

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

**CONCEPTUALIZAÇÃO DE UM CENTRO DE
RESPONSABILIDADE INTEGRADO PARA O
SERVIÇO DE ORL DO IPO LISBOA**

Ana Hebe Nunes da Mota Biscaia da Silva

Mestrado em Gestão de Empresas

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento,

Professora Auxiliar

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2021



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**CONCEPTUALIZAÇÃO DE UM CENTRO DE
RESPONSABILIDADE INTEGRADO PARA O
SERVIÇO DE ORL DO IPO LISBOA**

Ana Hebe Nunes da Mota Biscaia da Silva

Mestrado em Gestão de Empresas

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento,

Professora Auxiliar

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2021

*“Lute com determinação, abrace a vida com paixão,
perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo
pertence a quem se atreve.”*

Charlie Chaplin

Agradecimentos

Em tempos de muita incerteza e de grande exigência profissional, a realização desta tese foi acompanhada pela certeza do apoio incondicional, da inspiração motivacional e da amizade da professora Generosa do Nascimento. Agradeço-lhe profundamente a disponibilidade, a exigência e o apoio.

Deixo uma palavra de apreço e consideração às colegas da saúde: Isabel, Susana, Helena. Começámos juntas na pós-graduação, aventurámo-nos no mestrado, lutámos numa pandemia e chegamos ao fim deste caminho com o sentimento de dever cumprido. Foi muito mais fácil convosco! Uma palavra especial de admiração e agradecimento para a minha colega e companheira de trabalhos e confidências desde o início da pós-graduação, Cristina: a minha relações-públicas, uma amiga! Sem ela teria sido imensamente mais difícil.

Aos meus colegas otorrinolaringologistas do IPO Lisboa: Drs. Miguel Magalhães, Pedro Montalvão, Lígia Ferreira, Luís Oliveira, Rui Fino, Hugo Estibeiro, Ricardo Pacheco, Sara Ramalho e Catarina Tinoco, agradeço a disponibilidade, a compreensão e o apoio.

Não posso deixar de mencionar e agradecer aos meus entrevistados. Tive oportunidade de conhecer e entrevistar excelentes profissionais e pessoas extraordinárias. Aprendi imenso, foi uma jornada incrível!

Aos meus amigos e família, já habituados às minhas ausências académicas, agradeço a presença e apoio incondicionais e por continuarem sempre comigo.

Por fim, aos meus filhos, Inês e Henrique, por aceitarem e perceberem que nada se consegue sem esforço e determinação.

Resumo

As organizações de saúde são estruturas complexas que impõem desafios constantes na sua gestão. As últimas décadas foram pautadas pela discussão de modelos de gestão capazes de atenuar as adversidades e garantir a sustentabilidade dessas organizações. Nesse contexto, o controlo de gestão deve assumir um papel central na estratégia das unidades de saúde, permitindo a introdução de instrumentos capazes de assegurar a concretização dos planos de ação, privilegiando uma gestão descentralizada alinhada com a estratégia organizacional e promovendo a responsabilização pelos resultados.

A consciencialização da complexidade da gestão das organizações de saúde e a perceção da importância do controlo de gestão constituíram os fatores motivadores para o desenvolvimento deste projeto: elaboração de um sistema de controlo de gestão, que contempla um conjunto de ferramentas adequadas à conceção e implementação de um centro de responsabilidade integrado (CRI) no serviço de otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO Lisboa).

A metodologia desta investigação é de carácter qualitativo e tem por base um projeto empresa. A recolha e tratamento de dados consistiu na revisão da literatura, análise documental, realização e análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas a profissionais relacionados com os CRI. Foi realizada a análise interna e externa do IPO Lisboa e do serviço de otorrinolaringologia.

Tendo por base o diagnóstico situacional foram desenvolvidos os instrumentos de gestão do CRI: *balanced scorecard*, mapa estratégico, sistema de gestão e avaliação de desempenho e de incentivos. Por fim, é apresentado o projeto de intervenção e o plano de implementação do CRI.

Palavras-chave: controlo de gestão, centro de responsabilidade integrado, *balanced scorecard*, sistema de avaliação de desempenho

JEL Classification System: M10 – General; M12 – Personnel Management

Abstract

Health organisations are complex structures whose management entail relentless challenges. The last few decades have been marked by numerous discussions of management models to mitigate the adversities underlying these organisations and ensure their success. Management control systems should play a key role in the strategic management of health organisations. A proper management control system is a key management tool that allows monitoring and ensuring a timely implementation of action plans, favours a decentralised management fully aligned with the organisational strategy and promotes accountability for results.

The awareness of the current difficulties underlying health organizations management and the perception of the importance of proper management control were the motivation factors to the elaboration of this project: development of a management control system which includes a set of tools suitable for the design and implementation of an integrated responsibility center (CRI) to otolaryngology service of Lisbon Oncology Portuguese Institute's (IPO Lisbon).

The investigation methodology is qualitative and is based on a company-project. The data collection and the analysis of the contents consisted of a documentary research and the analysis of partial structured interviews carried out within professionals related to the CRI. Internal and external analysis of IPO Lisbon and its otolaryngology service were also evaluated. Based on the assessment of all available information and the conclusion of the current situational diagnosis, the following set management instruments were developed: balanced scorecard, strategic map, management system for the performance assessment and incentives. Finally, a fully-fledged CRI intervention project and implementation plan is presented.

Key words: management control, responsibility centers, balanced scorecard, performance management system

JEL Classification System: M10 – General; M12 – Personnel Management

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1. Gestão Estratégica da Saúde.....	5
2.2. Controlo de Gestão.....	7
2.3. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho.....	12
2.4. Centros de Responsabilidade Integrados.....	14
3. METODOLOGIA.....	17
3.1. Método.....	17
3.2. Técnicas de Recolha de Dados	17
3.3. Técnicas de Tratamento de Dados	20
4. DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO	21
4.1. Caracterização do IPO Lisboa.....	21
4.1.1. Análise Interna do IPO Lisboa	21
4.1.2. Análise Externa do IPO Lisboa	24
4.1.3. <i>Benchmarking</i>	25
4.1.4. Análise SWOT do IPO Lisboa	27
4.2. Caracterização do Serviço de ORL do IPO Lisboa.....	28
4.2.1. Análise Interna do Serviço de ORL do IPO Lisboa.....	31
4.2.2. Análise Externa do Serviço de ORL do IPO Lisboa.....	33
4.2.3. Análise SWOT do Serviço de ORL do IPO Lisboa.....	33
4.3. Resultados das Entrevistas Semiestruturadas.....	35
4.4. Análise Crítica.....	39
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO: CRI-ORL-IPOL	41
5.1. Missão, Visão e Valores.....	41
5.2. Logotipo e <i>Slogan</i>	41
5.3. Caracterização.....	42
5.4. Mapa Estratégico.....	43
5.5. <i>Balanced Scorecard</i>	45
5.6. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho.....	51
5.7. Sistema de Gestão de Carreiras e Incentivos.....	58
5.8. CRI-ORL-IPOL	60
5.8.1. Conselho de Gestão.....	60
5.8.2. Recursos Humanos do CRI-ORL-IPOL.....	60

5.8.3.	Plano de Ação.....	62
5.8.3.1.	Perfil Assistencial.....	63
5.8.3.2.	Projeções da Atividade.....	65
5.8.3.3.	Investimentos.....	67
5.8.3.4.	Financiamento.....	67
5.8.3.5.	Demonstração da Sustentabilidade Financeira.....	67
5.8.3.6.	Resultados Operacionais.....	70
5.8.3.7.	Pressupostos para as Projeções Apresentadas.....	70
5.8.3.8.	Contrato-Programa Anual do CRI-ORL-IPOL.....	70
5.8.3.9.	Monitorização e Acompanhamento.....	71
5.8.3.10.	Investigação e Ensino.....	71
5.8.3.11.	Centros de Referência.....	71
6.	IMPLEMENTAÇÃO.....	73
6.1.	Etapas e Atividades de Implementação.....	73
6.2.	Plano de Comunicação.....	74
6.3.	Resultados Esperados.....	74
7.	CONCLUSÕES.....	75
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
9.	ANEXOS.....	83

Índice de Tabelas

Tabela 1. Enquadramento legal dos CRI.....	15
Tabela 2. Dimensões e subdimensões das entrevistas semiestruturadas	19
Tabela 3. Recursos humanos do IPO Lisboa em 31 de dezembro de 2019	22
Tabela 4. Indicadores de produção global do IPO Lisboa em 2019.....	23
Tabela 5. Análise de <i>benchmarking</i> dos IPO.....	26
Tabela 6. Médicos do serviço de ORL do IPO Lisboa.....	29
Tabela 7. Indicadores de produção do serviço de ORL do IPO Lisboa em 2019	31
Tabela 8. Principais dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas.....	36
Tabela 9. Princípios estratégicos do CRI-ORL-IPOL.....	43
Tabela 10. BSC - Perspetiva do cliente: objetivos estratégicos, indicadores e metas.....	46
Tabela 11. BSC - Perspetiva dos processos internos: objetivos estratégicos, indicadores e metas.....	47
Tabela 12. BSC - Perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento: objetivos estratégicos, indicadores e metas.....	48
Tabela 13. BSC - Perspetiva financeira: objetivos estratégicos, indicadores e metas.....	49
Tabela 14. Mapa de avaliação de <i>performance</i> organizacional do CRI-ORL-IPOL	50
Tabela 15. SIGAD-CRI – Tabela de objetivos dos médicos ORL.....	54
Tabela 16. SIGAD-CRI – Tabela de competências dos médicos ORL.....	55
Tabela 17. Ficha de avaliação de desempenho dos médicos ORL.....	56
Tabela 18. Sistema de incentivos do CRI-ORL-IPOL	60
Tabela 19. Médicos do CRI-ORL-IPOL e alocação do respetivo horário.....	61
Tabela 20. Enfermeiros do CRI-ORL-IPOL e alocação do respetivo horário.....	61
Tabela 21. Assistentes operacionais do CRI-ORL-IPOL e alocação do respetivo horário	62
Tabela 22. Assistentes técnicos do CRI-ORL-IPOL e alocação do respetivo horário.....	62
Tabela 23. Outros profissionais do CRI-ORL-IPOL e alocação do respetivo horário.....	62
Tabela 24. Prestação de trabalho do CRI-ORL-IPOL na consulta externa	64
Tabela 25. Prestação de trabalho do CRI-ORL-IPOL na enfermaria.....	64
Tabela 26. Prestação de trabalho do CRI-ORL-IPOL no bloco operatório – atividade programada...	65
Tabela 27. Prestação de trabalho do CRI-ORL-IPOL no bloco operatório – atividade adicional	65
Tabela 28. Projeção da atividade do CRI-ORL-IPOL para o primeiro triénio	66
Tabela 29. Faturação do CRI-ORL-IPOL	68
Tabela 30. Demonstração previsional de gastos do CRI-ORL-IPOL	69
Tabela 31. Resultados operacionais do CRI-ORL-IPOL	70
Tabela 32. Etapas e atividades de implementação do projeto.....	73

Índice de Figuras

Figura 1. Distribuição de RH nos serviços de internamento do IPO Lisboa.....	22
Figura 2. Análise SWOT do IPO Lisboa.....	28
Figura 3. Modelo de gestão do serviço de ORL do IPO Lisboa.....	32
Figura 4. Análise SWOT do serviço de ORL do IPO Lisboa.....	34
Figura 5. Logotipo e <i>slogan</i> do CRI-ORL-IPOL.....	42
Figura 6. Mapa estratégico do CRI-ORL-IPOL	44
Figura 7. Fatores de ponderação das 4 perspetivas do BSC.....	45
Figura 8. Cronograma das fases do SIGAD-CRI.....	52

Glossário de Siglas

ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AO – Assistente Operacional

BSC – *Balanced Scorecard*

CA – Conselho de Administração

CG – Controlo de Gestão

CP – Contrato Programa

CRI – Centro de Responsabilidade Integrado

CRI-IPOL-ORL – CRI do Serviço de Otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa

EPE – Entidade Pública Empresarial

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GRH – Gestão de Recursos Humanos

IPO – Instituto Português de Oncologia

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

ORL – Otorrinolaringologia

PTI – Preços de Transferência Interna

RH – Recursos Humanos

SANP – Serviço de Atendimento Não Programado

SCG – Sistema de Controlo de Gestão

SGAD – Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SIGAD-CRI – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho do CRI

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT – *Strenghts, Weakness, Opportunities, Threats*

TMRG – Tempo Médio de Resposta Garantido

VHB – *Value Based Healthcare*

1. INTRODUÇÃO

As organizações de saúde são estruturas complexas que contemplam diferentes interesses e exigências. O controlo de gestão (CG) apresenta ferramentas capazes de atenuar essa complexidade facilitando a gestão estratégica das unidades de saúde através do desenvolvimento e implementação de instrumentos como o *balanced scorecard* (BSC), os planos de ação ou centros de responsabilidade integrados (CRI) (Inamdar *et al.*, 2002; Van der Kolk *et al.*, 2019).

O CG auxilia a gestão estratégica das organizações enquanto permite simultaneamente a avaliação da sua *performance* de forma atempada, adequada e transparente assumindo, também no setor da saúde, um papel determinante na operacionalização da estratégia organizacional. É imperativo assegurar a concordância entre o CG e a estratégia organizacional na definição de objetivos e metas bem como na otimização e melhoria contínua dos processos e dos resultados para garantir a sustentabilidade da organização (Jordan *et al.*, 2015). Por outro lado, o sucesso na gestão das unidades de saúde depende ainda do conhecimento e análise da organização e da sua cultura, uma vez que esse domínio permite a adaptação e a adequação de medidas que auxiliam o planeamento estratégico e as tomadas de decisão.

No início do século XXI eram inequívocas a baixa eficiência operacional e a deficiente gestão dos recursos humanos (GRH) e técnicos das organizações públicas de saúde em Portugal. Os profissionais de saúde encontravam-se desmotivados com as condições de trabalho e com as suas carreiras e os utentes estavam insatisfeitos com os serviços prestados e com os longos tempos de espera para consultas, exames e cirurgias (Major & Magalhães, 2014). Estes fatores associados à necessidade de contenção da despesa pública, levaram à empresarialização dos hospitais públicos com o intuito de melhorar a sua gestão e *performance*. A adoção de modelos empresariais na gestão dos hospitais públicos em Portugal permitiu a introdução de novas práticas de gestão. Assim, foram introduzidos elementos de gestão capazes de acompanhar e controlar a atividade dos hospitais de natureza de Entidade Pública Empresarial (EPE) focando-se na cultura de gestão por objetivos e de responsabilização por resultados, na melhoria da qualidade e da eficiência operacional, na promoção do mérito e do desenvolvimento pessoal e na melhoria da comunicação (Campos, 2019).

Em Portugal tem sido discutida a importância da adoção de CRI nas organizações de saúde como instrumentos capazes de promover uma gestão mais adequada às suas necessidades. Neste contexto, a portaria nº 330/2017 de 31 de outubro definiu o modelo de regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS),

com a natureza de EPE, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial que se organizem em CRI. Este tipo de organização promove a descentralização da tomada de decisão e a responsabilização pelos resultados favorecendo a melhoria da eficácia, da eficiência, da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde.

A constatação das exigências atuais na gestão das organizações de saúde e da necessidade premente da adoção de modelos de gestão ágeis e eficientes motivou a questão de partida para a realização deste projeto. Face às necessidades e exigências sentidas neste setor pretende-se desenvolver um modelo estratégico de gestão, através da conceptualização de um sistema de controlo de gestão (SCG), que contemple a adoção de um conjunto de ferramentas adequadas à conceção e implementação de um CRI no serviço de otorrinolaringologia (ORL) do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa.

O IPO Lisboa é um hospital EPE do SNS que presta cuidados de saúde especializados e diferenciados no tratamento, estudo e investigação do cancro. O serviço de ORL do IPO Lisboa é reconhecido pela sua diferenciação técnica e pela prestação de cuidados de saúde de excelência aos doentes com tumores da cabeça e pescoço. Mas, no mundo global, cada vez mais competitivo e exigente, estas características por si só não garantem a qualidade nem a eficiência dos serviços prestados. Apesar da tendência para a adoção de novos modelos de gestão no IPO Lisboa, não existe atualmente um SCG que avalie de forma clara e atempada indicadores financeiros e não financeiros e que permita uma análise alargada e integrada do desempenho da organização e das suas unidades funcionais, impossibilitando uma visão estratégica global. Não existe nenhum CRI no IPO Lisboa e também não existe nenhum CRI num serviço de ORL em Portugal.

O objetivo geral da investigação consiste em conceber um modelo de CG, mais especificamente um CRI, no contexto do serviço de ORL do IPO Lisboa. Estabelecendo-se como principais objetivos operacionais: (1) definir a missão, visão e valores do CRI centrados nos doentes e alinhados com a estratégia da organização; (2) definir objetivos e indicadores financeiros e não financeiros; (3) definir um BSC e um mapa estratégico; (4) criar um modelo de gestão e avaliação de desempenho que garanta a equidade e justiça percebida e (5) criar um sistema de incentivos íntegro e atrativo.

A estrutura do trabalho encontra-se segmentada em capítulos, sendo que no segundo capítulo é apresentada uma revisão da literatura, que expõe uma reflexão sobre os temas *core* do projeto. Dentro dos temas abordados destacam-se a gestão estratégica da saúde em geral e

em Portugal, a importância do CG nas organizações, o BSC, os sistemas de gestão e avaliação de desempenho (SGAD) e os CRI.

No terceiro capítulo é definida a metodologia adotada neste projeto explicitando as técnicas de recolha e de tratamento de dados.

No quarto capítulo é elaborado o diagnóstico organizacional pela avaliação da estratégia global do IPO Lisboa, considerando a sua missão, visão, valores, cultura organizacional, contexto interno e externo e pela análise de *benchmarking*. É ainda realizado o diagnóstico situacional através da construção de uma matriz SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) que permite identificar as suas forças e fraquezas, oportunidades e ameaças. A mesma avaliação organizacional é realizada especificamente para o serviço de ORL do IPO Lisboa.

