



Universidade do Minho

Escola de Economia e

Gestão

Hugo Miguel Silva e Couto

**Benchmarking na
Gestão de Unidades
de Saúde: Estudo de
Caso na Fisioterapia
do Serviço de
Medicina Física e
Reabilitação do
Hospital de Braga**

Abril, 2013



Universidade do Minho

Escola de Economia e

Gestão

Hugo Miguel Silva e Couto

**Benchmarking na
Gestão de Unidades
de Saúde: Estudo de
Caso na Fisioterapia
do Serviço de
Medicina Física e
Reabilitação do
Hospital de Braga**

Trabalho de Projeto

Mestrado de Gestão de

Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a

orientação do

Doutor António

Joaquim Araújo de

Azevedo

Abril, 2013

DECLARAÇÃO

Nome: Hugo Miguel Silva e Couto

Endereço electrónico: hugomiguelba@hotmail.com

Número do Bilhete de Identidade: 12837094

Título tese: Benchmarking na gestão de unidades de saúde: Relevância, aplicabilidade e construção de um modelo de Benchmarking para o serviço de Fisioterapia de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga.

Orientador: Dr. António Azevedo

Ano de conclusão: 2013

Designação do Mestrado: Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, __/__/____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Ao Professor António Azevedo por estar sempre presente com sugestões e correções nas fases mais importantes da execução da tese.

Agradeço a disponibilidade, atenção e confiança atribuídas pela Dra. Fátima Pereira e Fisioterapeuta Ana Cabral que sempre me apoiaram na realização deste trabalho. Sem o apoio e espírito aberto seria impossível prosseguir na construção da tese.

Agradeço ao apoio constante da Tânia, Longras, Tiago e Margarida por me auxiliarem com ideias e motivação para conclusão do trabalho.

Agradeço à Dra. Aline Vasconcelos pelos esforços na aprovação dos questionários.

Agradeço a todos os colaboradores que participaram no questionário, dando mais valor ao trabalho e pela satisfação sentida, resultado do feedback que me foi proporcionado.

Agradeço ainda a minha família e amigos pelo apoio constante.

Resumo

O trabalho realizado aborda a temática do Benchmarking em Gestão de Unidades de Saúde, a criação de um modelo de Benchmarking e indicadores não clínicos para a Fisioterapia do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga.

Um modelo de Benchmarking adota várias fases que integram passos específicos que estruturam o processo, tornando-o uma ferramenta poderosa na análise comparativa e de melhoria contínua.

De acordo com a proposta apresentada, foi construído um modelo de Benchmarking específico para o serviço, focando os esforços na análise de indicadores e medidas para possibilitar a medição do sucesso dos processos determinados pela gestão inerentes ao funcionamento do serviço.

Esta abordagem premiou a análise do impacto dos processos determinados pela gestão do serviço no Acesso e Equidade do utente do SNS no serviço de Fisioterapia de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga.

Os indicadores foram submetidos a aprovação por parte dos Fisiatras e Fisioterapeutas do serviço de Medicina Física e Reabilitação, sendo validados e apresentados para futuras considerações

Realizou-se uma análise do investimento na implementação do modelo construído.

Como conclusão a ferramenta do Benchmarking na saúde poderá abordar indicadores de processo não clínicos. Existe potencial para a recolha de dados e utilidade dos indicadores, como a criação de outros adaptados à realidade dos parceiros no Benchmarking. A ferramenta do Benchmarking nos moldes em que foi proposta é útil e poderá ser potenciadora de melhoria de performance, criação e reforço de laços entre instituições que de outra forma não se desenvolveriam.

ABSTRACT

This present study embraces the theme of Healthcare Management Benchmarking (HMB) in which a specifically constructed model and indicators are proposed for a Physiotherapy Healthcare Unit within the service of Physical Medicine and Rehabilitation of the Braga Hospital

The development of a Benchmarking Model has several phases and incorporates specific steps during its structural process, making it a powerful tool for comparative analysis and continuous improvement.

The goal of this study is to construct a Benchmarking model for this specific unit, focusing on the analysis of indicators and measurement methodology. The information provided by these indicators and methodology will permit the management players to make decisions that are inherent to the functioning of the workplace.

This approach will therefore assess the impact of specific processes made by the management players regarding the Access and Equity of patients within the National Health Service, specifically in the Physiotherapy unit of the MFR department of Braga Hospital.

The indicators created were submitted for approval by the Physicians and Physiotherapists of the Physical Medicine and Rehabilitation and they were validated and presented for further considerations.

An investment analysis was made, proposing the implementation of this model in this specific unit.

As a conclusion, we believe that HMB can be used to approach process non-clinic process indicators. In this model we potentiate data gathering and useful indicators in order to compare unit processes. Therefore, the proposed Benchmarking tool has a possible application to potentiate the improvement of performance and create or reinforce ties between Healthcare Institutions.

ÍNDICE

Índice de ilustrações	viii
Índice de tabelas	ix
Lista de siglas e abreviaturas	x
Introdução	1
1. Análise da envolvente externa	4
1.1. Espiral descendente	4
1.2. Estado social	4
1.3. Parcerias Público-Privadas	5
1.4. Consequências da crise na saúde	5
1.5. Saúde e a Troika.....	6
1.6. Memorando de Entendimento com a Troika.....	7
1.7. O Benchmarking e a racionalização	10
2. Fundamentos teóricos	11
2.1 Benchmarking: (História e Definição).....	11
2.2 Mudança de estratégia	16
2.3 Eficiência vs. Eficácia	18
2.3.1 Comportamento da gestão	18
2.3.2 Alteração do Ambiente Físico.....	19
2.4 Performance	20
3. Descrição da fisioterapia do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga	22
4. Circuito de utente e admissão no serviço de MFR	24
4.1. Regime Ambulatório:	25
4.2 Regime Internamento:	26
4.3 Mudança de serviço	28
4.4 Fim de sessões de tratamento.	29
4.5 Fim de sessões em regime ambulatório	29
4.6 Credencial de transporte:	30
5. Principais etapas causadoras de ineficiência do circuito em termos de atraso de acesso do utente ao serviço de MFR.	31
6. Criação do modelo de benchmarking:	32

6.1 Benchmarking clínico: Escala MIF	33
6.2 Benchmarking a partir de indicadores não clínicos.....	33
6.3. Modelo Xerox, Anand e Kodali (2008)	34
6.4 O Modelo de Benchmarking construído para a Fisioterapia do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga:	40
7. Criação dos indicadores para o benchmarking	56
7.1 Critérios de aprovação de indicadores.....	56
7.2 Mapa estratégico para Fisioterapia do serviço de Medicina Física e Reabilitação	58
8. Validação dos indicadores	59
8.1 Indicadores validados para a fisioterapia do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga.....	64
8.2 Dimensão dos Indicadores e Indicadores – Descrição	68
9. Objetivos operacionais	82
10. Calendarização	91
11. Conclusão	93
12. Bibliografia.....	97
13. Anexos.....	103

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Factores influentes na Performance (elaboração própria).....	21
Ilustração 2 - Percurso do utente para acesso ao tratamento de Fisioterapia, Hopsital de Braga.....	24
Ilustração 3 - Acesso a tratamento de Fisioterapia, Consultas	25
Ilustração 4 - Definição prioridade e atribuição de horário, regime ambulatorio	26
Ilustração 5 - Definição do local de tratamento, regime internamento	27
Ilustração 6 - Acesso ao Tratamento do Utente do foro ortopédico pós-cirúrgico.....	27
Ilustração 7 - Percurso do utente após final de sessões de tratamento	29
Ilustração 8 - Modelo de Benchmarking Xerox segundo Anand e Kodali (2008).....	35
Ilustração 9 - Benchmarking de 12 fases Anand e Kodali (2008) Erro! Marcador não definido.	
Ilustração 10 - 12 fases do modelo proposto por Anand e Kodali. (2008).....	Erro!
Marcador não definido.	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Passos comuns encontrados em variados modelos de Benchmarking, Anand e Kodali (2008).....	36
Tabela 2 - Os passos considerados "boas-práticas", Anand e Kodali (2008).....	37
Tabela 3 - Modelo de Benchmarking proposto para a Fisioterapia do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga.....	40
Tabela 4 – Critérios pelos quais foram criados os indicadores, adaptado de Veillard et al. (2010).....	56
Tabela 5 - Dimensões e Subdimensões dos Indicadores, adaptado de Veillard et al. (2010)	57
Tabela 6 - Resposta aos questionários pelos colaboradores (Fisiatras e Fisioterapeutas) do Hospital de Braga	61
Tabela 7 - Tabela de Critério de Aprovação de Indicadores	62
Tabela 8 - Indicadores apresentados aos colaboradores e validados pelos mesmos	64
Tabela 9 - Objetivo 1	82
Tabela 10 - Objetivo 2	83
Tabela 11 - Objetivo 3	84
Tabela 12 - Objetivo 4	84
Tabela 13 - Objetivo 5	85
Tabela 14 - Objetivo 6	86
Tabela 15 - Objetivo 7	87
Tabela 16 - Objetivo 8	87
Tabela 17 - Objetivo 9	88
Tabela 18 - Objetivo 10	89
Tabela 19 - Objetivo 11	89
Tabela 20 - Objetivo 12	90
Tabela 21 - Calendarização	91

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BUS – Benchmarking em Unidades de Saúde

CT – Credencial de Transporte

FIM – Functional Independence Measurement

HB – Hospital de Braga

MdE – Memorando de Entendimento

MFR- Medicina Física e Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

NOC – Normas de Orientação Clínica

PPP- Parceria Público Privada

SNS- Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

Com este trabalho, a partir de um Estudo de Caso objetivou – se construir um modelo de Benchmarking baseado em indicadores para o serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Grupo Mello Saúde. O Hospital de Braga define-se sendo um hospital de gestão privada sendo classificado por Parceria Público Privada ou simplesmente nomeada de “PPP”, o que a leva a ser submetida a um rigoroso plano de gestão de contenção de recursos financeiros que lhe permita fornecer cuidados de saúde de qualidade excepcional e ser uma entidade economicamente rentável. Para tal é necessário existir uma cumplicidade entre todos os elementos chave dentro da hierarquia entre todos os patamares de atuação, sejam eles Estratégicos, Táticos ou Operacionais. O modelo de Benchmarking criado neste trabalho surge como uma ferramenta que abrange os aspetos operacionais que perspectivará a otimização do aproveitamento recursos financeiros, que auxiliará a tomada de decisões através de um elo transversal entre todos os patamares hierárquicos, interligando os objetivos de todos os elementos chaves da instituição tendo em vista uma visão e estratégia.

Naturalmente um hospital ou Grupo de Saúde possui uma visão e estratégia que é transversal a todos os serviços, no entanto, a criação de diferentes protocolos para diferentes serviços contratualmente definidos com o Estado Português proporciona diferentes mentalidades de gestão estratégica para as unidades pertencentes à comunidade hospitalar de uma Parceria Público Privada. As suas necessidades, objetivos definidos, medidas aplicadas, iniciativas e informação estratégica são inquestionavelmente individuais para cada serviço. Desta forma apresenta-se pertinentemente a criação de indicadores para um Modelo de Benchmarking para a Fisioterapia do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga.

Após revisão de conceitos de missão, valores, visão, estratégia e recolha de informação através de revisão bibliográfica e entrevistas com os informadores chave foram estabelecidos os parâmetros para a criação do modelo de Benchmarking nomeadamente, indicadores, e aprendizagem. Definiu-se a sua forma de aplicação e sua pertinência e relevância para otimização do serviço. Foram definidas ainda as consequências do atingimento de metas e o não cumprimento de objetivos propostos. Criaram – se

questionário de consenso sobre os parâmetros a considerar para cada dimensão do modelo de Benchmarking com os colaboradores do serviço. Será proposta uma relação causa efeito entre ativação de processos de gestão do serviço e sua influência nos inputs, outputs não clínicos e nos outcomes clínicos, satisfação do utente, colaboradores e consequente peso na realização de objetivos propostos pelos indicadores estabelecidos.

O Benchmarking é uma ferramenta que atinge presentemente o seu estado de maturação. Inicialmente tratava-se de uma ferramenta que apostava apenas nas considerações quantitativas e comparações exclusivamente a seu efeito quantificáveis. No presente e atingindo um nível de maturação natural após anos de aplicação e desenvolvimento reflete uma visão consideravelmente mais holística, nomeadamente na sua abordagem não apenas a entradas e saídas, mas considerando a inegável relevância dos outcomes e processos intrínsecos ao desenvolvimento das ativações empresariais. Neste trabalho o foco do benchmarking será nos processos de gestão. Serão consideradas formas de obtenção dos inputs outputs e consequentes outcomes dos processos realizados no serviço sua interpretação e comparação dos valores quantificáveis através de métodos pré existentes, de seguida e considerando os mais relevantes parâmetros de avaliação dos processos de gestão será criado um modelo de benchmarking que incorpore os passos mais adequados para a realização do mesmo.

Foi construído um modelo de benchmarking adequado à Fisioterapia do serviço de Medicina Física e de Reabilitação que permita realizar comparações significativas com vista a aprimoramento dos serviços com outros serviços equivalentes sejam eles internos ao Grupo Mello Saúde ou Externos.

Através do Benchmarking será possível criar pontes comparativas entre os serviços e como os processos de gestão pesam sobre o cumprimento ou não dos objetivos e sua influência em situações de boas práticas e aumentar o Acesso e Equidade à Fisioterapia da Medicina Física e Reabilitação.

O modelo de Benchmarking proposto demonstrou ser adequado para o serviço de MFR. Considera as particularidades do serviço, e respeita o que será considerado a realizar o benchmarking: Os processos ativados pela gestão.

Abre-se a possibilidade de avaliar a eficácia e eficiência dos processos de gestão monitorizando os valores obtidos por diferentes entidades nos benchmarks. Sendo assim

é uma ferramenta extramente útil para em parcerias otimizar performances a partir do nível operacional, tático e estratégico.

O trabalho está dividido em 3 partes, a primeira consiste numa demonstração suportada bibliograficamente da relevância e aplicabilidade do Benchmarking na saúde e sua importância na otimização da performance de unidades de saúde quando corretamente aplicada no contexto específico. Irão ser expostos casos e estudos da sua aplicação e os resultados práticos obtidos como resultados expetados da sua aplicação e a metodologia que poderá ser usada para uma futura aplicação.

Na 2ª parte do trabalho será feita a descrição simplificada da Fisioterapia do Hospital de Braga e o circuito que o utente realiza para aceder ao tratamento na área de Fisioterapia.

Na 3ª parte será criado um modelo a partir da experiência recolhida no serviço de MFR do Hospital de Braga e com vista a sua aplicação dentro do Grupo Mello Saúde ou outros parceiros com investimento na mudança e evolução da performance.

1. ANÁLISE DA ENVOLVENTE EXTERNA

1.1.Espiral descendente

Dois Mil e Treze, Portugal atravessa uma das crises financeiras económicas e sociais mais graves da sua história. São inegáveis as dificuldades que o sector empresarial privado está a ultrapassar tanto como as dificuldades que o sector público possui em cumprir os acordos financeiros com os quais se comprometeu, segundo o Eurostat 2009, Portugal só não cresceu menos do que a Itália e o Haiti na última década.

A crise que se vive neste período pode ser resumida na incapacidade do País em pagar os tais compromissos financeiros que levam à redução de sua credibilidade nos mercados europeus e elevam a espiral negativa económica e evidentemente os prejuízos se reflectirão em toda a economia. O poder de compra diminui, o país não produz para o consumo interno, as empresas entram em falência e o desemprego aumenta e o Estado é obrigado a provocar uma avalanche de aumentos de impostos.

1.2.Estado social

Não existindo crescimento económico aumenta a percentagem dos gastos sociais no PIB, sendo obrigatoriamente impossível suportar a longo prazo a falta de crescimento económico com a manutenção do apoio social existente no presente, ao mesmo tempo é de ressaltar que não há crescimento económico sem um cenário social cativante. Segundo o relatório Primavera 2012, deve-se combater:

- Pouco apego ao conhecimento;
- Limitado espírito empreendedor nos sectores económico e social;
- Baixo nível de capital social;
- Enraizados dispositivos de captura do bem público por interesses particulares;
- Redes de troca de favores em detrimento da promoção do mérito;

Sem a resolução destes problemas, instaura-se a incapacidade de luta em duas frentes, sendo portanto impossível combater uma crise que afeta todas as áreas da sociedade.

1.3.Parcerias Público-Privadas

O ciclo vicioso instaura-se e obviamente a saúde é afetada e como consequência, surgem retirando responsabilidades e aumentando a competitividade no fornecimento de cuidados de saúde, as Parcerias Público Privadas.

Uma crise digna do seu nome como a que vivemos afeta portanto obrigatoriamente o Sistema Nacional de Saúde.

Portugal, Grécia e Irlanda apresentaram recentemente uma incapacidade de refinanciar as suas dívidas o que lhes obrigou a pedir financiamento externo e extraordinário na União Europeia, Banco Central Europeu, e do Fundo Monetário Internacional. Para tal financiamento ocorrer estes países tiveram que se subjugar a um conjunto de medida conjunturais e estruturais definidos pela “Troika”.

Em Portugal não existe um pedido de reforma do sistema de saúde, no entanto existe o surgimento de medidas que promovam a eficiência do sistema baseado em racionalizações. Estamos a falar de um problema sistémico que se foram agravando pela resposta tardia e insuficiente pelas instituições europeias que levaram a instalar medidas de austeridade brutais e repentinas.

Contrariamente a estas medidas está provado historicamente, segundo o relatório Primavera 2012 que para combater os efeitos da crise deve-se tomar uma ativa promoção de políticas de aumento de empregabilidade e manutenção do acesso à saúde.

1.4.Consequências da crise na saúde

Os efeitos da crise na saúde alcançam vários parâmetros e surgem no aumento de casos de depressão, redução da autoestima e em casos mais graves comportamentos suicidas. (Khang, Lynch e Kaplan 2005). Ao invés pode surgir como consequência da crise a redução dos acidentes de automóvel, reduzindo sinistralidade associada.

Segundo a WorldHealthOrganization em 2011, devem ser tomadas medidas de proteção à saúde mental das populações adequadas como:

- Mais proteção social;
- Políticas ativas de emprego;
- Suporte familiar;

- Respostas ao endividamento;
- Políticas relativas ao alcoolismo.

1.5.Saúde e a Troika

A Irlanda vive num prisma um pouco diferente, segundo o relatório Primavera 2012, autores estudaram a relação entre crise económica e saúde e basearam-se no conceito de resiliência:

Resiliência Protetora: Numa primeira fase, o país tenta proteger o sector de saúde dos cortes implementados transversalmente em todos sectores.

Resiliência Adaptativa: Na segunda fase, com intervenção da Troika, a Irlanda não consegue excluir o sector da saúde de cortes. Obtêm-se resultados a nível da eficiência, no entanto os cortes começam a afetar a resposta dos serviços.

Resiliência Transformadora:

Há um aproveitamento da crise para modificar o sistema, e tentativa de reformar o sistema.

Através deste exemplo é observável que o sistema nacional de saúde não está imune a cortes orçamentais, eles dependem portanto, da intensidade da crise, da qualidade inicial das respostas e dos resultados obtidos em áreas que não afetam o estatuto social de uma sociedade. Podemos considerar como possível a futura atuação da “tróica” na realização de cortes no sector da saúde, aumentando os receios de futura incapacidade de resposta dos serviços de saúde às necessidades previstas.

Com a aprovação do Memorando de Entendimento com a Troika surgem como consequências (Relatório Primavera 2012):

- Efeitos do empobrecimento, desemprego e endividamento sobre a saúde das pessoas;
- Pressão da diminuição do gasto público com a saúde sobre o funcionamento dos serviços de saúde;
- Impacto e diminuição das disponibilidades financeiras das famílias (menos rendimentos, maior custo de vida) e dos copagamentos nos serviços públicos de saúde (falsas taxas moderadoras).

