

É mais fácil gerir com inspiração

Docente: Marlene Rosa

Ciência ID, D615-002F-8E48;
ORCID iD, 0000-0001-8276-655X

RESUMO

Conhecer a taxonomia e terminologia associada à Economia da Saúde é fundamental para a integração aos domínios de gestão. O conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos profissionais que atuam na área da saúde. Segundo Martin e Henderson (2004) toda a definição de qualidade deverá incorporar as perceções tanto dos utentes como dos prestadores de serviço. O conhecimento de ferramentas para o desenho de projetos é também um elemento fundamental na integração para os domínios de gestão.

Palavras-chave: taxonomia; políticas de qualidade; desenho de projeto.

Glossário de terminologia associada à Economia da Saúde

ADEQUAÇÃO DA INTENSIDADE DE CUIDADOS — Determinação da distribuição eficiente de utentes pelos diferentes níveis de cuidados, tais como hospitalização geral ou especializada, lares, cuidados em ambulatório, etc. Tem sido comum na literatura dar maior atenção à adequação de cuidados prestados a idosos embora os métodos sejam aplicáveis a muitas outras situações.

ANÁLISE DE CUSTOS — Análise simples de todos os custos de um dado programa ou Ação de saúde. Uma análise de custos deverá incluir tanto os custos fixos como os custos variáveis, tanto encargos de capital como encargos correntes, tanto os custos individuais como os sociais, e deverá ainda incluir os custos suportados diretamente pelo indivíduo ou comunidade e aqueles incorridos indiretamente (p. ex. tempo perdido). O uso da análise de custos, no âmbito da avaliação económica, justifica-se quando existem razões para crer que todas as alternativas em estudo têm consequências idênticas. Deve-se notar que uma análise de custos é diferente de um estudo sobre custos da doença.

ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO (ACB) — Método de avaliação económica que tem por objetivo identificar, medir e valorizar os custos e benefícios sociais de determinadas ações. A ACB procura avaliar, sistematicamente, todos os custos e resultados associados a alternativas diferentes, de modo a determinar qual (ou quais) das alternativas maximiza(m) a diferença ou a razão entre benefícios e custos.

ANÁLISE CUSTO-EFFECTIVIDADE (ACE) — Método de avaliação económica. Distingue-se de outras formas tais como a análise custo-benefício ou a análise custo-utilidade pelo facto de os resultados ou consequências dos programas de saúde serem medidos em unidades naturais (p. ex. anos de vida ganhos, número de mortes evitadas, casos detetados, observações clínicas, etc.). Sendo a forma de avaliação económica a que os investigadores mais vezes recorrem, este método justifica-se quando os resultados dos programas em estudo podem ser avaliados em termos de uma medida comum.

ANÁLISE CUSTO-UTILIDADE (ACU) — Forma de avaliação económica semelhante à ACE, mas em que as consequências dos programas de saúde são medidas numa unidade física combinada com elementos qualitativos. O termo utilidade neste caso representa o valor (para o indivíduo ou para a sociedade) de determinado nível de saúde. Os resultados das análises custo-utilidade expressam-se em termos de custo por dia saudável livre de doença ou custo por ano de vida ajustado pela qualidade. [PROMS]

ANOS DE VIDA AJUSTADOS PELA QUALIDADE (AVAQ) — Unidade de medida capaz de sintetizar num único valor o total das melhorias no estado de saúde, de uma pessoa ou grupo, em termos dos anos de vida ganhos e da qualidade de vida que lhes está associada, em resultado de uma qualquer intervenção. Empiricamente, para calcular os AVAQ potenciados por determinada intervenção médica é preciso obter o valor da esperança de vida dos indivíduos afetados pela intervenção; seguidamente pondera-se este valor por uma estimativa do estado de saúde ou qualidade de vida que as pessoas usufruem após a intervenção. Tal avaliação, designada pelo termo utilidade, baseia-se em resultados obtidos na literatura médica ou diretamente através de inquéritos junto da população ou de profissionais (Torrance, 1986).

BENEFÍCIOS — Os ganhos ou efeitos positivos, de qualquer procedimento, tratamento ou programa de saúde, antes da dedução de custos.

CO-PAGAMENTO — Parte proporcional ou fixa do custo total de determinada prestação de saúde, paga pelo utente. Normalmente, o termo é utilizado no âmbito dos sistemas públicos, sendo as taxas moderadoras um dos exemplos mais comuns. Os co-pagamentos são normalmente defendidos com base na sua ação racionalizadora da procura embora se sustente também que constituem uma fonte de financiamento importante para os sistemas públicos de saúde. A primeira justificação está associada ao conceito de risco moral, observável em qualquer situação onde um terceiro pagador cobre os riscos. Existem, todavia, bastantes dúvidas (teóricas e empíricas) na literatura sobre a eficácia dos co-pagamentos como mecanismo moderador da

procura de cuidados, nomeadamente associadas à questão de relação de agência (Kutzin, 1998; Pereira, 1987).

CURVA DA PROCURA — Representação gráfica da relação entre o preço e a quantidade consumida de um bem. ⇒ Procura

CURVA DA OFERTA — Curva que descreve a relação entre a quantidade de um bem que é posta à venda no mercado e o preço desse mesmo bem.

CUSTO — O valor de todos os recursos utilizados na produção e distribuição de bens e serviços.

CUSTOS DIRETOS — No âmbito da avaliação económica, os custos que resultam diretamente da utilização de cuidados de saúde, quer pelo sistema de saúde quer pelo doente. Exemplos de custos diretos em cuidados de saúde são as despesas com pessoal, materiais consumíveis e energia, os custos com medicamentos (incluindo tratamento e profilaxia de efeitos adversos), custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica, custos de administração, despesas de capital, etc. Para além destes custos de produção incorridos pelos serviços inclui-se ainda, sob a rubrica de custos diretos, os gastos efetuados pelos utentes e seus familiares (p. ex. despesas com cuidados familiares, apoio a crianças, transportes, modificações nos locais de habitação, etc.)

CUSTOS INDIRETOS — No âmbito da avaliação económica, os custos associados à perda de produção económica individual ou familiar devido à utilização de cuidados de saúde; ou reduções na produtividade resultantes de alterações no estado de saúde (morbilidade e mortalidade). Todos aqueles custos cuja dimensão depende do volume de produção (p. ex. consumíveis, pagamentos ao ato, etc.)