O quinto capítulo consiste no desenvolvimento de um SCG para o serviço de ORL do IPO Lisboa que compreende a conceção de um mapa estratégico e de um BSC, definindo-se os objetivos estratégicos, os indicadores de meio e de desempenho e as metas a alcançar. Engloba a elaboração de um SGAD e de um sistema de incentivos. Por fim, é apresentada a composição e estrutura organizativa do CRI do serviço de ORL do IPO Lisboa (CRI-IPOL-ORL) e o seu plano de ação.

O plano para a implementação do CRI-IPOL-ORL é apresentado no capítulo seis.

Na conclusão (capítulo sete), tendo por base todo o estudo e aprendizagem desenvolvidos ao longo da execução do projeto, reúne-se um conjunto de recomendações, através da identificação de fatores críticos de sucesso, que contribuem para a implementação do CRI no serviço de ORL do IPO Lisboa e que simultaneamente podem auxiliar o desenvolvimento de projetos similares noutras unidades de saúde.

A conceptualização de um CRI para o serviço de ORL do IPO Lisboa é um projeto inovador e empreendedor visto que a grande maioria dos serviços de saúde não apresenta este tipo de organização. Também constitui um desafio que se reflete na possibilidade de criar o primeiro CRI do IPO Lisboa e o primeiro CRI de um serviço de ORL em Portugal. A sua implementação e operacionalização é uma oportunidade para promover mudanças que acresçam valor para os doentes numa área tão desafiante e complexa como é a oncologia da cabeça e pescoço. Nesse sentido, com este projeto pretende-se garantir a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade centrados nos doentes através da utilização eficiente dos recursos humanos e técnicos disponíveis, mantendo a gestão do CRI-IPOL-ORL alinhada com a missão, visão e planeamento estratégico da organização e articulada com as restantes unidades funcionais e serviços do IPO Lisboa.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Gestão Estratégica da Saúde

Não existe um consenso sobre a definição de gestão estratégica. Esta aparente fraqueza resultante da dificuldade de a definir, é, na verdade, a sua maior força. O pluralismo inerente ao termo permite a prosperidade intelectual e a procura simultânea de múltiplas orientações de pesquisa, tornando-a dinâmica e maleável, mas ao mesmo tempo sustentável. A gestão estratégica resulta de um conjunto de decisões e ações que visam otimizar os resultados de uma organização e engloba: a análise do ambiente interno e externo; a identificação dos *stakeholders*; a avaliação de iniciativas estratégicas com determinação de metas, objetivos e planos de ação; e a monitorização, acompanhamento e avaliação da execução da estratégia (Nag & Chen, 2007).

A gestão estratégica na saúde segue os princípios gerais deste domínio da gestão, sendo indispensável para garantir a sustentabilidade das organizações de saúde. O setor da saúde é extremamente complexo e exigente pela pluralidade profissional, diferenciação dos tratamentos, diversidade e dimensão dos interesses envolvidos. Esta complexidade e exigência, o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e o investimento em novas tecnologias e equipamentos de obsolescência rápida tornam a saúde uma das principais fontes de despesa pública dos diferentes países (Campos, 2019). Porter *and* Teisberg (2004) identificam as diferenças da gestão na saúde em relação a outros setores, realçando os custos elevados e crescentes, apesar dos esforços para reduzi-los. Referem que, contrariamente ao que seria esperado, os custos crescentes na saúde não traduzem necessariamente melhorias na qualidade dos serviços prestados. Não obstante, estratégias baseadas unicamente na redução de custos não são eficientes, uma vez que as organizações de saúde têm como principal competência proporcionar cuidados de elevada qualidade. Assim, Porter *and* Lee (2013) estabelecem que o principal objetivo dessas organizações deve estar alinhado com a garantia de acréscimo de valor, sendo esse valor definido pelos resultados de saúde que efetivamente importam para os utentes. No entanto esses resultados devem ser relacionados com o custo necessário para os alcançar. Os autores consideram fundamental mudar o paradigma da estratégia das organizações de saúde centralizando o sistema em torno dos utentes e das suas necessidades, com vista à maximização do valor recebido e percebido, através da adoção de práticas baseadas no *value-based healthcare* (VBH).

Para fazer face às exigências vivenciadas nas organizações de saúde é necessário que estas adotem estratégias de gestão adequadas e que, simultaneamente, sejam dotadas com recursos humanos e técnicos de excelência. Estas organizações têm que ser dinâmicas e devem focar-se em oito processos centrais que precisam de ser atualizados, melhorados e avaliados continuamente: (1) gestão estratégica; (2) qualidade clínica; (3) organização clínica; (4) planeamento financeiro; (5) planeamento e marketing; (6) sistemas de informação; (7) recursos humanos (RH); e (8) serviços de suporte (Griffith, 2000). Os desafios atuais da gestão no setor da saúde relacionam-se, em grande medida, com a eficiência económica, com a gestão da mudança e com a gestão de recursos humanos. Contudo, os processos internos da organização, a transparência e a frequência da comunicação entre todos os elementos da equipa também são determinantes para a gestão estratégica das organizações de saúde e conseqüentemente para a sua sustentabilidade (Jain *et al.*, 2019; Miller, 2019). Os gestores têm de ser capazes de avaliar rápida e continuamente as mudanças necessárias e as suas conseqüências e transformar esta análise num plano sustentável, garantindo que essas mudanças trazem vantagens significativas para os doentes (Figueroa *et al.*, 2019). Ainda assim, embora as melhores práticas da gestão estratégica possam sugerir uma determinada direção, raramente são imediatamente aplicáveis, pelo que as organizações de saúde devem-se suportar nos sistemas que já possuem e desenvolvê-los sistematicamente em direção à excelência (Griffith, 2000).

Para Griffith (2000: p.20) “o sucesso é uma combinação de vontade - liderança e compromisso - e da maneira - sistemas e procedimentos”. O sucesso das organizações de saúde deve ser avaliado, pelo menos, em três dimensões que devem ser medidas continuamente: qualidade, custo e satisfação dos utentes. Devem ser implementados instrumentos de avaliação da *performance* organizacional que permitam a análise e monitorização sistemáticas dos dados referentes a essas dimensões e que, ao mesmo tempo, promovam a melhoria dos processos de decisão e de gestão de mudanças.

Apesar do investimento financeiro inicial associado à implementação de novas estratégias, estas podem melhorar significativamente a acessibilidade, o atendimento e o seguimento dos utentes e conseqüentemente os resultados globais das organizações de saúde a longo prazo (Jain *et al.*, 2019).

A gestão estratégica da saúde em Portugal está condicionada pelo enquadramento político e económico-financeiro deste setor. Atualmente o sistema de saúde português assenta no *mix* de fontes de financiamento público e privado, coexistindo três sistemas distintos: o SNS, os subsistemas de saúde (regimes de seguro social para grupos profissionais como a ADSE) e os

seguros de saúde voluntários privados (Escoval, 2016). O Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento da política nacional de saúde e pela gestão do SNS. A Entidade Reguladora da Saúde é a entidade pública independente responsável pela regulação da atividade de todos os prestadores de saúde, sejam públicos, privados ou sociais.

A opção por um modelo público de saúde surgiu em 1979 como a melhor forma de garantir os valores do acesso, da equidade e da solidariedade social. Nos últimos anos tem-se assistido ao crescimento do setor privado, que encontrou na saúde uma oportunidade de mercado para colmatar as falhas do SNS (Campos, 2019). Em 2018 existiam 230 hospitais em Portugal, sendo 107 hospitais públicos. Destes, cerca de 40 são EPE (INE, 2020).

No final do século XX o SNS enfrentava uma situação crítica pela sua falta de eficiência, baixa produtividade, insatisfação dos utentes e dos profissionais e pelos elevados custos na prestação de serviços. Esta conjuntura levou à necessidade da reforma dos modelos de gestão dos hospitais públicos (Major & Magalhães, 2014). Uma das soluções para fazer face a esta necessidade foi a empresarialização da gestão hospitalar publicada por meio de Resolução de Conselho de Ministros nº41/2002 de 7 de Março, com adoção de novos modelos de gestão capazes de melhorar a *performance* do SNS. Pela Lei nº 27/2002 de 8 de novembro, foi aprovado o novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar que integrou vários modelos jurídicos incluindo os hospitais EPE. Estes foram definidos como estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. A empresarialização dos hospitais públicos consistiu no processo de autonomização das competências dos órgãos de gestão tendo em vista a melhoria da qualidade e eficiência operacionais, otimização dos recursos humanos e técnicos, melhoria dos processos internos e a responsabilização pelos resultados e permitiu a introdução de ferramentas do controlo de gestão neste setor (Campos, 2019).

2.2. Controlo de Gestão

Existem diversas definições de CG. Para Jordan *et al.* (2015: p.30) o CG é “um conjunto de instrumentos que motivem os responsáveis descentralizados a atingirem os objetivos estratégicos da empresa, privilegiando a ação e a tomada de decisão em tempo útil e favorecendo a delegação de autoridade e responsabilização”. É o processo que assegura que as estratégias organizacionais são executadas ou que os planos são alterados e adaptados se as circunstâncias o exigirem, garantindo que “as pessoas fazem o que tem que ser feito” (Merchant, 1982: p.43).

O CG permite o alinhamento da estratégia organizacional envolvendo todos os membros da organização, promovendo e melhorando os desempenhos individuais e coletivos (Jordan *et al.*, 2015). Deve servir como elemento de apoio aos gestores para alcançar os resultados previstos, promover a coerência dos objetivos e a viabilidade da sua execução, assegurar a coordenação e empenho dos responsáveis operacionais e a existência dos meios que garantam a implementação da estratégia (Jordan *et al.*, 2015). No entanto, o CG deve garantir que cumpra a sua função sem limitar a flexibilidade, a inovação e a criatividade (Simons, 1995). Assim para fazer face às exigências atuais no âmbito da gestão é fundamental que as organizações implementem SCG adequados que contribuam para promover a sua sustentabilidade. Estes sistemas assumem igual importância no sector da saúde (Naranjo-Gil, 2016).

Os SCG assentam em três pressupostos: estabelecer *standards*, medir desempenho comparando-o com esses *standards* e corrigir os desvios detetados. O CG é orientado para o futuro e é multidimensional, pode ser focado nas pessoas, nas ações ou nos resultados (Merchant, 1982).

O sucesso da implementação e do funcionamento de um SCG depende de diversos fatores que devem ser considerados e avaliados de forma integrada. Os instrumentos do CG devem ser adaptados à organização e à estratégia organizacional de modo a estarem enquadrados com a sua cultura e ambiente externo. Neste sentido, a teoria da contingência que tem sido amplamente estudada, defende que não existe uma forma ideal e única para gerir uma organização e que esta gestão deve ser adaptada às circunstâncias internas e externas. Em relação ao CG a discussão central deste debate prende-se com a identificação do SCG que melhor suporta a implementação da estratégia (Otley, 2016; Guenther & Heinicke, 2019). Para Coller *et al.* (2018) estes sistemas devem ser ativos e efetivos de diferentes formas, considerando as metodologias *waterfall* e *agile* como os arquétipos de um leque de possibilidades de implementação da estratégia, consoante seja necessário um sistema mais preciso ou mais adaptável respetivamente.

Por outro lado, é também necessário adequar a tecnologia, a estrutura e o *design* dos SCG à organização. Mais recentemente tem sido realçada a importância da interação entre a inovação e o controlo de gestão na efetivação da estratégia organizacional. O facto de as organizações terem de ser inovadoras para serem sustentáveis e competitivas, traduz-se em desafios acrescidos para os SCG, uma vez que os instrumentos do CG auxiliam os gestores a assegurar essa mesma inovação enquanto garantem simultaneamente a eficiência operacional (Chenhall & Moers, 2015).

Tão importante quanto a adaptação dos SCG à organização é a sua adaptação à estratégia organizacional (Meutia & Ismail, 2017). Para Porter (1985) a estratégia é o conjunto dos objetivos organizacionais e dos meios para os alcançar e tem de ser clara, objetiva e traduzir a missão e a visão da organização. Enquanto o CG é o conjunto de instrumentos que permitem a operacionalização da estratégia (Jordan *et al.*, 2015). Perante estas definições torna-se evidente que não é possível dissociar a estratégia organizacional dos SCG no domínio da promoção e garantia da sustentabilidade das organizações.

Apesar do CG ter surgido inicialmente no âmbito das empresas privadas, tem vindo a ganhar importância crescente no setor público. É exemplo disso o movimento do *New Public Management*, que teve início no Reino Unido na década de 80 e consistiu na adoção de um conjunto de práticas de gestão no setor público inspiradas no setor privado. Este movimento tornou-se numa referência para a reforma da administração pública de vários países e em diferentes setores, nomeadamente na área da saúde. Apresentava como principais objetivos a redução ou eliminação das diferenças entre o setor público e privado e a promoção da responsabilização pelos resultados (Hood, 1995). Apesar das diversas críticas ao conceito do *New Public Management*, as últimas décadas foram marcadas pelas reformas no setor público, com a mudança do paradigma da administração para a gestão pública, enfatizando a importância da responsabilização dos gestores pela obtenção de resultados (Hughes, 2017). O mesmo autor salienta que não existe um modelo ideal, universal e único e que a reforma da gestão pública deve ser encarada como um processo contínuo que visa a obtenção de melhores resultados usando os recursos de uma forma mais sustentável.

Van der Kolk *et al.* (2019), no seu estudo sobre o impacto do CG no setor público, diferenciam o papel desta área da gestão em quatro áreas distintas previamente definidas por Merchant *and* van der Stede (Merchant & van der Stede *in* van der Kolk *et al.*, 2019): resultados, ação, cultura e pessoas. Concluem que o controlo dos resultados não influencia negativamente a motivação intrínseca e exerce um efeito positivo sobre a *performance* da organização como consequência da promoção da motivação extrínseca. Por outro lado, o controlo sobre a cultura organizacional e sobre os RH pode promover a motivação intrínseca, o que se perspetiva que venha a ter um papel importante na promoção da autonomia, competência e compromisso e consequentemente na *performance*.

O CG utiliza três tipos de instrumentos de gestão: (1) instrumentos de pilotagem (plano operacional, orçamento, controlo orçamental, BSC, *tableaux de bord*); (2) instrumentos de orientação do comportamento (centros de responsabilidade, avaliação de desempenho

organizacional, preços de transferência interna (PTI)); e (3) instrumentos de diálogo (Jordan *et al.*, 2015). Dada a importância do BSC para o projeto de investigação desenvolve-se de seguida uma breve revisão de literatura sobre o tema, enquanto que na secção 2.4. apresenta-se a fundamentação teórica dos CRI.

O BSC é um sistema de avaliação de desempenho organizacional, foi desenvolvido por Kaplan e Norton e foi publicado em 1992 sendo, ainda atualmente, um dos instrumentos de gestão de maior destaque e utilidade em todo o mundo. Os sistemas de avaliação de *performance* contribuem para a implementação da estratégia e para os *outcomes* das organizações (Guenther & Heinicke, 2019). Simons (1995) salienta que estes sistemas têm como objetivo acompanhar e avaliar a implementação da estratégia, incentivando a comunicação, a motivação e o alinhamento estratégico das iniciativas operacionais. A relação entre a estratégia e o sucesso de uma organização resulta da medição e da gestão das suas atividades e resultados, através da criação de um sistema de medição e avaliação de *performance* (Moura *et al.*, 2019).

O BSC surgiu num contexto em que as empresas valorizavam apenas medidas financeiras como indicadores de sucesso. No entanto, a adoção de indicadores meramente financeiros não se coaduna com a sustentabilidade das organizações a longo prazo, decisões estritamente financeiras são contrárias a decisões estratégicas. Os autores conceberam o BSC como um instrumento de gestão que permite uma visão global e integrada do desempenho da organização, considerando medidas financeiras, que avaliam os resultados de ações tomadas no passado, e medidas operacionais que catalisam a *performance* financeira futura. Consideram quatro perspetivas estratégicas de forma a englobar as diversas vertentes do negócio: a perspetiva financeira, a perspetiva do cliente, a perspetiva dos processos internos e a perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento (Kaplan & Norton, 1992). A determinação dos objetivos estratégicos, indicadores e metas surge como uma etapa determinante dos sistemas de avaliação de desempenho organizacional. A conceção destes sistemas deve considerar uma abordagem compreensiva e adequada na escolha dos indicadores, para que estejam representadas todas as áreas e operações da organização, promovendo o alinhamento entre os objetivos, os indicadores e a estratégia (Micheli & Mura, 2017). No caso do BSC devem ser definidos tendo em consideração as quatro perspetivas do modelo.

A operacionalização do BSC permite clarificar e comunicar a estratégia da organização a vários níveis, identificar e alinhar as iniciativas estratégicas e os objetivos individuais com os organizacionais, relacionar os objetivos estratégicos com as metas a longo prazo e conduzir

revisões periódicas que possibilitem adaptar a estratégia sempre que necessário (Lucianetti *et al.*, 2019). Assim, para além de um instrumento de avaliação de desempenho, o BSC passou a assumir simultaneamente um papel determinante na gestão estratégica das organizações, ligando os objetivos e os indicadores à visão e à estratégia (Hoque, 2014).

A literatura não é consensual relativamente aos resultados obtidos com a implementação dos sistemas de avaliação de desempenho organizacional incluindo o BSC. É necessário avaliar quais são os fatores que podem contribuir para o sucesso ou insucesso da implementação destes elementos estratégicos, colocando em causa o modelo “*one-size-fits-all*” (Ittner *et al.*, 2003). Cavalluzzo *and* Ittner (2004) concluem que o desenvolvimento e implementação de sistemas de avaliação de *performance* são prejudicados por diversos fatores como: treino inadequado; incapacidade dos sistemas de informação existentes fornecerem dados oportunos, confiáveis e válidos; seleção e interpretação de medidas de desempenho inapropriadas; falta de comprometimento organizacional; e autoridade limitada para a tomada de decisões.