Existe o consenso geral que a aplicação de várias medidas que fazem parte do Memorando de entendimento nas políticas públicas tenha consequências previsíveis na saúde, no entanto existe a pressão e justificação na aplicação das mesmas com base nos interesses financeiros, considerando mas não atuando sobre o sofrimento social causado.

Uma opção seria tomar decisões com base em análises antecipatórias que equilibrassem as pressões de natureza financeira e crescimento económico com as necessidades de proteção social e desenvolvimento humano.

Entre os três países sob o Memorando de Entendimento (MdE) com Troika, Portugal é o país com um sistema de saúde mais bem estruturado e pior financiado (gastos per capita em cuidados de saúde)

Também revela menor grau de racionalidade na utilização dos seus recursos financeiros, humanos e tecnológicos do que a Irlanda, e maior do que a Grécia

1.6.Memorando de Entendimento com a Troika

O programa de saúde no MdE em Portugal está centrado em medidas que promovem a contenção de custos e racionalização de curto prazo.

Medidas do Memorando de Entendimento com a Troika (Junho 2011):

Objetivos primários

-Estratégia de contenção e racionalização dos gastos

- Medicamento, farmácias e prescrição
- Hospitais – concentração; custos operacionais
- Transportes
- Recursos materiais e tecnológicos – gestão centralizada
- Recursos humanos – inventário; mobilidade
- Custo do sector privado- preços e concorrência
- Regularização das dívidas
- Controlo das horas extraordinárias

- Incremento das receitas

- Pagamentos no ato de prestação de cuidados de saúde (falsas taxas moderadoras)

-objetivos secundários: medidas avulsas

- Especialistas hospitalares nos centros de saúde
- Unidades de saúde familiar, modelo B
- Registo de saúde eletrónico

O processo de racionalização apresenta-se desta forma:

Racionalização I

-Divida do sector de saúde

- Lei dos compromissos e pagamentos em atraso;
- Programa de regularização de dívidas do SNS com o objetivo de baixar, de forma significativa, o stock da dívida e melhoria dos prazos de pagamento;
- Reforço do orçamento em 1,5 milhões de euros para pagar em 2012, cerca de metade da dívida acumulada.

-Administração pública

- Programa de racionalização da ocupação dos espaços e a reorganização do efetivo de dirigentes dos serviços públicos.

- Medicamentos e farmácia

- Prescrição por denominação comum internacional (DCI);
- Monitorização da prescrição de medicamentos;
- Programa do medicamento hospitalar;
- Alteração do sistema internacional para estabelecimento de preços;
- Alteração das margens de lucro das empresas distribuidoras e das farmácias;
- Aquisição centralizada de medicamentos;
- Revisão do sistema de comparticipação de medicamentos (em projeto);~
- Maior transparência (Centro de Conferências de Faturas)

- Processos informacionais

- Desmaterialização crescente de todos os processos administrativos das entidades prestadoras de cuidados;
- Obrigatoriedade de prescrição por meios eletrónicos em todo o tipo de receituário com comparticipação pública;
- Alargamento progressivo da prescrição por meios eletrónicos a todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

-Combate à fraude

- A implementação dos processos informacionais reduzirão a fraude, no entanto, observa-se um “sentimento de impunidade”.

Racionalização II

- Normas de orientação clínica (NOCs)

- Iniciou-se e expandiu-se, rapidamente, a elaboração e disseminação de NOCs para os cuidados de saúde, em colaboração com a Ordem dos Médicos.

- Trabalho técnico de apoio às reformas organizacionais

- Estão em funcionamento dispositivos técnicos, de carácter consultivo, que têm como missão a preparação e sujeição à discussão pública de propostas de desenvolvimento organizacional do SNS. Destacam-se:

Grupo técnico para a reforma Hospitalar;

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência;

Grupo de trabalho para a Carta Hospitalar (Entidade Reguladora da Saúde).

- Informação/publicitação sobre o desempenho dos serviços de saúde

O ministério, no cumprimento daquilo que ficou expresso no Programa do Governo, começou a disponibilizar, mensalmente, informação sobre a

produção/desempenho das instituições públicas de saúde (hospitais, centros de saúde e serviços).

1.7.0 Benchmarking e a racionalização

Perante este cenário de contenção financeira e de redução das muralhas sociais do utente, propõem – se, através da análise comparativa a partir do Benchmarking, otimizar a performance dos processos que influenciam diretamente ou indiretamente o aumento das listas de espera e aumento dos tempos de acesso do utente ao serviço de saúde em questão. Finalmente trará, além de um maior envolvimento dos profissionais no tema e aumento da preocupação no problema que é lançado, eficiência e eficácia nos processos que serão abordados, possuindo portanto, relevância social e financeira.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Benchmarking: (História e Definição)

Benchmarking refere-se a uma unidade métrica numa escala de avaliação. De uma perspetiva de gestão refere-se ao contínuo e sistemático processo de avaliação dos produtos, serviços e processos das organizações, que são considerados como as melhores práticas para o propósito de melhoria contínua organizacional (Talluri e Sarkis2001).

Existem várias definições de benchmarking: “Benchmarking é a procura para as melhores práticas que irão levar para performance excecional, através da implementação destas melhores práticas” (Camp 1989). A definição mais recente, refere benchmarking como o processo de identificar, perceber e adaptar práticas excecionais das organizações por todo o mundo, de forma a ajudar a organização a melhorar a sua performance. É uma atividade que procura pelas melhores práticas e alta performance, medindo as práticas atualmente usadas, comparativamente com os objetivos a alcançar (Kumaret al. 2006).

Analisando outras definições, benchmarking pode ser descrito como: a contínua análise de estratégias, funções, processos, produtos ou serviços, performance, etc. comparando internamente ou externamente com as organizações de topo, obtendo informação sobre o método apropriado de recolha de dados, com a intenção de obter a informação sobre o standardatual, de forma a atingir uma melhoria através da implementação de alterações que resultarão na obtenção do valor máximo ou mesmo excedendo o benchmark (G. Anand e Rambabu 2008).

Na saúde é definido por (Mosel D e Gift B 1994) como “Disciplina colaborativa e contínua de medição e comparação de resultados de processos chaves realizados pelos melhores *performers*. É aprender como adaptar estas melhores práticas, para atingir melhorias nos processos e criar comunidades mais saudáveis.”

Segundo uma pesquisa pela Fortune a 1000 Empresas, 65 por cento das organizações usam benchmarking como uma ferramenta de gestão para obter vantagem competitiva (KorpelaandTuominem 1996), de forma similar uma pesquisa feita pelo Chambre de Commerce et d’Industrie estima que 50 por cento de 1000 empresas usam

benchmarking regularmente e 80 por cento consideram-na como uma abordagem para a mudança (Maire et al. 2005).

Mais de 70 por cento dos gestores em todo o mundo admitiram usar o benchmarking nas suas empresas (Rigby 2001), em 1999 as 5 ferramentas mais populares pelos gestores em ordem decrescente eram: planeamento estratégico, missão e visão, benchmarking, medição de satisfação do consumidor e competências nucleares.

A técnica do benchmarking foi originalmente criada pelos membros da indústria japonesa e depois difundida através dos círculos da indústria competitiva internacional.

O benchmarking foi tornado popular pela Xerox nos anos 80 e foi uma ferramenta bem-sucedida para competir e readquirir “market share” perante os seus competidores internacionais (Camp 1995). Rigby (2001) associou a sua utilização com melhores resultados financeiros, otimização da performance e performance comercial (Voss e Blakmonm 1997).

O benchmarking tende a ser extremamente competitivo ou extremamente colaborativo quando os parceiros são realmente interdependentes. Existem vários tipos de Benchmarking e várias interpretações na literatura. G. Anand e Rambabu(2008) simplificaram a classificação de Benchmarking interno ou externo considerando que o sujeito da análise será um produto, um processo, uma função, estratégia, performance ou um standard. No seu estudo analisaram variadíssimos modelos desde o mítico método Xerox de 10 passos (Camp 1989) para modelos mais recentes. Encontraram 71 passos e através de uma análise ABC descobriram os melhores passos, realizando assim um benchmarking de modelos de benchmarking. Propuseram um modelo de 12 fases com 54 passos.

O benchmarking é um dos métodos usados em meio hospitalar para melhorar a gestão das operações. Os fatores de sucesso são: projeto bem definido, seleção de um parceiro baseado em critérios claros, envolvimento dos acionistas, indicadores simples e bem estruturados, análise do processo e os seus resultados, adaptar o método considerado superior segundo os moldes da estrutura definida.

O processo de benchmarking e os seus fatores de sucesso podem produzir inputs relevantes para melhorar a gestão de operações de hospitais de especialidade (Lentet al. 2010). O benchmarking, às vezes confundido com a cópia leva mais rapidamente o utilizador a inovar do que simplesmente copiar, a metodologia do benchmarking é

baseado no Plan, Do, Check ,Act, também conhecido pelo “Demingcycle”, um ciclo de melhoria standard continuo de 4 fases. O benchmarking deve ser estudado tendo em conta os métodos de programação matemática, quanto estes estão associados as técnicas de estatísticas, que permitem obter decisões com base nos resultados. (Barr e Seiford1994)

Tradicionalmente o Benchmarking é realizado na fase output de uma organização. No entanto deve ser realizado no input, na fase do processo, este possui os elementos necessários para levar a cabo os objetivos da organização, onde os benchmarks de performance serão identificados.

De tal forma é evidente que o benchmarking deve evoluir apenas a análise de medições de estatísticas para um conceito de análise dos rácios dinâmicos, sendo apelidado de “Lead Benchmarking”. (Anderson e McAdam2004)

O benchmarking tem vindo a tornar-se popular nas últimas duas décadas e a sua significância como um método prático para desenvolver áreas críticas para o desenvolvimento, é indiscutível.

Pode ser considerado como uma ferramenta de gestão para obter ou ultrapassar os objetivos de performance, aprendendo as melhores práticas e percebendo os processos por onde são atingidas (G. Anand e Rambabu 2008). Assim, as empresas lutam para fazer melhor, mais rápido e mais barato do que os seus competidores.

Desta forma benchmarking deve ser reconhecido como um catalisador para alcançar melhorias e inovações.

Durante a década passada existiu uma proliferação de realização de benchmarking na prática de comparar os outputs obtidos com as médias nacionais dos Estados Unidos da América. Muitos prestadores de serviços de Fisioterapia seguiram os mesmo passos e tem iniciado programas para coletar e interpretar os seus próprios outcomes.

As vantagens e limitações da investigação por observação (qualitativa) devem ser analisadas ao pormenor, em prol da melhor interpretação dos outcomes.

A FocusonTherapeuticOutcomes, Inc (FOTO) é empresa analista líder do mercado do benchmarking clínico, suporta mais de 2000 clínicas utilizadoras do software nos Estados Unidos e Israel, que fornece ferramentas para avaliar a satisfação do utente e evolução clínica em relação a um benchmark específico, com o intuito de encontrar as vantagens e limitações da análise destes dados.

A JointCommissionCodmanAward existe com o fim de reconhecer organizações, que demonstraram o uso da avaliação de performance, para melhorar processos e outcomes. Entre outros, são exemplos da relevância e necessidade do uso de benchmarks quando se pretende o atingimento da excelência na performance.

Num estudo realizado por Burns et al. (2012) o benchmarking de decisões clínicas no tempo de estadia em reabilitação pós lesão da medula espinhal constata que a ferramenta do benchmarking num hospital universitário no Canadá teve como resultados a redução do tempo de estadia e aumento de valores na escala “Functional Independence Measure” (FIM), tendo portanto aumentado a eficiência do serviço.

Através do uso do benchmarking Enderby et al. (2000) concluíram que 3,176 utentes do National Health System Britânico após a avaliação através do Therapy Outcome Measure (TOM) não têm equidade de acesso a fisioterapia para a sua condição específica segundo a sua avaliação.

O benchmarking está associado a aumento de 12% de produtividade e 24% de aumento de ocupação de camas em uma unidade de dia de quimioterapia. (Lent et al. 2010)

O presente estudo pretende pesquisar aspetos do Benchmarking na gestão de unidades de saúde, pretende-se verificar os procedimentos, comportamentos e ativações das unidades de MFR e os seus efeitos na conjuntura do serviço. A pesquisa tem como principal foco a compreensão de aspetos do comportamento organizacional, preocupando-se em encontrar formas de melhorar o serviço.

Não se deve perder muito tempo na fiabilidade dos indicadores. Estes devem ser simples porque esse tempo deverá ser usado na análise dos processos que levam à sua melhoria. Indicadores qualitativos, observações e entrevistas deverão ser realizados para este propósito. A comparação dos dados financeiros tem de ser tomado com muito cuidado. Adaptar o método que tem resultados superiores, de forma a entrarem em consenso com os outros processos na organização.

Tanto os dados qualitativos como quantitativos devem ser usados para determinar a performance e para construir um formato que possibilite uma comparação estruturada. (Lentet al. 2010)

As seguintes ferramentas podem ser usadas no Benchmarking para análise de dados:

- Análise de rácios;
- DEA (Data envelopmentanalysis);
- Spidergap;
- Z charts;
- Analytic hierarchy process maturity matrix;
- Regressões lineares;
- ABC analysis.

2.2 Mudança de estratégia

A avaliação de performance, fornece a base para que a performance seja melhorada. No entanto em vários serviços de saúde avaliar a eficácia e eficiência do tratamento está muitas vezes descredibilizada devido à natureza qualitativa do serviço.

Torna-se difícil passar dos “outputs” para a medição “outcomes”, e como consequência a avaliação da performance é orientada para os outcomes sendo “mais difícil do que parece”. Estas atividades normalmente exigem a redefinição da visão e objetivos da organização, isto é, promover a alteração da cultura organizacional (Colton 2007).

De certa forma a alteração de gestão, obriga a que exista uma adequação dos profissionais à missão da entidade gestora que leva ao aparecimento de resistências e desadaptações.

Na prática o que ocorre é um processo contínuo de alterações e adaptações ao novo contexto sendo impossível a nível operacional e organizacional tomar decisões que não respeitem o tempo necessário para a mudança.

Poder-se à dizer que o Hospital de Braga está em mudança cultural.

O processo de mudança possui vários fatores (Colton 2007), entre outros:

- Determinar a prontidão da organização à mudança.
- Obter compromisso total da liderança.
- Reconhecer que a implementação (por exemplo uma avaliação de performance é um processo longo, são necessários no mínimo 5 anos e meio para que os sistemas de melhoria de qualidade operem eficazmente.
- Focar na medição de performance para as atividades que são importantes tanto para o profissional como o utente.
- Fornecer contexto para os dados através de normas, “standards” e benchmarks, os benchmarks podem ajudar a organização a atingir melhorias significativas.
- Usar tanto dados qualitativos como quantitativos.
- Ser realista nos objetivos de avaliação.
- Reconhecer que nem tudo é mensurável.

Quando a implementação de outcomes/performance são inseridos em serviços que durante vários anos, funcionaram do mesmo modo, o nível de aceitação por parte dos

trabalhadores é relativamente baixo (estes criam resistências á mudança). Colton (2007), identificou vários fatores que permitem conhecer os motivos para a não-aceitação do trabalhador:

- O tratamento é orientado no cliente. O fisioterapeuta está mais interessado em outcomes individuais do que num sistema geral de indicadores.
- Os serviços são de difícil medição devido ao caracter qualitativo.
- A mudança e a melhoria não estão sempre no controlo do profissional. Tipicamente o objetivo é facilitar o tratamento. No entanto em certas situações o objetivo é impedir/atrasar a perda de função.
- Embora sendo um serviço orientado para o cliente, o profissional poderá ficar cético com os dados de satisfação do cliente, porque os utentes requerem o serviço numa altura em que estão mais vulneráveis, portanto, não são resultados muito fiáveis.
- Há o receio acerca do mau uso e má compreensão dos resultados.
- Existe o sentimento que a avaliação de performance vai contra a cultura de fornecimento de cuidados de saúde, principalmente no setor público.

Uma abordagem estratégica, oferece uma forma inovadora de tornar os sistemas medição de informação de performance na saúde, relevantes para as decisões de níveis hierárquicos superiores para os mais baixos. Estabelecer o contexto estratégico, escolher os indicadores para obter metas de performance e inclui-los nos acordos de performance. Neste trabalho será construído um Mapa Estratégico de Performance, um set nuclear de Indicadores de Performance e um set nuclear de Indicadores de Objetivos para a Gestão de Produção baseados na experiência de Ontário (Veillardet al. 2010)

2.3 Eficiência vs. Eficácia

Segundo Van Peursemet al. (1995), geralmente “economia” representa a relação entre os recursos gastos ou orçamentados para uma atividade e o que se obteve deles. A economia está portanto relacionada com os inputs, por exemplo os serviços profissionais são inputs para a organização e podem ou não ser adquiridos economicamente. Economia mede portanto o indicativo de custo número ou qualidade de inputs aplicados para gerir atividades de saúde.

Eficiência refere-se à relação entre a quantidade ou valor de recursos convertidos (outputs ou outcomes) e a quantidade ou valor de recursos (inputs) investidos numa atividade, a eficiência poderá estar associada com um alcance alargado de atividade que está usualmente sob o controlo da gestão.

Efetividade é um conceito multidimensional que geralmente está relacionado com o outcome da atividade de uma organização. Está frequentemente associada com a qualidade ou quantidade de outcomes que derivam da atividade de gestão num ambiente político.

2.3.1 Comportamento da gestão

Ocorreram várias alterações desde que o Hospital de Braga passou a ser gerido no âmbito de uma Parceria Público Privada. As alterações ocorreram tanto a nível de cultura de gestão e organizacional como mais recentemente a nível de ambiente físico, o que leva necessariamente a uma mudança do paradigma em que a instituição vive.

As responsabilidades continuam a ser as mesmas, o Hospital continua a atuar na promoção do bem-estar do utente, no entanto, é impensável admitir que as orientações a nível estratégico tático e operacional se mantiveram inalteráveis. Com a alteração da cultura de gestão, existe necessariamente uma política de redução de despesas e uma orientação para a obtenção de lucro, não perdendo o foco que leva o Grupo Mello Saúde a agir na área da saúde que é a criação de serviços de saúde de qualidade excepcional.

Assim, a gestão torna-se orientada para a eficiência dos serviços viabilizando a contenção ou redução de custos de atividade dos mesmos.

2.3.2 Alteração do Ambiente Físico

O “know-how” de um corpo de gestores não é um elemento estável, este pode-se alterar dependendo dos fatores externos em que a atividade se realiza. Este poderá estar adaptado ou não às necessidades emergentes e a alteração do ambiente físico em que as atividades estão a ser realizadas é uma delas.

O corpo de gestores tal como os profissionais que delegam passam por uma fase de adaptação aos processos que anteriormente eram aplicados para promover a eficiência do serviço integrante, assim, estes serão ou não boas práticas perante as diferentes exigências que o ambiente físico oferece.

O corpo de gestores irá portanto decifrar se os processos que resultavam anteriormente como eficientes no cenário anteriormente praticado são processos optimizadores da qualidade do serviço ou não são os mais adequados para a obtenção de resultados desejados, surgindo assim a oportunidade para reformar o modo de funcionamento dos serviços, e os comportamentos dos profissionais que poderiam funcionar segundo comportamentos viciados, quebrando a estagnação e promovendo a aprendizagem e cultivo da mudança.

A eficiência e a eficácia dos processos são sem dúvida extremamente importantes para a otimização de um serviço, embora a fase de adaptação a um meio físico completamente diferente do anterior leve a que a eficácia dos processos seja o fator primordial a curto prazo, porque pretende-se que os cuidados sejam assegurados a qualquer custo.

A médio prazo procura-se desenvolver metodologias processuais que reduzam os gastos a nível financeiro e o uso apropriado de recursos, sejam eles humanos ou logísticos.

2.4 Performance

A Performance é influenciada por vários fatores, entre eles, os procedimentos back-office são determinados por parte da gestão de forma a criar a linha de produção, desde o pedido realizado após avaliação do utente até à saída do utente do serviço. Os procedimentos back-office pretendem facilitar a atuação do profissional de saúde promovendo as condições ótimas para a realização do seu trabalho.

