



**HELDER TIAGO DE
RESENDE GOMES**

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA
QUALIDADE EM CLÍNICA MÉDICA**



**HELDER TIAGO DE
RESENDE GOMES**

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA
QUALIDADE EM CLÍNICA MÉDICA**

Relatório de projeto apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Engenharia e Gestão Industrial, realizado sob a orientação científica da Doutora Ana Luísa Ferreira Andrade Ramos, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida. Pai, Mãe, Esposa, Filho e Irmão, pelo incansável apoio que sempre me deram, na prossecução deste objetivo, nunca me deixando desviar do caminho que tornaria este documento uma realidade.

o júri

presidente

Prof. Doutora Leonor da Conceição Teixeira
professora auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Bernardo Sobrinho Simões de Almada Lobo
professor auxiliar da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Prof. Doutora Ana Luísa Ferreira Andrade Ramos
professora auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Uma palavra de agradecimento à Doutora Ana Luísa Ramos pelo espírito positivo e motivador que me inculuiu e que facilitou de forma significativa o meu trabalho.

Uma palavra de reconhecimento também à Professora de Filosofia, Idalina Rocha Dias, pela disponibilidade e ajuda na organização de conceitos e principalmente na estruturação frásica.

palavras-chave

Qualidade, bens/serviços, Sistema de Gestão da Qualidade, NP EN ISO 9001:2008.

resumo

O presente trabalho pretende explorar o desenvolvimento e Implementação de um sistema de gestão da qualidade numa organização prestadora de serviços e saúde. Na primeira parte do trabalho, introduz-se o conceito de qualidade, apresentam-se os fundamentos da qualidade, o referencial normativo ISO 9000 e a qualidade no setor dos serviços de saúde. A parte prática do trabalho descreve o processo de desenvolvimento e implementação do sistema de gestão da qualidade numa organização em concreto e são realçadas as motivações que conduziram a esta implementação, a forma de cumprimento os requisitos estabelecidos no referencial normativo (ISO 9000) e a perceção dos colaboradores e dos pacientes relativamente a este processo de mudança organizacional.

keywords

Quality, goods/services, quality management system(s), NP EN ISO 9001:2008

abstract

Present work intends to explore an implementation and development of a quality management system in a organization dedicated to healthcare services. Firstly, author introduces quality concept, presents quality principles, presents standard normative ISO 9000 and presents quality concept on healthcare industry. After this first part, author presents a case study which describes a process of implementing and developing a quality management system in a real organization where are emphasized motivations that conduct to implementation, how were accomplished all ISO 9000 requirements and also the perception of stakeholders concerning this organizational changing.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Contexto.....	2
1.2. Objetivo do Trabalho.....	3
1.3. Metodologia	3
1.4. Estrutura do Documento.....	4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
2.1. Os Fundamentos da Qualidade	7
2.2. O Referencial Normativo ISO 9000	10
2.3. Desenvolvimento e Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade	14
2.4. A Qualidade na Indústria dos Serviços	18
2.5. Qualidade na Saúde	23
3. CASO DE ESTUDO	25
3.1. Apresentação da Organização	26
3.2. Aspetos Metodológicos da Implementação.....	28
3.3. A Arquitetura do SGQ na Organização	32
3.4. O SGQ e os Princípios da Qualidade na Organização	34
3.4.1. Focalização no Cliente.....	35
3.4.2. Liderança	36
3.4.3. Envolvimento das Pessoas.....	37
3.4.4. Abordagem por Processos	38
3.4.5. Abordagem da Gestão como um Sistema.....	39
3.4.6. Melhoria Contínua.....	44
3.4.7. Decisões baseadas em Factos.....	45
3.4.8. Relações de Parcerias com Fornecedores.....	46
3.5. O Macroprocesso – P03 - Prestação do Serviço	46
3.6. Avaliar a Satisfação do Paciente.....	51
4. RESULTADOS FINAIS E CONCLUSÕES.....	53
4.1. Principais Conclusões e Benefícios	54
4.2. Principais Obstáculos da Implementação do SGQ	55
4.3. Perspetivas de Desenvolvimento Futuro.....	56
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
6. ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Família NP ISO 9000 (Azevedo, 2012)	12
Figura 2 - Princípios da gestão da qualidade (NP EN ISO 9001:2008).....	14
Figura 3 - Trilogia de Juran (Juran,1998).....	15
Figura 4 - Estrutura Organizacional (Manual da Qualidade, 2009)	27
Figura 5 – Projeto MOVE PME – Modelo Atuação (AIP-CE, setembro/2008)	29
Figura 6 – Diagrama de <i>Gant</i> Projeto MOVE PME.....	32
Figura 7 – Arquitetura do SGQ implementado.....	34
Figura 8 - Interação dos Processos (Manual da Qualidade, 2009)	39
Figura 9 – A Prestação de um Serviço de Saúde	40
Figura 10 – Metodologia adotada de Gestão de Processos (Manual da Qualidade, 2009).....	40
Figura 11 - BSC (adaptado de Kaplan e Norton, 1996).....	41
Figura 12 - Fatores Críticos de Sucesso.....	42
Figura 13 - Mapa estratégico da Organização.....	43
Figura 14 – Processo de Melhoria Contínua (Manual da Qualidade, 2009).....	45
Figura 15 - Gestão e Planeamento do macroprocesso P03 – OMI	48
Figura 16 – Percentagem de Pacientes Faltosos	49
Figura 17 - Plano de Ações do Processo P03	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Diferença entre bens e serviços (Gronroos, 2000).....	20
Tabela 2 - Equipa do Projeto MOVE PME	30

SIGLAS

AC – Ações Corretivas

AIP-CE- Associação Industrial Portuguesa- Confederação Empresarial

APCER- Associação Portuguesa de Certificação

APQ- Associação Portuguesa para a Qualidade

AP – Ações Preventivas

BSC- *Balanced Score Card*

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FCS- Fatores Críticos de Sucesso

GDQ – Grupo Dinamizador da Qualidade

ISO- *International Organization for Standardization*

IPQ- Instituto Português da Qualidade

OMI- Objetivos, Medidas e Iniciativas de melhoria

PAP- Plano de Ações do Processo

PDCA- *Plan, Do, Check, Act*

PME- Pequenas e Médias Empresas

POPH- Programa Operacional de Potencial Humano

SGQ- Sistemas de Gestão da Qualidade

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contexto

O mercado global coloca às organizações uma série de desafios que só quando superados podem garantir a sua competitividade. Entre os desafios, sentidos em diversas vertentes, encontram-se a concorrência à escala mundial, as políticas macroeconómicas austeras, o elevado nível de exigência das entidades regulamentadoras de cada setor de atividade económica e a crescente taxa de emigração associada à elevada percentagem de desemprego.

Neste cenário altamente competitivo, para que uma organização se imponha deverá oferecer bens/serviços com elevados padrões de qualidade mas também, por uma questão estratégica, implementar um sistema de gestão da qualidade para garantir o crescimento sustentado da organização e criar condições favoráveis ao desenvolvimento de uma estrutura *magra*, flexível, eficaz e inovadora.

Apesar de frequentemente usado na literatura especializada, o conceito de *qualidade* abre-se a diferentes perspetivas e entendimentos, pelo que se torna difícil reduzi-lo a uma única definição. Assim, enquanto uns definem a qualidade como ausência de defeitos, outros entendem-na como a satisfação do cliente.

Dada a multiplicidade de abordagens foram criados referenciais normativos no sentido de padronizar a busca da qualidade. A sua função é a de auxiliar/orientar o processo de implementação de sistemas de gestão da qualidade nas organizações e, conseqüentemente, gerir com/e para a qualidade. Estes referenciais normativos conduzem as organizações a um processo de reflexão profundo, aberto à mudança, e a implementação dos seus requisitos implica a criação de documentação vital, bem como a sistematização de um conjunto específico de atividades essenciais, para operar e gerir para a qualidade. Os referenciais normativos podem ser genéricos, se passíveis de utilização em qualquer tipo de indústria de bem/serviço, ou mais específicos se se destinam a determinados setores de atividade em particular.

De entre os referenciais normativos existentes destaca-se a família ISO 9000 pela sua implementação na indústria dos serviços. Neste sentido será apresentado um exemplo concreto de implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), de acordo com a norma NP EN ISO 9001:2008, nos serviços de saúde. Assim, usando o projeto Move PME- desenvolvido pela AIP-CE (setembro/2008) - como referência de atuação, foi possível aplicar os princípios da qualidade a uma situação prática. A um primeiro

momento de diagnóstico, seguiu-se a elaboração de um plano de ação adequado ao contexto organizacional, a partir do qual o sistema de gestão da qualidade foi implementado.

1.2. Objetivo do Trabalho

O presente trabalho de projeto tem como objetivo descrever o processo de desenvolvimento e implementação de um SGQ, satisfazendo os requisitos definidos no contexto do referencial normativo da família ISO 9000, no setor dos serviços, especificamente, numa organização prestadora de cuidados de saúde. O desenvolvimento e implementação do SGQ nesta instituição torna-a capaz de garantir serviços de excelência e de se constituir como um elemento diferenciador em relação aos concorrentes.

1.3. Metodologia

O presente trabalho de projeto visa apresentar o processo de implementação da norma NP EN ISO 9001 numa organização do setor dos serviços da saúde. Pretendeu-se encontrar resposta para um conjunto de questões consideradas nucleares (como por exemplo, como implementar o SGQ, quais as vantagens que daí poderiam advir e quais os principais obstáculos) e, por isso, foi adotado o estudo de caso como metodologia de investigação.

De acordo com Fortin (1999), a metodologia define um conjunto de métodos e técnicas que “guiam a elaboração do processo de investigação científica” e, a fase metodológica consiste “ em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho”, com o intuito de desenvolver as atividades que permitam ao investigador realizar o seu estudo. Assim, a metodologia de uma investigação pode ser definida como “um conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo escolhido que precisa a forma de colher e de analisar os dados”.

Decorrente da opção metodológica foram utilizadas as seguintes técnicas de recolha de dados propostas por Yin (1994): análise documental (dado que foram analisados documentos relativos ao historial da organização, estrutura de trabalho, modos de

operação e documentos de trabalho desenvolvidos pela secção de gestão da qualidade); registo diário (pois procedeu-se ao registo das atividades desenvolvidas para implementar o SGQ que posteriormente permitiram caracterizar o desenvolvimento e implementação do SGQ e interpretar os resultados e conclusões) e a observação participante (uma vez que o autor do trabalho foi um elemento participante ativo na implementação do SGQ, na qualidade de elemento da gestão da organização).

1.4. Estrutura do Documento

O trabalho obedece, em termos estruturais, a uma organização por capítulos (divididos em secções) e por um conjunto de anexos, de modo a proporcionar o melhor esclarecimento das questões essenciais para o tratamento do tema.

Assim, após o capítulo introdutório em que se apresenta o contexto, o objetivo do trabalho, a metodologia selecionada e a estrutura do documento seguem-se os três capítulos nucleares do presente documento: o enquadramento teórico, o caso de estudo e os resultados finais e conclusões.

Neste sentido, o capítulo dois, *Enquadramento Teórico*, inclui cinco secções denominadas, “Os Fundamentos da Qualidade”, “O Referencial Normativo ISO 9000”, “Desenvolvimento e Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade”, “Qualidade na Indústria dos Serviços”, “Qualidade na saúde”. Pretende-se nesta secção explorar o quadro conceptual em que este tema se desenvolve dando particular ênfase aos conceitos de qualidade no setor dos serviços de saúde.

Segue-se o capítulo *Caso de Estudo*, em que se pretende descrever o processo de desenvolvimento e implementação de um SGQ respeitando os requisitos do referencial normativo ISO 9000 numa organização. Inicia-se este capítulo com uma breve apresentação da organização. Posteriormente, descreve-se a estrutura do SGQ implementado, a forma como este dá resposta aos princípios preconizados pelo referencial normativo ISO 9000 e por fim, apresenta-se um dos principais processos da organização (P.03 – Prestação do Serviço), bem como a metodologia seguida para avaliar a satisfação do paciente. O capítulo encontra-se organizado nas seguintes secções: “Apresentação da Organização”, “Aspetos Metodológicos da Implementação”, “A Arquitetura do SGQ na Organização”, “O SGQ e os Princípios da Qualidade na

Organização”, “O Macroprocesso – P03 - Prestação do Serviço” e “Avaliar a Satisfação do Cliente”.

Finalmente, no capítulo quatro, *Resultados Finais e Conclusões*, expõem-se os aspetos mais relevantes da presente investigação, apresentando-se as principais dificuldades encontradas na realização deste projeto, bem como os principais benefícios obtidos. Apontam-se também algumas pistas para investigações futuras.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Os Fundamentos da Qualidade

As organizações orientam-se para a realização de objetivos que traduzem a satisfação de interesses individuais e organizacionais. Neste sentido, os objetivos definidos pela organização funcionam como guias ou referências para cada um dos seus elementos, pois refletem o modo de funcionamento e de gestão da estrutura (aberta) que integram. Por isso, independentemente da dimensão da organização, o gestor deverá coordenar, racionalmente, os processos de modo a assegurar a consecução dos objetivos desejados, a garantir a qualidade dos bens e serviços e a alcançar a satisfação dos clientes.

Cada uma das organizações que a sociedade oferece apresenta formas de atuação e de gestão próprias que, num ambiente globalizado, terão de encontrar as condições adequadas para resistir e sobreviver. Na verdade, as organizações não são sistemas autónomos com capacidade para operar de forma independente de um contexto. Pelo contrário, na medida em que funcionam de modo sistémico, devem preparar-se para os desafios que advêm da constante necessidade de comunicação e de diálogo entre estruturas de índole diversa. Uma organização competitiva deve ser capaz de fornecer bens e serviços de qualidade, mas também de consolidar uma boa imagem institucional. Este é, aliás, um dos principais desafios das organizações atualmente: conseguir diferenciar-se e fazer-se notar.

Desde a década de oitenta que, no ocidente, a orientação para a qualidade se assumiu como preponderante fator de mudança de ambientes de trabalho e de satisfação das necessidades do cliente. Pelo facto, a qualidade passou a ser sinónimo de vantagem competitiva.

Por toda a parte, as organizações aperceberam-se desta necessidade de mudar tendo-se colocado o enfoque sobretudo ao nível dos recursos humanos, dada a sua reconhecida importância quer para a organização quer para a sua cultura organizacional. Tornou-se uma vantagem o facto de cada colaborador saber exatamente qual o papel que deve desempenhar e o que esperam dele no seio da organização (Juran, 1998).

Neste sentido, implementar um SGQ - partindo por exemplo das diretrizes da norma NP EN ISO 9000 - implica estabelecer a política, ajustar objetivos, projetar sistemas de gestão, documentar procedimentos, e treinar para as habilidades da função. Todos estes

aspectos são fundamentais para esclarecer, cada uma das pessoas que integra a organização, em que consiste o seu trabalho e o que esperam dela (Juran, 1998).

Esta orientação para a qualidade estimulou o desenvolvimento e o uso de muitas ferramentas e técnicas passíveis de serem usadas na melhoria dos processos e na prevenção dos problemas. Por esta razão, as organizações investiram, cada vez mais, na certificação tornando a qualidade no ingrediente determinante para as tornar competitivas. Neste sentido, Wiele (2002) afirma que as organizações com um elevado nível de maturidade integram os sistemas de gestão da qualidade nas suas práticas quotidianas.

Talvez por isso, afirma Juran (1998), as companhias estejam, por isso, cada vez mais a trabalhar segundo uma perspetiva do processo sendo frequente o uso de fluxogramas (e outros dispositivos visuais), a valorização do diagnóstico do trabalho/processo e a busca de oportunidades para a simplificação e melhoria do processo. Os resultados obtidos estão cada vez mais a ser usados para caracterizar, mais eficazmente, a qualidade do bem/serviço e a satisfação de cliente.

De acordo com Hay e Williamson (1991), citados por Pinto (2003), parece existir uma relação entre o conceito de qualidade e as exigências de competitividade sendo que essa relação se traduz num percurso tendente à diferenciação.

De acordo com Mezomo (2001), no panorama atual, uma organização que não ofereça qualidade, isto é, que não aja segundo uma lógica de processo (independentemente da sua dimensão) compromete a sua própria existência. De tal forma, a busca da qualidade deixou de ser apenas preocupação das grandes empresas industriais, para se constituir como prioridade para qualquer organização, de qualquer setor, desejosa de desenvolvimento. Uma vez que a informação e o conhecimento estão por toda a parte, as organizações precisam de renovar a sua filosofia de gestão para responder com eficácia e sucesso à nova realidade.

Certificar um bem ou serviço tornou-se pois um imperativo e uma marca de qualidade capaz de fidelizar clientes e de os deixar satisfeitos. Mas o que significa afinal investir na qualidade? Quais as suas marcas? De que modo deverá ser entendida?

Apesar da inexistência de consenso em relação ao significado de *qualidade*, Wiele (2002), afirma que, em termos gerais, ela atende a alguns princípios fundamentais como o gosto pela melhoria contínua, a satisfação do cliente e o trabalho de equipa.

Não obstante esta caracterização generalista, a *qualidade* esquiva-se, como se disse, a qualquer tentativa de definição única. Com efeito, segundo Pinto (2003), a qualidade pode ser definida como valor, conformidade com as especificações, conformidade com os requisitos, adequação ao uso, prevenção de perdas, ou como resposta às expectativas dos consumidores. Nas palavras da autora, a qualidade tornou-se um valor quando os bens passaram a ser úteis, não apenas para quem os produzia mas também para quem os procurava. A qualidade deixou de estar confinada ao objeto em si para traduzir algo útil e comum a vários sujeitos valorizadores. Por esta razão, a qualidade tornou-se *valor de uso* porque tinha subjacente uma ideia de funcionalidade, de comparabilidade e uma grande dose de subjetividade.

Um outro autor, Mezomo (2001), ao refletir sobre a qualidade não deixou de salientar o modo como este conceito foi entendido por diferentes autores reforçando também a inexistência de um conceito único de qualidade. Contudo, antes de propor a sua definição, apresenta, resumidamente, as concepções dos principais autores de referência neste tema: Crosby, Juran e Deming.

Começa por salientar as diferenças entre os conceitos de qualidade propostos por Crosby e por Deming: enquanto para Crosby a qualidade se relaciona com um *standard* que, uma vez definido, dá início à produção de alta qualidade (ou seja, a qualidade é sinónimo de “conformidade com os requisitos” e de “zero defeitos”), para Deming, tal conceito seria inatingível e pois que faria a organização fixar-se apenas em números e resultados não deixando espaço para a inovação nem para a melhoria de um processo.

Em relação à proposta de Juran, refere que para este autor, a qualidade significa “adequação ao uso” sendo possível distinguir nela duas dimensões: o perfil do bem ou serviço que atende às necessidades do cliente e a ausência de defeitos. Neste sentido, para Juran a qualidade é encarada como “conformidade e satisfação do cliente” (Mezomo, 2001).

Juran (1998) apresenta, então, dois sentidos para o termo que assumem uma grande importância para a gestão da qualidade. O primeiro refere a *qualidade* como significando aquelas características dos bens que traduzem as necessidades do cliente e que são

capazes de as satisfazer. Desta forma, a qualidade orienta-se para um fim, o de fornecer uma maior satisfação ao cliente. Ora, produzir qualidade requer geralmente um investimento que envolve alguns custos e, neste sentido, a alta qualidade “custa mais.”

O segundo sentido do conceito, tal como o autor o propõe, define qualidade como “ausência de defeitos”, isto é, ausência de erros que obriguem a refazer o trabalho ou a enfrentar a insatisfação e as queixas dos clientes. Deste modo, a qualidade orienta-se para os custos sendo que a alta qualidade normalmente custa menos (Juran, 1998).