Após uma extensa revisão da literatura Lucianetti *et al.* (2019) detetaram doze atributos relevantes do BSC que podem interferir na forma como este instrumento influencia a eficiência organizacional: (1) nível de desenvolvimento; (2) mapa estratégico; (3) comunicação estratégica; (4) alinhamento entre os objetivos organizacionais e as métricas do BSC; (5) sistema de incentivos; (6) dimensões incluídas no BSC; (7) número de indicadores; (8) natureza dos indicadores; (9) frequência da atualização dos relatórios; (10) longevidade do BSC; (11) apoio da gestão de topo e (12) integração com sistemas de informação. Os autores realçam que a implementação de BSC com *designs* mais compreensivos e com uma maturidade mais desenvolvida está relacionada com melhores resultados da eficiência organizacional.

A implementação do BSC foi alargada ao setor público e a organizações sem fins lucrativos após a experiência no setor privado. São necessários mais estudos para avaliar as diferenças da sua utilização entre estes sistemas e também entre diferentes países (Hoque, 2014).

No setor da saúde a implementação e operacionalização do BSC também é bastante diversificada, estando dependente do país e do sistema de saúde em questão. Inamdar *et al.* (2002) enfatizam a importância do BSC para a gestão das organizações de saúde num ambiente complexo e incerto. Salientam como principais benefícios do BSC nas organizações de saúde o processo de clarificação e aceitação da estratégia, a ajuda na tomada de decisão considerando as suas quatro perspetivas, a definição de prioridades, o alinhamento da estratégia com a alocação de recursos, a maior *accountability* e a aprendizagem e melhoria contínuas. Por outro lado, os autores, identificam diversos fatores que dificultam a implementação desta ferramenta,

destacando-se a resistência oferecida pelos profissionais de saúde relacionada com o receio de serem avaliados, com o acréscimo de trabalho e com o tempo consumido e a existência de interesses conflitantes entre *stakeholders* tendo em conta que inclui quatro constituintes principais: acionistas, utentes, reguladores e médicos.

Levesque *and* Sutherland (2020) evidenciam a dificuldade na articulação entre a conceptualização e a operacionalização dos sistemas de avaliação de desempenho organizacional no setor da saúde. Identificam o número exagerado e a grande variabilidade de indicadores estratégicos utilizados nas diferentes organizações deste sector como uma das principais causas dessa dificuldade.

Num estudo realizado por Gonzalez-Sanchez *et al.* (2018) sobre a implementação do BSC nos serviços de saúde de Itália, Espanha e Portugal, os autores concluem que nestes países, onde cerca de 70% do setor da saúde é público, o BSC não é usado como instrumento para implementar a estratégia nem como ferramenta para promover o alinhamento dos diversos níveis de controlo. Apontam como principais causas o facto de na maioria dos casos não serem definidos fatores críticos de sucesso, não existirem sistemas de recompensas nem a integração dos dados administrativos com os dados clínicos comprometendo a aplicação prática do BSC. Salientam ainda a imprescindibilidade das organizações de saúde adaptarem o número e o tipo de perspectivas e de indicadores-chave considerados no BSC, realçando a necessidade da sua adaptação às características das organizações.

A implementação de um sistema de avaliação de *performance* como o BSC é uma tarefa complexa que requer empenho e adaptação permanentes.

2.3. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho

A gestão de desempenho de RH é um processo de gestão estratégica de pessoas que permite alinhar as práticas de GRH com a estratégia organizacional. Os SGAD medem a forma como o colaborador desenvolve as suas funções e os resultados que daí advêm. Permitem avaliar o colaborador individualmente e, em simultâneo, os resultados do grupo de trabalho, identificando áreas de intervenção e assumindo-se como um instrumento de mudança comportamental, no sentido do alinhamento das competências dos colaboradores com os objetivos globais da organização (Nascimento e Pereira, 2015).

É, cada vez mais, valorizada a importância dos RH como fator diferenciador das organizações e como elemento determinante para a sua competitividade, sendo reconhecida a sua relevância para a estratégia e eficácia organizacionais (Delery & Gupta, 2016; Jiang &

Messersmith, 2018). Nesse sentido, torna-se decisivo o desenvolvimento de práticas de GRH equitativas, eficazes e justas, que motivem os colaboradores e aumentem o seu nível de satisfação no trabalho, contribuindo positivamente para a concretização dos objetivos da organização (Maimako, 2016).

Acresce ainda que os SGAD permitem que os colaboradores compreendam as suas funções e os objetivos estratégicos definidos, possibilitando que cada profissional possa planejar o seu trabalho, utilizando e adequando as suas capacidades de forma a corresponder às expectativas estipuladas. Um dos objetivos primordiais dos SGAD é fornecer *feedback* a cada colaborador relativamente ao seu trabalho, permitindo que este adquira informação relevante sobre as metas atingidas e identificando áreas onde possa haver necessidade de possíveis mudanças face à estratégia organizacional (Nikoloski, 2016).

Os SGAD devem ser consistentes com os objetivos e estratégias da organização e devem ser orientados pelas condições do ambiente externo onde atuam. Tão importante quanto dispor de um SGAD adequado, é que este seja partilhado e aceite pelos colaboradores que participam no processo de avaliação, uma vez que, a não concordância com o modelo de avaliação pode originar conflitos com a organização e com os avaliadores (Cheng *et al.* 2007).

No entanto, o número crescente de SGAD e a falta de transparência na sua construção dificultam o progresso das pesquisas neste domínio. Apesar das evidências na literatura da relação positiva entre as práticas de GRH e a *performance* organizacional, a conceptualização e a análise dos SGAD não contemplam as sinergias e interações entre as diferentes práticas de GRH limitando a avaliação global destes sistemas (Boon *et al.*, 2019).

Os SGAD para serem eficientes têm que estar associados a um sistema de incentivos e recompensas, que assegure que o bom desempenho seja premiado. É fundamental que todos os colaboradores saibam identificar o bom desempenho recompensável, desde o início deste processo.

Em Portugal a avaliação de desempenho da administração pública é realizada pelo Sistema Integrado de Gestão e Avaliação da Administração Pública (SIADAP). Este foi estabelecido pela Lei nº 66-B/2007 de 28 de Dezembro (com as alterações introduzidas pela Lei 66-B/2012, de 31 de Dezembro) e é aplicável aos serviços públicos, aos respetivos dirigentes e a todos os trabalhadores das instituições públicas.

2.4. Centros de Responsabilidade Integrados

Os CRI são estruturas de gestão intermédia que visam potenciar os resultados através da descentralização da tomada de decisão. A descentralização para o nível da gestão intermédia tem um papel determinante na *performance* das unidades funcionais e pode, conseqüentemente, afetar positivamente os resultados globais da organização (Tarawneh, 2019). Jordan *et al.* (2015) consideram que os CRI contribuem para alcançar os objetivos globais da organização através do cumprimento dos seus próprios objetivos. Salientam que têm que se verificar três condições para que os CRI sejam importantes para a estratégia organizacional: gestão por objetivos, responsabilização pelos resultados e estrutura descentralizada com delegação de autoridade.

A literatura disponível sobre CRI assenta essencialmente na legislação existente em Portugal. Na tabela 1 apresenta-se a evolução da legislação que permitiu a criação e a regulamentação dos CRI. Existe legislação que permite a criação de centros de responsabilidade e de custos desde 1988, mas foi a publicação do Decreto-Lei número 374/1999 de 18 de setembro de 1999 que permitiu a criação do primeiro CRI no serviço de cirurgia cardio-torácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sob a direção do Professor Doutor Manuel Antunes. Denotar que nos anos que se seguiram não foram criados novos CRI.

Em 2013 foi nomeado um grupo de trabalho pelo Despacho N. 5882/2013, do Secretário de Estado da Saúde, de 24 de Abril de 2013, com intuito de realizar uma proposta para a constituição de unidades autónomas de produção clínica cujo os princípios base são os mesmo dos CRI na promoção da autonomia dos serviços e na responsabilidade da produção. O documento foi elaborado mas não chegou a ser publicado. Em 2017 e 2018 foram consolidadas as bases legais dos CRI e definidos os princípios gerais de funcionamento e organização a que devem obedecer, o que se refletiu num número crescente de unidades hospitalares que apresentam este tipo de organização nos últimos anos.

Importa perceber quais os principais objetivos e princípios organizacionais e operacionais destas estruturas. Segundo o artigo 9º do Decreto-Lei 18/2017 de 10 de Fevereiro os CRI têm como principais objetivos potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados e aumentando a produtividade. São constituídos por equipas multidisciplinares dedicadas, constituídas por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, gestores e administradores hospitalares e outros profissionais de saúde, de acordo com a área ou áreas de especialidade.

Tabela 1. Enquadramento legal dos CRI

Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de janeiro
<ul style="list-style-type: none">• Define os princípios específicos da gestão hospitalar e incentiva a organização em centros de responsabilidade e de custos
Decreto-Lei nº 374/1999 de 18 de setembro
<ul style="list-style-type: none">• Estabelece o regime geral para criação dos CRI por despacho do Ministro da Saúde
1999
<ul style="list-style-type: none">• Criado o 1º CRI na unidade de cirurgia cardio-torácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Lei nº 27/2002 de 8 de novembro
<ul style="list-style-type: none">• Aprovação do regime jurídico da gestão hospitalar
Decreto-Lei nº 188/2003
<ul style="list-style-type: none">• Revoga a organização da gestão hospitalar em centros de responsabilidade e de custo
Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro
<ul style="list-style-type: none">• Aprovou o regime jurídico e os estatutos das unidades de saúde com a natureza de EPE
Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro
<ul style="list-style-type: none">• Estabelece os princípios e regras de gestão hospitalar aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS com a natureza de EPE• Consagra a possibilidade de serem criados CRI por deliberação do conselho de administração
Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro
<ul style="list-style-type: none">• Define os princípios gerais de funcionamento e organização de um CRI
Portaria 71/2018 de 8 de março
<ul style="list-style-type: none">• Procede à primeira alteração da portaria anterior• Define o regime em que deverão laborar os trabalhadores que vierem a integrar o CRI

O mesmo Decreto-Lei (nº18/2017) define os princípios pelos quais a atividade dos CRI se deve orientar: (1) descentralização de competências e responsabilidades por parte dos conselhos de administração (CA); (2) concretização dos objetivos contratados alinhada com o controlo de custos e com o reconhecimento dos profissionais (sustentabilidade); (3) transparência com publicação de resultados e realização de auditorias internas e externas; (4) cooperação e solidariedade entre os elementos do CRI e com a restante instituição; (5) articulação com as outras estruturas e serviços da instituição; (6) avaliação objetiva, transparente e contratualizada entre as partes; (7) mérito e objetivação do reconhecimento, resultante da avaliação de cada elemento; (8) comportamento ético, deontológico e sentido de serviço público, cabe a cada profissional do CRI salvaguardar a legalidade e o interesse público, a defesa dos interesses do

doente, a prossecução do melhor desempenho do CRI e da instituição em que se integra; (9) definição clara dos objetivos quantificados, programados e calendarizados; (10) controlo da utilização dos RH e materiais afetos ao CRI; (11) contratualização através da celebração de contratos-programa (CP) anuais, entre os diretores do CRI e o CA, que definem objetivos e os meios necessários para os alcançar e estipulam os mecanismos de avaliação periódica, que incluem o plano de atividades anual do CRI, o orçamento anual, o plano de investimentos e o plano de formação e investigação, entre outros; (12) o CP deve ter em conta os objetivos gerais do hospital e os definidos pela tutela, no que respeita aos indicadores de produção, de serviço e de qualidade assistencial, estabelecidos no CP da entidade.

Nesse mesmo ano a portaria nº 330/2017 de 31 de Outubro definiu o modelo de regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS, com a natureza de EPE, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial que se organizem em centros de responsabilidade integrados.

A estruturação dos serviços clínicos em CRI também permite que os serviços se organizem nas unidades funcionais integradas descritas por Porter *and* Lee (2013). O *core* desta transformação consiste na forma como estas organizações prestam cuidados de saúde, centralizando-os em torno das necessidades dos doentes e da sua condição médica. Estas unidades integram uma equipa dedicada responsável por todo o ciclo da prestação de cuidados clínicos e não clínicos e permitem que os vários elementos trabalhem em conjunto para alcançar um objetivo comum, maximizando os resultados gerais do paciente da maneira mais eficiente possível. Os autores apontam como vantagens a colaboração, compromisso e confiança entre os elementos constituintes, a dedicação e diferenciação numa área específica, o desenvolvimento gradual de processos de melhoria contínua e de maior eficiência, a facilidade de comunicação da equipa e a responsabilidade conjunta pelos resultados. Concluem que as unidades funcionais integradas proporcionam tratamentos mais céleres, melhores resultados, custos mais baixos e, geralmente, melhoram a competitividade no mercado.

3. METODOLOGIA

3.1. Método

Este trabalho de mestrado tem por base a tipologia de projeto empresa e visa o desenvolvimento de um projeto de um CRI para o serviço de ORL do IPO Lisboa. Intitula-se ‘Conceptualização de um centro de responsabilidade integrado para o serviço de ORL do IPO Lisboa’.

Recorre a um método de pesquisa qualitativo, através de uma investigação empírica. O estudo de caso apresenta-se como o método mais adequado aos objetivos do projeto, uma vez que promove o estudo empírico recorrendo à análise de evidências obtidas através de diferentes técnicas de recolha de dados, sendo as mais frequentes a análise documental, a observação direta, as entrevistas e os questionários.

Segundo Yin (2017) o estudo de caso permite estudar o objeto no seu contexto real, considerando os principais intervenientes e as interações que ocorrem, seguindo uma metodologia de etapas sucessivas de recolha, análise e interpretação de dados. O estudo de caso enquadra-se numa lógica de construção de conhecimento através da reflexão ponderada do investigador sobre as variáveis em estudo, tendo em consideração a necessidade de minimizar o efeito da sua própria convicção no processo de análise dos dados obtidos. Simultaneamente permite uma abordagem progressiva através da reformulação das questões iniciais no decurso do desenvolvimento do método que resulta da função interpretativa constante do investigador.

3.2. Técnicas de Recolha de Dados

A recolha de dados consiste na análise documental, que engloba a revisão de literatura dos temas *core* deste trabalho e a análise de documentos pertinentes para o projeto, e na realização de entrevistas semiestruturadas aos diretores de CRI e a profissionais relacionados com a área da administração hospitalar.

Numa primeira fase e com o intuito de adquirir e aprofundar conhecimentos sobre os temas abordados, a recolha de dados incide na realização de uma revisão sistemática da literatura, utilizando os motores de busca da *b-on*, *google scholar* e *proquest*. Através da utilização de palavras-chave previamente selecionadas, encontram-se artigos relacionados com os fundamentos teóricos deste projeto. Através da avaliação do interesse, da importância e do impacto do artigo é decidido englobá-lo ou não, na revisão da literatura do projeto de investigação. De seguida, utilizando as referências bibliográficas do artigo e/ou das citações, são encontrados e avaliados novos artigos potencialmente de interesse para este projeto, que

são sujeitos ao mesmo processo de análise e seleção e ao mesmo raciocínio para identificação de novas referências.

A revisão bibliográfica resulta da inclusão de 39 artigos, da consulta de 8 livros de referência e da avaliação de 12 leis, decretos-lei ou portarias publicadas em diário da república. A avaliação do indicador do *SCImago Journal Rank* (medida da influência científica do periódico) das revistas onde foram publicados os artigos incluídos neste trabalho de investigação revelou que 23 artigos foram publicados em revistas Q1, sete em revistas Q2, sete em Q3 e um em Q4. Relativamente ao número de citações, variam entre 1 e 26.535, com um total de 43.439, uma média de 1.114 e uma mediana de 54.

Para a caracterização do IPO Lisboa e do serviço de ORL é analisada documentação interna disponível ou requisitada aos órgãos de gestão como relatórios de contas, plano assistencial integrado, CP e dados de desempenho relativos a 2019. A análise desta documentação é essencial para a realização do diagnóstico organizacional e para a construção da matriz SWOT apresentados mais à frente.

A consulta de documentos públicos como relatórios de contas ou dados de desempenho de outras instituições é essencial para a análise externa da organização e para a realização da análise de *benchmarking*. Neste âmbito procede-se à consulta e análise dos dados dos relatórios de contas do IPO de Lisboa, Coimbra e Porto. Para avaliação e comparação com uma unidade de saúde internacional considera-se um centro oncológico do *National Health System* por ser um sistema de saúde similar ao português, sendo avaliados os dados disponíveis nas suas plataformas digitais.

A recolha de dados é complementada com a realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas semiestruturadas são um excelente instrumento para captar a diversidade de descrições e interpretações que as pessoas assumem sobre a realidade, permitindo que os entrevistados expressem os seus pontos de vista de forma mais aberta do que numa entrevista estandardizada ou num questionário fechado. Constituem um contributo valioso para o aprofundamento de conhecimentos tendo em consideração o enquadramento com a realidade experienciada.

As entrevistas contemplam dois grupos distintos de entrevistados: um grupo que inclui diretores de diferentes CRI e outro grupo formado por elementos ligados às administrações hospitalares ou a grupos de trabalho relacionados com os CRI. As entrevistas fundamentam-se num guião flexível de perguntas abertas que, embora focando as questões-chave dos CRI, permite a recolha de informação estratégica. Pretende-se, através da experiência vivenciada

pelos entrevistados, obter informação relativamente objetiva e passível de ser submetida à análise qualitativa. Para que, desta forma, se obtenham dados que constituam uma mais-valia na progressão do projeto de investigação. Foram elaborados dois guiões de entrevistas, um para cada um dos grupos anteriormente referidos (anexo A).

As questões das entrevistas semiestruturadas obedecem e organizam-se em cinco dimensões chave, que se dividem em subdimensões (tabela 2, anexo B).

Tabela 2. Dimensões e subdimensões das entrevistas semiestruturadas

Dimensões	Subdimensões
Organização Interna	Estrutura geral
	Estratégia organizacional
Gestão Estratégica	Objetivos estratégicos
	Linhas de ação
Controlo de Gestão	Ferramentas
	Estratégia do CRI
	Resultados do CRI
Gestão de Pessoas	Gestão RH
	SGAD
	Sistema de gestão de incentivos
Comunicação	Comunicação estratégica

Determinam-se como principais dimensões: (1) a organização interna dos serviços antes da implementação do CRI, com o intuito de caracterizar a unidade de saúde e avaliar os fatores que levaram à necessidade de mudanças; (2) a gestão estratégica preconizada, através da avaliação do plano de ação e objetivos estratégicos determinados; (3) o controlo de gestão, avaliando as ferramentas de gestão utilizadas com destaque para a operacionalização do CRI; (4) a gestão de pessoas incluindo os critérios de recrutamento e seleção, bem como a avaliação do SGAD e sistema de incentivos; e por fim (5) a estratégia de comunicação adotada.