O tratamento por parte de um Técnico de Diagnóstico e Tratamento é um serviço repartido em várias sessões, podendo ser elas numericamente estabelecidas ou não, dependendo da origem do utente. Um período de tratamentos na Fisioterapia por exemplo poderá consistir em 20 sessões se for prescrita na abordagem ambulatoria. No caso de um internamento os tratamentos poderão prosseguir indefinidamente até à sua alta do internamento.

Considerando o serviço como uma linha de produção, o valor criado acaba por ser atingido no ato da alta técnica estabelecida pelo Médico Fisiatra. Um tratamento pode possuir vários períodos de por exemplo 20 sessões, de tal forma, a finalização do serviço com a produção de valor terminará no final do último período de sessões de tratamento antes da alta técnica.

A performance atingida por parte do profissional de saúde produzirá a criação de valor para o utente e para a instituição, dado que resultados de excelência resultarão na melhoria da imagem da instituição, sendo uma força competitiva. Esta pode ser avaliada por exemplo por uma escala de avaliação de Medida de Independência Funcional (MIF).

A performance surge sumariamente influenciada por:

- Fatores internos: Cognitivos, emocionais, sociais, éticos, comportamentais experiências, habilitações.
- Fatores externos: Comunicação interdisciplinar, Liderança, Procedimentos back-office, procedimentos front-office, recursos disponíveis.
- Fatores clínicos: Imprevisibilidade clínica, Avaliação incorreta, Previsões mal estabelecidas.
- Fatores relacionados com utente: Atividades contra indicatórias, omissão de informação e assimetria de informação.

No presente trabalho não se avaliará a performance dos profissionais de saúde, nem se mensurará como os fatores internos ou externos influenciam a performance.

Consideramos por pensamento lógico que todos estes fatores são importantes para a otimização da performance, estando eles interligados entre si não se podendo dissociar quando estudada a performance.

Estaremos mais focalizados na mensuração de certas ativações back-office, que como referido anteriormente tem grande ênfase na facilitação do trabalho do profissional, podendo otimizar, piorar ou bloquear o trabalho dos mesmos.

Para mensurarmos as ativações que nos são apresentadas pelos procedimentos de back-office, necessitamos de um conjunto de indicadores de processo e um set de objetivos que promoverão a realização das boas práticas em termos de ativações de processo

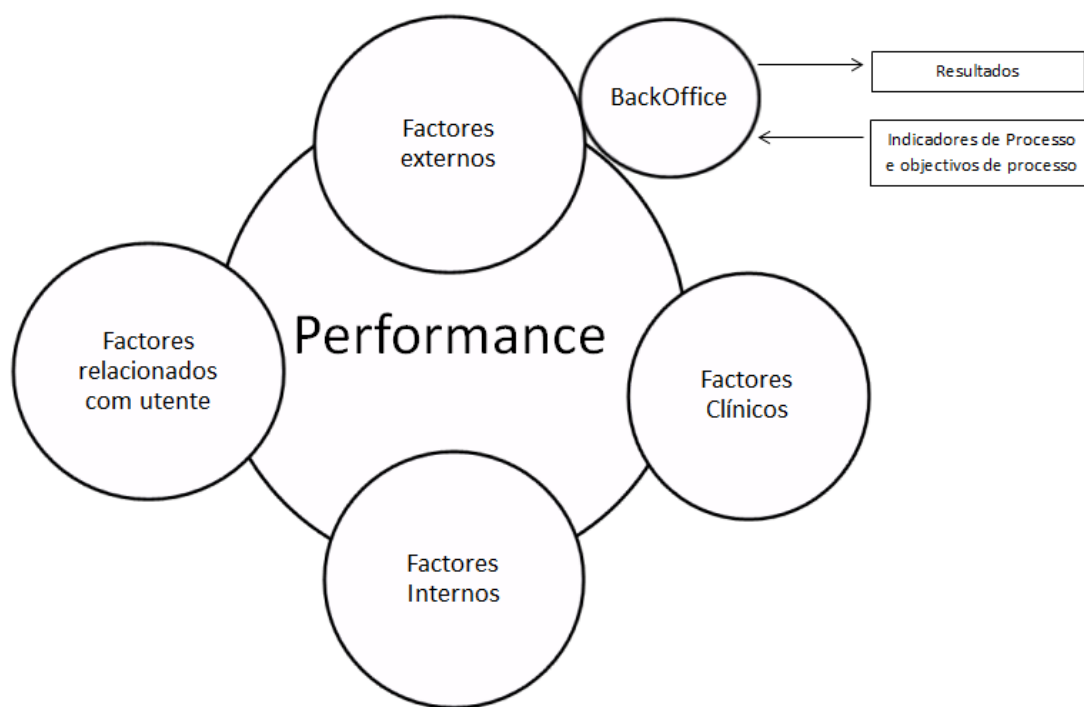


Ilustração 1 - Fatores influentes na Performance (elaboração própria)

3. DESCRIÇÃO DA FISIOTERAPIA DO SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DE BRAGA.

(O panorama pode alterar-se a qualquer momento no serviço)

Recursos Humanos

13 Fisiatras (incluindo internato médico);

16 Fisioterapeutas (incluindo estagiários profissionais)

7 Assistentes operacionais (considera apenas os profissionais em função na Fisioterapia)

Espaço físico

A Fisioterapia do serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Braga possui para suas funções um espaço físico dividido em várias divisões de tratamento constituído por um Ginásio de adultos, Ginásio pediátrico, sala de Eletroterapia, sala de Hidroterapia e Piscina de Hidroterapia.

Ginásio de adultos:

- 15 Marquesas;
- Tratamentos de agendados de 15 em 15 minutos, ou de 30 em 30 minutos dependendo se patologia é do foro ortopédico ou neurológico.

Ginásio de crianças:

- 1 Marquesa;
- Tratamentos agendados de 30 em 30 minutos.

Sala de Eletroterapia:

- 8 Marquesas;
- Tratamentos agendados de 15 em 15 minutos.

Sala de Hidroterapia:

- 3 Marquesas

- Tratamentos agendados de 15 em 15 minutos.

Piscina de Hidroterapia:

- 4 Grupos, de 2 horas com tratamentos de 30 minutos, no máximo 8 utentes por classe, dependendo da patologia e nível de dependência do utente.

4. CIRCUITO DE UTENTE E ADMISSÃO NO SERVIÇO DE MFR

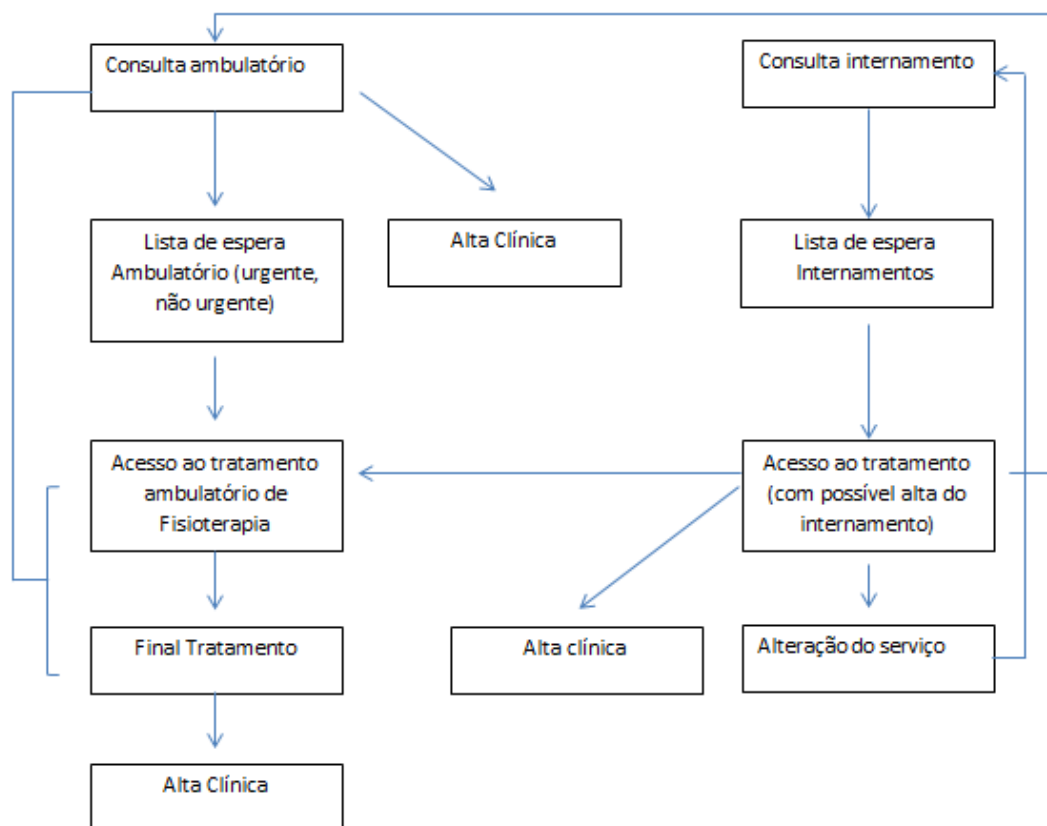


Ilustração 2 - Percurso do utente para acesso ao tratamento de Fisioterapia, Hopsital de Braga

Existem duas vias de acesso ao serviço de MFR, via ambulatório ou por internamento. O médico Fisiatra realiza consultas de ambulatório onde a cria a prescrição de tratamento ou através de deslocações aos internamentos realiza uma prescrição para tratamento que poderá ser por tratamento com transporte do utente ao espaço físico da Fisioterapia ou o tratamento poderá ser realizado no leito, isto é, o profissional desloca-se ao serviço onde o utente se encontra. No caso do tratamento em regime ambulatório o utente ou desloca-se por vias próprias para o Hospital ou é-lhe atribuído uma credencial de transporte para realização dos tratamentos. A credencial de transporte é atribuída a utentes que possuem incapacidade funcional para esta deslocação ou insuficiência económica.

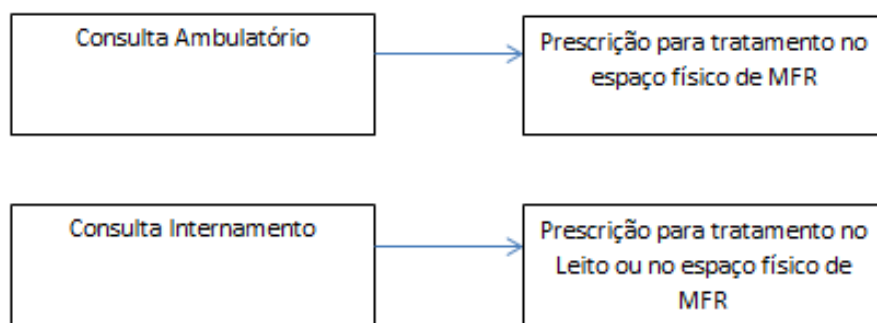


Ilustração 3 - Acesso a tratamento de Fisioterapia, Consultas

4.1.Regime Ambulatório:

Na prescrição de ambulatório o utente é identificado como urgente ou não urgente o que irá definir a sua atribuição de prioridade na realização do tratamento. O utente portanto entra ou não na lista de espera conforme a sua patologia, fase de lesão e se foi ou não intervencionado no Hospital. O médico Fisiatra determina assim a prioridade do utente informando o serviço de Fisioterapia da condição do acesso do utente ao tratamento. Caberá à gestão dos processos do serviço de Fisioterapia conduzir o processo e colocá-lo segundo a sua prioridade.

Com base no tratamento e na forma como o serviço está disposto o utente será tratado apenas num local do serviço (por exemplo o ginásio de adultos) ou poderá realizar tratamentos em locais diferentes (sala de eletroterapia e Ginásio adultos, ou Hidroterapia em Piscina e Ginásio de adultos). Cabe também à gestão do serviço realizar a condução do utente. A hora que será atribuída será a disponibilizada pela abertura de vagas pelos fisioterapeutas, cabendo ao utente decidir se há possibilidade de realizar o tratamento a essa hora. Em certos casos devido à indisponibilidade do utente comparecer ao tratamento na hora estabelecida o utente volta de novo para a lista de espera e aguarda-se que surja uma vaga no período favorável ao utente.

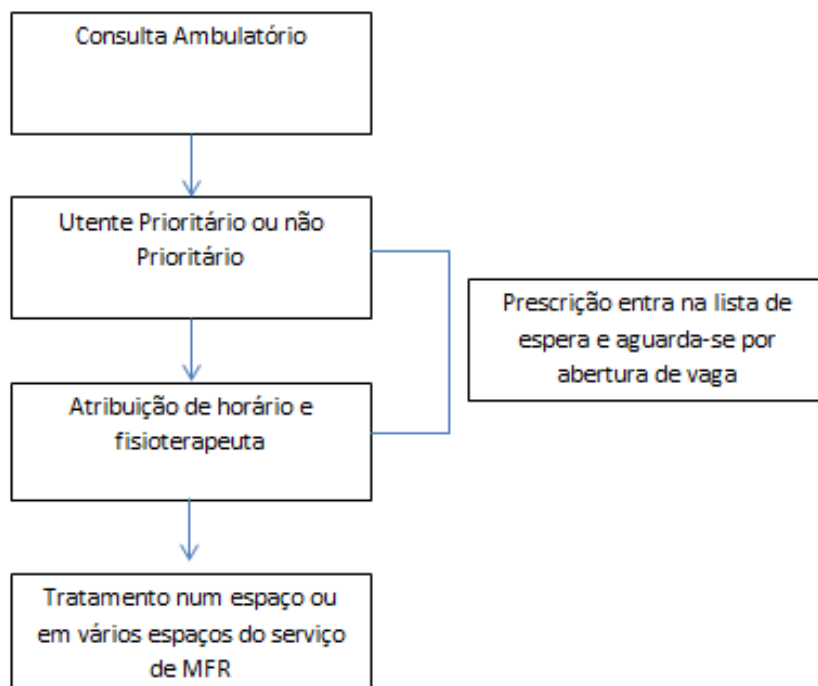


Ilustração 4 - Definição prioridade e atribuição de horário, regime ambulatório

4.2 Regime Internamento:

A prescrição de utentes no regime de internamento é sempre prioritária, de tal forma sempre que surja um pedido de colaboração de um serviço com o de MFR e haja prescrição de tratamento para fisioterapia, o utente é automaticamente considerado como prioritário, cabendo à gestão do serviço a função de imediatamente após a abertura de vaga colocar o utente prioritário. O tratamento será no leito ou no espaço físico do serviço de MFR, e essa definição é estabelecida segundo vários critérios: o utente está colonizado e por tal razão apresenta menos riscos de Infecção realizar o tratamento no leito ou o utente já possui data próxima para alta do hospital (seja sem continuidade ou com continuidade em centros de cuidados continuados) por exemplo.



Ilustração 5 - Definição do local de tratamento, regime internamento

Cabe portanto ao médico Fisiatra definir os moldes em que o tratamento se irá realizar. O utente poderá estar internado num serviço do Hospital ou especificamente na enfermaria do serviço de MFR ou poderá estar numa especialidade à espera de vaga para ser internado no serviço de MFR.

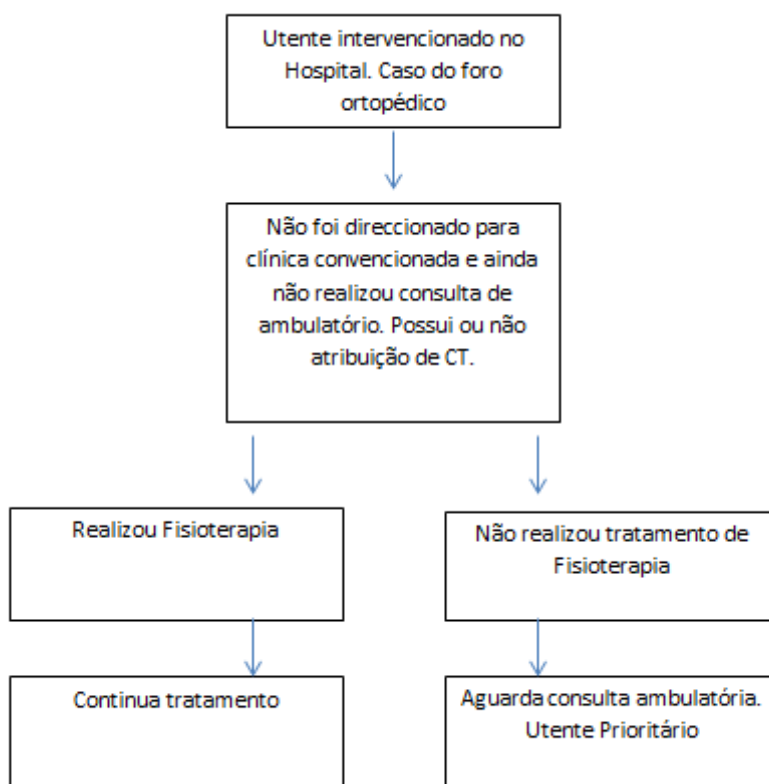


Ilustração 6 - Acesso ao Tratamento do Utente do foro ortopédico pós-cirúrgico

De referir que o utente que foi intervencionado no hospital e que durante o seu internamento realizou tratamento de fisioterapia continua com o seu tratamento não entrando na lista de espera. Frequentemente o tratamento no regime de internamento

acaba e o utente tem consulta marcada para dias após a alta. Nestas situações o utente continua com o tratamento sem que haja alterações na prescrição. Após a consulta de ambulatório já é realizada uma prescrição para ambulatório e os tratamentos anteriormente realizados após a alta (se não foi necessário Credencial de Transporte) são contabilizados como pertencentes à prescrição mais recente. Se, ao antecipar uma alta, o médico fisiatra orientar uma credencial de transporte para o utente para ser realizado tratamento imediatamente após a alta, o utente será transportado para os tratamentos sem ainda ter realizado consulta de ambulatório, no entanto, os tratamentos após alta será contabilizados posteriormente. Outra situação que poderá ocorrer será a de após a intervenção e internamento no hospital o utente não realizou tratamento de fisioterapia, no entanto, após a consulta de ambulatório este é definido como prioritário. O tratamento no leito obriga que o profissional se desloque para o serviço onde se encontra o utente para realizar o tratamento, para realizar a deslocação do utente é necessário que um AO se desloque ao serviço, seja a enfermaria de MFR ou outra especialidade e que transporte o utente em cadeira de rodas. A hora do transporte é transmitida à enfermaria tendo a responsabilidade de colocar o utente em cadeira de rodas pronto para o transporte. Esta operação não é registada diariamente nas enfermarias.

O utente em internamento em MFR passa por uma reunião multidisciplinar onde é discutido com o próprio e sua família a previsão de evolução do tratamento e é discutido ainda a continuidade do utente no serviço ou direccionamento para outra unidade. O utente que esteve internado em MFR não continua com tratamento no Hospital após alta.

4.3 Mudança de serviço

Na ocorrência de alteração de serviço enquanto utente em internamento, procede-se sempre à reavaliação por parte do médico fisiatra. A alteração do serviço pode ocorrer por várias razões: melhoria do estado clínico, pioria do estado clínico ou gestão de camas. Cabe ao médico fisiatra após a transferência do utente de serviço realizar a reavaliação e realizar alguma alteração no plano de tratamento ou local da realização do mesmo (leito ou tratamento no espaço físico de Fisioterapia)

4.4 Fim de sessões de tratamento.

As sessões de tratamento podem terminar de duas formas. Ou por alta após internamento ou por final das sessões em regime ambulatorio.

4.5 Fim de sessões em regime ambulatorio

Após o final das sessões de tratamento, o utente pode receber alta (concebida na consulta anterior ao tratamento por antecipação, ou consulta após tratamentos) ou iniciar uma nova sessão de tratamentos. Na maioria dos casos, a consulta que ditará uma avaliação à condição do utente após tratamento, surge entre o período de tratamentos ou no final dos tratamentos. Esta consulta ditará o prosseguimento do tratamento durante um número de sessões determinadas. Este ciclo pode-se repetir-se até se obter a alta clínica.

