



**UM MODELO DE NAVEGAÇÃO
PARA PEQUENAS EMPRESAS DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO DE UMA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA**

Miguel Filipe Leite Sousa Neves

Dissertação submetida como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:
Prof. Doutora Sofia Portela,
Professora Auxiliar do ISCTE-IUL,
Departamento de Métodos Quantitativos para Gestão e Economia

setembro 2015

RESUMO

O presente trabalho visou sugerir um modelo simples de navegação para ajudar pequenas empresas de saúde nestes tempos difíceis de mudança.

Para o efeito foi elaborado um estudo de caso: Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda por ser um exemplo de sucesso.

Para tal foi utilizado o modelo da European Foundation for Quality Management (EFQM) na avaliação de todos os seus parâmetros com ênfase naqueles que poderiam servir de ferramenta base a um consultório ou empresa de saúde de pequenas dimensões.

Por fim a sugestão de um sistema básico de navegação baseou-se no estabelecimento de 4 parâmetros designados como: “onde estamos”, “como estamos”, “para onde vamos” e “como vamos” e na aplicação de métodos muito simples de avaliação da visão, tipo de mercado e clientes, gestão de processos, gestão de clientes e comunicação/parcerias/inação.

PALAVRAS CHAVE: empresas de saúde, European Foundation for Quality Management, sistema de navegação, qualidade e saúde

ABSTRACT

This study aims to suggest a simple navigation model to help small healthcare businesses to thrive through these difficult and challenging times.

For this purpose a detailed case study was performed on a success story: Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda.

The model of the European Foundation for Quality Management (EFQM) was used in the evaluation of all its parameters with an emphasis on those that could serve as a basis tool for a single-handed office or small healthcare company.

Finally, we suggested a simple navigation system based on the establishment of four parameters described as: “where we are”, “how we are”, “where are we going” and “how do we go” and applying basic methods of assessing vision, type of market and customers, process management, customer management and communication / partnerships / innovation.

KEYWORDS: healthcare companies, European Foundation for Quality Management, navigation system, quality and health

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE GERAL.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA CLÍNICA.....	4
2.1. Introdução.....	4
2.2. Caracterização da Clínica.....	5
2.3. A Missão e a Visão Estratégica.....	7
3. QUADRO TEÓRICO.....	9
3.1. Conceito de Qualidade.....	9
3.2. Evolução do conceito Qualidade.....	10
3.2.1. Inspeção do produto – Produto.....	11
3.2.2. Controlo da Qualidade – Processo.....	11
3.2.3. Garantia da Qualidade – Sistema.....	11
3.2.4. Gestão da Qualidade Total – Clientes da organização.....	12
3.2.5. Enquadramento da evolução do conceito de qualidade na cadeia de valor.....	13
3.3. Evolução do conceito Qualidade nos Serviços de Saúde.....	13
3.4. Gestão da Qualidade Total.....	15
3.4.1. A filosofia da Gestão da Qualidade Total.....	15
3.4.2. A Melhoria Contínua como pilar fundamental da GQT.....	18
3.4.3. Gestão Estratégica da Qualidade.....	20
3.5. Modelo de Excelência Organizacional – EFQM (European Foundation for Quality Management).....	21
3.5.1. Os Conceitos Fundamentais da Excelência.....	21
3.5.2. Visão global do Modelo.....	23
3.5.3. Os Critérios e Sub-critérios do Modelo.....	24
3.6. Outros Modelos de Gestão da Qualidade Total aplicados à Saúde.....	27
3.6.1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO.....	27
3.6.2. King’s Fund.....	28
4. METODOLOGIA.....	30

5. AVALIAÇÃO DOS NOVE CRITÉRIOS DO MODELO EFQM NA CLÍNICA.....	31
5.1. Critério 1 – LIDERANÇA (10%).....	31
5.1.1. Avaliação dos Modelos de Gestão em Organizações de Saúde (OCAI).....	31
5.1.2. Avaliação dos Comportamentos Empresariais: A Perspectiva Pessoal.....	33
5.1.3. Avaliação dos Comportamentos Empresariais: A Perspectiva dos Outros.....	34
5.1.4. Avaliação do Estilo de Liderança de Equipas.....	36
5.1.5. O Jogo Interior da Chefia.....	37
5.2. Critério 2 – GESTÃO DE PESSOAS (8%).....	38
5.2.1. Recursos humanos	38
5.2.2. Políticas de gestão de recursos humanos.....	45
5.3. Critério 3 – POLÍTICA E ESTRATÉGIA (9%).....	62
5.4. Critério 4 – RECURSOS E PARCERIAS (9%).....	68
5.5. Critério 5 – PROCESSOS (14%).....	69
5.5.1. HFMEA – Health Failure Mode Effect Analysis.....	69
5.5.2. STREAM ANALYSE.....	73
5.6. Critério 6 – SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES (9%).....	82
5.6.1. Índice Potencial Motivador.....	82
5.6.2. Commitment.....	82
5.6.3. Escalas de Estratégias Comportamentais.....	83
5.7. Critério 7 – SATISFAÇÃO DOS CLIENTES (20%).....	84
5.7.1. Avaliação do resultado das cirurgias de catarata	
– vetor estratégico em termos de cirurgia da Clínica.....	85
5.7.2. SERVQUAL.....	88
5.7.3. ANÁLISE DE SATISFAÇÃO DE CLIENTES.....	90
5.8. Critério 8 – IMPACTO NA SOCIEDADE (6%).....	96
5.9. Critério 9 – RESULTADOS (15%)	96
6. RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO DE CASO.....	98
7. DISCUSSÃO.....	103
7.1. Parte I.....	103
7.2. Parte II	104
7.3. Parte III	105
7.4. Parte IV	111
8. BIBLIOGRAFIA.....	114
ANEXOS.....	116

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sede na Av. 25 de Abril – Póvoa de Varzim.....	5
Figura 2: Hospital Valentim Ribeiro - Esposende.....	5
Figura 3: Cruz Vermelha de Esposende.....	5
Figura 4: Hospital de Santa Maria – Porto.....	6
Figura 5: Evolução do conceito Qualidade.....	13
Figura 6: Principais atores existentes num sistema de saúde.....	15
Figura 7: Os quatro conceitos fundamentais da GQT.....	17
Figura 8: O Ciclo de Melhoria Contínua PDCA.....	19
Figura 9: Os Conceitos Fundamentais da Excelência.....	23
Figura 10: O Modelo de Excelência Organizacional.....	24
Figura 11: PERFIL GLOBAL DA CULTURA – Modelo Atual.....	32
Figura 12: PERFIL GLOBAL DA CULTURA – Modelo preferido para o Futuro (azul).....	33
Figura 13: DIAGRAMA DE PERFIS – A Perspetiva do Líder.....	34
Figura 14: DIAGRAMA DE PERFIS – A Perspetiva dos Outros.....	35
Figura 15: Fases do processo de formação.....	47
Figura 16: Passos da aprendizagem experiencial.....	50
Figura 17: Estilos de negociação.....	61
Figura 18: Áreas onde a empresa deverá trabalhar.....	64
Figura 19: Indicadores de performance.....	66
Figura 20: HFMEA – Health Failure Mode Effect Analysis.....	69
Figura 21: STREAM DIAGNOSTIC CHART.....	74
Figura 22: Resultados quantitativos: como conheceu a clínica?.....	92
Figura 23: Resultados em percentagem: como conheceu a clínica?.....	92
Figura 24: Resultados: Qualidade da clínica.....	93
Figura 25: Resultados: Instalações da clínica.....	94
Figura 26: Angio OCT.....	99
Figura 27: Relação Custo-Qualidade.....	107

ÍNDICE DE ANEXOS:

Anexo I: Demonstração de Resultados.....	116
Anexo II: Balanço.....	117
Anexo III: Modelo de avaliação da proveniência dos clientes/pacientes ao longo do tempo..	118
Anexo IV: Exemplo de Inquérito de satisfação de Clientes.....	119
Anexo V: Modelo de carta a enviar aos pacientes.....	120

1. INTRODUÇÃO

Independentemente das razões que levam as empresas a procurar implementar os seus próprios sistemas da qualidade, um argumento de peso poderá ser o receio da perda de competitividade ou o sentido da necessidade de a aumentar.

A competitividade pode perder-se por várias razões, mas resulta sempre na perda de clientes como consequência do aumento do grau de insatisfação pelo produto ou serviço fornecido, ou pela desatualização destes relativamente aos oferecidos pela concorrência.

Face ao atual contexto de mercados sem barreiras, às empresas, qualquer que seja o seu setor de atividade e a região em que atuem, são cada vez mais exigidos níveis tecnológicos, competências humanas e padrões de qualidade, internacionalmente competitivos. A diversidade da oferta pressiona a qualidade dos produtos.

As organizações são forçadas a oferecer uma qualidade universalmente competitiva, reconhecida na tradicional relação custo/benefício, como fator global da sua estratégia.

A primeira preocupação da empresa será então fazer produtos ou prestar serviços que vão de encontro às necessidades dos consumidores, quer sob o ponto de vista do funcionamento, da duração ou da segurança na utilização, em suma, *produzir com qualidade*.

Existe hoje, um razoável enquadramento normativo que pode orientar as empresas na implementação e desenvolvimento dos seus sistemas de qualidade, mas o impulso decisivo geralmente teria que de vir do seu interior, mobilizando todos os seus colaboradores no sentido de se poderem afirmar pela qualidade dos seus produtos e serviços.

As empresas decidem-se pelo desenvolvimento de um processo generalizado de melhoria para o que implementam e desenvolvem os seus sistemas de qualidade. Como consequência desta decisão, a empresa pode obter: maior satisfação dos clientes; mais lucro; melhoria de processos; aumento da participação dos recursos humanos; maior flexibilidade da estrutura organizacional.

Merece particular realce *a satisfação dos clientes*, uma vez que é neste objetivo que se centra a estratégia da empresa ao implementar processos de melhoria do seu sistema de qualidade. Para satisfazer um cliente há que lhe fornecer um produto ou prestar um serviço adaptado às suas necessidades e expectativas, em termos de funcionalidade, segurança e qualidade, a um preço justo.

Clientes satisfeitos implicam mais vendas, logo maiores lucros, mais produção a partir da melhoria de processos e da motivação de todos os agentes da empresa e à custa de uma maior flexibilidade do sistema produtivo.

A implementação e manutenção de um sistema de gestão da qualidade obrigam a empresa a organizar-se, ao cumprimento de procedimentos sistematizados e funcionais de forma a garantir a conformidade com os requisitos estabelecidos na norma de gestão, aplicada, assim como a manter em perfeito estado de funcionamento as instalações e equipamentos. Implica a melhoria da estrutura, dos processos, da comunicação e, como resultado final, a melhoria continuada dos bens ou serviços produzidos.

A procura da melhoria contínua na qualidade dos produtos gera um fluxo constante de melhorias e inovações na empresa, conduzindo, como se de um ciclo vicioso se tratasse, a um novo e forte empenhamento da empresa na qualidade.

Transpondo a questão da qualidade para a área da saúde, podem enunciar-se os seguintes objetivos principais da Melhoria da Qualidade nos cuidados de saúde:

Manter e promover a saúde da população;

Estruturar os serviços de saúde de modo a satisfazer as necessidades da população;

Assegurar a competência profissional dos prestadores de cuidados de saúde;

Assegurar que os recursos (financeiros, humanos, equipamentos, informação) das organizações prestadores de cuidados de saúde são utilizados de forma racional e eficiente;

Assegurar a satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde.

Problemática da Gestão pela Qualidade Total:

“Não há fórmulas de operar milagres da Qualidade quando toda a cultura da sociedade em geral e a específica de cada sector conspira contra ela ou quando estão todos ansiosos por resultados a curto prazo.”

E. Deming

O trabalho que a seguir é apresentado retrata precisamente esta questão da Problemática da Gestão pela Qualidade Total, aplicando o modelo da EFQM (*European Foundation for Quality Management*) a uma realidade organizacional.

Quanto à estrutura do trabalho, este tem início com a caracterização geral da Clínica à qual se vai aplicar o modelo da EFQM.

Na segunda parte, é apresentado o quadro teórico onde constam os principais conceitos no âmbito da temática da Gestão pela Qualidade Total. Apresenta-se o conceito de Qualidade na perspectiva de diversos autores e diz-se qual foi a evolução que o conceito sofreu ao longo do tempo e nos serviços de saúde. Seguidamente, aborda-se a Problemática da Gestão pela Quali-

dade Total e apresentam-se os diversos modelos que existem no contexto desta matéria, dando especial ênfase do Modelo de Excelência Organizacional da EFQM.

A terceira parte do trabalho tem um cariz maioritariamente prático e constitui o corpo do trabalho propriamente dito. Aqui são avaliados os nove critérios que constituem o modelo da EFQM na Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda. Em cada um dos critérios é feita uma descrição das práticas levadas a cabo na Clínica naquele âmbito, sendo que em alguns casos são aplicados questionários para diagnosticar a realidade organizacional em estudo.

Na quarta parte é apresentado um relatório final com algumas recomendações/sugestões de melhoria com base nas avaliações efetuadas aos nove critérios.

Na última parte é feita a discussão de vários parâmetros analisados no estudo de caso realçando alguns aspetos que poderão ser úteis no desenvolvimento de ferramentas básicas para apoio a consultórios e pequenas empresas de saúde.

2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA CLÍNICA

2.1. Introdução

A Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves nasceu por uma necessidade financeira/contabilística acabando por se tornar uma Unidade que funciona de forma autónoma, com uma estrutura própria especializada, oferecendo serviços oftalmológicos de elevada qualidade.

Teve a sua criação há cerca de 20 anos por “imposição” da empresa que assumia a contabilidade da situação financeira do médico oftalmologista, fundador da Clínica, perante o Estado e o fisco. Este médico, Dr. Miguel Sousa Neves, especializado em Oftalmologia no Reino Unido e a viver na Inglaterra, tinha sido convidado a fundar um Serviço de Oftalmologia no 1º grande hospital privado em Portugal: a Clipóvoa – Clínica Médica da Póvoa de Varzim. Ele criou e dirigiu o Departamento de Oftalmologia da Clipóvoa desde 1990 e, a certa altura, a empresa de Contabilidade achou que faria sentido separar o seu vencimento de profissional liberal de outros serviços extraordinários que eram prestados à Clipóvoa.

De 1994 a 2001 apenas funcionou em termos contabilísticos, dada a ligação de quase exclusividade que este médico mantinha com a Hospor/Clipóvoa.

Em 2001, o Dr. Miguel Sousa Neves, após ter criado o departamento de maior rentabilidade da Clipóvoa não só pelo número de pacientes como também pela rentabilidade financeira do serviço, decidiu afastar-se da Clipóvoa e criar uma pequena empresa autónoma que se dedicasse exclusivamente à prestação de serviços oftalmológicos, com o apoio de alguns colaboradores considerados mais capazes de enfrentar um novo desafio.

Como objetivo estratégico primário, pretendia-se a criação de uma empresa moderna, bem equipada, com tecnologia de ponta e com colaboradores motivados para a prestação de um serviço baseado na EFICÁCIA e EFICIÊNCIA (segundo Peter Drucker, “*to do the right thing*” e “*to do the things right*”).

A Clínica foi aumentando o seu número de clientes e a conseqüente perspectiva financeira e, após uma fase inicial de aposta quase exclusiva em serviços inovadores e na escolha de profissionais que soubessem vestir a camisola, teve que passar por uma redefinição dos seus modelos de funcionamento com a criação de uma empresa de apoio, MSN-Instituto de Oftalmologia Lda, separação de alguns rendimentos individuais de Miguel Sousa Neves e de uma completa reestruturação do espaço físico. Por esse motivo, foram utilizadas técnicas específicas de

diagnóstico organizacional da situação, apresentados modelos alternativos e planeados projetos bem delimitados no tempo e no espaço.

2.2. Caracterização da Clínica

Decidiu-se que a Clínica passaria a ter um espaço próprio, com uma excelente área e boa localização, para CONSULTA, EXAMES ESPECIALIZADOS e TRATAMENTOS LASER na cidade da Póvoa de Varzim e depois, por necessidades de momento, se iria articulando com outras Entidades/Unidades para tratamentos cirúrgicos e consultas gerais de oftalmologia em locais estratégicos na zona litoral a norte do Porto. Isto permitiria uma maior dinâmica organizacional, algo fragmentada, mas que se baseava numa componente afetiva forte de interligação em rede com outras Unidades/Hospitais.



Figura 1: Sede na Av. 25 de Abril – Póvoa de Varzim



Figura 2: Hospital Valentim Ribeiro - Esposende



Figura 3: Cruz Vermelha de Esposende



Figura 4: Hospital de Santa Maria – Porto

Em termos de recursos humanos, a Clínica é composta por:

- 8 Médicos oftalmologistas;
- 1 Técnica superior de ortóptica;
- 1 Optometrista;
- 3 Enfermeiras especializadas em Oftalmologia (Bloco e Consulta);
- 2 Auxiliares especializadas (Bloco/Material cirúrgico/Interligação das várias Unidades);
- 5 Recepcionistas/Auxiliares de carácter geral.

Os mecanismos de coordenação entre os médicos e técnicos são com base nas qualificações e por ajustamento mútuo, enquanto que com o pessoal menos especializado há uma supervisão direta e um estabelecimento de normas de funcionamento.

Incrementaram-se as reuniões mensais, de carácter informal, com todos os colaboradores.

Todos os colaboradores são incentivados a concorrer a programas de formação, suportando a Clínica os custos dessa formação com os técnicos e pessoal menos especializado. Por exemplo, às recepcionistas é proporcionada formação específica anual na área de atendimento e gestão de satisfação de clientes e formação contínua em informática, por empresa especializada externa que assume o controlo informático da Clínica.

Em termos de atuação geral e dada a indefinição atual na política de saúde dos vários Governos – apesar de ser um dado adquirido que o atual sistema de saúde deixará de existir, tal como

o conhecemos, nos próximos anos – a estratégia terá que ser do tipo incremental e emergente: **“vamos fazendo caminho, caminhando”**.

“A competência é hoje, basicamente a capacidade de fazer face, de um modo pertinente, a acontecimentos imprevistos e aleatórios.”

Le Boterf

“A configuração que uma organização toma (design organizacional) é o que as pessoas acreditam que a organização é, e o que as pessoas acreditam que a organização é, constitui a base para o que as pessoas fazem, e o que as pessoas fazem nas organizações é, com efeito, o design da organização.”

Weick, “Organization Redesign as Improvisation”, 1993

2.3. A Missão e a Visão Estratégica

Tendo em devida conta a MISSÃO da empresa – segundo Fragata e Martins (2004), *“a razão de ser de uma organização”* – que é, no caso da Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves, **“SER UMA CLÍNICA DE EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO DOS SEUS PACIENTES”**, será necessário ir continuando a fomentar valores como cuidados de saúde centrados no paciente, inovação, motivação constante dos colaboradores, ética, qualidade e também criação de valor económico e social.

Para que a empresa possa manter uma dinâmica que garanta todos estes pressupostos é essencial que a mesma esteja em constante mutação para que se possa ir reajustando à realidade de uma sociedade de informação.

“There is nothing that is a more certain sign of insanity than to do the same thing over and over and expect the results to be different.”

Albert Einstein

Ainda de acordo com Fragata e Martins (2004), *“a capacidade de gerir em simultâneo, a continuidade e a mudança, atingindo um trade-off entre elas, possibilita a criação de uma visão. Uma visão bem articulada providencia orientação em relação àquilo que deve ser pre-*

servado e em que direção deverá observar-se o desenvolvimento da organização”.

Na Clínica em estudo, “QUEREMOS SER OS MELHORES NA OFERTA DE SERVIÇOS DE CONSULTA E EXAMES COMPLEMENTARES DE OFTALMOLOGIA A NORTE DO PORTO, ASSIM COMO NA CIRURGIA DE CATARATA E REFRACTIVA”.

Esta é a VISÃO da empresa tendo sempre em devida conta as questões formuladas por Hamel e Prahalad (1994):

1. Que clientes serviremos no futuro?
2. Através de que canais serviremos os nossos clientes no futuro?
3. Quem serão os nossos competidores no futuro?
4. Qual será a nossa vantagem base para competir no futuro?
5. De onde virão as nossas margens no futuro?
6. Que competências nos farão únicos no futuro?
7. Em que mercados participaremos no futuro?

Para isso é necessário fomentar um desenvolvimento que permita à Clínica adaptar-se continuamente e ter flexibilidade para dar resposta a estas questões no futuro.

O trabalho que a seguir se apresenta pretende ser um instrumento orientador na condução da estratégia da Clínica, inserindo-se num contexto de QUALIDADE TOTAL e de MELHORIA CONTÍNUA. Simultaneamente, o projeto global que aqui se transcreve faz parte da estratégia da organização na procura de uma MELHORIA CONTÍNUA na sua oferta de serviços de saúde e, por consequência, uma melhoria da EFICÁCIA ORGANIZACIONAL.

Na parte seguinte, é apresentado o enquadramento teórico do trabalho, onde são expostos os principais conceitos e modelos no âmbito da temática da Gestão pela Qualidade Total.

3. QUADRO TEÓRICO

O princípio orientador de todo o trabalho que foi desenvolvido partiu de um conceito base que tem forçosamente que estar incutido na filosofia de gestão de qualquer organização dos nossos dias – a QUALIDADE.

Por este motivo, será apresentado um quadro teórico que contempla a evolução que o conceito de Qualidade sofreu ao longo dos anos, abordando a filosofia da GESTÃO PELA QUALIDADE TOTAL e enunciando os diferentes modelos que existem no âmbito desta problemática.

3.1. Conceito de Qualidade

Muitos têm sido os esforços desenvolvidos por especialistas, associações de consumidores, organismos de normalização e outras entidades, numa tentativa de encontrar uma definição precisa para a Qualidade.

Algumas definições de Qualidade

“Totalidade das características de um produto ou serviço que determinam a sua aptidão para satisfazer determinadas necessidades.” (Glossário da Qualidade – EOQC)

“A qualidade de um produto ou de um serviço é a sua aptidão para satisfazer as necessidades dos utilizadores.” (Associação Financeira de Normalização)

“A qualidade de um produto pode ser definida como as características integradas do produto ou serviço em termos de Marketing, Engenharia, Produção, Manutenção, em função das quais o produto ou serviço satisfará as expectativas do cliente.” (A. V. Feigenbaum – Total Quality Control)

“Qualidade de um produto significa aptidão para o uso.” (T. M. Juran)

“Conformidade com os requisitos.” (P. B. Crosby)

“Tudo o que o cliente necessita e quer.” (Deming)

Segundo Fernandes (1998), todas as definições apresentadas apontam para um objetivo comum – satisfazer as necessidades do consumidor. Estas necessidades podem ser definidas pelo utilizador através de um contrato ou das especificações de uma encomenda, ou identificadas pelo fornecedor através de estudos de mercado, quando comuns a um grande número de potenciais consumidores.

Assim, o objetivo principal de uma empresa é fornecer bens ou serviços que vão ao encontro das expectativas dos seus clientes, na medida em que satisfazem as suas necessidades. Poderá então afirmar-se que a qualidade de um produto depende do equilíbrio entre a satisfação da utilização (necessidades) e a capacidade da sua realização (meios de produção).

De acordo com Gonçalves e Oliveira (2000), uma organização com qualidade é aquela que, de uma forma organizada, define e implementa ações que visam satisfazer o universo de intervenientes com os quais se relaciona: acionistas, clientes, colaboradores, empresas e sociedade em geral.

É importante que uma empresa identifique e implemente os níveis de qualidade que lhe são mais adequados, tendo a consciência que, atualmente, devido aos elevados níveis de competitividade e às exigências cada vez maiores dos consumidores, é imprescindível que os produtos ou serviços traduzam elevados níveis de qualidade.

A qualidade, mais do que uma obrigação imposta pelo mercado, deve ser encarada como, por um lado, uma vantagem para a organização e melhoria contínua do sistema, e por outro, como uma mais valia dos produtos ou serviços e um modo claro de promover a satisfação dos clientes.

3.2. Evolução do conceito Qualidade

Acompanhando a mutação tecnológica e sociocultural, a evolução do conceito Qualidade, constitui uma característica assinalável na segunda metade do século XX. O princípio da Gestão da Qualidade, quer ao nível da concepção, quer ao nível da produção, passa sucessivamente, neste período, por quatro fases distintas (Fernandes, 1998).

3.2.1. Inspeção do produto – Produto

O produto é inspecionado no fim da fabricação para aceitar ou rejeitar, garantindo que só os produtos conforme, são enviados ao cliente.

Este sistema apresenta custos elevados, pois só permite detetar os defeitos no produto acabado. Perde-se assim, todo o valor acrescentado ao produto.

3.2.2. Controlo da Qualidade – Processo

A inspeção do produto é levada a cabo no decurso da sua fabricação, a fim de detetar o defeito no momento em que aparece. Deste modo, é possível corrigir o defeito ou rejeitar o produto antes de lhe acrescentar toda a sua mais valia, ao mesmo tempo que é investigada a causa da sua falha, eliminando-a e evitando a sua repetição.

Todas as ações são planeadas, os resultados analisados e as ações preventivas implementadas. Toma corpo o controlo do processo, de forma a mantê-lo num estado de funcionamento que garanta uma boa qualidade final do produto e é levada à prática a inspeção de conformidade dos fornecimentos.

3.2.3. Garantia da Qualidade – Sistema

Para além das ações desenvolvidas no âmbito do controlo da qualidade, são definidas as funções do sistema através de um conjunto de requisitos pré-estabelecidos, são descritos e implementados os procedimentos que as suportam e são estabelecidas matrizes de competência e de responsabilidade, de modo a garantir, de forma integrada, a obtenção da qualidade exigida. Cada função toma conta de uma parte do objetivo global da qualidade.

O sistema de garantia da qualidade é apresentado e formalizado no Manual da Qualidade, onde se descreve o compromisso da empresa na qualidade e sua organização para a qualidade, complementado com um Manual de Procedimentos que precisa concretamente como o sistema é implementado.

A verificação do integral cumprimento dos requisitos do sistema faz-se através de auditorias, indispensável ferramenta na garantia da qualidade.

3.2.4. Gestão da Qualidade Total – Clientes da organização

A partir de um sistema de garantia da qualidade, a evolução para a Qualidade Total é feita através da mobilização de todos os agentes da empresa, desde a alta direção ao colaborador menos qualificado, na persecução dos objetivos globais da qualidade, ao menor custo.

Todas as funções da empresa estão implicadas na obtenção da qualidade dos produtos e dos serviços. No seio de cada função, todos os colaboradores são agentes da qualidade. Ao nível interno da empresa, todos são clientes e fornecedores de outros – conceito de cliente interno.

A evolução registada foi acompanhada por mudanças de atitude, dos métodos operatórios, das organizações, das relações internacionais e dos conceitos. Este movimento influenciou, de forma determinante na empresa:

- A **componente económica**, como resultado do aproveitamento das potencialidades, da mobilização da inteligência e da criatividade de todos os colaboradores, à volta dos grandes objetivos da organização. A competitividade aumenta, através de uma melhor imagem de marca, de uma maior produtividade e da redução dos custos da não-qualidade.

- A **componente social**, como resultado da participação, da possibilidade de expressão e iniciativa que se abrem a todos os elementos da organização e que prova o aparecimento de uma nova forma de gestão – a gestão participativa. A competitividade aumenta fruto das melhores relações humanas, de comunicação mais eficaz, de energias melhor aproveitadas, em função dos objetivos traçados.

Os mentores deste conceito de Gestão da Qualidade Total são Juran (1969), Ishikawa (1985) e Deming (1986).

Podemos então, resumir da forma seguinte a evolução do desenvolvimento da qualidade desde a 2ª Grande Guerra até aos nossos dias:

a) Inspeção;

b) Controlo da Qualidade: Inspeção + planeamento + análise de resultados + ações preventivas;

c) Garantia da Qualidade: Funções do sistema + controlo da qualidade + auditoria;

d) Gestão da Qualidade Total: Garantia da qualidade + custos mínimos + mobilização de todos.

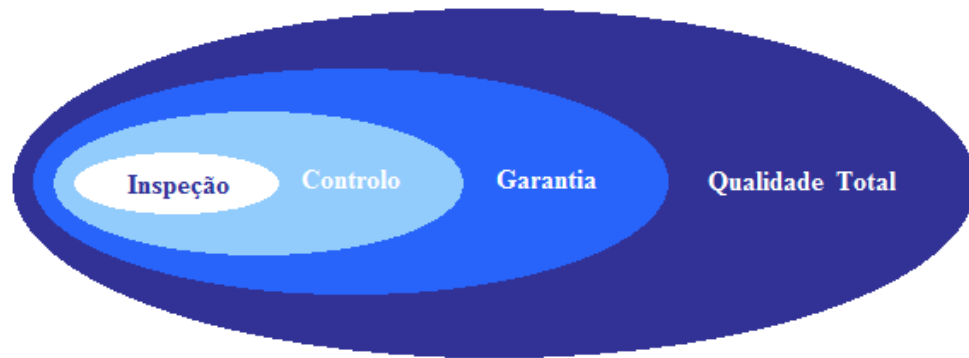


Figura 5: Evolução do conceito Qualidade

3.2.5. Enquadramento da evolução do conceito de qualidade na cadeia de valor

	Cliente	Mkt/ Vendas	Concepção Funcional	Projeto/ Produto/ Processo	Aprov	Transf	Distrib	Pós- Venda	Cliente
Inspeção					✓	✓			
Controlo			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Garantia		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Qualidade Total	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

3.3. Evolução do conceito Qualidade nos Serviços de Saúde

Segundo Gronross (1994), citado por Eiriz e Figueiredo (2004), a qualidade nos serviços deve ser definida pelos clientes. É a percepção de qualidade que o cliente tem do serviço que deve ser estudada. Garvin (1988), citado também por Eiriz e Figueiredo (2004), fez uma abordagem diferente à qualidade, baseada na ideia de que esta depende do contexto, mostrando assim a necessidade de coordenar esforços no interior da organização no sentido de desenvolver uma melhor abordagem à qualidade. No entanto, a investigação que deu origem a esta abordagem foi baseada em atividades industriais.

No que concerne aos serviços, Parasuraman *et al.* (1985), referido por Eiriz e Figueiredo (2004), identificaram dez critérios utilizados pelos consumidores para avaliar a qualidade do serviço, os quais foram posteriormente (Parasuraman *et al.*, 1988), agregados em cinco grandes

dimensões:

- i) Aspectos tangíveis (aspecto dos elementos físicos);
- ii) Confiança (desempenho de acordo com as expectativas);
- iii) Conformidade (prontidão e utilidade);
- iv) Garantia (competência, cortesia, credibilidade e segurança);
- v) Empatia (acesso, comunicação e compreensão do cliente).

