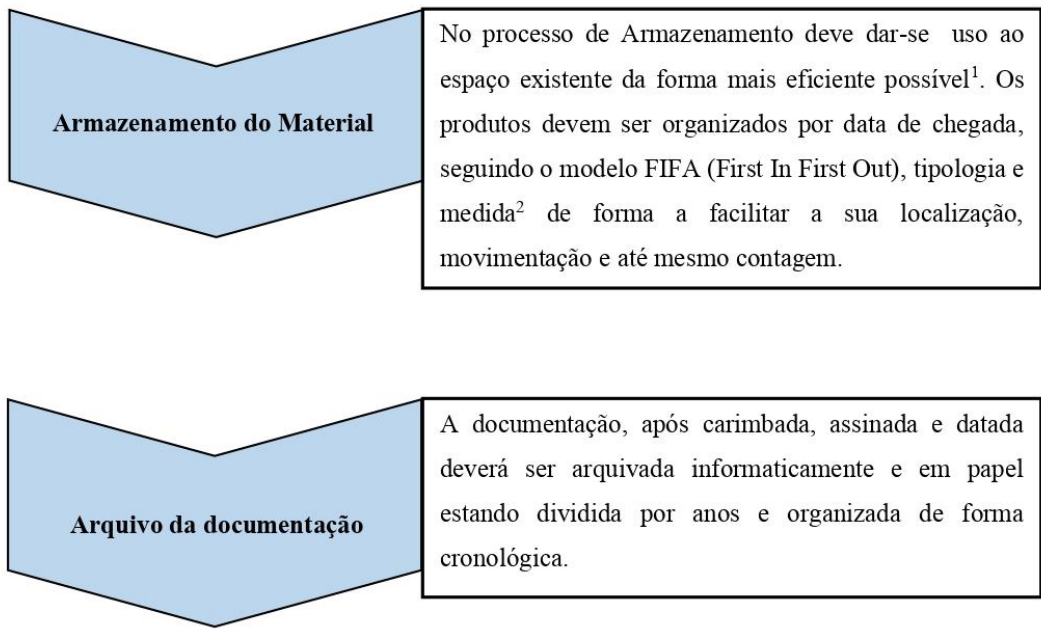
16/11/2021

11.4 Anexo IV - Protocolo de Procedimentos #2 Receção e armazenamento

Protocolo de Procedimentos: Armazém de EPI ACeS Algarve I – Central

#2 - Receção de material e armazenamento.





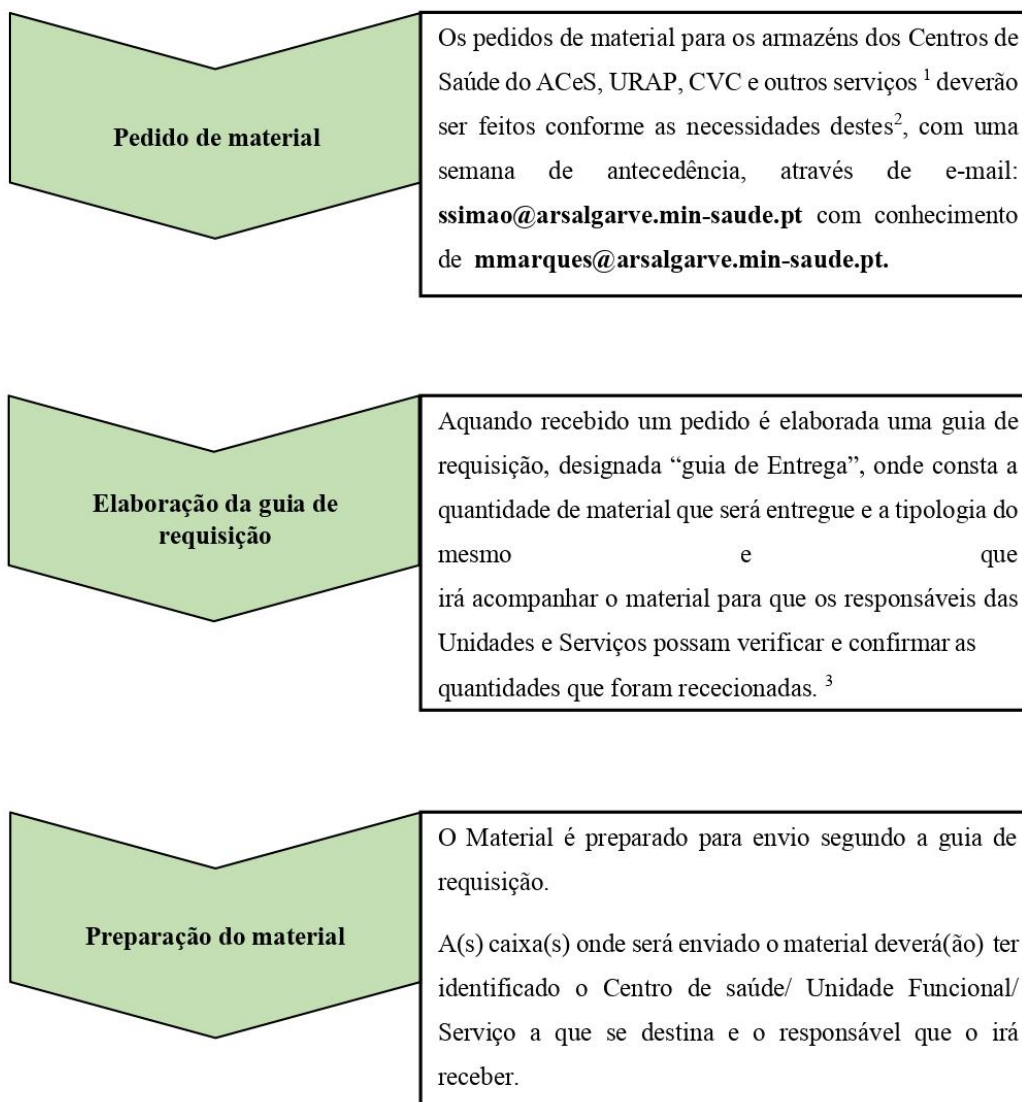
¹ A utilização eficiente do espaço torna-se especialmente importante para o armazém de EPI do ACeS Algarve I- Central por ser de muito curta dimensão, desta forma, é necessário que o armazenamento seja feito de forma a proporcionar movimentação rápida, fácil e segura.