CUSTOS FIXOS — Aqueles custos que não são passíveis de alteração a curto prazo, pelo facto de serem independentes do volume de produção (p. ex. rendas, gastos com capital, etc.)

EFETIVIDADE — Os resultados ou consequências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática. A efetividade dum programa de saúde distingue-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais.

EFICÁCIA — Os resultados ou consequências de uma intervenção em saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal (p. ex. quando todos os indivíduos aderem à terapêutica).

EFICIÊNCIA — A relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado.

OUTPUTS — Termo inglês, usado internacionalmente para denominar os resultados dum processo produtivo. Os economistas da saúde utilizam este termo apenas para designar as variações no estado de saúde da população.

PROCURA — A quantidade dum bem que o consumidor está disposto a adquirir a cada nível do preço, mantendo-se inalteráveis todos os outros fatores que afetam o consumo desse bem (p. ex. o rendimento do consumidor, o seu nível de instrução, o seu grau de morbidade, etc.).

RISCO — Situação na qual um acontecimento futuro (p. ex. a contração de uma doença contagiosa) é incerto, mas a probabilidade de ele vir a acontecer é conhecida. O risco distingue-se da incerteza pelo facto de permitir a previsão de determinado evento em termos probabilísticos.

Exercício 1.

Este exercício esclarece as definições de alguns conceitos fundamentais à gestão e economia em saúde. Para as situações que considera falsas, construa a sua própria definição do conceito.

Classifique cada uma das afirmações como verdadeira (V) ou falsa (F)

1.1. O fenómeno da **PROCURA** diz respeito à quantidade de um bem que o consumidor está disposto a adquirir a cada nível do preço, mantendo-se inalteráveis todos os outros fatores que afetam o consumo desse bem (p. ex. o rendimento do consumidor) ____ (V)

1.2. A probabilidade de lesão numa atividade profissional de manipulação de cargas é classificada como uma situação de **RISCO**, porque conhecemos a probabilidade de esta situação vir a acontecer ____ (V)

1.3. Os **OUTPUTS** de um processo em saúde caracterizam-se pelos recursos necessários para uma determinada função ____ (F)

Solução: os resultados dum processo produtivo;

1.4. Para medir a **EFICÁCIA** de um processo em saúde, deve fazer-se o balanço entre os recursos usados e os resultados obtidos ____ (F)

Solução: Assim se mede a eficiência. A eficácia retrata resultados ou consequências de uma intervenção em saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal.

1.5. Os **CUSTOS** associados a uma incapacidade podem ser de carácter **DIRETO** (relacionados com a utilização de recursos em saúde) ou **INDIRETO** (baixa de produtividade) ____ (V)

1.6. Os **custos FIXOS** de um serviço em saúde estão dependentes da procura ____ (F)

Solução: os custos fixos são independentes da produção; os custos variáveis são dependentes da produção.

1.7. A relação entre o preço e a quantidade consumida de um bem determina a **Curva da Oferta** ____ (F)

Solução: A Curva da oferta determina a relação entre a quantidade de um bem que é posta à venda no mercado e o preço desse mesmo bem. A curva da procura define a relação entre o preço e a quantidade consumida de um bem.

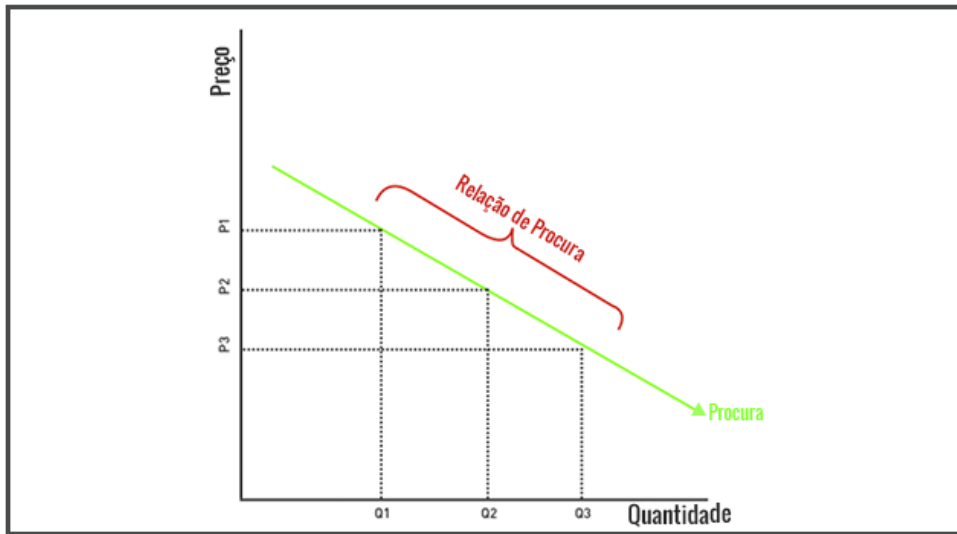
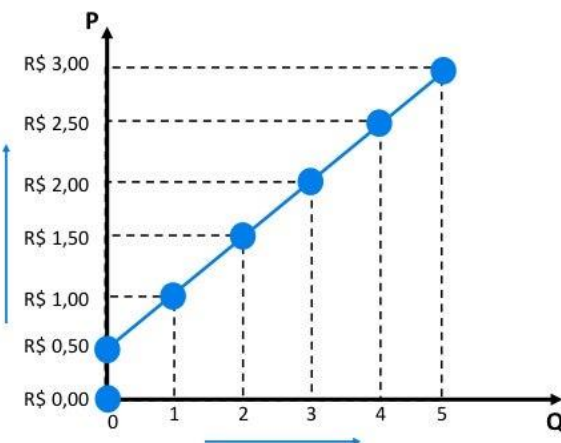


Figura . Preço e quantidade no mercado. Modelo exclusivo de um carro (para todo o mundo, estão disponíveis 120 carros daquele modelo)

OFERTA: ESCALA E CURVA DE OFERTA

Exemplo da Oferta de Sorvetes



Preço	Quantidade
R\$ 0,00	0
R\$ 0,50	0
R\$ 1,00	1
R\$ 1,50	2
R\$ 2,00	3
R\$ 2,50	4
R\$ 3,00	5



Figura. Relação entre o preço e o consumo do bem. Quando o consumo das máscaras foi obrigatório, tendo aumentado, as pessoas compravam ao preço que existia. Em algumas situações, o preço é regulado (combustíveis p.e.)