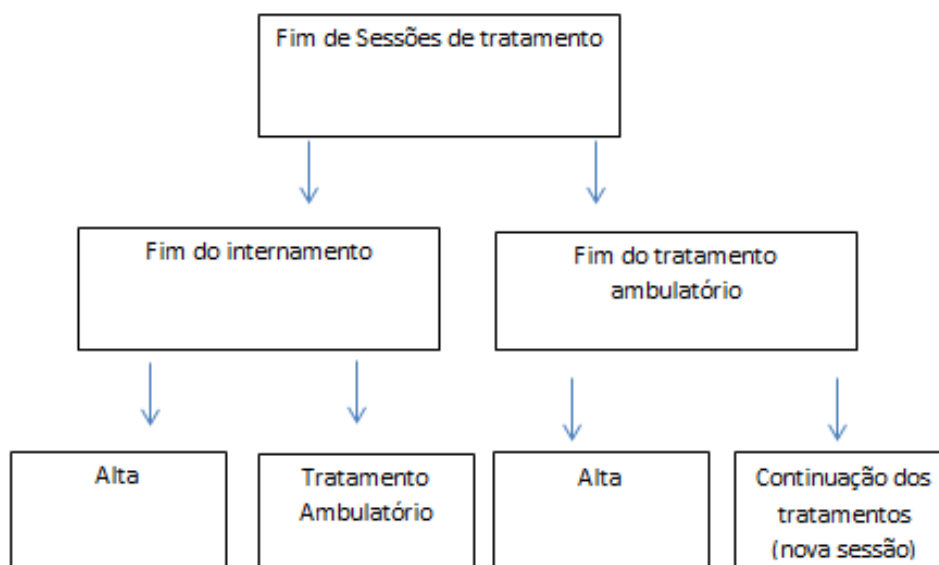


Ilustração 7 - Percurso do utente após final de sessões de tratamento

4.6 Credencial de transporte:

Os utentes que possuem limitação de mobilidade ou insuficiência económica estão aptos para a credencial de transporte. Esta é enviada para a Fisioterapia e é colocada num local próprio para as credenciais ainda não preenchidas. Existe ainda um local para as credenciais preenchidas. A credencial de transporte (CT) pode vir ainda anexada à prescrição de tratamento ainda na fase do tratamento de internamento (para dar seguimento em ambulatório) ou na prescrição de ambulatório.

O Fisioterapeuta aponta as datas do tratamento na CT e esta é enviada para a Central de Transportes até às 11 horas de todas as manhãs. Se uma CT é preenchida às 8h da manhã de uma segunda-feira, o transporte realizar-se-á na quarta-feira. No entanto se um Fisioterapeuta que possui horário de entrada de trabalho após as 11h preencher uma CT na segunda-feira o utente só terá transporte na quinta-feira. Sendo assim, são 48 horas de atraso para credenciais preenchidas antes das 11 horas de um dia e 72 horas de atraso para credenciais preenchidas após as 11 horas do dia.

Fala-se em momento de preenchimento porque como foi referido anteriormente a presença de dois “turnos” (horas de entrada antes das 11h e depois das 11h) altera significativamente o atraso do acesso do utente ao serviço de Fisioterapia.

5. PRINCIPAIS ETAPAS CAUSADORAS DE INEFICIÊNCIA DO CIRCUITO EM TERMOS DE ATRASO DE ACESSO DO UTENTE AO SERVIÇO DE MFR.

Utente ambulatório:

- Definição de utente urgente ou não urgente.
- Marcação de consulta após 3 dias de fim de sessões.
- Direcionamento de utente para unidade convencionada de um utente que não preenche os requisitos para tal.
- Readmissão de utente por não distribuição de utente para unidade convencionada por parte de médico de família.

Credencial de transporte (CT):

- Erros no preenchimento (retorno da CT ao serviço e atraso de mais um dia no acesso)
- Hora do envio das CT's.

Atribuição de Fisioterapeuta:

- Atualização do horário

Lista de Espera:

- Colocação do utente segundo sua prioridade.

Transporte do utente em internamento:

- Aviso de enfermaria da hora de tratamento.

Mudança de serviço:

- Período sem tratamento entre mudança de serviços. (reavaliação médico Fisiatra)

6. CRIAÇÃO DO MODELO DE BENCHMARKING:

O grupo José de Mello Saúde já dispõe da ferramenta Iametrics da empresa IASIST para comparação e avaliação dos respetivos desempenhos clínicos entre unidades hospitalares similares de Portugal e Espanha. Segundo informação disposta no site da empresa trata-se da primeira experiência de benchmarking clínico levado a cabo em Portugal por um grupo privado.

A aplicação será feita nas unidades hospitalares Cuf Infante Santo, Cuf Descobertas e Cuf Porto, assim como os hospitais de Braga e de Vila Franca de Xira em regime de gestão “PPP”.

A informação é fornecida online sobre os resultados clínicos, por serviço, por procedimento e por doente, que inclui, os seguintes tipos de indicadores: qualidade dos registos clínicos, complicações e casuística, gestão dos tempos de internamento (globais e pré-operatórios), potencial de cirurgia de ambulatório, mortalidade, complicações, readmissões e segurança do doente.

No hospital de Braga não está implantado um programa de benchmarking clínico ou não-clínico para o serviço de MFR.

A ferramenta é a solução de benchmarking clínico 100% on-line apresentada pela IASIST. É possível agregar resultados e analisar resultados específicos de um certo período, assim como os níveis de comparação.

O Iametrics está aplicado como ferramenta de benchmarking entre 3 unidades de Medicina Física e Reabilitação, Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul e Instituto Guttmann de Barcelona onde é realizado benchmarking de valores da escala MIF (Medida de Independência Funcional) realizada pelo médico Fisiatra dos utentes pré e pós intervenção do tratamento de fisioterapia de uma certa patologia.

6.1 Benchmarking clínico: Escala MIF

A avaliação da escala MIF (depende do avaliador e pode ser facilmente adulterada para obter resultados mais favoráveis para a posição da instituição no benchmarking. A forma de comparação peca por não analisar as modalidades que são realizadas nos tratamentos preocupando-se apenas com o início e fim do tratamento e não com o impacto das modalidades realizadas. É portanto um método que possui várias fragilidades a nível da qualidade dos dados obtidos e sua real significância para melhoria do serviço e do bem-estar do utente.

6.2 Benchmarking a partir de indicadores não clínicos

Este trabalho consiste não na proposta de realização de Benchmarking clínico mas de Benchmarking a partir de indicadores de processos. O método que será posteriormente apresentado terá em consideração não só os resultados dos indicadores que são propostos mas também as condicionantes dos mesmos. Sendo portanto um processo flexível dinâmico e descritivo das flutuações dos acontecimentos que determinam os indicadores a avaliar.

O processo de benchmarking deve fornecer a esquematização básica para a ação com flexibilidade para modificação para ir de encontro às necessidades individuais. O modelo escolhido terá de ser simples e claro, enfatizando planeamento lógico e estabelecendo um protocolo de comportamentos e outcomes.

O benchmarking que se pretende realizar focaliza-se nos resultados obtidos a partir da avaliação dos indicadores de processos que são apresentados de seguida no capítulo “indicadores e objetivos”. Convém assinalar que os resultados obtidos da avaliação dos indicadores de processo apresentados são consequência da performance dos colaboradores que fazem parte do serviço, no entanto não se procura responsabilização dos profissionais sobre os resultados obtidos, ao invés, informação sobre as consequências da atuação dos profissionais em situações subjugadas por processos determinados pela gestão.

Com este benchmarking será possível através da comparação dos processos presentes nas instituições escolhidas, determinar quais processos são mais favoráveis para a atuação dos profissionais.

A pertinência do benchmarking nos processos de gestão recai sobre a facilitação da abordagem do profissional às situações que lhe são apresentadas, podendo criar condições mais positivas para a realização das suas ativas aumentando a performance, e melhorando consequentemente a eficiência e eficácia da sua atividade.

O modelo Xerox é considerado um pioneiro no método do Benchmarking, por ser simples prático consistindo apenas em 10 passos gerais.

6.3. Modelo Xerox, Anand e Kodali (2008)

O modelo está dividido em 4 etapas: Planeamento, Análise, Integração e Ação. Por sua vez cada etapa apresenta-se dividida em diferentes passos, estes são: Identificar o assunto do Benchmarking; Identificar os parceiros do Benchmarking, Determinar o método de recolha de dados; Determinar a diferença competitiva; Projetar a performance Futura; Comunicar resultados e obter aceitação; Estabelecer objetivos funcionais; Desenvolver planos de ação; Implementar planos e monitorizar progresso; Recalibrar o Benchmark. O modelo está assente num plano de melhoria contínua, de tal forma não se esgota no último passo reciclando-se continuamente.

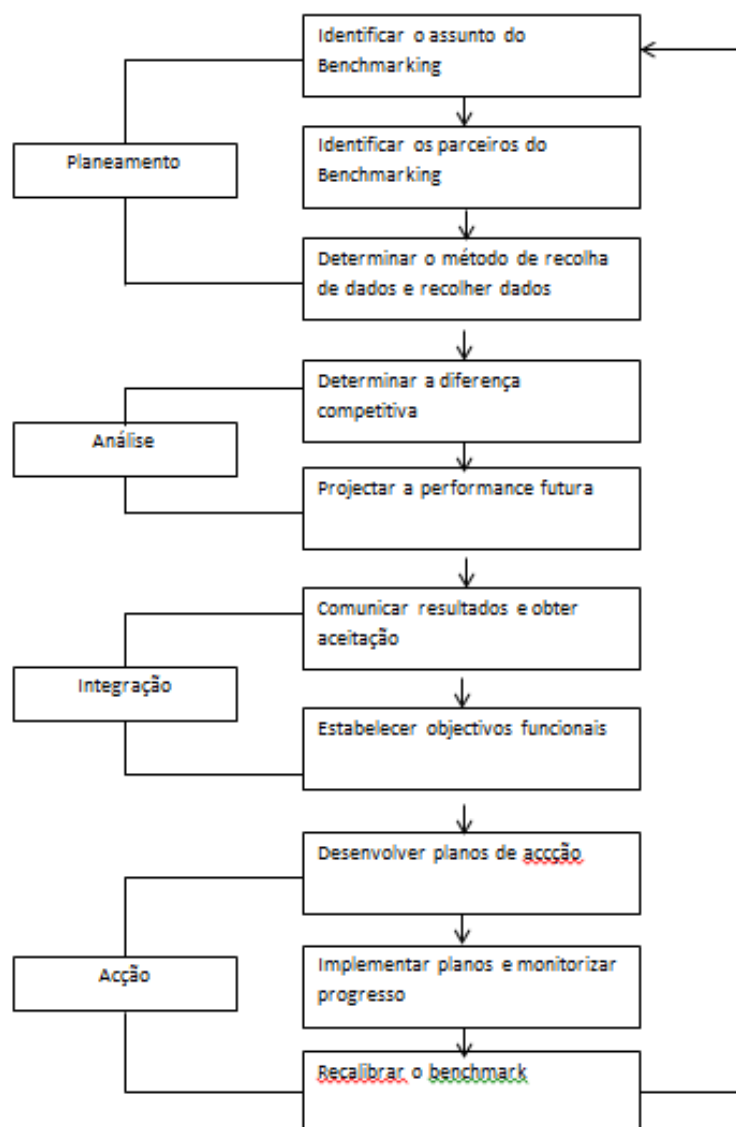


Ilustração 8 - Modelo de Benchmarking Xerox segundo Anand e Kodali (2008)

Anderson e Moen (1999) identificaram 60 modelos de benchmarking reuniram os modelos de benchmarking recolhidos bibliograficamente e subdividiram-nos em: Modelos baseados em consultores, modelos baseados em investigações académicas e modelos baseados nas organizações.

Com base no estudo de Anand e Kodali(2008), após a realização de um benchmarking de modelos de benchmarking com a perspetiva de encontrar as boas práticas existentes nos vários modelos existentes na bibliografia, foi criado um modelo de Benchmarking realizando uma reunião dos itens mais relevantes existentes em 35 modelos de benchmarking através de uma análise ABC, adaptando a análise para identificar as melhores práticas. Foram encontrados 71 passos, se a percentagem de ocorrência de um passo é superior a 40% (se 14 por cento de 35 autores escolheram o passo), é considerado com um passo comum para o benchmarking. De 71 passos foram encontrados 13 passos “comuns”.

Estes foram:

Tabela 1 - Passos comuns encontrados em variados modelos de Benchmarking, Anand e Kodali (2008)

Nº	Passos
1	Identificar o assunto a realizar o benchmarking
2	Identificar os parceiros com quem realizar benchmarking
3	Realizar o estudo de benchmarking
4	Determinar as diferenças competitivas
5	Estabelecer objetivos funcionais
6	Desenvolver planos de atuação
7	Implementar planos de atuação para reduzir o espaço competitivo
8	Recalibrar o benchmark
9	Compreender a situação presente recolhendo e analisando a informação existente no assunto a fazer benchmarking
10	Monitorizar resultados das ações implementadas
11	Identificar os fatores críticos de sucesso ou indicadores do assunto a realizar benchmarking
12	Mensurar o estado existente do assunto a realizar o benchmarking respeitando os fatores de sucesso/indicadores

13	Criar uma equipa de benchmarking e identificar o líder para prosseguir com estudo de benchmarking
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------

De forma a encontrar as “melhores práticas” entre os passos escolhidos nos estudos abordados foi adoptado o critério seguinte: se a percentagem de ocorrência de um passo é igual ou superior que 14% mas inferior a 45% excluindo as práticas comuns (pelo menos 5 autores suportaram a etapa) então é considerado como “melhor prática) no benchmarking. Foram encontradas 18 “melhores práticas”. Foram encontradas ainda restantes etapas que não corresponderam a estas exigências por não serem tão populares perante os criadores dos modelos.

Tabela 2 - Os passos considerados "boas-práticas", Anand e Kodali (2008)

Nº	Passos
1	Determinar o método de recolha de dados
2	Projetar a futura performance
3	Comunicar resultados de benchmarking aos gestores e clínicos
4	Identificar a fonte de informação para recolha de informação pré-benchmarking através da procura de diferentes técnicas, jornais de negócios, database interna, database externa e bibliotecas públicas
5	Filtrar os parceiros possíveis para o benchmarking comparando os candidatos
6	Preparar uma proposta de benchmarking e submeter à administração para obter o seu compromisso, com clara explicação dos benefícios, custos envolvidos, recursos necessários etc.
7	Identificar os clientes para a informação de benchmarking
8	Obter aceitação por parte da gestão e colaboradores através do compromisso e participação respetivamente.
9	Avaliar a importância de cada área de assunto baseada em prioridades
10	Determinar o propósito e âmbito do projeto de benchmarking
11	Recolher detalhes de baixo nível do parceiro anteriormente ao contacto. (ex. localização, nº de colaboradores, linha de produção, gestores chave, “market share”, lucros, gastos, etc.
12	Estabelecer um protocolo para a realização do estudo de benchmarking e também desenvolver um acordo de não-divulgação sobre a informação que será

	partilhada com o parceiro.
13	Apresentar os resultados à gestão e obter compromisso na implementação de recomendações
14	Identificar os objetivos estratégicos do processo ou serviço que realizará benchmarking
15	Classificar a informação e dados recolhidos
16	Identificação das possíveis causas responsáveis pela diferença competitiva nos resultados
17	Estabelecer contactos com os parceiros selecionados e obter aceitação para participação no estudo
18	Estabelecer relatório de benchmarking que fornecerá informação sobre as “melhores práticas”, como foi implementado na instituição e como foi adaptada na organização e uma análise comparativa dos benefícios.

De forma a incorporar as melhores práticas obtidas dos vários estudos considerados foi criado um modelo de benchmarking que consiste em 12 fases e 54 passos. Com base no conhecimento dos autores e seguindo uma análise lógica foram escolhidos entre as etapas “únicas” (abaixo da utilização de 14%) as que possuíam relevância para este modelo integrador.



Ilustração 9 - As 12 Fases para Benchmarking Anand e Kodali (2008)

Considerando a bibliografia referida e as especificidades do serviço em que se procura implementar o modelo de Benchmarking, optou-se por seguir as 12 fases referidas por Anand e Kodali (2008), no entanto certos passos foram excluídos, por interpretação lógica do autor do trabalho, por não considerar relevantes para o sucesso da criação do modelo e sua aplicação.

6.4 O Modelo de Benchmarking construído para a Fisioterapia do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga:

Tabela 3 - Modelo de Benchmarking proposto para a Fisioterapia do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga

Fase	Passo	Descrição
Formação de equipa	1	Identificar o líder da equipa para prosseguir com o estudo de benchmarking O líder da equipa encarregue de realizar o benchmarking terá de ter uma visão holística sobre as atividades operacionais tanto como visão privilegiada sobre a direção tática e estratégia a tomar para o serviço. O líder terá ainda de possuir valências do foro interno, e não ser apenas um gestor. O objetivo será de liderar a equipa e reunir todos os recursos humanos para o fim comum, orientando sempre a equipa a seguir o rumo correto.
	2	Formar uma equipa de benchmarking com a distribuição clara das responsabilidades de cada membro Após a definição da liderança o papel do líder será reconhecer as valências específicas de cada elemento de forma a direcionar os melhores profissionais para as tarefas. Este direcionamento é extremamente importante porque não só está em causa a capacidade de execução mas também o fator motivacional dos profissionais nas tarefas indicadas.
	3	Identificar a capacidade da equipa e fornecer treino se necessário.

Um líder tem de reconhecer as necessidades de adaptação da sua equipa à tarefa a realizar, e reconhecer tanto as qualidades e os defeitos do potencial da sua equipa. Sendo assim ao reconhecer a falta de valências numa área deverá instruir o profissional ou encontrar meios para torná-lo funcional e apto para a tarefa.

Identificação do assunto

4

Identificar os objetivos e área estratégica do assunto a realizar o benchmark.

Os objetivos serão de encurtar o gap entre os parceiros que realizam o benchmarking. Segundo esta linha de orientação, o parceiro em défice deverá procurar formas de alterar processos para obter os resultados que o parceiro atingiu para um indicador específico. A atividade do benchmarking faz parte da estratégia de aumento de competência, bem-estar e inovação.

5

Filtrar o número de áreas (a partir de um brainstorming) onde o benchmark terá impacto considerável.

Dentro dos indicadores já definidos como pertinentes a monitorizar, será realizada uma filtragem dos indicadores que terão impacto maior após a realização do benchmarking, pode ser realizada uma previsão dos resultados que se obterão e se não for possível analisar todos os indicadores em questão, escolher os que são considerados mais relevantes.

7 **Identificar o assunto de benchmarking**

A identificação do assunto está já determinada sendo os processos inerentes ao funcionamento do serviço de MFR. Os indicadores são o reflexo do aceso, equidade, atraso, qualidade percebida e satisfação do utente.

Validação do utente

9 **Identificar as expectativas chave dos utentes**

Os utentes esperam evolução e melhoria contínua do serviço para a criação de valor e bem-estar. Através do questionário ao utente é possível reconhecer algumas das lacunas que se possam apresentar, no entanto são espaços onde é possível melhorar e aperfeiçoar o serviço.

Alguns processos de back-office que não sejam completamente eficazes e eficientes resultam na redução da qualidade do serviço. A expectativa do cliente é de ao integrar o serviço de MFR encontrar o melhor serviço possível.

O serviço de MFR procura fornecer o melhor serviço existente para o utente e o utente assim o espera.

Os utentes esperam: acesso totalitário, equidade na integração, dignidade, respeito, conforto, profissionalismo e eficácia.