² Exemplo: as luvas devem estar armazenadas todas na mesma zona e divididas por tamanhos, sendo que, as luvas que chegaram há mais tempo deverão ser as primeiras a sair para evitar custos de deterioração dos materiais. Este processo deve-se repetir para todas as outras tipologias de material.

11.5 Anexo V - Protocolo de Procedimentos #3 Redistribuição de material

Protocolo de Procedimentos: Armazém de EPI ACeS Algarve I – Central

#3 - Redistribuição de material.



Despacho do Material

- **Para os ADR e ECCL**, o material requisitado é preparado na sexta-feira para ser entregue na segunda-feira da semana seguinte.
- **Para os Centros de Saúde, URAP, CVC e Outros serviços**, o material é preparado para envio, assim que haja disponibilidade⁴.

O transporte do material está dependente da rota dos motoristas e a sua entrega poderá demorar alguns dias.

Informatização do despacho

Após dado o despacho físico do material, deverá proceder-se à informatização do mesmo no sistema GHAF para que este os retire automaticamente do stock⁵.

Arquivo da documentação

Todas as guias de requisição que sejam emitidas devem ser arquivadas informaticamente e em papel (dentro de dossiers). Estas guias devem estar separadas por anos e por Unidades/Serviços e organizadas de forma cronológica para facilitar a sua localização⁶.

¹ Os armazéns dos Centros de Saúde armazenam o material e redistribuem-no pelas suas respetivas Unidades Funcionais (USF, UCSP e extensões). As UCC, URAP, CVC, USP e ADR fazem os pedidos de material diretamente ao armazém de EPI do ACeS Algarve I - Central.

² O material é enviado conforme as necessidades visto que não se pretende que os serviços possuam stocks para não se correr o risco de deixar o material em quarentena porque fica em desuso e são recursos escassos necessários em todos os serviços e se este material fosse guardado pelos diferentes serviços, poderia gerar desequilíbrio na divisão dos materiais. No caso dos ADR e Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a requisição de material deve ser feita semanalmente.

³ A quantidade de material enviada pode não corresponder à totalidade de material solicitada, porque depende sempre do material disponível em stock no Armazém de EPI do ACeS e dos pedidos feitos por outras Unidades Funcionais (UF) e serviços. Isto é, cabe ao ACeS garantir que este tipo de material chega a todos os serviços e é o suficiente para garantir o bom funcionamento dos mesmos. Desta forma, divisão de material deverá ser o mais justa possível.