Evans *et al.* (2001), igualmente citado por Eiriz e Figueiredo (2004), colocaram a questão da qualidade do sistema de saúde como uma questão de resultados nos diferentes níveis do próprio sistema. Esta perspetiva coloca uma maior dificuldade, que é tentar correlacionar resultados com uma variável específica. Estes autores basearam a sua investigação num modelo da Organização Mundial de Saúde, que é suportado por três grandes objetivos:

- i) Melhoria da saúde da população;
- ii) Conformidade com expectativas legítimas, mas não relacionadas com a saúde, propriamente ditas (isto é, respeito pelas pessoas e orientação para os clientes);
- iii) Equidade no financiamento.

Este modelo fornece uma ideia questionável sobre qualidade do sistema de saúde dado que, em algumas situações, qualidade do sistema e equidade desse mesmo sistema não se podem relacionar. Ao desenvolver uma visão global de qualidade na saúde é importante separar os aspetos técnicos dos aspetos humanos.

Na perspetiva de Eiriz e Figueiredo (2004), um outro aspeto a ter em conta é o nível de expectativas dos utentes face ao sistema de saúde em termos de capacidade de resposta. O resultado global do sistema de saúde está a aumentar a cada momento (por exemplo, a esperança média de vida continua a aumentar), o qual contribui para um constante aumento das expectativas dos utentes. Este facto poderá contribuir para uma relação irracional: um aumento ou melhoria do resultado do sistema de saúde pode implicar um aumento das expectativas por parte dos utentes, o que pode significar no limite algum desapontamento por parte dos utentes quando as expectativas não são alcançadas e, neste caso, os utentes concluírem por uma diminuição do nível de qualidade do serviço.

Ainda de acordo com Eiriz e Figueiredo (2004), outras questões se poderão colocar em todo o setor dos serviços de saúde. A complexidade, heterogeneidade e ambiguidade dos serviços de saúde são de tal forma grandes que o utente médio não possui os conhecimentos ou instrumentos necessários para avaliar a qualidade do serviço de saúde. Por este motivo, os autores pro-

põem o desenvolvimento de uma abordagem à qualidade que tenha em conta não só os utentes, mas também outros atores do sistema. Assim, propõem um modelo que pressupõe a existência de vários atores individuais e organizacionais no seio do sistema de saúde. Este sistema deve ser visto como uma rede de relações entre diferentes atores, os quais têm percepções diferentes, e muitas vezes expectativas em conflito (*Vide* Figura 2).

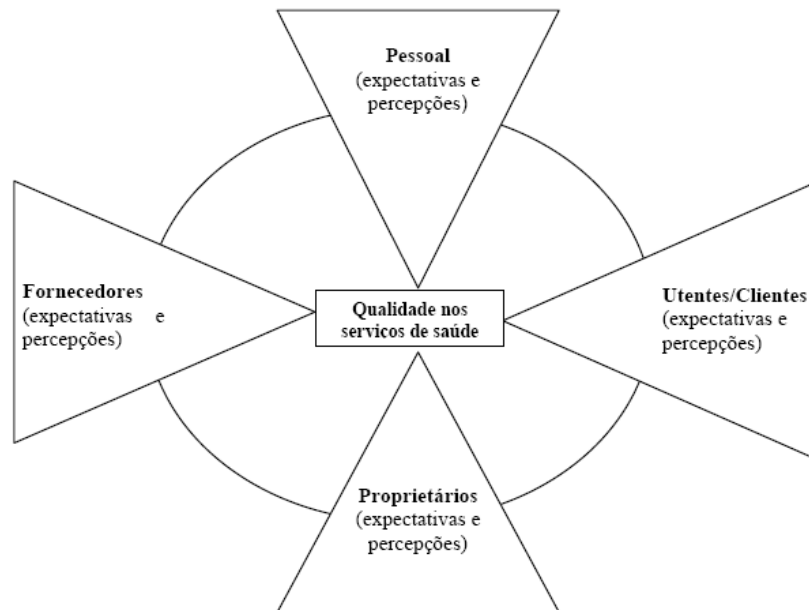


Figura 6: Principais atores existentes num sistema de saúde

Fonte: EIRIZ V., FIGUEIREDO, J. A. (2004). Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. Volume 3, N.º 4 (Outubro – Dezembro), pp. 20 – 28.

3.4. Gestão da Qualidade Total

3.4.1. A filosofia da Gestão da Qualidade Total

Como refere Paladine (2000), uma definição muito relevante da Gestão da Qualidade Total foi estruturada por Juran. É-lhe atribuída a criação da sigla TQM (*Total Quality Management*) que pode ser traduzida por Gestão da Qualidade Total. O autor citado define-a como “a exten-

são dos negócios da empresa que inclui o planejamento da qualidade. (...) Uma das maiores aplicações do conceito de planejamento da qualidade é o planejamento estratégico da qualidade, algumas vezes chamado de Gestão da Qualidade Total.” (Juran e Gryna, 1991)

Segundo Gonçalves e Oliveira (2000), a Gestão da Qualidade Total conduz a uma disciplina de processo levada ao extremo: intervenção responsabilizada de todos e todas as funções da empresa, sem exceção e de uma forma contínua. As diferentes funções da empresa estão implicadas e têm um papel relevante de ação e participação na obtenção da qualidade.

De acordo com Fernandes (1998), a implementação da Qualidade Total na empresa deverá procurar a satisfação plena dos clientes, de um modo rentável, mobilizando a inteligência e o esforço de toda a gente na empresa, estendendo-se a todas as áreas, atuando preventivamente na resolução dos problemas e procurando fazer bem à primeira.

Deste modo, dentro de um sistema de produção, a Qualidade pode revelar diferentes aspetos, intervindo ao nível dos vários setores da empresa:

- **Comercial:** Avaliação do nível da qualidade de um produto e seu relacionamento com as exigências do mercado, bem como a sua comparação com produtos equivalentes da concorrência;
- **Projeto:** Definição das características técnicas dos produtos que devem corresponder à esperança do mercado, quando em utilização;
- **Aprovisionamento:** Definição do nível de qualidade dos materiais a adquirir ao exterior;
- **Fabricação:** Realização da qualidade sem defeitos, diminuição das perdas por defeitos;
- **Qualidade:** Avaliação do nível de qualidade dos produtos fabricados, adquiridos e vendidos pela empresa, acompanhando a sua utilização, bem como a daqueles que são lançados pelo mercado concorrente;
- **Contabilidade:** Melhoria do sistema de atribuição de custos aos fornecedores devido a defeitos e a baixos índices de qualidade, bem como a fixação de critérios para a determinação de indicadores objetivos e operantes;
- **Assistência pós-venda:** Análise do grau de satisfação do utilizador, bem como recolha de dados para a determinação da vida provável do produto.

O esforço conjugado das diferentes funções da empresa na prossecução do objetivo Qualidade reflete-se, deste modo, em todas as fases do ciclo de vida de um produto ou serviço, desde a avaliação das necessidades de utilização até à assistência pós-venda, passando pelo projeto, pela fabricação, pela recepção da matéria-prima, etc. A Qualidade só será uma realidade se to-

das as funções trabalhareem corretamente e em conjunto.

Na perspetiva de Fernandes (1998), para se atingir com toda a eficácia, a Qualidade Total exige a mobilização de todos, alargando a toda a empresa um conjunto de princípios básicos.

A coerência da política da Qualidade Total assenta em quatro conceitos fundamentais (Fernandes, 1998):

- **Definição de qualidade:** Pré-requisito necessário à medição da qualidade;
- **Medição de qualidade:** Pré-requisito necessário à melhoria da qualidade através de ações de preferência preventivas;
- **Eliminação das causas de não conformidade:** Conduz ao zero defeitos, por etapas sucessivas;
- **Zero defeitos:** Conduz a reexame das necessidades do cliente e, eventualmente, a um novo ciclo.

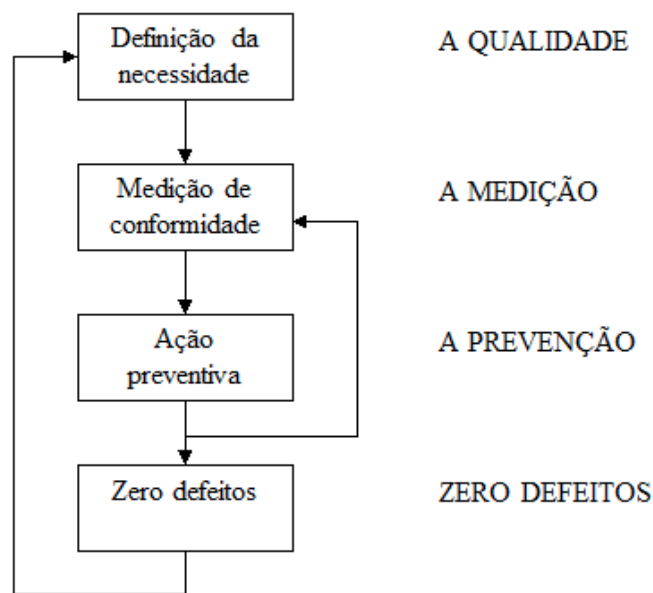


Figura 7: Os quatro conceitos fundamentais da GQT

Ainda de acordo com Fernandes (1998), para a implementação de uma filosofia de Gestão da Qualidade Total, a empresa é considerada como uma rede de relações cliente-fornecedor. Todos são clientes e fornecedores de outros departamentos da empresa – conceito de cliente interno. Dever-se-á procurar servir com qualidade os clientes internos e estes, por sua vez, deverão fazer

o mesmo em relação aos seus próprios clientes. Só é possível satisfazer os clientes externos de forma completa se esta cadeia interna funcionar perfeitamente.

O princípio da relação cliente-fornecedor gera assim a identificação das necessidades expressas quer de clientes internos, quer de clientes externos. O fornecedor deve satisfazer a necessidade expressa, para o que deve:

- Clarificar a necessidade do seu cliente e exprimi-la em termos mensuráveis;
- Avaliar o grau de conformidade;
- Identificar as causas de não conformidade, isto é, as razões que impedem de alcançar o objetivo;
- Desencadear as ações corretivas para eliminar as causas e melhorar o nível de conformidade.

3.4.2. A Melhoria Contínua como pilar fundamental da GQT

A melhoria da qualidade é um processo contínuo, sistemático e incremental. Sendo a melhoria contínua um dos pilares fundamentais da Gestão pela Qualidade Total, muitas entidades empenhadas no desenvolvimento e implementação de tais metodologias desenvolveram, ao longo dos tempos, atitudes e técnicas (ferramentas) que tornam possível o progresso e a melhoria da qualidade. (*Ferramentas da Qualidade*. Instituto Português de Qualidade. p. 5)

Um processo de melhoria contínua assenta numa filosofia que consiste em diversos princípios, entre os quais se salientam os seguintes:

- Removendo as causas dos problemas do sistema, obtemos sempre uma produtividade mais elevada;
- As pessoas que executam um determinado trabalho, são aquelas que melhor o conhecem;
- As pessoas querem ser envolvidas e fazer bem o seu trabalho;
- Todos gostam de contribuir de forma válida;
- É mais eficiente trabalhar em equipa, de modo a melhorar o sistema, do que ter contribuições individuais à volta do sistema;
- A resolução de problemas utilizando técnicas gráficas e específicas, produz melhores resultados;
- As técnicas gráficas e estatísticas permitem saber onde estamos, onde estão os problemas, qual a sua importância relativa e que alterações provocam os efeitos desejados.

A sistematização dos processos de melhoria contínua recebeu um contributo fundamental em 1950, quando Deming desenhou o diagrama abaixo representado.

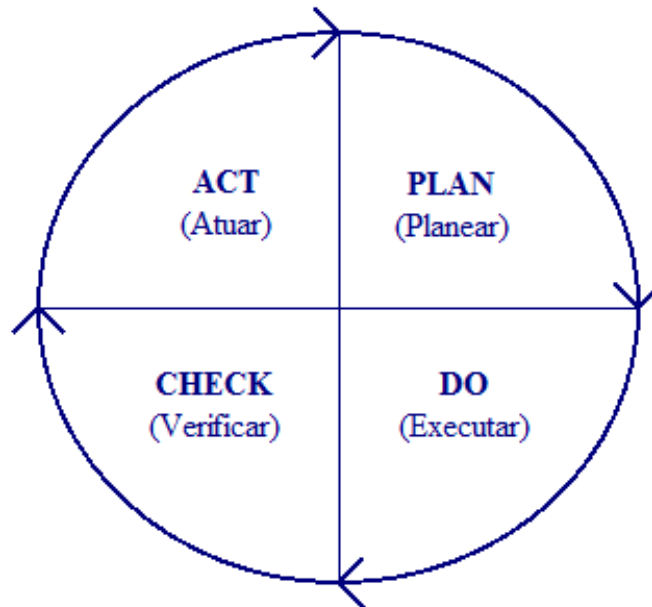


Figura 8: O Ciclo de Melhoria Contínua PDCA

Esta esquematização ficou, desde logo, conhecida como o Ciclo de Deming, PDCA – *Plan-Do-Check-Act*.

- **Plan (Planear)** o que se pretende realizar, num dado período de tempo, e quais as ações a desenvolver para lá chegar;
- **Do (Executar)** qualquer ação/situação que vá de encontro aos objetivos ou estratégias desenvolvidas no passo anterior;
- **Check (Verificar)** os resultados das ações, para ter a certeza que o que obtivemos está de acordo, ou suficientemente perto, dos objetivos traçados;
- **Act (Atuar)** implementando mudanças que são necessárias para garantir que os resultados obtidos nas verificações são, efetiva e eficazmente, conseguidos durante o normal funcionamento da organização, chegando assim aos objetivos planeados.

Este ciclo, embora todos concordem que se trata de uma sequência natural, tem-se revelado de difícil implementação nas organizações.

Frequentemente denominado de ciclo virtuoso da melhoria contínua, faz a ligação entre o que precisamos de fazer – como resultado da avaliação feita –, a forma como vai ser feito e os

resultados que esperamos alcançar. (*Autoavaliação*. Instituto Português de Qualidade. p. 5)

O método PDCA é uma maneira de repartir as mudanças em pequenas partes e testar cada pequena parte para assegurar que as coisas estão a melhorar e que não é desperdiçado nenhum esforço. Pode ser utilizado para testar ideias de melhoria de uma forma rápida e fácil, ideias já existentes ou que tenham dado resultado noutras situações. Utiliza medições simples para monitorizar o efeito das mudanças ao longo do tempo. Encoraja o início de pequenas mudanças, que podem ser o início de melhorias em mais larga escala, utilizando sucessivos pequenos ciclos de mudança e melhoria.

3.4.3. Gestão Estratégica da Qualidade

Para Fernandes (1998), a política da empresa deve centrar-se na satisfação do cliente, deixando de estar centrada na quantidade produzida e lucros conseguidos. O cliente deverá ser colocado em primeiro lugar. A inspeção deve dar lugar à prevenção, isto é, uma adequada preparação das diferentes fases do ciclo industrial, de modo a evitar o aparecimento de defeitos na fase seguinte, sendo esta a única via para se fazer bem à primeira, numa perspectiva de zero defeitos.

A qualidade começa a ser encarada como um elemento preponderante para o sucesso dos negócios da empresa, pelo que a sua gestão estratégica deve basear-se nos seguintes pontos:

- A qualidade é definida do ponto de vista do cliente;
- A qualidade está ligada à rentabilidade da empresa, quer do ponto de vista do mercado, quer dos custos;
- A qualidade é encarada como uma arma competitiva: ultrapassar e não igualar a qualidade da concorrência, dar ênfase à melhoria contínua;
- A qualidade está inserida no processo de planeamento estratégico;
- A qualidade exige um empenhamento da organização no seu todo;
- A liderança da Direção é chave;
- A qualidade é da responsabilidade de todos;
- Os profissionais da qualidade são consultores dos gestores de linha;
- Pode envolver equipas de resolução de problemas ou outras ações participativas.

As ideias apresentadas sobre a filosofia da Gestão da Qualidade Total deixam perceber que esta tem sido uma fórmula que tem permitido às organizações, em todo o mundo, encetarem um processo de adaptação permanente às necessidades do meio, que se tem revelado cada vez mais competitivo. Uma das questões que se tem vindo a colocar sistematicamente às organizações,

prende-se, precisamente, com a sua capacidade em se tornarem competitivas, em ambientes de mudança sistemática. A questão da competitividade das organizações passa por um conjunto de dimensões, externas e internas, que contribuem para essa competitividade.

É neste contexto que surge a *European Foundation for Quality Management* (EFQM).

3.5. Modelo de Excelência Organizacional – EFQM (*European Foundation for Quality Management*)

A *European Foundation for Quality Management* (EFQM) construiu um modelo que constitui uma base de trabalho seguida por muitos serviços públicos e privados e que tem contribuído para o desenvolvimento organizacional. Este modelo reflete os princípios da Qualidade Total, enquanto filosofia de gestão, cada vez mais reconhecida em todo o mundo, como uma filosofia que engloba as variáveis críticas da gestão das organizações.

É ainda, um modelo que tem paralelo com outros congêneres em contextos diferentes, como por exemplo nos EUA – *Malcom Baldrige Award*, ou no Japão – Prémio *Deming*. Em Portugal, existe o Prémio de Excelência – Sistema Português da Qualidade (PEX-SPQ), que visa distinguir as organizações que mais se destacam pela aplicação de conceitos de Gestão da Qualidade Total e que promovem também a utilização dessas metodologias de gestão.

Este modelo da EFQM tem a característica de conjugar um conjunto de dimensões fundamentais para a questão do desenvolvimento organizacional e, conseqüentemente, da competitividade. São estas dimensões, especificadas no ponto a seguir apresentado, que conduzirão a análise do diagnóstico organizacional que será efetuado neste trabalho.

3.5.1. Os Conceitos Fundamentais da Excelência

O Modelo de Excelência da EFQM, é um modelo não normativo que reconhece a existência de diversas abordagens para alcançar a excelência organizacional. Os conceitos básicos que sustentam o modelo são a seguir apresentados. A ordem pela qual estes são enunciados não tem qualquer significado, não sendo a lista exaustiva nem os conceitos imutáveis. Estes serão modificados à medida que as organizações de excelência se desenvolvam e aperfeiçoem.

· ***Orientação para os Resultados***

O sucesso sustentado depende do equilíbrio e da satisfação dos objetivos de todos os interessados na organização: clientes, fornecedores, colaboradores, sócios e acionistas, bem como a sociedade em geral.

· ***Focalização no Cliente***

O cliente é o juiz final da qualidade dos produtos e dos serviços. As necessidades e requisitos dos clientes e as formas de lhes fornecer estão perfeitamente compreendidos. A satisfação dos clientes é medida e analisada, assim como os fatores que influenciam a fidelização.

· ***Liderança e Constância de Propósitos***

Os líderes desenvolvem a cultura das organizações. Eles conduzem os recursos e os esforços da organização na direção da excelência. A política e a estratégia são implementadas de uma forma estruturada e sistemática a toda a organização e todas as atividades estão coordenadas. O comportamento das pessoas está em harmonia com os valores organizacionais, a política e a estratégia.

· ***Gestão por Processos e por Factos***

As atividades são geridas sistematicamente em termos de processo. Os processos têm responsáveis, são bem compreendidos e existem atividades de melhoria no trabalho diário de cada um. Os factos, os indicadores e a informação constituem a base da gestão.

· ***Desenvolvimento e Envolvimento das Pessoas***

O pleno potencial das pessoas liberta-se através de um conjunto de valores comuns. Existe uma participação e comunicação alargadas, que se baseiam na formação e no desenvolvimento das capacidades.

· ***Aprendizagem, Inovação e Melhoria Contínuas***

Existe uma cultura de melhoria contínua. A aprendizagem contínua é a base do aperfeiçoamento. Atitudes como pensar com originalidade e inovar são encorajadas. O *benchmarking* é usado para apoiar a inovação e o aperfeiçoamento.

· ***Desenvolvimento de Parcerias***

As alianças com os fornecedores são estabelecidas com base na confiança e numa integração apropriada, de forma a incentivar a melhoria e a criar valor, tanto para o cliente como para o fornecedor.

· ***Responsabilidade Social e Corporativa***

A organização e as pessoas que nela trabalham adoptam uma abordagem ética e esforçam-se por exceder as exigências legais e regulamentares aplicáveis.



Figura 9: Os Conceitos Fundamentais da Excelência

3.5.2. Visão global do Modelo

O Modelo de Excelência da EFQM é composto por nove critérios, podendo cada um deles ser usado para avaliar o progresso da organização na direção da excelência. Destes nove critérios, cinco são **Meios** e quatro são **Resultados**. Os critérios **Meios** (critérios 1 a 5) referem-se à forma como os resultados da organização são alcançados (o que a organização faz). Os critérios **Resultados** (critérios 6 a 9) referem-se ao que a organização alcança. Por outras palavras, pode dizer-se que o modelo considera que os processos são a forma pela qual as organizações aproveitam e libertam as capacidades dos seus colaboradores, de forma a atingir resultados. Ou seja, os processos e os colaboradores são os **Meios** para se obterem **Resultados**.

Os **Meios** para atingir a Qualidade Total previstos no modelo de análise são:

1. Liderança;
2. Política e Estratégia;
3. Gestão de Pessoas;
4. Recursos e Parcerias;
5. Processos.

Os critérios que refletem os **Resultados** são:

6. Satisfação dos Clientes;
7. Satisfação dos Colaboradores;
8. Impacto na Sociedade
9. Resultados do Negócio.

O modelo diz ainda que:

“*A Satisfação dos Clientes, a Satisfação dos Colaboradores e o Impacto na Sociedade* são alcançados através da *Liderança que conduz a Política e a Estratégia, a Gestão das Pessoas, os Recursos e os Processos, por forma a alcançar a excelência nos Resultados da Atividade*”.



Figura 10: O Modelo de Excelência Organizacional

Na representação gráfica do modelo, as setas realçam a sua natureza dinâmica. Mostram que a inovação e a aprendizagem são a base da melhoria dos meios ou agentes potenciadores que, por sua vez, conduzem à melhoria dos resultados. O modelo não é prescritivo, cada um dos nove critérios dá indicações de aspetos que podemos considerar quando analisamos o que fazemos, como fazemos e como progredimos na busca da excelência. Os critérios do modelo estão divididos em subcritérios, e estes por sua vez em aspetos a abordar. (*Autoavaliação*. Instituto Português de Qualidade. p. 7)

3.5.3. Os Critérios e Subcritérios do Modelo

Apresentam-se de seguida os critérios e subcritérios do modelo de excelência da EFQM.

Critério 1 – LIDERANÇA (10%)

Definição: “Como os comportamentos e as ações da equipa de gestão e de todos os restantes líderes inspiram, suportam e promovem a cultura da Gestão pela Qualidade Total.”

Os subcritérios a avaliar nesta dimensão são:

1a) “Os líderes desenvolvem a missão, visão e valores e atuam como modelos de uma cultura de excelência.”

1b) “Os líderes estão pessoalmente envolvidos em assegurar que o sistema de gestão da or-

ganização é desenvolvido, implementado e melhorado de uma forma contínua.”

1c) “Os líderes estão envolvidos com os clientes, parceiros e representantes da sociedade.”

1d) “Os líderes motivam, apoiam e reconhecem as pessoas da organização.”

Critério 2 – GESTÃO DE PESSOAS (8%)

Definição: “Como a organização aproveita todo o potencial dos seus colaboradores.”

Os subcritérios a avaliar nesta dimensão são:

2a) “Os recursos humanos são planeados, geridos e melhorados.”

2b) “Os conhecimentos e competências das pessoas são identificados, desenvolvidos e sustentados.”

2c) “As pessoas são envolvidas e capacitadas.”

2d) “As pessoas e a organização dialogam.”

2e) “As pessoas são recompensadas, reconhecidas e apoiadas.”

Critério 3 – POLÍTICA E ESTRATÉGIA (9%)

Definição: “Como a organização formula, implementa e avalia a política e a estratégia e as traduz em planos e ações.”

Os subcritérios a avaliar nesta dimensão são:

3a) “A Política e Estratégia são baseadas nas necessidades e expectativas, presentes e futuras, das partes interessadas do Serviço.”

3b) “A Política e Estratégia são baseadas em informações sobre a medida do desempenho, investigação, aprendizagem e atividades criativas relacionadas.”

3c) “A Política e Estratégia são desenvolvidas, revistas e atualizadas.”

3d) “A Política e Estratégia são desenvolvidas através de uma rede de processos chave.”

3e) “A Política e Estratégia são comunicadas e implementadas.”

Critério 4 – RECURSOS E PARCERIAS (9%)

Definição: “Como a organização gere eficaz e eficientemente os recursos.”

Os subcritérios a avaliar nesta dimensão são:

4a) “As parcerias externas são geridas.”

4b) “A gestão financeira é efetuada.”

4c) “As instalações, equipamentos e materiais são geridos.”

4d) “A tecnologia é gerida.”

4e) “A informação e o conhecimento são geridos.”

Critério 5 – PROCESSOS (14%)

Definição: “Como a organização identifica, gere, avalia e aperfeiçoa os seus processos.”

Os subcritérios a avaliar nesta dimensão são:

5a) “Os processos são sistematicamente concebidos e geridos.”

5b) “Os processos são melhorados, à medida das necessidades, através da inovação, de forma a satisfazer completamente e a gerar valor acrescentado aos clientes e outras partes interessadas.”

5c) “Os produtos e serviços são concebidos e desenvolvidos com base nas necessidades e expectativas dos clientes/utentes.”

5d) “Os produtos e serviços são produzidos, entregues e assistidos.”

5e) “As relações com os clientes/utentes são geridas e realçadas.”

Critério 6 – SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES (9%)

Definição: “Que resultados tem a organização alcançado relativamente à satisfação dos seus colaboradores.”

Os subcritérios a avaliar nesta dimensão são:

6a) “Medidas de Percepção de Satisfação dos Colaboradores.” (Motivação; satisfação)

6b) “Indicadores Fatuais de Satisfação.” (Realizações; motivação e envolvimento; satisfação; serviços disponibilizados às pessoas do Serviço)

Critério 7 – SATISFAÇÃO DOS CLIENTES (20%)

Definição: “Que resultados tem a organização alcançado relativamente à satisfação dos seus clientes externos.”

Os subcritérios a avaliar nesta dimensão são:

7a) “Medidas de Percepção de Satisfação dos Clientes.” (Imagem global da organização; serviço prestado; apoio no momento da prestação do serviço)

7b) “Indicadores Fatuais de Satisfação.” (Indicadores de desempenho)

Critério 8 – IMPACTO NA SOCIEDADE (6%)

Definição: “Que resultados tem a organização alcançado relativamente à satisfação das necessidades e expectativas das comunidades local, nacional e internacional (se aplicável).”

Os subcritérios a avaliar nesta dimensão são:

8a) “Medidas de Percepção.” (Desempenho como cidadão responsável; envolvimento nas comunidades onde opera; atividades de apoio à preservação e sustentação dos recursos)

8b) “Indicadores de Performance Internos.”

Critério 9 – RESULTADOS DO NEGÓCIO (15%)

Definição: “Que resultados tem a organização alcançado relativamente aos objetivos definidos para a atividade e à satisfação das necessidades de todas as entidades com interesses financeiros e não-financeiros na organização.”

Os subcritérios a avaliar nesta dimensão são:

9a) “Resultados Chave de Desempenho.”

9b) “Indicadores Chave de Desempenho.”

É sobre este modelo da EFQM que vai incidir o trabalho desenvolvido nas próximas partes e são estes os critérios e subcritérios que serão objeto de avaliação na Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda.. Todavia, existem outros modelos de Gestão da Qualidade Total aplicados à Saúde.

3.6. Outros Modelos de Gestão da Qualidade Total aplicados à Saúde

3.6.1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO

A história da *Joint Commission* tem origem na medição da performance. Na área dos cuidados de saúde, a JCAHO é sinónimo de qualidade há mais de 50 anos. Trata-se de um nome que simboliza a excelência, a experiência e o profissionalismo.

Como organização independente e sem fins lucrativos, a JCAHO tornou-se líder mundial na acreditação de organizações de saúde. Mantém continuamente elevados padrões de qualidade para todos os tipos de organizações de saúde, oferecendo uma resposta flexível e personalizada e adaptando cada organização às exigências do seu próprio negócio.

A qualidade, o compromisso, o serviço e a segurança estão inerentes à missão da JCAHO – “*promover continuamente a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à população através da acreditação dos cuidados de saúde e serviços relacionados que suportam o desenvolvimento da performance nas organizações de saúde*”.

Cada tipo de organização de saúde acreditada pela *Joint Commission* é responsável por um conjunto de padrões específicos, embora o foco principal seja comum a qualquer tipo de orga-

nização – a segurança e a qualidade.

Os padrões da *Joint Commission* medem a forma como a organização gere e comunica, como atribui os direitos e as responsabilidades dos pacientes e como assegura que os seus prestadores de cuidados são competentes e têm a formação adequada. Simultaneamente, estes padrões promovem uma abordagem integrada para avaliar a performance da organização e a sua credibilidade.

Todavia, o papel da JCAHO não se esgota no processo de acreditação. A JCAHO assume ainda o compromisso de acompanhar cada organização, através da monitorização e de recomendações que são dadas a cada organização envolvida no processo.

A Unidade de Missão dos Hospitais SA iniciou há alguns anos atrás um percurso para obtenção da acreditação em alguns hospitais, aplicando o modelo da *Joint Commission International* (JCI). A opção pelo modelo da JCI baseou-se nas seguintes razões:

- Focalização do hospital no doente, seu principal cliente;
- Exigência e uso sistemático de indicadores de qualidade, associados a uma política e prática de técnicas de melhoria contínua da qualidade;
- Inspiração em métodos avançados de gestão da qualidade, sujeitos a uma atualização contínua;
- A mais larga experiência acumulada em acreditação de hospitais e outras organizações de saúde.

3.6.2. King's Fund

O *King's Fund* é uma entidade britânica que trabalha na área da excelência de serviços de Saúde, para os quais desenvolveu um conjunto de normas que determinam requisitos mínimos e recomendações para a implementação de um sistema de garantia da qualidade.

O Modelo da Qualidade do *King's Fund* baseou-se nas Normas ISO 9000, a partir das quais foram aprofundados os aspetos específicos aplicáveis à área da Saúde. Como afirma Sanders, auditor desta organização, “*para cada parágrafo da ISO 9000 há uma série de parágrafos mais detalhados, dentro das Normas do King's Fund*”.

Tal como sucede nas empresas, o *King's Fund* defende que o processo de implementação de um sistema de garantia da qualidade deve centrar-se na satisfação do cliente e na melhoria contínua.