Gryna (2001) defende que o termo qualidade pode ser aplicado a bens (como carros, circuitos elétricos e reagentes químicos), a *software* e a serviços (bancos, transportes e seguros) e que para a qualidade de um produto importam sobretudo que estejam reunidas duas condições: as características em si do produto e a ausência de defeitos. Será a qualidade que garantirá a satisfação e a fidelidade do cliente - aquele que é afetado por um bem ou por um serviço. As definições gerais de qualidade aplicam-se, igualmente, ao bem e ao serviço. Por esta razão, e em forma de síntese, é possível afirmar que dada a competitividade que existe atualmente entre as organizações, a qualidade funciona como ponto de partida e como referência para a excelência nos serviços.

2.2. O Referencial Normativo ISO 9000

A implementação de um sistema de gestão da qualidade numa organização tem como principal objetivo garantir a qualidade. Mas como fazê-lo? Quais os procedimentos que devem ser atendidos/respeitados para que uma organização possa ser certificada?

De acordo com Pires (2007), o recurso a normas de gestão da qualidade surge historicamente como uma forma de garantir uma boa realização de bens ou serviços. Por isso, as principais normas da qualidade (a serem usadas como documentos contratuais), incluem as condições de garantia da qualidade sem fazer qualquer referência à preocupação do fornecedor em alcançar a qualidade desejada com o mínimo custo.

Em 1979, a International Organization for Standardization (ISO) aprovou a formação de um comité técnico (ISO/TC 176) para abordar matérias relacionadas com a gestão e garantia de qualidade. Este comité desenvolveu as primeiras normas, publicadas em 1987, com a designação de “família” ISO 9000. Desde então, várias revisões foram feitas

a última das quais em 2008. Em Portugal, o organismo nacional de normalização responsável pela tradução e publicação das normas é o Instituto Português da Qualidade (IPQ). A normalização é ainda desenvolvida com a colaboração de organismos de normalização setorial, reconhecidos pelo IPQ. A Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ) é o organismo de normalização setorial que constitui a *interface* entre a comissão técnica e o IPQ. A comissão técnica é responsável pelo acompanhamento dos trabalhos do ISO/TC 176 e ISO/TC 69 que consistem na elaboração de normas que possibilitem uma melhoria contínua da qualidade das organizações e dos respetivos bens e serviços (APCER, outubro/2007).

As normas não são documentos estáticos pois tendem a acompanhar as mudanças e transformações dos mercados e das sociedades. Quando em 1987 as normas foram publicadas pela primeira vez, o ambiente em que se aplicavam não era o mesmo que atualmente. Tal facto motivou uma revisão da norma em 1994 a que se seguiram outras, sempre realizadas no intuito de se adaptarem aos mecanismos de globalização dos mercados, às exigências (crescentes) dos consumidores e ao aumento da concorrência.

A Figura 1 permite observar algumas das adaptações a que as normas da família ISO 9000 foram submetidas nos últimos anos. A maioria das normas ISO são específicas para um dado produto, material ou processo. A família ISO 9000, é genérica para sistemas de gestão da qualidade, o que significa que as suas normas são aplicáveis a organizações de todos os tipos e dimensões, quaisquer que sejam os setores de atividade e os seus produtos e em qualquer ponto do globo. As revisões desta norma tornaram-na capaz de indicar os princípios genéricos dos sistemas de qualidade, de estabelecerem requisitos e poderem ser usadas como documentos contratuais e de estabelecerem orientações para o desenvolvimento de sistemas de qualidade.

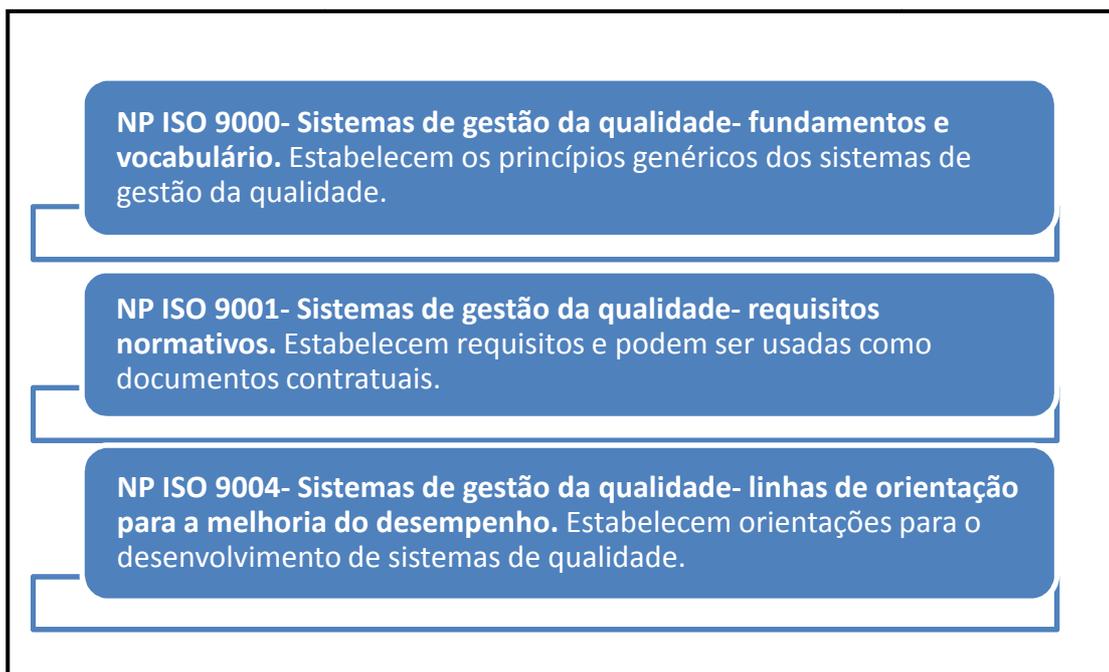


Figura 1 - Família NP ISO 9000 (Azevedo, 2012)

As normas da família ISO 9000 apresentam um conjunto de boas práticas de gestão que, adotadas por cada uma das organizações, se traduzem em benefícios para o seu funcionamento quer porque permitem a prevenção de problemas, quer porque colocam a sua ênfase ao nível da melhoria contínua. A família ISO 9000 não trata das especificações técnicas de um bem e as suas orientações para o sistema de gestão de uma organização são comuns a todas as especificações, padrões, ou regulamentos técnicos aplicáveis aos bens da organização ou às suas operações (Juran, 1998).

Segundo Juran (1998), os padrões da ISO 9000 tiveram um grande impacto no comércio internacional e na execução de sistemas da qualidade de organizações globais já que os modelos internacionais foram adotados como nacionais e aplicados em larga escala na indústria e setores económicos, mas também noutras áreas.

De acordo com o mesmo autor, os princípios da norma aplicam-se a todas as categorias genéricas do bem: *hardware*, *software*, processos materiais, e serviços. Os padrões específicos da família ISO 9000 fornecem a orientação da gestão da qualidade, as exigências da garantia de qualidade e a tecnologia suportada para o sistema de gestão de uma organização. As normas fornecem as linhas orientadoras ou as exigências de um sistema de gestão para a qualidade embora não prescrevam o modo como devem ser

executadas. Este caráter não prescritivo dá aos padrões uma larga aplicabilidade para vários produtos e situações.

Das várias normas que constituem a família ISO 9000, a mais conhecida é a ISO 9001, por ser a que melhor detalha os padrões das exigências da garantia de qualidade por apresentar as exigências padrão para o uso contratual do registo na sustentação do comércio internacional. A par deste papel, a norma ISO 9001 foca somente as funções que afetam mais diretamente a qualidade do bem. Não trata das questões da eficiência económica ou da eficácia de custo, mas apenas dos aspetos específicos do pessoal, das vendas e de *marketing* específicos que afetam diretamente a qualidade do bem.

De uma maneira geral, ao implementar um sistema de gestão da qualidade, uma organização deve estabelecer, documentar e manter um sistema de qualidade que lhe assegure que o bem/serviço está em conformidade com as exigências especificadas. Para o efeito, o fornecedor deve preparar um manual da qualidade capaz de respeitar o estabelecido na norma internacional.

O referencial normativo NP EN ISO 9001:2008 funciona como um documento orientador para a implementação de um sistema de gestão de qualidade que não pretende, de forma alguma, impor uma uniformidade na estrutura dos sistemas de gestão da qualidade ou na documentação. Há sempre uma margem flexível de operacionalização dos elementos definidos que atendem quer às marcas próprias dos contextos em que a organização se desenvolve, quer à visão estratégica definida para a organização.

A norma ISO 9001 fomenta a adoção de uma abordagem por processos que, quando utilizada num sistema de gestão da qualidade, realça a importância de entender e de ir de encontro aos requisitos; da necessidade de considerar processos em termos de valor acrescentado; de obter resultados do desempenho e da eficácia do processo e da melhoria contínua dos processos baseada na medição dos objetivos (NP EN ISO 9001, 2008).

As exigências da ISO 9001 dão maior ênfase à categoria da gestão do processo. A Figura 2 apresenta os oito princípios da gestão da qualidade, sugeridos por Juran (2008), a partir dos quais uma organização deve pautar a sua atuação: focalização no cliente (de quem as organizações dependem e de quem é importante conhecer as necessidades atuais e futuras); liderança (são os líderes que orientam a organização); envolvimento das pessoas (a essência da organização e de cujo envolvimento resultam benefícios para

a organização); abordagem por processos (permite uma obtenção mais rápida de resultados); abordagem como um sistema (a organização será mais eficaz e eficiente se gerida enquanto conjunto de processos interatuantes); melhoria contínua (deverá ser um objetivo permanente da organização); decisões baseadas em factos (informações e dados objetivos) e relações de parceria com os fornecedores (que permitem criar mais valor pelo que são benéficas para ambas as partes).

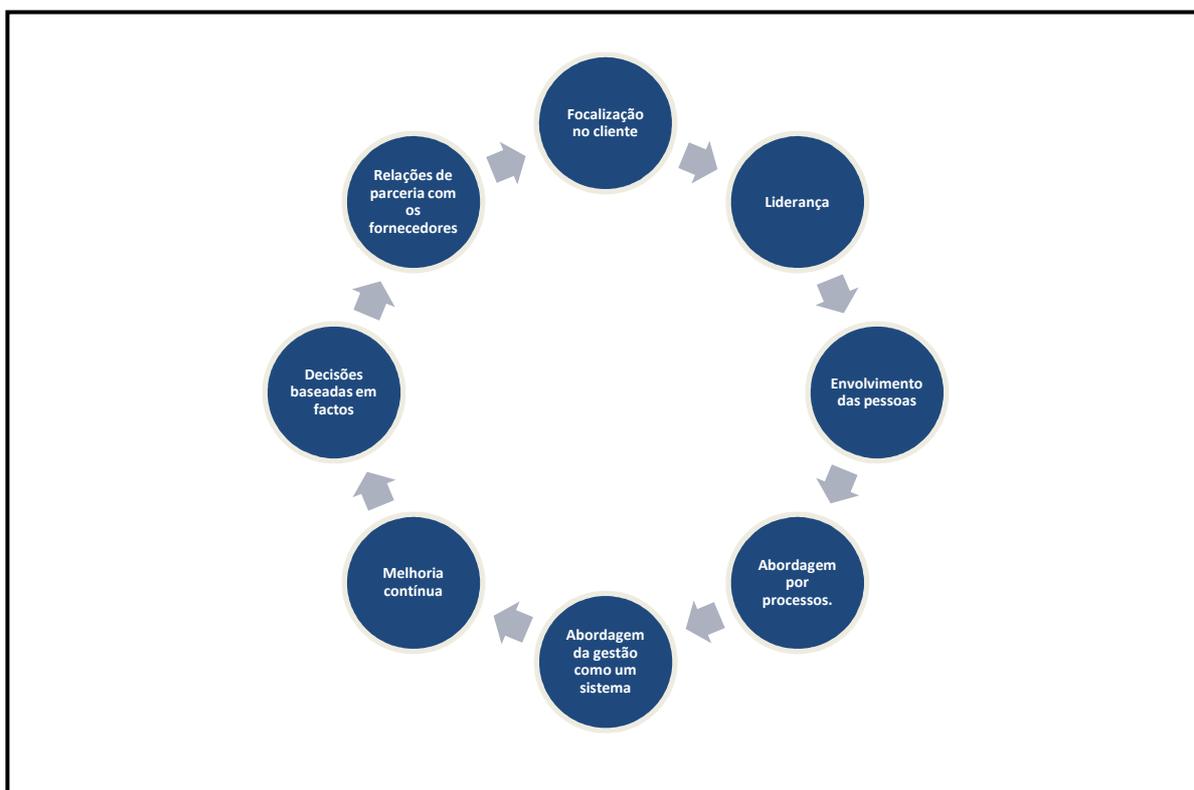


Figura 2 - Princípios da gestão da qualidade (NP EN ISO 9001:2008)

2.3. Desenvolvimento e Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade

Tradicionalmente, identifica-se a qualidade a partir de um bem/serviço final. Assim sendo, a avaliação da qualidade seria feita apenas na fase final de um processo produtivo. Segundo Pereira e Requeijo (2008), um SGQ é “um sistema de gestão que compreende a estrutura organizacional, responsabilidades, processos e recursos necessários para implementar a Política da Qualidade e concretizar os objetivos preconizados pela organização (Saraiva e Teixeira, 2010).

Ora, na implementação de um sistema da qualidade a questão fundamental é a de saber como fazer essa avaliação valorizando não apenas o resultado, mas também o processo e cada uma das suas etapas. Por esta razão, existe um planeamento/controlado de todo o processo (aplicado praticamente a todos os setores) que permite que os (eventuais) defeitos sejam detetados e corrigidos durante todo o processo. Em si, a análise dos processos de trabalho é já uma garantia de qualidade pelo que é fundamental uma organização e gestão detalhada dos procedimentos de trabalho de modo a prestar o melhor serviço da forma mais eficiente.

De acordo com Juran (1998), em termos genéricos, fazem parte de um sistema de gestão da qualidade os métodos de trabalho, os procedimentos, os planos, os documentos e os sistemas informáticos adotados por cada organização. Como se pode observar na Figura 3, existem três processos fundamentais, interrelacionados, a que uma organização deve atender na implementação de um sistema de gestão da qualidade: o planeamento da qualidade, a melhoria da qualidade e o controlo da qualidade.

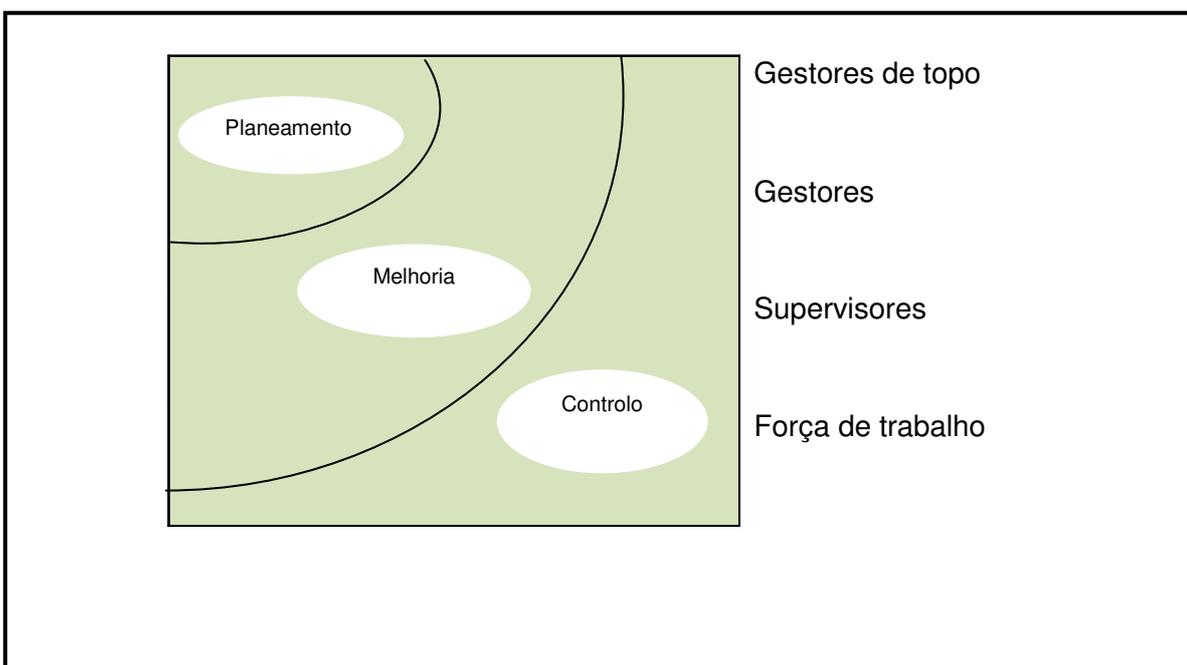


Figura 3 - Trilogia de Juran (Juran,1998)

O *planeamento da qualidade*, é aqui usado como um processo estruturado para desenvolver bens e serviços em que se assegura que as necessidades do cliente coincidem com o resultado final. As ferramentas e os métodos do planeamento da

qualidade são incorporados, juntamente com as ferramentas tecnológicas, no bem particular que está a ser considerado (Juran, 1998).

Na perspetiva de Juran (1998), qualquer sistema e processo de uma organização produz informações que depois de recolhidas e analisadas podem conduzir a melhorias no sistema ou no processo. Este torna-se um ciclo contínuo de melhorias à medida que a organização implementa o seu sistema de qualidade. A *melhoria da qualidade* resulta, então, da relação entre o planeamento e o controlo da qualidade. O *controlo de qualidade* é um processo de gestão universal para conduzir operações, fornecer estabilidade, impedir a mudança adversa e manter o estatuto da organização. Para o efeito, o processo do controlo de qualidade avalia o desempenho real, compara-o com os objetivos e examina a ação na diferença.

Na implementação de um modelo de qualidade nos serviços da saúde a ênfase é mais colocada no processo de controlo e nas características específicas do serviço do que, propriamente, na avaliação dos resultados. Por isso, torna-se fundamental assegurar que a qualidade se mantém num certo nível e que não se deteriora. Nos serviços de saúde, a qualidade pode ser perspetivada de modo diferente por pacientes, profissionais de saúde, colaboradores ou legisladores. Por isso, o modo como a qualidade é percebida pode ser determinante no estabelecimento de prioridades do que precisa de ser melhorado.

Na verdade, estes aspetos assumem importância decisiva para o funcionamento e manutenção do clima organizacional uma vez que, de acordo com Gronroos (2000), os clientes não adquirem bens nem serviços, mas compram os benefícios que os bens e os serviços lhes proporcionam. Os clientes não procuram bens ou serviços por si, mas procuram soluções que permitam os seus próprios processos de valorização. Indo um pouco mais longe, é possível afirmar que o que quer que seja que os clientes comprem, isso deve funcionar para eles como um serviço.

De acordo com Schein (1985), a cultura organizacional traduz o modelo de pressupostos básicos - inventados, descobertos ou desenvolvidos por um dado grupo de indivíduos conforme aprendem a lidar com os problemas do exterior e com as adaptações internas - que funcionou suficientemente bem para poder ser considerado válido e para poder ser ensinado aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a determinados problemas (Zu, 2010).

Assim sendo, a razão pela qual, em muitos casos as organizações falham na implementação de um sistema de qualidade deve-se ao facto de terem ignorado os fatores culturais inerentes à própria organização. As atitudes e comportamentos dos colaboradores são fundamentais para a implementação dos programas de qualidade.

Esta posição é apoiada por Gryna (2001), que defende que os colaboradores de uma organização têm opiniões, crenças, tradições e práticas relacionadas com a qualidade que se designam por cultura de qualidade de uma organização. Ora, compreender esta cultura deverá ser um aspeto prioritário por duas razões: pelo impacto que a cultura organizacional tem na qualidade dos resultados e pelo facto de o conhecimento da cultura presente permitir identificar barreiras ao desenvolvimento de uma estratégia e implementar um plano de ação adequado à visão da organização para a qualidade.