10 **Validar o tópico respeitando o utente, missão da instituição, indicadores não financeiros, informação adicional que influencia planos e ações**

Para cada indicador dever-se-á ter em

Validação da gestão

- consideração o que o utente obterá com a análise dos indicadores e do estabelecimento de objetivos. Os indicadores criados tem de ter em consideração a missão da instituição e o que o utente beneficiará com as mudanças previstas.
- 11 **Preparar a missão do benchmarking e ressaltar a importância e propósito do projecto de benchmarking**

O trabalho realizado tem como objetivo criar um projeto de benchmarking sustentado sendo a base para uma futura aplicação. Com a necessidade servirá para orientar um processo de benchmarking com um parceiro indefinido. As chefias deverão ter presente a importância de um processo de benchmarking em relação ao que poderá trazer para a instituição e para a resolução da sua missão. Cabe ao líder do projeto ressaltar a pertinência do projeto e apresenta-lo às chefias sempre determinando o propósito e a melhoria que pode fornecer.

- 12 **Identificar os diferentes recursos necessários para o estudo de benchmarking, recursos financeiros, viagens, horas de trabalho dos recursos humanos etc.**

O investimento projetado que terá de ser realizado encontra-se neste trabalho. É uma previsão dos gastos que ocorrerão a nível de todos os recursos existentes.

- 13 **Preparar o propósito para o benchmarking e submete-lo à gestão para obter o seu compromisso, com explicação clara no**

projeto de benchmarking, seus objetivos, plano temporal das atividades de benchmarking com datas acertadas, benefícios, custos envolvidos, recursos necessários, etc.

Após a obtenção de uma primeira aprovação para o projeto de benchmarking o passo seguinte é de apresentar concretamente o processo que se pretende realizar. É estritamente importante definir temporalmente, financeiramente e em termos de recursos humanos o projeto de forma a perspetivar o plano de atividades e após estudo aprová-lo ou alterar alguns pormenores para a aprovação.

Análise interna

- 14 **Entender a situação corrente estudando-a e analisando a informação existente sobre o assunto a realizar o estudo.**

Realizar a descrição pormenorizada do processo que se pretende analisar e descrever os métodos pelos quais serão recolhidos os dados, integração de todos os profissionais na tarefa e desenvolvimento de métodos para facilitar a recolha dos dados.

- 15 **Identificar os fatores críticos de sucesso (FCS) baseados no assunto do benchmarking, objetivo estratégico, competências nucleares e mapas de capacidades.**

Determinar os fatores críticos de sucesso para a realização do benchmarking, tais como: recolha

fiável de dados, forma correta de os obter, meios para facilitação de obtenção de dados.

Determinar o objetivo estratégico da atividade a realizar, as competências que o serviço possui e criação de um mapa de capacidades.

A análise do serviço está presente neste trabalho em relação.

- 17 **Especificar os dados em termos de unidades e intervalos para criar comparações de forma mais facilitada na fase de análise**

A análise dos indicadores será quantitativa, em forma de médias, percentagens e números totais.

- 18 **Mensurar o estado existente do assunto a realizar benchmarking respeitando os FCS/indicadores**

Os fatores críticos de sucesso foram determinados e deverão ser respeitados para a recolha dos indicadores. A metodologia foi definida e nesta etapa é imperativo não fugir ao que foi estabelecido.

- 19 **O assunto é documentado e caracterizado de forma a determinar e compreender a sua capacidade inerente.**

Toda a informação foi recolhida e aos indicadores foram atribuídos valores reais. Estes dados serão usados para a comparação quantitativa após a escolha do parceiro para o benchmarking. A documentação deverá ser aprovada pela administração de forma a

Seleção do parceiro 20 **Identificar as fontes de informação publicada externamente para recolher informação pré-benchmarking. Database interna, database externa, bibliotecas públicas etc.**

Perante a situação de escolha de parceiro, dever-se-á recolher informação sobre a actividade de um suposto grupo de possíveis parceiros e de forma a num futuro passo ser possível após análises destes escolher o parceiro mais indicado.

21 **Identificar os potenciais parceiros de benchmarking baseados nos dados obtidos no passo anterior**

Durante este processo, a equipa de benchmarking analisa toda a informação recolhida após análise dos potenciais candidatos e identifica-os segundo padrões não muito restritos. O Objetivo principal é abordar superficialmente candidatos a parceiros do benchmarking.

22 **Estabelecer os requisitos para a seleção dos parceiros de benchmarking para a caracterização dos graus de relevância que qualquer instituição em particular poderá ter como potencial parceiro de benchmarking.**

Os requisitos estabelecidos deverão abordar várias áreas. Viabilidade financeira, Distância,

			<p>Cultura institucional, Legislação, Modalidades praticadas.</p>
		23	<p>Filtrar a lista de parceiros possíveis comparando os candidatos.</p>
			<p>Este passo é determinante para o resto do processo de benchmarking. Aqui é decidido o parceiro que possivelmente entrará num projeto de período estabelecido e possivelmente longo. Após a escolha do candidato que se apresenta teoricamente mais adequado para o processo, a equipa terá de criar elo de ligação com a instituição parceira.</p>
Actividades benchmarking	pré-	24	<p>Recolher detalhes de baixo nível do parceiro de benchmarking previamente a estabelecer contacto (localização, quando começaram a atividade, número de colaboradores, linha de produção)</p>
			<p>Recolher toda a informação que seja facilmente adquirida sem recorrer ao contacto com a instituição em causa. A informação pode ser recolhida de várias formas, trata-se de informação que normalmente está exposta ou que para a sua recolha apenas envolve comprometimento com experts na área. A recolha de dados sobre os gestores chave, gastos, lucro satisfação do cliente, poderá não estar exposta superficialmente, assim, necessitará para sua recolha contactos com a instituição.</p>
		25	<p>Estabelecer contacto com os parceiros selecionados e obter aceitação da</p>

participação no estudo de benchmarking.

Trata-se de uma etapa muito importante e que poderá ser longa, sofrendo possivelmente retrocessos e avanços em alturas não programadas. O estabelecimento dos contactos deverá ser realizado por parte das chefias administrativas de forma cordial apresentando as vantagens de tal compromisso na realização do estudo. Possivelmente requererá a apresentação “in vivo” do projeto, portanto, a equipa deverá estar preparada para retomar o processo de consciencialização dos objetivos inicialmente propostos e assegurar que o parceiro está convencido com as vantagens do estudo.

- 26 **Realizar uma proposta inicial, que inclui o sujeito, razão de ter selecionado a organização, o que se espera dela, o momento da visita e formato da informação que será partilhada.**

Após o primeiro contacto e demonstração do interesse por parte do potencial parceiro, será realizada a proposta inicial com as informações base para o projeto. Esta informação não deverá ser demasiado técnica mas deverá fornecer uma perspetiva global do que o projeto exigirá no período de realização.

- 27 **Determinar o método de recolha de dados.**

Em consenso com o parceiro do estudo se determinará a metodologia para proceder à

recolha de dados. Serão debatidas a data das visitas da equipa ao local, quem recolhe dados, a forma de recolha, o processo de obtenção e a logística necessária. O processo de recolha de dados poderá seguir o mesmo que foi feito na altura da análise interna. No entanto características individuais do serviço da instituição em causa determinarão flexibilidade da escolha dos processos e métodos.

28 **Validar o método após reunião com vários “experts” incluindo parceiro.**

Após a criação do plano e metodologia para recolha de dados este deverá ser validado por todas as partes integrantes do processo e por “experts” que validarão a sustentabilidade do processo.

29 **Estabelecer um protocolo para realização do estudo de benchmarking e desenvolver um acordo de não-divulgação que explica a informação que será partilhada e definir a ética do benchmarking**

Criar a documentação legal e ética para suportar o estudo.

30 **Preparar para acordo recíproco, no caso do parceiro de benchmarking desejar realizar o benchmark também noutra área.**

Poderá existir o interesse da instituição parceira em realizar o benchmarking noutra área e como forma de bom grado pela aceitação em realizar o benchmarking na área inicialmente proposta,

em retorno dever-se-á considerar uma possível parceria na realização do benchmarking na área desejada.

- 31 **Promover acesso às necessidades de informação, escrever e rever as perguntas, informação necessária e outros detalhes a serem coletados de forma a existir total consenso sobre a informação a ser recolhida.**

Rever tudo o que foi proposto e verificar falhas, possíveis acontecimentos, e todos os detalhes inerentes ao processo.

Benchmarking

- 32 **Realizar estudo que inclui recolher informação através da metodologia definida e visitas para confirmar a eficiência da recolha dos dados**

Durante esta fase de recolha de dados, a equipa terá de proceder à supervisão do processo de forma a confirmar se a metodologia está a ser corretamente praticada. Trata-se de uma fase inicial em que a supervisão é estritamente importante para procurar falhas.

- 33 **Recolher dados com base nos métodos, procedimentos, medidas de mensuração de performance e práticas que são consideradas superiores.**

Segunda fase da recolha dos dados, a mecanização do processo está estabelecida e a maior parte dos problemas que possam surgir são facilmente resolvidos intrinsecamente pelos profissionais que estão no processo.

- 34 **Rotular a informação e dados recolhidos**
- Colocar a informação no seu lugar, e rotular a informação e os dados corretamente.
- Análise da diferença competitiva** 35 **Determinar as diferenças competitivas**
- A partir dos dados obtidos comparar os valores e apresentá-los em forma de gráficos, tabelas ou outra forma que seja de fácil compreensão.
- 36 **Identificação das razões cruciais e as práticas superiores responsáveis pela diferença competitiva.**
- Nesta etapa já considerámos os indicadores onde existem diferenças significativas entre as instituições que mereçam uma abordagem profunda das decisões processuais de gestão das atividades que decorrem no serviço.
- É possível portanto determinar a relação causa/efeito e decifrar as boas práticas e as práticas que devem ser evitadas.
- 37 **Avaliar a natureza das práticas/métodos/procedimentos, catalisadoras para determinar a sua adaptabilidade à cultura da instituição realizando um estudo de viabilidade.**
- As boas práticas foram identificadas perante as consequências nos dados obtidos. Nesta fase, vão ser abordadas mais a fundo e irão se avaliar a sua adaptabilidade ao serviço que não apresenta resultados da mesma ordem. Estas

- práticas superiores têm de ser estudadas de forma a encontrar a sua viabilidade.
- Plano de acção** 38 **Preparar o relatório e comunicar os resultados do benchmarking pela organização e projetar os seus benefícios em termos financeiros e obter compromisso da gestão.**
- Criar um documento de apresentação dos resultados e apresentar às chefias para obter o compromisso na perspetiva de criar mudanças e fornecer o suporte para que tais ocorram naturalmente.
- 39 **Tornar os resultados disponíveis para os parceiros de benchmarking**
- Apresentar os resultados ao parceiro ao mesmo tempo da apresentação às chefias do Hospital.
- 40 **Estabelecer objetivos funcionais**
- Os processos e boas práticas já foram reconhecidos e os ineficientes também. Procura-se portanto nesta fase criar objetivos funcionais para aplicação das boas práticas.
- 41 **Projetar performance futura**
- Previsão de causa/efeito da implementação dos processos descobertos como boas práticas. Os resultados em termos numéricos da aplicação serão debatidos.
- 42 **Desenvolver o plano de ação com as recomendações necessárias e um quadro para sua aplicação.**

- Criar o plano de ação, estruturado temporalmente e com as ativações estabelecidas por hierarquia de prioridade. Criar também um quadro para a sua aplicação.
- 43 **Obter aceitação da gestão e dos colaboradores através compromisso e participação, respetivamente, para implementação de planos de ação.**
- O plano de ação e medidas estabelecidas serão apresentados às chefias para a sua aprovação. A aprovação determinará o sucesso da sua aplicação. Se não forem aprovadas procurar-se-á soluções intermédias.
- Implementação** 44 **Criar prioridades na implementação das diferentes práticas**
- Respeitar as hierarquias de prioridade que foram estabelecidas no plano de ação.
- 45 **Definir a data de implementação e sua conclusão**
- Respeitar o plano de ação e a projeção temporária. Possivelmente ocorrerão desvios temporais na sua aplicação, o que é natural, no entanto, é necessário respeitar o plano dentro dos prazos definidos.
- 46 **Implementar os planos de ação para diminuir a diferença competitiva**
- Entrar em ação e iniciar as novas práticas. Exige-se compromisso e profissionalismo de

forma a abraçar os novos processos.

47 **Fornecer treino para os colaboradores nas novas práticas**

Se as novas práticas apresentarem muitas dificuldades aos profissionais será uma boa opção procurar soluções de forma a treinar os colaboradores para o efeito. No entanto trata-se de processos que possivelmente não requererão treino.

Melhoria contínua

48 **Monitorizar resultados para as ações implementadas**

Reiniciar o processo de análise interna.

49 **Confirmar se o objetivo é alcançado**

O objetivo é alcançado se as novas práticas forem bem aceites e obtiveram resultados superiores aos que antes eram obtidos com as praticas antecedentes e são realmente práticos para a melhoria do serviço.

50 **Recalibrar o benchmark e melhorar continuamente**

Analisar de novo a gap difference e relativizar os ganhos e aproximações entre as instituições em causa.

51 **Assegurar que as melhores práticas são totalmente integradas no processo**

Continuar com a monitorização da implementação das práticas e confirmar a sua utilidade.

52 **Sistema de recompensação para reconhecimento melhoria contínua da equipa de benchmarking e equipa de implementação.**

Recompensar todos os participantes do benchmarking de forma a sustentar a motivação e a cultura de inovação e mudança, eficiência e eficácia.

53 **Atualizar o relatório de benchmarking que fornecerá a informação nas melhores práticas, como foram implementadas na organização que realizou o benchmarking e como foi adaptada na instituição e uma análise comparativa dos benefícios, etc., que irão auxiliar na aprendizagem**

Relatar todo o processo num relatório de forma a servir de aprendizagem para outras ações do mesmo tipo.

54 **Reciclar o processo de benchmarking, realizar novos estudos de benchmarking para novas áreas/processos.**

Iniciar o processo noutras áreas.

7. CRIAÇÃO DOS INDICADORES PARA O BENCHMARKING

7.1 Critérios de aprovação de indicadores

No processo de criação de indicadores, foram tomados em consideração os critérios de Importância, Relevância, Viabilidade, Confiança e Validade.

Os colaboradores que responderam ao questionário avaliando cada indicador a partir dos critérios usando uma escala de Likert de 5 pontos.

Tabela 4 – Critérios pelos quais foram criados os indicadores, adaptado de Veillardet al. (2010)

Importância	Reflete aspectos críticos do funcionamento e da dimensão operacional.
Relevância	Fornece informação que será usada para monitorizar e mensurar durante um extenso período de tempo.
Viabilidade	Os dados necessários estão imediatamente disponíveis ou alcançáveis com razoável esforço.
Confiança	O indicador produz resultados consistentes.
Validade	O indicador é um reflexo verdadeiro da dimensão que é suposto abordar.

A melhoria da performance exige que se combine estratégia, informação sobre performance, alocação dos recursos, incentivos e responsabilidade. (Jha et al. 2003)

Assim, o processo de definição da orientação estratégica a partir de indicadores parte: do estabelecimento de prioridades estratégicas por parte da coordenação, escolha de indicadores chave de performance relacionados com a estratégia com vista o progresso, uso dos indicadores para suportar a alocação de recursos, definir se as melhorias têm o impacto desejado na performance do serviço de MFR de forma a ajustar as estratégias corretamente. (Veillardet al. 2010)

Os indicadores criados seguem ainda a orientação do formato de Balance Scorecard, adaptando a sua estrutura e as dimensões dos processos a serem avaliados. De tal forma foi possível relacionar a estratégia, a medição e responsabilização dos resultados obtidos.

Tabela 5 - Dimensões e Subdimensões dos Indicadores, adaptado de Veillardet al. (2010)

Dimensões dos Processos	Subdimensões dos Processos
Aumentar a disponibilidade de evidências de qualidade elevada	Alocação apropriada de recursos Disponibilidade da evidência Evidência de qualidade elevada
Aumentar o acesso às evidências e recolha para tomada de decisões e responsabilização.	Aumento do acesso à evidência Aumentar a recolha de evidências
Aumento do uso produtivo e apropriada alocação dos recursos no serviço	Alocação apropriada dos recursos para obter “outcomes” excepcionais Uso produtivo de recursos para atingir eficiência financeira
Aumentar o acesso ao serviço	Disponibilidade dos programas do serviço
Aumentar o foco no utente, integração e qualidade do serviço.	Responsabilidade Competência Segurança Continuidade do cuidado Cuidados apropriados Aceitabilidade
Melhoria dos comportamentos através da promoção de saúde e prevenção da doença.	Promoção da Saúde Prevenção de ações prejudiciais.
Melhoria dos outcomes clínicos	Eficiência clínica
Melhoria do “status” de saúde	Condições de saúde Regresso à atividade Bem-estar
Aumentar a sustentabilidade e equidade do serviço de MFR	Financiamento Infraestruturas tecnológicas/capitais Recursos humanos Confiança

7.2 Mapa estratégico para a Fisioterapia do serviço de Medicina Física e Reabilitação

Os indicadores criados vêm no seguimento do mapa estratégico adaptado para a Fisioterapia, como forma de melhoria contínua da performance, eficiência e eficácia dos processos realizados no aumento do Acesso e Equidade ao tratamento de Fisioterapia do Hospital de Braga, abordando ainda o foco no utente e a melhoria do bem-estar do mesmo.

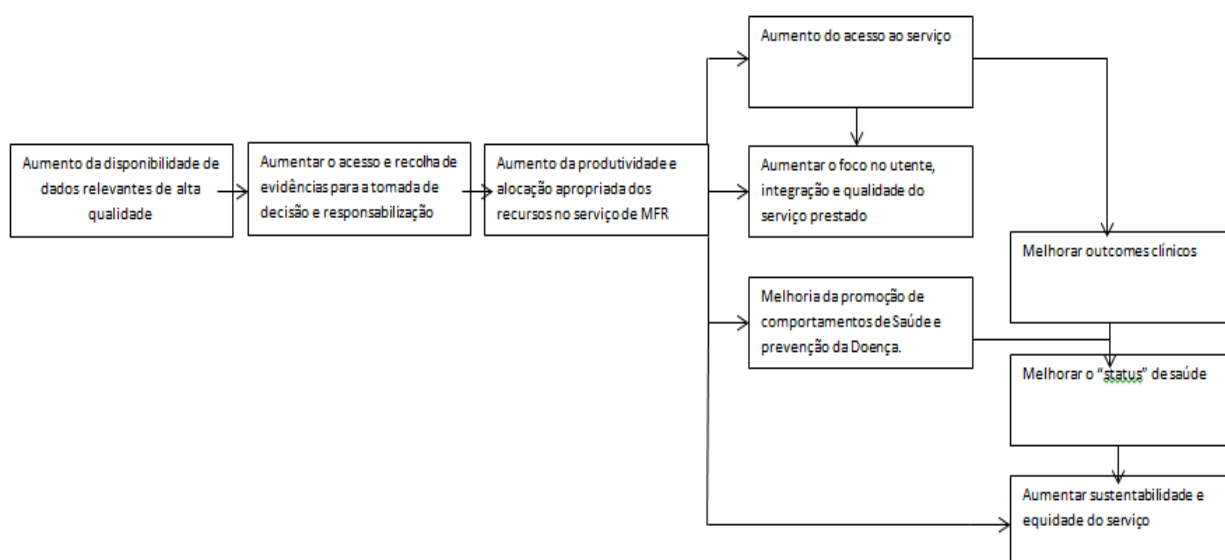


Ilustração 10 - Orientação das actividades do Mapa estratégico criado para o sistema nacional de saúde de Ontário Canadá 2005, para a Fisioterapia do serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital de Braga, adaptado de Veillardet al. (2010)

8. VALIDAÇÃO DOS INDICADORES

O questionário fornecido aos colaboradores do serviço de Medicina Física e Reabilitação pretendeu avaliar numa escala de Likert de 5 pontos, a opinião dos colaboradores do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga sobre os indicadores de processo que serão utilizados para um futuro projeto de Benchmarking em serviços de MFR equivalentes internamente no Grupo Mello Saúde ou com um parceiro externo.