Pretende-se que as entrevistas ocorram presencialmente por se considerar existir uma maior proximidade e interação com o entrevistado. Porém, dado o contexto atual devido à pandemia COVID-19 considera-se a opção da realização de videoconferência sempre que não seja possível reunir as condições para a entrevista presencial ou caso seja a preferência do entrevistado. Prevê-se uma duração média de 60 minutos para cada entrevista.

Tendo por base um modelo aberto foi ainda entrevistado o presidente da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), Dr. Victor Herdeiro, apresentando-se na secção 4.3. os pontos-chave da referida entrevista.

3.3. Técnicas de Tratamento de Dados

No âmbito das técnicas de tratamento de dados recorre-se à análise de conteúdo seguindo a metodologia de Bardin (2016), que permite a classificação e categorização dos conteúdos das entrevistas em elementos passíveis de serem agregados e comparados entre si.

A análise de conteúdo utiliza um conjunto de técnicas que permite analisar de forma sistemática e objetiva a informação obtida através de processos de comunicação, como questionários ou entrevistas. Nessa análise procura-se compreender as características, estruturas ou modelos subjacentes aos fragmentos das mensagens considerados, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção desses dados.

Esta metodologia tem que ser rigorosa, exaustiva e obedecer a normas bem definidas, estipulando previamente regras claras de inclusão e exclusão nas diferentes categorias. Estas categorias devem cumprir os critérios de exclusão mútua (cada elemento só pode existir numa categoria), homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema e devem ser obtidos pela mesma técnica), pertinência (respeitam as intenções do investigador e da pesquisa), objetividade e fidelidade (reduzindo a subjetividade das categorias) e produtividade (permitem obter resultados férteis em inferências, dados e hipóteses) (Bardin, 2016).

A análise do texto original e a sua decomposição em unidades permite a organização sistemática da informação em categorias ou dimensões, viabilizando o agrupamento dos dados e tornando-os suscetíveis de serem comparados e agregados.

A análise de conteúdo decorre em três etapas: (1) pré-análise, trata-se de uma fase de organização em que se estabelece um esquema de trabalho, havendo um primeiro contacto com os documentos a serem analisados. No caso das entrevistas, estas são transcritas e constituem o corpo da pesquisa; (2) codificação e tratamento dos resultados, os temas são classificados e agrupados em categorias que se definem obedecendo aos critérios previamente determinados; (3) inferência e interpretação dos resultados, são analisados o conteúdo manifesto e o conteúdo latente dos resultados obtidos, com o intuito de torná-los válidos e significativos.

A metodologia proposta pretende permitir a concretização dos objetivos específicos definidos para o projeto.

4. DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO

4.1. Caracterização do IPO Lisboa

O IPO Lisboa é um hospital integrado no SNS dedicado ao diagnóstico e tratamento de doenças oncológicas. É responsável pela prestação de cuidados de saúde neste âmbito na área geográfica que inclui as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores, Madeira e ainda Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Apresenta um modelo de governação de acordo com o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde do SNS com a natureza de EPE de acordo com o estabelecido no Decreto-Lei 18/2017 de 10-02-2017. Relativamente à estrutura organizacional apresenta, segundo Mintzberg (1979), uma estrutura do tipo burocracia profissional.

4.1.1. Análise Interna do IPO Lisboa

A missão do IPO Lisboa foca-se na prestação de cuidados de saúde de excelência em todos os domínios de intervenção, na promoção e contributo para o ensino pré e pós-graduado e incentivo à investigação, pautando-se por princípios científicos, de humanização, motivação e pertença para os cidadãos e profissionais. A visão afirma-se na criação de valor através de políticas de sustentabilidade, eficiência e reconhecimento externo.

As linhas estratégicas do IPO Lisboa assentam nos seguintes princípios orientadores: orientação centralizada no doente, dignificação e humanização das instalações, eficiência e melhoria de processos, adequação ao perfil assistencial e à crescente procura de cuidados especializados em oncologia, centralização e partilha de recursos humanos e tecnológicos, diferenciação de circuitos entre doentes internados e doentes em ambulatório e diferenciação dos espaços destinados ao atendimento em pediatria.

Para além da atividade assistencial, o IPO Lisboa assume responsabilidades na formação de profissionais de saúde através da colaboração com várias faculdades no ensino pré-graduado, da formação de internos de diversas especialidades, de estágios dos diferentes grupos profissionais e da organização de cursos pós-graduados nas variadas áreas de atuação. Ainda de referir o papel desta instituição na comunidade através de equipas de profissionais de saúde que prestam cuidados no domicílio e de sessões de sensibilização e esclarecimento para a população.

Os RH do IPO Lisboa constituem o património cultural da instituição pelo seu *know how*, são reconhecidos pelo seu compromisso com a missão da organização e pelas práticas

humanizadoras na prestação de cuidados de saúde valorizadas pelos doentes e familiares, sendo uma garantia de excelência e da sustentabilidade do instituto. Em 2019 o IPO Lisboa contava com 1.952 efetivos (tabela 3). Na figura 1 está representada a distribuição dos colaboradores de todas as categorias profissionais do IPO Lisboa pelas diferentes especialidades considerando apenas os dados relativos ao internamento, o que permite ter uma perceção da dimensão de cada serviço.

Tabela 3. Recursos humanos do IPO Lisboa em 31 de dezembro de 2019

GRUPO PROFISSIONAL	Nº
Enfermeiros	590
Assistentes operacionais	411
Médicos	358
Assistentes técnicos	232
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	193
Pessoal técnico superior	54
Técnico superior de saúde	51
Pessoal farmacêutico	21
Pessoal dirigente	18
Pessoal de informática	10
Pessoal de investigação	7
Conselho de administração	5
Pessoal docente	2
Total	1.952

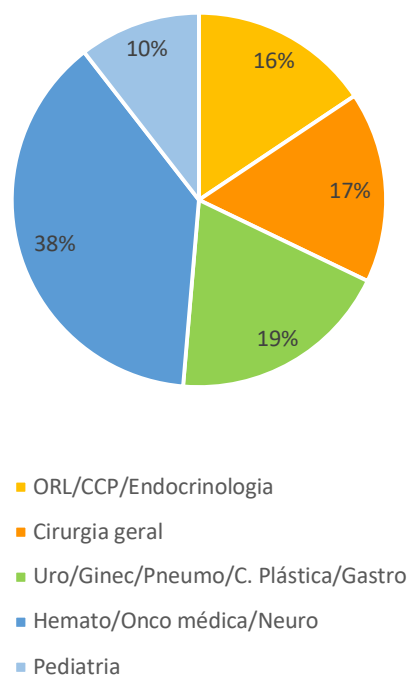


Figura 1. Distribuição de RH nos serviços de internamento do IPO Lisboa

Quanto à capacidade instalada, o IPO Lisboa conta atualmente com 283 camas, sendo seis de cuidados intensivos e as restantes distribuídas pelos diferentes serviços do hospital.

Em 2019 o IPO Lisboa tomou a cargo mais 14.863 novos utentes, estando atualmente em tratamento cerca de 57.000. Nesse mesmo ano as principais intervenções estruturais do IPO Lisboa consistiram na continuidade das obras do bloco operatório, início de atividade da nova unidade de transplante de medula óssea e o início do funcionamento das novas instalações da imunohemoterapia. De notar que no ano de 2019 a atividade assistencial do IPO Lisboa foi condicionada pelas obras no bloco operatório e pelas diversas greves de profissionais de saúde.

Na tabela 4 apresentam-se alguns indicadores da atividade global do IPO Lisboa referentes ao ano de 2019.

Tabela 4. Indicadores de produção global do IPO Lisboa em 2019

INDICADORES	RESULTADOS
Tempo médio global de resposta para a realização de uma primeira consulta médica	17,3 dias
Total de consultas médicas	275.482
Consultas de primeira vez	52.534
Consultas subsequentes	222.948
Novas entradas em LIC	7.173 doentes
Tempo médio de espera para cirurgia	149 dias
Doentes oncológicos	72 dias
Doentes não oncológicos	209 dias
Percentagem de doentes cirúrgicos com patologia maligna com tempo de espera superior TMRG	56 %
Número de cirurgias realizadas	6.678
Cirurgias convencionais	4.836
Cirurgias de ambulatório	1.842
Taxa de ocupação do bloco operatório	73,3 %
Bloco central	76,1 %
Cirurgia ambulatória	56,9 %
Número de doentes saídos do internamento	12.050
Taxa de ocupação do internamento	77 %
Demora média de internamento	7,9 dias

Nota: LIC: lista de espera para cirurgia; TMRG: tempo médio de resposta garantido

Nos últimos anos têm sido adotadas no IPO Lisboa práticas de uma gestão mais responsável com a definição de planos de ação para cada serviço e com a introdução de instrumentos que permitem a análise da produção e dos custos gerais da sua atividade. Porém não existe um sistema de controlo de gestão que permita a utilização estratégica desta informação.

Os constrangimentos económico-financeiros impõem restrições à contratação de recursos humanos e técnicos e limitam a capacidade de resposta e de inovação face às exigências atuais.

Relativamente ao SGAD, no IPO Lisboa encontra-se implementado o SIADAP cuja operacionalização e aceitação é muito díspar. Não existe um verdadeiro sistema de incentivos, apenas a possibilidade de alguns colaboradores exercerem atividade adicional.

4.1.2. Análise Externa do IPO Lisboa

As reformas nas administrações hospitalares que decorreram nas últimas décadas levaram a mudanças importantes na gestão hospitalar com intuito de tornar estas organizações mais competitivas e sustentáveis. Estas reformas deram origem a um processo de empresarialização que permitiu a implementação da gestão por objetivos e a autonomia da decisão na utilização dos recursos financeiros e recursos humanos. Contudo a sustentabilidade do SNS continua ameaçada por diversos fatores, como o envelhecimento da população, o peso das doenças crónicas, o financiamento do setor da saúde e o desenvolvimento do mercado privado.

O IPO Lisboa é um hospital do SNS estando, naturalmente, enquadrado com as políticas preconizadas pelos governos eleitos, tendo o dever de tratar e proteger a saúde de todos os cidadãos no seu âmbito de ação, tal como está definido no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa. Este define que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover através de um serviço nacional de saúde universal e tendencialmente gratuito, seguindo o modelo de Beveridge.

A estratégia do IPO Lisboa depende do enquadramento global do SNS e das orientações do plano nacional de saúde. Foram considerados quatro eixos principais orientadores das políticas de saúde: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade na saúde e políticas saudáveis. Assim as políticas do IPO Lisboa devem estar alinhadas com os eixos estabelecidos pela tutela sem que haja, contudo, um desvio no cumprimento daquela que é a sua missão, mantendo-se leal aos seus princípios procurando reforçá-los e valorizá-los.

Também o financiamento do IPO Lisboa está dependente das decisões estabelecidas pelo Ministério da Saúde, ACSS, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e da realização do CP anual. O foco numa gestão mais eficiente e de maior responsabilização pelos resultados levou à necessidade de rever os modelos de financiamento dos hospitais. Assim, desde o ano de 2001 o financiamento dos hospitais públicos em Portugal tem por base o sistema de classificação de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), que permite uma previsão dos custos dos tratamentos dos doentes a serem efetuados, considerando a complexidade de cada hospital face aos restantes. A introdução do financiamento por GDH veio trazer, globalmente, uma maior responsabilização na gestão da prestação dos cuidados de saúde pelas entidades públicas.

É ainda importante realçar o papel do setor privado na saúde em Portugal que, nos últimos anos, tem tido um crescimento significativo em diversas áreas, nomeadamente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas.

O enquadramento externo do IPO Lisboa é marcado por um clima de instabilidade e desconfiança no setor da saúde resultante das sucessivas reformas estruturais, da crise financeira vivida em Portugal entre 2010 e 2014 e do desenvolvimento do mercado privado da saúde. Por outro lado, o aumento de incidência e prevalência das doenças oncológicas, os elevados custos associados ao diagnóstico, tratamento e seguimento destas patologias, tornam esta área particularmente complexa e desafiante não apenas na perspetiva clínica mas também na perspetiva de gestão.

Importa reforçar que este contexto está atualmente agravado pela pandemia de COVID-19, que trouxe a necessidade de priorizar e reforçar os cuidados de saúde nessa área, trazendo uma maior instabilidade e exigência na capacidade de resposta do setor da saúde.

4.1.3. *Benchmarking*

Na análise de *Benchmarking* pretende-se realizar a comparação entre a estrutura, atividade e resultados do IPO Lisboa com outros hospitais nacionais e internacionais com características similares. Pretende-se que desta análise resulte um conjunto de informações que permita a validação ou a melhoria dos processos organizacionais.

Nesse sentido, foram selecionados o IPO de Coimbra e o IPO do Porto, por se tratarem de hospitais com o mesmo âmbito de ação do IPO de Lisboa, nomeadamente na avaliação, tratamento e acompanhamento de doentes oncológicos. Foram avaliados e comparados os relatórios de contas do ano de 2019 do IPO de Lisboa e do IPO de Coimbra e do ano de 2018 do IPO do Porto (por não ter sido possível aceder ao de 2019) (tabela 5).

A análise de *benchmarking* realizada pela avaliação da informação dos relatórios de contas dos IPO revelou-se extremamente complexa pela não uniformização de indicadores e da apresentação dos dados.

Dos dados que se conseguiram apurar sobressai que, de um modo geral, o IPO Lisboa segue a tendência atual para a criação de centros de referência e apresenta resultados da *performance* organizacional compatíveis com as outras organizações, exceto no que diz respeito à cirurgia de ambulatório. Como já foi referido este indicador está condicionado pelas obras decorridas no bloco operatório que tiveram uma grande repercussão na atividade cirúrgica de ambulatório.

No IPO Lisboa está em curso o processo de acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA), por ser o modelo adotado pela Direção-Geral de Saúde para certificação de estabelecimentos do SNS, enquanto que os outros IPO estão certificados pelo CHKS (*Caspe Healthcare knowledge systems*).

Tabela 5. Análise de *benchmarking* dos IPO

	IPO Lisboa (2019)	IPO Porto (2018)	IPO Coimbra (2019)
Estatuto	EPE	EPE	EPE
Acreditação	ESMO 2019-2021 OEI desde 2011 ACSA – em curso	HQS/ CHKS desde 2004 OEI desde 2011	CHKS desde 2011 OEI reacreditado em 2017
Centros de referência	1. Cancro esófago e estômago 2. Cancro cólon e reto 3. Cancro testículo 4. Sarcomas 5. Oncologia pediátrica	1. Cancro do reto 2. Cancro hepato-biliar 3. Cancro esófago 4. Sarcomas 5. Cancro do testículo 6. Oncologia pediátrica	1. Cancro do reto
Nº trabalhadores efetivos	1.963	2.148	1.009
Nº camas	283	N/A	236
Nº doentes novos	14.863	10.234	7.774
Total consultas	275.482	255.820	100.208
1ª consultas	52.534	69.449	18.554
Consultas subsequentes	222.948	186.371	81.654
Tempo médio espera para consultas (dias)	22,9	N/A	41,4
% doentes em LIC >TMRG	56%	N/A	57,1 %
N doentes saídos internamento	12.050	12.169	6.021
Demora média de internamento (dias)	7,9	8,69	7
Total cirurgias	6.678	11.380	4.617
Cir. convencional	4.836	5.389	2.758
Cir. ambulatório	1.842	5.991	1.859
RT (número sessões)	81.000	77.430	36.386
QT (número sessões)	35.688	44.215	20.382
Valor CP	133.9 M€	128.5 M€	57.9 M€
Resultado líquido	-10.9 M€	-7.5 M€	- 5.2 M€
EBITDA	-3.4 M€	- 2.1 M€	- 2.4 M€
Investigação	312 projetos 71 ensaios clínicos 219 artigos publicados	99 projetos em curso 130 ensaios clínicos 180 artigos publicados	N/A

Nota: ACSA– Agência de Calidad Sanitaria Andaluca; ESMO- European Society of Medical Oncology; HQS – Health Quality Service; CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems; OEI- Organization of European Cancers Institutes; N/A– não apurado

Os dados financeiros revelam resultados negativos em todos os IPO. No IPO Lisboa verificou-se um resultado líquido negativo de cerca de 8% do valor total do CP (versus 5,8% no IPO do Porto e 9% no IPO de Coimbra) o que faz denotar a necessidade de rever o programa contratualizado, bem como de implementar estratégias mais eficientes na utilização dos recursos existentes.

Para complementar esta análise de *benchmarking* foram consultadas as plataformas digitais de hospitais de referência na área da oncologia do *National Health System* nomeadamente o *Guy's Hospital* por se dedicar à oncologia. Destacam-se como principais pontos fortes deste hospital: (1) a implementação da centralidade do utente em todo o decurso da prestação de cuidados de saúde; (2) o uso do *feedback* dos utentes nos processos de melhoria contínua; (3) a motivação dos profissionais; (4) o incentivo de práticas clínicas seguras e do relato de erros, quase-acidentes e incidentes; (5) a promoção da comunicação entre administração e colaboradores; e (6) a importância do investimento em projetos de parcerias com unidades de saúde locais com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar da população agregando recursos e serviços.

4.1.4. Análise SWOT do IPO Lisboa

A análise SWOT é uma ferramenta estratégica que auxilia o processo de tomada de decisão através da listagem dos pontos fortes (*Strengths*), dos pontos fracos (*Weakness*), das oportunidades (*Opportunities*) e das ameaças (*Threats*) da organização (Helms e Nixon, 2010). A sustentabilidade das organizações passa pela implementação de estratégias que explorem as suas forças internas e as oportunidades externas e simultaneamente neutralizem as ameaças evitando ou fortalecendo os seus pontos fracos. Nesta secção procede-se a análise SWOT considerando a perspetiva organizacional do IPO Lisboa (figura 2).