Esta posição é corroborada por Zu (2010) que defende que os valores, crenças e pressupostos subjacentes a uma cultura organizacional mantêm os colaboradores juntos e torna-se o meio através do qual a organização atinge os seus objetivos. Assim, ao mesmo tempo que os valores da cultura organizacional moldam o carácter de uma organização e tornam os colaboradores capazes de compreender a realidade, conduzem/indicam de que modo *as coisas são feitas* na organização. A cultura organizacional pode ser vista como uma variável específica que permite distinguir as organizações e que afeta o modo como elas operam. Por essa razão, desempenha um papel importante em múltiplas facetas da organização.

Deste modo o valor dos bens e serviços oferecidos aos clientes não é *produzido* em fábricas ou nos escritórios das empresas, mas é criado pelos processos de valorização do próprio cliente quando os indivíduos (ou as indústrias) fazem uso das soluções que adquiriram. Apenas os recursos como bens físicos, serviços, informações, empregados, tecnologia, sistemas, *know-how* e os clientes em si, existem e esperam ser usados (Gronroos, 2000).

De acordo com Zu (2010), a cultura organizacional tem um efeito limitativo na eficiência da implementação de um programa (sistema) de qualidade na medida em que os valores e as crenças subjacentes a uma cultura organizacional permitem moldar a sua filosofia e política de gestão que, por sua vez, influenciam o desenvolvimento das práticas de controlo da qualidade.

Na realidade, defende Gronroos (2000), os clientes não procuram apenas bens, mas uma oferta de serviços muito mais holística incluindo tudo desde a informação acerca do melhor modo de usar um produto, de o entregar, instalar, atualizar, reparar ou manter. Todos os clientes requerem isto (e muito mais), a ser entregue de forma amistosa, confiável e num tempo adequado.

Por essa razão, para Zu (2010), antes de adotarem um sistema de qualidade, os gestores precisam de ter consciência dos valores que a sua organização valoriza para que as múltiplas práticas de implementação da qualidade possam, de facto, ser postas em prática na organização.

2.4. A Qualidade na Indústria dos Serviços

Se, como foi exposto anteriormente, é difícil reduzir *qualidade* a uma única definição, o mesmo acontece quando se referem os serviços. O termo engloba vários sentidos e inclui desde serviços pessoais até serviços como bens. Para Gronroos (2000), um bem pode tornar-se num serviço para o cliente desde que atenda às suas exigências.

Durante algum tempo, os serviços foram considerados como algo que, apesar de necessário, não acrescentava muito valor à sociedade. Este setor incluía serviços financeiros, transportes, serviços hospitalares, serviços profissionais e serviços públicos. As estatísticas oficiais acerca da importância dos serviços para a sociedade eram pouco consideradas. Atualmente, os serviços continuam de certa forma, a serem definidos do mesmo modo (Gronroos, 2000).

Mas o que deve ser considerado *serviço*? Poderá também ser considerado *bem*? Como distinguir um do outro?

Kotler (1990) define *bem* como sendo tudo aquilo capaz de satisfazer um desejo. Afirma que o *bem* representa um sentimento de carência numa pessoa que produz um desconforto e um desejo de agir para o aliviar. Deste modo, qualquer coisa capaz de prestar um serviço, isto é, de satisfazer a uma necessidade, pode ser chamada bem. Isto inclui pessoas, lugares, organizações e ideias. O autor defende também que um bem é qualquer coisa que pode ser oferecida a um mercado para aquisição ou consumo; inclui objetos físicos, serviços, personalidades, lugares, organizações e ideias (Kotler, 1990).

Na perspectiva de Gronroos (2000), um serviço é um processo que consiste numa série de atividades mais ou menos inteligíveis que normalmente (mas não necessariamente) tem lugar nas interações entre o cliente e os empregados dos serviços e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor, que são oferecidas como soluções para os problemas dos clientes.

De acordo com Pinto (2003), os serviços são desenhados e prestados para servir as necessidades dos clientes. Por essa razão, é fundamental uma gestão eficaz da qualidade dos serviços para o sucesso das organizações. A autora define genericamente um serviço como uma “combinação de resultados e experiências prestadas e recebidas *por* um cliente.”

Gronroos (2000), apresenta o serviço como um processo constituído por um conjunto de atividades mais ou menos intangíveis que, geralmente, mas nem sempre, são concretizadas por interação entre o cliente e os recursos (humanos e/ou físicos, e/ou informáticos) da entidade prestadora do serviço, atividades essas que são prestadas como soluções para os problemas do cliente.

Na tabela 1 é possível observar de que modo Gronroos distingue bens de serviços. O autor afirma que estes são processos que consistem mais em atividades ou séries de atividades do que em coisas, que até certo ponto são produzidos e consumidos de modo simultâneo e que neles o cliente participa, pelo menos em parte, no processo de produção.

Tabela 1 - Diferença entre bens e serviços (Gronroos, 2000)

Bens	Serviços
Tangíveis Homogêneos Produção e distribuição separados do consumo Coisa O valor central é produzido na fábrica Os clientes não participam (normalmente) no processo de produção. Podem ser armazenados Permitem transferência de propriedade	Intangíveis Heterogêneos Produção, distribuição e consumo são processos simultâneos. Atividade ou processo O valor central é produzido na interação compra-venda. Os clientes participam na produção Não podem ser armazenados Não permitem transferência de propriedade.

Dada a especificidade dos serviços nem sempre se torna fácil uma avaliação da sua qualidade. Para o efeito contribuem três características específicas: a percibibilidade, a heterogeneidade e a intangibilidade.

De acordo com Pinto (2003), um serviço é perecível pois, ao esgotar-se no ato da prestação, não permite a constituição de inventários para gestão da flutuação entre procura e oferta. A sua heterogeneidade refere-se ao facto de ser difícil assegurar uma constância de comportamento e de o serviço ser variável de acordo com a intervenção humana. Afirma ainda que o facto de os serviços serem intangíveis dificulta a sua armazenagem e a demonstração dos seus atributos.

Por outro lado, Gronroos (2000) salienta que a natureza do processo é, de longe, a característica mais importante dos serviços. Com efeito, os serviços são processos que consistem numa série de atividades em que o número de diferentes tipos de recursos- pessoas ou outras coisas- são usadas, na maioria das vezes nas interações diretas com o cliente, para que seja encontrada a solução para o problema (do cliente). Ora, na medida em que o cliente participa no processo torna-se parte da solução. Nos serviços, o cliente não é apenas o recetor do serviço mas também um elemento interveniente no

processo como recurso produtivo. Por esta razão, não é possível armazenar serviços em *stock* da mesma forma que é possível armazenar bens.

Importará, brevemente aludir ao conceito de serviço que, de acordo com Pinto (2003) traduz a definição da oferta do serviço que a organização produz e que é relevante para o cliente, numa linguagem com significado para os trabalhadores e para os acionistas. O conceito de serviço traduz a imagem mental (e portanto, mais intangível) de um conjunto de elementos, formada pela combinação de todos os seus aspetos. Deste modo, *serviço* engloba então, a experiência do serviço, e o valor do serviço para o cliente.

Para Gronroos (2000), os clientes são diretamente envolvidos no sistema como um recurso de qualidade. Por causa da natureza da produção e consumo do serviço os clientes não são apenas consumidores passivos pois, ao mesmo tempo que consomem o serviço tornam-se parte (mais ou menos ativa) na produção do serviço.

Assim, para o autor, pelo facto de o serviço não ser *uma coisa* mas um processo que consiste numa série de atividades - produzidas e consumidas de modo simultâneo – torna-se difícil gerir o controlo da qualidade e fazer o *marketing* da forma tradicional, dado que não existe uma qualidade pré produzida que possa ser controlada antes de o serviço ser vendido e consumido.

De acordo com Pinto (2003), a qualidade percebida do serviço é “o grau e a direção da discrepância entre as expectativas e as percepções dos consumidores”. A qualidade é percebida pelos clientes através da comparação entre expectativas e experiências, relativamente a uma série de dimensões da qualidade. A *qualidade percebida* é o “julgamento do consumidor sobre a superioridade ou excelência global de uma organização” e, por isso é, uma forma de atitude relacionada com (mas não equivalente a) satisfação e resulta da comparação entre expectativas e percepções de desempenho.

Segundo Gronroos (2000), nos serviços, a qualidade tal como é percebida pelos clientes tem duas dimensões: uma técnica e uma funcional. Aquilo que os clientes recebem nas suas interações com a empresa é, claramente, importante para eles e para a sua avaliação da qualidade. A qualidade é aquilo com que o cliente fica quando o processo da produção do serviço e as interações entre vendedor e cliente terminam. No entanto, o cliente é também influenciado pela forma como recebe o serviço e como experiencia o processo (simultâneo) de produção e consumo. Esta dimensão não pode ser avaliada com a mesma objetividade da primeira pelo que é percebida de modo subjetivo.

Nos serviços, como se disse, a qualidade resulta de uma avaliação feita pelo cliente o que se constitui por si só, na perspetiva de Pinto (2003) como uma dificuldade na avaliação da qualidade de um serviço. Esta pode ser justificada a partir de dois motivos. Em primeiro lugar, o facto de o cliente avaliar a qualidade do serviço não somente pelo resultado mas também pelo processo de prestação do serviço e, em segundo lugar, pelo menor número de características experienciais que integram uma oferta de serviço.

De acordo com Rust (1994), a satisfação (ou insatisfação) total do cliente com a organização baseia-se em todos os encontros e experiências com aquela organização em particular e reflete os sentimentos do consumidor acerca da discreta interação com a empresa que resultam da avaliação dos acontecimentos e comportamentos que ocorrem durante um período definido de tempo. Os clientes irão sentir-se satisfeitos se as suas expectativas pessoais forem garantidas pelos serviços. (Rust et al, 1994)

A avaliação da qualidade dos serviços pode ser feita a partir da análise de diferentes propriedades. Pinto (2003) refere-se aos trabalhos de Darbi, Karni e Nelson que distinguem nos bens três tipos de propriedades: de pesquisa (atributos que o consumidor pode pesquisar antes da compra do bem); experienciais (atributos passíveis de serem conhecidos apenas após a compra ou durante o seu consumo) e credenciais (aquelas características que o consumidor pode considerar impossíveis de avaliar mesmo após a compra e o consumo, como por exemplo, a competência de um profissional ou o sucesso de uma intervenção cirúrgica). De acordo com a autora, nos serviços profissionais, em que predominam as propriedades credenciais e as experienciais, a dimensão funcional será de maior importância na avaliação da qualidade percebida.

Para Rust (1994), a satisfação total do cliente distingue-se da satisfação que reflete as suas perceções acerca de determinadas experiências. Estes (múltiplos) encontros podem incluir diversas interações com uma pessoa, bem como experiências com indivíduos da mesma firma. Se o cliente não tiver contacto com outras formas de apresentação da empresa através da publicidade, com outras formas de comunicação ou a experiência de outros, a sua satisfação total pode, perfeitamente, correlacionar-se com a sua perceção total do serviço de qualidade. Em suma, a qualidade de serviço percebida será a impressão total do cliente da relativa inferioridade ou superioridade da organização e dos seus serviços.

2.5. Qualidade na Saúde

À semelhança do que acontece com as demais organizações, também as que desenvolvem a sua atividade na área dos serviços de saúde devem orientar as suas práticas pelos princípios da qualidade dada a evidência dos benefícios (para a organização e para os utentes) que daí poderão advir. Neste sentido, importará analisar de que modo se implementa um sistema de gestão da qualidade na área dos serviços de saúde.

No entanto, convém salientar que, quando especificamente aplicado à área da saúde, o conceito de qualidade ganha um novo significado. Os primeiros estudos desenvolvidos sobre a qualidade nos cuidados de saúde foram realizados em 1966, pelo professor Avedis Donabedian que propôs as categorias/estruturas pelas quais um sistema de qualidade na saúde deveria ser avaliado e que, ainda hoje, explícita ou implicitamente, se mantêm: estrutura, processo e resultado.

Donabedian reivindicou que a avaliação da qualidade poderia estudar os recursos e a arquitetura organizacional do cuidado (estrutura), as sequências de diagnóstico e atividade terapêutica (processo), ou o estado de saúde, a taxa de mortalidade, e os resultados funcionais do cuidado (resultados), e que cada objeto do estudo poderia ser visto à luz de um tipo diferente no teste padrão total da qualidade do cuidado (Donabedian 1966 in, Juran, 1998)

O autor admitiu, portanto, a existência de três dimensões na definição da qualidade: a técnica (relativa à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do paciente), a interpessoal (que se refere à relação estabelecida entre o prestador de serviços e o paciente) e a ambiental (relativa às comodidades oferecidas ao paciente em termos de conforto e bem estar).

Mezomo (2001) apresenta a definição de *qualidade* proposta por Donabedian que a entende como sendo “uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis. Esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.”

As investigações orientadas para a qualidade nos serviços de saúde assistiram a um desenvolvimento significativo nas décadas de setenta e oitenta devido, em grande parte às pesquisas realizadas pela *Rand Corporation*, que implementou um projeto experimental para avaliar os efeitos dos vários formulários do seguro dos cuidados de saúde nos processos e nos resultados dos cuidados prestados. (Brooke et al. 1979; Lohr e Brooke 1984, in Juran, 1998).

Enquanto elemento importante do seu plano de pesquisa, os investigadores da companhia desenvolveram um conjunto de testes para avaliar a qualidade dos serviços. Empregaram uma definição muito abrangente de “qualidade do cuidado,” que incluía satisfação do paciente, facilidade de acesso ao sistema de saúde, tempo de espera, bem como outros aspetos comuns às definições mais tradicionais de resultados da saúde. No final deste trabalho, a equipa de investigadores foi capaz de criar uma definição própria de “resultado saúde”, que englobava dimensões tais como o bem-estar emocional, social e conforto físico, afastando as concepções simplistas e unidimensionais da saúde (Juran, 1998).

Neste contexto, e transportando a qualidade para a área dos serviços de saúde, Mezomo (2001) irá defini-la como: “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes”.

A qualidade dos serviços na saúde implica, como defendem Castillo e Sardi (2012), que haja a garantia de que os cuidados sejam prestados da melhor forma possível de modo a que quer o prestador do serviço quer o paciente se sintam satisfeitos. Foram estes contributos que vieram mostrar a necessidade de estandardizar e racionalizar os conhecimentos de modo a implementar, na saúde, sistemas de gestão da qualidade. Deste modo, a qualidade nos serviços de saúde supera a sua condição de propósito ou intenção para se assumir, em definitivo, como uma realidade.

3. CASO DE ESTUDO

3.1. Apresentação da Organização

No âmbito do presente trabalho de projeto foi selecionada uma entidade prestadora de cuidados de saúde, que engloba dois espaços físicos distintos, localizados em duas cidades do concelho de Santa Maria da Feira. O primeiro espaço foi inaugurado em 1996, sendo posteriormente aberto o segundo espaço em meados do ano 2000. Constituiu-se como uma das principais preocupações do fundador, a criação de espaços em que se garantisse um ambiente apazível e se assegurassem as melhores práticas, as tecnologias mais atuais e uma equipa de profissionais atualizados e motivados.

Inicialmente foi dado maior ênfase à especialidade de Medicina Dentária mas atualmente, a instituição em estudo é um pólo reconhecido de prestação de cuidados médicos, assegurados por profissionais especializados em diversas áreas, nomeadamente, Medicina Dentária, Medicina Geral e Familiar, Gastroenterologia, Oftalmologia, Fisioterapia, Podologia, Psicologia e Nutrição.

A organização que aqui se apresenta, desenvolve ainda um conjunto de iniciativas de apoio à comunidade patrocinando iniciativas sociais e de beneficência, como a realização de *workshops* pedagógicos e rastreios, junto dos mais jovens e caminhadas solidárias (com vista à angariação de fundos para instituições de apoio social).

A Figura 4 expõe a estrutura organizacional da instituição que, como se pode observar, apresenta um reduzido número de níveis hierárquicos. Tal aspeto representa uma vantagem para a organização pois facilita a comunicação entre os vários elementos, favorece o seu clima interno e agiliza o processo de tomada de decisões. Não obstante, estes benefícios a gerência da organização tem tido especial atenção à crescente concorrência do mercado, concretamente no concelho onde se localiza. Desta forma, durante o ano de 2008 a gerência promoveu diversos momentos de reflexão acerca do posicionamento da organização bem como da estratégia a adotar para os próximos anos. O resultado desta reflexão encontra-se documentado tendo-lhe sido atribuído a designação de “*Visão 2020*”.

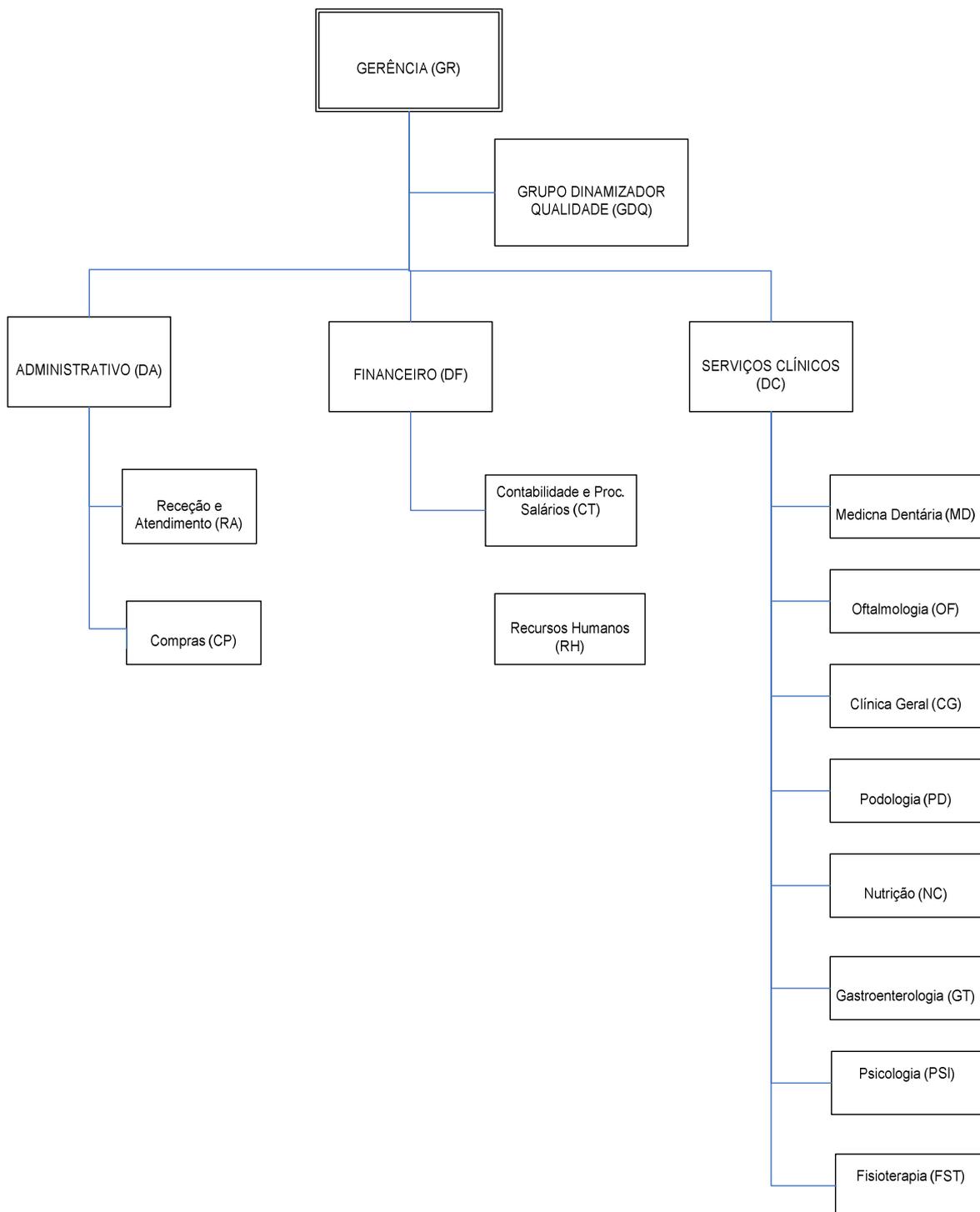


Figura 4 - Estrutura Organizacional (Manual da Qualidade, 2009)

A “Visão 2020” foi divulgada junto de todos os colaboradores, no sentido de a dar a conhecer, definir o alinhamento da organização e obter o comprometimento de todos os intervenientes.