Pretendeu-se que fosse respondido de forma sincera e neutra a todos os itens existentes no questionário.

Utilizaram-se os critérios anteriormente definidos e com base nos critérios que foram apresentados, pediu-se que à pergunta: “considera que o indicador a monitorizar reflete os critérios apresentados?”, assinale-se com um círculo à volta de uma das respostas apresentadas: Totalmente de acordo; de acordo; neutro; discordo; discordo totalmente.

À não colocação de um círculo à volta de uma das respostas considerar-se-á que não tem opinião formada. Utilizaram-se os indicadores anteriormente definidos.

Tendo em consideração a informação transmitida, pretende-se que seja respondido de forma sincera e neutra a todos os itens existentes no questionário.

Os indicadores apresentados foram criados pelo autor do presente trabalho, com colaboração da coordenadora do serviço de MFR e da Fisioterapia. Optou-se pela criação de raiz dos indicadores dado as especificidades do serviço, especificamente da Fisioterapia.

Outra razão apresentada deve-se ao facto de não existirem registos sobre indicadores semelhantes aplicados em serviços de Medicina Física e Reabilitação nomeadamente na Fisioterapia o que impossibilitou a análise da pertinência da sua implementação num futuro modelo de benchmarking a partir de indicadores de processo.

Partiu-se então para a criação de um core set de indicadores de processo que após resposta ao questionário acabaram por ser validados para futura implementação.

Num universo de 13 Fisiatras e 16 Fisioterapeutas, foram questionados 11 Fisiatras e 14 Fisioterapeutas, dos quais obteve-se resposta de 11 Fisiatras e 11 Fisioterapeutas, assim:

- Foram questionados 84,6% dos Fisiatras e 87,5 % dos Fisioterapeutas;

- Obteve-se a resposta de 100% dos Fisiatras questionados e 78,5% dos Fisioterapeutas questionados
- Obteve-se resposta de 84,6% dos Fisiatras e 68,7 % dos Fisioterapeutas.
- 75,8 % dos colaboradores do serviço de MFR (Fisiatras e Fisioterapeutas) presentes na altura em que o questionário foi realizado, colaboraram no Questionário.

Resposta aos questionários:

Tabela 6 - Resposta aos questionários pelos colaboradores (Fisiatras e Fisioterapeutas) do Hospital de Braga

<i>Indicadores Nº</i>	<i>Totalmente de Acordo</i>	<i>De Acordo</i>	<i>Neutro</i>	<i>Discordo</i>	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Sem opinião</i>
1	7	9	4	1	-	1
2	10	11	-	-	-	1
3	8	12	1	-	-	1
4	9	9	3	-	-	1
5	10	10	-	-	-	2
6	10	7	1	3	-	1
7	8	10	3	-	-	1
8	7	12	2	-	-	1
9	8	8	4	1	-	1
10	6	10	3	2	-	1
11	9	11	1	-	-	1
12	11	6	3	1	-	1
13	13	4	2	1	1	1
14	5	9	3	3	2	-
15	8	9	2	2	-	1
16	6	8	5	1	1	1
17	10	7	5	-	-	-
18	10	9	3	-	-	-
19	11	8	3	-	-	-
20	7	6	4	5	-	-
21	9	11	-	1	-	1
22	9	8	2	1	1	1
23	9	9	3	-	1	-
24	8	6	3	3	1	1
25	2	-	-	-	-	-
26	1	1	-	-	-	-
27	1	1	-	-	-	-

Estão assinalados a vermelho os indicadores que foram determinados (após reunião com coordenação do serviço de MFR) indicadores que dizem respeito aos responsáveis do

serviço e Fisioterapia, assim sendo, apenas a coordenadora do serviço de MFR e responsável pela Fisioterapia responderam a estes indicadores.

Tabela 7 - Tabela de Critério de Aprovação de Indicadores

INDICADOR	Percentagem aglomerada de respostas de “Totalmente de Acordo” e “De Acordo”	Critério de 50 % das respostas aglomeradas de “Totalmente de Acordo” e “De Acordo” - APROVADO
1	72,7%	SIM
2	95,5%	SIM
3	90,9%	SIM
4	81,8%	SIM
5	90,9%	SIM
6	77,3%	SIM
7	81,8%	SIM
8	86,4%	SIM
9	72,7%	SIM
10	72,7%	SIM
11	90,9%	SIM
12	77,3%	SIM
13	77,3%	SIM
14	63,6%	SIM
15	77,3%	SIM
16	63,6%	SIM
17	77,3%	SIM
18	86,4%	SIM
19	86,4%	SIM
20	59%	SIM
21	90,9%	SIM
22	77,3%	SIM
23	81,8%	SIM
24	63,6%	SIM
25	100%	SIM
26	100%	SIM
27	100%	SIM

Critério de Aprovação dos Indicadores:

Foi considerado Critério de 50 % das respostas aglomeradas de “Totalmente de Acordo” e “De Acordo” para considerar o indicador de “Aprovado”. Ao optar por uma destas duas escolhas o colaborador está imediatamente a considerar o indicador suportado pelos critérios de criação dos indicadores, assim, “Totalmente de Acordo” e “De Acordo” embora tenham pesos diferentes no nível de concordância são equivalentes na interpretação se considerarmos apenas duas opções (De Acordo, Discordo).

Considerando esta interpretação, foi definido que seria necessário 50% de concordância do indicador por parte dos colaboradores, valor que foi atingido em todos os indicadores.

8. 1 INDICADORES VALIDADOS PARA A FISIOTERAPIA DO SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DE BRAGA

Tabela 8 - Indicadores apresentados aos colaboradores e validados pelos mesmos

Dimensão dos Indicadores	Indicadores
Aumentar a disponibilidade de evidências de qualidade elevada na tomada de decisões na ordem de gestão.	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo em horas de alocação de recursos humanos para o acesso qualitativo de evidência relevante de alta qualidade para tomada de decisões.
Aumentar o acesso às evidências e recolha para tomada de decisões e responsabilização.	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de utentes que sofreram atrasos no acesso ao tratamento. • Percentagem de utentes que segundo as especificações existentes no serviço foram erradamente anunciados na lista de espera como não urgentes ou urgentes. • Percentagem de utentes que sofreu atraso no tratamento por atraso de revalidação de credencial de transporte e/ou erro no preenchimento da mesma. • Número de dias de atraso no acesso ou revalidação de tratamento para cada uma das situações anteriormente referidas • Número de sessões de tratamento de internamento não realizadas devido a reavaliação do utente por parte do médico Fisiatra.(alteração de serviço)
Aumento do uso produtivo e	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo em dias e percentagem de utentes com

<p>apropriada alocação dos recursos no serviço.</p>	<p>atraso de aprovação de tratamento de Fisioterapia após pedido de colaboração. (Leito ou internamento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo em dias e percentagem de utentes com atraso de aprovação de um utente da enfermaria de Medicina Física e Reabilitação para tratamento de Fisioterapia. (Leito ou internamento) • Número de utentes e percentagem de utentes que sofreram atrasos no tratamento devido a limitações especificamente relacionadas com a atividade do Assistente Operacional. • Número de utentes e sessões de tratamentos por utente não realizadas por motivos de intervenções internas hospitalares que ocorreram à hora da sessão. • Número de utentes e de sessões de tratamentos por utente não realizadas por algum motivo associados a logística ou falta de recursos materiais para transporte do utente.
<p>Aumentar o acesso e equidade ao serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio de acesso a tratamento específico para internamento, leito ou ambulatório.
<p>Aumentar o foco no utente, integração e qualidade do serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção de equidade no acesso e qualidade do serviço prestado. (questionário a utentes) • Percentagem de readmissões após alta clínica.

	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de intercorrências no serviço, que envolva o utente e que interferiu com a continuidade de tratamento. • Percentagem de utentes que sofreu substituição de Fisioterapeuta durante o tratamento.
<p>Melhoria dos comportamentos através da promoção de saúde e prevenção da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção do utente de que foi instruído a boas práticas de saúde e prevenção de comportamentos de alto risco. (Questionário a utentes) • Perceção do utente da capacidade do profissional em transmitir adequadamente a informação sobre a lesão/incapacidade que possui. (Questionário a utentes) • Número de atividades realizadas pelo serviço para promoção de saúde e exposição de comportamentos de risco. • Perceção do utente na consideração de que o serviço prestado (Fisiatra e Fisioterapeuta) não foi na sua perceção o melhor que poderiam obter. • Grau de satisfação do utente ao serviço prestado. (Questionário a utentes)
<p>Melhoria dos outcomes clínicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de casos que superaram data de

	<p>previsão de alta clínica definida em reunião disciplinar</p> <ul style="list-style-type: none">• Percentagem de casos que não atingiram alta na data definida na reunião multidisciplinar.
Melhoria do status de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Número de lesões recorrentes de foro ortopédico após alta clínica e sem orientação para clínica convencionada.
Aumentar a sustentabilidade do serviço de MFR	<ul style="list-style-type: none">• Gastos realizados com material.• Alterações na produtividade• Alterações no panorama dos recursos humanos.

8.2 Dimensão dos Indicadores e Indicadores- Descrição

Dimensão do Indicador: Aumentar a disponibilidade de evidências de qualidade elevada em situações de tomada de decisões na ordem de gestão.

Indicador: Tempo em horas de alocação de recursos humanos para o acesso qualitativo de evidência relevante de alta qualidade para tomada de decisões.

Descrição: Com esta dimensão pretende-se monitorizar o tempo despendido para a recolha de bibliografia e dados que suporte a tomada de uma decisão que seja de ordem de gestão e que preveja que crie um impacto considerável no serviço em questão. Propõem-se que aquando de uma iniciativa de estudo do impacto que uma medida tomará se classifique o impacto que a medida irá criar entre Pequeno, Moderado e Grande, considerando que um impacto Moderado ou de Grande Impacto merecerá a recolha de bibliografia para justificar a tomada de decisão. A decisão poderá ser ou não debatida em reunião multidisciplinar ou de profissionais do mesmo grupo (neste caso fisioterapeutas) se assim a coordenação entender.

Metodologia de recolha de dados:

- Em todos os momentos em que se proceda à alocação de recursos humanos para acesso a evidências, esta informação será anotada no documento de recolha de dados especificamente no local do indicador. Anotar o período de tempo que foi despendido.

Dimensão do Indicador: Aumentar o acesso às evidências e recolha de evidências para a tomada de decisões que possibilitem a responsabilização pelos resultados.

Indicador: Percentagem de utentes que sofreram atrasos no acesso ao tratamento.

Descrição: Com este indicador prende-se mensurar o impacto em termos percentuais de todas as ativações que são realizadas no serviço indiscriminadamente que provocam atrasos no acesso do utente ao serviço. Ir-se-

á considerar a data pretendida de tratamento que está presente na prescrição realizada após consulta interna ou de ambulatório e consequente admissão em tratamento de fisioterapia. Como foi referido neste indicador não se discrimina qual o processo que não foi corretamente ativado ou que não é eficaz, de tal forma, é impossível a partir dos dados obtidos determinar se o motivo da não admissão em tratamento foi na recolha das prescrições, atribuição, atraso na abertura de vaga pelo fisioterapeuta, lapso na data de início de atividade, atraso na aprovação ou entrega de credencial de transporte, ou lapso na atribuição da prioridade de tratamento.

Metodologia de recolha de dados:

- Definir o número de utentes tratados mensalmente.
- Analisar todos os pedidos realizados durante o período temporal definido diariamente após entrega da prescrição. Anotar o nome do utente número de processo e a data pretendida.
- Comparar a data de acesso ao tratamento e a data de início de tratamento existente na capa dos convocados.
- Anotar o período de atraso.

Indicador: Percentagem de utentes que segundo as especificações existentes no serviço foram erradamente anunciados na lista de espera como urgentes ou não urgentes.

Descrição: Com a monitorização deste indicador é possível criar automatismos que reduzam a errada categorização dos utentes em urgentes ou não urgentes. Esta medida não permitirá decifrar onde o erro se encontra, se na referenciação pelo médico fisiatra após consulta (baseada em informação fiel ou incorreta), se na interpretação incorreta pelo responsável pela categorização após a referenciação do médico fisiatra, ou algo que se apresente entre os dois processos.

Metodologia de recolha de dados:

- Imediatamente após o reconhecimento do erro, anotar o nome do utente e o número do processo com seguinte identificação do erro.
- Anotar a data pretendida e a data de acesso.

Indicador: Percentagem de utentes que sofreu atraso no tratamento por atraso de revalidação de credencial de transporte e/ou erro no preenchimento da mesma:

Descrição: O indicador em questão é um indicador que reflete um acontecimento que não foi eficiente e que levou ao incumprimento dentro dos prazos estabelecidos de um processo existente. A medida no entanto não discrimina qual dos processo foi ineficiente remetendo a o erro apenas para a questão da eficácia do processo global “credenciais de transporte”, portanto é impossível com esta mensuração determinar se o erro mais comum está no preenchimento “atrasado”, se no processo de comunicação física dos documentos entre o serviço e central de transportes, na hora estabelecida para tal, ou nos processos existentes na central de transportes.

Metodologia de recolha de dados:

- Imediatamente após o reconhecimento do erro, anotar o nome do utente e o número do processo com seguinte identificação do erro.
- Anotar a data pretendida e a data de acesso.

Indicador: Número de dias de atraso no acesso ou revalidação de tratamento para cada uma das situações anteriormente referidas.

Descrição: O indicador em questão fornecerá um valor para cada uma das situações anteriores referidas o que possibilitará criação de médias e também medir o impacto de medidas alternativas nas mesmas.

Metodologia de recolha de dados:

- Anotar o número de dias de atraso para cada indicador.

- Anotar o número de dias de atraso entre finalização de tratamento e reinício de tratamento quando este é interrompido por não continuidade temporal de consulta após 3 dias do fim de sessões.

Indicador: Número de sessões de tratamento não realizadas por transferência de utente de serviço devido a tempo necessário para reavaliação do utente por parte do médico Fisiatra.

Descrição: O indicador em causa fornecerá informação sobre o número de sessões que não são realizadas devido à necessidade de realizar reavaliação do utente pelo médico fisiatra após mudança internamento.

Metodologia de recolha de dados:

- Identificar os casos em que a situação ocorre.
- Contabilizar o número de dias entre a última sessão realizada e a primeira após mudança de internamento.

Dimensão do Indicador: Aumento do uso produtivo e apropriada alocação dos recursos do serviço.

Indicador: Tempo em dias e percentagem de utentes com atraso de aprovação de tratamento de Fisioterapia após pedido de colaboração. (Leito ou internamento)

Descrição: Através deste indicador é possível obter informação sobre se existe aleatoriedade ou preferência na admissão de utentes de outros serviços aquando da colaboração para tratamento de fisioterapia, seja no leito ou por regime de internamento. A redução dos tempos em dias será indicadora da resolução das necessidades imediatas que o organismo hospitalar exige.

Metodologia de recolha de dados:

- Anotar nome, número de processo e data pretendida para tratamento do utente, e início através da capa de convocados, especificamente dos utentes de pedido interno.

Indicador: Tempo em dias e percentagem de utentes com atraso de aprovação de um utente do serviço de MFR para tratamento no serviço de Fisioterapia. (Leito ou internamento)

Descrição: Através deste indicador é possível realizar uma análise comparativa entre os dias de atraso dos utentes noutros serviços e os de MFR tal como o seu peso no total de utentes que sofreram atrasos.

Metodologia de recolha de dados:

- Anotar nome, número de processo e data pretendida para tratamento do utente, e início através da capa de convocados, especificamente dos utentes de pedido interno do serviço de MFR

Indicador: Número de utentes e percentagem de utentes que sofreram atrasos no tratamento por limitação especificamente relacionada com a atividade do Assistente Operacional.

Descrição: Este indicador não reflete em que situação ocorreu a limitação, e se foi de ordem funcional, alocação impropria de AO's considerando as necessidades, limitação de recursos humanos, transmissão errada de informação, interpretação errada de informação, lapso ou falta de profissionalismo. Para a recolha destes dados dever-se-á anotar a cada ocorrência de atraso a responsabilidade do acontecimento e remissão para o AO.

Metodologia de recolha de dados:

- Anotar nome, número de processo e data pretendida para tratamento do utente, e início através da capa de convocados e referir que a causa corresponde aos critérios estabelecidos.

Indicador: Número de sessões de tratamentos por utentes não realizados por motivos de intervenções internas hospitalares que ocorreram à hora da sessão.

Descrição: Com este indicador é nos possível obter informação sobre a atribuição de horário para tratamento a utentes que estão suscetíveis a serem intervencionados durante a hora do tratamento. Possibilitará obter padrões de atuação nas enfermarias para casos específicos e determinar horas ótimas para realização de tratamentos no leito e tratamentos no regime de internamento. Este indicador não nos fornece no entanto uma discriminação das intervenções que podem ser obstáculos para o tratamento do utente (ex., hora de alimentação, pequenas cirurgias no internamento, alteração de posicionamento de cateter, hora de levantes, intervenções de enfermagem, entre outras.).Uma vertente do indicador pode ser criada se recolhermos a justificação da não realização do tratamento, fornecendo ainda uma informação sobre a possível melhoria dos contactos entre serviço de fisioterapia e enfermarias se o número de sessões não justificadas antecipadamente diminuir. Para tal acontecer deverá existir após o aviso de tratamento por parte do serviço de fisioterapia com a enfermaria um consentimento de que a qualquer ocorrência seria lançado aviso para o serviço de fisioterapia. Não se deverão tomar conclusões precipitadas dos valores obtidos dado que em muitas situações a alocação de recursos humanos para tratamento no leito são realizados a horas que impossibilitam (por limitação de marquesas no serviço) em horas consideradas de ponta mais tratamentos no espaço físico de MFR para tratamento de fisioterapia, levando a que possivelmente haja “overlapping” entre os tratamentos no leito e as horas em que ocorrem mais intervenções nas enfermarias.

Metodologia de recolha de dados

- Anotar nome, número de processo e calcular número de sessões, referir que a causa corresponde aos critérios estabelecidos.

Indicador: Número de tratamentos não realizados por algum motivo associados à logística ou falta de meios para transporte de utente.

Descrição: Este indicador abrange situações como falta de cadeiras para transporte de utentes nas enfermarias em situações extraordinárias, falta de fardas, luvas ou máscaras para proteção para a realização do tratamento na enfermaria (regime leito) ou outra situação em particular. A informação que se obtêm poderá não ser da responsabilidade do serviço de Medicina Física e Reabilitação, no entanto é extremamente importante para retirar responsabilidades de processos de gestão nestes acontecimentos.

Metodologia de recolha de dados

- Anotar nome, número de processo e calcular número de sessões, referir que a causa corresponde aos critérios estabelecidos.

Dimensão do Indicador: Aumentar o acesso ao serviço

Indicador: Tempo médio de acesso a tratamento específico para internamento, leito ou ambulatório

Descrição: Este indicador fornece uma visão geral sobre o acesso dos utentes ao serviço de fisioterapia seja em todas as modalidades de internamento. É ainda possível através destes dados recolher informação específica do acesso para um regime de tratamento em foco.

Metodologia de recolha de dados

- Anotar de todos os utentes durante o período de estudo considerado, a data pretendida para tratamento e a data de acesso, sofrendo atraso ou não. (anotar o regime)

Dimensão do Indicador: Aumentar o foco no utente, integração e qualidade percebida

Nota: *Para a realização da recolha de dados é obrigatoriamente necessário usar um questionário específico para o utente.*

Indicador: Perceção de equidade no acesso e qualidade do serviço prestado.

Descrição: Através da resposta a perguntas específicas sobre a opinião do utente sobre o serviço que estarão presentes no questionário ao utente, é possível obter informação sobre a perceção de qualidade do serviço prestado e se considera que existe equidade no acesso ao tratamento, considerando a sua situação pessoal e outras percecionadas.