⁴ É importante que se prepare o material para envio assim que é feito o pedido de requisição, uma vez que o armazém é de pequena dimensão e a circulação de material permite que este não fique entupido. No caso de se receber uma grande quantidade de pedidos, estes deverão ser preparados por ordem de urgência, sendo que o seu transporte deverá corresponder ao mesmo modelo.

⁵ Dado que o ACeS não consegue dar entrada do material no stock dos Centros de Saúde e Polos, o responsável pelo mesmo deverá fazê-lo.

⁶ Estas guias de requisição que são arquivadas servem não só para se manter os consumos e circuitos de stock organizados mas também para se consultar a quantidade de material de cada tipologia que é enviado por norma a cada Unidade/Serviço quando se necessita de fazer decisões relativas à divisão do material.

ANEXO 1- Exemplo de Guia de Requisição**GUIA DE ENTREGA Nº 1.868 / 2021**

Data : 13 / 12 / 2021

UAG ACES Algarve I – Central**Centro Saúde de Faro**

Urbanização Graça Mira, Lejana de Cima

8009-003 Faro

Telef.: 289 830 300

Email: acescentral@arsalgarve.min-saude.pt

CS Olhão

ADR Olhão**A/C: Enf^o,**

Código	Designação	Quant.	Unid.
290040625	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Médio	1.600	Unid.
290040620	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Grande	800	Unid.
290040630	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Pequeno	200	Unid.
220020610	Luva Latex Estereis s/Pó tamanho 6,5 PAR	50	Pares
290010139	Aventais descartáveis	100	Unid.
290030902	Manguito Protecção Azuis	30	Unid.
290030889	Protecção Cobre Botas (REM)	10	Unid.
290090983	RESPIRADORES DE PARTICULAS FFP2 - S/VÁLVULA	10	unid.
290030911	Touca Descartável não tecido, não esterilizada	10	unid.
-----	KIT Bata uso único impermeável, tam. Único (Mascaras FFP2+Touca Descartável+Prot. Sapato)	80	unid.
-----	KIT Fato Protecção Completo, Tamanho L (Gorro + Mascaras FFP2 + Cobre Botas)	12	unid.
192001310	Alcool 70%, sem aditivos, frs 500 ml	4	Unid.
192004100	Sol. Hidroalcoólica, etanol+propanol, c/dermoprotector, frs 500 ml	3	Unid.
192004346	Desinfectante s/ álcool, c/ compostos de amónio quaternário e biguanidas, toalhetes impregnados, 26x26cm, emb.200 toalhetes	1	Unid.
196401400	Champô/ Gel Duche (Frasco Tampa Vermelha)	1	Frasco
120910140	Zaragatoas com meio p/ recolha de amostra e transporte- SARS-CoV-2 (REM) c/ 1 zaragatoa nasofaríngea	600	Unid.

Obs: Email de 07-12-2021, Material para a Semana de 14 a 20-12-2021.

ACES Central I;

 13 de Dezembro 2021

MM/

 Local de Carga: _____
 Local de Descarga: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