A “*Visão 2020*” tem como orientação principal a diferenciação da organização face à concorrência mediante a prestação de um serviço de excelência. Para o efeito, há que tomar em consideração, seis ações principais. Destas destaca-se a implementação de um SGQ satisfazendo os requisitos preconizados pelo referencial normativo ISO 9000.

A implementação do SGQ foi motivada pelo facto de potenciar ganhos de eficiência e redução de custos operacionais e ganhos de qualidade, por aumentar a credibilidade junto dos pacientes e da comunidade envolvente, por facilitar, a integração e implementação de outros sistemas de gestão (ambiente, higiene e segurança, entre outros), por facilitar as relações de parceria e uma maior integração de toda a cadeia de valor da saúde (clínicas, pacientes, fornecedores, seguradoras, hospitais), e, também por auxiliar na descoberta das causas de fraca *performance*, fomentando o trabalho com elevado desempenho. Dado o enfoque no cliente/paciente a implementação de um SGQ promove uma filosofia de melhoria contínua que permitirá à organização a consecução dos objetivos delineados.

3.2. Aspetos Metodológicos da Implementação

A implementação do SGQ na organização em estudo teve como referência o projeto MOVE PME. Este, é gerido pela AIP e financiado pelo POPH e destina-se às micro, pequenas e médias empresas (com um máximo de 100 trabalhadores), das regiões Norte, Centro, Alentejo e Algarve, que pretendam aumentar a sua eficácia e eficiência.

Os principais objetivos deste projeto são “conduzir e apoiar as PME a alcançar padrões de desempenho mais competitivos, recorrendo para o efeito a metodologias ativas e diversificadas de formação-ação, operacionalizadas com recurso a formação teórica, formação personalizada, *workshops* e seminários de sensibilização”. O projeto MOVE PME apresenta como principais áreas de intervenção a Gestão Empresarial; a Qualidade, Ambiente, Segurança e Saúde no Trabalho e Segurança Alimentar; a Reengenharia de Processos; a Internacionalização e a Energia e Eco-Eficiência (AIP-CE, setembro/2008).

Entre as áreas de intervenção dos projetos definidas no MOVE PME, a organização alvo do presente projeto selecionou a da Qualidade, Ambiente, Segurança e Saúde no Trabalho e Segurança Alimentar tendo sido definida como meta a alcançar, a conceção e implementação do SGQ, nesta microempresa.

A Figura 5, que de seguida se apresenta, ilustra o modelo de operacionalização do MOVE PME, transversal a todas as organizações intervencionadas. Este modelo requer um diagnóstico inicial da situação a partir do qual se definirá o plano da ação que será, posteriormente, implementado. A avaliação das melhorias implementadas é um momento fundamental para a operacionalização do projeto pois, ao analisar resultados consegue detetar as falhas e corrigi-las durante o processo e não apenas no produto final. Para o efeito contribuem também os *workshops* de análise crítica da evolução do projeto que acompanham todas as etapas da implementação do projeto.

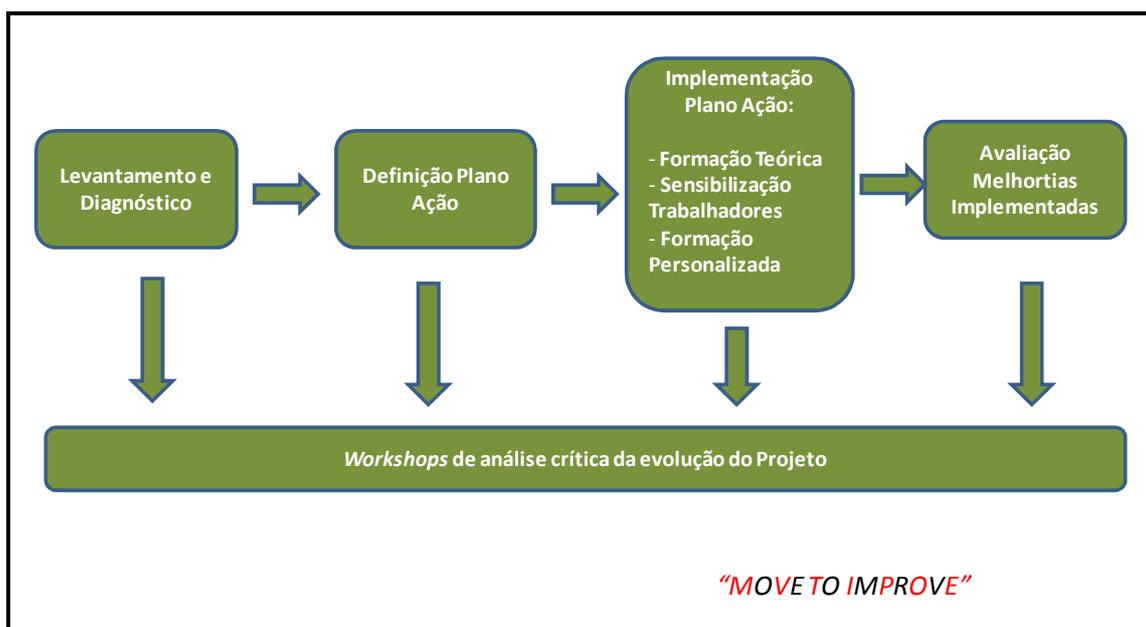


Figura 5 – Projeto MOVE PME – Modelo Atuação (AIP-CE, setembro/2008)

No sentido de operacionalizar o modelo acima apresentado foi definido um cronograma de atuação, para a organização em causa, que contemplava as diferentes fases de intervenção previstas no modelo de intervenção do Projeto Move PME.

Neste sentido, numa primeira fase, destinada ao *Levantamento e Diagnóstico*, foi feita uma avaliação detalhada do *modus operandi* da instituição em análise. Pretendeu-se, neste estágio, perceber de que modo a organização funciona, nomeadamente, saber quais as atividades desenvolvidas, os procedimentos/ documentação de suporte e as funções e responsabilidades de cada um dos colaboradores.

Após este momento de diagnóstico foi ministrada, a nível interno, *Formação em Metodologias e Diagnóstico*, no sentido de homogeneizar / clarificar conceitos básicos na área da qualidade. Desta forma, pretendeu-se facilitar a execução do trabalho previsto e,

simultaneamente, enquadrar a equipa no espírito do projeto. Terminada esta formação procedeu-se à *Apresentação e Aprovação do Diagnóstico* com a finalidade de apresentar para aprovação, à administração da empresa, o diagnóstico realizado na primeira fase de intervenção.

Na sequência da aprovação do diagnóstico procedeu-se à *Elaboração do Plano de Ação* específico para a implementação da norma NP EN ISO 9001:2008 na organização. A elaboração do plano contou com o envolvimento de toda a equipa do projeto tal como o apresentado na Figura 6.

Tabela 2 - Equipa do Projeto MOVE PME

Interveniente	Função
Tiago Gomes	Representante da Gestão
Sofia Tavares	Diretor Clínico
Daniela Monteiro	Consultora Técnica AIP- MOVE PME
Sandra Monteiro	Assistente de Consultório Dentário
Sofia Moreira	
Libânia Pais	

A execução do plano de ação e a operacionalização da norma NP EN ISO 9001:2008 marcou a fase de *Implementação e Acompanhamento do Plano de Ação*. Nesta fase foi produzida e aprovada toda a documentação exigida pela norma para implementar o SGQ na clínica como por exemplo, elaboração de procedimentos, mapeamento de processos ou elaboração de instruções de trabalho (consultar anexo 1).

No sentido de consolidar os conhecimentos nas diferentes áreas de intervenção do projeto, decorreram em paralelo, ações de formação e sensibilização interempresa destinadas aos seus colaboradores nas seguintes áreas: Formação no Domínio de Intervenção do Projeto, Sensibilização do Projeto na Melhoria dos Trabalhadores, Apoio à Implementação do Plano de Ação (no sentido de dar continuidade à implementação da norma NP EN ISO 9001:2008 na Clínica) e Análise Crítica da Evolução do Projeto (para

avaliar o grau de realização do projeto e a necessidade de implementar medidas de exceção para concluir o projeto em tempo útil).

Numa fase final, procedeu-se à *Apresentação dos Resultados e Conclusões* à administração, ou seja, o modo como foi desenvolvido e implementado o SGQ, seguindo o referencial normativo da família ISO 9000.

Esta intervenção teve início em maio de 2009 e foi concluída em dezembro do mesmo ano. A Figura 7, apresenta o Diagrama de Gant que permite observar a sequência das atividades realizadas, a sua duração, e o número de colaboradores envolvidos em cada uma delas. Assim, durante a fase inicial da implementação do projeto (maio e junho) foi feito o levantamento e diagnóstico, a formação em metodologias e diagnóstico e a apresentação e aprovação do diagnóstico. No mês de julho foi elaborado o plano de ação. Entre setembro e novembro foi feita a implementação e acompanhamento do plano de ação, a formação no domínio da intervenção do projeto, a sensibilização do projeto na melhoria dos trabalhadores, o apoio à implementação do plano de ação e a análise crítica do projeto. Finalmente, no mês de dezembro, foram apresentados os resultados e as conclusões da implementação do projeto.

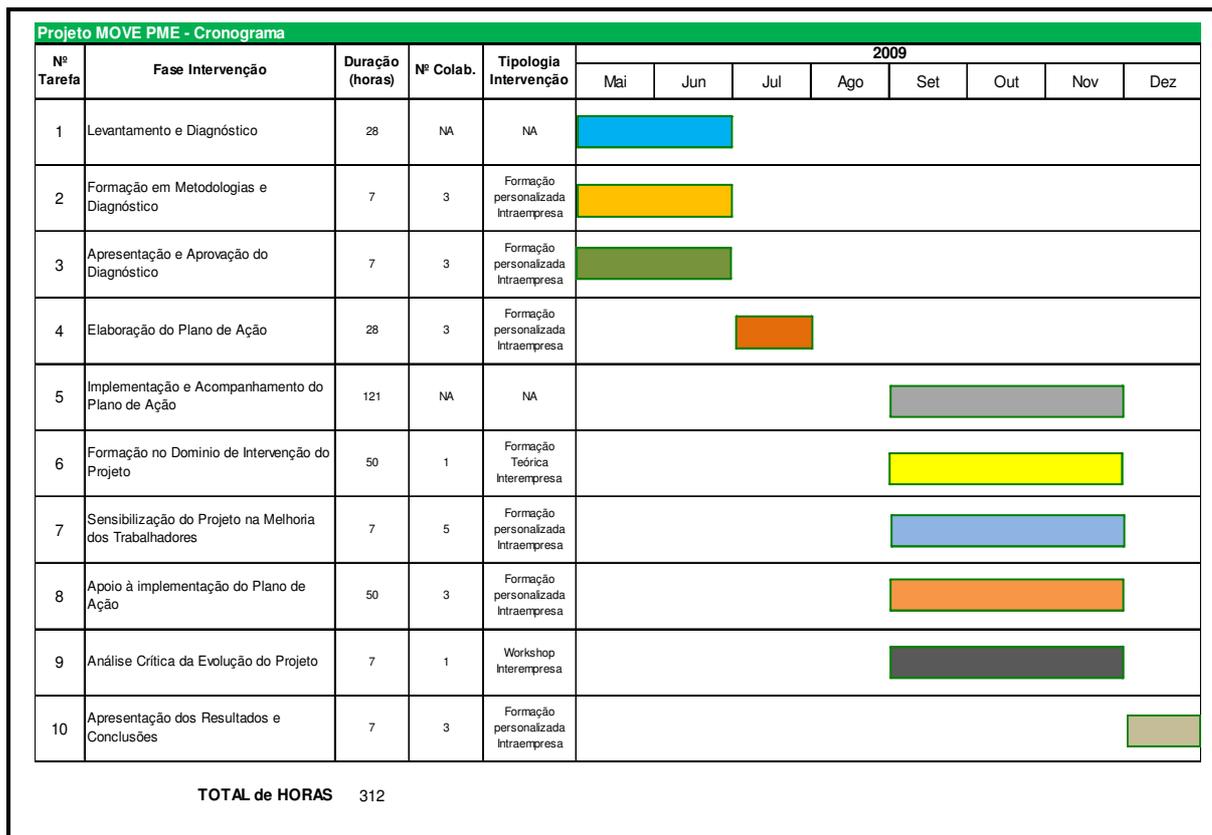


Figura 6 – Diagrama de Gant Projeto MOVE PME

3.3. A Arquitetura do SGQ na Organização

O SGQ, desenvolvido e implementado numa organização prestadora de cuidados de saúde e que serviu de base ao presente trabalho de projeto, inclui na sua estruturação a abordagem por processos, a abordagem organizacional e a abordagem documental.

Na abordagem por processos é possível identificar cinco processos principais, que englobam o conjunto de atividades realizadas na organização e que, de alguma forma, podem condicionar a qualidade do serviço prestado aos utentes. Assim sendo, o SGQ inclui os seguintes macroprocessos¹:

¹ Macroprocesso – representa um conjunto de atividades essenciais para a gestão quotidiana da organização em estudo, isto é, atividades que afetam a qualidade do serviço prestado, o nível de satisfação do paciente e sem as quais a organização não fazia sentido de existir.

- Macroprocesso de Gestão - conjunto de processos relacionados com a definição de objetivos e o planeamento de todos os recursos necessários à gestão do SGQ;
- Macroprocesso de Realização - conjunto de processos relacionados com a realização do produto e fornecimento do serviço;
- Macroprocesso de Suporte - conjunto de processos relacionados com o acompanhamento, o controlo e atuação/correção dos desvios em relação aos objetivos traçados.

Mais adiante, no presente documento, irão ser identificados os macroprocessos mapeados na organização, bem como a sua interação e sequência.

A abordagem organizacional refere-se ao modo como se encontram definidos os papéis e os deveres de cada elemento da organização de modo a que lhe seja possível desempenhar o seu papel. Neste sentido, integra o conjunto das responsabilidades, das autoridades (e das relações entre elas), através das quais cada um dos elementos da organização cumpre o que lhe está destinado.

Por último, a abordagem documental engloba o conjunto de documentação exigida e inerente à implementação de um SGQ, segundo o recomendado pelo referencial normativo da família ISO 9000. Destacam-se os processos, os procedimentos, as instruções de trabalho, os planos de manutenção de cada um dos equipamentos, os planos de formação e os registos. A compreensão da arquitetura do SGQ implementado torna-se mais fácil a partir da análise da figura seguinte:



Figura 7 – Arquitetura do SGQ implementado

Como se pode ver na figura 7 a satisfação total do paciente assenta na excelência operacional. Para o efeito, são desenvolvidos e usados documentos que agilizem e facilitem os processos de comunicação entre os elementos da organização. Com efeito, para a eficácia da organização é essencial um mapa de processos (em que conste o âmbito e o objetivo de processo e as entradas e saídas), um mapa de procedimentos (com instruções de trabalho, planos de manutenção e de formação), um mapa de funções (que entre outros, inclui o organigrama funcional), a legislação (normas, portarias, leis, código deontológico da especialidade, norma de funcionamento interno) e a documentação técnica (brochuras e catálogos, manuais do utilizador, documentação técnica dos consumíveis).

3.4. O SGQ e os Princípios da Qualidade na Organização

Após se ter apresentado a metodologia seguida para a implementação do SGQ e a arquitetura do mesmo na organização em estudo, procede-se agora à descrição do modo

como foi desenvolvido e implementado o SGQ, satisfazendo os requisitos definidos no contexto do referencial normativo da família ISO 9000. Esta implementação teve como referência os oito princípios da qualidade (NP EN ISO 9001:2008). Para cada um dos princípios da qualidade será descrita, de seguida, a forma como o SGQ desenvolvido e implementado na organização alvo do presente projeto respeita cada um

3.4.1. Focalização no Cliente

A focalização no cliente/paciente significa que a organização coloca todas as suas energias na sua satisfação pois, ao satisfazer estas necessidades, a organização tornar-se-á (à partida) rentável ou, por outro lado, evitará perdas excessivas.

De acordo com Hoyle (2009), numa organização “os lucros são importantes mas são o resultado daquilo que fazemos e não a razão para o fazermos”. É um facto que são necessários para o pagamento de salários aos colaboradores, os juros dos empréstimos obtidos, ou os investimentos em novas tecnologias, mas em última instância, “eles provêm da satisfação dos clientes” e da organização capaz de operar de forma “eficiente e eficaz” (Hoyle, 2009).

Ao longo do processo de implementação do SGQ na organização em estudo, concretamente na definição da política da qualidade, foi possível realizar uma reflexão profunda acerca da missão, da visão e dos valores que norteiam a organização. Esta é uma organização privada com fins lucrativos e que procura ser rentável. No entanto, a implementação de um SGQ tendo em conta o referencial normativo ISO 9000 fez perceber que essa busca de rentabilidade deve ser realizada de forma sustentada e, primar pela satisfação de todos os seus *stakeholders* (clientes, fornecedores e comunidade envolvente). Apenas desta forma se conseguem obter relações duradouras e profícuas quer com clientes/pacientes, quer com fornecedores. Daí que esteja previsto na política da qualidade, um tópico relacionado com a satisfação dos pacientes, que refere que é essencial “ouvir as necessidades e exigências dos nossos pacientes”, tendo em consideração “todos os requisitos” e respeitando os “requisitos legais e regulamentares aplicáveis à atividade”, no sentido de alcançar “a plena satisfação” dos clientes/pacientes” (Manual da Qualidade, 2009).

3.4.2. Liderança

A implementação de um SGQ segundo os requisitos normativos da família ISO 9000 implica a definição de uma política de atuação para a qualidade, uma abordagem por processos, a definição da sua sequência e interação e a necessidade de criar procedimentos, visando desta forma, a satisfação total do paciente. No entanto, nenhum dos requisitos anteriormente referidos será efetivamente implementado se não existir uma saudável interação entre os colaboradores e uma gestão adequada. O líder pode ter o pleno conhecimento técnico da forma como um SGQ deva ser implementado, no entanto, se ele não dominar as questões de relacionamento interpessoal, dificilmente será bem-sucedido.

De acordo com Hoyle (2009), o líder pode ter “todo o conhecimento técnico do mundo”, mas se os seus colaboradores não “cooperarem”, nem compreenderem o que é que a organização pretende atingir e “para onde estão a ir”, esse líder “não chegará muito longe”.

A liderança na organização em análise reflete um estilo marcadamente democrático que privilegia o diálogo, a cooperação e a constante motivação de todos os intervenientes, no sentido de obter, por parte de todos, um comprometimento efetivo, duradouro e leal. Este estilo de liderança é transversal a todo o tipo de situações e/ou adversidades que necessitem de uma qualquer ação. Daí que a “competência, profissionalismo, autonomia e espírito de equipa” estejam incluídos nos valores definidos para a organização (Manual da Qualidade, 2009).

Para além do estilo de liderança existente foi criado no âmbito do SGQ, o macroprocesso gestão de recursos (P04-Gestão de Recursos), que aborda questões relacionadas com a gestão de recursos humanos e com a gestão das infraestruturas e dos dispositivos de monitorização e medida, que influenciam a satisfação do paciente. Este macroprocesso visa assegurar um ambiente de trabalho aprazível e saudável, que cumpra com os dispositivos legais e regulamentares de ambiente, higiene e segurança no trabalho e que assegure a correta contratação de novos colaboradores, garantindo a sua evolução e qualificação profissional.