Metodologia de recolha de dados:

- Recolher os dados relativos às respostas do questionário que se enquadram no indicador.

Indicador: Percentagem de readmissões após alta clínica.

Descrição: O indicador em questão fornece-nos informação sobre o peso dos utentes que reintegram o serviço de fisioterapia após alta clínica no total de utentes tratados, este indicador não considera em que situações esta reintegração ocorre ou qual o motivo da mesma, não sendo portanto explicadora dessas ativações.

Metodologia de recolha de dados:

- Recolher o nome e número de processo dos utentes em que esta situação ocorre.
- Exige comprometimento total da Fisioterapia para identificar os casos.

Indicador: Percentagem de intercorrências no serviço, que envolva o utente e que interferiu com a continuidade de tratamento.

Descrição: O indicador engloba um conjunto de acontecimentos como: quedas, 3 faltas consecutivas, queixas ao serviço, alteração da disponibilidade do horário e término da credencial de transporte. Este indicador não demonstrará qual a situação que ocorreu.

Metodologia de recolha de dados:

- Recolher o nome e número de processo dos utentes em que esta situação ocorre e o acontecimento.

Indicador: Percentagem de utentes que sofreu substituição de Fisioterapeuta durante o tratamento

Descrição: O indicador aborda um acontecimento que ocorre em situações de férias e alocação de fisioterapeuta ou fisiatra para horários ou funções alternativas. A ocorrência desta situação pode alterar a perceção do utente sobre a qualidade do serviço que lhe está a ser prestado, melhorando ou piorando essa perspectiva sobre o serviço prestado. É portanto pertinente mensurar estes acontecimentos de forma a reduzir a frequência das substituições por antecipação das necessidades.

Metodologia de recolha de dados:

- Recolher o nome e número de processo dos utentes em que esta situação ocorre imediatamente após a substituição.

Dimensão do Indicador: Melhoria de comportamentos através da promoção de saúde e prevenção da doença.

Nota: Alguns dos resultados dos indicadores terão de ser necessariamente obtidos por questionário ao utente.

Indicador: Perceção do utente de que foi instruído a boas práticas de saúde e prevenção de comportamentos de alto risco por parte do Fisiatra e Fisioterapeuta.

Descrição: Com este indicador pretende-se obter a informação de se o utente tem a perceção que recebeu conselhos sobre efeitos de práticas nocivas para a sua condição e quais atitudes a ter em consideração dado a sua situação de forma a facilitar a reabilitação. Resultados considerados não excepcionais levarão a ter em conta a tomada de decisões para aumentar a instrução do utente.

Metodologia de recolha de dados:

- Recolher os dados relativos às respostas do questionário que se enquadram no indicador.

Indicador: Perceção do utente da capacidade do Fisiatra e Fisioterapeuta em transmitir adequadamente a informação sobre a lesão/incapacidade que possui.

Descrição: É pretendido descobrir se o utente percebe que a informação sobre a sua lesão/incapacidade lhe foi transmitida.

Metodologia de recolha de dados:

- Recolher os dados relativos às respostas do questionário que se enquadram no indicador.

Indicador: Número de atividades realizadas pelo serviço para promoção de saúde e exposição de comportamentos de risco.

Descrição: Este indicador quantifica o número de atividades realizadas ao público em geral com o intuito de promover a saúde e exposição de comportamentos de risco.

Metodologia de recolha de dados:

- Numerar a quantidade de atividades realizadas referentes ao indicador.

Indicador: Número de utentes que consideram que o serviço prestado (Fisiatra e Fisioterapeuta) não foi na sua perceção o melhor que poderiam obter.

Descrição: Com este indicador pretende-se obter informação sobre o número de utentes que não consideram que obtiveram o melhor serviço que poderiam ter recebido. Tal como todos os indicadores que se referem a perceção do utente, não se retira imediatamente que o serviço não foi o mais adequado ou de qualidade insatisfatória, apenas se procura obter informação se o utente entende que está a receber um serviço de qualidade. Se os valores forem elevados então

procurar-se-á implementar medidas que promovam uma melhor interação e comunicação com o utente de forma a aumentar os graus de perceção de serviço excecional.

Metodologia de recolha de dados:

- Recolher os dados relativos às respostas do questionário que se enquadram no indicador.

Indicador: Grau de satisfação do utente ao serviço prestado.

Descrição: O grau de satisfação do utente estará medido numa escala e determinará a sua satisfação pelo serviço na globalidade.

Metodologia de recolha de dados:

- Recolher os dados relativos às respostas do questionário que se enquadram no indicador.

Dimensão do Indicador: Melhoria dos outcomes clínicos:

Indicador: Percentagem de casos que superaram previsões de data de alta clínica definida em reunião disciplinar.

Descrição: O indicador em questão permitirá ter uma imagem dos casos em que o utente obteve alta clínica precocemente à estabelecida durante a reunião multidisciplinar. Apesar de imediatamente transmitir que o tratamento foi realmente de eficácia superior á esperada, não é possível tirar este tipo de conclusões, dado que a evolução do utente pode ter sido subestimada. Noutro tipo de situação existe a possibilidade de que a evolução clínica esteja dentro de um percentil marginal.

Metodologia de recolha de dados:

- Numerar a quantidade de situações referentes ao indicador, obter informação sobre em que condição ocorreram.
- Exige que a Fisiatria defina a evolução do utente como não esperada.

Indicador: Percentagem de casos que não atingiram alta na data definida na reunião multidisciplinar

Descrição: Tal como no indicador anterior, este indicador não avalia o tratamento realizado dado que este o indicador em questão depende inicialmente de uma análise estatística da evolução de casos semelhantes, assim permanecem as questões de onde surge a discrepância entre o estimado e o atingido, se na previsão inicial, se na ineficácia do tratamento, ou se se trata de um caso de percentil marginal.

Metodologia de recolha de dados:

- Numerar a quantidade de situações referentes ao indicador, obter informação sobre em que condição ocorreram.
- Exige que a Fisiatria defina a evolução do utente como não esperada.

Dimensão do Indicador: Melhoria do *status* de saúde

Indicador: Número de utentes com lesões recorrentes de foro ortopédico após alta clínica e sem orientação para clínica convencionada.

Descrição: O indicador reflete um retrocesso na Saúde do utente, não referenciado, no entanto, qual a causa do retrocesso. O Sistema Nacional de Saúde tem como objetivo tornar o utente que está em reabilitação, funcional para retornar às suas funções profissionais ou estudantis. A função social do SNS tem um papel fortemente económico porque a reabilitação rápida, eficiente e eficaz do utente traz retorno financeiro ao Estado. A escolha do indicador de foro ortopédico dá-se porque seria necessário mensurar um tipo de lesão que se pode considerar de alta definitiva após o término de sessões aquando a inexistência de orientação para clínica convencionada. O retorno ao serviço após lesão recorrente não exhibe diretamente erro médico ou tratamento ineficaz no entanto a diminuição deste número poderá espelhar uma melhoria do *status* de saúde

geral e de que forma este poderá ser ou não afetado por condicionantes internas do serviço ou externas ao serviço.

Metodologia de recolha de dados:

- Numerar a quantidade de situações referentes ao indicador, obter informação sobre em que condição ocorreram.
- Exige comprometimento total da Fisioterapia para identificar os casos.

Dimensão do Indicador: Aumenta a sustentabilidade e equidade do serviço de MFR.

Indicador: Gastos realizados com material.

Descrição: O indicador é um indicador direto dos gastos que foram realizados durante o período que se pretende analisar. Estes deverão ser sempre correlacionados com a produtividade, outcomes clínicos, satisfação dos colaboradores e satisfação do utente e nunca deverão ser analisados individualmente, tal como, decisões a partir destes.

Metodologia de recolha de dados:

- Apontar os gastos referentes ao indicador e obter informação sobre em que condição ocorreram.

Indicador: Alterações na produtividade.

Descrição: Tal como o indicador anterior, as alterações de produtividade não deverão ser analisados independentemente de outros indicadores como os referidos no indicador anterior, é ainda imprescindível ter em consideração período de férias, doença e outras situações excecionais que alterem a dinâmica dos recursos humanos existentes.

Metodologia de recolha de dados:

- Numerar a quantidade de situações referentes ao indicador e obter informação sobre em que condição ocorreram.

Indicador: Alterações no panorama dos recursos humanos.

Descrição: É um indicador quantitativo e espera-se que a qualquer alteração do panorama (entrada de novos colaboradores, saída de colaboradores, férias ou doença) se anote a alteração e a descrição do acontecimento. Será um indicador de base para se cruzado com outros indicadores.

Metodologia de recolha de dados:

- Numerar a quantidade de situações referentes ao indicador e obter informação sobre em que condição ocorreram.

9. OBJETIVOS OPERACIONAIS

A operação deverá durar 12 meses.

Objetivo: Formação de equipa

Plano de ação: Formação de uma equipa composta por 2 elementos. Escolher o líder da equipa.

O objetivo pretende ser alcançado no máximo em **2 semanas**.

- Ação 1: Envio de propostas não-oficiais aos elementos pretendidos, por e-mail, carta , ou telefonema informal.
- Ação 2: Envio de propostas oficiais aos elementos pretendidos.
- Ação 3: Entrega da proposta aceite e assinada pelos elementos pretendidos aos recursos humanos para oficializar o pedido.

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

O controlo da obtenção do objetivo será efetuado através de diferentes ações que decorrerão dentro de determinados períodos.

- Indicador 1 – Número de elementos contactados
- Indicador 2 - Número de propostas oficiais enviadas.
- Indicador 3 – Tempo despendido para a realização do processo.

Custos de operacionalização:

Tabela 9 - Objetivo 1

Objetivo 1		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Envio de propostas não-oficiais aos elementos pretendidos, por e-mail, carta ou telefonema informal.
2	Residual	Envio de propostas oficiais aos elementos pretendidos.
3	Residual	Entrega da proposta aceite e assinada pelos elementos pretendidos aos recursos humanos para oficializar o pedido.

Objetivo: Identificação do assunto

A fase durará no máximo **1 semana**, dado que os passos já foram realizados no presente trabalho, assim o objetivo é criar uma revisão do proposto.

Plano de ação:

- Ação1: Revisão de todos os passos da fase.

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

- Número de passos alterações que foram realizados para finalizar documento.
Periodicidade diária

Custos de operacionalização:

Tabela 10 - Objetivo 2

Objetivo 2		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Revisão de todos os passos da fase.

Objetivo: Validação do utente

Duração máxima de **1 semana**, ter consciência da existência de burocracia que possa atrasar o processo.

Plano de ação:

- Ação 1: Validação do assunto pela Comissão de Ética. Criação de documentação para o efeito.

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

- Indicador 1: Documentos enviados para realizar a aprovação pela Comissão de Ética. Periodicidade diária

Ações de Correção:

- Rever continuamente os critérios necessários para a aprovação da documentação e se tudo está perante os conformes antes de enviar a documentação para prevenir retornos.

Custos de operacionalização:

Tabela 11 - Objetivo 3

Objetivo 3		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Validação do assunto pela Comissão de Ética

Objectivo: Validação da gestão

Duração máxima de **1 semana**, possivelmente a marcação do dia de apresentação seja o mais difícil de concretizar.

Plano de ação:

- Ação 1: Apresentação da evolução do projeto às chefias de forma a obter comprometimento total. Esta apresentação poderá se in vivo ou pela forma de documento. Já estará presente informação sobre todos os recursos necessário, em termos temporais, financeiros e humanos.

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

- Criação do documento ou ficheiro da apresentação. Periodicidade diária.

Custos de operacionalização:

Tabela 12 - Objetivo 4

Objetivo 4		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Apresentação da evolução do projeto às chefias.

Objectivo: Análise interna

O processo durará **3 meses**. Setembro, Outubro, Novembro.

Plano de ação:

- Ação 1: Iniciar a análise dos processos dos quais os indicadores estão dependentes e recolha dos dados. O processo de recolha está descrito na descrição dos indicadores.
- Ação 2: Definir atributos aos dados recolhidos e fazer análise estatística dos valores obtidos

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

- Confirmar diariamente os registos dos dados e definição de atributos.
- Confirmar diariamente os processo de recolha de dados.

Ações de Correção:

- Se os processos de recolha de dados e a atribuição não estiverem a ser praticados corretamente deve-se imediatamente atuar no sentido de analisar a causa da mal prática e resolver o processo.

Custos de operacionalização:

Tabela 13 - Objectivo 5

Objectivo 5		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Iniciar a análise dos processos dos quais os indicadores estão dependentes e recolha dos dados.
2	Residual	Atribuir atributos aos dados recolhidos e fazer análise estatística dos valores obtidos

Objetivo: Seleção do parceiro

O processo deverá ter uma duração de 2 semanas.

Plano de Ação:

- Ação 1: Realizar um documento com a informação de possíveis candidatos à parceria. Seguir os passos indicados no processo de benchmarking.
- Ação 2: Filtrar candidatos segundo critérios indicados.

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

- Analisar diariamente a evolução do documento.

Custos de operacionalização:

Tabela 14 - Objetivo 6

Objetivo 6		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Realizar um documento com a informação de possíveis candidatos à parceria. Seguir os passos indicados no processo de benchmarking.
2	Residual	Filtrar candidatos segundo critérios indicados.

Objetivo: Atividades pré-benchmarking

Duração prevista de 1 mês.

Plano de ação:

- Ação 1: Recolher dados sobre os parceiros a contactar
- Ação 2: Contactar o possível parceiro (seguir passos indicados), realizar proposta.
- Ação 3: Determinar o método de recolha de dados
- Ação 4: Realizar protocolo.

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

- Rever diariamente avanços e recuos.

Custos de operacionalização:

Tabela 15 - Objetivo 7

Objetivo 7		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Recolher dados sobre os parceiros a contactar
2	Residual	Contactar o possível parceiro (seguir passos indicados), realizar proposta.
3	Residual	Determinar o método de recolha de dados
4	Residual	Realizar protocolo.

Objetivo: Benchmarking

Esta fase tem duração de 3 meses.

Plano de ação:

- Ação 1: Realizar visitas ao local e conhecer processos. (2 Visitas)
- Ação 2: Identificar se os métodos de recolha de dados realizados na Fase “Análise Interna” são os adequados para a recolha.
- Ação 3: Iniciar a recolha de dados. (Equipa reúne dados mensalmente, 3 visitas)
- Ação 4: Rotular dados.

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

- Número de visitas ao local.
- Aprovação do plano de recolha de dados.

Ações de Correção:

- Existindo dúvidas ou complicações na recolha dos dados realizar visita extraordinária e auxiliar no processo.

Custos de operacionalização:

- Cada visita deverá ter um gasto de 250 euros no máximo.

Tabela 16 - Objetivo 8

Objetivo 8		
Ação	Custos	Descrição
1	2 Visitas (local é indefinido, definir a viagem e estadia)	Realizar visitas ao local e conhecer processos.

2	Residual	Identificar se os métodos de recolha de dados realizados na Fase “Análise Interna” são os adequados para a recolha.
3	3 Visitas (local é indefinido, definir a viagem e estadia)	Iniciar a recolha de dados.
4	Residual	Rotular dados.

Objetivo: Análise da diferença competitiva

Tempo previsto de 1 mês

Plano de ação:

- Ação 1: Comparar valores obtidos.
- Ação 2: Identificar razões da diferença. Identificar processos diferenciadores, boas práticas e aplicabilidade.
- Ação 3: Projetar ganhos e benefícios, obter compromisso da gestão, estabelecer objetivos e desenvolver plano ação.

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

- Analisar diariamente evolução das ações. Realização de tarefas estabelecidas diariamente.

Custos de operacionalização:

Tabela 17 - Objetivo 9

Objetivo 9		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Comparar valores obtidos.
2	Residual	Identificar razões da diferença. Identificar processos diferenciadores, boas práticas e aplicabilidade.

Objetivo: Planos de Ação

Tempo previsto de 2 semanas.

Plano de ação:

- Ação 1: Projetar ganhos e benefícios, obter compromisso da gestão, estabelecer objetivos e desenvolver plano ação.

Indicadores de Controlo e sua Periodicidade:

- Analisar diariamente evolução das ações. Realização de tarefas estabelecidas diariamente.

Custos de operacionalização:

Tabela 18 - Objetivo 10

Objetivo 10		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Projetar ganhos e benefícios, obter compromisso da gestão, estabelecer objetivos e desenvolver plano acção.

Objetivo: Implementação

Tempo previsto de 2 semanas

Plano de ação:

- Ação 1: Definir prioridades e data de implementação

Custos de operacionalização:

Tabela 19 - Objetivo 11

Objetivo 11		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Definir prioridades e data de implementação

Objetivo: Melhoria Contínua

Não existe previsão temporal.

Plano de ação:

- Ação 1 :Monitorizar, avaliar resultados, Recalibrarbenchmark e atualizar o relatório de benchmarking.

Custos de operacionalização:

Tabela 20 - Objetivo 12

Objetivo 12		
Ação	Custos	Descrição
1	Residual	Monitorizar, avaliar resultados, recalibrarbenchmark e actualizar o relatório de benchmarking

10. CALENDARIZAÇÃO

Tabela 21 - Calendarização

Tempo (meses)	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
Atividades												
Formação da equipa												
Validação do assunto												
Validação da gestão												
Análise Interna												
Seleção do parceiro												
Actividades pré-benchmarking												
Benchmarking												
Análise da diferença competitiva												
Planos de Acção												

11. CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi de criar um modelo de Benchmarking centrado todos os esforços na análise de processos que são determinados pela gestão e como afetam o Acesso e Equidade na amissão de um utente no serviço de Fisioterapia de MFR.

A abordagem que foi aplicada é original e não é muito comum, isto porque, normalmente é realizado Benchmarking clínico quando surge a necessidade de criar laços para o Benchmarking entre instituições.

Os indicadores criados não se apresentam nessa perspetiva, estes preocupam-se em analisar não os resultados clínicos resultantes da performance, mas dos processos que afetam tanto a nível de Acesso e Equidade mas indiretamente a performance e os resultados clínicos.

Falamos portanto neste trabalho da base de suporte do funcionamento do serviço de Fisioterapia de MFR do HB, que é a estruturação dos processos que permitem a realização da terapêutica.

O trabalho não apresenta formas de otimizar os processos que ditam o bom funcionamento do serviço (está inerente ao método de Benchmarking a comparação de processos e descoberta e ou aplicação de boas práticas), nem tanto, formas de melhorar a performance, apresenta no entanto um modelo que potencializará a descoberta e aplicação das boas práticas resultantes dos Benchmarks.

É possível através de um modelo de Benchmarking, encontrar os processos que aumentam a eficiência (redução de custos ou otimização de atividades) da utilização dos recursos e que conseguem atingir resultados eficazes (redução do atraso no Acesso e aumento da Equidade).

As considerações obtidas após aplicação de ativações de Benchmarking poderão levar a redução de gastos e aproveitamento otimizado dos recursos, que levará a redução de custos de funcionamento e orientação estratégica para o lucro.

Assim concluímos:

1. O Benchmarking é uma ferramenta útil na avaliação de uma unidade de Fisioterapia a nível operacional, criando elo entre os níveis táticos e estratégicos.
2. O Benchmarking estimula uma unidade de saúde a melhorar desempenho e alterar uma cultura de estagnação para uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua.
3. O Benchmarking para ser realizado necessita de investimento e comprometimento total das chefias.
4. Não são necessários recursos financeiros ou humanos elevados para levar avante uma prática de Benchmarking.
5. O Benchmarking pode ser usado para comparar várias actividades.
6. O Benchmarking de processos de gestão poderá potenciar a redução de lista de espera, o atraso no Acesso ao serviço e fomentar a Equidade do SNS no serviço de Fisioterapia do Hospital de Braga.

No processo de criação de indicadores, foram tomados em consideração os critérios de Importância, Relevância, Viabilidade, Confiança e Validade de forma a suportar bibliograficamente os indicadores criados.