1.8. Na análise das consequências dos programas de saúde através de uma medida física combinada com elementos qualitativos, por exemplo, o valor para o indivíduo ou para a sociedade, corresponde a uma **ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE** ____ (F)

Qualidade em Saúde

Nas últimas décadas tem-se assistido a uma crescente preocupação com a qualidade dos serviços de saúde não só porque a oferta é bastante maior mas também porque o grau de exigência do doente é cada vez mais alto. É importante para o doente saber que tem à sua disposição serviços de saúde de qualidade, que se distinguem por esta ou aquela razão. Esta maior atenção da população relativamente à qualidade dos cuidados prestados faz com que seja cada vez mais importante estar atento às suas necessidades, não só através da análise da prática clínica mas também levando a cabo estudos de avaliação da satisfação, para que se possa melhorar e evoluir.

Apesar do crescente interesse dos últimos anos, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos profissionais que atuam na área da saúde. Segundo Martin e Henderson (2004) toda a definição de qualidade deverá incorporar as percepções tanto dos utentes como dos prestadores de serviço. Nas unidades de saúde as pessoas vêm qualidade (ou falta de qualidade) tanto na forma como são tratadas, enquanto utentes dos serviços, como nos resultados que obtêm da experiência.

Martin e Henderson (2004) apresentam diversas definições de qualidade que têm vindo a surgir ao longo dos tempos sendo estas as mais utilizadas: a qualidade é a adequação ao objetivo (Juran, 1986); é a conformidade com os requisitos (Crosby, 1984); a totalidade dos aspetos e características de um produto ou serviço que incorpora em si a capacidade de satisfazer necessidades explícitas ou implícitas (International Standards Organization, 1986); o grau de conformidade de todos os aspetos e características relevantes de um produto (ou serviço) com todos os aspetos das necessidades do cliente (Grocock, 1986). Todas as definições de qualidade acima citadas vão ao encontro das necessidades do cliente, desta forma, é fundamental perceber quais são essas necessidades com o intuito de corresponder, o melhor possível, às expectativas dos utentes.

Por sua vez Martins (2005) menciona que para a Organização Mundial de Saúde, as componentes de ou para a saúde de qualidade são bastante específicas: elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos com risco mínimos, satisfação por parte dos utentes e obter resultados em saúde que indiquem a eficiência na utilização dos recursos e, ou, aos defeitos dos cuidados prestados no estado de saúde e bem-estar dos doentes e no seu grau de satisfação.

Qualidade em Fisioterapia

Em Fisioterapia, por norma, a qualidade é medida de acordo com os resultados obtidos, estando a aquisição destes resultados relacionada não só com as capacidades técnicas do profissional, mas também com a capacidade que este tem em estabelecer uma relação/comunicação saudável e eficaz com o utente. Para garantir a qualidade dos serviços desta área, a Confederação Mundial de Fisioterapia e posteriormente a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, assumiram que a Fisioterapia é um serviço prestado exclusivamente por Fisioterapeutas, ou sob a sua orientação e supervisão e inclui consulta e intervenção, tendo assim implementando padrões elevados de prática e princípios éticos para a prestação de cuidados de Fisioterapia (Bettencourt, Machado, Guerra, Fonseca, Pascoalinho, Avilez, Murta & Amado, 2005).

A obrigação de assegurar padrões de elevada qualidade, na prestação de cuidados, está refletida nas Declarações de Princípios e Recomendações, da WCPT e no art.º 2º dos Estatutos da APF. Segundo Bettencourt et al. (2005) o desenvolvimento e a documentação dos padrões de prática são necessários para:

- Implementar a qualidade dos serviços prestados e a sua auto-regulação, demonstrando também aos cidadãos que os Fisioterapeutas são profissionais de saúde indispensáveis neste processo;
- Orientar os fisioterapeutas na conduta e avaliação das suas práticas;
- Conduzir e orientar os fisioterapeutas no seu desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida;
- Informar sobre a natureza do profissional de fisioterapia aos Governos, órgãos da tutela e outros grupos profissionais;
- Refletir os valores, condições e objetivos necessários ao desenvolvimento permanente da profissão;
- Ter como base princípios válidos e mensuráveis;
- Ir de encontro às necessidades de mudança da comunidade;
- Servir como meio de comunicação com os membros da profissão, outros profissionais de saúde, governo e público em geral.

Segundo os mesmos autores, pertencentes ao grupo da APF responsável pelos Padrões de Prática, foram desenvolvidos vinte e dois padrões de prática, na totalidade, divididos por diferentes componentes: parceria com o utente, recolha de dados e ciclo de intervenção, promoção de um ambiente seguro (segurança do utente e do Fisioterapeuta) e desenvolvimento profissional contínuo - aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV).

Padrão 1- Reconhecimento da importância do utente como indivíduo, em todos os aspetos da relação terapêutica.

Padrão 2- Deve ser dada ao utente toda a informação relevante sobre os procedimentos propostos pelo Fisioterapeuta, tendo em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expresso, claro e informado.

Padrão 3- As informações dadas pelo utente ao Fisioterapeuta são tratadas com estrita e total confidencialidade.

Padrão 4- No sentido de proporcionar um cuidado efetivo, deve identificar-se toda a informação relacionada com as opções de intervenção, tendo por base a melhor evidência disponível.

Padrão 5- Deve ser recolhida informação relacionada com o utente ou relacionada com o seu problema atual.

Padrão 6 - Sendo os problemas do utente uma referência, deve ser utilizado um instrumento de medida de avaliação de resultados, validado e publicado, para avaliar as alterações da condição de saúde do utente.

Padrão 7 - O plano de intervenção é feito em função da recolha de dados e análise da informação.

Padrão 8- O plano de intervenção é formulado em parceria com o utente.

Padrão 9- O plano de intervenção é executado de forma a beneficiar o utente.

Padrão 10- O plano de intervenção é avaliado de forma contínua para garantir a sua efetividade e relevância face às alterações do utente e do seu estado de saúde.

Padrão 11- Quando completado o plano de intervenção, são tomadas providências para a transferência/alta.

Padrão 12- Os Fisioterapeutas comunicam efetivamente com os utentes e/ou seus familiares/cuidadores.

Padrão 13 - Os Fisioterapeutas comunicam efetivamente com profissionais de saúde e outros no sentido de providenciar um serviço efetivo ao utente.

Padrão 14 - Para facilitar a gestão sobre o utente e satisfazer os requisitos legais, todos os utentes que recebam intervenção de fisioterapia devem ter um processo clínico de Fisioterapia que inclua informação relacionada com cada episódio.