3.4.3. Envolvimento das Pessoas

Numa organização, a motivação dos recursos humanos (*empowerment*) é fundamental para a concretização da estratégia organizacional. Os colaboradores devem ter a autonomia suficiente para tomar decisões, encontrar resposta para as necessidades e superar os obstáculos que enfrentam diariamente.

De acordo com Juran (1998), “o *empowerment* é uma forma avançada de envolvimento dos recursos humanos” pois é a condição para que o colaborador possua o conhecimento, o saber-fazer, a autonomia, o desejo de decidir e agir de acordo com os limites prescritos. Desta forma, o colaborador assume a responsabilidade pelas consequências das suas ações e pelo contributo para o sucesso da organização pois sente-se parte ativa da organização (Juran,1998).

Assim, quando o colaborador alinha os seus objetivos pessoais com os da organização e se assume capaz de desenvolver ações adequadas às suas funções tendo, para o efeito, à sua disposição os meios necessários, torna-se fácil rentabilizar as potencialidades do colaborador. Para Juran (1998), este tipo de *empowerment* pode ser formalizado na seguinte equação:

$$\textit{Empowerment} = \text{alinhamento} \times \text{autoridade} \times \text{capacidade} \times \text{comprometimento}$$

Para garantir a motivação dos seus colaboradores, a gestão da empresa, incluiu, na política da qualidade, criada no âmbito do SGQ, a satisfação dos colaboradores de modo a “proporcionar a evolução contínua da nossa equipa promovendo a sua motivação pessoal e profissional, investindo na aprendizagem contínua e nas boas práticas de trabalho” (Manual da Qualidade, 2009).

Durante o processo de decisão são tomadas em consideração (e devidamente analisadas, interpretadas e discutidas) as opiniões de todos os recursos humanos. Por esta razão, foi criada, no âmbito da implementação do SGQ, a “figura” do Grupo Dinamizador da Qualidade (GDQ) – ver figura 4 – que é constituído pela gerência, pelo diretor clínico e pelas assistentes do consultório.

O GDQ é responsável pela análise da adequabilidade do SGQ, pelo que avalia a necessidade de implementação de ações preventivas (AP) ou ações corretivas (AC); analisa eventuais não conformidades, e monitoriza o desempenho de cada um dos macroprocessos definidos.

Por último, será conveniente referir que aos colaboradores é dada, em processos específicos, uma total autonomia de ação (ex.: gestão da agenda, compras). Além disso, é-lhes também oferecida (anualmente) formação profissional, pela própria empresa, ou por entidades formadoras externas, no sentido de garantir uma adequada evolução e acompanhamento das boas práticas existentes no setor e de estimular as vertentes do saber-ser, saber-fazer e saber-saber.

3.4.4. Abordagem por Processos

De acordo com Juran (1998), a abordagem por processos “é vital para que a gestão atenda às necessidades dos seus clientes e assegure uma boa saúde organizacional”.

Na primeira fase de intervenção do projeto Move PME, *Levantamento e Diagnóstico*, foram desde logo identificadas tarefas essenciais para a gestão quotidiana da organização em estudo, isto é, atividades que afetam a qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, o nível de satisfação do cliente/paciente. Estas atividades dão forma aos processos principais, habitualmente designados por macroprocessos, na medida em que sem elas a atividade prestada pela empresa perderia sentido.

De acordo com o definido na norma NP EN ISO 9001:2008 foram identificados e desenhados os macroprocessos que se apresentam na Figura 8. Para além da definição e desenho dos macroprocessos que caracterizam a organização, a norma define como requisito essencial, “determinar a sequência e interação destes processos” (NP EN ISO 9001:2008).

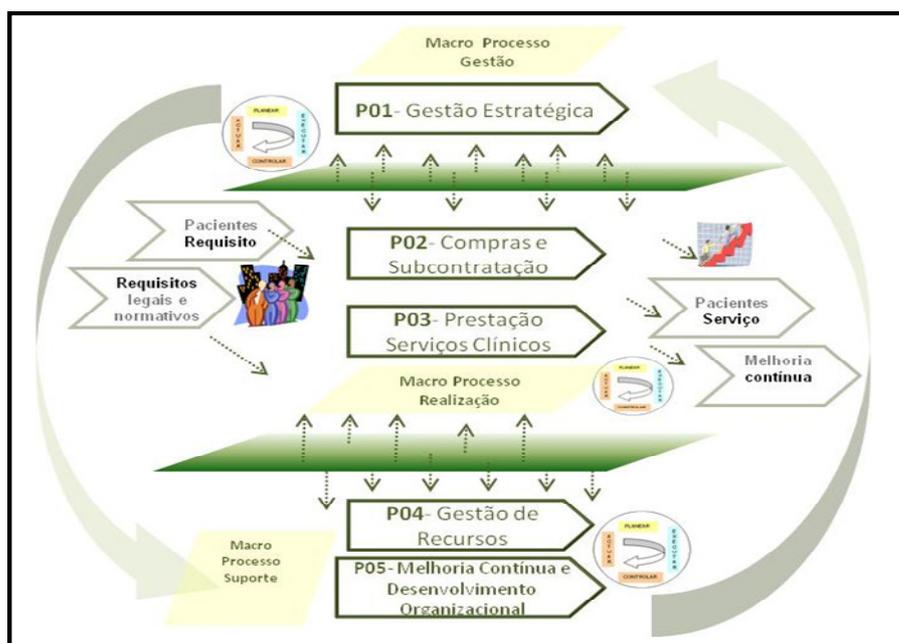


Figura 8 - Interação dos Processos (Manual da Qualidade, 2009)

No próximo capítulo irá apresentar-se o macroprocesso P.03 – Prestação do Serviço de forma detalhada.

3.4.5. Abordagem da Gestão como um Sistema

Um sistema pode ser entendido como um conjunto de elementos interrelacionados, que interagem no desempenho de uma função, no sentido de alcançar um, ou mais objetivos.

No caso concreto da organização em estudo, facilmente se percebe que os elementos interrelacionados são os macroprocessos (anteriormente referidos), que visam alcançar os objetivos estratégicos definidos para a organização (ex.: satisfação do paciente). A Figura 9 demonstra claramente que, no caso específico de um serviço de saúde, o cliente/paciente apenas contacta com o *front-office*, constituído pela assistente e pelo profissional de saúde. É a este nível que o cliente/paciente realiza os seus pedidos ou expressa as suas necessidades e que obtém o seu bem ou serviço. No entanto, o *front-office* é apenas a face visível a que o cliente/paciente acede diretamente pois, para além dele, existe um conjunto alargado de processos (internos), que embora não sejam diretamente percecionados pelo cliente/paciente, interrelacionam-se de modo a proporcionar a satisfação do cliente/paciente e (se possível) excedendo as suas expectativas.

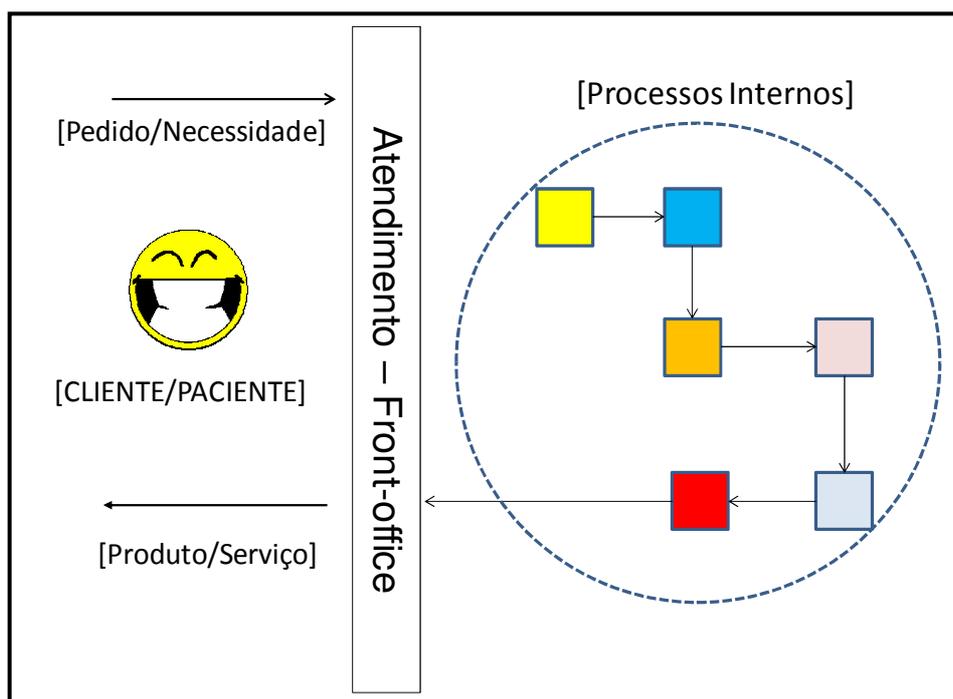


Figura 9 – A Prestação de um Serviço de Saúde

Relativamente aos processos internos, referidos na figura anterior, e à metodologia utilizada para os gerir e planear, a organização adotou o modelo ilustrado na Figura 11 ou seja, uma aplicação do modelo *BSC*, conceito pela primeira vez apresentado por Kaplan e Norton, em 1992.

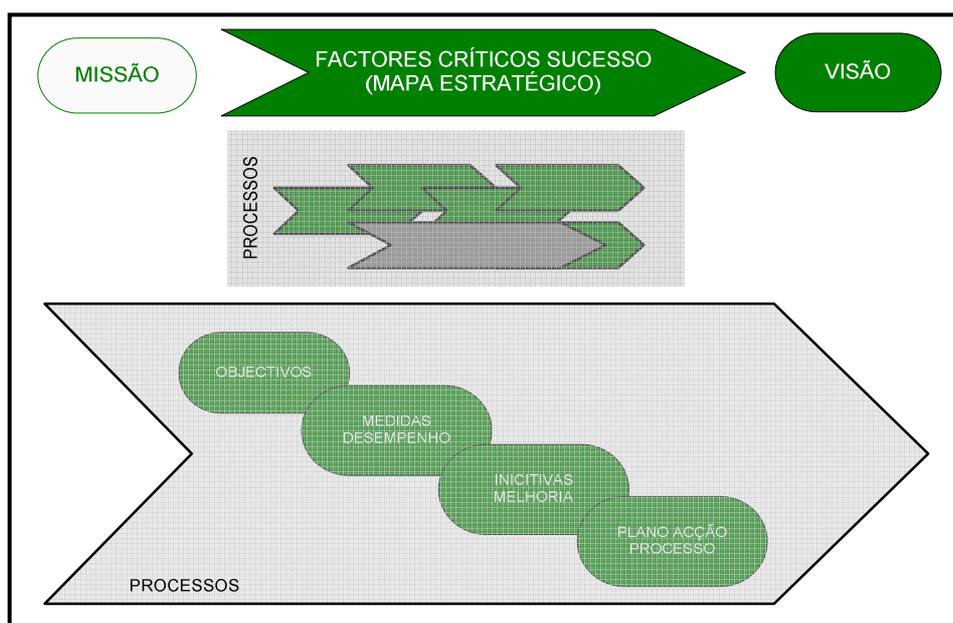


Figura 10 – Metodologia adotada de Gestão de Processos (Manual da Qualidade, 2009)

O modelo *BSC* é mais do que um conjunto de indicadores para avaliar o estado de uma organização e, por essa razão, as grandes empresas internacionais adotaram-no para monitorizar a implementação da estratégia definida pela gestão de topo, no sentido de viabilizar a gestão de processos críticos da organização.

O BSC é um modelo de planeamento e controlo de processos utilizado para comunicar, formar e informar, que transforma a missão e a estratégia da empresa, em indicadores e objetivos estruturados segundo quatro perspetivas distintas. A Figura 11 ilustra essas perspetivas e o modo como elas contribuem para a visão estratégica da organização, a saber, a financeira, do cliente, dos processos organizacionais internos e a aprendizagem e desenvolvimento organizacional.



Figura 11 - BSC (adaptado de Kaplan e Norton, 1996)

Em cada uma destas perspetivas, o enfoque é colocado num aspeto principal. Assim, na financeira a principal questão colocada prende-se com a imagem a defender perante os acionistas para se ser financeiramente bem-sucedido. Na perspetiva do cliente, importa saber como se deve ser visto pelos clientes para cumprir uma missão. Na perspetiva dos processos internos coloca-se a questão de saber quais os processos internos em que se deve alcançar a excelência para satisfazer os clientes e os acionistas. Por último, na

perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento organizacional a questão levantada é a de saber como melhorar a capacidade de aprender e inovar para suportar a visão da organização.

De acordo com a figura anteriormente apresentada do modelo de gestão de processos, fica claro que o BSC apresenta de forma estruturada, o sistema de gestão de processos, em que cada um dos seus constituintes se liga aos objetivos estratégicos e em que os objetivos dos clientes, processos internos, colaboradores e sistemas buscam, de forma integrada, atingir os objetivos económico-financeiros de curto prazo. Uma das atividades principais da implementação do modelo BSC é a definição dos Fatores Críticos de Sucesso (FCS). Após ter sido estabelecida a estratégia da organização deve ser realizada uma análise profunda aos requisitos necessários para obter o sucesso, ou seja, para alcançar a visão delineada pela empresa. Dessa forma devem ser pensados e estabelecidos os fatores que podem influenciar de forma significativa o alcance dessa visão. A identificação dos FCS deve ser direcionada em busca de princípios, elementos ou atividades, que representam as questões importantes para o desenvolvimento da organização. Uma identificação correta dos FCS permite alavancar uma vantagem competitiva individual num segmento de mercado alvo. Na Figura 12 apresentam-se os fatores críticos de sucesso definidos para a organização.

FACTORES CRÍTICOS DE SUCESSO		2012/13
PRESPECTIVA FINANCEIRA		PRESPECTIVA PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> > Redução de custos > Volume de negócios gerado por serviços prestados > Volume de negócios gerado por novos serviços > Desenvolvimento do negócio (quote de mercado e valor acrescentado) > > > 		<ul style="list-style-type: none"> > Satisfação, fidelização e obtenção de novos pacientes > Qualidade do serviço, rigor e profissionalismo > Nível de higienização e azeite > Desenvolvimento de imagem e comunicação com o paciente > > >
PRESPECTIVA INTERNA		PRESPECTIVA APRENDIZAGEM E DESENV. ORGANIZ.
<ul style="list-style-type: none"> > Boas práticas e sistematização de atividades > Rigor e profissionalismo > Organização, planificação e coordenação > Inovação e desenvolvimento de novos serviços > Adoção e acompanhamento da evolução tecnológica e das melhores práticas > > 		<ul style="list-style-type: none"> > Desenvolvimento das qualificações dos Recursos Humanos > Atualização dos conhecimentos dos RH (técnicos, ferramentas, processos médico e de gestão/ Qualidade/Marketing) > Envolvimento dos RH, sua motivação e espírito de equipa > > >

Figura 12 - Fatores Críticos de Sucesso

Por fim, e como último documento integrante da pirâmide documental do SGQ implementado, nomeadamente dos *Outros Documentos da Qualidade*, é definido o *Mapa Estratégico*. O mapa estratégico é uma ferramenta que fornece aos gestores, um referencial para a descrição e gestão da estratégia da empresa. Segundo Silva (2005) “...a construção do esboço do mapa estratégico tem como principal objetivo obter a declaração do destino estratégico da empresa antes do BSC ser construído, identificar os temas estratégicos e correlacionar os objetivos dentro de cada um destes temas com as quatro expectativas do *BSC*. O mapa estratégico é representado por uma estrutura em que cada indicador do BSC é parte integrante de uma cadeia lógica de causa-efeito, que correlaciona os indicadores de resultados com os seus valores esperados, com os valores de desempenho associados (Silva, 2005).

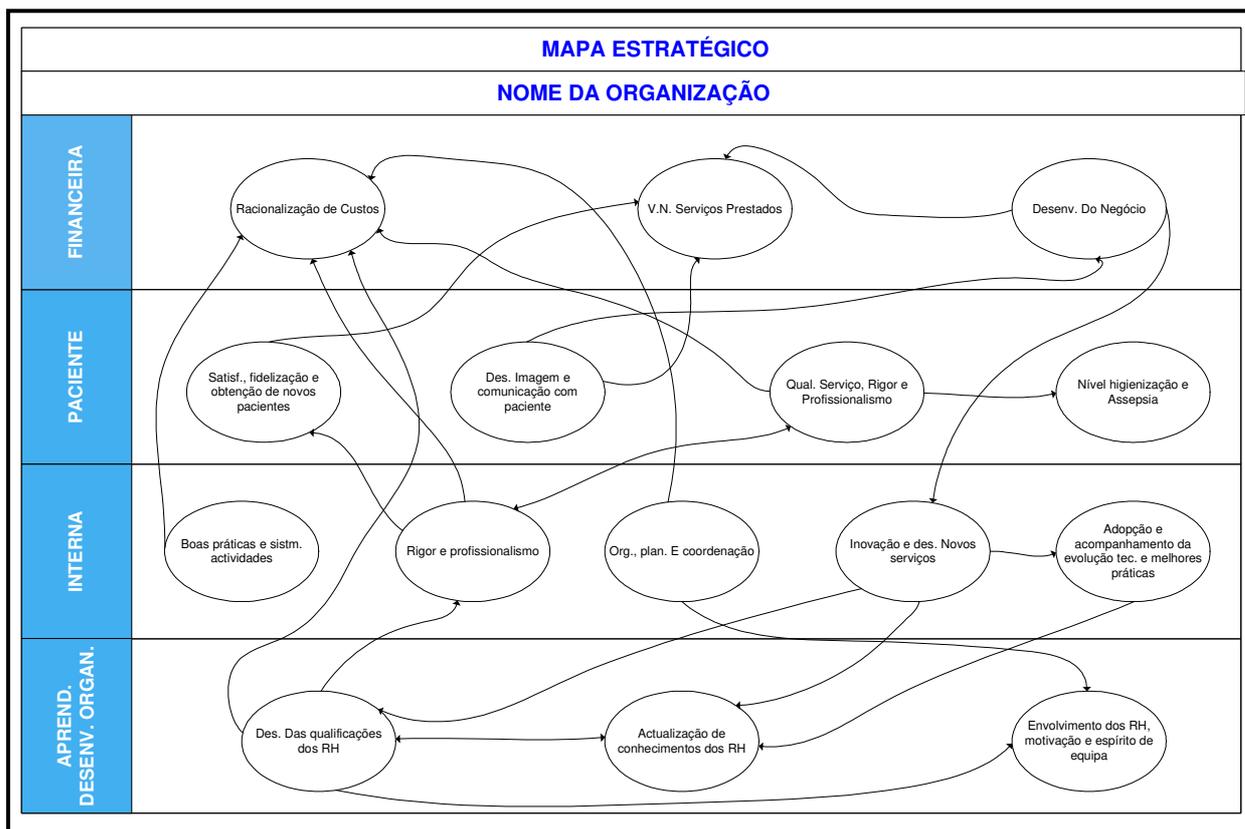


Figura 13 - Mapa estratégico da Organização

O BSC permite que as empresas bem-sucedidas possuam um modelo de gestão da sua estratégia. O processo de gestão da estratégia foi definido por Rocha (1999) como sendo aquele que possibilita a tomada de decisões e a implementação de ações que visa

conceber, desenvolver, implementar e sustentar estratégias que garantam vantagens competitivas a uma organização.

3.4.6. Melhoria Contínua

O SGQ implementado contém um macroprocesso (P05-Melhoria Contínua e Desenvolvimento Organizacional) exclusivamente destinado a dar cumprimento ao princípio *Melhoria Contínua* da qualidade. A este processo está subjacente o ciclo de melhoria contínua desenvolvido por Deming e designado por PDCA.