O modelo da *Joint Commission*, bem como o modelo do *King's Fund* constituem duas alternativas ao modelo da EFQM apresentado no ponto anterior. Todavia, é sobre este último que vai incidir todo o trabalho desenvolvido e a seguir apresentado.

Na parte seguinte será feita a avaliação de cada um dos nove critérios que constituem o modelo da EFQM aplicados a uma realidade organizacional que, neste caso específico, será uma organização de saúde – Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves, Lda.

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada no estudo de caso seguiu a avaliação dos critérios do modelo EFQM com base em vários instrumentos de análise para cada critério.

Foi criada uma equipa base de trabalho com 4 elementos profundos conhecedores da realidade da clínica que avaliou variados parâmetros e definiu estratégias.

Foram utilizados questionários aplicados aos colaboradores assim como aos pacientes da empresa.

Foi feita a avaliação de vários processos de implementação e de trabalho como o processo de formação de imagem corporativa, avaliação do tipo de mercado e clientes, criação do nome, criação e gestão de imagem e recursos humanos.

Na avaliação de processos foram utilizados instrumentos de diagnóstico como o Health Failure Mode Effect Analysis e o Stream Analysis. Foram também utilizados alguns indicadores clínicos na avaliação de resultados.

O relatório final foi apresentado seguindo a estrutura do modelo de Quinn (OCAI).

Na parte final foi elaborada a discussão do trabalho com realce para algumas ferramentas básicas de navegação que possam eventualmente ser úteis num quadro atual difícil para consultórios e pequenas empresas de saúde.

5. AVALIAÇÃO DOS NOVE CRITÉRIOS DO MODELO EFQM NA CLÍNICA

Nesta parte do trabalho são analisados os nove critérios que constituem o modelo da EFQM. Esta avaliação é feita com base na aplicação de alguns instrumentos de diagnóstico organizacional, questionários (aplicados aos colaboradores da Clínica em estudo e aos seus pacientes), entrevistas, análises documentais, recolhas de informação, observação direta, etc.

5.1. Critério 1 – LIDERANÇA (10%)

Com a avaliação deste critério pretendeu-se identificar as competências do líder da Clínica em estudo.

Para tal foram utilizados os seguintes instrumentos de análise:

- Avaliação dos Modelos de Gestão (OCAI);
- Avaliação dos Comportamentos Empresariais: A Perspetiva Pessoal;
- Avaliação dos Comportamentos Empresariais: A Perspetiva dos Outros;
- Avaliação do Estilo de Liderança de Equipas;
- O Jogo Interior da Chefia.

5.1.1. Avaliação dos Modelos de Gestão em Organizações de Saúde (OCAI)

Para este trabalho foram selecionados 4 elementos que se consideram extremamente importantes na definição da estratégia da empresa: o líder da empresa, um médico oftalmologista, a técnica superior de Ortóptica e a enfermeira instrumentista de Bloco. Foi-lhes explicado o objetivo que se pretendia atingir com o preenchimento do questionário.

Numa primeira fase, estes elementos preencheram o questionário tentando descrever a empresa **como ela é neste momento**. Verificou-se que o resultado gráfico era muito semelhante o que deu a garantia que o pensamento sobre a empresa seria idêntico.

Discutiram-se os diferentes modelos:

- **Modelo das Relações Humanas:** Valor dos recursos humanos, formação, coesão, moral, etc.
- **Modelo dos Processos Internos:** Gestão da informação, comunicação, consolidação, estabilidade, controlo, etc.
- **Modelo dos Objetivos Racionais:** Planeamento, estabelecimento de objetivos, produtivi-

dade, eficiência, maximização dos resultados, etc.

· **Modelo dos Sistemas Abertos:** Adaptabilidade, rapidez de resposta, aquisição de recursos, suporte externo, etc.

Num segundo momento – quatro semanas mais tarde – **após** várias conversas estabelecidas entre os quatro elementos sobre o modelo encontrado, o que parecia correto e o que se julga poder melhorar, preencheu-se novamente o questionário imaginando **como gostaria que fosse a empresa um ano depois.**

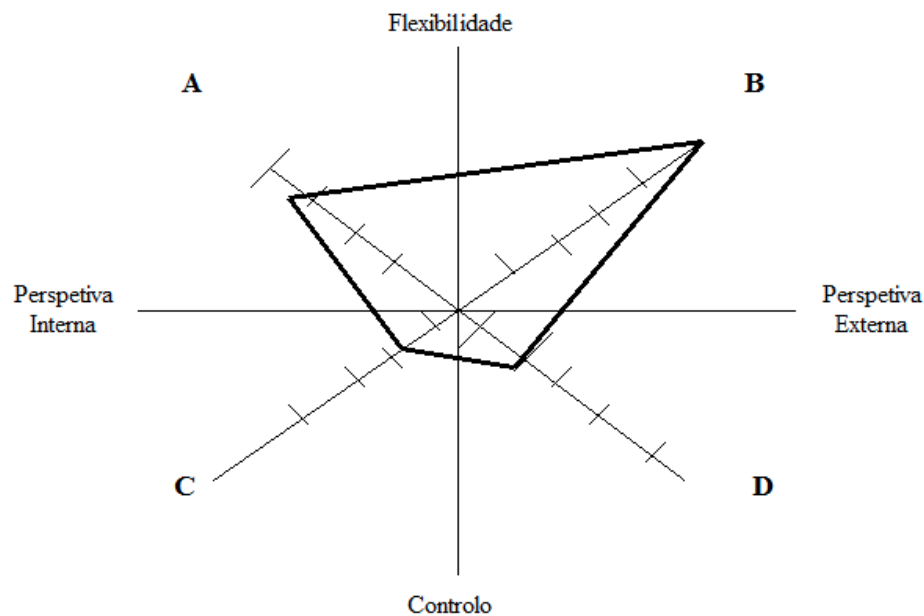


Figura 11: PERFIL GLOBAL DA CULTURA – Modelo Atual

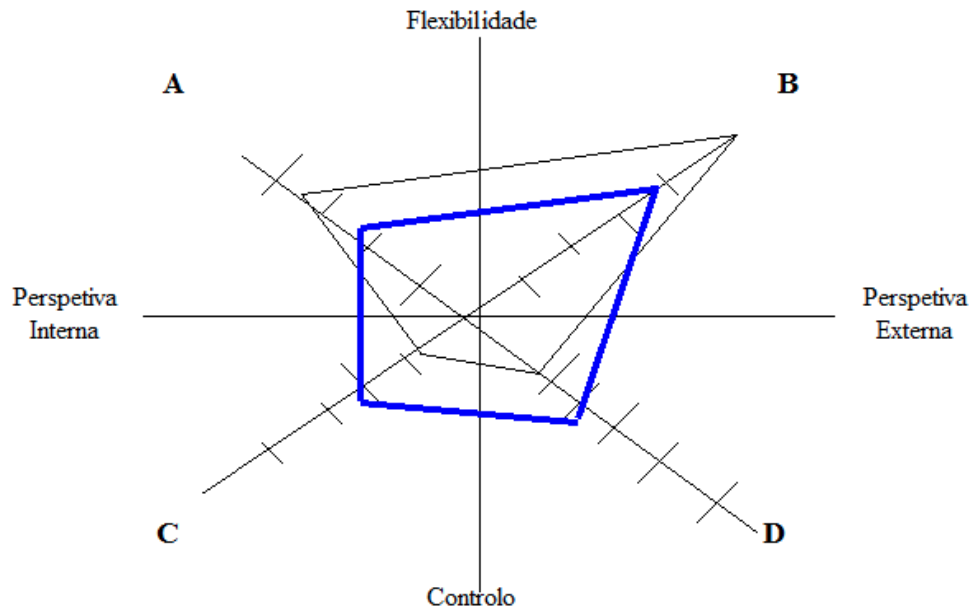


Figura 12: PERFIL GLOBAL DA CULTURA – Modelo preferido para o Futuro (azul)

Olhando para os 2 gráficos é óbvio que ressalta a necessidade da empresa continuar a investir ainda mais na sua **ESTRUTURAÇÃO INTERNA** com áreas bem definidas e bem programadas depois dos primeiros anos de grandes investimentos, muita inovação e um cuidado muito grande na criação de uma equipa que pudesse trabalhar como uma “família” apontando como objetivo principal **LANÇAR O NOME DA EMPRESA NO MERCADO** e começar a criar um espaço próprio para si.

Também houve a preocupação de se “olhar” o mercado e o “produto” que se pretende continuar a vender e estudar os meios necessários para haver maior produtividade e, se possível, aumentar a competitividade, mediante as transformações que estão a ser operadas no Sistema Nacional de Saúde e conseqüente aumento exponencial da concorrência privada.

5.1.2. Avaliação dos Comportamentos Empresariais: A Perspetiva Pessoal

Instrumento adaptado de Robert E. Quinn, 1998, que permite avaliar a perspetiva da chefia em relação aos seus subordinados.

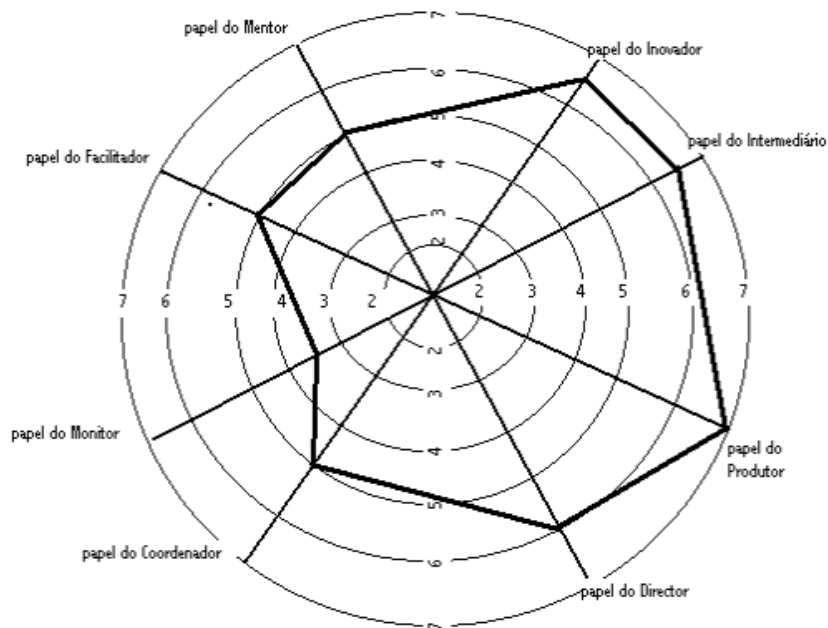


Figura 13: DIAGRAMA DE PERFIS – A Perspetiva do Líder

Em termos globais, a ação do líder na empresa tem sido positiva embora pudesse melhorar:

- **No papel de Monitor:** Verificar com mais regularidade se as pessoas cumprem as regras e ser mais minucioso na análise racional dos problemas. Por exemplo, lidar com informação de rotina, resolução de problemas lógicos.
- **No papel de Mentor:** Apostar mais na promoção de oportunidades de formação e tentar que cada colaborador da empresa desenvolva os seus planos de formação individual.
- **No papel de Facilitador:** Tentar obter ainda mais empenho e participação.
- **No papel de Coordenador:** Envolver-se mais diretamente nos orçamentos e na elaboração de relatórios de atividades.

5.1.3. Avaliação dos Comportamentos Empresariais: A Perspetiva dos Outros

Também adaptado de Robert E. Quinn, 1998, e avalia os comportamentos do Diretor segundo a equipa. Foi preenchido por todos os colaboradores.

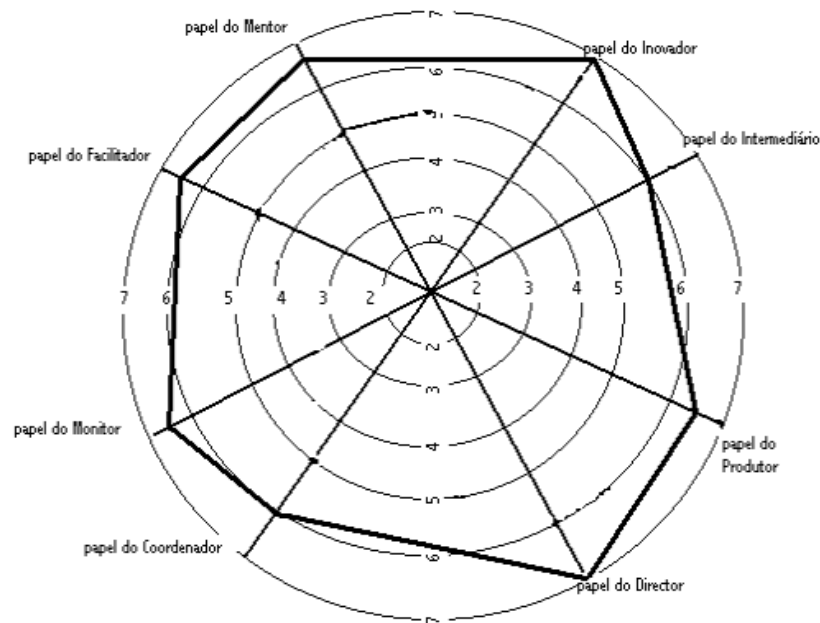


Figura 14: DIAGRAMA DE PERFIS – A Perspetiva dos Outros

Os resultados são muito lisonjeiros o que permite pensar que a equipa de trabalho considera que o comportamento empresarial do líder é bastante positivo (mesmo “descontando” o facto dos colaboradores perceberem que era difícil que os questionários fossem totalmente anónimos).

No entanto, verificou-se que havia uma diferença, ainda que não significativa, entre a equipa da Consulta e a equipa do Bloco Operatório:

- A equipa cirúrgica acha que o líder devia ter uma maior preocupação em manter a legitimidade exterior e em obter mais recursos. No que respeita à imagem e reputação, uma conversa em conjunto permitiu concluir que o caminho traçado atual com artigos na comunicação social e entrevistas bem planeadas no tempo devem ser mantidas, embora se pense ser possível incrementar os trabalhos de carácter científico e congressos da especialidade e depois dar ampla publicidade. Na questão de mais recursos, decidiu-se realizar algumas reuniões para verificar onde se poderia investir e se o investimento se justificará a médio prazo.

- A equipa cirúrgica sente que o líder poderia promover ainda mais a sua formação e ajudar mais os colaboradores a desenvolverem os seus planos de formação individual.

- Acham também que o líder devia dar mais atenção às informações de rotina especialmente aquelas que provêm da Direção Clínica e Farmácia do Hospital Valentim Ribeiro, porque algu-

mas podem comprometer a eficácia do trabalho de equipa.

· Em sequência ao terceiro ponto, pensam que o líder deveria coordenar melhor a sua intervenção como utilizadores exclusivos do Bloco do Hospital Valentim Ribeiro para que as cirurgias possam “fluir” mais rapidamente.

O ambiente na Consulta, envolvendo médicos, técnicos e outros colaboradores é muito bom e todos trabalham para o mesmo fim: prestar um Serviço de Excelência aos clientes/pacientes, mantendo também uma óptima ligação afetiva entre todos os elementos da equipa.

5.1.4. Avaliação do Estilo de Liderança de Equipas

Este questionário é uma adaptação de Hersey e Blanchard. De acordo com estes dois autores, existem quatro estilos de liderança:

- Direção;
- Orientação;
- Apoio;
- Delegação.

Nível de Desempenho	Estilo de Chefia adequado
D1 Baixa Competência * Alto Empenhamento	E1 DIREÇÃO Estruturar Controlar Supervisionar
D2 Alguma Competência * Baixo Empenhamento	E2 ORIENTAÇÃO Dirigir Apoiar
D3 Alta Competência * Empenhamento Variável	E3 APOIO Louvar Ouvir Facilitar
D4 Alta Competência * Alto Empenhamento	E4 DELEGAÇÃO Entrega de responsabilidade pela tomada de decisões diárias

O questionário aplicado permitiu avaliar qual o estilo de liderança adoptado pelo líder da Clínica.

Resultados:

Direção	Orientação	Apoio	Delegação
3	9	0	0

Os resultados permitiram concluir que o estilo Orientação é o predominante.

A adaptação de Luís Martins (versão Maio 1996) deste questionário foi igualmente aplicada ao líder e permitiu tirar algumas conclusões acerca da adaptabilidade do estilo de liderança preconizado.

De acordo com esta adaptação do questionário:

Pontuação final < 0 = Estilo de liderança ineficaz

Pontuação final > 0 = Estilo de liderança eficaz

O líder da Clínica obteve um resultado final de 18 pontos, o que significa que o estilo de liderança por ele adoptado – Orientação – é altamente eficaz e adequado ao tipo de colaboradores que tem na sua empresa.

5.1.5. O Jogo Interior da Chefia

Questionário adaptado de *The Inner Game of Management*, de Eric G. Flamholtz e Yvonne Randle (1987).

O Jogo Interior da Chefia é o jogo que se desenrola na mente do chefe. É o modo como o indivíduo lida com os problemas mentais e psicológicos da autoestima, necessidade de controlar e desejo de ser amado.

Para ser um chefe eficiente, à medida que progride na carreira hierárquica, o indivíduo necessita de aprender não só algumas técnicas, como planear, organizar e controlar (atividades exteriores ao jogo), como, o que é mais importante, necessita de desenvolver modos diferentes de pensar (atividades interiores do jogo). Dito de outro modo, a capacidade de planear, delegar, seleccionar, etc. é afetada pelo modo como ele domina o jogo interior da chefia.

A capacidade para jogar o jogo interior, pode ser a variável crítica que determina o sucesso ou insucesso de um indivíduo como chefe.

As três dimensões chave do jogo interior são:

- Ser capaz de gerir a sua própria autoestima de tal modo que seja capaz de retirar satisfação das coisas que um chefe é suposto fazer;
- Ser capaz de gerir a sua necessidade de controlo direto sobre as pessoas e respetivos resultados;
- Ser capaz de gerir a sua necessidade de ser amado de tal modo que isso não interfira no desempenho do seu papel de chefe.

Resultados:

A pontuação obtida foi de 28 pontos.

Grelha de interpretação dos resultados:

14-19 pontos: Tudo está a correr bem

20-29 pontos: *Há algumas coisas a merecerem a sua atenção*

30-39 pontos: Existem algumas áreas que necessitam cuidados

40-49 pontos: Existem alguns problemas significativos

50-70 pontos: Situação algo grave, potencial chefia ineficiente

A aplicação deste questionário na Clínica permitiu-nos concluir que existem algumas coisas que necessitam de alguma atenção especial sem relevância no momento atual.

5.2. Critério 2 – GESTÃO DE PESSOAS (8%)

A Gestão das Pessoas é outro critério de sucesso organizacional. Para avaliar este critério foram apurados dois tipos de dados: individuais e organizacionais. Os dados individuais referem-se a informações relativas aos colaboradores da empresa. Os dados organizacionais dizem respeito às políticas de gestão de recursos humanos implementadas na Clínica.

5.2.1. Recursos humanos

Em termos de recursos humanos a Clínica é composta por:

- 8 Médicos oftalmologistas;
- 1 Técnica superior de ortóptica;

- 1 Optometrista
- 3 Enfermeiras especializadas em Oftalmologia (Bloco e Consulta);
- 2 Auxiliares especializadas (Bloco/Material cirúrgico/Interligação das várias Unidades);
- 5 Recepcionistas/Auxiliares de caráter geral.

Os mecanismos de coordenação entre os médicos e técnicos são com base nas qualificações e por ajustamento mútuo, enquanto que com o pessoal menos especializado há uma supervisão direta e um estabelecimento de normas de funcionamento embora hajam reuniões mensais, de caráter informal, com todos os colaboradores.

Caracterização dos colaboradores da Clínica

1. Dr. MSN

- 56 Anos de idade;
- Médico Oftalmologista pelos Colégios Reais de Oftalmologia do Reino Unido e de Cirurgia e Medicina de Glasgow;
- Diretor/Administrador da Clínica;
- Interesse específico em Cirurgia Implanto-Refractiva, Retinopatia Diabética e Degenerescência Macular relacionada com a Idade;
- Membro da Direção da Competência em Gestão de Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos e da Comissão de Acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde da Seção Regional Norte da Ordem dos Médicos e Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde;
- Assessor para a Visão do *Lions Club* Internacional e Presidente do clube local;
- Médico colaborador da Cruz Vermelha Portuguesa;

2. Dr.^a TDB

- 51 Anos de idade;
- Médica Oftalmologista pela Ordem dos Médicos;
- Assistente Hospitalar Graduada no Hospital de S. João – Porto;
- Colaboradora da Clínica em horário flexível (cerca de 20h/semana);
- Contrato com pagamento em percentagem dos atos médicos praticados;
- Especialista em Retina Médica, Angiografias Fluoresceínicas e em Oncologia Ocular.

3. Dr. JB

- 59 Anos de idade;
- Médico Oftalmologista pela Ordem dos Médicos;
- Chefe de Serviço no Hospital de S. João – Porto;
- Colaborador em horário flexível (cerca de 10h/semana);
- Contrato com pagamento em percentagem dos atos médicos praticados;
- Especialista em Oftalmologia Pediátrica e Cirurgia de Estrabismo.

4. Dr.^a CT

- 40 Anos de idade;
- Médica Oftalmologista pela Ordem dos Médicos;
- Assistente Hospitalar graduada na Unidade Local de Matosinhos/Hospital;
- Colaboradora em horário flexível (cerca de 20h/ semana) com pagamento em percentagem dos atos médicos praticados;
- Médica Especialista em Retina Cirúrgica.

5. Dr.^a DM

- 39 anos de idade;
- Médica Oftalmologista pela Ordem dos Médicos;
- Assistente Hospitalar Graduada no Centro Hospitalar Espinho/Vila Nova de Gaia;
- Colaboradora em horário flexível (cerca de 20h/semana) com pagamento em percentagem dos atos médicos praticados;
- Especialista em Glaucoma e NeuroOftalmologia.

6. Dr.^a LQ

- 35 anos de idade;
- Médica Oftalmologista pela Ordem dos Médicos;
- Assistente contratada no Hospital Escala Braga;
- Colaboradora em horário flexível (cerca de 10h/semana) com pagamento em percentagem dos atos médicos praticados;
- Generalista.

7. Dr.^a AM

- 32 anos de idade;
- Médica Oftalmologista pela Ordem dos Médicos;
- Assistente contratada na Unidade Local de Saúde Matosinhos/Hospital;
- Colaboradora em horário flexível (cerca de 10h/semana) com pagamento em percentagem dos atos médicos praticados;
- Interesse em Oftalmologia Pediátrica.

8. Dr.^a SF

- 34 anos de idade;
- Médica Oftalmologista pela Ordem dos Médicos;
- Assistente contratada no Centro Hospitalar Espinho/Vila Nova de Gaia;
- Colaboradora em horário flexível (cerca de 5h/semana) com pagamento em percentagem dos atos médicos praticados;
- Generalista.

9. Enfermeira FP

- 52 Anos de idade;
- Grau de licenciatura em Enfermagem conferido pela Escola Superior de Enfermagem do Hospital de S. João-Porto;
- Enfermeira Chefe do Serviço de Oftalmologia/Bloco Operatório;
- Colaboradora em horário flexível (cerca de 12h/semana) com pagamento base por hora de trabalho acrescido de percentagem nos atos cirúrgicos;
- Especialista em Instrumentação do Bloco Operatório;
- Supervisora do trabalho de Bloco da Clínica.

10. Enfermeira PT

- 48 Anos de idade;
- Grau de licenciatura em Enfermagem conferido pela Escola Superior de Enfermagem do Hospital de S. João;
- Enfermeira do quadro do Hospital de Santa Maria Maior SA – Barcelos – Medicina Interna;
- Colaboradora em horário flexível (cerca de 12h/semana) com pagamento por hora de trabalho, participado pelo Hospital Valentim Ribeiro da Santa Casa da Misericórdia de Espo- sendo onde se efetuam as cirurgias da Clínica;

- Responsável pelos cuidados pré e pós operatórios dos pacientes de cirurgia.

11. Enfermeira MC

- 28 Anos de idade;
- Grau de licenciatura em Enfermagem conferido pela Escola Superior de Enfermagem do Hospital de Santa Maria;
- Contrato individual de trabalho com a Clínica a tempo inteiro com horário flexível;
- Responsável pelos cuidados de enfermagem da Clínica e preparação de processos para tratamento cirúrgico nas unidades com parceria.

12. Ortoptista MCM

- 42 Anos de idade;
- Grau de licenciatura conferido pela Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto;
- Contrato individual de trabalho com a Clínica a tempo inteiro com horário flexível;
- Vencimento base + suplemento mensal + bonificações de acordo com resultados financeiros da Empresa;
- Responsável pelas consultas gerais de oftalmologia, exames complementares de oftalmologia e pela marcação de cirurgias da Clínica;
- Coordenadora dos Rastreios de Visão a Crianças do Concelho.

13. Optometrista RL

- 27 Anos de idade;
- Grau de Mestre (pós-Bolonha) em Optometria pela Universidade do Minho;
- Contrato individual de trabalho com a Clínica a tempo inteiro com horário flexível;
- Vencimento base + suplemento mensal + bonificações de acordo com resultados financeiros da empresa;
- Responsável pela refração das consultas e planeamento dos cálculos para cirurgia laser e refrativa.

14. Gestora de Recursos Humanos CV

- 37 Anos de idade;
- Licenciatura em Sociologia pela Universidade do Minho;
- Contrato individual de trabalho com a Clínica a tempo inteiro com horário flexível;
- Coordenadora dos horários e trabalho de todos os colaboradores e responsável pela inter-

ligação entre a Clínica, Hospital Valentim Ribeiro, Cruz Vermelha de Esposende e Hospital de Santa Maria;

- Responsável pela aplicação dos acordos de parceria com as Instituições de Solidariedade Social (consultas a pacientes com dificuldades financeiras), com os subsistemas ADSE,GN-R,PSP e seguradoras Médis e Multicare.

15. Auxiliar de Oftalmologia VF

- 44 Anos de idade;
- Curso básico de contabilidade pela Escola Profissional de Fão;
- Colaboradora em horário flexível (cerca de 20h/semana) com pagamento base pela Clínica complementado pelo trabalho que exerce Hospital Valentim Ribeiro;
- Responsável pelo material cirúrgico da Clínica e que se encontra armazenado no Hospital – curso de manuseamento de material dado pela empresa fornecedora de material e apoio como auxiliar de bloco nas cirurgias de ambulatório da Clínica.

16. Recepcionista MA

- 50 Anos de idade;
- 9º Ano de escolaridade;
- Experiência como recepcionista durante 5 anos na Clipóvoa e cursos na área de Recepção e Gestão de Satisfação de Clientes organizados pela Clínica em parceria com empresas farmacêuticas;
- Contrato individual de trabalho a tempo inteiro com horário flexível;
- Vencimento base + bonificações de acordo com resultados financeiros da Empresa;
- Responsável pela Recepção da Clínica e de todas as marcações de consultas e/ou exames complementares.

17. Recepcionista CS

- 42 Anos de idade;
- Licenciatura incompleta em Engenharia do Ambiente pela Universidade de Aveiro;
- Funcionária a tempo inteiro do Hospital Valentim Ribeiro;
- Colaboradora da Clínica em horário fixo (10h/semana) com suplemento de vencimento assumido pela Clínica;
- Responsável pela Recepção de consultas de oftalmologia do Hospital Valentim Ribeiro.

18. Recepcionista SS

- 52 Anos de idade;
- 9º ano de escolaridade;
- Experiência de Recepção na Cruz Vermelha de Esposende onde é funcionária do quadro;
- Coordenadora da marcação de consultas e recepção de Oftalmologia da Cruz Vermelha de Esposende em horário fixo (10h/semana) com suplemento de vencimento assumido pela Clínica.

19. Recepcionista/Auxiliar de caráter geral MA

- 44 Anos de idade;
- 4º Ano de escolaridade;
- Colaboradora em horário flexível (20h/semana) com pagamento com base nas horas de trabalho + bonificações de caráter irregular;
- Curso básico de Informática permitindo um trabalho mínimo de recepção em caso de necessidade temporária;
- Responsável pelas limpezas da Clínica e respetivo material de apoio.

20. Recepcionista/Auxiliar de Oftalmologia JN

- 25 Anos de idade;
- 12º Ano de escolaridade, curso básico na área de informática e gestão de processos;
- Contrato individual de trabalho;
- Vencimento base + bonificações de acordo com resultados financeiros da Empresa;
- Trabalha em todos os setores de apoio à consulta de oftalmologia desde a recepção, passando pela execução de alguns exames complementares que não necessitem de conhecimentos específicos até ao planeamento da logística de compras de bens consumíveis de caráter geral da Empresa;

A maioria dos colaboradores fazem parte do grupo inicial que criou a Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda e os outros foram sendo escolhidos com base nas necessidades crescentes da empresa.

Os colaboradores médicos e enfermeiros mantêm os vínculos a instituições públicas e exercem a maior parte da sua atividade privada nesta Clínica.

Os colaboradores auxiliares e recepcionistas que não têm contrato individual de trabalho com a Clínica, têm um vínculo profissional estabilizado em outras instituições por indicação expressa do Dr. Miguel Sousa Neves.

Não existe rotatividade de pessoal e os colaboradores que integram a empresa foram convidados por necessidades da Clínica em determinadas áreas de apoio.

A taxa de absentismo é praticamente nula.

O índice de motivação é extremamente elevado e a relação institucional entre os colaboradores é a melhor possível conhecendo todos qual a VISÃO e qual o seu PAPEL nesta organização. Os colaboradores sentem também que a empresa é fruto do seu trabalho e que a sua participação é considerada essencial.

5.2.2. Políticas de gestão de recursos humanos

5.2.2.1. Recrutamento e Seleção

O recrutamento e a seleção de colaboradores são feitos com base nas competências, como aliás já foi referido.

5.2.2.2. Avaliação de Desempenho

A Clínica não dispõe ainda de um sistema de avaliação de desempenho organizado e estruturado. No entanto, o líder da empresa contempla os seus colaboradores com bonificações esporádicas durante o ano que são atribuídas em função do excelente desempenho demonstrado pelos colaboradores na avaliação por clientes habituais e clientes mistério e dos resultados financeiros operacionais.

Está prevista a criação e calendarização de auditorias clínicas periódicas de avaliação do desempenho para todos os colaboradores que decorrerão num tempo específico das reuniões informais mensais.

5.2.2.3. Formação

Desde logo se achou que a formação contínua era essencial não só para a sobrevivência da Clínica como para a sua eventual expansão. A formação permite que os colaboradores e a Clínica possam criar mais oportunidades e, ao mesmo tempo, tirar melhor partido das oportunidades que vão surgindo. Em sentido lato, o processo de formação consiste em ajudar as pessoas a aprender.