Padrão¹⁵ - Os processos clínicos de Fisioterapia são arquivados de acordo com políticas existentes e legislação vigente.

Qualidade e bem-estar no trabalho

Da origem etimológica, a palavra trabalho deriva do latim de "tripalium", que significa instrumento de tortura. Como refere Lhuilier (2005) neste sentido antigo, trabalho está associado à ideia de sofrimento. De acordo com Giddens (1997), podemos definir o trabalho como a realização de tarefas que envolvem o dispêndio de esforço mental e físico, com o objectivo de produzir bens e serviços para satisfazer necessidades humanas. Para Mcdaid, Curran e Knapp (2005), o trabalho desempenha um papel vital na nossa vida. Constitui a oportunidade de obter salário, contribuindo assim para uma maior segurança financeira e aumentando as oportunidades de adquirir bens materiais. O trabalho é toda a atividade humana que transforma a natureza, com a finalidade de produzir bens e serviços, em troca de um pagamento ou recompensa, constituindo fonte de riqueza e desenvolvimento dos países. Em sentido amplo, pode caracterizar-se o trabalho sob o ponto de vista da relação social, da relação salarial ou da atividade de produção social ou intelectual. Ao trabalho são atribuídos diversos significados, por comportar vários sentidos, desde a subsistência, ao sentido existencial, à estruturação da personalidade, à identidade do indivíduo, ao reconhecimento social, ocupando também um papel central na organização da sociedade.

Qualidade e satisfação no trabalho

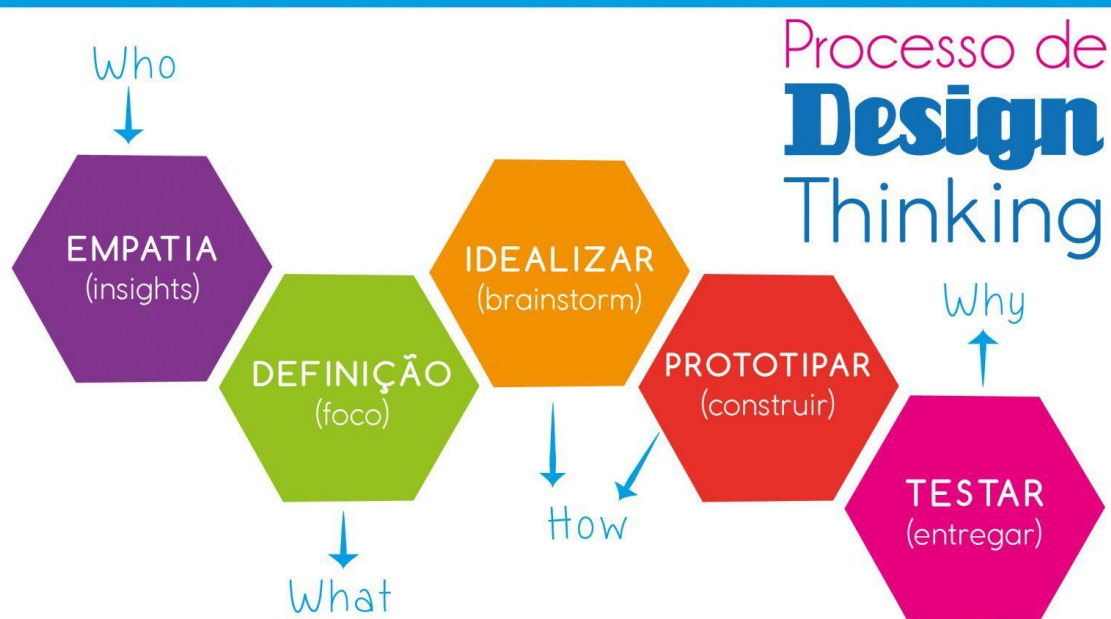
A satisfação no trabalho caracteriza-se pelo estado emocional positivo ou de prazer, resultante de um trabalho ou de experiências de trabalho. Segundo Glatzer (1987), a satisfação pode ser expressa em diferentes níveis, satisfação com a vida em geral e satisfações em domínios específicos da vida, como no trabalho. A satisfação com a vida pode ser entendida como a avaliação global que a pessoa faz da sua vida, nas suas várias dimensões, analisando os aspetos que pesam para a felicidade ou para a infelicidade. Para Keyes e cols. (2002) a satisfação com a vida é o julgamento que o indivíduo faz sobre a sua vida e que reflete o quanto se percebe distante ou próximo das suas aspirações.

Desenvolvimento de Projetos em Saúde

Metodologias de Design Thinking

Esta metodologia tem vindo a ser utilizada pelas empresas que atuam em diferentes áreas. Esta metodologia não está necessariamente associada à tecnologia, mas à inovação. Pressupõe o levantamento de informações sobre problemas reais do utilizador, o entendimento da sua jornada e a proposta de soluções tangíveis.

Esta metodologia baseia-se em 5 fases distintas:



EMPATIA - Fase de conhecimento do cenário

Este é o momento em que sintetizamos as informações recolhidas para a geração de insights. Posteriormente, esses insights são organizados para identificarmos padrões, possibilitando a compreensão do problema em sua essência.

É justamente na fase de Análise que o profissional consegue entender com clareza em qual cenário os stakeholders estão envolvidos, o que será fundamental para a etapa seguinte: a Ideação.

Algumas técnicas utilizadas nesse processo:

Mapa conceptual; Personas; Mapa de empatia

Aprende a utilizar o mapa de empatia

O mapa da empatia é um recurso que serve para desenhar o perfil do seu cliente ideal com base nos sentimentos dele. Esta ferramenta ajuda a compreender a mente e as vontades do seu público-alvo, compreender o que ele deseja e, assim, oferecer produtos, serviços e atendimento mais adequados. De facto, o mapa da empatia é um recurso utilizado para desenhar o perfil do seu cliente ideal com base nos sentimentos dele.

Em tempos conflituosos, ouve-se frequentemente que “o mundo precisa de mais empatia”. Ser empático pressupõe descrever a habilidade de compreender o estado emocional do outro ao colocar-se no lugar dele — permite ver situações sob perspetivas diferentes e entender as razões pelas quais os indivíduos agem de determinada forma, evitando confrontos ou desencontros desnecessários.