A Figura 14 apresenta o processo de melhoria contínua implementado, que para além da interação existente entre processos, evidencia uma 'realimentação' efetiva através da recolha e conseqüente tratamento e análise de dados nas reuniões periódicas de coordenação do próprio SGQ. Nestas reuniões estão presentes, o representante da gestão, o diretor clínico, todos os gestores de processos e os profissionais de saúde (quando possível) de modo a assegurar que as decisões tomadas (planeamento de ações, definição de objetivos de processos, ações corretivas e ações preventivas, alterações à estratégia, etc.) estão em total consonância com os objetivos estratégicos definidos pela gestão de topo (de acordo com a Missão e Visão) e com os respetivos gestores de processos garantindo-se igualmente a necessária integração.

As reuniões de coordenação do SGQ são formalizadas em ata e as ações a empreender são definidas de forma adequada. Caso as ações resultantes das reuniões de coordenação influenciem o normal funcionamento das especialidades médicas disponibilizadas pela organização alvo do presente trabalho é agendada uma reunião geral com todos os profissionais de saúde, com o objetivo de lhes transmitir as novas diretrizes.

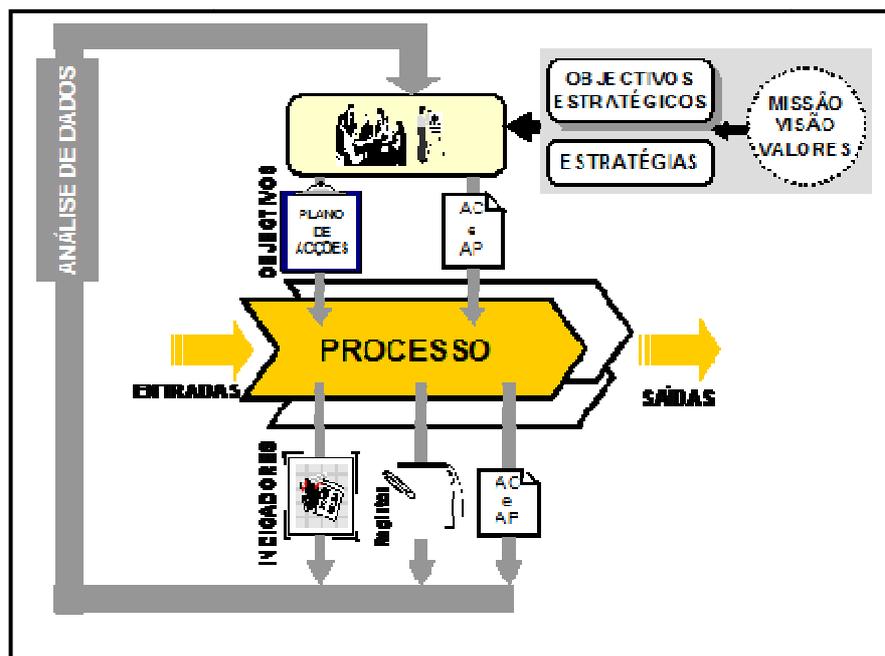


Figura 14 – Processo de Melhoria Contínua (Manual da Qualidade, 2009)

3.4.7. Decisões baseadas em Factos

Como é possível observar na figura anterior, o processo de melhoria contínua adotado está suportado por um conjunto de informação ou dados essenciais, para a tomada de decisão. Esses dados contemplam, para o período em análise, a avaliação de indicadores definidos para cada macroprocesso, os registos efetuados pelos colaboradores e o conjunto de ações realizadas. Importa salientar que a inexistência desses dados, seja na forma de indicadores, registos ou ações implica a estagnação de um qualquer SGQ, na medida em que é essa informação que “alimenta” as reuniões da equipa de coordenação do SGQ e que lhe permite perceber qual a real *performance* do próprio sistema e, posteriormente, tomar decisões em conformidade. Neste sentido foram criados vários impressos (ver exemplo em anexo 2), que suportam a realização de registos. Cada macroprocesso possui um conjunto de indicadores (dezassete, no total) que se encontram distribuídos pelos cinco macroprocessos. Por fim, foram criados dois procedimentos distintos, para operacionalizar a deteção, análise e planeamento de ações, quer sejam corretivas e preventivas ou de gestão (PR03 – Ações Corretivas e o PR04 – Ações Preventivas e de Gestão).

3.4.8. Relações de Parcerias com Fornecedores

Para a administração da organização o fornecedor é percebido como um parceiro de negócio e não como um adversário, ou competidor. A relação mantida com o fornecedor, tal como com todos os outros interessados (*stakeholders* – sejam clientes ou fornecedores), é uma relação duradoura, em que se espera que ambos os *players* vençam (relação *win-win*). Numa perspetiva de resolução de problemas e rapidez de resposta, privilegiam-se os parceiros da proximidade geográfica (ou que possuam representantes nas proximidades). De salientar também que a seleção de um fornecedor atende ao custo total envolvido no processo em causa.

De acordo com Post, Preston e Sachs, citados por Hoyle (2009), "os *stakeholders* de uma empresa são os indivíduos e grupos de indivíduos, que contribuem voluntária ou involuntariamente, para a sua capacidade de criação de riqueza e atividades. São, portanto, potenciais beneficiários e/ou portadores de risco".

Para garantir a sistematização e enraizamento desta abordagem estratégica na organização, a gestão de topo da empresa em análise incluiu na Política da Qualidade, o tópico "Relacionamento com Fornecedores e Subcontratados", no sentido de "estabelecer relações de mútuo benefício" com fornecedores e com subcontratados, com a finalidade de proporcionar "a sustentabilidade de ambos e a sua valorização". (Manual da Qualidade, 2009)

3.5. O Macroprocesso – P03 - Prestação do Serviço

A presente secção pretende descrever o macroprocesso *Prestação de serviços clínicos* (ver anexo 3), por se tratar de um processo fundamental para o funcionamento da organização. Tal como para os restantes processos principais, o desenho/mapeamento do processo em questão foi antecedido de uma análise/diagnóstico às atividades e/ou tarefas inerentes à prestação do serviço, propriamente dita. Seguindo as melhores práticas de desenho/mapeamento de processos, no âmbito da implementação de um SGQ, a equipa do projeto teve especial atenção para eliminar todas as atividades redundantes e tudo o que pudesse ser considerado desperdício, ou seja, que não aportasse valor acrescentado na operacionalização do processo. Foi utilizado *software* específico para mapear cada um dos processos (Microsoft Visio®), tendo sido

selecionada uma descrição mista, mapa transfuncional e descrição em texto adicional, que facilitasse não só a identificação das diferentes atividades dentro do macroprocesso, mas também a identificação rápida das responsabilidades e funções dentro do mesmo.

No anexo 3 (Macro-Processo de Prestação de Serviços Clínicos) é possível distinguir três tipos de conteúdo: a identificação do processo, a definição das atividades do processo e indicação das responsabilidades e funções a desempenhar por cada elemento interveniente, e por último, a descrição pormenorizada das diferentes atividades.

Assim, no primeiro momento, encontram-se definidos o título do macroprocesso, bem como o seu objetivo, âmbito, responsável e gestor. Importa distinguir responsável, de gestor do macroprocesso. O gestor do macroprocesso tem como principais funções acompanhar o macroprocesso, verificar a evolução e o nível de realização dos objetivos definidos para o macroprocesso, ou seja, efetuar o trabalho operacional relacionado com a gestão do macroprocesso. No entanto, o responsável do macroprocesso é quem lidera e toma decisões, baseadas, logicamente, nos dados recolhidos pelo gestor do macroprocesso. No segundo momento apresentam-se tantas divisões quanto o número de intervenientes envolvidos no macroprocesso. Em cada uma dessas divisões irão ser identificadas as atividade (numeradas de 1 a n) a serem concretizadas pelo colaborador e/ou departamento correspondente. Por fim, no terceiro momento é efetuada uma descrição pormenorizada de cada uma das tarefas associadas às respetivas atividades.

O SGQ implementado contempla, para cada um dos macroprocessos definidos, um modelo de gestão e planeamento do processo, que está diretamente relacionado com a metodologia adotada para gestão e planeamento dos mesmos, tal como referido no capítulo anterior, mais precisamente, no ponto - “Abordagem da Gestão como um Sistema”. Desta forma, cada macroprocesso dispõe ainda de um impresso constituído por três componentes principais: o mapa de objetivos, medidas e iniciativas de melhoria (OMI), o mapa de indicador associado ao macroprocesso (ex.: I.03.00X) e por último o Plano de Ações do Processo (PAP). Neste encontra-se correspondência direta entre as iniciativas de melhoria definidas no OMI e uma descrição mais completa das ações a desenvolver, no sentido de concretizar a referida iniciativa. A Figura 15 apresenta o conteúdo principal de cada um dos mapas referidos anteriormente, os quais integram o impresso designado por gestão de processos. Quanto ao OMI:

GESTÃO DE PROCESSO - OBJECTIVOS, MEDIDAS E INICIATIVAS DE MELHORIA		GP.01 - OMI	
P.03 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS		2012/2013	
ALINHAMENTO e OBJECTIVOS	MEDIDAS DE DESEMPENHO	METAS	INICIATIVAS MELHORIA
<p>FINANCEIRA</p> <p>Racionalização de custos</p> <p>1. Diminuir, em cerca de 15%, o montante anual dispendido em Compras associadas à prestação de serviços clínicos.</p>	<p>VOLUME DE NEGÓCIOS</p> <p>Volume de Compras Mensal</p>	<p>< =€ 1500</p>	<p>1.1. Avaliar possibilidade de adquirir consumíveis com melhor relação qualidade/preço</p> <p>1.2. Análise rigorosa de campanhas promocionais realizadas pelos vários fornecedores</p>
<p>2. Diminuir, em cerca de 40%, a conta anual de telefone fixo</p>	<p>GASTOS MENSIS</p> <p>Gastos Mensais com Telefone</p>	<p>< € 40</p>	<p>2.1. Utilizar tecnologias de comunicação alternativas, como o Messenger, SMS, e-mail, ou telemóvel da Clínica</p>
<p>Volume de Negócios gerados por Serviços prestados</p> <p>3. Aumentar, em cerca de 15 % o volume de negócios gerado por serviços prestados</p>	<p>Volume de Negócios Mensal</p> <p>Índice de Fidelização</p> <p>Tempo Médio de Espera</p> <p>Nº Primeiras Vezes</p>	<p>> € 15000/mês</p> <p>90%</p> <p>N.A.</p> <p>12/Mês</p>	<p>3.1. Homogeneização da Imagem</p> <p>3.2. Promoção da Imagem</p> <p>3.3. Captação/Fidelização de Pacientes</p> <p>3.4. Alargar horário funcionamento da Clínica (Sábado todo o dia)</p>
<p>Desenv. do Negócio</p> <p>4. Aumentar a Rentabilidade do Negócio em 15%</p>	<p>Capital Médio Libertado no Período</p>	<p>>= € 6000</p>	<p>4.1. Avaliar a possibilidade de adquirir consumíveis com melhor relação qualidade/preço</p> <p>4.2. Análise rigorosa de campanhas promocionais realizadas pelos vários fornecedores</p> <p>4.3. Captação/Fidelização de Pacientes</p>

Figura 15 - Gestão e Planeamento do macroprocesso P03 – OMI

A laranja estão definidas as diferentes perspetivas oriundas do modelo BSC anteriormente apresentado, ou seja, financeira, cliente, processos internos e aprendizagem e desenvolvimento organizacional. A azul encontram-se os fatores críticos de sucesso associados a cada umas das perspetivas. A verde estão definidos os objetivos estratégicos do processo em causa. A preto e alinhado com cada um dos objetivos estratégicos definem-se os indicadores de desempenho e respetivas metas a alcançar. Por fim, a vermelho, estão definidas as iniciativas de melhoria que visam alcançar o objetivo estratégico definido anteriormente e que se apresentarão esmiuçadas no plano de ações do processo (APA).

Quanto aos indicadores de desempenho definidos no macroprocesso, eles encontram-se alinhados com um objetivo estratégico em particular. Assim, o mapa de suporte ao cálculo e monitorização de cada indicador é o que se apresenta de seguida.

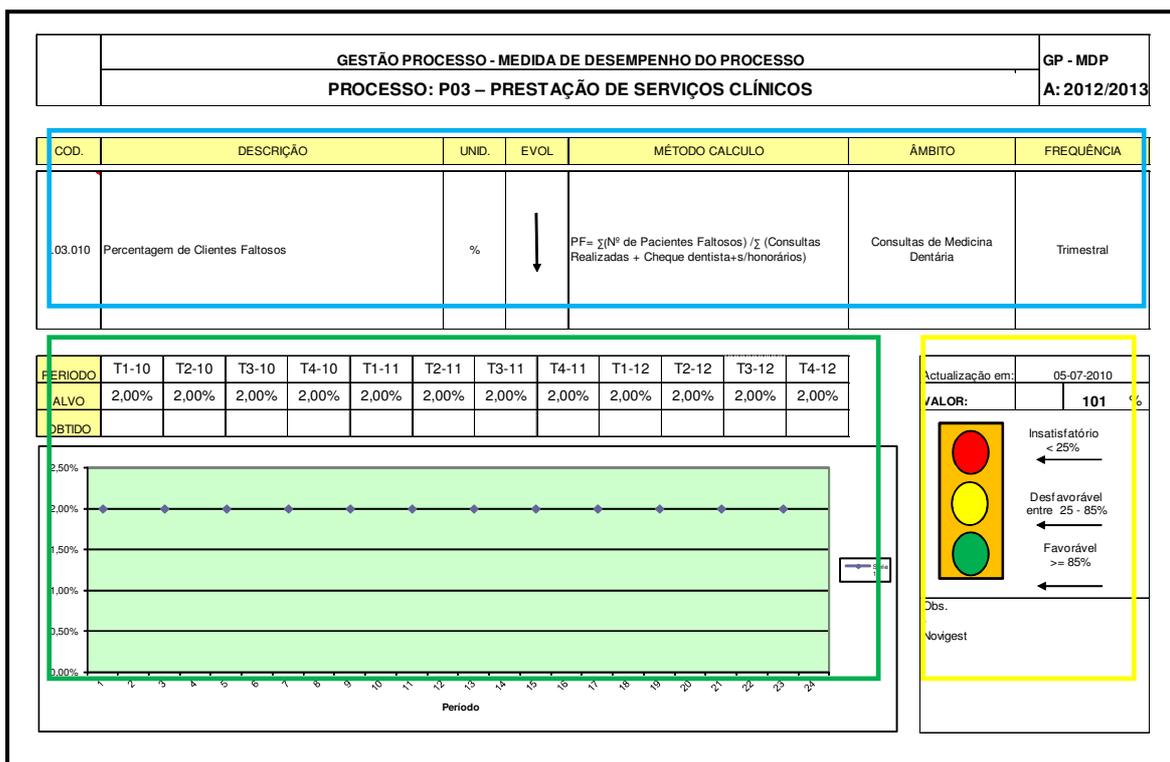


Figura 16 – Percentagem de Pacientes Faltosos

Relativamente à Figura 16, em que se apresenta o exemplo de uma folha de cálculo de identificação e monitorização do indicador - I.03.12 - relativo ao macroprocesso de prestação de serviços clínicos, temos, a azul, uma tabela onde são identificados o código específico do indicador (o qual o identifica inequivocamente), o seu nome, a unidade em que é calculado (ex.: dias, horas, unidades), o sentido de evolução do indicador (positivo quando se pretende que o mesmo apresente valores o mais elevados possível. Negativo quando se pretende exatamente o contrário), o método de cálculo, o âmbito do indicador e a sua frequência de cálculo. No retângulo a verde apresenta-se numa tabela a evolução numérica do indicador e usando o gráfico, procura-se facilitar a análise e monitorização deste. Em ambos os casos é possível comparar o valor obtido com o alvo, ou meta definida para o indicador. Por fim, no retângulo a amarelo é evidenciada a performance do indicador por comparação entre o valor obtido e o alvo definido previamente. O semáforo apresentado na figura anterior, mudará de cor, de acordo com a performance obtida, ou seja, se esta for inferior ou igual a 25%, a cor apresentada é vermelha. Se a performance se situar entre os 25% e os 85% (inclusive), a cor apresentada é o amarelo. Por fim, se a performance se situar acima dos 85% a cor apresentada é o verde. Para além da performance é ainda disponibilizado um campo de observações, onde o gestor do macroprocesso pode colocar algum dado relevante que justifique determinado resultado, ou outra situação que entenda pertinente.

O PAP pretende ser um guião de suporte ao desenvolvimento organizacional, na medida em que nele se encontram esmiuçadas todas as ações que vão de encontro às iniciativas de melhoria definidas previamente no OMI. De seguida apresenta-se o PAP do processo de prestação de serviços clínicos.

GESTÃO PROCESSO - PLANO DE ACÇÕES DO PROCESSO							
PR.03 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLINICOS							células e con escolhendo 2012/2013
#	ACÇÃO	CONTRIBUI PARA INICIATIVA	PRAZO	RESP.	DATA INÍCIO	DATA FIM	OBSERVAÇÕES
1	Verificar sistematicamente se dispomos dos catálogos actualizados de fornecedores com as mais recentes promoções de consumíveis	1.2/4.2	Contínua	AQ/IAT	11-09		Sempre
2	Utilizar sempre que possível as novas tecnologias de comunicação	2.1	Contínua	AQ/IAT	12-09		Sempre que necessário
3	Criar Marca e Logotipo - registar no INPI	3.1 / 8.1	12-10	GR	Out. 09	Abr.10	Marca - pendente/logotipo - concluído
1	Criar Web-Site e Newsletter periódica	3.1 / 8.1	Ago.10	GR	Abr.10		Em curso
2	Listar os pacientes que já não se deslocam à Clínica há mais de uma ano	3.3	Semestralmente	AT	01-10		Pendente
3	Enviar SMS, via Clickatell, oferecendo check-up dentário	3.3/4.3	Semestralmente	AT	01-10		Sempre que necessário
4	Executar sistematicamente tarefas/acções essenciais para o correcto e eficaz desenvolvimento do negócio	5.3	Contínua	AT	11-09		AG19:A120- Avaliação de Fornecedores Executar Manutenção Preventiva nos equipamentos Registrar E analisar as Não Conformidades - Monitorizar os Objectivos E Indicadores

Figura 17 - Plano de Ações do Processo P03

Relativamente à figura anterior, a amarelo está definido um número sequencial para cada uma das ações constituintes do PAP. No retângulo a azul está descrita, de forma detalhada, a ação a realizar. A vermelho, encontra-se a correspondência com a iniciativa de melhoria definida no OMI do mesmo macroprocesso. Por último, o retângulo verde apresenta para cada uma das ações planeadas, o prazo, o responsável pela implementação da ação, a data de início e de conclusão da mesma. No PAP existe também uma coluna de observações onde o gestor do macroprocesso pode inserir algum facto que considere relevante.

Convém referir novamente que as três figuras apresentadas anteriormente são parte integrante de um mesmo impresso, designado por Gestão do Processo, relativo a um único macroprocesso e que são um relevante *input* nas reuniões de coordenação do SGQ realizadas.

3.6. Avaliar a Satisfação do Paciente

A avaliação da satisfação dos clientes é uma prática que acompanha o percurso da organização em questão. Ainda antes das exigências da norma NP EN ISO 9001:2008, a empresa, como procedimento de rotina, aplicava já instrumentos de avaliação da prática dos profissionais da organização, no sentido de receber o *feedback* dos serviços prestados.

O *feedback* comunicado pelo paciente antes, durante, ou após a realização de qualquer tratamento planeado é essencial para o desenvolvimento e melhoria contínua de todos os processos de negócio e para garantir a maior satisfação dos pacientes.

A implementação deste procedimento na organização foi motivada pela necessidade de perceber a opinião dos pacientes relativamente a três domínios fundamentais: técnico (tecnologia e práticas terapêuticas utilizadas), interpessoal (relações interpessoais existentes) e ambiental (avaliação do conforto, limpeza, bem estar).