5.2.2.3.1. Formação da equipa médica

No que respeita ao grupo de médicos, o modelo de formação é estabelecido de forma diferente dadas as especificidades da sua aprendizagem. A equipa médica delineou em conjunto

um programa de formação flexível que permitirá que todos os seus elementos se mantenham atualizados:

1. Foi decidida a ligação privilegiada com os sítios eletrónicos PUBMED e COCHRANE COLLABORATION que permitem – em tempo real – ter acesso a toda a informação atual publicada no campo da oftalmologia assim como a assinatura de algumas das mais conceituadas revistas científicas da especialidade;

2. Foram decididos quais os Congressos/Reuniões Científicas que poderiam ser relevantes para o cumprimento da Visão Estratégica da Clínica: a reunião anual do Congresso Britânico de Oftalmologistas, as 2 reuniões anuais da Sociedade Europeia de Cirurgia Implanto-Refrativa e a reunião da Sociedade Britânica de Cirurgia de Catarata; para além disso ficou implícito que todos devem incrementar de forma continuada os seus conhecimentos científicos da forma como julgarem mais relevante, sobretudo nas áreas das suas subespecializações;

3. Fortaleceu-se o protocolo com o Instituto de Microcirurgia Ocular de Barcelona e foi criada uma parceria de trabalho com o Instituto de Oftalmologia Fernández-Vega de Oviedo para que os colegas médicos possam efetuar várias estadias de curta duração nessas instituições. No caso específico de Oviedo, e porque há um especialista de renome mundial (J Alfonso Sanchez), foi decidido que algumas das cirurgias mais diferenciadas fossem lá efetuadas sob a supervisão do mesmo e com a presença de colegas da clínica.

4. Todos os médicos têm formação em Medicina Baseada na Evidência para que possam fazer a triagem rápida e correta dos múltiplos artigos científicos que aparecem publicados, assim como aceder a todos os *guidelines* existentes de instituições com créditos firmados no campo da oftalmologia, como por exemplo o NICE (National Institute for Clinical Excellence) e o Royal College of Ophthalmologists of Britain;

5. Instituíram-se reuniões informais onde são discutidos os casos problemáticos ou menos bem sucedidos do mês anterior, assim como são dissecados os procedimentos médico-cirúrgicos, no sentido de se avaliar da necessidade de alguma mudança que tenha que ser efetuada na prática clínica. Na prática clínica casos complexos ou que alimentem dúvidas de diagnóstico e/ou tratamento são discutidos de imediato com os colegas presentes nas instalações ou via internet para uma decisão rápida e qualificada.

5.2.2.3.1. Formação dos outros colaboradores

No que respeita aos restantes colaboradores, foi utilizado um modelo simples preconizado por Jones (1985) que utiliza 3 fases para descrever o processo de formação:

1. Compreender bem;
2. Fazer bem;
3. Fazer com que pegue (com que funcione).

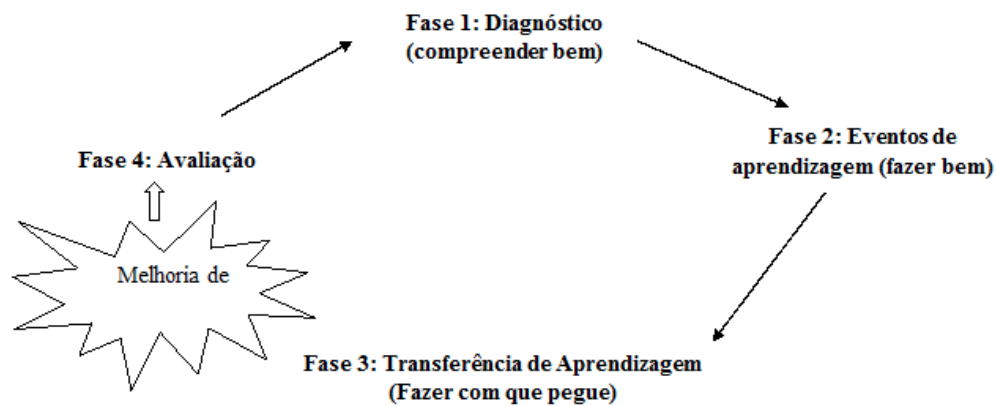


Figura 15: Fases do processo de formação

O DIAGNÓSTICO das necessidades de formação centra-se na preocupação de apurar se as pessoas estão a fazer o seu trabalho adequadamente.

Para isso, é preciso que o colaborador:

- Saiba o que fazer (especificação);
- Saiba como fazer (capacidade e reconhecimento);
- Esteja equipado para o fazer (recursos);
- Saiba quanto bem deve ser feito (medida e comparação);
- Seja capaz de o efetuar (envolvimento);
- Queira fazê-lo (motivação).

Para se efetuar o diagnóstico foi decidido que o Diretor da Empresa teria reuniões individuais com todos os colaboradores – com exceção da equipa médica cujas reuniões têm sido informais e algumas vezes em grupo – para que, depois em conjunto, fosse possível detetar as necessidades de formação que cada colaborador sentia no desempenho das suas funções,

discutindo as suas dificuldades e descobrir as áreas específicas necessárias para realizar a sua atividade que necessitam de desenvolvimento acrescido.

Desta forma, tenta-se tirar partido de todas as capacidades e potencialidades de cada colaborador individualmente, minimizando ou, idealmente, eliminando o *gap* existente entre as competências que cada colaborador tem e aquelas que ele coloca de facto em prática quando exerce o seu trabalho. Esta é uma abordagem que tem em conta aquilo que o próprio colaborador acha do seu trabalho e das suas capacidades para o desenvolver da melhor forma, tem-se em conta o significado que cada colaborador atribui ao seu próprio trabalho – perspectiva construtivista/interpretativa de abordagem às competências. Esta perspectiva vem contrapor a abordagem tradicional em que se considerava que as competências eram um conjunto de atributos específico e pré-determinado – perspectiva racional de abordagem às competências.

Aqui na Clínica, adopta-se uma perspectiva construtivista para atingir o desenvolvimento de competências e daí a razão da existência das reuniões individuais do Diretor da Clínica com cada colaborador. Só assim é possível conseguir o desenvolvimento de competências de todos os colaboradores da Clínica.

Todos estes aspetos devem ter sempre como fio condutor a visão estratégica da Clínica e quais os passos necessários para se caminhar no sentido da sua missão.

Questões como:

- Porque estamos a fazer isto?
- Quais os objetivos pretendidos?
- O que se pode fazer para melhorar a *performance* individual?
- Quais as limitações encontradas?
- O que se faz nas outras empresas do género?
- Quais os índices de melhoria para este ano?

são discutidas e é estabelecido um acordo de aprendizagem.

O acordo de aprendizagem prevê uma série de ações que devem ser tomadas por cada colaborador, durante um período renovado de 6 em 6 meses, com um *timing* flexível e escolhido pela pessoa em questão mediante as ofertas existentes.

O acordo de aprendizagem aborda 3 tipos de necessidades de formação:

- REATIVAS: Quando existe um problema e é necessária formação para o resolver;
- FLEXÍVEIS: Quando a formação é necessária para capacitar as pessoas para determinadas tarefas;
- DESENVOLVIMENTO: Formação durante um período de tempo, visando a preparação

para tarefas futuras.

No fim de cada período há uma avaliação conjunta dos resultados obtidos, os quais têm influência direta nas bonificações (incentivos de ordem financeira) e na redistribuição de tarefas.

Os EVENTOS DE APRENDIZAGEM variam consoante as necessidades específicas de cada colaborador e incluem:

- Frequência de cursos tradicionais (ex.: cursos básico de informática, recepção, atendimento telefónico, gestão de stocks, etc.);
- Fornecimento de material para autoformação (ex.: acesso a material escrito sobre determinadas tarefas);
- Tarefas adicionais e responsabilidades acrescidas;
- Estágios curtos (*action learning*) (ex.: acompanhamento do trabalho no OCT: Tomografia Óptica Coerente do Hospital de S. João para ortoptistas, no laser excimer em Madrid por optometrista, lentes ICL em Oviedo);
- Projetos especiais (ex.: utilização do método de rastreio MTI: PhotoScreener e do Sheridan Gardiner de medição da acuidade visual em crianças dos infantários do Concelho da Póvoa de Varzim);
- Formação no local de trabalho (ex.: ensino da utilização da aparelhos como auto-refratometro, microscopia especular, campos visuais, topografia, tomografia óptica coerente de segmento posterior e anterior aos colegas médicos, técnicos especialistas e aos colaboradores que demonstrem interesse no manuseamento deste tipo de instrumentação não invasiva).

Neste processo de aprendizagem é importante que *“a aprendizagem experiencial ocorra quando uma pessoa se envolve em determinada atividade, a encara retrospectivamente de uma forma crítica, retira ensinamentos úteis da análise e põe os resultados em prática”*.

Pfeiffer and Jones, 1980

David Kolb (1991) refere um diagrama que ilustra os passos da aprendizagem experiencial:

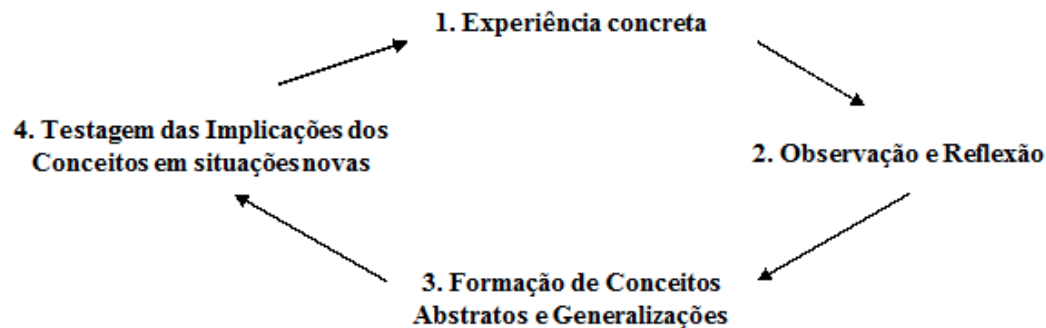


Figura 16: Passos da aprendizagem experiencial

Kolb (1991) refere que normalmente é de aconselhar que o processo de aprendizagem comece por uma experiência relevante. Por exemplo, no caso das recepcionistas, poderemos analisar o trabalho que tem sido desenvolvido por cada uma, numa perspetiva da própria colaboradora: o que pretendia fazer, o que esperava obter, quais as dificuldades encontradas, como acha que poderá melhorar, qual o seu papel na evolução de tarefas da Clínica.

É importante nesta fase que a rececionista tenha uma noção ajustada do que faz, porque o faz, para que serve e como poderá melhorar o seu desempenho, tendo sempre em vista a VISÃO da empresa e o facto de se considerar um peça essencial na prossecução dos objetivos traçados.

Numa fase posterior (fase 3) será possível ao colaborador compreender a dimensão do seu papel e – com apoio do Diretor da Clínica – planear as mudanças que julga importantes efetuar.

Por último (fase 4) o colaborador poderá testar aquilo que aprendeu, podendo ir redefinindo caminhos e processos.

Nos processos de formação de Jones (1985) é essencial que a aprendizagem pegue, isto é, que possa ter resultados práticos para o formando e para toda a equipa de trabalho. Daí que todos os processos de aprendizagem terão que ser testados no próprio ambiente de trabalho para se avaliar a sua relevância para a Clínica. Assim, no processo de formação instituído na Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves, o local de trabalho foi, sempre que possível, privilegiado como centro de aprendizagem.

No final de cada ano o acordo individual de aprendizagem é analisado pelo CMT: *Change Management Team* e depois o balanço é feito pelo Diretor e pelo colaborador em causa.

Todas as alterações que vão ocorrendo na Clínica são sempre acompanhadas por uma análise sistemática dos resultados da aplicação regular do questionário SERVQUAL aos utentes/clientes da empresa numa 1ª fase e ultimamente por um outro questionário mais flexível, simples e de adesão maior por parte de quem frequenta a clínica.

NOTA:

No caso específico da Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda. foi decidido trabalhar em todos os processos com o grupo base considerado crucial para as mudanças que continuamente vão sendo operadas na empresa: o *Change Management Team* (CMT) que é constituído pelo Diretor da Clínica, uma colega oftalmologista e uma enfermeira instrumentista, todos profundos conhecedores de todos os processos de formação e evolução da empresa.

5.2.2.4. Comunicação Organizacional

É essencial trabalhar a comunicação tanto interna como externa da empresa. No campo da comunicação interna há um objetivo primário que é fazer sempre com que todos os colaboradores conheçam perfeitamente quais os objetivos estratégicos da empresa e sintam que fazem parte integrante da mesma. Diz Nguyen-Thanh (1991) que “*a primeira missão de uma estratégia de comunicação interna é criar as condições necessárias para a satisfação da estratégia geral da empresa*”.

A) PROCESSO DE FORMAÇÃO DE IMAGEM CORPORATIVA

No caso específico da Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda foi decidido trabalhar, numa fase inicial, com o grupo base considerado crucial para as mudanças que vão sendo operadas na empresa: o *Change Management Team* (CMT) que é constituído pelo Diretor da Clínica, uma médica oftalmologista e uma enfermeira instrumentista.

O CMT reuniu várias vezes tendo feito uma avaliação sumária da Clínica nos seguintes parâmetros:

1. Autoimagem, com base em inquéritos aplicados;
2. Imagem intencional, com base em documentos que “chegam” aos clientes (newsletter, cartões, panfletos, papel tipo, marketing efetuado, etc.);
3. Imagem pública, avaliando os questionários sobre satisfação de clientes que a empresa regularmente produz e envia de forma aleatória a clientes seus assim como solicita o seu preenchimento voluntário no final das consultas.

Após várias reuniões, que incluíram todos os colaboradores, decidiu-se por uma estratégia que incluiu a avaliação prévia do tipo de mercado e clientes, uma reanálise da criação do nome da empresa, um estudo da Comunicação Externa e da realidade atual da Clínica, após o qual se poderia alterar o Programa de Identidade Visual Corporativa básico que já existia.

B) AVALIAÇÃO DO TIPO DE MERCADO E CLIENTES

A Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda sabe que a sua viabilidade estará assegurada se continuar a cuidar dos seus pacientes de uma forma eficaz e eficiente.

A procura crescente dos seus serviços traduzida por um aumento exponencial dos pedidos de consulta e das marcações de cirurgia indicam uma boa prática clínica que é necessário preservar e incrementar.

Cuidados eficazes e eficientes pressupõem uma oferta excelente de cuidados globais de saúde que se inicia no momento em que o telefone toca, prolonga-se pelo exercício de cuidados de saúde sempre atualizados, *servidos* de forma rápida e rigorosa e *regados* com consciência e humanidade e só termina quando cessa a relação de empatia e/ou contratual existente entre o médico e colaboradores e o paciente/utente.

De qualquer modo, a Clínica resolveu analisar o tipo de mercado e clientes que recorrem a esta empresa para tratamento das suas patologias.

Estudou-se o escalão etário, a distribuição por sexo e a proveniência dos clientes tanto para consulta como para cirurgia, tendo em devida conta a VISÃO criada para a Clínica.

A análise dos dados do escalão etário permitiu concluir que há um segmento importante que frequenta a consulta e que têm mais de 40 anos de idade. No que respeita ao sexo, há uma ligeira predominância de elementos do sexo feminino embora não seja significativa.

Tendo em devida conta que as cirurgias mais importantes e vetores estratégicos da Clínica são a cirurgia de catarata e o tratamento por injeções intravítreo da degenerescência macular relacionada com a idade – que aparecem nos mais idosos – é importante reforçar a imagem da empresa junto deste grupo que continuará a ser, nos próximos 10 anos, o fornecedor principal de cirurgia.

Há também uma percentagem interessante nos mais novos que poderemos incrementar se reforçarmos a imagem real de uma equipa multidisciplinar e competente no diagnóstico e tratamento de doenças do foro da oftalmologia pediátrica.

No escalão etário 20-40 anos há que repensar a estratégia de abordagem dos clientes que procuram solução para os seus problemas visuais pois que já foi ultrapassada a procura desenfreada de um tratamento “laser” para se ficar sem óculos e hoje apontam-se caminhos mais rigorosos e reversíveis como a colocação de lentes intraoculares. Este segmento é formado essencialmente por pessoas bem formadas a nível educacional e do conhecimento relativo do que procuram, pelo que é essencial que o fornecimento de serviços seja o mais inovador aliado a uma precisão rigorosa dos potenciais riscos/benefícios.

Apostando em sermos os “melhores” a norte do Porto, é importante analisar a área de ação da empresa e apostar numa Comunicação que chegue às cidades que consideramos estratégicas para um incremento da Consulta e da Cirurgia.

Uma análise comparativa e sequencial com estudos nos últimos 5 anos, permitiu concluir que há um mercado “assegurado” nos concelhos da Póvoa de Varzim, Esposende, Vila do Conde e Barcelos. A percentagem atual de pacientes da cidade de Braga (9%), apesar da forte concorrência não só pelo novo hospital público de gestão privada (Escala Braga) como também da instalação de um grande hospital privado (Trofa Saúde), pode ser incrementada apostando numa cativação paciente a paciente (empatia médico-doente no seu expoente máximo). O Distrito de Viana do Castelo, onde neste momento a qualidade de serviços do hospital público e do único privado não parece ser de qualidade superior, oferece uma percentagem de 12% de clientes havendo uma grande margem de progressão de captação de clientes tendo em conta a atual fraca competitividade no campo de serviços oftalmológicos. Daí que se tenha decidido apostar essencialmente numa Imagem de Inovação que chegue a potenciais clientes via órgãos de comunicação local nas áreas em que estamos a apostar em incrementar o número de clientes, além de se reforçar a ideia de competência e fiabilidade com ênfase nos recursos humanos e com cuidados orientados para os pacientes (PFC – *Patient Focused Care*) que nos procuram.

C) CRIAÇÃO DO NOME

O nome “Miguel Sousa Neves” foi escolhido tendo em devida conta o número de clientes que possuía o Diretor da Clínica e a imagem de competência criada desde o tempo que iniciou funções como oftalmologista e Diretor do Departamento de Oftalmologia da CLIPÓVOA – um hospital privado que era, no fim dos anos 80 e princípios de 90, a maior unidade privada de cuidados de saúde no país.

Especializou-se no Reino Unido e veio para Portugal trabalhar na Clipóvoa quando esta dava os seus primeiros passos na área de saúde. Teve a oportunidade de criar um Departamento à

sua imagem espelhando os métodos de funcionamento que aprendera nos anos em que viveu na Inglaterra. O Serviço cresceu de um único oftalmologista para 10 médicos especialistas em 2000 e uma média diária de cerca de 100 pacientes para consulta.

Quando resolveu sair da Clipóvoa e criar uma Clínica de Serviços Oftalmológicos juntamente com colaboradores que considerava mais importantes pelas suas capacidades, foi colocada a questão do nome da empresa.

“Clínica Oftalmológica do Norte”, “ Instituto de Microcirurgia Ocular do Norte “ foram vários dos nomes pensados para eventual registo oficial.

No entanto, a conselho de uma empresa vocacionada para a gestão de imagem, foi decidido rentabilizar a mais valia que havia no momento: o “Dr. Miguel Sousa Neves” com capital de competência e credibilidade acumulado nas funções de oftalmologista e Diretor de Departamento.

Deram-se exemplos naquela altura que, mesmo fora da área da saúde, há nomes que são importantes na Comunicação e Imagem da empresa. A mediatização dos responsáveis é um fenómeno recuperado em Portugal nos anos 80 por figuras como Belmiro de Azevedo, Salvador Caetano, Américo Amorim e Rui Nabeiro entre muitos outros.

Assim, ficou decidido que a empresa se chamaria CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DR. MIGUEL SOUSA NEVES LDA. e foi este o nome aceite no Registo Nacional de Pessoas Coletivas.

D) PROJETO DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL: CRIAÇÃO E GESTÃO DE IMAGEM

No caso específico da Clínica Oftalmológica os consumidores do produto em oferta são o público em geral e, mais especificamente, as pessoas que residem *a norte da cidade do Porto*.

A Identidade Visual da empresa é suportada pelo logótipo criado, assim como o respetivo Manual de Normas. A revista da Clínica, com publicações regulares, é entregue a todos os pacientes e aqueles utentes das Unidades que trabalham em rede com a Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves, onde é transmitida uma imagem global da empresa realçando os pontos fortes considerados relevantes para incrementar a sua imagem positiva e descrevendo assuntos que sejam do interesse prático de quem poderá recorrer a uma clínica de oftalmologia.

D1) Gestão da Imagem: Identidade visual e Comunicação corporativa

A comunicação institucional visa gerir positivamente a imagem da empresa e, para isso, tem de ter em conta a identidade visual da mesma.

A identidade visual é um fator imprescindível para a fidelização da marca e para o fortale-

cimento da imagem corporativa. Não inclui apenas a parte gráfica, mas também o ambiente, o uniforme dos funcionários, o atendimento e tudo que remete à empresa.

A identidade visual de uma empresa é como uma assinatura, que identifica e reconhece, recorrendo ao visório. Ela é importante para a manutenção da imagem da empresa e permite divulgar as filosofias, políticas e atitudes de entidade profissional.

Com o intuito de remodelar e promover a imagem da empresa, realizaram-se determinadas alterações na identidade visual da mesma.

Criou-se um novo logótipo, com uma marca representativa da Clínica, e o respetivo manual de normas básicas de identidade, assim como inúmeras aplicações da logo marca, tal como o papel de carta, fax, o cartão de visitas, de consulta, o cartão de receitas e de identificação, os envelopes, a capa de exames e os uniformes. Foi criada também uma revista específica desta e para esta Clínica.

A logo marca é o primeiro passo de entrada para a empresa. É a divulgação visível da Clínica e dos seus ideais.

A marca e o nome da empresa têm uma estreita ligação. A marca surge para encurtar, posicionar e divulgar a entidade em questão. Ela representa a imagem institucional, mas também a imagem de relacionamento da entidade patronal. A marca sintetiza as iniciais do nome da empresa Miguel Sousa Neves para MSN. Surge, desta forma, para cumprir os objetivos do sujeito, de dar destaque, não para ser conhecido, mas sim reconhecido.

O “MSN” surge no tom azul, para estabelecer uma continuidade com a estética arquitetónica do espaço. Esta sigla surge entrecortada por uma linha branca que representa a linha do horizonte e a linha de visão, o campo do observável. O “S” não aparece por completo, pois é composto por duas formas que se assemelham ao olhar, no entanto, há a ideia implícita da letra “S”.

A conceptualidade que se pretendia de inovação, modernismo, vanguardismo e minimalismo é obtida, através do uso de cores simples, alegres, modernas e joviais, como o verde e o azul da Clínica. As aplicações da marca e logo marca contêm pouca informação visível, para estabelecer a continuidade do conceito minimal. Para seguir a mesma linha de pensamento, optou-se por uma marca que assentasse sobre uma forma geométrica quadrangular. Esta forma simétrica inova no campo da oftalmologia, já que esta tem por hábito recorrer a formas circulares.

Para a definição do logótipo da Clínica, utilizaram-se dois tipos de letra, a Univers 45 Light e a Univers 55. Para a informação textual referente à Clínica Oftalmológica, recorreu-se à fonte Univers 45 Light e para a informação que concerne ao Dr. Miguel Sousa Neves, aplicou-se a Univers 55. Com a utilização destas diferentes fontes, consegue-se dar mais ênfase a uma

determinada informação textual. Desta forma, mantém-se os princípios da Comunicação Institucional da Clínica, de reafirmar a imagem da entidade (Dr. Miguel Sousa Neves) em questão.

O manual de normas básicas de identidade surge com o intuito de gerir positivamente a identidade visual da Clínica. Neste manual, representado fisicamente como uma maquete, estipulam-se as normas específicas que se devem seguir na utilização da marca da Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves. O correto gerenciamento destas regras funciona para projetar a Clínica com elegância, rigor e profissionalismo. A marca deve, por isso, manter-se constante e de acordo com as regras deste manual, de forma a que a imagem institucional e a marca não sejam adulteradas.

As aplicações existentes numa entidade corporativa foram elaboradas, neste caso específico, tendo em conta, a projeção da logo marca para a Clínica. Seguem a mesma linha estética a nível de cores, fontes e escalas, entre outros fatores.

Para a gestão da imagem da Clínica reformulou-se não apenas a comunicação institucional de textos e publicações, mas também dos uniformes para os colaboradores e para a equipa médica. Estes elementos são fundamentais para a apresentação interna e externa da Clínica e funcionam como um fator de apresentação das ideologias da Clínica.

A revista surgiu com a necessidade de informar e alertar os utentes da Clínica, sobre o espaço físico, a equipa que a constitui, as colaborações que mantém com outras entidades, as cirurgias que efetua, entre outros aspetos relevantes sobre a entidade profissional. Esta revista mantém os elementos característicos da identidade visual elaborada, tanto nas cores, no formato e na conceptualidade e é apresentada fisicamente sob a forma de uma maquete/esboço, para que se tenha uma noção mais precisa do que a revista terá sempre que ser. Pretende inovar na oftalmologia sem que perca a ligação preferencial com os utentes.

D2) Comunicação below the line

Entendemos por “below the line” tudo o que não é publicitado nos *media*. Em 2014, a Clínica investiu cerca de 10.000 euros neste tipo de publicidade.

A Clínica Oftalmológica tem uma parceria com o *LIONS CLUBE DA PÓVOA DE VARZIM* para o rastreio das crianças de todos os infantários do Concelho da Póvoa de Varzim. Esta parceria funciona de forma institucionalizada desde que a Clínica foi criada e consiste numa visita anual por parte de uma técnica superior de Ortóptica a todos os infantários do Concelho

mediante marcação prévia. Todos os casos suspeitos são referenciados para a Clínica onde um médico oftalmologista examina as crianças.

O *LIONS* “empresta” o nome e o prestígio de uma Instituição de Utilidade Pública sem fins lucrativos e os custos humanos e financeiros do projeto são assumidos integralmente pela Clínica. O rastreio é totalmente gratuito para a comunidade poveira e, só no ano passado, foram examinadas cerca de 800 crianças entre os 3 e os 5 anos de idade.

Os infantários fazem chegar a todos os pais um folheto explicativo do programa de rastreio onde se informa que a componente técnica é da responsabilidade exclusiva da Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves.

A Clínica Oftalmológica tem também uma parceria com o *LIONS CLUB INTERNACIONAL* através da sua Assessoria para a Visão que é assegurada pelo Diretor da Clínica há 10 anos consecutivos. A parceria visa sensibilizar a população em geral para a necessidade de um rastreio visual atempado por médico oftalmologista a todos os doentes diabéticos, pois a *DIA-BETES* é a principal causa de cegueira em Portugal. A degradação da função visual pode ser evitada por um diagnóstico atempado e um tratamento adequado.

A campanha – financiada integralmente pela Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves – assenta em 3 aspetos:

1. Cartaz com mensagem adequada que é afixado em unidades de saúde e centros de solidariedade social. Nesse cartaz, há uma alusão ao patrocínio desta empresa.

2. Vídeo para utilização informática, de carácter pedagógico e com uma duração de 10 minutos, em que se explica o que é a retinopatia diabética (diabetes ocular) e se apresentam depoimentos de pacientes com idades variadas e diferentes graus de patologia ocular. O vídeo destina-se a sessões de formação e de confraternização de todos os clubes *LIONS* do norte do país.

3. Desde 2003, que foi aceite pela SIC (SIC Esperança) a passagem de um videoclip de 30 segundos durante 2 meses por ano em que se tenta sensibilizar a população diabética – cerca de 600.000 em Portugal - para a necessidade de uma consulta regular por médico oftalmologista. Nesse vídeo, o Diretor da Clínica é o médico que presta essa informação. No ano de 2005, foi também possível associar a RTP a este projeto e o videoclip tem sido passado nos seus 2 canais, várias vezes por semana, durante o mês de Novembro de cada ano (14 de Novembro é o dia mundial da diabetes).

4. A Clínica mantém uma parceria ativa com a maioria das instituições de solidariedade social do Concelho da Póvoa de Varzim oferecendo consultas gratuitas a todos os carenciados com destaque para as crianças que são vistas sempre que necessário e sem limitações de número.

O Diretor da Clínica é ainda colaborador pontual dos jornais VOZ DA PÓVOA, MAIS SEMANÁRIO e FAROL DE ESPOSENDE, sendo estes os jornais regionais de maior expressão nestes dois concelhos.

De 3 em 3 meses, publica também um artigo sobre PROBLEMAS OCULARES contando histórias de casos fictícios com base na realidade quotidiana que cativam o público leitor. Pelas sondagens efetuadas regularmente pelos jornais junto do seu público os artigos estão bem classificados nos índices de popularidade e leitura.

Em breve, pensa-se alargar a colaboração do Diretor da Clínica ao jornal A VOZ DO MINHO com grande circulação em Braga e a jornais do distrito de Viana de Castelo.

Sempre que possível são publicitados estudos clínicos ou técnicas cirúrgicas inovadoras na imprensa de âmbito nacional.

É intenção do responsável da Clínica continuar a publicitar todas as inovações que se vão efetuando e fazer um esforço para delinear projetos anuais com possível expressão mediática, além da necessidade absoluta que a empresa tem de ir trabalhando de forma contínua e sistemática em projetos de inovação clínica e/ou tecnológica.

Está-se a proceder à remodelação do *site* da Clínica, o qual servirá para criar uma maior dinâmica na apresentação da empresa e dos seus serviços, publicitação de todas as inovações e criação de interação com o público em geral, assim como agilizar o processo de marcação de consultas online. O modelo gráfico está a ser trabalhado e estará de acordo com o Manual de Identidade Visual que foi criado.

D3) Auditoria e Controlo de Comunicação

Para que a comunicação possa ser eficaz proceder-se-á à organização do *feedback*, utilizando tempo disponível nas reuniões semanais do CMT e mensais de todo o grupo de trabalho para:

- Avaliação das medições sistemáticas dos efeitos da comunicação;
- Vigilância atenta dos mercados, da tecnologia e da concorrência;
- Avaliação da disponibilidade em dialogar (*feedback*).

Provavelmente contratar-se-á (em tempo parcial) uma pessoa com formação específica em Comunicação e Publicidade e com interesse na área de saúde para fazer as medições e avaliações necessárias para que todo o projeto possa *fazer caminho, caminhando...*

5.2.2.5. Satisfação Laboral

Para avaliar a satisfação laboral na Clínica em estudo utilizou-se o questionário **Índice Potencial Motivador (IPM)**. Este instrumento de análise recolhe informação acerca da maneira como as pessoas reagem a vários tipos de trabalho. Segundo Hackman e Oldhman (1980), as características centrais do trabalho são a variedade, a identidade, o significado, a autonomia e o feedback que influenciam o modo como as pessoas vivenciam o trabalho que desenvolvem.