Considerando o ambiente externo à organização, as oportunidades emergem da capacidade de dar resposta aos doentes oncológicos garantindo os princípios da universalidade e da equidade na prestação de cuidados de saúde para todos os cidadãos. Por outro lado, o elevado número de pessoas tratadas no IPO Lisboa constitui uma mais-valia no que diz respeito a matérias de investigação, ensaios clínicos, ensino e colaboração com universidades e outros hospitais em diversas áreas de atuação.

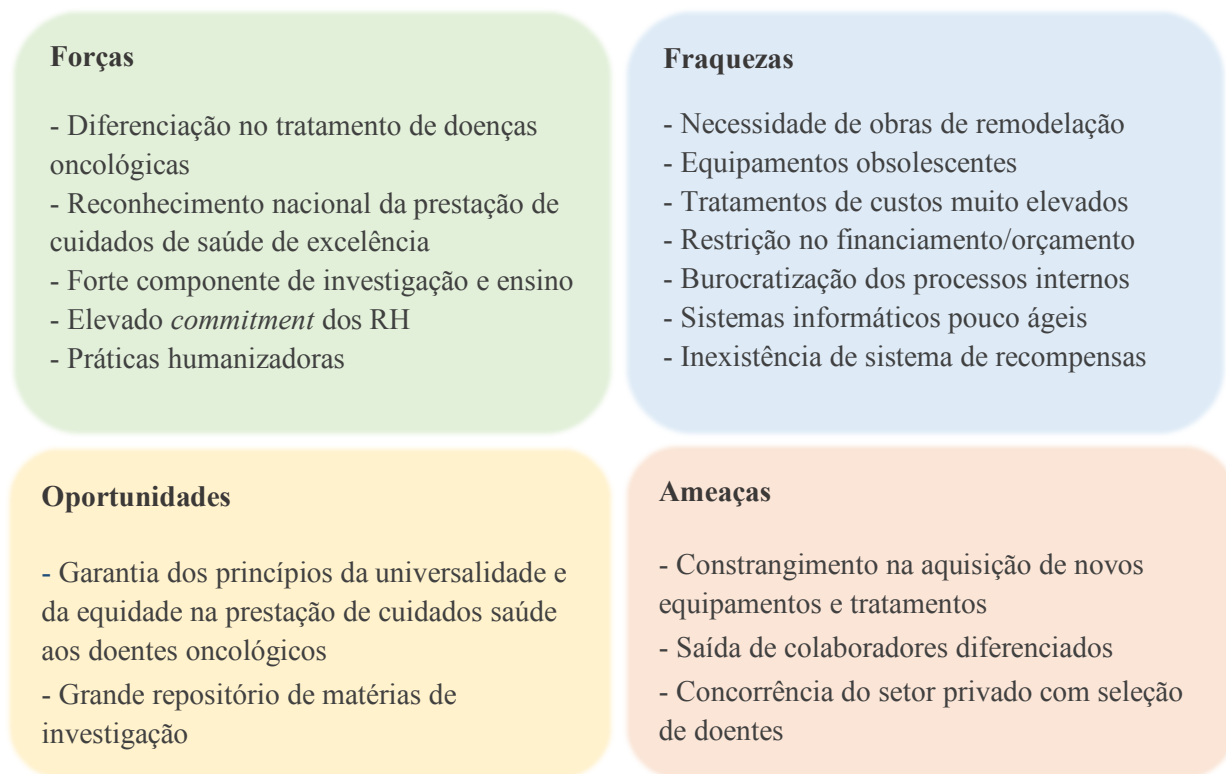


Figura 2. Análise SWOT do IPO Lisboa

A principal ameaça relacionada com as restrições de financiamento reflete-se na incapacidade de garantir inovação e competitividade a nível de equipamentos, meios complementares de diagnóstico e de tratamentos disponíveis em relação aos centros de referência internacionais. A saída de RH diferenciados do IPO Lisboa que se tem verificado nos últimos anos também é um fator preocupante e pode tornar-se uma das principais fraquezas da organização. O desenvolvimento da capacidade de resposta do setor privado da saúde em Portugal pode ser uma ameaça para o IPO Lisboa pelo risco de triagem de doentes, selecionando os casos potencialmente mais favoráveis e excluindo aqueles que se prevejam de maior complexidade e mais dispendiosos referenciando-os para o setor público, enviesando os resultados esperados e consequentemente a eficiência dos serviços estatais.

4.2. Caracterização do Serviço de ORL do IPO Lisboa

O serviço de ORL do IPO Lisboa presta cuidados de saúde na área dos tumores da cabeça e pescoço. A abordagem dos doentes com doença oncológica otorrinolaringológica é multidisciplinar, integrando todas as especialidades envolvidas no diagnóstico, tratamento e vigilância dos doentes com esta patologia. Para além da vertente médica constituída pela otorrinolaringologia, oncologia médica, anatomia patológica, radioterapia, imagiologia,

medicina nuclear, medicina interna e anestesia, a atividade de enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, assistentes operacionais e assistentes técnicos, entre outros, é essencial.

A coordenação de todas estas áreas é complexa e deve merecer especial atenção por parte dos órgãos de gestão do hospital, que devem considerar como prioridade a obtenção dos melhores resultados face aos recursos disponíveis, aumentando a eficiência através da alocação adequada de recursos humanos, técnicos e financeiros, reforçando a autonomia e a responsabilização dos gestores intermédios e das unidades prestadoras de serviços.

No final do ano de 2019 foi elaborado o processo assistencial integrado pelo diretor de serviço de ORL em colaboração com elementos dos órgãos de gestão. Este documento constitui uma ferramenta de trabalho que organiza os diversos componentes do serviço com intuito de facilitar e homogeneizar a prestação de cuidados de saúde e a avaliação de resultados, incluindo a definição dos objetivos e indicadores de qualidade.

O serviço de ORL é constituído por nove médicos otorrinolaringologistas (tabela 6) que distribuem a sua atividade clínica pela enfermaria, bloco operatório, consulta externa e serviço de atendimento não programado (SANP), para além da sua atividade não assistencial.

Tabela 6. Médicos do serviço de ORL do IPO Lisboa

Diretor de Serviço
Chefe de Serviço
5 Assistentes Hospitalares Graduados
2 Assistentes Hospitalares

De seguida descreve-se, sucintamente, a atividade do serviço de ORL do IPO Lisboa, a sua estrutura física, capacidade instalada e alguns indicadores de desempenho.

A enfermaria do serviço de ORL é partilhada com os serviços de cabeça e pescoço e endocrinologia e tem um total de 41 camas, 17 das quais adstritas à ORL. A enfermaria teve obras de remodelação no ano de 2012 com melhoria das suas condições físicas e técnicas. Contempla uma unidade de cuidados intermédios (capacidade para seis camas), dois quartos de isolamento, uma sala de tratamentos, um gabinete médico e um gabinete de enfermagem.

Na enfermaria partilhada prestam cuidados aos doentes um médico de medicina interna, um total de 43 enfermeiros e 20 assistentes operacionais. Conta também com a colaboração de

dois assistentes técnicos. Um médico otorrinolaringologista é responsável pela prestação de cuidados de saúde aos doentes internados no serviço de ORL.

O bloco operatório está a ser remodelado, tendo a primeira fase terminada em agosto de 2019. Encontra-se atualmente a decorrer a segunda fase. Com estas obras pretende-se a renovação e melhoria das infraestruturas e condições operacionais das salas cirúrgicas.

A atividade cirúrgica do serviço de ORL contempla semanalmente quatro períodos de cirurgia convencional e três de cirurgia adicional no bloco operatório central e um de cirurgia ambulatória / *one day surgery* na unidade de cirurgia ambulatória. Para além dos médicos otorrinolaringologistas, participam nestas cirurgias os diversos elementos do serviço de anestesiologia e os enfermeiros e assistentes operacionais do bloco operatório.

Na consulta de ORL existem quatro gabinetes médicos de observação equipados, um gabinete de enfermagem e uma sala de desinfeção de material. Apesar de existir o equipamento básico para a realização destas consultas, os gabinetes de consulta são de reduzidas dimensões e apresentam uma degradação evidente, tornando este espaço desconfortável e pouco adequado para doentes e profissionais de saúde. De referir ainda que grande parte do equipamento se encontra obsoleto. Está prevista a transição da consulta externa de ORL para uma zona que está a ser alvo de obras de remodelação e melhoria do espaço, sendo também urgente a substituição e aquisição de equipamento específico de ORL.

A consulta funciona todos os dias úteis das 9 às 14 horas. Cada médico do serviço de ORL tem dois a três períodos de consulta semanais. Nestes períodos são realizadas consultas de primeira vez, subsequentes e de seguimento pós-operatório. Para além das consultas, são ainda realizadas técnicas diagnósticas como rinoscopias posteriores, nasofaringolaringoscopias, laringoscopias indiretas e procedimentos como biópsias e exérese de pequenas lesões.

Os doentes do serviço de ORL do IPO Lisboa não têm um médico definido, são avaliados e tratados pelos diferentes elementos desse serviço. Diariamente são marcadas cerca de 40 consultas, que são realizadas pelos otorrinolaringologistas que estão nesse dia nesse posto de trabalho. Este sistema permite uma maior interação, discussão e partilha das decisões clínicas e assegura a resposta a todos doentes que recorrem à consulta sem agendamento programado.

O atendimento não programado funciona 24 horas por dia, todos os dias, para a prestação de cuidados médicos ou cirúrgicos urgentes ou emergentes aos doentes seguidos no instituto que recorram de forma não eletiva ao SANP. Existe uma escala rotativa para o SANP partilhada entre os médicos dos serviços de ORL e de cirurgia de cabeça e pescoço.

Na tabela 7 apresentam-se alguns indicadores da atividade do serviço de ORL no ano de 2019.

Tabela 7. Indicadores de produção do serviço de ORL do IPO Lisboa em 2019

INDICADORES	RESULTADOS
Tempo médio global de resposta para a realização de uma primeira consulta médica	20,8 dias
Total de consultas médicas	9.811
Consultas externas de 1ª vez	1.539
Consultas externas subsequentes	7.418
CDT	775
Consultas a doentes internados	79
Média de consultas por dia	39
Média anual de consultas por médico (excluindo o diretor de serviço)	1.226,4
Novas entradas em LIC	739 Doentes
Tempo médio de espera para cirurgia	54 dias
Doentes oncológicos	42 dias
Percentagem de doentes cirúrgicos com patologia maligna com tempo de espera superior ao TMRG	51,7%
Número total de cirurgias realizadas	753
Cirurgias convencionais	398
Cirurgias adicionais	151
Cirurgias de urgência	71
Cirurgias de ambulatório	133
Taxa de ocupação do bloco operatório	
Bloco central	83,6%
Cirurgia ambulatória	49%
Número de doentes saídos do internamento	668
Taxa de ocupação do internamento	88,3%
Demora média de internamento	9,71 dias

Nota: CDT: consulta de decisão terapêutica; LIC: lista de inscritos para cirurgia; TMRG: tempo máximo de resposta garantido

4.2.1. Análise Interna do Serviço de ORL do IPO Lisboa

Para analisar o serviço de ORL foram aplicados alguns questionários aos médicos otorrinolaringologistas. Da análise global salienta-se a existência de uma liderança forte reconhecida pelos pares no âmbito clínico e da gestão do serviço. Os questionários *lider member exchange* (Liden & Maslyn, 1998) aplicados revelaram um grande sentido de afeto, lealdade e reconhecimento profissional em relação ao diretor de serviço, refletindo-se no contributo e empenho individual e coletivo da generalidade dos elementos avaliados. Em

concordância com os resultados anteriores, a avaliação do *commitment* (Meyer & Allen 1997) demonstra a existência de elevados níveis de afeto e lealdade em relação à organização, predominando o *commitment* afetivo.

A avaliação dos modelos de gestão em organizações de saúde (Cameron & Quinn, 2011) representado na figura abaixo destaca o modelo das relações humanas, confirmando tratar-se de um grupo coeso, onde são valorizadas as pessoas e o trabalho em equipa. É necessário investir nos doentes, mas é igualmente importante investir nos profissionais de saúde, através da valorização dos recursos humanos, da formação contínua de todos os elementos e da promoção do trabalho em equipa. A lealdade e a coesão moral são a base deste modelo.

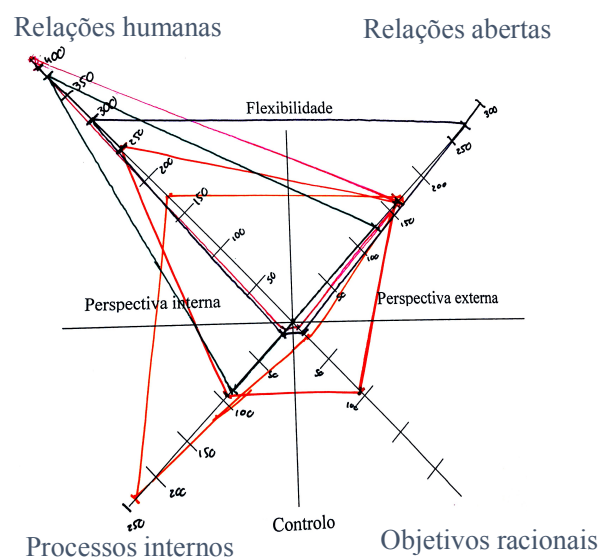


Figura 3. Modelo de gestão do serviço de ORL do IPO Lisboa

O modelo dos sistemas abertos também apresenta uma ponderação importante refletindo a capacidade de adaptação a novas situações. A capacidade de agilização e de resposta rápida perante adversidades são fundamentais para a atividade hospitalar, onde, muitas vezes, os recursos humanos e técnicos são limitados. Por outro lado, a evolução tecnológica constante na área da medicina obriga a manter um elevado índice de adaptabilidade e flexibilidade de aprendizagem no manuseamento de novos equipamentos cirúrgicos e de diagnóstico. Trata-se assim, de um grupo coeso e motivado com o seu trabalho.

Não obstante, verifica-se o aumento da saída de colaboradores do serviço nos últimos anos, principalmente em relação a enfermeiros do internamento. Estes acontecimentos repetidos podem indiciar a falta de motivação e estímulo profissionais e o sentimento de não existir reconhecimento ou valorização do trabalho realizado.

4.2.2. Análise Externa do Serviço de ORL do IPO Lisboa

O serviço de ORL do IPO Lisboa está integrado numa instituição hospitalar EPE, logo a sua atividade está diretamente dependente do respetivo CA e da tutela. Anualmente é acordado um CP entre o CA e o Ministério da Saúde para toda a atividade do IPO Lisboa prevista para esse ano. Consequentemente o CP tem impacto em todos os serviços e o seu cumprimento depende da atividade de todas as unidades do instituto.

A atividade de serviço de ORL também é condicionada pela capacidade instalada do instituto e pela disponibilização dos meios físicos e técnicos por parte da administração.

Para além das condicionantes anteriores, a articulação e coordenação com outros serviços intra ou inter-hospitalares assume particular importância não só para o bom funcionamento do serviço mas também para a sua *performance* e conseqüente eficiência. É imprescindível o estabelecimento de protocolos com serviços como a imagiologia, oncologia médica ou radioterapia dentro do hospital ou com as unidades de saúde familiar no âmbito extra-hospitalar.

4.2.3. Análise SWOT do Serviço de ORL do IPO Lisboa

A análise SWOT relativa ao serviço de ORL do IPO Lisboa constitui uma ferramenta essencial para a elaboração do plano estratégico e está representada na figura 4.

O reconhecimento do serviço de ORL do IPO Lisboa como referência na diferenciação técnica e cirúrgica no tratamento dos tumores da cabeça e pescoço, o trabalho em equipa e o compromisso dos elementos do serviço constituem os principais pontos fortes desta unidade. Por outro lado, a inovação e a capacidade de adaptação são evidentes pelas constantes atualizações de conhecimentos e pela implementação de novas técnicas de diagnóstico e cirúrgicas. O serviço de ORL tem ainda um papel importante na formação dos internos de formação específica através da realização de estágios da vertente oncológica da especialidade que abrange os internos de quase todos os hospitais da região da grande Lisboa.

Para além da degradação dos gabinetes de consulta e dos constrangimentos financeiros para aquisição de novos equipamentos, salienta-se como fator mais negativo e preocupante o grande *turnover* da equipa de enfermagem do internamento que tem ocorrido nos últimos anos e a saída de colaboradores diferenciados, tendo-se perdido conhecimento acumulado, experiência e *know how* na prestação de cuidados de saúde aos doentes.

Forças

- Cultura organizacional colaborativa e participativa
- Liderança
- Elevado *commitment* dos RH
- Alinhamento estratégico
- Diferenciação no tratamento dos tumores da cabeça e do pescoço
- Inovação e de adaptação às mudanças
- Formação

Fraquezas

- Grande turnover nos últimos anos da equipa de enfermagem da enfermaria
- Gabinetes de consulta degradados
- Equipamentos obsoletos
- Ausência de alguns meios técnicos
- Restrições de financiamento
- Grande número de doentes na consulta, excedendo a capacidade instalada

Oportunidades

- Descentralização da gestão e responsabilização pelos resultados
- Melhoria dos processos internos
- Implementação de mudanças que promovam a agilização e a melhoria da eficiência nesta área

Ameaças

- Pandemia do SARS-CoV-2, risco de atraso no diagnóstico e no tratamento das doenças oncológicas
- Saída de RH com perda *know how*
- Articulação com outros serviços
- Escassez de recursos técnicos e financeiros

Figura 4. Análise SWOT do serviço de ORL do IPO Lisboa

As oportunidades surgem no âmbito da melhoria dos processos internos e da eficiência e traduzem a preocupação dos órgãos superiores com a otimização da gestão dos serviços clínicos do IPO Lisboa. A possibilidade de descentralização da gestão com intuito da responsabilização pelos resultados constitui uma oportunidade para promover uma melhoria nos processos e resultados do serviço de ORL. A multidisciplinariedade necessária para o tratamento dos doentes com tumores da cabeça e do pescoço e o reconhecimento interno das competências do serviço de ORL do IPO Lisboa para o tratamento destes doentes resulta na possibilidade de implementação de mudanças que promovam a agilização e a melhoria da eficiência nesta área.