Neste sentido foi desenvolvido um inquérito a partir do qual se torna possível perceber quais os pontos fortes, pontos fracos e oportunidades de melhoria em cada um dos domínios visados. O inquérito contempla questões diversas como por exemplo, a opinião do paciente relativamente ao profissionalismo e simpatia no atendimento telefónico e presencial das assistentes; a capacidade de resolução de problemas, ou dúvidas dos pacientes por parte das assistentes; o profissionalismo e capacidade de esclarecimento de questões por parte dos profissionais de saúde; a pontualidade na realização de consultas; o conforto e qualidade do ambiente existente na sala de espera; o tempo de espera pela realização da consulta e o nível de limpeza geral da clínica (ver anexo 4).

A avaliação da satisfação dos pacientes realiza-se no primeiro trimestre de cada ano durante um período aproximado de dois meses. A recolha da informação é feita através de um inquérito distribuído aleatoriamente aos pacientes que, nessa data, realizaram tratamentos. Será de ressaltar que na avaliação da satisfação do paciente, a experiência da empresa, tem comprovado ser mais eficaz (e valioso), o *feedback* obtido numa simples conversa entre a assistente e o paciente (ou entre o profissional de saúde e o paciente), do que na resposta formal a um inquérito, por mais adequado e estruturado que este seja. Por esta razão, o corpo clínico (assistentes e profissionais de saúde) está preparado para perceber todo o tipo de crítica e/ou comentário efetuado pelo paciente. Este tipo de crítica/comentário/*feedback*, construtivo ou destrutivo, é depois debatido nas

reuniões de GDQ, realizadas periodicamente. Nestas reuniões analisa-se e decide-se acerca da necessidade de implementar um plano de ações, que visem reforçar as boas práticas ou então, corrigir (ou evitar) determinado tipo de ocorrência.

Da análise dos inquéritos foi possível aferir que em nenhum caso é formalizada qualquer tipo de crítica (negativa) aos profissionais de saúde. Este tipo de *feedback*, realizado diretamente com a assistente antes ou após a consulta, é devidamente registado e serve de *input* na próxima reunião de GDQ realizada.

Atualmente, o processo de avaliação da satisfação dos clientes/pacientes através de inquérito formal, quer na indústria de bens, quer na dos serviços está a ser abandonado e substituído por outras metodologias e formas de obter *feedback*, pois, muitas vezes, o entrevistado responde de forma rápida e impensada (logo, sem autenticidade) ao que lhe é perguntado pelo que, a opinião obtida por esta via deixa de ser uma vantagem para passar a ser um fator de entropia do sistema. Por esta razão têm vindo a ser adotadas novas metodologias como por exemplo, a repetição de uma compra/procura de um serviço num determinado período de tempo, o facto de determinado cliente/paciente ter recomendado outro, a formação dos recursos humanos para perceber eventuais comentários importantes e os rácios de fidelização de clientes/pacientes.

4. RESULTADOS FINAIS E CONCLUSÕES

4. Resultados finais e conclusões

4.1. Principais Conclusões e Benefícios

De uma forma geral, os serviços de saúde apresentam características e exigências específicas, que numa abordagem superficial aos requisitos definidos no referencial normativo da família ISO 9000 poderiam condicionar desde logo, a sua implementação. No entanto, após análise detalhada do referencial normativo NP EN ISO 9001:2008, bem como de artigos científicos e bibliografia especializada, concluiu-se que a implementação e o desenvolvimento de um SGQ com base na referida norma é transversal à indústria de bens e à indústria de serviços. Para além disso, a norma não faz qualquer distinção entre bem e serviço e para além disso, é aplicável a qualquer tipo de indústria seja grande ou pequena, pública ou privada.

Desta forma, a adoção dos princípios da qualidade decorrentes do desenvolvimento e implementação do SGQ seguindo os requisitos preconizados pelo referencial normativo da família ISO 9000, na organização alvo do presente projeto, traduziu-se em melhorias evidentes, em todos os processos internos que constituem o negócio da empresa. A administração desta encarou este processo como uma ferramenta de elevado potencial, capaz de priorizar ações, que com os mesmos recursos consigam manter e inclusivamente superar, a segurança, a eficácia e a fiabilidade dos serviços de saúde prestados.

Numa primeira avaliação é possível concluir que este processo foi bem-sucedido. Para o efeito, foi determinante a disponibilidade e abertura dos elementos da organização, para adquirem novos conhecimentos e metodologias de trabalho, percebendo desde início as inúmeras vantagens e benefícios que a implementação do SGQ iria aportar ao negócio e ao seu trabalho quotidiano. Assim, a título de conclusão podem apresentar-se como principais benefícios do trabalho desenvolvido os seguintes:

- o total enfoque na satisfação do paciente,
- a abordagem por processos, a garantia que estes se interligam que apresentam uma sequência lógica, asseguram uma gestão eficaz (na medida em que os processos são desenhados com orientação total na satisfação do paciente) e eficiente (é implementada uma perspetiva de racionalização dos recursos: humanos, financeiros e físicos).

- o maior rigor no controlo dos processos críticos do negócio (ex.: compras, prestação de serviços clínicos e gestão de infraestruturas),
- a implementação de controlo sistemático da performance de todos os processos e recursos (físicos e humanos) diretamente relacionados com a satisfação do paciente,
- a definição clara das responsabilidades e funções de cada elemento dentro de cada processo de negócio,
- o alinhamento de todos os recursos envolvidos em torno dos objetivos estratégicos definidos para cada processo (tendo em vista o alcance da Visão definida pela gestão de topo)
- o aumento da motivação e comprometimento dos colaboradores com a organização.

4.2. Principais Obstáculos da Implementação do SGQ

Durante o processo de desenvolvimento e implementação do SGQ na organização em causa, foram vários os obstáculos levantados e as dificuldades sentidas. No entanto, o formato do MOVE PME contribuiu, para a atenuação de adversidades e/ou limitações. As horas de formação contempladas no MOVE-PME, na temática do projeto da empresa, suavizaram o impacto de uma implementação desta envergadura, facilitando o alinhamento e a homogeneização de conhecimentos da equipa do projeto.

Neste sentido, foram apontados como principais obstáculos à implementação de um SGQ, na organização alvo do estudo, os seguintes:

- inexperiência dos elementos da equipa de projeto na implementação dos princípios da qualidade e na satisfação dos requisitos preconizados pelo referencial normativo ISO 9000 em serviços de saúde (apesar do *know-how* e competência significativa de dois elementos da equipa do projeto, nesse tipo de implementação, na indústria).

- desconhecimento total por parte dos restantes elementos da equipa dos princípios da qualidade e das implicações e exigências da implementação de um SGQ, de acordo com os requisitos do referencial normativo ISO 9000;
- a dificuldade na gestão da agenda da clínica para assegurar a prestação dos cuidados de saúde aos utentes e, simultaneamente, cumprir o cronograma definido no Projeto MOVE-PME

4.3. Perspetivas de Desenvolvimento Futuro

As perspetivas de desenvolvimento futuro definidas pela gerência da organização alvo do presente trabalho são constituídas por dois pilares principais: especificação de ferramenta eletrónica de suporte ao SGQ e avaliação da adequabilidade dos modelos de excelência nas organizações prestadores de serviços de saúde.

Relativamente à especificação de uma ferramenta eletrónica de suporte ao SGQ, a organização em análise transitou de um estágio em que a realização de registos, ou a existência de procedimentos e/ou instruções de trabalho estruturadas era mínima, para um estágio em que o volume de registos e de dados é elevado, e onde qualquer atividade (médica, ou de gestão) se encontra definida, estruturada e em monitorização constante. Atualmente, de forma a tornar eficiente a monitorização e manutenção do SGQ implementado, será adequado especificar-se uma ferramenta de suporte à gestão documental, bem como à monitorização automática de cada um dos processos existentes.

Por fim, quanto à análise da aplicabilidade, nas organizações prestadoras de cuidados de saúde de modelos de excelência (ex.: *European Foundation for Quality Management – EFQM*) serão de tomar em consideração as declarações de *Herman Van Rompuy*, Presidente do Conselho Europeu, que defende que dada a crescente competitividade e pressão que as organizações públicas e privadas sentem atualmente deverá privilegiar-se a cooperação interempresarial (www.efqm.org).

Ora, sabendo-se que os modelos de excelência facilitam a implementação de estratégias em que a inovação e a cooperação são pontos fundamentais para assegurar um futuro próspero, seria de facto interessante avaliar-se a aplicabilidade destes modelos nas

organizações prestadoras de cuidados de saúde a partir das suas características específicas como por exemplo, a subjetividade, a intangibilidade, ou a total orientação ao paciente/utente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, A. (2012) Referenciais normativos para a gestão da qualidade- a família de normas ISO 9000, Material de apoio à unidade curricular: Gestão da qualidade, FEP (Faculdade de Economia) edição 2011/2012

FERREIRA, J. M., NEVES, J., CAETANO, A. (2001) Manual de Psicossociologia das Organizações, McGraw Hill

FORTIN, M. F. (1999) O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures, Lusociência.

GRYNA, F. M. (2001) Quality Planning & Analysis- From product development through use, McGraw-Hill International Edition

GRONROOS, C. (2000) Service Management and Marketing- a customer relationship management approach, 2nd edition, Wiley

HOYLE, D. (2009) ISO 9000: Quality Systems Handbook. Using the standards as a framework for business improvement, 6th edition, BH, Elsevier, Ltd.

JURAN, J. M., GODFREY, A.B. (1998), Juran's Quality Handbook, 5^a edição, McGraw-Hill

KOTLER, P. (1990) Marketing (edição compacta), 1^a edição, São Paulo, Editora Atlas S.A.

MEZOMO, J.C. (2001) Gestão da qualidade na saúde- princípios básicos, 1^a edição brasileira, São Paulo, Editora Manole Ltda.

NP EN ISO 9001 (2008) Sistemas de gestão da qualidade-requisitos, 3^a edição, novembro de 2008, Instituto Português da Qualidade.

PINTO, S.S. (2003) Gestão dos Serviços- a avaliação da qualidade, Editorial Verbo.

PIRES, A. R. (2007) Qualidade- Sistemas de Gestão da Qualidade, Edições Sílabo, 3^a edição, Lisboa

ROONEY, A.L., OSTENBERG, P.R. (1999) Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality, Center for Human Services (CHS), USAID, April.

RUST, R.T, OLIVER, R.L. (1994) Service quality- new directions in theory and practice, Sage Publications.

SANTOS, JOSÉ FRANCISCO (2006) Mensuração de Desempenho – Uma proposta de melhoria à metodologia do “*Balanced Score Card*”, pp. 10-50.

SARAIVA, M., TEIXEIRA, A. (2010) A qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar, Edições Sílabo.

WIELE, T., BROWN, A. (2002) Quality management over a decade- A longitudinal study, International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 19 No. 5, 2002, pp. 508-523.

ZU, X., ROBBINS, T.L., FREDENDALL, L.D. (2010) Mapping the critical links between organizational culture and TQM/Six Sigma practices, Int. J. Production Economics 123, pp. 86–106.

TORRENT, R.L., PALACIOS, M.S., CABRERA, L.S., MARTINEZ, J. L., ROSARIO, C.G. (2009) Gestións de la calidade en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001:2008

<http://www.aip.pt/irj/go/km/docs/aip/conteudos/projectos/608447dc-cd43-2c10-d899-beef0fd4e330.xml>

http://max.uma.pt/~a2078406/index_ficheiros/TRAB.Referenciais_da_qualidade.pdf

http://max.uma.pt/~a2050202/Guias%20Normas/GUIA_ADMINIS%209001.pdf

http://newsletter.iwaytrade.pt/apcer/Out07/normas_ISO_9001_Nigel%20Croft.pdf

http://pt.wikipedia.org/wiki/ISO_9000#Antecedentes

<http://www.efqm.org/en/tabid/132/default.aspx>

6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS

PROCEDIMENTO

Controlo de Documentos e Registos

1. Objectivo

Estabelecer a metodologia para o controlo dos documentos do Sistema de Gestão da Qualidade da CLÍNICA, de modo a garantir a sua identificação, aprovação, revisão, actualização, disponibilidade e acesso incluindo o controlo dos documentos obsoletos.

Estabelecer a metodologia para o controlo dos registos da qualidade de modo a garantir a sua identificação, armazenagem, protecção, recuperação, tempo de retenção e eliminação.

2. Âmbito

Aplica-se a todos os documentos e registos no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade da CLÍNICA.

3. Referências

NP EN ISO 9000: 2005 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Fundamentos e Vocabulário;

NP EN ISO 9001: 2008 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos.

4. Definições e Abreviaturas

- 4.1. Documento - Informação e respectivo meio de suporte.
- 4.2. Registo – documento que expressa resultados obtidos ou fornece evidência das actividades realizadas.
- 4.3. Outras definições contidas na norma NP EN ISO 9000: 2005 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e Vocabulário

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

AQ- Assessora da Qualidade

GR – Gerência

AT- Assistente

GQ – Gestor da Qualidade

NA – Não Aplicável

GP - Gestor do Processo

5. Responsabilidades

A responsabilidade pelo cumprimento deste Procedimento é de todos os colaboradores da CLÍNICA na parte que lhes é aplicável.

6. Modo de Proceder

PROCEDIMENTO

Controlo de Documentos e Registos

6.1. Edição e Aprovação de Documentos – Revisão 0

Fluxograma	Acção	Resp.	Suporte
<pre> graph TD Start([DOCUMENTOS REVISÃO]) --> Elaboracao[Elaboração] Elaboracao --> Codificacao[Codificação] Codificacao --> Apresentacao[Apresentação documento] Apresentacao --> Recolha[Recolha sugestões] Recolha --> Aprovacao{Aprovação?} Aprovacao -- Não --> Elaboracao Aprovacao -- Sim --> Arquivo[Arquivo do original] Arquivo --> Distribuicao[Distribuição documento] Distribuicao --> Fim([FIM]) </pre>	1. Elaborar o documento.	GQ, AT	Ver 6.3
	2. Codificar o documento de acordo com o referido em 6.4. deste procedimento, consultando o <u>Controlo de Documentos Internos</u> .	GQ	Mod 01
	3. Apresentar o documento aos Colaboradores do(s) Departamento(s) envolvidos, de modo a assegurar a sua adequação e aceitação.	GQ	---
	4. Recolher todas as opiniões e sugestões e se necessário melhorar o documento.	GQ	---
	5. Verificar o documento. Caso o documento seja aprovado rubricar no campo “Aprovado” do próprio documento. Os Impressos são aprovados conjuntamente com o documento que os referencia e pela mesma entidade que aprova o documento original, em que o mesmo é identificado no impresso <u>Controlo de Documentos Internos</u> , bem como a respectiva data de aprovação.	Ver 6.3	Mod 01
	6. Arquivar o documento original em pasta própria. Arquivar o documento em suporte informático em pasta própria. Os documentos internos originais são da Gerência e Qualidade pelo que não necessitam de ser distribuídos.	Ver 6.3	-
	7. Apresentar o documento aos departamentos envolvidos. No caso de haver distribuição do documento, preencher o <u>Controlo da Distribuição de Documentos</u> , devendo, na recepção do documento, os destinatários datarem e rubricarem o <u>Controlo da Distribuição de Documentos</u> . Os documentos entregues fisicamente são identificados com um carimbo “Cópia Controlada”. As cópias não controladas não possuem qualquer tipo de identificação. No caso dos impressos coloca-los em circulação, explicando aos seus utilizadores a forma do seu preenchimento.	Ver 6.3	Mod 02

PROCEDIMENTO

Controlo de Documentos e Registos

6.2. Revisão e Anulação de Documentos

Fluxograma	Ação	Resp.	Suporte
<pre> graph TD Start([REVISÃO E ANULAÇÃO]) --> Anular{Anular?} Anular -- Sim --> Revisão[Revisão] Anular -- Não --> Revisão Revisão --> Codificação[Codificação] Codificação --> Sugestões[Apresentação de sugestões] Sugestões --> Aprovação{Aprovação?} Aprovação -- Sim --> Atualização[Actualização Lista Documentos] Aprovação -- Não --> Revisão Atualização --> ArquivoOrig[Arquivo do original] ArquivoOrig --> ArquivoObs[Arquivo do original obsoleto] ArquivoObs --> Distribuição[Distribuição documento] Distribuição --> Fim([FIM]) Sugestões -- Sim --> Revisão </pre>	1. Rever o documento, elaborando nova versão.	Ver 6.3	---
	2. Codificar o documento de acordo com o referido em 6.4. deste procedimento.	GQ	Mod 01
	3. Apresentar o documento aos Colaboradores do(s) Departamento(s) envolvidos, de modo a assegurar a sua adequação e aceitação. Recolher todas as opiniões e sugestões e se necessário melhorar o documento.	GQ	---
	4. Verificar o documento. Caso o documento seja aprovado rubricar no campo "Aprovado" do próprio documento. Os Impressos são aprovados pela entidade do documento que os referencia, em que o mesmo é identificado no impresso – <u>Controlo de Documentos Internos</u> , bem como a respectiva data de aprovação.	Ver 6.3	Mod 01
	5. Actualizar <u>Controlo de Documentos Internos</u> . Os documentos obsoletos tem um cor de letra cinzenta clara.	Ver 6.3	Mod 01
	6. Arquivar o documento original em pasta própria. Arquivar o documento em suporte informático.	Ver 6.3	---
	7. Arquivar o documento original obsoleto carimbado com "Obsoleto" em pasta própria. Arquivar o documento original em suporte informático, em pasta de documentos obsoletos.	Ver 6.3	---
	8. Apresentar e distribuir o documento aos departamentos envolvidos. No caso de haver distribuição física do documento, preencher o <u>Controlo da Distribuição de Documentos</u> , devendo, na recepção do documento, os destinatários datarem e rubricarem o <u>Controlo da Distribuição de Documentos</u> . Os documentos entregues fisicamente são identificados com um carimbo "Cópia Controlada". As cópias não controladas não possuem qualquer tipo de identificação. No caso dos impressos coloca-los em circulação, explicando aos seus utilizadores a forma do seu preenchimento.	Ver 6.3	Mod 02

Nota: aquando a distribuição da nova versão dos documentos deve ser assegurada a remoção das cópias controladas dos documentos obsoletos e a sua destruição.

PROCEDIMENTO

Controlo de Documentos e Registos

6.3. Tabela de documentos de origem interna

Documentos	Elaboração	Verificação e Aprovação	Distribuição	Recolha e Arquivo do Original	Período de Arquivo do Original Obsoleto
Política da Qualidade	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos
Objectivos da Qualidade	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos
Manual Qualidade	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos
Organigrama	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos
Fichas de Funções	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos
Matriz de funções	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos
Mapa de processos	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos
Procedimentos	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos
Planos	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos
Impressos	GQ / AQ	GR	GQ / AQ	GQ / AQ	3 anos

- O site é gerido e controlado pela Gerência e Contabilidade em conjunto com os serviços prestados por empresa externa, sempre que necessário a sua actualização.

6.4. Alterações dos documentos

O registo das alterações aos documentos é feito no **Mod 01** – Controlo de Documentos Internos, sendo preenchido no campo previsto para alterações o teor das alterações efectuadas.

6.5. Codificação

A codificação de documentos é efectuada de acordo com a tabela:

Tipo	Código	^ espaço <	N.º sequencial por tipo de documento	> espaço ^	Revisão	N.º da Revisão	Exemplo
Política da Qualidade	PQ		NA		Rev.	#	PQ Rev.0
Objectivos da Qualidade	OQ		NA		Rev.	#	OQ Rev.0
Manual da Qualidade	MQ		NA		Rev.	#	MQ Rev.0
Fichas de Função	FF		##		Rev.	#	FF 16 Rev.0
Matriz de Funções	MF		NA		Rev.	#	MF Rev.0
Organigrama Funcional	OF		NA		Rev.	#	OF Rev.0
Organigrama Nominal	ON		NA		Rev.	#	ON Rev.0
Mapas de Processo	MP		##		Rev.	#	MP 01 Rev.0
Procedimentos	PR		##		Rev.	#	PR 04 Rev.0
Planos	PL		##		Rev.	#	PL 05 Rev.0
Impressos	Mod		##		Rev.	#	Mod 15 Rev.0

PROCEDIMENTO

Controlo de Documentos e Registos

6.5. Documentos Externos

6.5.1. Metodologia de controlo de documentos externos

O controlo dos documentos de origem externa está definido no **Mod 03** sendo da responsabilidade do GQ/AQ a sua adequação e actualização.