Agora, imagina retirar esses sentimentos do plano das ideias e colocá-los sobre o papel, dividindo-os em categorias como dores, necessidades e sentimentos, em quadrantes que facilitam a visualização. É assim que funciona o mapa da empatia. Como o próprio nome diz, a ideia é detalhar a personalidade do cliente para compreendê-la.



Figura 1. Empathy map

Aprende a construir Mind Maps (Mapas conceituais)

Os mapas conceituais também são chamados de diagramas conceituais. Embora outros tipos de diagramas possam parecer semelhantes, os mapas conceituais têm características específicas que os diferenciam de outras ferramentas visuais.

Conceitos - Os conceitos são definidos como "regularidades ou padrões percebidos em eventos ou objetos, ou registos de eventos ou objetos, designados por um rótulo" e são representados como formas no diagrama.

Palavras/frases de ligação - Palavras ou frases de ligação estão localizadas nas linhas que conectam objetos em um mapa conceitual, e essas palavras descrevem a relação entre dois conceitos. Elas são tão concisas quanto possível e normalmente contêm um verbo. Exemplos incluem "causas", "inclui" e "requer".

Estrutura proposicional - As proposições são declarações significativas constituídas por dois ou mais conceitos relacionados com palavras de ligação. Estas declarações também são conhecidas como unidades semânticas ou unidades de significado. Conceitos e proposições são a base para a criação de novos conhecimentos em um domínio. Essencialmente, um mapa conceitual transmite visualmente um conjunto de proposições sobre um determinado tópico.

Estrutura hierárquica - Um elemento-chave do mapa conceitual é sua estrutura hierárquica. Os conceitos mais gerais e inclusivos estão posicionados no topo de um mapa conceitual com os conceitos mais específicos e exclusivos organizados hierarquicamente abaixo. Como tal, um mapa conceitual é projetado para ler de cima para baixo.

Questão central - Uma questão central define a questão ou o problema que o mapa conceitual precisa resolver. Desenvolver uma questão central permite que você tenha um contexto em mente e, assim, ajude a orientar e a manter a direção do mapa conceitual. Dentro da estrutura hierárquica, a questão central deve estar no topo do mapa conceitual e servir como um ponto de referência.

Estacionamento - Antes de iniciar o mapa conceitual, pode ser útil elaborar uma lista que identifique os conceitos-chave que precisam ser incluídos. Estabeleça uma lista ordenada do

conceito mais geral ao mais específico. Esta lista é chamada de estacionamento, pois você moverá os itens para o mapa à medida que descobrir onde eles se encaixam.

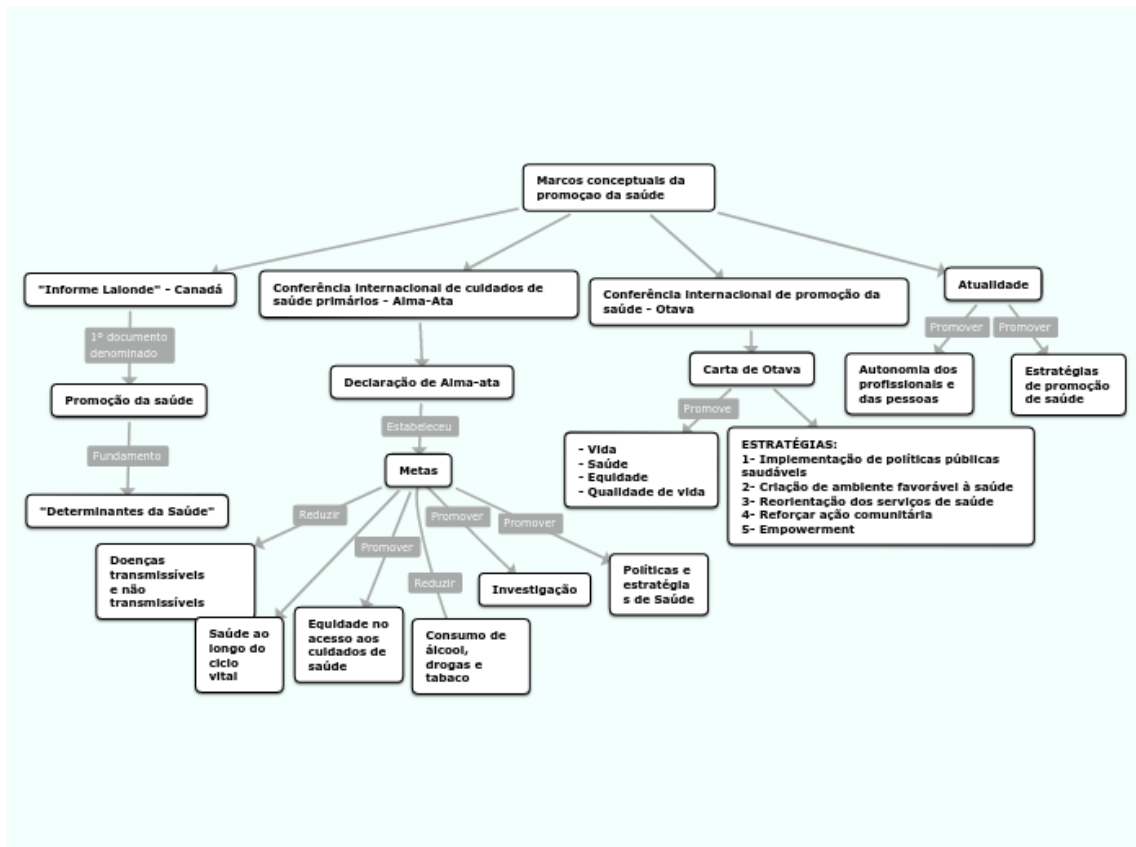


Figura 2. Exemplo de um mapa mental.

Aprende a construir uma árvore dos problemas

No centro do papel, deve inserir-se o problema central. Este será o tronco da árvore;

Por cima do problema central, deve colocar-se outros problemas, dele derivados, que são os efeitos ou conseqüências, que formam a copa da árvore;

Por baixo do problema central são colocadas as causas, razões ou fatores geradores do problema central. Formam as raízes da árvore. É justamente aí que o projeto deve atuar. A árvore é lida de baixo para cima (mas é construída de cima para baixo).