Os indicadores apresentados foram criados pelo autor do presente trabalho, com colaboração da coordenadora do serviço de MFR e da Fisioterapia. Optou-se pela criação de raiz dos indicadores dado as especificidades do serviço, especificamente da Fisioterapia.

Outra razão apresentada deve-se ao facto de não existirem registos sobre indicadores semelhantes aplicados em serviços de Medicina Física e Reabilitação nomeadamente na Fisioterapia o que impossibilitou a análise da pertinência da sua implementação num futuro modelo de benchmarking a partir de indicadores de processo.

Partiu-se então para a criação de um core set de indicadores de processo que após resposta ao questionário acabaram por ser validados para futura implementação.

A validação dos indicadores por 75,8% dos colaboradores (Fisiatras e Fisioterapeutas) do serviço de Medicina Física e Reabilitação é uma validação suportada, tendo em consideração que obteve-se a resposta de 100% dos Fisiatras questionados e 78,5% dos

Fisioterapeutas questionados. O que demonstra um interesse acrescido dos profissionais nos temas abordados, como aumento da eficiência, eficácia e melhoria contínua.

Não existem certezas sobre se algum indicador ficou de ser criado, dado que não se abriu espaço a sugestões nos questionários. A proximidade da data de entrega do trabalho e as dificuldades confrontadas para aprovar o questionário no Hospital de Braga acabaram por limitar o processo de criação de indicadores, no entanto, apesar destas limitações os resultados obtidos são extremamente satisfatórios dos 27 indicadores propostos 27 foram aprovados. O questionário apresentado é de resposta anónima o que impossibilitou considerações e busca por convergências nas respostas entre Fisiatras e Fisioterapeutas.

Foi considerado Critério de 50 % das respostas aglomeradas de “Totalmente de Acordo” e “De Acordo” para considerar o indicador de “Aprovado”. Ao optar por uma destas duas escolhas o colaborador está imediatamente a considerar o indicador suportado pelos critérios de criação dos indicadores, “Totalmente de Acordo” e “De Acordo” embora tenham pesos diferentes no nível de concordância são equivalentes na interpretação se considerarmos apenas duas opções (De Acordo, Discordo). Considerando esta interpretação, foi definido que seria necessário 50% de concordância do indicador por parte dos colaboradores, valor que foi atingido em todos os indicadores. O valor percentual foi escolhido segundo a interpretação do termo Maioria e segundo esta definição pode-se dizer que a maioria aprovou (considerou os indicadores suportados pelos critérios apresentados) todos os indicadores.

Para os indicadores 25, 26 e 27, apenas foram considerados os colaboradores com cargo de chefia. Assim apenas 2 questionários apresentaram os indicadores sugeridos. Esta decisão foi tomada após reunião com a coordenação do serviço e estudo dos questionários, na qual decidiu-se que os temas abordados apenas diziam respeito aos elementos com cargos de chefia. Esta decisão foi tomada de forma relevar a opinião dos elementos em cargos de responsabilidade nos indicadores aos quais dizem respeito (dados que só estes elementos têm acesso).

A calendarização e o investimento a realizar por objetivo e global, não podem ser vistos como completamente estáveis. As dificuldades que espontaneamente podem surgir atrasarão o processo e tornarão o processo mais dispendioso (tal como o local onde o parceiro de Benchmarking se localiza). A apresentação destas datas e valores permitem,

no entanto, prever os períodos e valores possivelmente necessários para realizar o processo.

Para o sucesso do Benchmarking é necessário escolher muito bem o parceiro da atividade, os parceiros deverão ser necessariamente muito equivalentes, tanto nas atividades internas mas como na envolvente externa em que se integram.

A componente sociopolítica não é muito relevante, mas os aspetos de acesso dos utentes de um sistema nacional de saúde (de outro país) aos serviços hospitalares e especificamente Fisioterapia são relevantes para determinar a homogenia dos parceiros.

Apesar de existirem muitos fatores que deverão ser estudados para determinar a escolha do parceiro, considera-se o modelo criado flexível a alterações, bem como os indicadores criados.

Na construção de um modelo de Benchmarking e na construção de Indicadores que o irão suportar é extremamente importante ter em consideração a possibilidade de alteração de parâmetros a analisar e de passos a seguir, assim, o presente trabalho não se esgota a ele próprio na incapacidade de encontrar um parceiro 100% equivalente à Fisioterapia do Hospital de Braga.

Este trabalho lança bases para futuras considerações acerca do que se pode ou não comparar, do que é relevante ou não nas comparações e qual o posicionamento em relação aos processos que são aplicados da Fisioterapia do Hospital de Braga, portanto, lança bases para consciencialização do aumento da eficiência dos processos, mudança e melhoria contínua, que diretamente ou indiretamente promoverá a melhoria do bem-estar do utente, e uso apropriado de recursos.

12. BIBLIOGRAFIA

Anand, G. and Rambabu K. (2008): Benchmarking the benchmarking models: *Benchmarking An International Journal*, Vol.15 (3), 257-291

Anderson, K. and McAdam, R. (2004): A critique of benchmarking and performance measurement – lead or lag? : *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 11(5), 465-83.

Asch, S., McGlynn E. Hogan M., Hayward R., Shekelle P., Rubenstein L., Keesey J., Adams J. and Kerr E. (2004): “Comparison of Care for Patients in the Veterans Health Administration and Patients in a National Sample.” *Annals of Internal Medicine* 141(12): 938–45.

Ballard D. (2003): Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system. *International Journal of Quality Health Care*. Vol.1(15): 13-23

Barnsley J., Berta W., Cockerill R., MacPhail J., Vayda E. (2005): Identifying performance indicators for family practice. Assessing levels of consensus. *Canadian Family Physician*. Vol. 1(51):700-7

Bevan G. and Hood C. (2006): Have Targets Improved Performance in the English NHS? *British Medical Journal* Vol.332(7538): 419–22.

Brown H. (2003): Managed care and technical efficiency. *Health Economics*; Vol. 1 (12):149-158

Burns AS., Yee J., Flett H., Guy K., Cournoyea N. (2012): Impact of benchmarking and clinical decision making tools on rehabilitation length of stay following spinal cord injury. *International Spinal Cord Society*, Vol. 51(2): 165-9

Camp, R. (1989), Benchmarking: The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance, Milwaukee, WI, *ASQC Quality Press*

Camp R.(1995): *Business Process Benchmarking: Finding and Implementing Best Practices*, Milwaukee, WI, *ASQC Quality Press*

Christensen C., Grossman J., Hwang J. (2009): *The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care United States of America*: New York McGraw-Hill

Collins T, Rossetti, M., Nachtmann, H. and Oldham, J. (2006): The use of multi-attribute utility theory to determine the overall best-in-class performer in a benchmarking study, *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 13 (4): 431-46.

Colton, D. (2008): Leadership's and program's role in organizational and cultural change to reduce seclusions and Restraints, Washington, DC. *Child Welfare League of America*.

David C.(2007): Strategies for implementing performance Measurement in Behavioral Healthcare Organizations. *Journal of Healthcare Management*: Vol. 9 (3):301-316

Dassow P.(2007): Measuring performance in primary care: what patient outcome indicators do physicians value? *Journal of the American Board of Family Medicine*; Vol. 20(1):1-8

Davies H., Lampel J.(1998): Trust in performance indicators? *Quality and Safety in Health Care* ; Vol. 3, (7):159-162

Dorsch, J. and Yasin, M.(1998): A framework for benchmarking in the public sector – literature review and directions for future research, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 11,(2/3): 91-115.

Drew, S..(1997), From knowledge to action: the impact of benchmarking on organizational performance, *Long Range Planning*, Vol. 30,(3): 427-41.

Enderby P., John A., Hughes A., Petheram B. (2000): *British Journal of Clinical Governance*, Vol. 5, (2): 86-92

EUROSTAT - Statisticsdatabase. [Em linha]. 2013. [Consultado a 22-03-2013]. Disponível em URL:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.

Giraldes M.(2008):Eficiência versus qualidade no Serviço Nacional de Saúde, Metodologias de Avaliação, *Acta MedPort*. Vol.21(5):397-410

Giuffrida A., Gravelle H., Roland M.(1999): Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *Business Management Journal*, Vol. 3, (19):94-8

Herzlinger R.(1999): Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry, Reading Massachusetts *Perseus Books Group*.

Jacobs R., Martin S., Goddard M., Gravelle H., Smith P.(2006): Exploring the determinants of NHS performance ratings: lessons for performance assessment systems. *Journal of Health Service Research Policy*; Vol. 11(4):211-7

Jarrar Y. andZairi M.(2001): Future trends in benchmarking for competitive advantage – a global survey, *Proceedings of the 6th TQM World Congress*, St Petersburg, Russia, Vol. 10 (2): 74-81.

Jha, A.,Perlin J.,Kizer K. and Dudley R. (2003): Effect of the Transformation of the Veterans Affairs Healthcare System on the Quality of Care.*New England Journal of Medicine*. Vol. 348(22): 2218–27.

Van Peurseem K., Pratt M., Lawrence S. (1995): “Health Management performance: A review of measures and indicators”, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 8 (5) 35-70

Kaplan, R. and Norton D.(2005):The Office of Strategy Management.*Harvard Business Review*. Vol.73(10): 72-80.

Kaplan R. and Norton D.(2006): How to Implement a New Strategy without Disrupting Your Organization. *Harvard Business Review*. Vol.84(3): 100–9.

Khang Y., Lynch J., Kaplan G. (2005): Impact of Economic Crisis on Cause-Specific Mortality in South Korea. *International Journal of Epidemiology*.Vol. 13(34):1291–301.

Kizer, K.(1999). The ‘New VA’: A National Laboratory for Health Care Quality Management.*American Journal of Medical Quality*. Vol.14(1): 3–20.

Korpela, J. and Tuominen, M. (1996): Benchmarking logistics performance with an application of analytic hierarchy process.*IEEE Transaction on EngineeringManagement*.Vol. 43(3), 323-33.

Kumar, A., Antony, J. and Dhakar, T.(2006): Integrating quality function deployment and benchmarking to achieve greater profitability. *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 13 (3), 290-310.

Lent W., Relinde B., Wim H. (2010): International benchmarking of specialty hospitals. A series of case studies on comprehensive cancer centers. *Biomedical Center Health Services Research*, Vol.10 (253), 1472-6963

Lomas, J. (2003) :Health Services Research: More Lessons from Kaizer Permanente and Veterans Affairs Healthcare System.” *British Medical Journal* Vol.327(7427): 1301–2.

Mant J.(2001): Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal of Quality in Health Care*. Vol. 13(6):475- 480

Maire, J., Bronet V. and France A. (2005), A typology of best practices for a benchmarking process, *Benchmarking: An International Journal*. Vol. 12(1): 45-60.

Mosel D., Gift B. (1994): Collaborative benchmarking in health care. *JointCommissionJournalofQualityImprovement*.Vol 3 (20):2-39

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2012): Relatório Primavera 2012.[Em linha]. 2013. [Consultado a 22-03-2013]. Disponível em URL:http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf

Perera R., Dowell T., Crampton P., Kearns (2007): Panning for gold: an evidence-based tool for assessment of performance indicators in primary health care. *Health Policy*. Vol. 17(80):314-327

Perlin, J. (2006): Transformation of the US Veterans Health Administration. *Health Economy, Policy and Law*. Vol. 1(2): 99–105.

Perlin, J., Kolodner R. and Roswell R. (2004). Veterans Health Affairs: Quality, Value, Accountability and Information as Transformation Strategies for Patient-Centred Care. *American Journal of Managed Care* Vol.10(11): 828–36.

Powell A., Davies H., Thomson R.(2003): Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Quality Safety Health Care*, Vol.7(12):122-100.

Porter, M. and Teisberg E.(2004): Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*. Vol .82(6): 64–76, 136.

Porter M., Teisberg E.(2006): Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston, Massachusetts. *Harvard Business School Press*.

Rigby D. (2001): Management tools and techniques: a survey. *California Management Review*, Vol. 43 (2): 139-60

Spendolini, M. (1992): The Benchmarking Book, *American Management Association Communications (AMACOM)*, New York, NY.

Talluri, S. and Sarkis, J. (2002): a model for performance monitoring of suppliers. *International Journal of Production Research*. Vol. 40 (1): 4257-69

Ungan, M. (2004): Factors affecting the adoption of manufacturing best practices. *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 11 (5): 504-20.

Veillard J., Sten A., Sowmya K., Niek S., Adalsteinn D. (2010): Making Health System Performance Measurement Useful to Policy Makers: Aligning Strategies, Measurement and Local Health System Accountability in Ontario. *Healthcare Policy* Vol. 5(3): 34-10

Voss C. and Blackmon K. (1997): Benchmarking and operational performance: some empirical results, *Benchmarking for Quality Management & Technology*, Vol. 4(4): 273-85.

Zairi M. and Youssef M. (1995): A review of key publications on benchmarking: Part I', *Benchmarking for Quality Management & Technology*, Vol. 2(1): 65-72.

Zairi M. and Youssef M. (1996): A review of key publications on benchmarking: Part II. *Benchmarking for Quality Management & Technology*, Vol. 3 (1): 45-9

13. ANEXOS

Questionário aos colaboradores do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga

O presente questionário pretende avaliar numa escala de Likert de 5 pontos, a opinião dos colaboradores do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga sobre os indicadores de processo que serão utilizados para um projeto de Benchmarking em serviços de Medicina Física e Reabilitação no âmbito da tese de mestrado de Gestão de Unidades de Saúde na Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho do Fisioterapeuta, colaborador do serviço de Medicina Física e Reabilitação no Hospital de Braga, Hugo Miguel Silva e Couto intitulado de:

“Benchmarking na Gestão de Unidades de Saúde: Relevância, aplicabilidade e construção de um modelo de Benchmarking partindo de indicadores de processo influentes no Acesso e Equidade em Fisioterapia no serviço Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga, Grupo José de Mello Saúde.”

Os indicadores criados **não procuram responsáveis pelos resultados obtidos que não os processos existentes**, o objetivo primordial dos indicadores é de obter resultados e a partir destes realizar comparações com o parceiro de Benchmarking desejado. A análise comparativa irá identificar as boas práticas processuais para possível implementação.

Pretende-se que seja respondido de forma sincera e neutra a todos os itens existentes no questionário.

Os critérios que foram usados para identificar os indicadores mais adequados para este trabalho foram:

Importância	Reflete aspectos críticos do funcionamento e da dimensão operacional.
Relevância	Fornecer informação que será usada para monitorizar e mensurar durante um extenso período de tempo.
Viabilidade	Os dados necessários estão imediatamente disponíveis ou alcançáveis com razoável esforço.
Confiança	O indicador produz resultados consistentes.
Validade	O indicador é um reflexo verdadeiro da dimensão que é suposto abordar.

Quadro 1 – Critérios adaptados de Veillardet al. 2010

Com base nos critérios que foram apresentados, pede-se que à pergunta: “**considera que o indicador a monitorizar é suportado pelos critérios apresentados?**”, assinale com um círculo à volta de uma das respostas seguintes:

Totalmente de acordo; de acordo; neutro; discordo; discordo totalmente.

À não colocação de um círculo à volta de uma das respostas considerar-se-á que não tem opinião formada.

Tendo em consideração a informação transmitida, pretende-se que seja respondido de forma sincera e neutra a todos os itens existentes no questionário.

Os indicadores que num futuro projeto de Benchmarking serão monitorizados são:

Dimensões dos Processos	Indicadores de Processos	Considera que o indicador a monitorizar é suportado pelos critérios apresentados?
Aumentar a disponibilidade de evidências de qualidade elevada na tomada de decisões na ordem de gestão.	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo em horas de alocação de recursos humanos para o acesso qualitativo de evidência relevante de alta qualidade para tomada de decisões. 	<p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p>
Aumentar o acesso às evidências e recolha para tomada de decisões e responsabilização.	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de utentes que sofreram atrasos no acesso ao tratamento. • Percentagem de utentes que segundo as especificações existentes no serviço foram erradamente anunciados na lista de espera como não urgentes ou urgentes. • Percentagem de utentes que sofreu atraso no tratamento por atraso de revalidação de credencial de transporte e/ou erro no 	<p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p>

	<p>preenchimento da mesma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de dias de atraso no acesso ou revalidação de tratamento para cada uma das situações anteriormente referidas • Número de sessões de tratamento de internamento não realizadas devido a reavaliação do utente por parte do médico Fisiatra.(alteração de serviço) 	<p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p>
<p>Aumento do uso produtivo e apropriada alocação dos recursos no serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo em dias e percentagem de utentes com atraso de aprovação de tratamento de Fisioterapia após pedido de colaboração. (Leito ou internamento) • Tempo em dias e percentagem de utentes com atraso de aprovação de um utente da enfermaria de Medicina 	<p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p>

	<p>Física e Reabilitação para tratamento de Fisioterapia. (Leito ou internamento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de utentes e percentagem de utentes que sofreram atrasos no tratamento devido a limitações especificamente relacionadas com a atividade do Assistente Operacional. • Número de utentes e sessões de tratamentos por utente não realizadas por motivos de intervenções internas hospitalares que ocorreram à hora da sessão. • Número de utentes e de sessões de tratamentos por utente não realizadas por algum motivo associados a 	<p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	logística ou falta de recursos materiais para transporte do utente.	
Aumentar o acesso e equidade ao serviço.	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio de acesso a tratamento específico para internamento, leito ou ambulatório. 	<p>Totalmente de acordo</p> <p>De acordo</p> <p>Neutro</p> <p>Discordo</p> <p>Discordo totalmente</p>
Aumentar o foco no utente, integração e qualidade do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção de equidade no acesso e qualidade do serviço prestado. (questionário a utentes) • Percentagem de readmissões após alta clínica. • Percentagem de intercorrências no serviço, que envolva o utente e que interferiu com a continuidade de tratamento. • Percentagem de utentes que sofreu substituição de Fisioterapeuta durante o tratamento. 	<p>Totalmente de acordo</p> <p>De acordo</p> <p>Neutro</p> <p>Discordo</p> <p>Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo</p> <p>De acordo</p> <p>Neutro</p> <p>Discordo</p> <p>Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo</p> <p>De acordo</p> <p>Neutro</p> <p>Discordo</p> <p>Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo</p> <p>De acordo</p> <p>Neutro</p> <p>Discordo</p> <p>Discordo totalmente</p>

<p>Melhoria dos comportamentos através da promoção de saúde e prevenção da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção do utente de que foi instruído a boas práticas de saúde e prevenção de comportamentos de alto risco. (Questionário a utentes) • Perceção do utente da capacidade do profissional em transmitir adequadamente a informação sobre a lesão/incapacidade que possui. (Questionário a utentes) • Número de atividades realizadas pelo serviço para promoção de saúde e exposição de comportamentos de risco. • Perceção do utente na consideração de que o serviço prestado (Fisiatra e Fisioterapeuta) não foi na sua perceção o melhor que poderiam obter. 	<p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo De acordo Neutro Discordo Discordo totalmente</p>
----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de satisfação do utente ao serviço prestado. (Questionário a utentes) 	<p>Totalmente de acordo</p> <p>De acordo</p> <p>Neutro</p> <p>Discordo</p> <p>Discordo totalmente</p>
Melhoria dos outcomes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de casos que superaram data de previsão de alta clínica definida em reunião disciplinar • Percentagem de casos que não atingiram alta na data definida na reunião multidisciplinar. 	<p>Totalmente de acordo</p> <p>De acordo</p> <p>Neutro</p> <p>Discordo</p> <p>Discordo totalmente</p> <p>Totalmente de acordo</p> <p>De acordo</p> <p>Neutro</p> <p>Discordo</p> <p>Discordo totalmente</p>
Melhoria do status de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Número de lesões reincidentes de foro ortopédico após alta clínica e sem orientação para clínica convencional. 	<p>Totalmente de acordo</p> <p>De acordo</p> <p>Neutro</p> <p>Discordo</p> <p>Discordo totalmente</p>

Muito Obrigado pela participação.

Hugo Miguel Silva e Couto