O questionário mede assim:

- **A variedade de atividades:** Grau em que uma função requer uma variedade de atividades diferentes;
- **A identidade da tarefa:** Grau em que uma determinada função requer a realização de um todo identificável;
- **O significado da tarefa:** Grau em que o trabalho tem um impacto significativo na vida das outras pessoas;
- **A autonomia:** Grau em que o trabalho providencia uma liberdade substancial e independência relativa;
- **O feedback:** Grau em que o indivíduo recebe uma informação clara e direta acerca da eficácia do seu trabalho.

A fórmula de cálculo do Índice Potencial Motivador é a seguinte:

$$\text{IPM} = \frac{\text{Skill variety} + \text{Task identity} + \text{Task significance}}{3} \times \text{Autonomy} \times \text{Feedback}$$

Neste questionário os colaboradores foram divididos em 3 grupos:

- Grupo A: Médicos
- Grupo B: Técnicos Superiores e Enfermeiros incluindo os do hospital Valentim Ribeiro que ocasionalmente trabalham com Oftalmologia
- Grupo C: Recepcionistas e Auxiliares incluindo os da Cruz Vermelha e Hospital Valentim Ribeiro que ocasionalmente trabalham com Oftalmologia

Nos grupos A e B os colaboradores estão muito próximos, têm objetivos bem definidos, tarefas distribuídas por ajustamento mútuo e com base nas qualificações e competências e já trabalham em equipa há alguns anos.

O grupo C é formado por colaboradores menos diferenciados, em que as tarefas são atribuídas de uma forma vertical, embora com algum *input* dos mesmos na sua definição.

Resultados:

Grupo	IPM	Desvio-Padrão
Grupo A	241,49	7,84
Grupo B	125,68	9,16
Grupo C	122,51	9,59

Os resultados vão de encontro ao que se esperava com o Grupo A de acordo com o tipo de tarefas, autonomia e o *feedback* que obtêm do trabalho efetuado.

No Grupo B e C é de ressaltar o facto do IPM ser considerado muito bom para os grupos em análise, mesmo quando dissecando os diferentes valores. De notar que parecem gozar de uma autonomia relativamente boa, a variedade de tarefas é aceitável e o *feedback* existe especialmente nas reuniões regulares de todos os colaboradores.

De qualquer modo seria de esperar um IPM um pouco mais elevado das enfermeiras e técnicas superiores que acompanharam a equipa médica de início, embora se compreenda que o seu trabalho específico não possa garantir tanta liberdade e variedade como na classe médica.

Dado que não foi possível um inquérito anónimo, embora fosse sempre ressalvada a necessidade de respostas “sinceras” com o objetivo único de melhoria e nunca de penalização, há que ter em devida conta esse facto que retira um pouco a neutralidade do mesmo. De qualquer modo, isso não invalida a leitura dos resultados que, de alguma forma, confirma o que se pensava em relação a esta matéria.

5.2.2.6. Conflitualidade Laboral

Negociação é o processo que utilizamos para satisfazer as nossas necessidades quando alguém controla o que queremos ou, mais formalmente e de acordo com Caetano e Vala (2002) que citam Rubin e Brown (1975) “*é um processo através do qual duas ou mais partes tentam estabelecer o que cada uma delas, no quadro de uma transação, deve dar e obter, ou deve efetuar ou receber*”.

O conflito é um reconhecimento e uma confrontação das nossas diferenças. E constitui uma

fonte de reconhecimento mútuo, potencial.

Na negociação é necessário:

- **Uma Atitude** – essencial à vida, sendo que os negociadores de sucesso têm uma atitude positiva;
- **Um Princípio** – ganhar/ganhar, pois esta concepção significa simplesmente bom negócio;
- **Um Estilo** – que pode ser de colaboração, acomodação, compromisso, competição e/ou evitamento.

(Caetano e Vala, 2002, com citações de outros autores)



Figura 17: Estilos de negociação

Os 5 estilos de negociação presentes no modelo são os seguintes:

- **Competição:** Quando se necessita uma ação decisiva e rápida ou quando estão em causa princípios vitais da empresa. Origina situações de *win-lose*.
- **Colaboração:** Quando o objetivo é aprender e quando se pretende ganhar envolvimento incorporando ambas as posições. É frequente uma situação de *win-win*.
- **Compromisso:** Quando se procuram soluções expeditas e o tempo urge ou quando os opositores têm igual poder e objetivos opostos. É a negociação pura em busca de soluções aceitáveis e satisfatórias.
- **Evitamento:** Quando o problema é trivial e há outros aspetos mais importantes em jogo.

Ignora a existência de conflitos e evita a confrontação.

· **Acomodação:** Quando a harmonia é fundamental utiliza-se este estilo de submissão. Permite que os subordinados aprendam com os erros.

No caso da Clínica solicitou-se a autoavaliação ao líder para analisar em que medida é **que ele** utiliza os comportamentos mencionados como estratégia de resolução de conflitos.

Utilizou-se um questionário desenhado para o efeito com os seguintes resultados.

Resultados:

Colaboração	Acomodação	Compromisso	Competição	Evitamento
22	18	19	18	9

A pontuação maior na COLABORAÇÃO demonstra que o líder olha os conflitos como desafios coletivos, procura soluções integrativas e busca soluções onde todos possam ganhar, o que está de acordo com a filosofia da empresa que se pretende que mantenha um forte componente afetivo e um sentimento de pertença.

A menor pontuação no EVITAMENTO significa que não é **habitual** apelar a regras burocráticas para a resolução de conflitos, o líder não evita a confrontação e não ignora a existência de conflitos.

5.3. Critério 3 – POLÍTICA E ESTRATÉGIA (9%)

Tendo em devida conta a MISSÃO da empresa – segundo Fragata e Martins (2004), “*a razão de ser de uma organização*” – que é, no caso da Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda., “SER A MELHOR CLÍNICA DE OFTALMOLOGIA A NORTE DO PORTO”, será necessário ir fomentando valores como cuidados de saúde centrados no paciente, inovação, motivação constante dos colaboradores, ética, qualidade e também criação de valor económico e social.

Para que a empresa possa manter uma dinâmica que garanta todos estes pressupostos é essencial que a mesma esteja em constante mutação para que se possa ir reajustando à realidade de uma sociedade de informação.

Ainda de acordo com Fragata e Martins (2004), “a capacidade de gerir em simultâneo, a continuidade e a mudança, atingindo um trade-off entre elas, possibilita a criação de uma visão. Uma visão bem articulada providencia orientação em relação àquilo que deve ser preservado e em que direção deverá observar-se o desenvolvimento da organização”.

Na Clínica em estudo, “QUEREMOS SER OS MELHORES NA OFERTA DE SERVIÇOS DE EXCELÊNCIA DE CONSULTA E EXAMES COMPLEMENTARES ASSIM COMO NA CIRURGIA DE CATARATA E REFRACTIVA”.

Esta é a VISÃO da empresa tendo sempre em devida conta as questões formuladas por Hamel e Prahalad (1994):

1. Que clientes serviremos no futuro?
2. Através de que canais serviremos os nossos clientes no futuro?
3. Quem serão os nossos competidores no futuro?
4. Qual será a nossa vantagem base para competir no futuro?
5. De onde virão as nossas margens no futuro?
6. Que competências nos farão únicos no futuro?
7. Em que mercados participaremos no futuro?

Para isso é necessário fomentar um desenvolvimento que permita à Clínica adaptar-se continuamente e ter flexibilidade para dar resposta a estas questões no futuro.

De qualquer modo, e segundo Robert Kaplan, a empresa deverá “trabalhar” em 4 áreas que se interligam:

- **Financeira:** Para alcançarmos sucessor financeiramente, como deveremos apresentar-nos perante quem a dirige? (*trabalhar no ontem*)
- **Clientes:** Para a nossa visão, como deveremos aparecer junto dos nossos clientes? (*trabalhar no hoje*)
- **Processo interno:** Para satisfazer os acionistas e os clientes, por que processo negocial deveremos optar? (*trabalhar no hoje*)
- **Aprendizagem e Crescimento:** Para alcançarmos a nossa visão, como poderemos exercer a nossa capacidade de mudança e melhoria? (*trabalhar para o amanhã*)

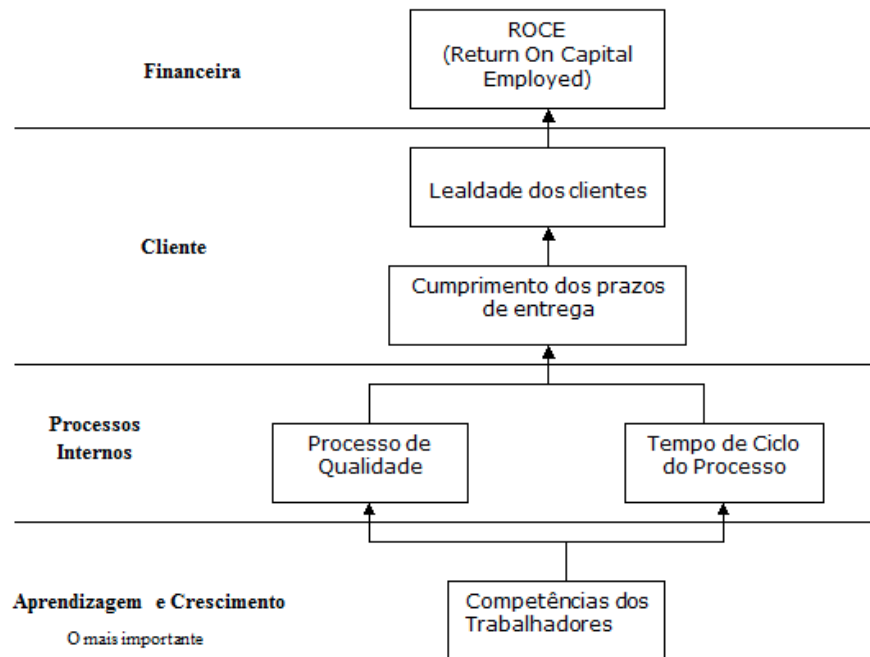


Figura 18: Áreas onde a empresa deverá trabalhar

O volume de negócios tem vindo a aumentar de forma significativa e sustentada, assim como o capital próprio e o resultado líquido dos exercícios dos últimos anos mesmo tendo em conta o carácter recessivo na economia dos últimos anos que se refletiu em parte nos resultados embora de forma não significativa (*Vide Anexo II*).

O ROCE (*Return On Capital Invested*) – como sustenta o esquema acima – é uma consequência de uma cadeia de eventos com uma base de sustentação muito boa.

De qualquer modo, o projeto global que aqui se transcreve faz parte da estratégia da organização na procura de uma melhoria contínua na sua oferta de serviços de saúde e, por consequência, uma melhoria da eficácia organizacional.

Há ainda vários conceitos importantes a reter como, por exemplo, a **criação de valor** e a **medição da performance**.

Em cada organização é necessário criar valor e, para isso, os seus gestores têm que saber orientar e motivar os colaboradores da empresa, de modo a que se consiga obter o máximo de *performance* possível. A informação que chega aos gestores tem que ser fiável, oportuna e relevante para que se saiba a todo o momento como atuar.

A **medição de performance** nas suas várias perspetivas permite que os *stakeholders* (os inte-

ressados/os afetados pelo desempenho na organização: no hospital, os médicos, os enfermeiros, os clientes/utentes, os fornecedores, a sociedade em geral, etc.) conheçam como a organização cria valor.

As expectativas de valor (aquilo que os *stakeholders* esperam) têm a ver com a condição dos intervenientes:

- **Para os clientes:** o grau de satisfação;
- **Para os acionistas:** os resultados financeiros;
- **Para os colaboradores:** motivação, participação, bem-estar, etc.;
- **Para o Estado:** as contribuições (IRC, emprego, etc.);
- **Para os gestores:** a eficácia (*to do the right thing*), eficiência (*to do the things right*), reconhecimento, etc.;
- **Para os credores:** cumprimento das obrigações/compromissos, etc.

Na medição da performance há que identificar por cada um de nós o que fazemos e adequar às necessidades da organização, seleccionar unicamente o que é crítico para a entidade, ter uma visão integrada dos resultados e das atividades desempenhadas, confrontar o realizado com o planeado e concentrar esforços nos geradores de valor.

As métricas de performance têm várias dimensões que se interligam umas com as outras:

- **Financeira:** Preocupação em apurar custos ou resultados externos. No meio hospitalar, os preços das diárias, número de atos médicos e cirúrgicos, etc.;
- **Cliente:** Índice de satisfação de clientes, tempos de espera, estadia, número de reclamações;
- **Processos:** Custo do ato médico, níveis de ocupação das pessoas, equipamentos e espaços, tempo de execução. O que andamos a fazer mal e temos que mudar? No meio hospitalar, saber qual o meio mais rápido e eficaz de tratar o paciente;
- **Desenvolvimento Organizacional:** Níveis de qualificação, índice de satisfação dos colaboradores, como podemos crescer mais e inovar?

É preciso estudar o “negócio”: o que vale mais na Clínica? E apostar nessas áreas em vez de tentar tudo.

Na definição da estratégia há que pensar que “*um sistema de avaliação do desempenho tem como objectivo acompanhar e avaliar a implementação da estratégia, incentivando a comunicação, motivação e alinhamento estratégico das iniciativas operacionais*”. (Robert Simons,

HBS, 1995)

Na escolha dos indicadores de performance deve evitar-se o subjetivismo e focalizá-los no que é crítico.

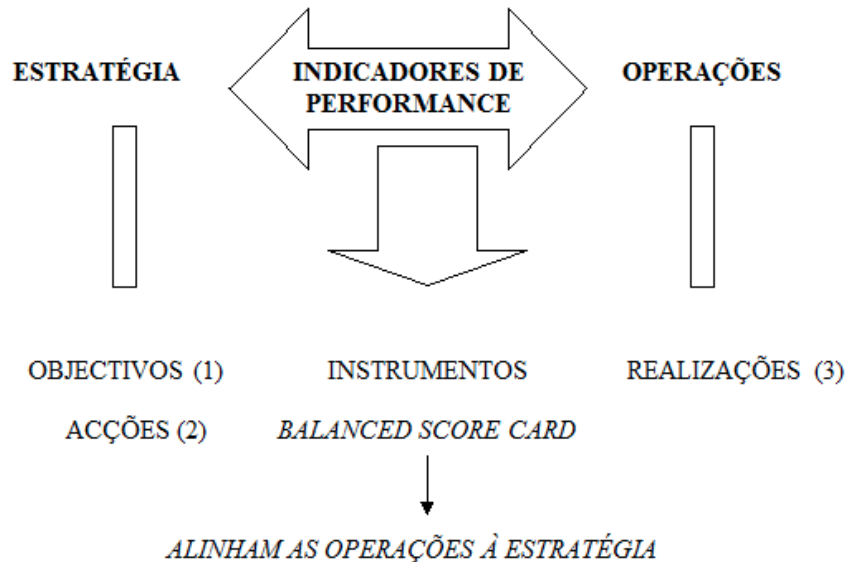


Figura 19: Indicadores de performance

- (1) Exemplo: Número de consultas, número de cirurgias, número de exames, etc.
- (2) Conjunto de processos
- (3) Realizar as intervenções, consultas, cirurgias, etc.

É essencial RESPONSABILIZAR pelos resultados numa ação integrada e interligada que envolve os meios e recursos, a atividade, a realização da missão/objetivos e o meio envolvente, assim como as atividades convergentes (as atividades de uns condicionam a atividade dos outros).

Em termos práticos, a Clínica tem enveredado por uma política e estratégia que preconizam sobretudo a INTRODUÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS E INDICADORES CLÍNICOS. Citamos alguns casos a título exemplificativo:

1. Implementação de um projeto de inovação tecnológica no tratamento de doentes diabéticos

Para tal, foi necessário:

1.1 Aquisição do novo modelo de tomografia óptica coerente (OCT) e um ANGIO OCT, neste caso o equipamento mais inovador no mercado no exame da retina;

1.2. Preparação de equipa médica/técnica para utilização de OCT, ANGIO OCT e para apli-

cação de novas modalidades terapêuticas;

1.3. Renovação regular da autorização que foi solicitada há anos ao INFARMED para utilização de substâncias de importação não comercializada para oftalmologia em Portugal e sua consequente importação através de empresa farmacêutica (triamcinolona e bevacizumab entre outros produtos *off label*);

1.4. Introdução de 2 novos fármacos – ranibizumab e aflibercept – do grupo dos denominados anti-VEGF, para o tratamento protocolado destes pacientes;

1.5. Melhoria da logística na utilização de bloco operatório do Hospital Valentim Ribeiro onde são efetuadas 95% das cirurgias da clínica;

1.6. Marketing da disponibilidade de oferta destas tecnologias pela Empresa.

2. Introdução de correção astigmática no momento da cirurgia de catarata

Para tal, foi necessário:

2.1. Deslocação de um médico e uma enfermeira instrumentista a Oviedo para aquisição de conhecimentos sobre novos equipamentos;

2.2. Solicitação de propostas para aquisição de material cirúrgico;

2.3. Aquisição de material e início de utilização.

3. Utilização do novo angio OCT na Consulta Externa para avaliação de pacientes diabéticos

Para tal, foi necessário:

3.1. Formação de Pessoal técnico da clínica.

4. Utilização do OCT de segmento posterior na Consulta Externa para avaliação de pacientes com glaucoma e de OCT de câmara anterior (Visante) para avaliação do segmento anterior do olho

Para tal, foi necessário:

4.1. Formação de Pessoal técnico da clínica.

5. Utilização de novo Topógrafo de córnea computadorizado para avaliação da córnea

Para tal, foi necessário:

5.1. Formação de Pessoal Técnico da clínica.

6. Utilização de indicadores clínicos de avaliação do sucesso cirúrgico em cataratas

6.1. Aplicação de critérios pré-definidos de análise de sucesso por consulta de processos clínicos;

6.2. Utilização de indicadores clínicos na avaliação do método de cálculo da potência da lente intraocular.

Como se demonstra, a política de saúde da Clínica passa por uma maior eficiência na utilização dos recursos. É orientada para ganhos em saúde e trata-se de uma política centrada no paciente (PFC – *Patient Focused Care*).

5.4. Critério 4 – RECURSOS E PARCERIAS (9%)

A Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves tem estabelecido várias parcerias, de modo a centrar-se exclusivamente naquilo que é o seu *core business*. Entre as parcerias estabelecidas, destacam-se as seguintes:

- Parcerias com a Santa Casa da Misericórdia de Esposende, Cruz Vermelha de Esposende, *Lions Clube* da Póvoa de Varzim;
- Parceria em cirurgia com o Hospital de Santa Maria no Porto;
- Parcerias informais com os Centros de Saúde e USFs da Póvoa de Varzim, Vila do Conde e Esposende para o rastreio da retinopatia diabética e aulas de formação geral em oftalmologia para clínicos gerais;
- Acordo de parceria com o *Lions Club* Internacional para a promoção do rastreio da retinopatia diabética;
- Fornecimento de todo o apoio para o sucesso das parcerias entre a Administração de Saúde (ARS Norte) e o Hospital Valentim Ribeiro;
- Acordo com Empresas farmacêuticas e outras para cursos de formação de recepcionistas, técnicos e médicos oftalmologistas;
- Acordo com SIC Esperança para publicação anual, duração mensal, de videoclip 30 segundos;
- Acordo com RTP para publicação anual, duração mensal, de videoclip 30 segundos.

Recursos:

- Instalações: reestruturação da estrutura física com ampliação da mesma (*Vide Anexo I* Ponto 1. Preparação de nova estrutura física)

- Informatização da Clínica em todos os processos, incluindo o processo do utente com estabelecimento de uma ligação em rede com a Santa Casa da Misericórdia de Esposende e a Cruz Vermelha.
- Ligação informática em rede Clínica – Hospital Valentim Ribeiro – Cruz Vermelha para informação e marcação de procedimentos cirúrgicos;
- Ligação direta e contínua à PUBMED e COCHRANE e revistas científicas para obtenção imediata de informação relevante e atual;
- Ligação direta ao San Diego Eye Foundation (EUA) para fornecimento de córneas para transplante.

5.5. Critério 5 – PROCESSOS (14%)

Para avaliar este critério foram utilizados dois instrumentos de diagnóstico de grande interesse. São eles a HFMEA (*Health Failure Mode Effect Analysis*) e o *Stream Analysis*.

5.5.1. HFMEA – *Health Failure Mode Effect Analysis*

Reconhece e avalia potenciais falhas e seus efeitos assim como identifica ações que possam eliminar ou reduzir a possibilidade de ocorrência documentando o processo.

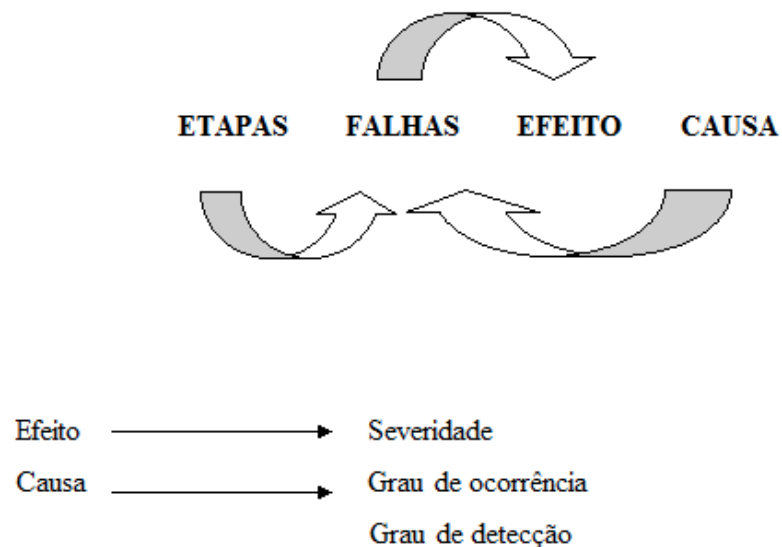


Figura 20: HFMEA – Health Failure Mode Effect Analysis

Grau	Gravidade	Ocorrência	Deteção
1	Irrelevante	Probabilidade remota	Antes de chegar ao cliente
5	Incómodo Perda de Performance	1 em 10	Probabilidade moderada de não detetar
9	Alta Gravidade Segurança	1 em 2	Passa para o cliente

RPN = Gravidade x Ocorrência x Deteção

Mede a intensidade da falha

RPN > 100 Ú Ponto Crítico

Decidiu-se estudar a trajetória do paciente DIABÉTICO a partir do momento em que solicita uma consulta de Oftalmologia na Clínica até ter completado o tratamento necessário para estabilização mínima da doença. A escolha foi baseada no facto de se sentir que poderia haver alguns problemas nesta área cuja eficiência e eficácia é extremamente necessária, porque a doença é geralmente irreversível se não a pudermos controlar. Tudo o que se perde na função visual raramente se recupera.

A Diabetes atinge quase 10% da população portuguesa e cerca de 50.000 portugueses têm perturbações visuais diretamente relacionadas com a diabetes. A Retinopatia Diabética (Diabetes Ocular) é a principal causa de cegueira funcional na população ativa nos países desenvolvidos.

O paciente diabético tem que ser referenciado para uma consulta de oftalmologia logo que for detetada a doença e depois terá que ser acompanhado anualmente até que eventualmente sejam demonstrados sinais incipientes de retinopatia diabética. Caso se venha a detetar Retinopatia Diabética as consultas poderão ter que ser mais frequentes.

Os exames de apoio ao diagnóstico incluem neste momento, entre outros, testes de função visual por técnica superior de ortóptica especializada ou optometrista, exame do fundo ocular por oftalmologista, tomografia óptica coerente OCT e angiografia fluoresceínica ou angio OCT. Destes exames, o único que é invasivo e necessita enfermeira e equipamento de apoio de reanimação é a angiografia fluoresceínica, a qual consiste na injeção de um produto de contraste e fotografia sequencial do preenchimento progressivo dos vasos sanguíneos da coróideia e retina

por esse produto.

Todo o tipo de tratamento tem por objetivo primário evitar que a função visual deteriore ainda mais e consiste, no momento atual, em injeções intravítreo de fatores anti-VEGF, laserterapia e/ou cirurgia (vitrectomia). A Clínica Oftalmológica, através do Hospital Valentim Ribeiro, já obteve autorização do Infarmed para importação dos produtos inovadores e consequente utilização nos seus pacientes segundo protocolo previamente estabelecido e com o apoio do Conselho de Ética do Hospital.

A evidência médica atual aponta para um benefício com valor significativo em certos casos específicos com a utilização de produtos anti-VEGF inovadores no tratamento da retinopatia diabética.

Geralmente, tudo o que se perde não se recupera pelo que é muito importante uma observação e tratamentos atempados, rigorosos e regulares.

N.º	Etapas	Incidentes	Efeito	S	Causa	O	D	RPN
1	Tempo de espera	2 meses	Atraso no diagnóstico Agravamento da situação	4	Consulta superlotada	9	4	144
2	Avaliação preliminar por ortoptista	Erro na avaliação	Erro no encaminhamento	9	Experiência	1	4	36
3	Retinografia, OCT *	Possibilidade de não detetar patologia relevante	Não tratar atempadamente	4	Meios de transparência	3	3	36
4	Exame por oftalmologista	Possibilidade de não detetar patologia relevante	Não tratar atempadamente	7	Tempo escasso para consulta especializada	1	1	7
5	Angiografia fluoresceínica	Deslocação a outro Centro	Atraso no tratamento	6	Falta de equipamento na Clínica	5	6	180
6	Laserterapia/Injeção intravítreo de anti-VEGF	Erro no tipo e modo de tratamento	Perda progressiva de função visual	9	Falta de experiência de especialista e/ou colaboração do paciente	2	4	72
7	Cirurgia de vitrectomia	Falta de centro Hospitalar bem equipado e custo elevado da cirurgia	Perda irreversível de visão	8	Existência de poucos Centros e inexistência de acordos com ARS	4	7	224

S = Severidade

O = Ocorrência

D = Detecção

* OCT = Tomografia Óptica Coerente ou angio OCT

Ações recomendadas:

Etapa 1. RPN = 144

Ação recomendada > Criação de consulta especializada

∨

Responsável: Recepcionista

∨

Ação imediata

Etapa 2. RPN = 36

Etapa 3. RPN = 36

Etapa 4. RPN = 7

Etapa 5. RPN = 180

Ação recomendada > Acordo de marcação e transporte com o

∨

Centro de Angiografia

∨

Responsável: Diretor

∨

Ação a curto prazo

Etapa 6. RPN = 72

Etapa 7. RPN = 224

Ação recomendada > Criação de Unidade específica com acordo com ARS

∨

Responsável: Diretor

∨

Ação a médio prazo

Resumo final:

Pretende-se reavaliar os resultados deste trabalho após 6 meses esperando que os problemas suscitados na etapa 1 e etapa 5 estejam resolvidos de forma conclusiva e que, no caso da etapa 7, se tenha encontrado uma solução de compromisso para que os pacientes com menores recursos financeiros não continuem a ser muito afetados.

De qualquer modo pensamos que, com a aquisição do ANGIO OCT, poderemos talvez vir a dispensar o exame invasivo de angiografia fluoresceínica o que seria um enorme passo na avaliação rápida e segura do paciente diabético.

5.5.2. STREAM ANALYSIS

Este instrumento de análise diagnóstica, planeia, implementa e avalia as ações PLANEADAS de uma forma compreensiva e sistemática.

O sistema de avaliação por “*Stream Analysis*” assume que as organizações são sistemas abertos abrangendo vários subsistemas os quais têm variáveis similares que podem estar ligadas entre si de uma forma causal ou apenas relacional; a instituição de uma ação para mudar uma variável poderá ter a oposição de outras que lhe estão relacionadas e que não são alvo de mudança.

Este sistema de avaliação apresenta, de uma forma gráfica, as relações complexas que existem num problema organizacional tentando estabelecer as interligações que possam existir num caso específico para que se possa chegar às raízes do problema e atuar a partir daí.

O *Stream Analysis* cria vários diagramas para utilização nas diferentes fases de um processo planeado de mudança. Na fase de diagnóstico requer-se que os problemas sejam categorizados para se colocar cada problema no local apropriado do diagrama: *stream diagnostic chart*. Através das interligações criadas pelo diagrama conseguimos apurar os “sintomas”, os problemas de fundo e as suas interligações. Uma vez completado o processo de diagnóstico, o *Stream Analysis* prescreve um processo de planeamento baseado no *stream diagnostic chart* e que é o *stream planning chart*.

Organização Formal	Fatores Sociais	Tecnologia	Espaço Físico
Objetivos	Cultura	Equipamento	Configuração
Estratégia	Estilo de Gestão	“Know How” Tecnológico	Ambiente Físico
Estrutura Hierárquica	Interação Profissional	Características do Trabalho	Design Interior
Política Administrativa	Padrão Social	Política de Desenvolvimento Tecnológico	Arquitetura do edifício
Sistema Recompensa	Atitude Individual		

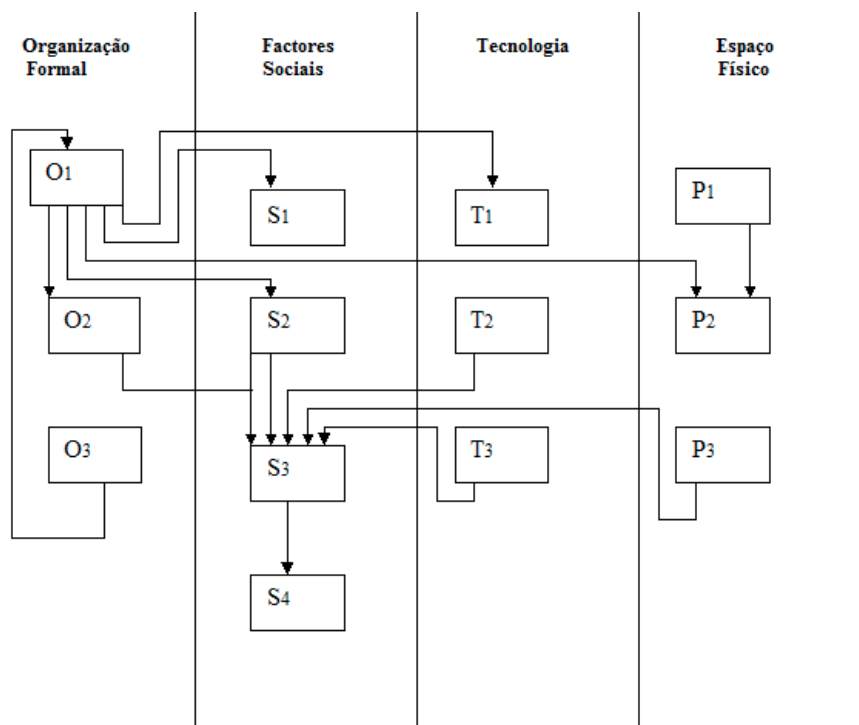


Figura 21: STREAM DIAGNOSTIC CHART

Exemplo acima de *STREAM DIAGNOSTIC CHART* onde vemos que o “sintoma” principal é S3 e os “problemas” principais serão O1 e ainda mais fundamental O3.