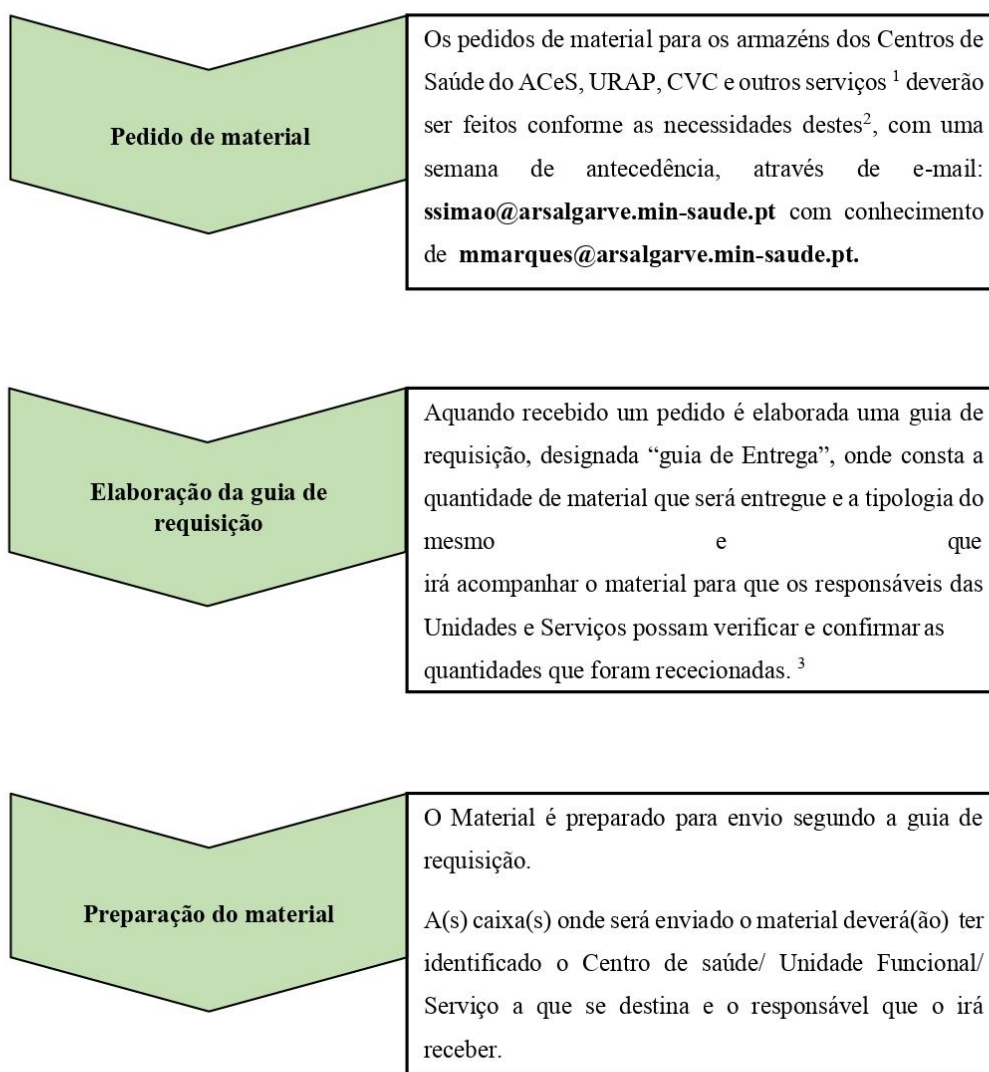

11.6 Anexo VI - Instrumento de Auditoria dos Procedimentos de Gestão de Stocks

Instrumento de Auditoria dos Procedimentos de Gestão de Stocks			
Armazém de EPI do ACeS Algarve I - Central			
Período de Observação: __/__/____ - __/__/____			
CRITÉRIOS	SIM	NÃO	FUNDAMENTAÇÃO
A quantidade de stocks solicitada à ARS é apropriada para a sua finalidade, ou seja, verifica-se que a quantidade requisitada é o suficiente para satisfazer as necessidades das Unidades e Serviços agregados ao ACeS.			
As quantidades redistribuídas para as outras Unidades Funcionais e serviços, sem contar com ADR e ECCI, são suficientes para se evitar dois transportes de material durante a quinzena.			
A Requisição de Material por parte das Unidades Funcionais e Serviços é feita de forma correta e atempada, isto é, o contacto com o armazém de EPI do ACeS é feito pelo meio definido no protocolo e é tido em conta a demora no transporte.			
O Material está devidamente armazenado (Atendendo à tipologia, tamanho e data de entrada).			
Os despachos de stock para as Unidades e serviços são corretamente informatizados no sistema GHAF.			
As guias de transferência da ARS e as guias de requisição do ACeS, estão devidamente assinadas, datadas e arquivadas de modo a ser fácil a sua localização e consulta.			

11.7 Anexo VII - Protocolo de Procedimentos #3 Redistribuição de material (Nova versão)

Protocolo de Procedimentos: Armazém de EPI ACeS Algarve I – Central

#3 - Redistribuição de material.



Despacho do Material

- **Para os ADR e ECCL**, o material requisitado é preparado na sexta-feira para ser entregue na segunda-feira da semana seguinte.
- **Para os Centros de Saúde, URAP, CVC e Outros serviços**, o material é preparado para envio, assim que haja disponibilidade⁴.

O transporte do material está dependente da rota dos motoristas e a sua entrega poderá demorar alguns dias.

Informatização do despacho

Após dado o despacho físico do material, deverá proceder-se à informatização do mesmo no sistema GHAF para que este os retire automaticamente do stock⁵.

Arquivo da documentação

Todas as guias de requisição que sejam emitidas devem ser arquivadas informaticamente e em papel (dentro de dossiers). Estas guias devem estar separadas por anos e por Unidades/Serviços e organizadas de forma cronológica para facilitar a sua localização⁶.

¹ Os armazéns dos Centros de Saúde armazenam o material e redistribuem-no pelas suas respetivas Unidades Funcionais (USF, UCSP e extensões). As UCC, URAP, CVC, USP e ADR fazem os pedidos de material diretamente ao armazém de EPI do ACeS Algarve I - Central.