A principal ameaça atual prende-se com a pandemia do SARS-CoV-2. Os serviços de saúde a nível nacional e mundial estão focados no controlo e minimização dos seus efeitos, correndo-se o risco de ficar para segundo plano as restantes áreas da saúde, incluindo a oncologia. Por outro lado, a perda de recursos humanos diferenciados e motivados e a escassez de recursos técnicos podem constituir um obstáculo para a implementação de mudanças. A articulação com outros serviços médicos ou de meios complementares de diagnóstico (MCDT) pode ser o fator condicionante da *performance* da unidade.

4.3. Resultados das Entrevistas Semiestruturadas

Na tabela 8 apresentam-se os dados mais significativos obtidos nas entrevistas. A transcrição individual de cada entrevista e a tabela global com a agregação de todos os dados apurados encontram-se em anexo (anexo C).

A maioria dos entrevistados, diretores de CRI ou da área da gestão hospitalar, demonstra grandes expectativas em relação aos CRI no que diz respeito à melhoria da eficiência (53,3% citações) e da qualidade dos serviços prestados (26,7% menções) e têm a expectativa de que, para além de colmatar essas necessidades, este modelo de gestão promova a agilização dos processos internos das unidades de saúde. As linhas orientadoras dos CRI devem ter em consideração a estratégia da organização (54,2% menções) focando-se na sua visão, na identificação dos problemas, na definição de objetivos e de áreas de atuação, realçando a importância da determinação dos limites da sua atividade. No entanto, os CRI também devem ser orientados para a qualidade dos serviços de saúde e para o reconhecimento e valorização dos colaboradores fomentando o trabalho em equipa e a responsabilização profissional sob uma liderança forte e coesa.

Os objetivos contratualizados devem ser realistas mas ambiciosos, promovendo a melhoria dos resultados globais da unidade de saúde, enquanto que os indicadores devem ser claros e mensuráveis. A variabilidade de indicadores enunciada pelos entrevistados releva a importância da avaliação de diferentes dimensões da atividade das organizações.

Sete entrevistados consideram a elaboração do plano de ação o fator mais determinante para o sucesso da implementação de um CRI, sendo reportada a articulação entre os diferentes serviços como a principal dificuldade encontrada durante esse processo.

Nenhum dos CRI incluídos nestas entrevistas usa BSC, fazendo a avaliação de desempenho organizacional através de indicadores de produção e de acesso. Os SGAD de pessoas são variados e pouco formais, não tendo sido possível apurar uma apreciação sobre a sua operacionalização e aceitação pelos colaboradores. A maioria dos entrevistados considera o sistema de incentivos como uma fragilidade importante deste modelo por privilegiar e incentivar financeiramente apenas a atividade adicional, deixando lacunas importantes relacionadas com os incentivos da atividade base e com as desigualdades criadas em relação aos colaboradores que não têm acesso à atividade adicional. Um sistema de incentivos que não é claro ou justo condiciona a operacionalização e aceitação dos SGAD e da estratégia.

Tabela 8. Principais dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas

DIMENSÕES	SUB DIMENSÕES	PERGUNTAS	PRINCIPAL UNIDADE DE ANÁLISE	Nº	%	UNIDADES DE ANÁLISE SIGNIFICATIVAS	Nº	%	OUTRAS	Nº
Organização interna	Estratégia	2.5. Expetativas CRI	Melhorar eficiência	8	53,3	Melhorar qualidade	4	26,7	Trabalho em equipa Autonomia de gestão	2 1
		3.1.Necessidade CRI	Baixa eficiência	9	47,4	Melhorar processos	6	31,6	Melhorar qualidade	4
Gestão estratégica	Linhas ação	3.2. Linhas	Orientação pela estratégia	13	54,2	Orientação pelas pessoas Orientação pela qualidade	6	25		
							5	20,8		
	Objetivos estratégicos	3.3. Objetivos	Realistas mas ambiciosos	4	66,7	Objetivos claros, inequívocos	1	16,7	Dependentes do serviço	1
		3.10. Resultados esperados	Melhoria produção/ eficiência	6	37,5	Melhorar acessibilidade Melhoria da qualidade Melhorar trabalho equipa	3 3 2	18,8 18,8 12,5	Melhorar processos Descentralização da gestão	1 1
	Estratégia operacional	4.1. Etapas implementação	Elaborar plano ação	7	29,2	Envolvimento RH Agilizar processos Organização serviço	4 2 2	16,7 8,3 8,3	Outras	9
		4.2. Principais focos de mudança	Trabalho em equipa	4	26,7	Garantir recursos Agilização de processos Organização do serviço	3 2 2	20 13,3 13,3	Outras	4
4.8. Dificuldades implementação		Articulação entre serviços	3	18,8	RH	2	12,5	Outras	11	
Controlo de gestão	Ferramentas	3.4. BSC	Não tem/Não usa	7	100					
		3.9. PTI	Não tem	5	71,4	Tem	1	14,3	Não precisa	1
	Resultados	4.5. Fatores de sucesso	Trabalho em equipa	4	17,4	Liderança Apoio CA Resiliência Seleção RH	3 3 2 2	13 13 8,7 8,7	Outras	9
		5.1. Resultados globais	Melhoria produção/ eficiência Melhoria acessibilidade	2 2	25 25	Melhoria processos Melhor trabalho em equipa	1 1	12,5 12,5	Outras	2
		5.8. Vantagens	Garantir recursos	5	23,8	Melhoria processos Melhor trabalho RH Melhores resultados	4 4 3	19 19 14,3	Reconhecimento Gestão alinhada com CA	2 2

									Sentimento de contribuir para os resultados	1
		5.9. Desvantagens	Complexidade do processo	4	33,3	Autonomia limitada	3	25	Outras	5
		5.12. Riscos	Conflitos com elementos que não integram o CRI	2	28,8	Definir limites de atuação do CRI	1	14,3	Outras	4
Gestão de pessoas	Gestão RH	3.5. RH	Recrutamento interno	7	38,9	RH que já trabalhavam na área RH voluntários	5 4	27,8 22,2	RH motivados	2
		4.4. Opositores	Pessoas que não integraram o CRI	5	45,5	Não houve	2	18,2	Outras	4
		5.7. Impacto	Motivação	5	41,7	Satisfação	4	33,3	Outras	3
	SGAD	3.6. SGAD	Não tem	3	50	Diferentes formas de SGAD	3	50		
	Incentivos	3.7. Incentivos	Associado a cirurgias adicionais	6	66,7	Incentivos institucionais (formação)	2	22,2	Outras	1
		5.6. Avaliação incentivos	Conicionados por associação a produção adicional	6	46,2	Não houve Boa operacionalização	3 2	23,1 15,4	Outras	2
Comunicação	Estratégia	4.3. Comunicação	Reuniões semanais (gerais e direcionadas)	6	33,3	Comunicação bidirecional Partilha e discussão ideias entre todos colaboradores	3 3	16,7 16,7	Outras	6

De referir que apenas um destes CRI operacionaliza os PTI. São apontadas como causas para a inexistência dos PTI a falta de sistemas de informação adequados e a inexistência de uma contabilidade analítica consentânea. Um dos entrevistados considera fundamental para a obtenção de resultados fidedignos a contabilização de toda a atividade que ocorre fora dos limites de atuação do CRI.

Os principais fatores críticos para o sucesso dos CRI prendem-se com a liderança e com o trabalho em equipa, sendo imprescindível o apoio do CA e a resiliência e dedicação do conselho de gestão do CRI. Os entrevistados apontam como principais vantagens deste modelo de gestão a possibilidade de assegurar recursos humanos e técnicos e de promover a melhoria dos processos internos e o reforço do trabalho em equipa. A complexidade do modelo e a autonomia limitada pela tutela e pela burocratização do Estado constituem os principais constrangimentos na operacionalização e funcionamento dos CRI.

Salienta-se que quase todos os entrevistados identificam o recrutamento interno e voluntário como sendo o mais adequado para a seleção dos RH. As estratégias de comunicação envolvendo todos os colaboradores em reuniões periódicas, a comunicação bidirecional, a informação externa clara, transparente e atempada são consideradas essenciais para o reconhecimento, aceitação e desenvolvimento do CRI.

Neste contexto teve oportunidade de entrevistar o Dr. Victor Herdeiro, presidente da ACSS. O Dr. Victor Herdeiro acredita na autonomia dos CA e da gestão intermédia e no modelo de gestão dos CRI, mas considera ser essencial criar ferramentas que sustentem este modelo. “Tenho a convicção, já há muitos anos, que se gere melhor quanto mais perto se está da operação. Os CRI podem ser uma boa solução”.

Salienta que os CRI permitem que os hospitais se organizem por patologia em alternativa ao modelo atual centrado nas especialidades médicas, tornando a medicina mais holística. Permitem ainda aumentar a eficiência dos serviços de saúde. Não obstante, existem áreas mais suscetíveis de se organizarem em CRI do que outras, devendo-se salvaguardar a exigência dos critérios para a sua criação e implementação. Reforça ainda o papel fundamental de uma liderança forte e envolvida com o projeto, apoiada por um CA sólido e estável.

Em relação aos sistemas de custeio, de contabilidade analítica e de informação, realça serem essenciais para as organizações de saúde em geral e particularmente para os CRI, sendo necessário investir nestas áreas. Defende que estes sistemas devem ser desenvolvidos centralmente e que devem ser comuns a todos os hospitais. Considera o BSC um bom instrumento para avaliação de desempenho organizacional, fazendo notar que a avaliação de indicadores de acesso e de produtividade é importante mas insuficiente.

Por fim, o presidente da ACSS, determina que “é necessário tornar os processos claros e transparentes, só assim se pode potenciar a vontade de criar e desenvolver CRI”.

4.4. Análise Crítica

O diagnóstico organizacional permite caracterizar a situação atual (*as is*) do serviço de ORL do IPO Lisboa, avaliar o seu funcionamento, o modelo de gestão e o meio onde atua.

Trata-se de um serviço enquadrado num Hospital EPE, tornando a sua atividade diretamente dependente das orientações do Ministério da Saúde e do CA.

O serviço de ORL apresenta-se como uma unidade bem estruturada, cuja cultura organizacional assenta no modelo das relações humanas, alavancando o empenho e as competências dos RH à prestação de cuidados de saúde aos doentes com tumores da cabeça e pescoço. Trata-se de um serviço com uma missão bem definida e reconhecido no âmbito nacional pela excelência dos cuidados médicos e cirúrgicos prestados. Da análise SWOT realizada ao serviço de ORL salientam-se como principais pontos fortes o empenho e o *commitment* dos profissionais de saúde, a liderança do diretor de serviço e a capacidade de aprendizagem e inovação. Enquanto que o grande turnover de enfermeiros e os escassos recursos financeiros para a contratação de profissionais de saúde e para a melhoria das condições de trabalho representam as suas principais fraquezas.

Ainda assim, o desempenho do serviço de ORL é comprometido por não existir um SCG que articule objetivos, indicadores e metas organizacionais com os resultados reais a curto e a médio prazo, impossibilitando a correção de desvios e a otimização da sua *performance*. As tomadas de decisão encontram-se ainda muito centralizadas condicionando a autonomia da gestão intermédia e contribuindo para a dificuldade na implementação de uma gestão estratégica ágil e responsável.

Simultaneamente, o SGAD vigente não é aplicado a todos os profissionais de saúde e a sua operacionalização não é clara nem transparente no que concerne aos seus objetivos e interesses, originando desconfiança e pouca aceitação por parte dos profissionais envolvidos que, de um modo geral, não sentem o seu trabalho valorizado ou reconhecido.

O contexto político-económico favorecendo a descentralização da gestão e a constatação da potencial melhoria da *performance* organizacional criam as condições ótimas para o desenvolvimento de um projeto de um CRI para serviço de ORL do IPO Lisboa.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO: CRI-ORL-IPOL

Os dados apresentados no diagnóstico organizacional sugerem um potencial de otimização da unidade de saúde em questão, nomeadamente no que diz respeito à sua eficiência, à qualificação dos serviços prestados tendo em consideração a centralidade do utente e à promoção da valorização dos profissionais de saúde, justificando assim a realização deste projeto de investigação: conceptualização de um centro de responsabilidade integrado para o serviço de ORL do IPO Lisboa (CRI-ORL-IPOL). Nas secções seguintes é criado e desenvolvido o CRI, define-se a sua cultura organizacional determinando a sua missão, visão e valores, concebe-se a marca ‘CRI-ORL-IPOL’ e elaboram-se os instrumentos de gestão adotados (mapa estratégico, BSC, SGAD e sistema de incentivos). Por fim, apresenta-se a estrutura operacional detalhada do referido CRI.

5.1. Missão, Visão e Valores

A missão do CRI-ORL-IPOL é prestar cuidados de saúde de excelência centrados no utente a todos os doentes com tumores da cabeça e pescoço garantindo a acessibilidade, a equidade, a qualidade e a eficiência dos mesmos.

Para o CRI-ORL-IPOL perspetiva-se a visão de reconhecimento nacional e internacional como centro de excelência e de referência no diagnóstico e tratamentos dos tumores da cabeça e pescoço. Como modelo de gestão pretende-se que seja amplamente reconhecido como exemplo de uma gestão eficiente em relação a *outcomes* e enquanto sistema promotor da valorização, reconhecimento e recompensa dos profissionais envolvidos.

Os valores pelos quais o CRI-ORL-IPOL se rege articulam a sua atividade com o compromisso e respeito pelos doentes e pelos profissionais de saúde focando-se nas práticas humanizadoras, na acessibilidade e equidade na prestação de cuidados para todos os utentes. Os padrões clínicos e técnicos de excelência, a procura pela inovação e pela melhoria contínua são pilares do CRI-ORL-IPOL. A valorização, o reconhecimento e a recompensa dos colaboradores, os princípios de sustentabilidade financeira e de eficiência económica são também valores-chave deste CRI.

5.2. Logotipo e Slogan

O desenvolvimento da marca ‘CRI-ORL-IPOL’ permite a unificação dos aspetos fundamentais desta unidade de saúde, criando uma identidade própria que permite a divulgação da missão a

todos os utentes e colaboradores, contribuindo para a promoção e perceção dos valores fundamentais deste CRI (figura 5).



Figura 5. Logotipo e *slogan* do CRI-ORL-IPOL

5.3. Caracterização

O CRI-ORL-IPOL pretende ser uma estrutura organizacional descentralizada com autonomia na decisão e gestão estratégica mas alinhada com a gestão de topo na prestação de cuidados de saúde aos doentes com tumores da cabeça e pescoço. A atividade desta unidade está em concordância com o seu regulamento interno, com o plano estratégico definido para um período de três anos e com o CP anual estabelecido com o CA.

A atividade do CRI-ORL-IPOL decorre nas estruturas físicas do IPO Lisboa distribuindo-se pela enfermaria, bloco operatório e consulta externa. A sua área geográfica de abrangência corresponde à área de intervenção do IPO Lisboa: regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores, Madeira e ainda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

O tratamento dos doentes com tumores da cabeça e pescoço abrange uma equipa médica multidisciplinar, bem como o envolvimento ativo e participativo de vários grupos de profissionais de saúde como enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes administrativos, entre outros. A seleção dos RH que integram o CRI-ORL-IPOL tem por base o reconhecimento profissional e humano dos elementos internos que trabalham ou já trabalharam nesta área e está dependente da atividade planeada para o CRI. Há ainda lugar à contratação da prestação de serviços de outras unidades do IPO Lisboa e de outras instituições através da operacionalização dos PTI.

O financiamento do CRI-ORL-IPOL é definido no CP anual acordado entre o conselho de gestão do CRI e o CA do IPO Lisboa.

É fundamental definir os limites de atuação do CRI e medir e monitorizar os principais serviços prestados através de critérios relacionados com a sua qualidade, com a satisfação

percecionada pelos utentes, com os processos internos e com indicadores económico-financeiros. Esta monitorização é operacionalizada pelo desenvolvimento e implementação de um mapa estratégico e de um BSC.

A concretização de um SGAD adequado é decisiva para a avaliação justa e transparente do desempenho dos profissionais de saúde do CRI-ORL-IPOL, enquanto que o sistema de incentivos é um elemento agregador de toda a estratégia organizacional.

5.4. Mapa Estratégico

O mapa estratégico e o BSC são instrumentos de gestão estratégica que, para além de permitirem a avaliação de desempenho organizacional, garantem o alinhamento entre o CRI e a gestão de topo. São elementos fundamentais para o sucesso das estruturas descentralizadas e, conseqüentemente, para a sustentabilidade da própria organização, pois permitem a tomada de decisão baseada em informação de natureza estratégica e o acompanhamento da execução da estratégia definida.

Os princípios estratégicos do CRI-ORL-IPOL a partir dos quais se desenvolve o mapa estratégico e o BSC têm em consideração as quatro perspetivas clássicas de Kaplan e Norton (1992): clientes, financeira, processos internos e aprendizagem e desenvolvimento organizacional e encontram-se identificados na tabela 9.

Tabela 9. Princípios estratégicos do CRI-ORL-IPOL

Cliente	- Qualificação dos cuidados de saúde em oncologia da cabeça e pescoço - Centralização do utente
Processos internos	- Promoção da eficiência da utilização de recursos - Promoção da qualidade e segurança dos serviços prestados
Aprendizagem e desenvolvimento	- Promoção de competências, motivação e satisfação dos colaboradores - Inovação do serviço
Financeira	- Racionalização dos gastos - Assegurar situação económico-financeira equilibrada

Na figura 6 está representado o mapa estratégico que permite a visualização da estratégia do CRI-ORL-IPOL através da identificação dos seus principais objetivos estratégicos e das suas interligações.