Para planear as intervenções de mudança nós podemos trabalhar com um diagrama do tipo acima mencionado mas aqui o eixo vertical representa o TEMPO planeado para que a ação tome lugar. Este tipo de diagrama é parecido com o PERT (*Program Evaluation and Review Charts*).

A parte final do método *Stream* é o *stream tracking chart*. Este diagrama parece o de planeamento com a diferença que contém informação descrevendo o que realmente acontece para além do que estava planeado.

Foi decidido utilizar o *STREAM ANALYSIS* para se estudar “COMO MELHORAR O FUNCIONAMENTO DO BLOCO OPERATÓRIO”, pois sentiu-se que o mesmo comporta problemas que afetam a sua operacionalidade.

Resolveu-se utilizar o mesmo grupo de trabalho do OCAI: o Diretor da Clínica, um colega oftalmologista, uma técnica superior de Ortóptica e uma enfermeira de Bloco que passou a ser considerada no CMT (*Change Management Team*). Este pequeno grupo representa os segmentos importantes da Clínica que necessitam de participar nos processos de mudança.

No Hospital Valentim Ribeiro (Santa Casa da Misericórdia de Esposende) foi criado um novo Bloco Operatório numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório. A Clínica Oftalmológica assegura os direitos de utilização exclusiva do Bloco todas as Sextas-feiras das 07,30h às 14,00h, quase todos os Sábados das 08,00h às 18,00h e em outros dias de semana apenas quando necessário e requisitado atempadamente para não colidir com outros Serviços.

A Unidade de Ambulatório tem uma nova sala de espera onde os pacientes aguardam a vez de entrarem no Bloco e onde é administrada a pré-medicação, um espaço próprio de Bloco Operatório de cirurgia com áreas de apoio para esterilização, reanimação e vestuário e a área central de cirurgia.

Esperava-se aumentar em 20% o número de cirurgias efetuadas às sextas-feiras e sábados, o que não tem acontecido até ao momento.

Num 1º passo do trabalho falou-se com todos os intervenientes diretos no funcionamento do Bloco nesse dia, tentando obter toda a informação possível sobre o que poderia não estar a funcionar muito bem.

Tomou-se nota de todos os dados que se julgaram relevantes:

- O Bloco Operatório tem dimensões reduzidas tanto na sala de espera com poucos lugares, como na própria sala de cirurgia;
- Os pacientes são marcados para comparecerem de ½ em ½ hora na Unidade de Ambulatório. Este tipo de marcação poderá estar algo desajustado porque quando a cirurgia atrasa um pouco podem acumular-se pacientes em espera;
- Havendo só 10 cadeiras com uma única mesa de apoio tem que se recorrer a uma outra sala, mais distante, quando há mais que 10 doentes num determinado momento. Isso obriga a que a enfermeira de apoio tenha que se deslocar a essa 2ª sala para avaliar os pacientes e ministrar os colírios pré-operatórios que são aplicados de 15 em 15 minutos x4 doses;

- Também se nota que nem sempre é a mesma enfermeira de apoio sendo que umas estão mais capacitadas e conhecedoras das regras de trabalho que outras e por conseguinte a eficiência do serviço pode sofrer oscilações;
- O espaço relativamente reduzido da sala de cirurgia só permite neste momento a preparação prévia de 4 “mesas” sendo que obrigatoriamente uma é utilizada por cada cirurgia;
- O material utilizado em cada cirurgia deveria estar sempre preparado em mangas esterilizadas e especificamente formuladas, segundo indicação prévia da equipa médica, para cada ato cirúrgico. No entanto, às vezes o Departamento de Farmácia (que assume esta responsabilidade) não tem todas as mangas prontas no início do dia;
- A ligação entre o Bloco e a Farmácia é, por vezes, deficitária porque não há um telefone direto e obriga a que uma Auxiliar de Ação Médica se desloque de um local para outro o que pode demorar cerca de 5 a 15 minutos;
- Mesmo o aparentemente simples problema das batas esterilizadas para a equipa médica às vezes não chegarem para a totalidade das cirurgias obriga algumas vezes a esperar que a Rouparia, através da Farmácia, forneça mais batas no decorrer do dia cirúrgico;
- O autoclave está colocado numa sala contígua à sala de cirurgia e é bastante utilizado durante as cirurgias. Mas é necessário que uma Auxiliar de Ação Médica possa estar preparada para utilizá-lo a qualquer momento e seja conhecedora do seu funcionamento o que às vezes não acontece;
- Há 2 Auxiliares teoricamente em função permanente nos dias de bloco de oftalmologia mas às vezes só aparece 1 e algumas vezes não são as mesmas o que pode atrasar substancialmente o tempo cirúrgico. Além disso não parecem conhecedoras do trabalho de cada uma e só 1 é perfeitamente conhecedora de todos os processos de apoio no bloco. A Administração do Hospital poderia colmatar esta situação colocando 3 auxiliares fixas neste dia e com instruções específicas sobre o trabalho que deveriam desempenhar mas a Administração parece desconhecer a realidade de funcionamento de um Bloco Operatório moderno em Ambulatório. De qualquer modo a equipa médica poderia ministrar formação específica às Auxiliares;
- Não parece haver uma interligação funcional e afetiva entre as diferentes equipas envolvidas: equipa cirúrgica/enfermeira de apoio à Unidade/auxiliares de ação médica/departamento de farmácia, pelo que o grau de motivação pode não ser muito grande com exceção da ligação entre os elementos da equipa médica/cirúrgica que são parte integrante da Empresa Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves e que é a principal interessada na melhoria das condições de funcionamento da Unidade de Ambulatório. Quanto à equipa de cirurgiões pressupunha-se que a equipa de 3 alternaria nas cirurgias de rotina o que permitiria uma rotação rápida da equi-

pa médica pois que um completaria o processo burocrático do preenchimento do livro de bloco e respetivo processo clínico enquanto um 2º aplicava a anestesia local e um 3º estaria já preparado para iniciar a cirurgia seguinte. No entanto, o cirurgião X demora, em média, mais 12 a 15 minutos por cirurgia tendo que se pensar se é melhor limitar o número de cirurgias efetuadas pelo colega X.

Após se fazer uma lista de algumas coisas que pareciam não funcionar muito bem e de algumas possíveis causas para um funcionamento algo deficitário, o CMT reuniu mais uma vez para tentar categorizar os problemas nas dimensões organizacionais a fim de serem colocados nos *Stream Charts*.

Os problemas enunciados foram os seguintes:

1. Auxiliares de ação médica sem formação;
2. Poucas auxiliares de ação médica;
3. Horário de marcação de pacientes desajustado;
4. Ausência de definição formal da equipa de enfermagem;
5. Indefinição no processo de pedidos de material à Farmácia;
6. Inexistência de diretrizes formais para transporte;
7. Falta de ligação equipa médica/enfermagem;
8. Descontrole na presença das auxiliares;
9. Autoclave com capacidade limitada para esterilização;
10. Cirurgião X mais demorado nas cirurgias;
11. Bloco com pequenas dimensões;
12. Bloco sem ligação telefónica direta com outras estruturas;
13. Sala de espera sem espaço para enfermagem.

Os problemas foram colocados nos *Stream Chart* nas colunas apropriadas e classificados. De seguida, foram identificadas interconexões que existem entre os problemas mencionados. Nesta determinação tentou-se evitar a interligação que não apresenta uma causalidade, assim como interligações que pareçam mostrar que um problema seria a causa e também causado por outro. Todos os esforços foram direcionados para a procura de umnexo de causalidade sempre que se estabeleceu uma relação. Por fim, os problemas foram analisados notando que havia os “sintomas” (problemas causados por problemas ainda mais profundos) para onde derivavam vários outros problemas. Tratar estes sintomas não resolverá o problema base e por isso temos

que procurar os problemas que apresentam muitas setas que saem deles: estes são os problemas principais e resolvê-los ajudará bastante no processo de mudanças que o CMT quer levar a efeito.

No caso em estudo verificou-se que os SINTOMAS mais importantes eram:

1. Descontrole na presença das auxiliares;
2. Cirurgião X mais demorado nas cirurgias;
3. Inexistência de diretrizes formais para transporte.

E que os PROBLEMAS principais eram:

1. Falta de ligação equipa médica/enfermagem;
2. Horário de marcação dos pacientes desajustado;
3. Bloco com pequenas dimensões.

No caso do horário de marcação dos pacientes desajustado este problema tinha também origem no pequeno espaço de bloco.

A falta de ligação entre a equipa médica/enfermagem vai gerar ineficiências:

- Na definição dos processos de pedidos à Farmácia;
- Na definição formal das equipas de enfermagem;
- Nas diretrizes para transporte de pacientes e material;
- Na presença e apoio das auxiliares de ação médica;
- Na demora de um dos cirurgiões nas suas cirurgias;
- Na definição do espaço de enfermagem na sala de preparação dos pacientes.

A reduzida dimensão do Bloco ocasionava:

- A utilização de um autoclave de menores dimensões;
- A falta de ligação telefónica;
- Um horário desajustado na marcação dos pacientes.

Formulou-se um plano de ação consistente com os problemas identificados. Aqui entrou-se em devida conta o fator TEMPORAL – de acordo com o *stream planning chart* (plano de intervenção/acompanhamento) – não devendo haver uma planificação com prazos muito dilatados sob pena de não serem fáceis de seguir e concretizar.

O CMT resolveu promover uma reunião com todos os colaboradores médicos e enfermeiros de apoio ao bloco para discussão dos problemas levantados no *stream chart* e para planificação das necessárias modificações.

Foi estabelecido um prazo de 4 meses para implementação das mudanças necessárias dado não envolverem o espaço físico do bloco e poderem ser resolvidos sem uma intervenção direta de elementos externos (ex.: Administração).

O CMT resolveu solicitar uma reunião – com caráter de urgência – para se tentar encontrar uma alternativa ao espaço físico atual de bloco operatório. Decidiu-se propor a ocupação de uma pequena sala em anexo – após abertura direta para o bloco – para colocação de um autoclave que teria que ser de maiores dimensões que o atual. Decidiu-se também solicitar a instalação de uma linha telefónica interna de ligação à Farmácia. O CMT decidiu ainda colocar à consideração da Administração a possibilidade da instalação de mais 3 cadeiras de repouso na sala de espera dos pacientes em trânsito para o bloco para que se pudesse reorganizar o horário de chamada dos mesmos.

Embora todas estas mudanças dependam da Administração (com realce para as obras necessárias para se acoplar uma nova sala) foi decidido propor à Administração um prazo de intervenção de 1 semana para a ligação telefónica, 6 meses para a aquisição de um novo autoclave e 1-2 anos para as obras de ampliação.

O CMT decidiu também reunir informalmente com o cirurgião mais lento para o colocar a par do “seu” problema, o qual poderia ser melhorado com as alterações já propostas. Uma reunião com as auxiliares de ação médica foi também julgada necessária para promover a sua motivação.

Depois de implementadas todas as ações, chegar-se-á à utilização final do Stream Analysis. Aqui as “caixas” descrevem o que realmente aconteceu mais do que o que estava planeado que acontecesse – *stream tracking chart*.

Em resumo, o *STREAM ANALYSIS* pode ser usado para diagnosticar problemas organizacionais, planear atividades que conduzam à mudança e ir acompanhando o processo de intervenção a todo o momento.

Para utilização desta ferramenta são necessários os seguintes passos, os quais foram seguidos no problema acima mencionado:

1. Criar uma equipa para liderar a intervenção: CMT (*Change Management Team*);

2. Colecionar informação sobre o mau funcionamento da organização e fazer uma lista dos problemas que foram identificados;
3. Reunir o CMT para discutir esta informação e colocá-la devidamente no *Stream Diagnostic Chart*;
4. Logo que os problemas estão ordenados, o CMT desenha as setas que mostram as interconexões entre os problemas;
5. O CMT analisa o resultante, separa os “sintomas” dos problemas de fundo e identifica o tipo de problemas;
6. O CMT estabelece um plano de ação focando especificamente os problemas de fundo e coloca este plano no *Stream Planning Chart*;
7. O CMT implementa o plano de ação;
8. Consoante a intervenção vai decorrendo, o CMT vai “vigiando” e acompanhando as mudanças ao colocá-las no *Stream Tracking Chart*.

Em suma, pode dizer-se que os processos na Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves são geridos com base na inovação, indo de encontro às expectativas do utente e do mercado.

Por exemplo:

- Injeção de anti-VEGFs como inovação tecnológica no tratamento da diabetes;
- Introdução de escalas de Lindstrom e equipamento modernos de marcação para correcção astigmática em pacientes a ser operados a cataratas;
- Aquisição do aparelho de facoemulsificação CENTURION da Empresa Alcon com software modificado , um dos melhores no mercado mundial para tratamento cirúrgico de cataratas.
- Inquérito anual de satisfação de clientes que consiste no envio de 50 cartas a utentes da Clínica aos quais se pergunta quais os aspetos mais negativos da mesma e sugestões de melhoria assim como inquéritos de satisfação anónimos que podem ser preenchidos a qualquer momento no fim das consultas e depositados em urna fechada;
- Aplicação do inquérito SERVQUAL aos utentes da Clínica;
- A equipa médica reúne regularmente para avaliar da qualidade de tratamento face às constantes inovações tecnológicas no campo da Oftalmologia. A questão base da reunião é sempre esta: nas últimas semanas houve algum desenvolvimento científico/tecnológico que interesse à Clínica e seus pacientes? Um dos médicos fica sempre encarregado de consultar previamente o site www.pubmed.com e trazer uma análise das últimas publicações.

Tenta-se assim satisfazer os colaboradores da Clínica e os seus pacientes (satisfazer os clien-

tes internos e externos), numa lógica de CADEIA DE VALOR. A cadeia de valor é usada para descrever a estratégia da Clínica, além de ser uma boa ferramenta de standardização de processos, promovendo assim um aumento de fiabilidade dos mesmos.

Esta designa a série de atividades relacionadas e desenvolvidas pela empresa para satisfazer as necessidades dos clientes, desde as relações com os fornecedores e ciclos de produção e venda até à fase da distribuição para o consumidor final. Cada elo dessa cadeia de atividades está ligado ao seguinte. É uma metodologia que permite decompor as atividades (divididas em primárias e de suporte) que formam a cadeia de valor. Segundo Porter, existem dois tipos possíveis de vantagem competitiva (liderança de custos ou diferenciação) em cada etapa da cadeia de valor.

Desta forma, a cadeia de valor empresarial pode ser compreendida enquanto um sistema de atividades interdependentes conectadas por elos. A gestão eficaz dos elos que ligam as atividades produtivas e as atividades de suporte, constitui-se em forte fonte de vantagem competitiva.

A cadeia de valor está inserida num fluxo mais amplo de atividades chamado sistema de valor. Esse sistema de valor inclui a cadeia de valor dos fornecedores, os canais de distribuição e os compradores finais que adquirem o produto ou para consumo próprio ou para reutilizá-lo enquanto consumo para sua própria cadeia de valor. Os elos que ligam as atividades que compõem a cadeia de valor também geram interdependências entre a cadeia de valor e o sistema de valor, ou seja, dito em outras palavras, a empresa é um subsistema de um sistema maior que é o próprio setor no qual a atividade produtiva está inserida. A empresa cria vantagem competitiva através da otimização desses elos com o ambiente externo.

Na área da saúde são atividades clínicas (inter) relacionadas e desenvolvidas, para satisfazer as necessidades dos clientes traduzidas em ganhos de saúde. Este processo ilustra o valor total conseguido pela empresa e é constituído pelas atividades geradoras de valor e pela imagem.

Nas atividades geradoras de valor incluem-se:

1. Atividades primárias (a partir da receção do doente até à avaliação médica):

- Logística de input(s);
- Operação;
- Logística de output(s);
- Marketing de vendas;
- Serviço pós-venda.

2. Atividades de suporte ou secundárias:

- Gestão de recursos humanos;

- Secretariado e arquivos clínicos;
- Gestão de stocks;
- Investigação e desenvolvimento;
- Higiene, segurança e saúde no trabalho;
- Manutenção e detecção precoce de avarias;
- Direção Clínica.

A margem existe porque se espera que o valor que se acrescenta deve ser maior que os custos.

A metodologia para a elaboração de uma cadeia de valor é baseada nos seguintes passos:

1. Identificar o valor acrescentado das atividades primárias;
2. Identificar as atividades de suporte;
3. Conhecer as ligações entre cada etapa da cadeia de valor (como é que cada atividade pode afetar os custos e execução da etapa seguinte);
4. Estudar a cadeia de valor para identificar fontes de vantagem competitiva.

5.6. Critério 6 – SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES (9%)

Para avaliar este critério foi aplicado o questionário do índice Potencial Motivador, o *Commitment* e as Escalas de Estratégias Comportamentais.

5.6.1. Índice Potencial Motivador

Os resultados deste questionário já foram apresentados no Critério 2: Gestão das Pessoas, mais precisamente no ponto que se refere à satisfação laboral.

5.6.2. Commitment

Este questionário é da autoria de Meyer e Allen (1993, 1997) e permite determinar o empenho “*commitment*” que as pessoas têm para com a empresa onde trabalham.

Pode assumir 3 dimensões:

- ***Commitment Afetivo*** – em que existe uma forte ligação afetiva do colaborador à organização; está positivamente relacionado com a performance no trabalho, e *organizational citizenship*.

- **Commitment de Continuidade** – em que existe a percepção do custo associado ao abandono da organização.
- **Commitment Normativo** – em que o colaborador sente uma obrigação de permanecer na organização.

Resultados:

<i>Commitment Afetivo</i>	<i>Commitment de Continuação</i>	<i>Commitment Normativo</i>
42	22	42

Commitment Afetivo:

Neste caso existe uma forte ligação do colaborador à organização. Aqui nota-se que a organização promove experiências organizacionais que vão de encontro às expectativas dos colaboradores e estes permanecem na empresa porque querem. Nota-se que na Clínica há uma cultura de VOICE.

Commitment de Continuação:

O valor significativamente mais baixo demonstra que a permanência dos colaboradores na empresa não tem conexões negativas que pudessem refletir que o emprego seria mais uma necessidade sem alternativas que uma aposta no futuro.

Commitment Normativo:

Os colaboradores sentem uma obrigação de reciprocidade para com a empresa dando ênfase ao permanecer leal com a mesma. Há uma cultura de LOYALTY.

4.6.3. Escalas de Estratégias Comportamentais

Para analisar as estratégias comportamentais utilizam-se cinco constructos: VOZ, LEALDADE, NEGLIGÊNCIA, SAÍDA EXTERNA e SAÍDA INTERNA. Cada um destes constructos vai ser analisado em função da sua disponibilidade comportamental.

Resultados:

<i>Voz</i>	<i>Lealdade</i>	<i>Negligência</i>	<i>Saída Externa</i>	<i>Saída Interna</i>
1,65	3,30	4,40	5,00	3,05

Escala utilizada:

1 = Totalmente Verdade

2 = Nada Verdade

Os resultados permitem concluir que os colaboradores da Clínica têm VOZ ACTIVA (1,65), sendo este o item que mais positivamente se destaca. Para além disso, os colaboradores esperam condições favoráveis relativamente à sua situação na empresa, tendo confiança no seu futuro naquela organização (3,30), demonstrando deste modo uma certa LEALDADE para com a organização. Estes resultados vêm ao encontro dos resultados obtidos no questionário *Commitment*.

A negligência e a saída externa não correspondem de forma nenhuma a comportamentos adotados pelos colaboradores da Clínica, o que está de acordo com o que se esperava, na medida em que se chegou à conclusão de que o grau de satisfação dos colaboradores na Clínica é bastante elevado (IPM e *Commitmet*).

5.7. Critério 7 – SATISFAÇÃO DOS CLIENTES (20%)

Com a avaliação deste critério pretende-se analisar a imagem que o serviço prestado pela organização transmite ao utente e ainda apurar as razões das suas satisfações ou insatisfações relativas aos serviços prestados.

Os inquéritos aos clientes são parte integrante da gestão da satisfação dos clientes. Esta fornece a percepção que os clientes têm do desempenho da organização e até que ponto correspondem às suas necessidades e expectativas. O processo de auscultação de clientes é pois o elemento principal gerador de informação e resultados diretos da percepção sobre a organização e que se integra neste critério. Estes resultados serão tanto mais valorizados e fiáveis, quanto deem uma ideia mais correta e contextualizada do desempenho da organização nesse item. Assim, e sempre que possível, deve proceder-se à comparação com a concorrência, quer ao nível direto dos desempenhos, quer da percepção que os clientes têm. (*Medida da satisfação do cliente*. Instituto Português de Qualidade. p.15)

A satisfação dos clientes, que neste caso correspondem aos pacientes da Clínica, é avaliada de diversas formas:

- Avaliação do resultado das cirurgias de catarata: vetor estratégico em termos de cirurgia para o desenvolvimento da Clínica;
- Inquérito anual de satisfação de clientes que consiste no envio de 50 cartas, de forma alea-

tória, a utentes da Clínica aos quais se pergunta quais os aspetos mais negativos da mesma e sugestões de melhoria (já referido anteriormente);

- Aplicação do inquérito SERVQUAL aos utentes da Clínica.
- Inquérito anónimo de satisfação de clientes baseado na consulta e exames complementares, presente na recepção, de fácil preenchimento e para colocação em urna fechada.

5.7.1. Avaliação do resultado das cirurgias de catarata – vetor estratégico em termos de cirurgia da Clínica

Para que a Clínica possa manter e incrementar a sua rendibilidade a todos os níveis, necessita de encontrar mecanismos que possam fazer a gestão de qualidade dos seus serviços: criar um programa formal que tenha como fim específico a **melhoria contínua da qualidade**.

Criou-se um grupo restrito para estabelecer um manual de qualidade com estabelecimento de parâmetros de avaliação contínua e sua monitorização.

Um dos indicadores clínicos tem a ver com a **avaliação do sucesso cirúrgico da catarata** (resultado) e outro com o **método de cálculo da potência refractiva da lente intraocular** (processo).

5.7.1.1. Avaliação do sucesso cirúrgico da catarata

Para avaliação do sucesso cirúrgico da catarata foi estabelecido o grau de acuidade visual segundo a escala de Snellen (1) que tem conseguido manter-se como um teste válido, fiável e com utilidade provada e um inquérito anónimo aos pacientes 1 mês após cirurgia para se verificar se o ato cirúrgico correspondeu às expectativas criadas.

A medição mais simples e prática da função visual é a utilização de um quadro de optotipos com letras de um tamanho pré-estabelecido e a uma distância determinada (2, 3). A escala é facilmente apreensível pelo paciente que compreende como funciona e qual será supostamente o grau de visão que tem, numa escala de 0,1 a 1. De qualquer modo esta é a escala normalmente utilizada pelo paciente em gabinetes de optometria ou oftalmologia e o doente “compreende” o que “vale” 0,1 (10%) ou 0,5 (50%) ou 1 (100%). A medição pode ser efetuada por técnica de ortóptica ou optometrista qualificado na consulta de rotina pós-cirurgia, tendo como termo de comparação a medição pré-cirúrgica.

(1) Sloan L L: Measurement of visual acuity, Arch Ophthalmol 45: 704, 1951

(2) Borish I M: Clinical Refraction, ed. 3. Chicago: Professional Press 1970

(3) Westheimer G: The scaling of visual acuity measurements, Arch Ophthalmol 97: 327, 1979

No inquérito de satisfação foi solicitado aos pacientes o seu preenchimento de tipo facultativo e anónimo pois era depositado em caixa fechada.

5.7.1.2. Método de cálculo da potência refractiva da lente intraocular

No sentido de se verificar se o método de cálculo de potência de lente intraocular utilizando a fórmula de regressão SKT é o mais adequado na prática cirúrgica face a várias fórmulas existentes e à utilização de novas lentes intra oculares acrílicas de marca Acrysof da empresa Alcon, resolveu-se comparar o valor refrativo obtido pós-cirurgia com o que era esperado com base na fórmula mencionada (4, 5, 6, 7).

(1) Kaye SB: Actual and intended refraction after cataract surgery. J cataract Refract Surg; 29(11): 2189-94, 2003

(2) Gale RP, Saha N, Johnston RL: National biometry audit. Eye; Jan; 18(1): 63 -6, 2004

(3) Donoso R, Mura JJ, LopezM, Papie A: Emmetropization at cataract surgery. Looking for the best I power calculation to the eye length. Arch Soc Esp Oftalmol; Sep; 78(9): 477-80, 2003

(4) Langenbucher A, Haigis W, Seitz B: Difficult lens power calculations. Curr Opin Ophthalmol; Feb; 15(1): 1-9, 2004

Decidiu-se fazer uma análise retrospectiva dos pacientes operados de 02 de Janeiro a 31 de Maio de 2014 com os mesmos critérios que são utilizados anualmente. Só foram incluídos os pacientes cuja consulta prévia tivesse sido efetuada no consultório principal na Póvoa de Varzim para que os critérios de avaliação fossem uniformizados.

Para a análise da eficácia do cálculo da lente intraocular só foram utilizados os dados de pacientes cuja medição foi efetuada pela mesma técnica de ortóptica com grande experiência nesta medição.

Foram excluídos:

1. Na análise do sucesso cirúrgico com base na medição da acuidade visual, os pacientes que apresentavam outra patologia ocular com possível influência na qualidade final da função visual;

2. Na avaliação da eficácia do cálculo da potência da lente intraocular a ser utilizada, aqueles pacientes com alterações do meio (ex. leucomas de córnea) com possível influência na obtenção de uma medição correta por ultrassons (biometria).

Esta avaliação passará a ser feita anualmente e será extensiva aos pacientes de todos os consultórios da Clínica.

No caso da **avaliação do sucesso cirúrgico** decidiu-se que seria considerado sucesso se a acuidade visual pós-operatória já corrigida (se necessário óculos) fosse igual ou superior a 0,8 (80%).

Os resultados do **método de cálculo de potência intraocular** servirão para corrigir alguns erros de fórmula nos casos operados nesta Clínica e ajustá-la para obtenção dos resultados esperados. No cálculo da potência da lente intraocular foi considerado aceitável se o mesmo tivesse um desvio menor que 0.5 dioptrias do que era esperado.

A análise da fórmula de regressão SKT na Clínica para o cálculo da potência da lente intraocular é específica apontando só os casos em que há um problema de qualidade e será útil para se avaliar a necessidade de uma correção nos valores da fórmula em questão. Aqui teve-se em devida conta as *guidelines* produzidas pelo *Royal College of Ophthalmologists of Britain* em 2003 com base nos resultados da “Auditoria Nacional de Biometria” realizada no Reino Unido nesse mesmo ano.

A medição da acuidade visual mede qualidade de função visual e serve para monitorizar situações em que é possível melhorar a qualidade assistencial (validade como indicador de qualidade e utilidade) podendo considerar-se um teste de sensibilidade. É fiável porque é interpretado sempre da mesma maneira por todos os avaliadores. É facilmente compreensível pelo paciente que é a personalidade mais importante de todo o processo: ele não só compreende bem o teste em si como também atribui um significado especial ao resultado do mesmo.

Nota Final:

Os resultados da utilização destes 2 indicadores clínicos foram discutidos por toda a equipa médica, ortóptica e de enfermagem. No caso da fórmula de regressão teve que se ajustar os valores minimamente, pois a avaliação encontrava-se no limite do que se considerava à partida como aceitável. No que respeita à avaliação do sucesso cirúrgico os resultados foram bastante bons, com 92% de casos com acuidade visual igual ou melhor que 0,8 (80%). Os 8% de casos que não obtiveram “sucesso” foram analisados individualmente. De qualquer modo, é sempre enviado um questionário aos pacientes avaliados sugerindo que informem do grau de satisfação com a melhoria da qualidade de visão.

O inquérito de satisfação demonstrou em 98% de pacientes que o resultado estava de acordo com as expectativas criadas embora 5% destes casos gostasse de ver um pouco melhor sem

óculos de correção.

2% dos pacientes, todos eles casos de lentes multifocais, achou que poderia ter ficado a ver melhor. Daqui se extrapola que os resultados cirúrgicos são muito bons embora se tenha de ter um cuidado acrescido na avaliação das expectativas dos pacientes que querem ver muito bem ao longe e perto sem óculos (lentes multifocais).

5.7.2. *SERVQUAL*

A chave para um serviço de alta qualidade radica em equilibrar as expectativas e as percepções.

O questionário SERVQUAL (Zeithaml V., Parasuraman, A., Berry, L.) é um instrumento resumido de escala múltipla, com um alto nível de fiabilidade e validade, que as empresas podem utilizar para compreender melhor as expectativas e percepções que os clientes têm relativamente a um serviço.

É um instrumento que pode ser aplicado a uma ampla gama de serviços. Para isso, ele apresenta um esquema baseado num formato de representação das expectativas e percepções que inclui declarações para cada um dos cinco critérios sobre a qualidade do serviço:

- **Elementos tangíveis:** Aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação;
- **Fiabilidade:** Capacidade para prestar o serviço de forma fiável e cuidadosa;
- **Capacidade de resposta:** Disposição, vontade para ajudar os clientes e proporcionar um serviço rápido;
- **Segurança:** Conhecimentos e atenção e capacidade demonstrados para inspirar credibilidade e confiança. Profissionalismo, Cortesia, Credibilidade, Segurança;
- **Empatia:** Atenção individualizada que a empresa oferece aos seus clientes. Acessibilidade, Comunicação, Compreensão do cliente.

O SERVQUAL permite estabelecer uma definição da qualidade de serviço (discrepância entre as expectativas e as percepções dos clientes), permite identificar os fatores que influenciam as expectativas dos clientes (comunicação pessoal, necessidades pessoais, experiências e comunicação externa do prestador do serviço) e permite ainda identificar os dez critérios gerais que os clientes utilizam para avaliar a qualidade do serviço.

Serve ainda para:

- Comparar as expectativas e as percepções do cliente ao longo do tempo;
- Comparar as pontuações SERVQUAL de uma empresa com as pontuações dos seus competidores;
- Examinar segmentos de clientes que possuam diferentes percepções sobre a qualidade (características sociodemográficas da importância relativa dos 5 critérios);
- Avaliar as percepções dos clientes internos sobre a qualidade.