² O material é enviado conforme as necessidades visto que não se pretende que os serviços possuam stocks para não se correr o risco de deixar o material em quarentena porque fica em desuso e são recursos escassos necessários em todos os serviços e se este material fosse guardado pelos diferentes serviços, poderia gerar desequilíbrio na divisão dos materiais. No caso dos ADR e Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a requisição de material deve ser feita semanalmente.

³ A quantidade de material enviada pode não corresponder à totalidade de material solicitada, porque depende sempre do material disponível em stock no Armazém de EPI do ACeS e dos pedidos feitos por outras Unidades Funcionais (UF) e serviços. Isto é, cabe ao ACeS garantir que este tipo de material chega a todos os serviços e é o suficiente para garantir o bom funcionamento dos mesmos. Desta forma, divisão de material deverá ser o mais justa possível.

⁴ É importante que se prepare o material para envio assim que é feito o pedido de requisição, uma vez que o armazém é de pequena dimensão e a circulação de material permite que este não fique entupido. No caso de se receber uma grande quantidade de pedidos, estes deverão ser preparados por ordem de urgência, sendo que o seu transporte deverá corresponder ao mesmo modelo.

⁵ Dado que o ACeS não consegue dar entrada do material no stock dos Centros de Saúde e Polos, o responsável pelo mesmo deverá fazê-lo.

⁶ Estas guias de requisição que são arquivadas servem não só para se manter os consumos e circuitos de stock organizados mas também para se consultar a quantidade de material de cada tipologia que é enviado por norma a cada Unidade/Serviço quando se necessita de fazer decisões relativas à divisão do material.

ANEXO 1- Exemplo de Guia de Requisição**GUIA DE ENTREGA Nº 1.868 / 2021**

Data : 13 / 12 / 2021

UAG ACES Algarve I – Central
Centro Saúde de Faro
 Urbanização Graça Mira, Lejana de Cima
 8009-003 Faro
 Telef.: 289 830 300
Email: acescentral@arsalgarve.min-saude.pt

CS Olhão
ADR Olhão
 A/C: Enf^o,

Código	Designação	Quant.	Unid.
290040625	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Médio	1.600	Unid.
290040620	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Grande	800	Unid.
290040630	Luva de Exame em Nitrilo Tamanho Pequeno	200	Unid.
220020610	Luva Latex Estereis s/Pó tamanho 6,5 PAR	50	Pares
290010139	Aventais descartáveis	100	Unid.
290030902	Manguito Protecção Azuis	30	Unid.
290030889	Protecção Cobre Botas (REM)	10	Unid.
290090983	RESPIRADORES DE PARTICULAS FFP2 - S/NÁLVULA	10	unid.
290030911	Touca Descartável não tecido, não esterilizada	10	unid.
-----	KIT Bata uso único impermeável, tam. Único (Mascaras FFP2+Touca Descartável+Prot. Sapato)	80	unid.
-----	KIT Fato Protecção Completo, Tamanho L (Gorro + Mascaras FFP2 + Cobre Botas)	12	unid.
192001310	Alcool 70%, sem aditivos, frs 500 ml	4	Unid.
192004100	Sol. Hidroalcoólica, etanol+propanol, c/dermoprotector, frs 500 ml	3	Unid.
192004346	Desinfectante s/ álcool, c/ compostos de amónio quaternário e biguanidas, toalhetes impregnados, 26x26cm, emb.200 toalhetes	1	Unid.
196401400	Champô/ Gel Duche (Frasco Tampa Vermelha)	1	Frasco
120910140	Zaragatoas com meio p/ recolha de amostra e transporte- SARSCoV-2 (REM) c/ 1 zaragatoa nasofaríngea	600	Unid.

Obs: Email de 07-12-2021, Material para a Semana de 14 a 20-12-2021.

ACES Central I;

*** Deverá ser indicado o número de volumes correspondente ao material.**

13 de Dezembro 2021

MM/

Local de Carga: _____
 Local de Descarga: _____ Data: ___ / ___ / ___ Hora: _____



LUANA CRISTINA INÁCIO

GESTÃO DE STOCKS E DA MELHORIA CONTÍNUA DO ARMAZÉM
DE EPI DO ACES ALGARVE I - CENTRAL

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado
em Gestão de Unidades de saúde, como parte
dos requisitos para a obtenção do grau de
Mestre.

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professora Doutora Susana Pescada

Doutor Filipe Figueiredo



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

2022