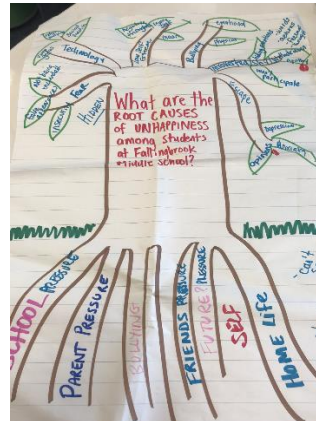
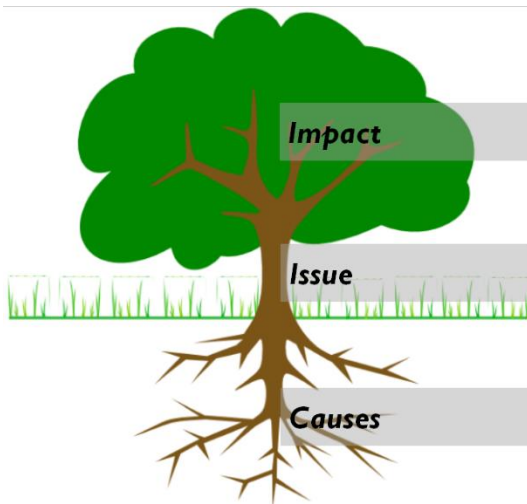


Figura 2. Exemplo de um mapa mental.

Definição ou Foco - Fase de Imersão

Esta é a fase em que as equipas devem mergulhar no problema;

A fase preliminar acontece antes mesmo do kick-off do projeto. Serve para que a equipe tenha o primeiro contato com o problema e conheça o assunto. Algumas ferramentas utilizadas nesse momento são:

Pesquisa – faça uma pesquisa sobre o assunto

Diagnóstico participativo – construa uma listagem de stakeholders no processo

Grupos Focais – convida um grupo ao qual possa dirigir um conjunto de perguntas sobre o fenómeno que vai estudar

Entrevistas – convida um especialista ao qual possa dirigir um conjunto de perguntas sobre o fenómeno que vai estudar

Observação direta – observe e tire notas sobre o fenómeno

Bibliografia

Barros, P. P. e J. Simões (coord.) (1999) Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Princípiã, Lisboa; Campos, A. C. e J. Pereira (coord.) (1987) Sociedade, Saúde e Economia. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Campos, A.C. (1983) Saúde: O Custo de um Valor sem Preço. Ed. portuguesa Livros Técnicos e Científicos, Lisboa.

Clewer, A. e D. Perkins (1998) Economics for Health Care Management. Prentice Hall, London.

Culyer, A. e J. Newhouse, (2000) «Introduction: the state and scope of health economics» In: A.J. Culyer and J. Newhouse (eds.) Handbook of Health Economics, vol. 1. Elsevier, Amsterdam

Drummond, M. F., G. L. Stoddart, B. O'Brien and G. W. Torrance (1997) Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Oxford University Press, Oxford.

Folland, S., A. C. Goodman e M. Stano (1997) The Economics of Health and Health Care. Prentice Hall, New York. Fuchs, V. (1987) «Health economics» In: J. Eatwell, M. Milgate and P. Newman (eds.) The New Palgrave. A Dictionary of Economics.

MacMillan, London. Giraldes, M. R. (1991) «Desigualdades no financiamento de cuidados de saúde primários» In: J. Pereira, M. R. Giraldes, e A. C. Campos (eds.) Desigualdade e Saúde em Portugal, IED, Lisboa.

Alcobia, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho. Manual de Psicossociologia das Organizações, Lisboa: McGraw-Hill.

Bakker, A.B., Demerouti, E., Taris, T., Schaufelli, W.B. & Scheurs, p. (2003). A multi-group analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. International Journal of Stress management, 10, 16-38.

Bakker, A. B., Van Veldhoven, M. J. P. M., & Xanthopoulou, D. (2010). Beyond the Demand–Control model: Thriving on high job demands and resources. Journal of Personnel Psychology, 9, 3–16.

Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2003). Dual processes at Work in a call center: An application of the job demands – resources model. In European journal of Work and Organizational Psychology, 12 (4), 393-417.

Bakker, A.B., Hakanen, J.J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99, 274– 284.

Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwena, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health and Psychology*, 10(20), 170–180.

Bakker, A., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2003). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. In *Human Resource Management*, 43 (1), 83-104

Bettencourt, C., Machado, I., Guerra, I., Fonseca, J., Pascoalinho, J. Avilez, M., Murta, O. & Amado, S. (2005). *Fisioterapia, Padrões de Prática (3ª edição)*, Lisboa: APF.

Buunk, B.P., Jonge, J., Yema, J.F. & Wolf, C.J. (1998). Psychosocial aspects of occupational stress. In T. Drenth & C.J. Wolff (Eds), *Handbook of Work and Organizational Psychology* (Vol. 2, pp. 145-182). Trowbridge, Wilts: Psychology Press

Castanheira, F. (2009). *Burnout no Serviço ao Cliente: o papel das organizações na criação de ambientes de trabalho saudáveis*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Castoriadis, C. (1999). *Domaines de L'Homme. Les Carrefours du Labyrinthe (2ª ed)*. Paris: Éditions du Seuil.

Chambel, M.J. (2005). *Stress e Bem-Estar nas Organizações*. Stress e Bem-Estar. Modelos e Domínios de Aplicação, Lisboa: Climepsi.

Chambel, M.J., & Curral, L. (2005) Stress in academic life: Work characteristics as predictors of students well-being and performance. *Applied Psychology: An International Review*, 54, 135-147.

Charlesworth M. (1996). *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge, 131.

Childs, J., Whitman, J., Sizer, P., Pugia, M., Flynn, T. & Delitto, A. (2005). A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 6(32).

Coelho, J.P., Cunha, L.M. & Martins, I.L. (2007). *Inferência estatística com utilização do SPSS e GPower*. Lisboa: Edições Silabo.

Coutinho, I. (2007). "N" Reflexões - O Exercício em Fisioterapia - Padrões e Práticas, *Arquivos de Fisioterapia. Revista Portuguesa de Fisioterapia*, 1(3), 48-52

Cunha, M., Rego, A. & Cardoso, C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: RH Editora.

Curral, L. (2005). *Sharedness in Work Team Innovation: A process model of team regulation*. Tese de doutoramento em Psicologia. Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.

Danna, K., & Griffin, R. (1999). Health and Well-Being in the Workplace: a Review and Synthesis of the Literature. *Journal of Management*. 25 (3), 357-384.

De Jonge, J., Mulder, M. J. G., & Nijhuis, F. J. N. (1999). The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. *Social Science & Medicine*, 48, 1149-1160.