Todos os documentos de origem externa são controlados da mesma forma, i.e., os registos externos como certificados de calibração, boletins de ensaio, etc., são controlados, internamente, da mesma forma que os documentos externos (legislação, normas, etc.) conforme mostra a Tabela seguinte.

Tipo (exemplos)	Controlo	Executa	Arquivo Suporte Papel	Arquivo Suporte Informático
Documentos: - Legislação - Normas - Fichas Técnicas - Fichas de dados Segurança - Manuais de Equipamentos ...	a) Efectuar a triagem da documentação externa e controlá-la no Mod 03. b) Colocar no documento um carimbo para identificação da documentação de origem externa. c) Registar o seu controlo no Mod 03.	GQ / AQ	Conforme definido no Mod 03 até se tornar obsoleto o qual podem ser arquivados no Dossier de Documentos Externos Obsoletos.	Computador <SANTRON / Recepção>
Registos: Certificados Boletins de Ensaio ...	d) Distribuir as cópias, caso necessário, no Mod 03. e) Verificar periodicamente, (diária / mensal), a actualização dos documentos através da consulta dos sites (www.dre.pt , www.legix.pt , www.ipq.pt , www.ond.pt , Entidade Reguladora da Saúde), fornecedores, etc. O resultado das consultas será evidenciado nas reuniões da qualidade.			
	f) Arquivar o documento original na Gestão da Qualidade.			

O arquivo e conservação das cópias dos documentos de origem externa, distribuídos em suporte papel e suporte informático são da responsabilidade de quem as detém.

Carimbo para Identificação da Documentação de Origem Externa

Doc. Externo n.º: _____ ____/____/____ GQ: _____
--

PROCEDIMENTO

Controlo de Documentos e Registos

O controlo da documentação de origem **externa obsoleta** é efectuado no **Mod 03**.

No original é colocado o carimbo “Obsoleto” e arquivado, se necessário, na GQ. As cópias são recolhidas e destruídas (rasgando-as e deitando-as no lixo) pelo GQ.

6.6. Controlo dos Dados Informáticos

6.6.1. **Conservação dos dados informáticos**

O Quadro seguinte apresenta os computadores existentes na empresa e o modo de conservação dos dados de cada um deles. Os computadores estão ligados em rede.

Computador	Responsável	Função	Departamento / Local	Informação Backup	Suporte Backup	Periodicidade Backup
SANTRON	Sandra Monteiro	Assistente	Recepção	Software de gestão Novigest	- Pasta backup total	<u>Automático</u> (pasta backup total): Diário, 4ª feiras e sábados; <u>Disco externo e Pen</u> : Semanal
				SGQ (office)	- Disco externo - Pen	
MSI (portátil)	Sofia Tavares	Médica Dentista	Consultório Médico	Software de gestão Novigest	- Pasta backup total	<u>Automático</u> (pasta backup total): Diário, 4ª feiras e sábados; <u>Disco externo e Pen</u> : Semanal
				SGQ (office)	- Disco externo - Pen	

As cópias de segurança são guardadas no cofre da empresa no Gabinete da Gerência.

Os computadores estão todos protegidos contra ataques de vírus pelo software antivírus nele instalado (AVG). A actualização do antivírus é efectuada automaticamente.

6.7. Metodologia de Controlo dos Registos

O controlo dos registos da qualidade em suporte papel e suporte informático está definido no **Mod 04** sendo da responsabilidade do GQ em conjunto com o GP detentor, a sua identificação, armazenagem, protecção, recuperação, tempo de retenção e eliminação.

Terminado o tempo de arquivo definido no **Mod 04**, os registos podem ser fisicamente eliminados. No entanto, os responsáveis deverão autorizar a sua destruição ou, sempre que possível, o reaproveitamento de papel, dos referidos registos, podendo alguns registos permanecer em arquivo, para além dos períodos indicados, por imposições de natureza legal ou contratual.

Os registos devem ser mantidos em perfeito estado sendo a sua preservação e manutenção da responsabilidade do GP detentor do registo.

Quando contratualmente estabelecido, os clientes podem também ter acesso aos registos desde que devidamente autorizado pela GR.

7. Documentos Associados

Mod 01 – Controlo de Documentos Internos

Mod 02 – Controlo da Distribuição de Documentos

Mod 03 – Controlo de Documentos Externos

PROCEDIMENTO

Controlo de Documentos e Registos

Mod 04 - Controlo de Registos

6.2. ANEXO 2

EXEMPLOS DE IMPRESSOS

MEMORANDO DE REUNIÃO

Reunião de _____, Data: ____ / ____ / ____

Horas: Planeada: ____ h ____ Início: ____ h ____ Fim ____ h ____

Presenças:

Nome	Função	Assinatura

Agenda:

--

Assuntos tratados:

--

Documentos em anexo:

--

Próxima reunião:

Presenças:

Plano de Acção:

N.º	Acção	Responsável	Prazo previsto	Prazo realizado

O Secretário da Reunião: _____

6.3. ANEXO 3

MACROPROCESSO 3 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS

P 03 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS

RESP. DO PROCESSO:

Sofia Tavares

Pág. 1/1

OBJECTIVO: Prestar os serviços clínicos, de acordo com as Normas de Conduta Internas e com o Código Deontológico da especialidade em causa, de forma a satisfazer os requisitos do paciente e os requisitos legais e regulamentares aplicáveis, com o intuito de fidelizar o paciente e rentabilizar o negócio.

ÂMBITO: Todo e qualquer serviço prestado na Clínica.

GESTOR DO PROCESSO:

Sandra Monteiro / Libânia Pais

DESCRIÇÃO DE ACTIVIDADES

Act	Resp	Descrição
1	AT	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar o pedido do paciente (informação, ou registo de nova(s) consulta(s)) no software de gestão para a especialidade solicitada, tendo em especial atenção os requisitos de data/hora da consulta, tipo de intervenção a efectuar e a tabela de preços praticada. O pedido pode ser efectuado pessoalmente, por telefone, via web-site, ou por e-mail.. - Clarificar e/ou informar o paciente, sempre que no serviço a prestar, seja necessário efectuar um tipo de tratamento com determinadas especificidades, diferentes do habitual e caso necessário, elaborar orçamento. - No caso de novo paciente, solicitar a informação necessária (dados pessoais e anamnese) para abrir o Mod. 09, tendo em atenção a preservação e confidencialidade dos dados, referido nas Normas de Conduta Internas.. - Caso seja solicitado um serviço não disponibilizado, registar e informar a GR e/ou DC para verificar a possibilidade/necessidade de desenvolver/criar um novo serviço, comunicando esse facto ao paciente.
2	AT	<ul style="list-style-type: none"> - Recepcionar o paciente disponibilizando a informação solicitada, tendo sempre em atenção as boas práticas de comunicação e atendimento e as Normas de Conduta Internas. - Atender o paciente na data/hora acordada respeitando as Normas de Conduta Internas, salvo excepções que deverão ser previamente comunicadas ao paciente. - Verificar e confirmar todos os dados do paciente registados no software de gestão bem como os dados constantes do Mod. 09, no sentido de adequar o tipo e a forma do serviço a prestar. São dados obrigatórios e a não esquecer, o número de telemóvel e o e-mail do (s) paciente (s). - Sempre que necessário e/ou solicitado, elaborar o orçamento ao paciente indicando que o serviço só será prestado mediante adjudicação do mesmo. Sempre que o médico especialista considerar pertinente deve ser solicitado ao paciente a leitura/assinatura do Mod 17.
3	MD/PD/NC	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar o serviço ao paciente para a especialidade solicitada tendo em conta as Normas de Conduta Internas, o Código Deontológico da actividade exercida e o Procedimento PR. 07. - Informar o paciente sobre o Plano de Tratamento a ser realizado e, caso necessário, solicitar à AT a elaboração de orçamento. - Marcar, se necessário, próxima consulta. - Facturar o serviço ao paciente conforme definido nos procedimentos contabilísticos. - Registrar no Mod. 09 e no software de gestão os trabalhos realizados na consulta.
4	AT	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar e arquivar a informação contabilística resultante do serviço prestado. - Organizar e arquivar a documentação resultante do serviço prestado (ficha do paciente e outra documentação afecta ao paciente). - Acompanhar os serviços de cedência de instalações (Mod 20).
5	GR/AT/AQ/DC	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar, anualmente, aos pacientes o preenchimento dos inquéritos de satisfação de pacientes. - Disponibilizar ao paciente o Mod 35. Recolher semestralmente e entregar os resultados à AQ para tratamento. - Aceitar as reclamações dos pacientes e informar, de imediato, a GR e AQ. - Corrigir qualquer situação anómala com o paciente e / ou médico. Registrar a ocorrência e entregar à AQ/GQ para tratamento. - Acompanhar os resultados do processo para entregar ao GQ/AQ.

- NOTA:
Propriedade do cliente / Protecção de dados pessoais:

Em suporte informático, a protecção dos dados é efectuada pelo próprio software, através da definição do perfil de utilizador.

Em suporte papel, a protecção e confidencialidade dos dados de cada Paciente está expressa nas Normas de Conduta Internas.

ENQUADRAMENTO DO PROCESSO

Entradas:

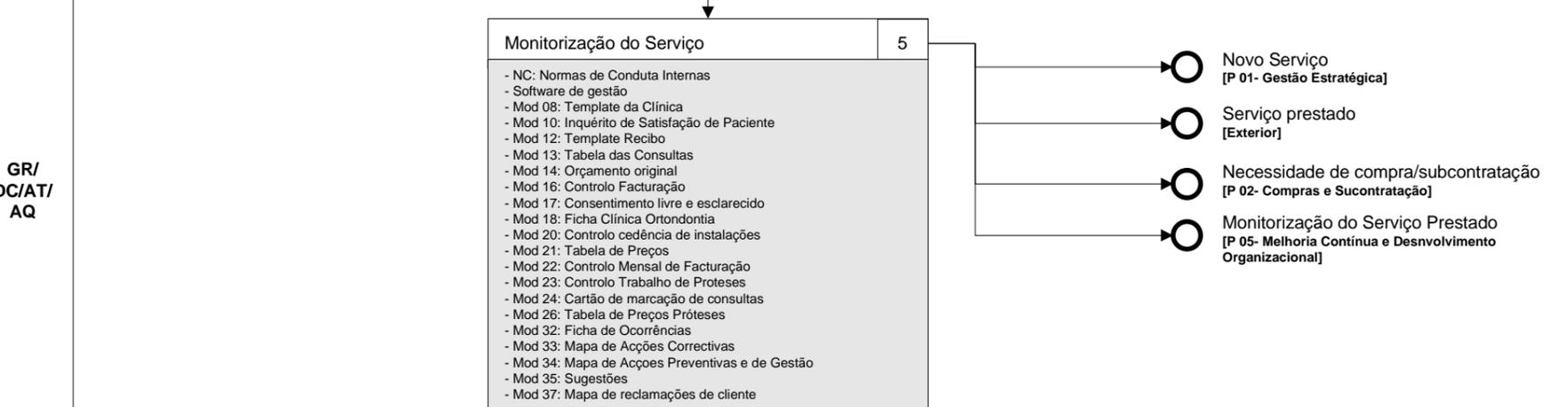
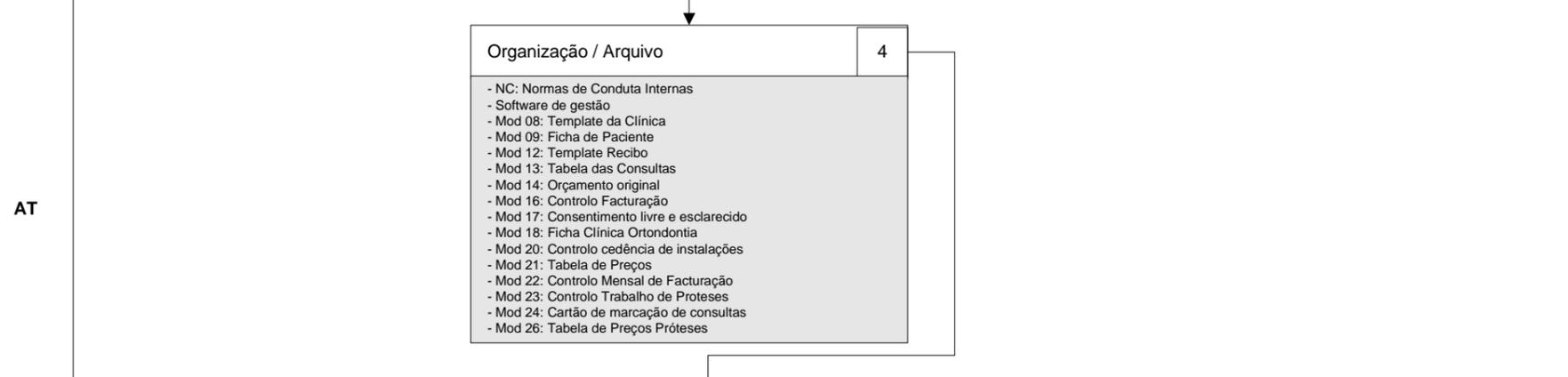
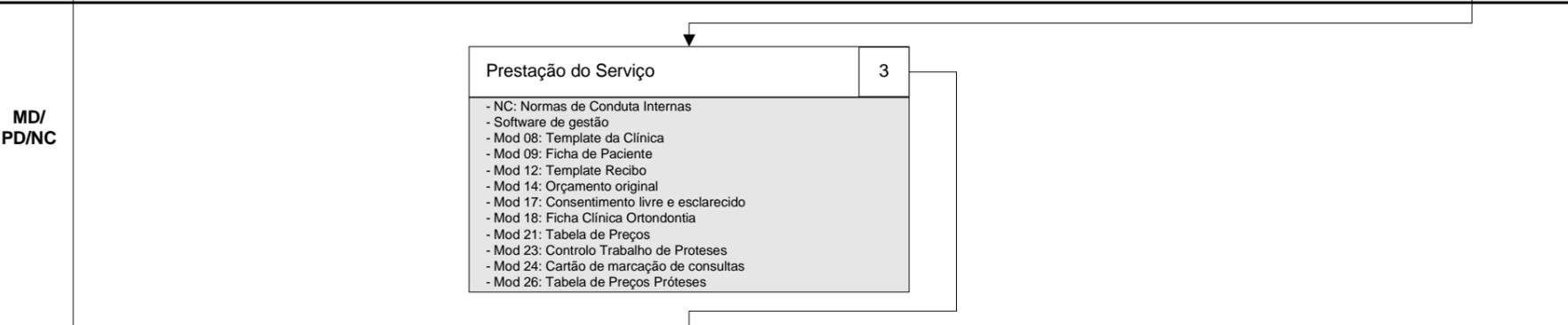
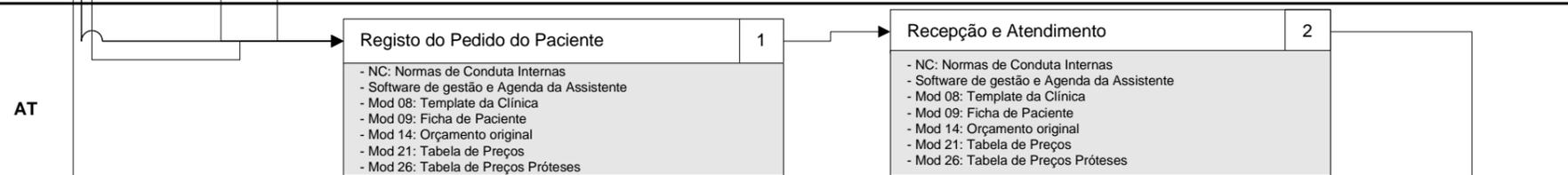
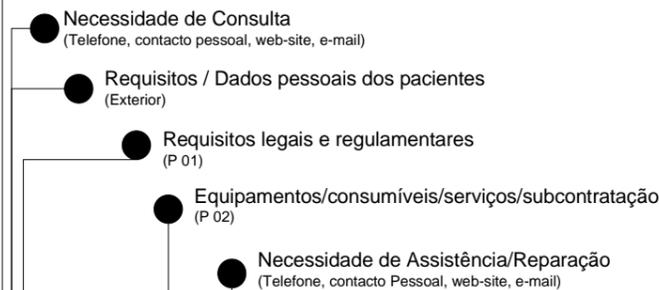
- Política e Objectivos da Qualidade
- Estruturas documental, funcional e processual
- Requisitos legais e regulamentares
- Comunicação interna
- Recursos humanos e infraestruturas adequadas
- Equipamentos/consumíveis/serviços e subcontratação
- Requisitos dos pacientes

Fornecedor das Entradas:

- a, b, c, d) P 01
- e) P 04
- f) P 02
- g) Exterior

Saídas:

- Serviço prestado ao paciente
 - Necessidade de compra/subcontratação
 - Opinião do paciente (inquéritos, sugestões, reclamações)
 - Sugestões de melhoria para o SGQ
 - Ocorrências (NC's)
 - Dados de indicadores de processos
 - Necessidade de recursos
- Clientes das Saídas:**
- Exterior
 - P 02
 - c, d, e, f) P 05
 - P 04



GR- Gerência; GQ- Gestão da Qualidade; DA- Departamento Administrativo; RA- Recepção e Atendimento; CP- Compras; DF- Departamento Financeiro; CT- Contabilidade e Processamento de Salários; SR- Recursos Humanos; DC- Direcção Clínica; MD- Medicina Dentária; PD- Podologia; NC- Nutrição Clínica; SGQ- Sistema de Gestão da Qualidade; AQ- Acessor(a) Qualidade; AT - Assistente

6.4. ANEXO 4

MOD. 10.REV.0 – INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO AOS PACIENTES – AJUDE-NOS A MELHORAR – *PELO SEU BEM ESTAR!!!*

Período em Análise: _____

Instruções: Assinale com uma cruz a resposta que pretende:

Escala: 1 – MAU; 2 – MEDÍOCRE; 3 – SUFICIENTE; 4 – BOM; 5 – MUITO BOM

1. Corpo Clínico

a) Médicos Dentistas / Nutricionista / Podologista

Profissionalismo	1	2	3	4	5
Assiduidade nas Consultas	1	2	3	4	5
Capacidade de Resolução de Problemas/Dúvidas	1	2	3	4	5
Pontualidade nas Consultas	1	2	3	4	5
Simpatia	1	2	3	4	5

d) Assistente – Sandra Monteiro

Profissionalismo	1	2	3	4	5
Capacidade de Resolução de Problemas/Dúvidas	1	2	3	4	5
Simpatia	1	2	3	4	5

2. Infraestruturas da Clínica

Apresentação Geral da Clínica	1	2	3	4	5
Conforto da Sala de Espera	1	2	3	4	5
Conforto dos vários Gabinetes Médicos	1	2	3	4	5
Limpeza/Asseio das Inst. Sanitárias	1	2	3	4	5

3. Outros Aspectos

a. Recomendaria a Clínica Médico-Dentária de Lourosa a um seu Familiar ou Amigo?

Sim____, Não____

Se Não, Qual o Motivo?

b)

Tempo de Espera na "Sala de Espera"	1	2	3	4	5
-------------------------------------	---	---	---	---	---

4. Sugestões / Aspectos que gostaria ver Melhorados

FICAMOS GRATOS PELO SEU CONTRIBUTO!