MAPA ESTRATÉGICO - CRI-ORL-IPOL



Missão: Prestar cuidados de saúde de excelência centrados no utente, garantindo a acessibilidade, a equidade, a qualidade e a eficiência

Visão: Reconhecimento como centro de excelência no diagnóstico e tratamentos dos tumores da cabeça e pescoço, reconhecimento da eficiência do modelo de gestão e da valorização dos profissionais de saúde

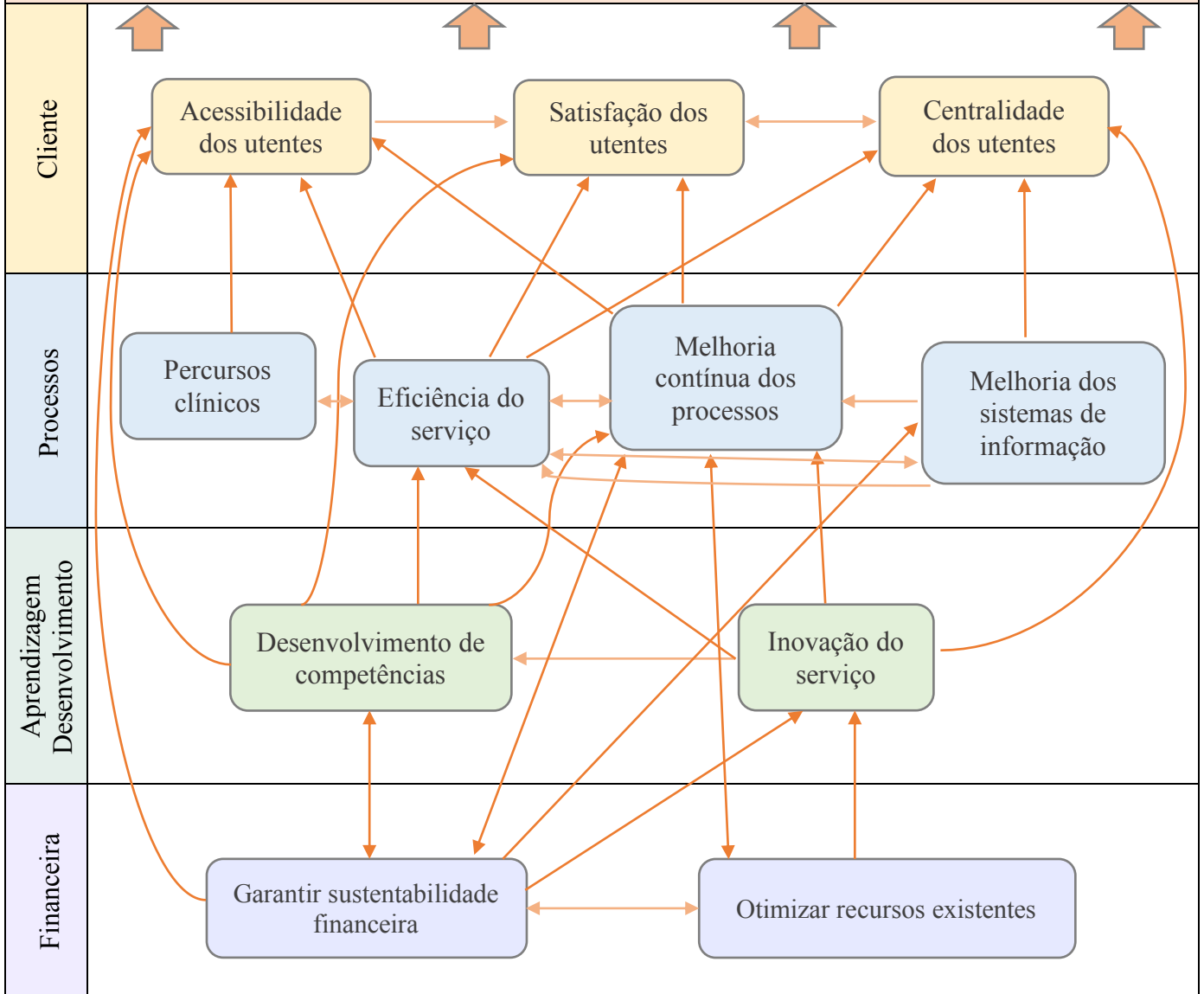


Figura 6. Mapa estratégico do CRI-ORL-IPOL

5.5. *Balanced Scorecard*

O BSC emerge a partir da determinação dos objetivos estratégicos do CRI-ORL-IPOL. Estes, por sua vez, são definidos tendo em consideração as principais linhas orientadoras da estratégia organizacional (tabela 9) e as quatro perspetivas de Kaplan e Norton (1992). Os fatores de ponderação para cada perspetiva estão definidos na figura 7.

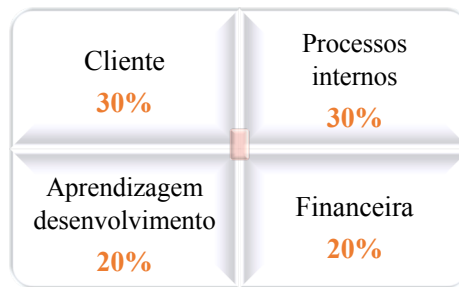


Figura 7. Fatores de ponderação das 4 perspetivas do BSC

O BSC está representado nas próximas quatro tabelas. Cada tabela corresponde a uma perspetiva clássica do BSC. A tabela 10 refere-se à perspetiva do cliente, pretendendo-se avaliar a centralidade e a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde e a sua satisfação em relação aos mesmos. Na perspetiva dos processos internos (tabela 11) incluem-se alguns indicadores de resultado da atividade assistencial e indicadores relacionados com a operacionalização de processos como por exemplo as auditorias e a agilidade do sistema informático. No que diz respeito à aprendizagem e desenvolvimento (tabela 12) valorizam-se indicadores de desempenho relacionados com a aquisição de conhecimentos e competências e com a aquisição de novos equipamentos para a consulta externa e para o bloco operatório. A atividade do CRI-ORL-IPOL pode ficar gravemente comprometida em termos de produção e da qualidade dos serviços prestados no caso de não haver este investimento. Por fim, do ponto de vista da perspetiva financeira (tabela 13) consideram-se indicadores de desempenho organizacional considerados fundamentais para a sustentabilidade desta unidade.

Tabela 10. BSC - Perspetiva do cliente: objetivos estratégicos, indicadores e metas

Perspetiva do cliente							
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	FP	INDICADORES	PI	METAS	CRITÉRIOS DE SUPERAÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	INICIATIVAS
C1. Garantir acessibilidade dos utentes	40%	TMRG consultas de 1ª vez	40%	> 90% doentes	- Não atingido < 90% - Atingido – 90 a 95% - Superado > 95%	% de doentes com tempo de espera para consulta de 1º vez ≤ TMRG	- Estipular vagas de consultas de 1ª vez adequadas às necessidades
		TMRG cirurgias	40%	> 90% doentes		% de doentes com tempo de espera para cirurgia ≤ TMRG	- Articular cirurgias adicionais incentivadas com a concretização do TMRG
		Tempo entre diagnóstico e CDT < 8 dias	20%	> 90% doentes		% CDT marcadas em 8 dias após diagnóstico	- Assegurar vagas para consultas de 1ª vez para CDT
C2. Assegurar centralidade dos utentes	20%	Taxa de articulação entre IPOL e ACES para apoio ao utente e familiares após a alta	50%	> 50% casos	- Não atingido < 50% - Atingido – 50 a 60% - Superado > 60%	% de doentes saídos com consulta de enfermagem e/ou médica no ACES em 1 semana após a alta	- Estabelecer protocolos de cooperação com ACES
		Tempo médio de referência para cuidados continuados/paliativos	50%	Redução 20% do ano anterior	- Não atingido < 20%* - Atingido – 20 a 25% - Superado > 25%	Tempo total de referência / Nº total de doentes referenciados	- Estabelecer protocolos com cuidados continuados e com cuidados paliativos
C3. Promover a satisfação dos utentes	40%	Grau de satisfação dos utentes	60%	> 85% satisfeitos	- Não atingido < 85% - Atingido – 85 a 95% - Superado > 95%	Resultados dos inquéritos de satisfação	- Promover aplicação de inquéritos de satisfação; - Caixa de reclamações/sugestões de melhoria
		Nº de reclamações	40%	Redução 20% do ano anterior	- Não atingido < 20%* - Atingido – 20 a 25% - Superado > 25%	Resultados da reclamações efetuadas pelos doentes/familiares	- Fazer levantamento das reclamações passadas, corrigindo potenciais fatores encontrados

Nota: ACES: agrupamentos de centros de saúde; CDT: consulta de decisão terapêutica; FP: fatores de ponderação; PI: peso do indicador; TMRG: tempo médio de resposta garantido

* Redução em relação ao ano anterior

30 %

Tabela 11. BSC - Perspetiva dos processos internos: objetivos estratégicos, indicadores e metas

Perspetiva dos processos internos

30 %

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	FP	INDICADORES	PI	METAS	CRITÉRIOS DE SUPERACÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	INICIATIVAS
P1. Garantir excelência dos serviços prestados	50%	Tempo médio de internamento	30%	Redução 10% ano anterior	- Não atingido < 10%* - Atingido – 10-20% - Superado > 20%	Tempo total internamento/ total doentes internados	- Assegurar cuidados de saúde de excelência durante internamento - Assegurar apoio fisioterapia, nutricionista, assistente social dedicados
		% de re-internamentos	30%	Redução 10% ano anterior	- Não atingido < 20%* - Atingido – 20-30% - Superado > 30%	Nº re-internamentos/ Nº altas	- Otimização <i>performance status</i> dos doentes antes da cirurgia - Estabelecer protocolos com anatomia patológica, radiologia, medicina nuclear
		% complicações pós-operatórias	20%	Redução 20% ano anterior	- Não atingido < 20%* - Atingido – 20-30% - Superado > 30%	Nº complicações pós-operatórias/ doentes operados	
		Tempo desde 1ª consulta até ao diagnóstico	20%	Redução 20% ano anterior		Avaliação de tempo entre 1ª consulta e diagnóstico	
P2. Garantir eficiência do serviço	20%	Nº de consultas	50%	> 9.800 /ano	- Não atingido < 9.800 - Atingido: 9.800-10.000 - Superado > 10.000	Total de consultas realizadas por ano	- Garantir condições técnicas - Garantir RH - Diminuir tempo entre cirurgias
		Nº de cirurgias	50%	> 750 /ano	- Não atingido < 750 - Atingido – 750 - 850 - Superado > 850	Total de cirurgias realizadas por ano	- Diminuir nº doentes cancelados/ chumbados pela anestesia
P3. Definir percursos clínicos centrados nos utentes	10%	Percurso clínico pré-operatório	100%	> 50%	- Não atingido < 50% - Atingido: 50-80% - Superado > 80%	% doentes que realizam rotinas pré-operatórias no dia da proposta cirúrgica	- Assegurar vagas específicas para realização de rotinas pré-operatórias
P4. Assegurar melhoria contínua dos processos	10%	Realização de auditorias aos processos internos	100%	Auditoria uma vez por ano	- Não atingido: 0 - Atingido: realizada - Superado: boas práticas	Avaliação da realização da auditoria anual	- Definir equipa de auditores - Fazer plano anual de auditoria
P5. Operacionalizar sistemas de informação	10%	% de tempo dispensado com meios informáticos na requisição MCDT	50%	Redução 20% ano anterior	- Não atingido < 20%* - Atingido – 20-30% - Superado > 30%	Média do tempo na requisição de MCDT em consultas de 1ª vez	- Definir circuitos informáticos para requisição de MCDT com agregação automática da informação clínica
		Nº de programas informáticos em vigor	50%	Integração programas	- Não atingido: não - Atingido: Sim - Superado: boas práticas	Quantificação /comparação de programas independentes necessários na atividade clínica	- Otimizar programas informáticos

Nota: FP: fatores de ponderação; MCDT: meios complementares de diagnóstico; PI: peso do indicado. * Redução em relação ao ano anterior

Tabela 12. BSC - Perspectiva de aprendizagem e desenvolvimento: objetivos estratégicos, indicadores e metas

Perspectiva de aprendizagem e desenvolvimento							
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	FP	INDICADORES	PI	METAS	CRITÉRIOS DE SUPERAÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	INICIATIVAS
A1. Garantir inovação do serviço	60%	% de aquisição de equipamento para a consulta externa	30%	Aquisição de > 40% dos equipamentos necessários	- Não atingido < 40% - Atingido – 40-50% - Superado > 50%	Levantamento do equipamento necessário e avaliação da % adquirida (em valor)	- Aquisição de material específico de consulta: luz frontal, torres de endoscopia e equipes multifunções de apoio à consulta - Aquisição de material para o bloco operatório: microscópio cirúrgico, aquisição de novas tecnologias aplicáveis à cirurgia ORL e cabeça e pescoço - Realização de protocolo com cirurgia plástica e neurocirurgia - Contratação de protésico
		% de aquisição de equipamento para bloco operatório	30%	Aquisição de > 40% dos equipamentos necessários			
		Nº de parcerias para cirurgias da base do crânio e reconstrutivas da cabeça e pescoço	20%	Parcerias com outras especialidades > 12 cirurgias/ ano	- Não atingido < 12 - Atingido – 12-15 - Superado > 15	Nº de cirurgias conjuntas	
		Nº de parcerias com protésico	20%	Realização de parceria com protésico	- Não atingido: não - Atingido: sim - Superado: boas práticas	Efetivação da parceria	
A2. Desenvolver competências dos colaboradores	40%	Nº de ações de formação frequentadas	50%	> 80 % dos colaboradores com mais do que 1 formação	- Não atingido < 80% - Atingido – 80-90% - Superado > 90%	Nº de colaboradores com mais de 1 formação/ Total de colaboradores x 100%	- Promover e apoiar a frequência de formações em todos os grupos profissionais - Sistema de incentivos/prêmios para a publicação de artigos científicos em revistas indexadas
		Nº de artigos científicos publicados	50%	> 1 artigo do CRI por ano	- Não atingido < 1 - Atingido – 1 a 2 - Superado > 2	Nº total de artigos do CRI por ano	

Nota: FP: fatores de ponderação; PI: peso do indicador

Tabela 13. BSC - Perspetiva financeira: objetivos estratégicos, indicadores e metas

Perspetiva financeira							
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	FP	INDICADORES	PI	METAS	CRITÉRIOS DE SUPERACÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	INICIATIVAS
F1. Garantir sustentabilidade financeira	50%	Taxa de cumprimento do orçamento anual	35%	Cumprimento do orçamento anual	- Não atingido < 0 - Atingido = 0 - Superado > 0	Orçamento anual – gastos reais ≥ 0	- Otimização de custos fixos e variáveis
		Resultados operacionais por doente	35%	Aumento 10% em relação ano anterior	- Não atingido < 10%* - Atingido – 10-20% - Superado > 20%	Rendimentos – gastos operacionais por doente	- Garantir operacionalização de PTI
		EBT	30%	Aumento 10% em relação ano anterior		Comparação entre demonstração resultados	- Garantir codificação GDH precisa
F2. Otimizar recursos existentes	50%	Custos de internamento por utente	50%	Redução 10% em relação ano anterior	- Não atingido <10%* - Atingido – 10-15% - Superado > 15%	Comparação de custos totais internamento/ doente com ano anterior	- Reduzir a despesa da prescrição de medicamentos
		Custos no bloco operatório por utente	50%	Redução 10 % em relação ano anterior		Comparação de custos totais bloco/ doente com ano anterior	- Diminuir tempo de internamento - Aumentar rácio cirurgia ambulatória/ cirurgia convencional - Reduzir despesa de material <i>disposable</i> no bloco operatório


Nota: EBT: *earnings before taxes*; FP: fatores de ponderação; PI: peso do indicador
* Redução em relação ao ano anterior

20 %

A avaliação de desempenho do CRI-ORL-IPOL resulta da análise do cumprimento das metas estabelecidas para os objetivos organizacionais que constam no BSC anterior, podendo ser alcançados três resultados: não atingido, atingido ou superado, que correspondem a um, três ou cinco pontos respetivamente. Desta avaliação resultam três níveis de desempenho organizacional: desempenho inadequado (1 a 1,999), desempenho adequado (2 a 3,999) e desempenho relevante (4 a 5).

Para executar a avaliação da *performance* organizacional é preenchida a seguinte ficha onde constam os objetivos estratégicos e respetivos indicadores de medida, distinguidos por cada perspetiva de Kaplan e Norton (tabela 14).