Fase de Idealizar

Nesta fase de idealizar, devem ser utilizadas ferramentas de desbloqueio de ideias, que depois devem ser confirmadas fazendo uso de alguns modelos interessantes:

Scamper

Substituir - Essa é uma fase para análise do processo de desenvolvimento do produto ou serviço. Há algum recurso que pode ser alterado? Pode substituir-se parte do seu processo de produção, como materiais, operações; ou ainda substituir o seu produto ou serviço?

Combinar - Na segunda etapa do Scamper, deve ser levantada a possibilidade de ocorrer uma combinação entre produtos ou serviços para que surjam novas oportunidades. Devemos pensar em combinações fora dos padrões esperados e então criar soluções inovadoras, melhorando o desempenho da empresa no mercado.

Adaptar - Aqui devemos começar a pensar outros contextos em que o produto ou serviço poderia estar inserido, mas não está. Pense em adaptações que podem ser feitas para que ele tenha novas funcionalidades. Uma outra aplicação desse conceito é a adaptação de rotinas das equipas, pense em como os processos internos podem ser otimizados.

Modificar - Nesta etapa, devemos questionar quais aspetos do produto ou serviço pode ser intensificado, reduzido (ou removido) ou alterado. Esses aspetos podem ser cor, aroma, formato e até mesmo o significado. Discutam o que pode ser mudado, e de qual maneira, para que o resultado desejado seja atingido.

Propor - A 5ª etapa do Scamper consiste em questionar se, de facto, todo o potencial do produto (ou serviço) está a ser explorado.

É possível aplicar um processo em um mercado diferente? Existe um outro público-alvo que pode fazer uso do seu produto? Essa pode ser uma fase difícil, pois é quando todos devem pensar fora da caixa, e propor ideias que podem sair do core business da empresa

Eliminar - O propósito dessa fase é encontrar pontos que estão em excesso, para que, ao final, o processo seja simplificado. Além disso, o Scamper também indica que nessa fase, se deve analisar se existem produtos ou serviços que podem ser eliminados.

Então vocês devem fazer essa pergunta: “Se o meu produto (ou serviço) deixasse de existir, faria diferença para a empresa?”

Reorganizar - Na última etapa da metodologia, as soluções para os problemas identificados já surgiram, então é preciso repensar a cadeia de produção e levantar hipóteses das consequências dessa reordenação.

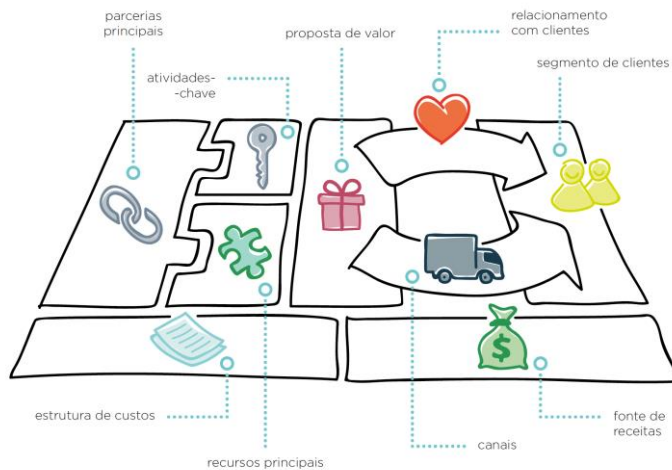


Business Model Canvas

Auxilia na definição do modelo de negócio, assim como relaciona as informações de uma forma sistémica, integrada e rápida.

Quadro visual, pré-formatado em 9 blocos separados:

- (1) parcerias;
- (2) atividades-chave;
- (3) proposta de valor;
- (4) relação com os clientes;
- (5) segmento de clientes;
- (6) estrutura de custos;
- (7) recursos principais;
- (8) canais de distribuição);
- (9) fonte de receitas;



O Oceano Azul

Agora, imagine um circo. Provavelmente pensou em uma lona colorida, bancos de madeira e números com palhaços e animais. Esses circos estão inseridos num oceano vermelho e lutam para vencer a concorrência através das atrações e preços promocionais.

Ao contrário destes circos tradicionais, o Cirque du Soleil resolveu inovar unindo a diversão do circo com a elegância do teatro. Desta forma, além de ter um espetáculo diferenciado, passou a atrair dois públicos diferentes para uma mesma sessão.

Oceano Vermelho

Imagine um produto que é vendido por 10 empresas, com pequenas diferenças entre si, com o mesmo preço e nos mesmos lugares.

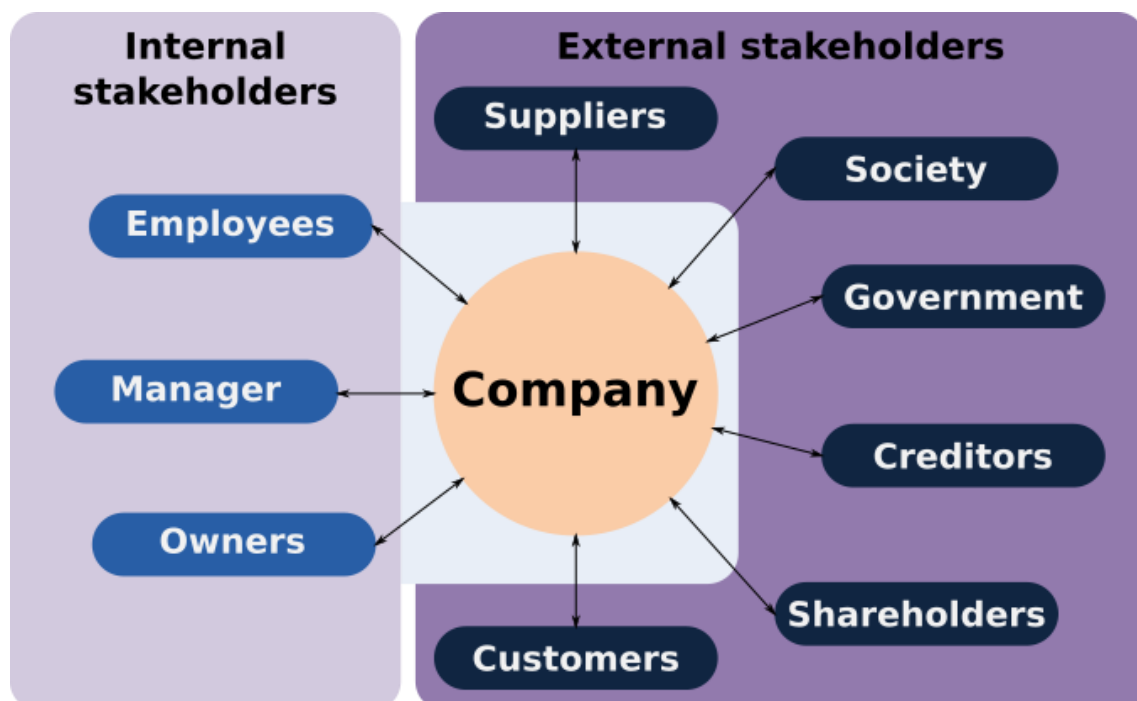
Não é difícil de encontrar essa situação, basta ir ao supermercado. Neste caso, estas empresas precisam baixar a margem de lucro e procurar cada vez mais estratégias de vendas para vencer a concorrência.