Resultados:

Clínica de Excelência – Expectativas

Elementos tangíveis	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
6,47	6,76	6,75	6,82	6,77

Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves – Percepções

Elementos tangíveis	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
6,25	6,57	6,56	6,86	6,64

Importância de cada critério

Elementos tangíveis	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
16,94	19,44	20,56	23,06	20,00

Pontuação SERVQUAL (Não Ponderada e Ponderada)

PONTUAÇÃO	Elementos tangíveis	Fiabilidade	Capacidade de resposta	Segurança	Empatia
Não Ponderada	-0,22	-0,19	-0,19	-0,04	-0,12
Ponderada	-3,77	-3,67	-4,00	0,96	-2,44

Medição global da qualidade do serviço NÃO PONDERADA: -0,14

Medição global da qualidade do serviço PONDERADA: -2,58

A análise dos resultados da aplicação do questionário SERVQUAL permite concluir que o valor global da qualidade do serviço prestado na Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves é bastante elevado.

A **medição global da qualidade do serviço não ponderada é de -0,14**, ou seja, as percepções dos pacientes da Clínica são praticamente coincidentes com aquilo que os mesmos pacientes consideram ser uma Clínica de Excelência. Esta medição não é ponderada, porque não entra em linha de conta com a importância que os pacientes atribuem a cada critério (elementos tangíveis, fiabilidade, capacidade de resposta, segurança e empatia).

Se tivermos em consideração a importância que os pacientes atribuíram a cada critério obte-

mos a **medição global da qualidade do serviço ponderada de -2,58**, o que significa que a Clínica possui uma qualidade de serviço ligeiramente abaixo daquilo que os pacientes consideram ser um serviço de excelência. Todavia, este valor de -2,58 é muito pouco significativo, demonstrando a elevada satisfação dos pacientes relativamente ao serviço que lhes é prestado na Clínica.

É de notar que os pacientes inquiridos tiveram imensa dificuldade em fazer a distinção entre os cinco critérios, na medida em que consideram que todos eles são de grande importância.

Ainda relativamente ao valor global da qualidade de serviço ponderado, verifica-se que a segurança supera as expectativas dos pacientes, tendo um valor de 0,96 acima daquilo que os pacientes consideram excelente. Este valor revela os conhecimentos e capacidades detidos pelos colaboradores da Clínica inspiram credibilidade, confiança e profissionalismo nos seus pacientes.

Segue-se a empatia com um valor também muito próximo daquilo que é considerado excelente pelos pacientes (-2,44). A atenção individualizada que os colaboradores da Clínica oferecem aos seus pacientes assume também grande destaque (acessibilidade, comunicação, etc.).

A capacidade para prestar o serviço de forma fiável e cuidadosa (fiabilidade) e aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação (elementos tangíveis) aparecem logo de seguida.

A capacidade de resposta é o critério que mais se distancia do valor considerado excelente, em termos relativos, embora em termos absolutos mesmo este valor esteja muito próximo daquilo que os pacientes consideram excelente. Este facto está relacionado com o aumento da procura dos serviços prestados pela Clínica. O número de consultas tem vindo a aumentar exponencialmente, o que se reflete imediatamente na capacidade de proporcionar um serviço rápido por parte da Clínica.

Em suma, pode dizer-se que o nível de satisfação dos pacientes relativamente ao serviço que lhes é prestado na Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves é bastante elevado, o que de certo modo seria de esperar, na medida em que estamos perante uma clínica privada de pequena dimensão que tem vindo a crescer, numa tentativa constante de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

5.7.3. ANÁLISE DE SATISFAÇÃO DE CLIENTES

· Análise Dos Inquéritos aos Pacientes da Clínica Dr. Miguel Sousa Neves

· Estes inquéritos foram criados pelo CMT da Clínica e são respondidos nas instalações da clínica Dr. Miguel Sousa Neves em anonimato.

- O número de inquéritos que será analisado neste estudo é de 131 indivíduos e foi colhido de forma aleatória no período de setembro-dezembro de 2014.
- No texto abaixo avaliamos cada área do inquérito e tiramos as devidas conclusões do mesmo.

(ver anexo IV)

O número total de inquéritos analisados foi de 131, neste universo de pacientes 84 são do sexo feminino e 47 do sexo masculino.

Relativamente às idades dos inquiridos entre os homens a média é de 52 anos no que toca ao sexo feminino a média são 46 anos, a média de idades geral encontra-se nos 49,2 anos sendo que 18 pessoas não revelaram a sua idade.

Interessante verificar que neste tipo de inquéritos a média de idades não reflete a realidade dos utentes da clínica mas perspectiva os que estão mais atentos, mais esclarecidos e aqueles que provavelmente estarão mais interessados na mudança e na melhoria de todos os pormenores.

- Análise como conheceu a clínica

Dados relativos ao modo como tiveram um 1º contacto da clínica

Respostas Possíveis:

- Já era cliente
- Através de uma seguradora
- Através da minha empresa
- Através de publicidade
- Um médico
- Um amigo/ familiar / colega
- Outro

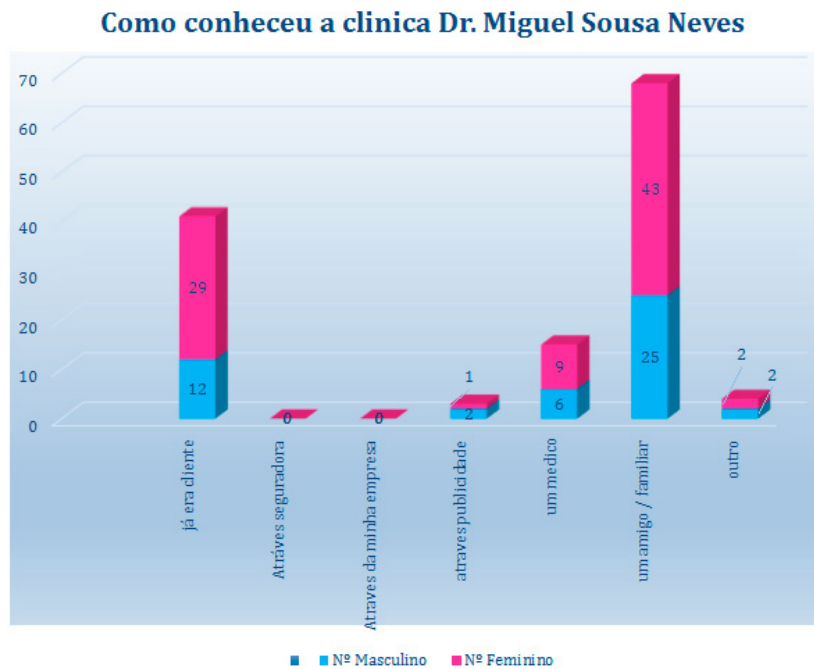


Figura 22: Resultados quantitativos: como conheceu a clínica?

NOTA :

Nesta pergunta do inquérito alguns pacientes respondem 2 vezes onde colocam que já são clientes e que foram recomendados por amigos/ familiar.

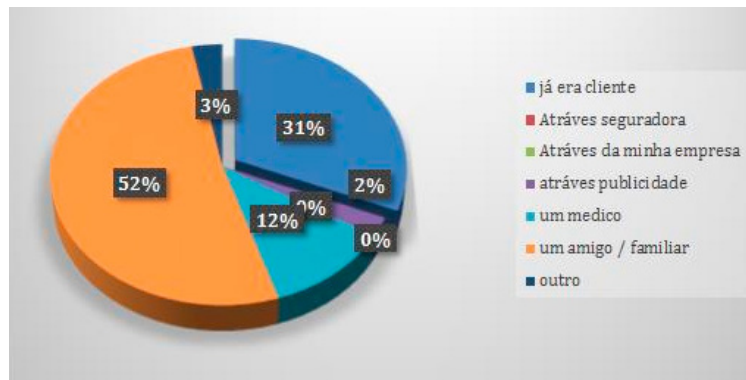


Figura 23: Resultados em percentagem: como conheceu a clínica?

Conclusão:

Constata-se que 31% dos inquiridos já são pacientes da clínica. O modo mais frequente de atrair novos clientes é através dos já existentes: um amigo/familiar onde a percentagem é de 52% . 12% vieram à Clínica aconselhados por colega e apenas 2 % aparecem por intermédio de publicidade.

- Analise qualidade da Clínica

Dados referentes à qualidade que encontram na clínica.

Aqui os pacientes tinham 3 critérios de análise que podiam classificar de 1 a 5

- Qualidade técnica
- Simpatia
- Tempo de Espera

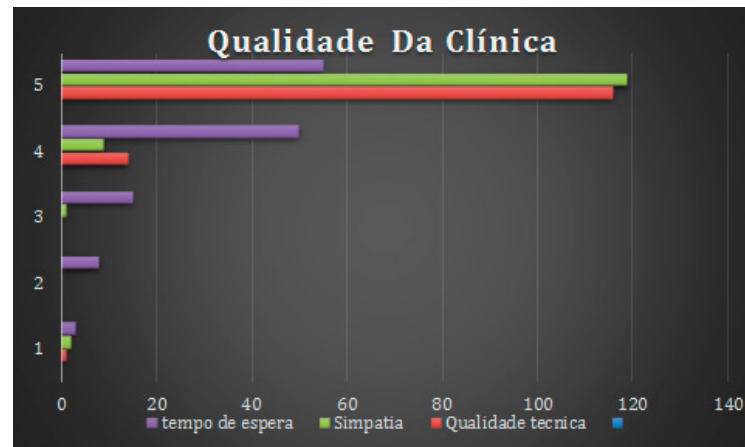


Figura 24: Resultados: Qualidade da clínica

Conclusão:

Na avaliação dos dados referentes à qualidade da clínica referentes aos pontos questionáveis verifica-se que o tempo de espera é o que tem uma nota mais baixa (4,13), e os outros parâmetros simpatia e qualidade técnica tem classificações de (4.87) e (4.85).

Assim verificamos em grande escala que a para os inquiridos, a clínica apresenta uma nota muito positiva nestes 3 pontos questionados.

- Analise das classificações das Instalações

Dados referentes às classificações das instalações

Aqui os pacientes tinham 5 critérios de análise que classificavam de 1 a 5 as instalações da clínica:

- Acessibilidades
- Ambiente
- Decoração
- Conforto
- Facilidade de orientação

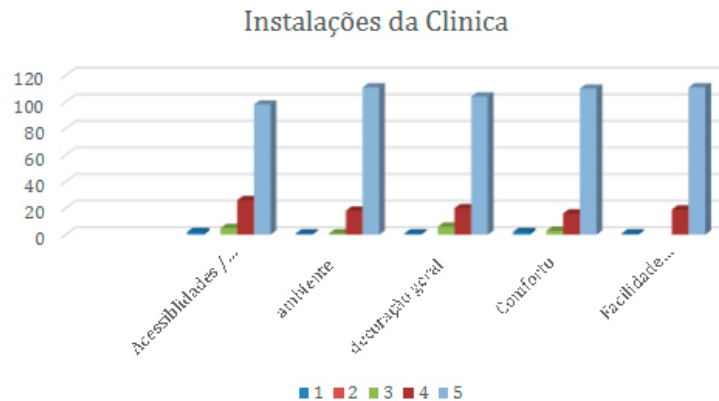


Figura 25: Resultados: Instalações da clínica

Conclusão:

Na avaliação dos critérios que avaliam as instalações da clínica as respostas são muito aproximadas com todos os itens avaliados a ter classificações muito similares e elevadas o que demonstra a satisfação dos inquiridos referentes a estes critérios de avaliação.

Sendo o critério que teve nota mais baixa o das acessibilidades/estacionamento (4.6) .

Em todos os inquéritos os pacientes pensam em voltar e aconselhariam a clínica.

· Analise questões abertas

Dados referentes a respostas escritas pelos pacientes

O que mais gostou na clínica: (respostas inquiridas)

Destaques: de todas as respostas ao que mais gostou na clínica destaca-se em número de vezes escrito: (Tudo, Atendimento, Profissionalismo, simpatia)

O que menos gostou: (respostas inquiridas)

Destaques: de todas as respostas ao que menos gostaram na clínica destaca-se claramente o Tempo de espera, mas de salientar que muito poucas pessoas respondem a esta pergunta.

· Críticas e sugestões:

Área destinada a sugestões e críticas

· “5 estrelas em tudo”

· “Casa de banho”

- “Nada a clínica é fantástica”
- “Tudo bem ótimo profissionalismo continue em frente, Parabéns”
- “Praticar preço da consulta mais barata para os reformados consequentemente origina mais marcação de consultas, porque não um espaço com um café enquanto esperamos”
- “Felicidades”
- “Reduzir tempo de espera”
- “Tudo bem continuem assim”
- “Tudo muito bom”
- “Para ser a 1ª vez tive uma atenção 5 estrelas espero que continuem assim Obrigada”
- “A tv é pequena não se enquadra na qualidade da clínica e dos seus profissionais”
- “Tive necessidade de tirar uma dúvida de medicação e não tinham clinico sugiro poder ter sempre clinico serviço”

· **Conclusões finais do inquérito**

Assim em conclusões finais referente aos inquéritos efetuados na clínica Dr. Miguel Sousa Neves, verificamos que dos 131 inquiridos 31% já são clientes da clínica o que comprova que as pessoas voltam à clínica para as suas consultas de seguimento, 69% são pacientes novos na clínica e de salientar que 52% tem conhecimento da clínica através de amigos ou familiares o que visa que existe bastante publicidade de recomendação ou seja publicidade de passa a palavra logo é um indicador de satisfação por parte de quem recomenda. Outro valor de salientar é o 12% que visam médicos como encaminhamento para a clínica o que demonstra a bom nome e a credibilidade do nome da clínica junto dos profissionais de saúde, assim o contato entre os profissionais de saúde deve continuar a ser constante para possam ter sempre em primeira linha a clínica nos serviços prestados aos seus pacientes e assim encaminharem para a nossa clínica.

Na análise da qualidade da clínica a classificação é muito positiva em ambos os critérios avaliados apesar do que tem a nota mais baixa seja o tempo de espera da consulta (4,13), os outros critérios são muito bem avaliados quanto qualidade técnica e simpatia, critérios importantíssimos para um maior crescimento da clínica no futuro pois são critérios que fazem voltar e recomendar de salientar que 100% dos inqueridos dizem desejar voltar clínica e recomendavam todos a clínica a amigos e familiares.

Quanto a classificação das instalações os pacientes são muito semelhantes e classificam sempre com notas muito altas sendo a mais baixa dos critérios avaliados as acessibilidades/ estacionamento com a nota de (4.6) os outros critérios tem notas altíssimas o que mostra que a grande maioria sente-se bem com as instalações da clínica.

5.8. Critério 8 – IMPACTO NA SOCIEDADE (6%)

A Clínica tem vindo a desenvolver algumas iniciativas de carácter social, de modo a envolver-se na comunidade onde opera. De entre elas, salientam-se as seguintes:

- Parceria com o *Lions Clube* da Póvoa de Varzim para rastreio anual, gratuito, de ambliopias a todas as crianças dos infantários do Concelho da Póvoa de Varzim, de idades entre 3 e 5 anos. No último rastreio efetuado já este ano foram examinadas 815 crianças nos próprios infantários por equipas da Clínica;

- Parceria com a Cruz Vermelha de Esposende para consultas semanais gratuitas a doentes carenciados a enviar pela Segurança Social. O mesmo acordo tem aplicação no Hospital Valentim Ribeiro da Santa Casa da Misericórdia de Esposende e com **todas** as instituições de solidariedade social do Concelho. Um total de 12 pacientes/semana são examinados de forma gratuita nesta Clínica;

- Parceria a estabelecer com os centros de saúde/USFs para o rastreio da retinopatia diabética;

- Acordo com a ARS Norte – via Santa Casa da Misericórdia de Esposende – para cirurgias a custo zero para os utentes do Serviço Nacional de Saúde com patologia a necessitar cirurgia;

- Parcerias com as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco da Póvoa de Varzim e Vila do Conde e respetivas autarquias para avaliação gratuita de crianças carenciadas;

- Parcerias com a maioria das instituições de solidariedade social do Concelho da Póvoa de Varzim para avaliação gratuita de pacientes sem capacidade financeira de pagamento de consultas;

- Parceria com a Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim para exames gratuitos aos pacientes com paramiloidose que são acompanhados nesta instituição.

5.9. Critério 9 – RESULTADOS (15%)

Este critério pretende avaliar os resultados que a Clínica tem alcançado relativamente aos objetivos definidos para a atividade e à satisfação das necessidades de todas as entidades com interesses financeiros e não-financeiros na Clínica.

Análise dos anexos I e II (demonstração de resultados e balanço)

O volume de negócios aumentou de forma significativa e sustentada até ao ano de 2011 sendo que nos últimos 3 anos – de acordo com a crise económico-financeira instalada e um receio natural das pessoas em despesas julgadas não essenciais – ele tem-se mantido estável.

O capital próprio tem aumentado assim como o volume de despesas as quais têm a ver especialmente com novos equipamentos e despesas fixas de honorários de médicos onde os pagamentos acompanham o aumento exponencial de pacientes.

Mesmo tendo em devida conta a existência relativamente recente de acordo ADSE para as consultas e exames médicos nas instalações da clínica, o enorme crescimento deste tipo de pacientes e a menor margem de lucro nesta prestação de serviços, a empresa mantém um resultado líquido equilibrado dos exercícios dos últimos anos.

Estes resultados positivos estão diretamente relacionados com o crescimento de atividade que a Clínica tem vindo a sofrer nos últimos anos, em que tanto o número de consultas como o número de cirurgias subiu de forma muito significativa. Importa referir que o preço das consultas e exames se mantém inalterado há mais de 10 anos e que o valor dos atos cirúrgicos especialmente no setor convencionado (ADSE e seguros privados) tem vindo a baixar nos últimos anos mercê da crise financeira existente no país.

Ainda no que diz respeito à atividade, pode referir-se a título exemplificativo do crescimento da rede de serviços prestados com um apoio muito aumentado com o Hospital Valentim Ribeiro especialmente nos pacientes com acordo com o Estado e o estabelecimento de uma nova parceria com o Hospital de Santa Maria no Porto para cirurgias. Estas decisões permitiram aumentar em 2014 o número de intervenções realizadas, para além aumentar a sua área de influência através de um funcionamento em rede cada vez mais alargado. Este tipo de funcionamento integrado constitui a base de sustentação do futuro da Clínica, permitindo a sua expansão e o alargamento da sua área de influência num momento grave de contração económica do país e numa altura e que existe uma proliferação descontrolada de oferta de serviços médicos em praticamente todos os locais do norte do país pelas grandes empresas de saúde que detêm o monopólio do negócio privado e convencionado (grupo Mello saúde, Fosun –ex:grupo BES saúde, grupo Trofa saúde e hospitais dos Lusíadas entre outros).

É de notar que a análise efetuada quer ao nível económico-financeiro, quer ao nível da atividade de produção está limitada pelo facto de ser baseada apenas em estudos realizados pontualmente e não de forma regular e sistemática. Este facto explica-se pela fase relativamente inicial em que se encontra a empresa no estudo que dedica a esta área específica. É um aspeto que se

prevê poder vir a ser melhorado no futuro, dada a necessidade de uma maior standardização de processos que acompanhe a fase inicial de investimento em inovação e no desenvolvimento das relações humanas.

De qualquer modo, pode concluir-se que, quer os resultados económico-financeiros, quer os resultados da atividade produtiva da Clínica, mesmo que analisados de forma incipiente, fazem transparecer a sua manutenção no futuro.

6. RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO DE CASO

Com base na avaliação dos nove critérios do modelo da EFQM anteriormente apresentada, foram propostas algumas recomendações/sugestões de melhoria, tendo em devida conta as avaliações efetuadas.

Estas sugestões serão agora apresentadas seguindo a estrutura do modelo de Quinn (OCAI) já referido anteriormente.

CLAN

Líder: Facilitador, Mentor

Critérios: Coesão, moral, desenvolvimento de recursos humanos, participação/envolvimento

Estratégias: Teambuilding, comunicação,...

Fazer mais:

1. Cursos de Formação: Acordo com empresa farmacêutica para 2 cursos de formação para recepcionistas sob os títulos “Gestão de Satisfação de Clientes” e “Novos Modelos de Arquivo” e cursos pontuais pagos pela clínica na área de atendimento telefónico e recepção.

Estes cursos servem não só para aumentar os níveis de conhecimento, mas também para fomentar nas recepcionistas a ideia de que são elementos essenciais na Empresa.

2. Reuniões mensais no Hospital Valentim Ribeiro e Cruz Vermelha com o pessoal de apoio nestas Instituições para se irem criando mais laços afetivos e de funcionalidade com a Empresa. Realçar a importância de coesão com as equipas de enfermagem e auxiliares que dão apoio direto aos pacientes no pré e pós operatório naquela unidade.

3. Manter o espírito forte de equipa existente na Clínica que é um dos segredos do sucesso da mesma.

Fazer menos:

1. Espaçar um pouco mais as reuniões do pessoal na sede e torná-las um pouco menos informais.

ADHOCRACIA

Líder: Inovador, Visionário

Critérios: Crescimento, *output*, conquista de recursos

Estratégias: Soluções criativas, melhoria contínua,...

Fazer mais:

1. Introdução de tecnologia moderna em Portugal no tratamento de retinopatia diabética: Injeção intravítreo de affibercept e illuvien.

2. Aposta na inovação tecnológica na cirurgia de catarata (a mais frequente e aquela que pode ser ainda mais aumentada) pela introdução de novos equipamentos de apoio à correcção astigmática no momento da cirurgia.

3. Aquisição e utilização de aparelho de angiografia por Tomografia Óptica Coerente (angio OCT) como complemento essencial da consulta em todos os doentes portadores de retinopatia diabética e glaucoma entre outras patologias retinianas. Este aparelho é de tecnologia de ponta e um método não invasivo e completamente inovador na avaliação destes pacientes (pensamos ser os únicos detentores de tal tecnologia neste momento em Portugal).



Figura 26: Angio OCT

4. Melhoria na ligação à Internet com a *San Diego Eye Foundation/EUA* para o fornecimento de material para transplantes de córnea.

5. Melhoria na ligação direta e contínua à PUBMED e COCHRANE e mais revistas científicas para se poder “*in situ*” obter um conhecimento imediato de novas técnicas e do melhor tratamento para cada patologia.

6. “*Update* em ortóptica” e optometria para técnicos de ortóptica e optometria em Inglaterra e Espanha a ser atendidos pelos técnicos especializados da Empresa;

7. Ampliação e remodelação do novo espaço físico para a Clínica no âmbito da sua estratégia de melhoria contínua de processos e espaço físico.

Fazer menos:

Nada a apontar nesta área. O maior investimento financeiro foi a aquisição do angio OCT no valor de cerca de 110.000 Euros, sendo que os outros investimentos na melhoria de cuidados prestados e soluções criativas são de custo financeiro baixo.

HIERARQUIA

Líder: Coordenador, Monitor

Critérios: Eficiência, tempo

Estratégias: Controle, eficiência,...

Fazer mais:

1. Informatização/Uniformização de TODOS os procedimentos clínicos com ligação direta aos centros de atuação da Empresa.

2. Acordo de parceria com empresa informática com conhecimentos de gestão para melhor organização dos processos, métodos de marcações de consultas e cirurgias, aprovisionamento e contratos de fornecimento de material (além de fornecer apoio regular na utilização do suporte informático dos aparelhos de exame complementar que exijam conhecimentos aprofundados na área em questão).

3. Possibilidade de entrada de mais um colega oftalmologista para aliviar as listas de espera para as consultas.

4. Introdução de um sistema automático de marcações via internet com o novo site que permita ao paciente optar por ser consultado no local onde quiser e/ou onde houver uma vaga mais rápida assim como marcações diretas de exames complementares.

5. Reorganizar o Bloco Operatório com alguns problemas atuais de funcionalidade.

Fazer menos:

1. Evitar marcações de consultas feitas junto dos médicos ou técnicos que complicam o sistema normal de marcações.
2. Acabar com a dispersão no controle de marcações de cirurgias e atos complementares pela informatização de todos os processos.

MERCADO

Líder: Competidor, Produtor

Critérios: Cumprimento de objetivos, quota de mercado, bater os competidores

Estratégias: Aumentar produtividade, criar *partnership*, ações de marketing,...

Fazer mais:

1. Melhoria da qualidade da revista da Clínica, com páginas centrais de atualização trimestral, para divulgação das atividades do quotidiano e dos protocolos existentes para cirurgia, assim como a introdução em cada número de elementos novos que permitam dar uma ideia não só de eficiência como também de progresso e inovação. Atualizar regularmente os panfletos informativos sobre diversas patologias oculares existentes na clínica.
2. Reuniões regulares com os parceiros institucionais na consulta e cirurgia para conhecimento das suas ideias em relação a projetos de saúde e para se tentar ampliar os protocolos de cooperação abrindo mais “espaços” para o futuro.
3. Criação de *partnership* formal com Empresa do ramo para as cirurgias refractivas (miopia/astigmatismo/hipermetropia).
4. Promoção de estudos de mercado para avaliar possibilidades de crescimento em áreas específicas, mas mantendo primazia da consulta GERAL de oftalmologia com especialidade médica (OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA) e especialidade cirúrgica de topo (CIRURGIA DE CATARATA E REFRACTIVA).
5. Criar acordo FORMAL de cooperação com Centros de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde/Esposende + *Lions Club* da Póvoa de Varzim para o rastreio e tratamento da retinopatia diabética nestes concelhos, mantendo assim uma presença física regular nestes locais.
6. Estender bonificações em função da produtividade a todos os colaboradores, mas tendo sempre em devida conta as suas tarefas.
7. Manter 3 a 4 artigos por ano na comunicação social escrita e 1 ou 2 intervenções na televisão sobre aspetos inovadores que permitam manter uma imagem de excelência da Clínica perante os seus clientes e a população em geral (desde 2004 que o Dr. Miguel Sousa Neves apa-

rece no vídeo clip anual da campanha nacional do *Lions* sobre rastreio de retinopatia diabética, o qual passou inúmeras vezes na SIC e RTP.

8. Remodelação do site atual da empresa tornando-o mais interativo e fácil de navegar.

Fazer menos:

1. Acabar com a produção de alguns folhetos de atividades da Clínica que não ajudam a uma leitura fácil e produtiva por parte dos pacientes ou/e familiares e amigos.

2. Evitar a “acumulação” de pacientes nos dias de cirurgia na sala de espera do Bloco Operatório, o que dá uma ideia pouco organizada da Empresa (enquanto este problema de funcionalidade não for resolvido de forma satisfatória).

3. Diminuir a todo o custo o tempo de espera dos pacientes para obterem uma consulta de oftalmologia (neste momento com cerca de 4 meses de espera para o Dr. Miguel Sousa Neves e de 3 semanas para os outros colegas, exceto urgências que são sempre vistas no próprio dia) e evitar que os pacientes tenham tempos de espera nos consultórios de mais de 30 minutos, a fim de se transmitir uma ideia de elevada funcionalidade da consulta e não perder potenciais clientes de um segmento superior que, tendo o tempo ocupado, não podem passar muito tempo numa sala de espera de consultório.

7. DISCUSSÃO

7.1. Parte I

O trabalho desenvolvido permite concluir que a Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda apresenta, de uma forma geral, um elevado nível de qualidade de serviço. Em qualquer um dos critérios do modelo da EFQM que foram avaliados na Clínica, o resultado é bastante positivo, sendo que em alguns deles existe uma margem de melhoria significativa. Tal está relacionado com o facto de se tratar de uma empresa de pequena dimensão em fase de crescimento e consolidação de alguns processos, onde existem áreas que ainda não estão suficientemente organizadas e desenvolvidas. Por exemplo, em termos de avaliação de desempenho, os colaboradores da Clínica são premiados com bonificações de acordo com o seu desempenho e com os resultados financeiros da empresa. Todavia, apesar de se tratar de uma prática louvável, recomenda-se a implementação de um sistema de avaliação de desempenho devidamente estruturado e testado (ex. Parecido com SIGA – Sistema Integrado de Gestão da Avaliação) caso a clínica venha a ter uma ampliação significativa que justifique tal medida e consequentes custos.

Chama-se a atenção para o facto de nalgumas áreas deste trabalho, especificamente no que diz respeito à aplicação de questionários aos colaboradores da empresa, não ter sido possível garantir o anonimato completo conforme seria desejado, dado o número reduzido de colaboradores. No entanto, a consistência dos resultados dos diferentes inquéritos aplicados permite inferir que o enviesamento não deverá ser significativo.

É ainda importante referir que a análise efectuada ao longo do trabalho constituiu o primeiro passo na avaliação da Qualidade Total da Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves e permitiu a sua continuação para se ter uma correta percepção da sua evolução. Permitiu detetar áreas que cumprem os requisitos do modelo e outras em que existem lacunas que podem ser colmatadas. Para além disto, e tendo em conta que este foi o primeiro trabalho inserido nesta temática levado a cabo nesta empresa, não foi possível ainda nesta fase precoce proceder à quantificação comparativa de cada um dos critérios do modelo.

No entanto, ficou decidido efetuar uma nova avaliação em todos os parâmetros no prazo máximo de 1 ano para que a Clínica possa utilizar os resultados na projeção de mudanças que achar mais relevantes, na tentativa de num futuro próximo poder candidatar-se eventualmente a um Prémio de Excelência.

7.2. Parte II

A Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda encontra-se assim bem posicionada para fazer face à concorrência criada pelo incremento exponencial das grandes empresas de saúde em Portugal que trouxe dificuldades acrescidas aos consultórios individuais e a pequenas empresas de saúde que, durante muito tempo, formavam a base da medicina privada no nosso país.

Desde a sua criação em 1979 que os médicos trabalhavam na sua quase totalidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e utilizavam as suas horas livres com consultas em pequenas unidades individuais ou partilhadas com colegas. A cirurgia era efetuada em instalações privadas dominadas por irmandades ou outras entidades sem fins lucrativos.

O 1º grande hospital privado foi criado em finais da década de 80 na Póvoa de Varzim: Clí-póvoa – Clínica Médica da Póvoa de Varzim SA e teve inúmeras dificuldades de sobrevivência. Quase 20 anos depois, e aproveitando a decrescente resposta do SNS por subfinanciamento, aliado ao acesso facilitado aos subsistemas de saúde como a ADSE e as forças militarizadas e de polícia assim como à crescente instalação de seguros privados de saúde, houve uma multiplicação de grandes unidades de saúde privadas no país com ofertas multidisciplinares nesta área.

A multiplicação da oferta por grandes grupos a preços concorrenciais veio criar inúmeras dificuldades aos detentores de consultórios e pequenas empresas de saúde. Muitos médicos já fecharam as portas e passaram ao regime de assalariados de grandes unidades que oferecem consultas e cirurgias praticamente na hora mas que tendo como fator negativo o incentivo à maximização de processos descurando de certa forma a relação médico-paciente e o grau de empatia entre os profissionais de saúde e os clientes que serve de base de confiança no cuidar do nosso bem mais precioso.