OCEANO VERMELHO	X	OCEANO AZUL
<ul style="list-style-type: none"> • Abrange o mercado estabelecido; • Explora a demanda existente; • Visa superar a concorrência; • Impõe a escolha entre diferenciação ou baixo custo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Constitui um mercado inexplorado; • Cria uma nova demanda; • Visa tornar a concorrência irrelevante; • Estimula a busca por diferenciação e baixo custo.

A importância dos stakeholders

Termo muito utilizado na área empresarial, é também uma peça fundamental para qualquer negócio. Os stakeholders são as partes interessadas em determinada empresa e, conseqüentemente, são afetadas pelas ações organizacionais direta ou indiretamente e de forma positiva ou negativa.

Acionistas, investidores, colaboradores, fornecedores, clientes, concorrentes e o governo são alguns exemplos de quem são os stakeholders. Dessa forma, eles são uma componente essencial no sucesso de uma empresa. Quando o planeamento e a execução de um projeto estão de acordo com as expectativas e necessidades dos stakeholders, a tomada de decisão de um negócio é influenciada por esse grupo e vice-versa.



Ou seja, em virtude dos diferentes públicos, e pelo fato de estarmos cada vez mais conectados e termos acesso maior às informações, a empresa precisa encontrar uma forma de se relacionar com as partes interessadas para criar, manter e ampliar o valor da marca no mercado.

Estratégia de relacionamento

Mas como gerir e aproveitar ao máximo as oportunidades que os stakeholders trazem para o negócio? Um dos primeiros passos é cuidar do relacionamento empresa-stakeholder. Uma

forma simples de atingir positivamente o grupo interessado é seguindo dois passos da estratégia de relacionamento. São eles:

Identifique e analise quem são as pessoas que compõem os seus stakeholders. Uma ação de distribuição leva mais em conta os clientes e consumidores, enquanto a procura de investimento externo para expansão do negócio gira em torno das expectativas de um investidor. A linguagem e a estratégia são diferentes nesses dois casos, por isso saber com quem se está a falar torna o relacionamento mais compreensível e fluido.

Com os stakeholders definidos, devemos classificá-los por ordem de influência e de interesse, de acordo com os objetivos da empresa. A partir disso, as ações e o nível de comunicação e interação são determinados para cada grupo. Através de levantamento e análise de dados, poderá ter conhecimento de qual stakeholder precisa ter contato constante ou esporádico, por exemplo.

Análise SWOT

A análise SWOT é uma ferramenta de gestão que se baseia no estudo das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças a uma situação ou empresa, produto, indústria etc.

O acrónimo SWOT é uma sigla para Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats). Na prática, trata-se de um diagrama visual que permite um estudo simplificado e objetivo de diferentes situações.

Como mencionamos, a análise SWOT não serve apenas para as empresas, mas para produtos e projetos em si.

Forças (Strengths)

As forças do seu negócio são os pontos fortes da sua operação — o que se faz de melhor e aquilo em que se destaca. Parte-se da premissa de que, quando falamos de forças, falamos de coisas que a empresa controla e que podem ser consideradas uma vantagem sobre os concorrentes.

Exemplo, uma política de devolução mais amigável ao cliente, encomendas mais baratas do que a concorrência ou mesmo um aplicativo mais fácil de utilizar.

Algumas perguntas que se podem fazer para entender os pontos fortes são:

Que recursos tem? Que conquistas fez? Quais são as suas especialidades? O que o diferencia dos outros? O que te ajuda a atingir metas? Quais são as suas principais qualidades?

Fraquezas (Weaknesses)

São aqueles fatores que o destacam negativamente. São coisas que ainda estão sob o seu controle (ou ao menos, algum controle), mas que configuram uma desvantagem.

São fraquezas que até podem ser complexas de resolver, mas possuem solução.

Para entendê-las, pergunte-se coisas como:

Quais são as principais áreas de melhoria? Internamente, o que dificulta o alcance das metas? O que você precisa para atingir metas de longo prazo? O que está a faltar (recursos, tecnologia, metodologias, pessoas etc.)?

Oportunidades (Opportunities)

E as Oportunidades? Quando entendemos o que é análise SWOT, descobrimos que as Oportunidades são coisas que não se controlam, mas que se podem aproveitar, de forma a serem capitalizadas.

Falamos de gaps de entrega na sua concorrência, tendências de mercado, soluções inovadoras que otimizam processos específicos, entre vários outros pontos.

A oportunidade é normalmente encarada como um fator exclusivamente externo — mas é possível identificá-la internamente, muito embora seja mais difícil e exija maior atenção.

Para descobrir as principais oportunidades, recomenda-se resposta às seguintes questões:

Como é que os clientes vêm a sua marca, produto ou serviço? Quais soluções do seu negócio que são mais populares? Existem recursos externos que pode usar para atingir metas? Quais as principais tendências atuais que o seu negócio pode aproveitar?

Ameaças (Threats)

As ameaças são fatores externos e completamente fora do controle, com potencial de impactar negativamente e prejudicar o seu negócio.

Falamos de, por exemplo, o aparecimento de um novo concorrente, com um produto melhor que o seu, mas com o mesmo público-alvo. Este tipo de ameaças geralmente inclui regulamentações ou tendências de consumo capazes de afastar os usuários da sua empresa.

Para descobrir as ameaças, recomendamos que questione o seguinte:

O seu mercado está estável ou turbulento?; A sua marca, produto ou serviço não é mais necessário? O seu público, setor e mercado veem sua empresa? Existem novos concorrentes em potencial no horizonte? Os concorrentes têm uma certa vantagem sobre sua marca?