Mesmo aceitando que o número de pequenas empresas de saúde irá necessariamente diminuir, é importante pensar que elas podem constituir um fator de equilíbrio na avaliação de cuidados de saúde de qualidade elevada.

A relação médico-doente é crucial na resolução dos problemas dos pacientes e as pequenas estruturas poderão manter nichos de mercado se souberem aproveitar essa ligação única.

Para isso terão também de se munir de ferramentas básicas de gestão que possam ser uma mais valia na competição com os grupos maiores já equipados com tecnologias diferenciadas e equipas de gestores apostados em potenciar resultados e por consequência o lucro dos seus acionistas.

7.3. Parte III

Para que uma empresa tenha sucesso ela tem que planejar um caminho e desenvolver estratégias para obter os resultados desejados.

Durante muitos anos os médicos, utilizando consultórios ou pequenas empresas de saúde como complemento do seu trabalho no SNS, não precisavam de planejar as suas carreiras na prática privada. A concorrência era mínima e estava controlada pela dimensão relativamente pequena da sua atuação. Hoje em dia, com o advento das grandes empresas fornecedoras de serviços de saúde, há que rever o modo de funcionamento partindo do pressuposto de que a relação médico – paciente é fulcral desde que acompanhada por uma qualidade elevada e continuada de prestação de serviços.

Assim poderemos olhar para as ideias lançadas por Walter Shewart na década de 30 do século passado, para uma melhoria contínua da qualidade de serviços que pode ser facilmente transposta para a área de saúde.

Ela orienta para um sistema em que a melhoria de qualidade consegue quantificar e baixar os custos fornecendo uma definição racional de qualidade.

Como a percepção de qualidade é baseada num sistema de valor individual então o objetivo será sempre conseguir exceder as expectativas criadas pelo cliente/paciente. Como as expectativas estão a mudar constantemente então a “qualidade” terá que ser obtida a todo o momento por um método que permita uma avaliação contínua de melhoria. Aqui o objetivo da melhoria é corresponder às necessidades dos clientes sem precisar de olhar a todo o momento para a competição. Se prestarmos um serviço com eficácia e eficiência estaremos a criar um modelo de sustentabilidade da clínica/empresa.

Shewart achava que seriam necessários 3 passos para se conseguir este objetivo:

1. aplicar ferramentas de gestão que pudessem obter melhorias;
2. implementar as melhorias julgadas relevantes;
3. inovar para se conseguir sustentar as melhorias obtidas.

Com estes passos pretendia-se eliminar variações que se consideravam inapropriadas e ao mesmo tempo documentar a melhoria contínua.

Na construção deste caminho temos que definir um modelo de funcionamento que pode bem ser aquele descrito por Deming em 1986.

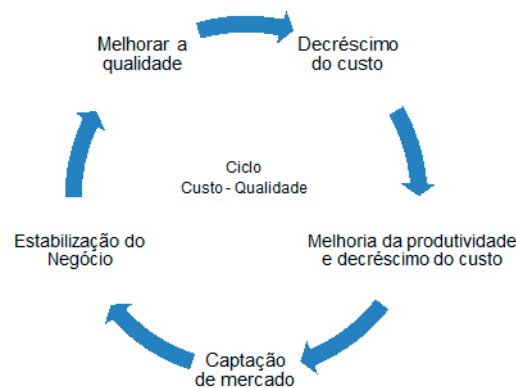


Figura 27: Relação Custo-Qualidade

Fonte: Out of the Crisis, W. Edwards Deming, MIT press, 1982, 1986; pág.3

Podemos assim começar por

- definir um caminho (Visão);
- organizar a equipa de modo a que todos conheçam e partilhem a visão estratégica;
- identificar o mercado e os clientes;
- gerir os processos;
- ir ao encontro das expectativas dos clientes;
- orientar a comunicação, parcerias e inovação para se cumprir a estratégia previamente delineada.

Lembrar sempre que não é possível atingir a qualidade elevada sem a utilização de ferramentas de medição que possam ir ao encontro continuado das expectativas dos clientes sem descuidar a gestão adequada de processos.

Caminharemos assim para um sistema que permitirá eventualmente ir prevenindo falhas (variações inapropriadas) para se manter a racionalidade de melhoria contínua de serviços prestados.

No presente trabalho foi elaborado um estudo de caso de sucesso de uma pequena empresa de saúde: Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves Lda. utilizando o modelo EFQM em toda a sua amplitude e acompanhando no tempo algumas das ferramentas aplicadas na avaliação de desempenho da empresa.

Verificou-se que alguns dos instrumentos aplicados na gestão da clínica são extremamente simples de aplicação e que contêm informação relevante na avaliação da situação corrente e na definição de caminhos/estratégias a seguir.

São esses processos que se descrevem abaixo e que são sugeridos como “livro de bolso” para que pequenas empresas de saúde ou consultórios médicos possam ser auxiliadas na suas tentativas de viabilização dos seus negócios no momento atual.

Sugerimos assim que se imaginem 4 situações: “onde estamos”, “como estamos”, “para onde vamos” e “como vamos” para a elaboração de um projeto inicial de navegação básica.

1. Onde estamos: avaliação da visão, tipo de mercado e clientes

a) Numa abordagem primária é essencial definir a nossa visão estratégica: o que queremos que a empresa seja na área de saúde em estamos inseridos.

Temos que TER UM CAMINHO porque senão qualquer caminho serve, o que não nos levará a lado nenhum.

Neste caso teremos que tentar responder às questões formuladas por Hamel e Prahalad em 1994 e que revemos novamente de forma sucinta:

1. Que clientes serviremos no futuro?
2. Através de que canais serviremos os nossos clientes no futuro?
3. Quem serão os nossos competidores no futuro?
4. Qual será a nossa vantagem base para competir no futuro?
5. De onde virão as nossas margens no futuro?
6. Que competências nos farão únicos no futuro?
7. Em que mercados participaremos no futuro?

Com base nestes pressupostos construímos **uma VISÃO estratégica** que pode ser reformulada ao longo do tempo à medida que o nosso caminho se for alterando.

b) O tipo de mercado do consultório ou pequena empresa de saúde tem que ser estudado. É essencial que se conheça a origem geográfica dos pacientes, o seu escalão etário, sexo, situação económica e a percentagem das patologias mais comuns que aparecem na empresa para se ter uma noção real dos clientes a quem servimos no momento atual. Esta será a nossa base de trabalho e teremos que a comparar com a VISÃO estratégica que estabelecemos para a empresa. Será a partir deste grupo de pacientes que iremos definir estratégias de mercado e, no fundo, reformular, a nossa visão estratégica se necessário. (consultar anexo III)

Para concretizar este objetivo basta criar uma grelha com as situações que queremos avaliar, mesmo em tipo Excel, e recolher os dados pelo menos dos que vieram à consulta nos últimos 2 anos.

2. Como estamos: gestão de processos

a) Estando na posse da informação sobre o tipo de mercado/clientes que temos e já com uma ideia muito concreta da VISÃO estratégica delineada para a empresa nos próximos tempos, há que avaliar a situação da própria empresa no sentido de se saber se estamos em condições de poder corresponder às expectativas imaginadas para os clientes atuais e para os que pretendemos captar. Nesse sentido um 1º passo será – se possível – **saber como “atender” os potenciais clientes e informatizar os processos** da empresa: atendimento telefónico, marcação de consultas por sistema informático, processo de consulta e decisões terapêuticas. É essencial lembrar que o 1º contato com a empresa será provavelmente pelo telefone pelo que as/os recepcionistas terão que estar “formadas” no atendimento telefónico e conversão de contatos em consultas. Em relação ao site verificar se o conteúdo é relevante ao momento da clínica e se as questões colocadas eletronicamente são respondidas de forma pertinente.

A informatização, em termos gerais, permitirá acompanhar de um modo eficaz e simplificado o estado da clínica pela gestão dos dados da mesma a todo o momento.

b) Temos também de avaliar se **a equipa de colaboradores conhece o caminho** que a liderança da empresa pretende seguir, se percebe o que a empresa quer e se está disposta a alinhar num processo que em ultima análise poderíamos dizer de melhoria contínua de qualidade. Dependendo da dimensão da empresa poderemos, em caso de pequenos consultórios promover reuniões individualizadas entre o gestor/dono da clínica e cada um dos colaboradores. Se há uma dimensão maior poderemos em primeiro lugar aplicar um dos vários questionários disponíveis sobre o índice de satisfação dos colaboradores realçando o “commitment” e depois fazer uma reunião geral.

c) Por fim devemos fazer uma **avaliação sumária dos resultados clínicos**, isto é, estamos a corresponder às expectativas dos clientes e a utilizar as técnicas mais adequadas na investigação e terapêutica?

A medicina – sendo uma profissão em que se aprende exercendo – reserva muitas vezes para si o direito de julgar a sua própria qualidade. Assim o médico muitas vezes estabelece as expectativas em relação à observação e resultados clínicos confundindo a profissão como sendo o seu cliente primário. Nós criamos as nossas próprias expectativas através do consenso informal e nas boas práticas há muito estabelecidas entre os pares e podemos ir também “ensinando” os pacientes. Mas os tempos mudam e é essencial ir de encontro ao que são hoje em dia as próprias expectativas dos pacientes.

Assim temos – através da avaliação sistemática dos resultados clínicos – que saber se estamos a corresponder ao que julgamos serem as melhores práticas utilizando métodos habituais na medicina para avaliação quantitativa de resultados.

E temos também de utilizar **questionários de satisfação de clientes** para se avaliar se *de facto* aquilo que são para nós as melhores práticas correspondem às expectativas dos pacientes em relação ao que fazemos. Como exemplo há o questionário simples acima referido que pode ser aleatório ou direcionado a determinados clientes.

3. Para onde vamos: gestão de clientes

a) É essencial **gerir o nível de satisfação de clientes**. Com base nos inquéritos de satisfação utilizados, nós teremos uma base de trabalho adequada para podermos planear os caminhos a seguir para manter e aumentar o número de pacientes que temos.

O questionário SERVQUAL é extremamente útil se aplicado numa fase inicial deste modelo de navegação pois permite retirar conclusões a várias questões consideradas pertinentes pelos clientes/pacientes:

- o nível de **segurança** que os colaboradores revelam é prioritário na avaliação do poder de se cativar o paciente: este valor revela se os conhecimentos e capacidades detidos pelos colaboradores da Clínica inspiram credibilidade, confiança e profissionalismo em quem os procura;
- Segue-se a **empatia** estabelecida: A atenção individualizada que os colaboradores da Clínica oferecem aos seus pacientes assume também grande destaque (acessibilidade, comunicação, etc.);
- A capacidade para prestar o serviço de forma fiável e cuidadosa (**fiabilidade**);
- e a aparência das **instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação** (elementos tangíveis) aparecem logo de seguida como fatores de extrema importância para uma clínica de sucesso e todo cuidado deve ser devotado nas alterações necessárias para se cumprirem os pressupostos enunciados.

Em alternativa poderá ser aplicado um modelo de Inquérito de satisfação de Clientes apresentado em anexo.

b) Elaborar um **Plano de Mercado** com base nas expectativas dos pacientes com destaque para a divulgação de serviços que a empresa apresenta. Esse plano de Mercado consistirá em todas as medidas julgadas relevantes para que o paciente possa saber o que fazemos, como fazemos e quais as capacidades que temos para dar uma resposta eficaz e eficiente de acordo com o solicitado.

4. Como vamos: comunicação, parcerias e inovação

Após uma análise do que queremos, do que temos e para onde vamos, há que definir estratégias para se poder completar um sistema de navegação que permita ir fazendo caminho, caminhando para onde julgamos ser o rumo mais correto. Este caminho irá sendo remodelado/alterado a todo o momento com base na obtenção de informação dos clientes e nos resultados clínicos atingidos.

a) Há que planear como “passar a nossa imagem” e isso envolve

- criação de um site moderno, com toda a informação relevante e simples de navegar;
- um boletim/revista/newsletter que sairá de forma regular e que *todos* os pacientes levarão à saída da clínica. Nesse boletim, que deverá ser de boa qualidade gráfica e ilustrativo do que uma clínica atual e inovadora deve ser, o paciente poderá ter acesso a informações sobre o tipo de serviços oferecidos, descrições curtas e simples de patologias e terapêuticas e uma descrição breve mas importante sobre o lado “humano” de um ou outro colaborador ou de testemunhos de pacientes que recorreram aos serviços da clínica;
- uma carta enviada regularmente aos pacientes que não vêm à consulta há algum tempo lembrando a necessidade de consultas regulares (ver exemplo em anexo V)
- contactos com imprensa local escrita ou falada onde se podem combinar entrevistas, discussão de temas relevantes ou um programa radiofónico onde o médico dará informações práticas a potenciais clientes;

b) planear vários tipos de **parcerias** que poderão revelar-se essenciais para a sobrevivência da clínica:

- estabelecimento de convenções com subsistemas de saúde como a ADSE, Forças policiais/militares, SAMS e outras instituições às quais a clínica poderá ter acesso para o estabelecimento de acordos. Este tipo de parceria poderá não parecer, à primeira vista, muito lucrativo mas é uma fonte segura geradora de clientes que potenciam a procura da clínica por clientes. Nas grandes empresas de saúde são estes acordos que as mantêm viáveis e com relativa saúde financeira.
- Estabelecimento de acordos com seguradoras como a Multicare, Médis, Advance Care e todas aquelas a quem a gestão da empresa de saúde conseguir cativar para eventuais acordos.
- Criação de ligações à sociedade local onde estão inseridos de forma institucional: autarquias, misericórdias, instituições de solidariedade social ou informalmente oferecendo algumas consultas, exames e/ou cirurgias gratuitas aos mais desfavorecidos da sociedade. Para além do

bem estar que estas situações produzem nos colaboradores da clínica (a possibilidade de ajudar o próximo) , elas – pelo próprio **impacto na sociedade** – irão potenciaram a chamada de mais clientes.

c) criar um **plano de reuniões periódicas** de todos os colaboradores para se irem discutindo problemas do quotidiano e imaginado caminhos de futuro. Para essas reuniões seria importante que fosse fornecida uma indicação atualizada e percentual da proveniência dos pacientes, do número de consultas e cirurgias efetuadas e dos resultados do inquérito de satisfação de clientes que funcionará de forma permanente.

d) ter um **sistema de avaliação contínua** que possa ir apoiando sempre a escolha do paciente informado. O mesmo poderá ser constituído pelo diretor da clínica e 2 colaboradores dos quadros técnicos e que discutirá, de forma regular,

- se o tipo de cuidados é o mais adequado tendo por base a contínua análise de satisfação de clientes;
- identificar áreas que necessitem de melhoria utilizando os resultados das reuniões periódicas de todos os colaboradores;
- inovar sempre que possível no âmbito da visão estratégica desenhada;
- identificar se as melhorias preconizadas foram conseguidas;

7.4. Parte IV

Qualquer que seja a pequena clínica/consultório em termos de dimensão, localização e situação económico-financeira, a base para ter sucesso será a *vontade* do(s) médico(s) em querer manter-se num mercado que se apresenta em evolução rápida, imprevisível e com uma abertura escancarada às grandes empresas privadas de cuidados de saúde.

O clínico terá que acreditar que – ainda por um tempo bastante largo e na sociedade onde estamos inseridos – a relação médico-paciente é o fator mais importante na fidelização dos pacientes/clientes.

O estudo de caso de uma Clínica pequena de cuidados de saúde que foi crescendo de forma sustentada nos últimos 15 anos apesar de

- existir na mesma cidade a que era então a maior empresa privada de cuidados de saúde;

- ter assistido nos últimos anos a uma proliferação descontrolada e provavelmente megalômana de grandes negócios de saúde em praticamente todas as cidades a norte do Porto - o seu foco de negócio;
- ter verificado que as regras de concorrência e marketing se foram alterando substancialmente sem que se mantivesse muitas vezes o respeito pelo código deontológico preconizado pela Ordem dos Médicos na “venda” de um produto tão sensível como a melhoria de cuidados de saúde.

Veio demonstrar que *AINDA É POSSÍVEL MANTER A VIABILIDADE DE PEQUENOS NEGÓCIOS* desde que, com base na empatia médico-paciente, se vá recriando a empresa de forma a poder manter-se concorrencial utilizando algumas ferramentas básicas de gestão de simples aplicação.

Para tal temos que manter critérios de avaliação regular da forma como trabalhamos e da forma como vamos correspondendo às expectativas que são criadas pelos pacientes.

Temos que ser honestos no que fazemos porque estamos a lidar com a aspeto mais sensível do ser humano: a sua saúde e o bem estar de que o rodeia. Temos que imaginar a todo o momento como nos sentiríamos no lugar do paciente à nossa frente.

Mas também temos que saber que em todas as profissões há que ir aprendendo sempre a obter os melhores resultados e isto pressupõe uma atitude que atrás foi definida como *QUALIDADE TOTAL*.

Temos que medir a todo o momento essa qualidade (melhoria de qualidade contínua) avaliando o processo dos cuidados de saúde oferecidos, o resultados dos mesmos cuidados e por fim a experiência dos clientes/pacientes e familiares.

Como já foi previamente explicado, as várias medições de qualidade

- apoiam a escolha do paciente informado,
- questionam acerca dos cuidados,
- identificam áreas que necessitam de melhoria,
- identificam se existem melhoria dos cuidados
- e premeiam os prestadores por melhores cuidados prestados.

Se conseguirmos manter um sistema básico que permita avaliar a qualidade de serviço que oferecemos então estaremos no caminho certo para manter a viabilidade dum negocio tão específico como é o setor da saúde.

A dissertação aqui apresentada é um estudo de caso elaborado com base na avaliação de uma clínica oftalmológica em todos os parâmetros definidos pelo modelo EFQM. Para além do trabalho realizado na empresa, o autor – com base no modelo avaliado – apresenta sugestões de ferramentas básicas de navegação que possam auxiliar colegas com pouca ou nenhuma experiência em gestão numa altura de alterações conturbadas no sistema de saúde português.

8. BIBLIOGRAFIA

- BLANCHARD K., HERSEY P., JOHNSON D., (2012). *Management of Organizational Behavior (10th edition)*.
- EIRIZ V., FIGUEIREDO, J. A. (2004). Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. Volume 3, N.º 4 (Outubro – Dezembro), pp. 20 – 28.
- F. NOGUEIRA GANHÃO – “A Qualidade Total” – MIE/PEDIP
- FERNANDES, A. J. A., (1998). *Integração de Sistemas de Gestão da Qualidade e Sistemas de Certificação/Acreditação*. IPP.
- FRAGATA, J., MARTINS, L. (2004). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Lisboa: Almedina.
- GONÇALVES, A. CORREIA, OLIVEIRA, A. JORGE. (2000). “*A Qualidade como Factor Dinâmico de Competição*”.
- GILBERT STORA – J. Montaigne – “La Qualité Totale dans l’entreprise” – Les editions d’organisation
- HACKMAN, J., OLDHAM, G. (1980). *Work Redesign*. Readings Mass: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- HAMEL, G., PRAHALAD, C. (1994). *Competing for the Future*. Boston: Harvard Business School Press.
- ISO 8402 – Qualidade - Vocabulário
- JONES J. A. G., (1985). *Training and Intervention Strategies, Training and Development*. February.
- J. M. JURAN – “Quality Control Handbook” – Mc Graw Hill
- KOLB *et al.* (1981). *Organizational Behaviour: An Experiential Approach*. Prentice-Hall.
- NGUYEN-THANH, F. (1991). *La Communication: Une Stratégie au Service de l’Entreprise*. In *Economica*.
- NP EN ISO 9000 – 1- Normas de Gestão da Qualidade e de Garantia da Qualidade – Linhas de orientação para a sua relação e utilização
- PFEIFFER, J.W., JONES J.E. (1980). *Annual Handbook for Group Facilitators*. University Associates.
- PRÉMIO DE EXCELÊNCIA – Sistema Português da Qualidade 1999 e Manual de Candidatura. Ministério da Economia. Instituto Português da Qualidade.

PARASURAMAN A., ZEITHAML VALARIE, BERRY LEONARD (1988), *SERVQUAL: a Multiple Item-Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*

HACKMAN RICHARD, OLDHAM GREG,(1980), *Work Redesign*

QUINN ROBERT, CAMERON KIM. (1998) *Diagnosing and Changing Organizational Culture.*

FLAMHOLTZ ERIC, RANDLE YVONNE, (1987) *The Inner Game of Management: How to Make the Transition to a Managerial Role*

JONES SUE, (1988) *Developing a Learning Culture: Empowering people to deliver quality, innovation and long term success*

ANEXOS

ANEXO I

Clinica Oftalmologica-Dr.Miguel Sousa Neves,Lda.

Nif. 502674814

DEMONSTRAÇÕES DOS RESULTADOS POR NATUREZAS (modelo reduzido)

PERÍODO FINDO EM 31 DE DEZEMBRO DE 2014

UNIDADE
MONETÁRIA (1)

RENDIMENTOS E GASTOS	PERÍODOS	
	2014	2013
Vendas e serviços prestados	899 614,85	916 718,15
Subsídios à exploração		
Variação nos inventários da produção		
Trabalhos para a própria entidade		
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas		
Fornecimentos e serviços externos	-375 453,24	-329 610,62
Gastos com o pessoal	-188 968,33	-178 324,02
Imparidade de inventários (perdas / reversões)		
Imparidade de dívidas a receber (perdas / reversões)		
Provisões (aumentos / reduções)		
Outras imparidades (perdas / reversões)		
Aumentos / reduções de justo valor		
Outros rendimentos e ganhos	2 349,69	7 248,02
Outros gastos e perdas	-14 976,47	-34 268,72
Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos	322 566,50	381 762,81
Gastos / reversões de depreciação e de amortização	-140 399,43	-118 978,80
Resultado operacional (antes de gastos de financiamento e impostos)	182 167,07	262 784,01
Juros e rendimentos similares obtidos		
Juros e gastos similares suportados	- 834,59	- 537,38
Resultados antes de impostos	183 001,66	263 321,39
Imposto sobre o rendimento do período	-28 133,63	-46 816,84
Resultado líquido do período	154 868,03	216 504,55

(1) - O euro, admitindo-se, em função da dimensão e exigências de relato, a possibilidade de expressão das quantias em milhares de euros

(2) Esta informação apenas será fornecida no caso de contas consolidadas

ANEXO II

Balço

Análise Económica e Financeira 2014

	Ativo não corrente	Ativo corrente	Total do Ativo
2013	764 942,37	476 709,52	1 241 651,89
2014	692 852,17	610 722,02	1 303 574,19

	Result. Líq. Período	Total Capital Próprio
2013	216 504,55	1 191 653,58
2014	154 868,03	1 208 898,85

	Passivo corrente	Passivo Total	Total do Capital Próprio e Passivo
2013	49 998,31	49 998,31	1 241 651,89
2014	94 675,34	94 675,34	1 303 574,19

	Prest. Serviços
2013	916 718,15
2014	899 614,85

Autonomia Financeira = (Capital próprio) / (Ativo)

2013	95,97%
2014	92,74%

Este rácio determina a independência da empresa face ao capital alheio e representa a proporção do ativo total que é financiada com capital próprio. A Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves, Lda apresenta uma autonomia financeira elevada, o que demonstra uma maior autonomia face a terceiros.

Rácio de Endividamento = (Passivo) / (Capital Total)

2013	0,04
2014	0,07

Este rácio pode variar entre 0 e 1 e determina a dependência da empresa face ao capital alheio. Como se verifica, a Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves, Lda. não apresenta fontes de financiamento externos.

Rácio de Solvabilidade = (Capital Próprio) / (Passivo)

2013	23,83
2014	12,77

Este rácio determina o grau de cobertura do passivo por capital próprio, avaliando a capacidade da empresa para fazer face aos seus compromissos de médio longo prazo, o que acaba por refletir o risco que os credores correm. A Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves, Lda. apresenta um valor superior a 1 o que representa um capital próprio suficiente para assegurar a cobertura da totalidade dos créditos.

Rendibilidade dos Capitais Próprios = (Result. Líq. do Período) / (Capital Próprio)

2013	18,17%
2014	12,81%

O rácio da rendibilidade do capital próprio mede o grau de remuneração dos sócios ou acionistas da empresa, avaliando assim o retorno do investimento proporcionado aos detentores do capital próprio. Para o acionista, esta taxa deve ser comparada com as taxas de rendibilidade do mercado de capitais.

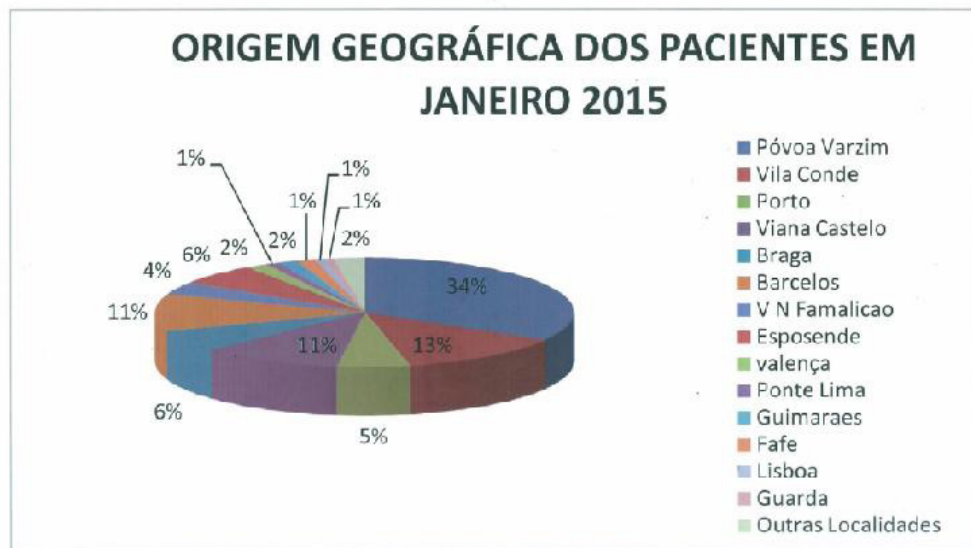
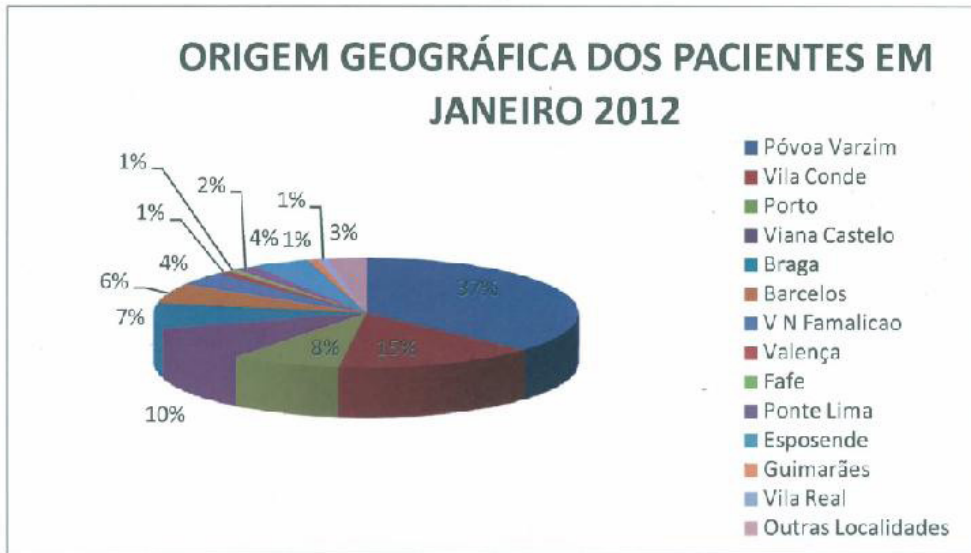
Liquidez Geral = (Ativo corrente) / (Passivo Corrente)

2013	10
2014	6

Este rácio aprecia o equilíbrio entre recursos e obrigações de curto prazo. Uma vez superior a 0, verifica-se que possui um conjunto de ativos correntes, que um vez transformados em meios monetários, permitem solver os seus compromissos de curto prazo.


ANEXO III

Modelo de avaliação da proveniência dos clientes/pacientes ao longo do tempo



ANEXO IV

Exemplo de Inquérito de satisfação de Clientes



Edifício Portas do Parque I – Avenida 25 de Abril, 62 / 70
4490-004 Póvoa de Varzim
Site www.drmsn.com

Clínica Oftalmológica
Dr. Miguel Sousa Neves

1. Como Conheceu a Clínica Dr. Miguel Sousa Neves?

<input checked="" type="checkbox"/> Já era Cliente:	Foi-me recomendada por:
<input type="checkbox"/> Através de uma Seguradora	<input checked="" type="checkbox"/> Um Médico
<input type="checkbox"/> Através da minha empresa (Medicina do Trabalho ou Check-up)	<input type="checkbox"/> Um Amigo/Familiar/Colega
<input checked="" type="checkbox"/> Através de Publicidade	<input type="checkbox"/> Outro

2. Classifique a Clínica de 1 a 5 relativamente a:

Qualidade Técnica (profissionalismo e competência)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Simpatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tempo de Espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Classifique as nossas instalações de 1 a 5 relativamente a:

Acessibilidade (transportes, estacionamento, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Ambiente (luz, som, temperatura, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decoração Geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conforto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Facilidade de Orientação (dentro da Clínica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4. O que mais gostou na Clínica? *Bom atendimento*

5. E o que menos gostou? _____

6. Pensa voltar à Clínica? Sim Não

7. Aconselharia a Clínica a um Familiar ou Amigo? Sim Não

DADOS PESSOAIS A. Sexo F M B. Idade *76*

Críticas e Sugestões

Critique e sugira. Ajude-nos a melhorar!

Muito obrigado pela sua Participação!

ANEXO V

Modelo de carta a enviar aos pacientes

Caro Sr. (a)

A Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves, de acordo com a sua conduta de prevenção e prestação de cuidados primários e avançados de saúde ocular, vem por este meio informar a importância da realização periódica de consultas de Oftalmologia por forma a que se consigam detetar de forma precoce algumas patologias e controlar a evolução de outras.

Em anexo encontra-se informação de algumas das valências da Clínica que estão na vanguarda da Oftalmologia nacional, como por exemplo a cirurgia refractiva (LASIK, PRK, ICL, outras), cirurgia de catarata e tratamento de diabetes ocular e outras patologias.

Ficamos a aguardar um contacto da sua parte,

Melhores Cumprimentos,



(Dr. Miguel Sousa Neves)

Médico Oftalmologista – Diretor Clínico