Tabela 14. Mapa de avaliação de *performance* organizacional do CRI-ORL-IPOL

Mapa de Avaliação de <i>Performance</i> Organizacional					
					
Unidade:					
Descrição do objetivo	FP	Avaliação			
		Superado (5 pontos)	Atingido (3 pontos)	Não atingido (1 ponto)	
C	Objetivo C1	Garantir acessibilidade	40%		
	Indicador C1.1	TMRG 1ª consulta	40%		
	Indicador C1.2	TMRG cirurgias	40%		
	Indicador C1.3	Tempo entre diagnóstico - CDT	20%		
	Objetivo C2	Assegurar centralidade	20%		
	Indicador C2.1	Articulação IPOL-ACES	50%		
	Indicador C2.2	Referenciação CC / CP	50%		
	Objetivo C3	Promover satisfação	40%		
	Indicador C3.1	Satisfação utentes	60%		
	Indicador C3.2	Reclamações	40%		
Avaliação final objetivo C: $0,4x(0,4x \text{IndC1.1} + 0,4x \text{IndC1.2} + 0,2x \text{IndC1.3}) + 0,2x(0,5x \text{IndC2.1} + 0,5x \text{IndC2.2}) + 0,4x(0,6x \text{IndC3.1} + 0,4x \text{IndC3.2})$					
P	Objetivo P1	Garantir excelência cuidados	50%		
	Indicador P1.1	Tempo médio internamento	30%		
	Indicador P1.2	% re-internamentos	30%		
	Indicador P1.3	% complicações pós-operatórias	20%		
	Indicador P1.4	Tempo 1ª consulta-diagnóstico	20%		
	Objetivo P2	Garantir eficiência	20%		
	Indicador P2.1	Nº consultas	50%		
	Indicador P2.2	Nº cirurgias	50%		

P	Objetivo P3	Percursos clínicos	10%			
	Indicador P3.1	Percorso pré-operatório	100%			
	Objetivo P4	Melhoria contínua	10%			
	Indicador P4.1	Auditoria	100%			
	Objetivo P5	Sistemas informáticos	10%			
	Indicador P5.1	Tempo requisição MCDTs	50%			
	Indicador P5.2	Nº programas informáticos	50%			
Avaliação final objetivo P: $0,5x(0,3x\text{IndP1.1} + 0,3x\text{IndP1.2} + 0,2x\text{IndP1.3} + 0,2x\text{IndP1.4}) + 0,2x(0,5x\text{IndP2.1} + 0,5x\text{IndP2.2}) + 0,1x\text{IndP3.1} + 0,1x\text{IndP4.1} + 0,1x(0,5x\text{IndP5.1} + 0,5x\text{IndP5.2})$						
A	Objetivo A1	Garantir inovação	60%			
	Indicador A1.1	Equipamento da consulta	30%			
	Indicador A1.2	Equipamento do bloco	30%			
	Indicador A1.3	Parcerias com especialidades	20%			
	Indicador A1.4	Parcerias com protésico	20%			
	Objetivo A2	Desenvolver competências	40%			
	Indicador A2.1	Ações de formação	50%			
	Indicador A2.2	Artigos científicos	50%			
Avaliação final objetivo A: $0,6x(0,3x \text{IndA1.1} + 0,3x\text{IndA1.2} + 0,2x \text{IndA1.3} + 0,2x \text{IndA1.4}) + 0,4x(0,5x \text{IndA2.1} + 0,5x\text{IndA2.2})$						
F	Objetivo F1	Sustentabilidade financeira	50%			
	Indicador F1.1	Orçamento anual	35%			
	Indicador F1.2	Resultados operacionais	35%			
	Indicador F1.3	EBT	30%			
	Objetivo F2	Otimizar Recursos	50%			
	Indicador F2.1	Custos internamento/utente	50%			
	Indicador F2.2	Custos bloco operatório/utente	50%			
Avaliação final objetivo F: $0,5x(0,35x \text{IndF1.1} + 0,35x \text{IndF1.2} + 0,3x \text{IndF1.3}) + 0,5x(0,5x \text{IndF2.1} + 0,5x\text{IndF2.2})$						
AVALIAÇÃO FINAL DA PERFORMANCE ORGANIZACIONAL $0,3x\text{ObjC} + 0,3x\text{ObjP} + 0,2x\text{ObjA} + 0,2x\text{ObjF}$						

Nota: ACES: agrupamentos de centros de saúde; CC/CP: cuidados continuados/ cuidados paliativos; CDT: consulta de decisão terapêutica; EBT: *earnings before taxes*; FP: fatores de ponderação; MCDT: meios complementares de diagnóstico; PI: peso do indicador; TMRG: tempo médio de resposta garantido

5.6. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho

No IPO Lisboa encontra-se implementado o sistema integrado de avaliação de desempenho da administração pública (SIADAP), que permite a avaliação da *performance* da organização (SIADAP 1), do desempenho das chefias (SIADAP 2) e dos trabalhadores (SIADAP 3). No entanto a operacionalização pelos diferentes serviços e categorias profissionais não é uniforme.

Existe um sentimento de desconfiança e uma rejeição manifesta em relação a este processo avaliativo, com consequente ineficiência do mesmo.

No CRI-ORL-IPOL é adotado um SGAD que resulta da adaptação dos princípios gerais do SIADAP, executando as adaptações necessárias para a sua operacionalização e aceitação, nomeando-o, a partir deste momento, de SIGAD-CRI (sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho do CRI). Nesta secção será descrito, de modo exemplificativo, o SIGAD-CRI no âmbito da atividade dos médicos de ORL, sabendo que a diversidade de grupos profissionais que constituem o CRI-ORL-IPOL exige a adequação do SGAD a cada um deles (anexo D).

Dadas as características gerais do serviço de ORL do IPO Lisboa, que conta com profissionais de saúde altamente diferenciados e especializados na sua área de atuação, a seleção do SGAD incide sobre a avaliação de resultados (objetivos e padrões de desempenho) e a abordagem das competências. Considera-se que as abordagens dos traços de personalidade, comportamentos e comparação com os outros não são adequadas neste enquadramento.

No início de cada processo de avaliação de desempenho, o conselho de gestão do CRI-ORL-IPOL define os pressupostos e regras para a sua realização para todos os grupos profissionais.

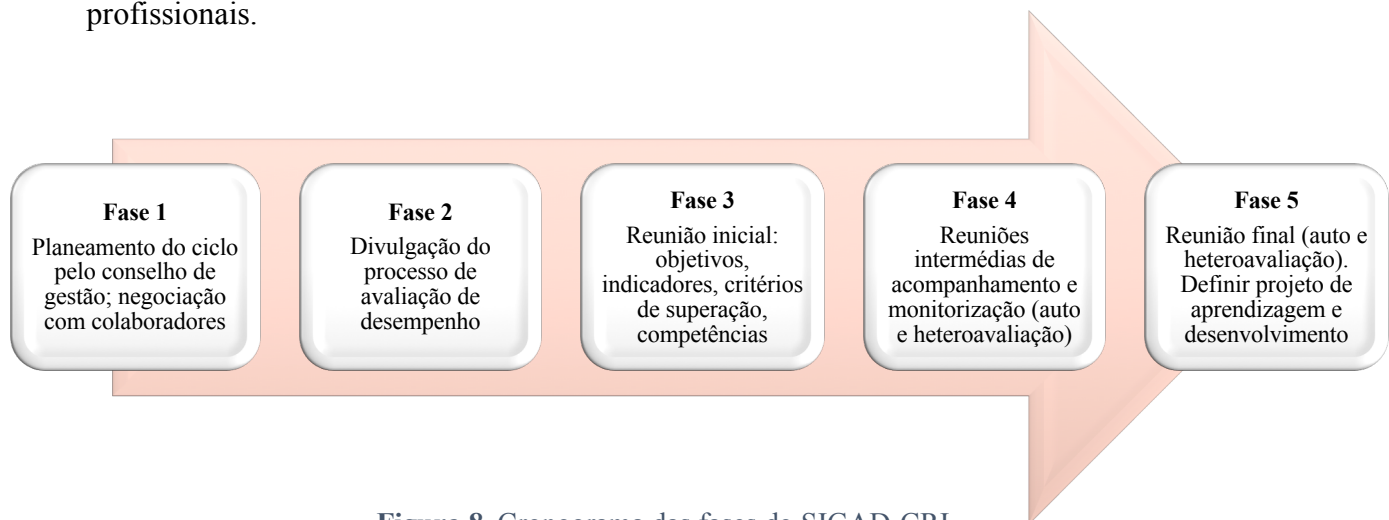


Figura 8. Cronograma das fases do SIGAD-CRI

As fases de desenvolvimento do SIGAD-CRI encontram-se sistematizadas no cronograma da figura 8. Está prevista uma reunião individual inicial entre o conselho de gestão e os colaboradores para discussão dos objetivos e competências e outra final onde são analisadas a auto e a heteroavaliação e negociado o plano de desempenho individual para o novo ciclo. Ao longo do percurso devem ser programadas entrevistas de orientação para acompanhamento e monitorização da evolução do processo de avaliação, de acordo com as necessidades individuais.

Cada ciclo avaliativo corresponde a um ano e tem por base a contratualização de objetivos individuais e competências, ambos estabelecidos no início de cada ciclo pela equipa de avaliação e pelo colaborador em conjunto.

Os objetivos individuais são determinados anualmente e a três anos em consonância com o CP e o plano de ação, respetivamente. São selecionados três a cinco objetivos individuais nos seguintes âmbitos: (1) atividade assistencial ou produtividade; (2) formação e investigação; (3) organização; (4) atitude profissional e comunicação. Sendo os domínios da atividade assistencial ou produtividade e da atitude profissional e comunicação considerados obrigatórios. Cada objetivo deve ter entre dois a quatro indicadores de medida. O resultado da avaliação dos objetivos pode ter três níveis: superado (5 pontos), atingido (3 pontos) e não atingido (1 ponto). Define-se uma ponderação de 60 a 85 % para os objetivos do âmbito da atividade assistencial. A pontuação final resulta da média ponderada da avaliação de todos os objetivos.

No SIGAD-CRI são avaliadas as competências relacionais, visto que as competências técnicas e cognitivas são reguladas por entidades específicas (Ordem dos Médicos e colégios da especialidade). As competências são avaliadas em três níveis: competência demonstrada a um nível elevado (5 pontos), competência demonstrada (3 pontos), competência não demonstrada ou inexistente (1 ponto). É proposta uma lista de dez competências, das quais devem ser selecionadas cinco englobando competências no âmbito do reconhecimento de talento e no âmbito da promoção do desenvolvimento do profissional. A competência classifica-se como demonstrada quando o profissional expressa todas as ações referidas e demonstrada a um nível elevado quando, para além de cumprir todas as ações, duas ou mais estão associadas a boas práticas. A pontuação final deste item resulta da média aritmética das pontuações obtidas em cada competência.

A avaliação final do SIGAD-CRI depende da média ponderada das pontuações obtidas nos dois parâmetros de avaliação (objetivos e competências), estipulando-se uma ponderação de 70% para os objetivos e uma ponderação de 30% para as competências. Definem-se três níveis de avaliação de desempenho: desempenho relevante (4 a 5), desempenho adequado (2 a 3,999) ou desempenho inadequado (1 a 1,999).

Na tabela 15 apresenta-se um exemplo dos objetivos que podem ser contratualizados entre a comissão de avaliação e os otorrinolaringologistas, enquanto que na tabela 16 encontram-se designadas as competências. Com base nessas tabelas desenvolvem-se as fichas de avaliação de desempenho para cada médico otorrinolaringologista do serviço (tabela 17).

Tabela 15. SIGAD-CRI – Tabela de objetivos dos médicos ORL

Tabela de Objetivos dos Médicos ORL					
Objetivos	FP	Indicador	PI	Metas	Critério de superação
Garantir acessibilidade	30%	TMRG consultas 1ª vez	50%	> 90% doentes cumprem TMRG	- Não atingido < 90% doentes - Atingido – 90 a 95% doentes - Superado > 95% doentes
		Satisfação utentes	50%	> 85% satisfeitos	- Não atingido < 85% - Atingido 85 a 95% - Superado > 95%
Garantir excelência cuidados	30%	Tempo médio de internamento	50%	< 10% ano anterior	- Não atingido – redução inferior a 10% - Atingido – menos 10-20% ano anterior - Superado – redução > 20% ano anterior
		Taxa de complicações pós operatórias	50%	< 20% ano anterior	- Não atingido – redução inferior a 20% - Atingido – redução 20-30% ano anterior - Superado – redução > 30% ano anterior
Garantir eficiência	20%	Número de consultas	50%	1.050 consultas /ano	- Não atingido < 1.050 - Atingido 1.050 a 1.200 - Superado > 1.200
		Número de cirurgias	50%	100 cirurgias/ano	- Não atingido < 100 - Atingido 100 a 120 - Superado > 120
Garantir atitude profissional adequada	10%	Avaliação dos utentes	50%	> 85% adequada	- Não atingido < 85% - Atingido – 85 a 95%
		Avaliação elementos do CRI	50%	> 85% adequada	- Superado > 95%
Desenvolver competências técnicas e/ou cognitivas	10%	Frequência em ações de formação	50%	1	- Não atingido – 0 - Atingido 1 a 2
		Publicações	50%	1	- Superado > 2



Nota: as fórmulas de cálculo dos indicadores são iguais às dos quadros do BSC exceto o indicador ‘garantir atitude profissional adequada’ que consiste na avaliação da atitude profissional de determinado colaborador em questionários realizados a utentes ou profissionais do CRI


TMRG: Tempo médio de resposta garantido

Tabela 16. SIGAD-CRI – Tabela de competências dos médicos ORL

Tabela de Competências dos Médicos		
Competências	Ações	Critério de Superação
Orientação para os resultados	Estabelece prioridades Compromete-se com objetivos exigentes mas realistas Realiza tarefas com empenho e rigor Gere adequadamente o tempo de trabalho	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado
Planeamento e organização	É sistemático e rigoroso no planeamento das atividades Organiza atividades e projetos em que está envolvido de acordo com recursos disponíveis	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado
Conhecimentos especializados e experiência	Conhecimentos técnicos e aplica-os adequadamente Consegue resolver questões profissionais complexas Preocupa-se em desenvolver conhecimento Utiliza tecnologia de informação e comunicação	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado
Responsabilidade e compromisso com serviço	Disponível e diligente Responde às solicitações no âmbito da sua atuação Compromisso com boas práticas e sua concretização Assíduo e pontual em todos os compromissos do serviço	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado
Relacionamento interpessoal	Relaciona-se com cortesia Estabelece relações de trabalho construtivas Promove comunicação facilitadora Gere conflitos com bom senso e respeito pelos outros	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado
Comunicação	Transmite informação de forma clara e adequada Escuta ativamente, não faz juízos de valor Informa responsáveis sobre ocorrências relevantes Expressa-se com clareza, fluência e precisão	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado
Trabalho de equipa e cooperação	Assume papel ativo e cooperante nas equipas Partilha informação relevante com colegas Desenvolve ações necessárias para a equipa Contribui para ambiente de trabalho harmonioso	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado
Coordenação	Implementa melhorias nos processos Promove gestão eficiente de recursos Promove a cooperação no seio da equipa Proporciona <i>feedback</i> construtivo	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado
Tolerância à pressão e contrariedades	Mantém controlo emocional e discernimento profissional perante situações difíceis Gere de forma equilibrada exigências profissionais Reconhece aspetos a melhorar e a desenvolver Reage de forma assertiva a situações de mudança	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado
Responsabilidade profissional ética e legal	Compromete-se com valores e princípios éticos Respeita valores transparência, integridade, imparcialidade Garante confidencialidade, privacidade, segurança da informação Promove o direito do doente à escolha	- Não demonstrada - Demonstrada - Demonstrada nível elevado



Tabela 17. Ficha de avaliação de desempenho dos médicos ORL

Ficha de Avaliação de Desempenho						
						
Identificação						
Nome:						
Nº mecanográfico:						
Categoria Profissional:						
1. Avaliação dos Objetivos						
	Descrição do objetivo	FP	Avaliação			
			Superado (5 pontos)	Atingido (3 pontos)	Não atingido (1 ponto)	
1	Objetivo	Garantir acessibilidade	30%			
	Indicador 1.1	TMRG 1ª consulta	50%			
	Indicador 2.2	Satisfação utentes	50%			
	Avaliação final objetivo 1: $0,3 \times (0,5x \text{ indicador 1.1} + 0,5 \times \text{ indicador 1.2})$					
2	Objetivo	Garantir excelência cuidados	30%			
	Indicador 2.1	Tempo médio internamento	50%			
	Indicador 2.2	% complicações pós-operatórias	50%			
	Avaliação final objetivo 2: $0,3 \times (0,5x \text{ indicador 2.1} + 0,5 \times \text{ indicador 2.2})$					
3	Objetivo	Garantir eficiência	20%			
	Indicador 3.1	Número de consultas	50%			
	Indicador 3.2	Número de cirurgias	50%			
	Avaliação final objetivo 3: $0,2 \times (0,5x \text{ indicador 3.1} + 0,5 \times \text{ indicador 3.2})$					
4	Objetivo	Garantir atitude profissional	10%			
	Indicador 4.1	Avaliação utentes	50%			
	Indicador 4.2	Avaliação colaboradores do CRI	50%			
	Avaliação final objetivo 4: $0,1 \times (0,5x \text{ indicador 4.1} + 0,5 \times \text{ indicador 4.2})$					
5	Objetivo	Desenvolver técnico/cognitivo	10%			
	Indicador 5.1	Ações de formação	50%			
	Indicador 5.2	Publicações	50%			
	Avaliação final objetivo 5: $0,1 \times (0,5x \text{ indicador 5.1} + 0,5 \times \text{ indicador 5.2})$					
AVALIAÇÃO FINAL DOS OBJETIVOS						

Ficha de Avaliação de Desempenho

2. Avaliação de competências

Nº	Designação da competência	Avaliação		
		Demonstrada a nível elevado (5 pontos)	Demonstrada (3 pontos)	Não demonstrada (1 ponto)
1				
2				
3				
4				
5				

Obs: a descrição de cada competência e os comportamentos associados referem-se ao padrão médio elegível de desempenho

AVALIAÇÃO FINAL DAS COMPETÊNCIAS

3. Avaliação global de desempenho

Parâmetros de avaliação	Pontuação	Ponderação	Pontuação ponderada
Objetivos		70%	
Competências		30%	
AVALIAÇÃO GLOBAL DE DESEMPENHO			

O SIGAD-CRI, contrariamente ao SIADAP, não contempla o sistema de cotas para os resultados da avaliação de desempenho, por se considerar esta premissa pouco justa e geradora de conflitos.

A implementação de um processo de gestão e avaliação de desempenho permite que as pessoas participem ativamente no seu desenvolvimento individual, criando bases de referência para orientação da sua conduta profissional. Permite o envolvimento contínuo dos colaboradores em todas as fases desse processo, assumindo uma posição crítica do próprio e do seu desempenho. Para que isso seja possível é preciso haver transparência, clareza e, acima de tudo, assegurar que a pessoa esteja esclarecida para que, em consciência, possa assumir as suas funções, garantindo um processo de qualidade. Pessoas envolvidas são pessoas motivadas e com vontade de atingir os resultados perspetivados.

5.7. Sistema de Gestão de Carreiras e Incentivos

O sistema de gestão de carreiras e incentivos é um elemento agregador da estratégia e encontra-se em estrita relação com a avaliação da *performance* organizacional e do desempenho individual. É essencial garantir a existência de um processo transparente e justo de gestão de carreiras e de recompensas no CRI-ORL-IPOL.

A gestão de carreiras depende da tutela e das decisões estratégicas tomadas pelo Ministério da Saúde, conseqüentemente as imposições legais desta área abrangem os CRI. Não obstante, pretende-se que o CRI-ORL-IPOL distinga e premeie o desenvolvimento de competências pela aprendizagem contínua e a acumulação de experiências ao longo da vida profissional, promovendo a responsabilização do colaborador na gestão da sua carreira e sendo valorizado um percurso multidimensional e adaptativo.

Os SGAD devem estar sempre associados a sistemas de recompensas de forma a premiar o desempenho individual e coletivo, promovendo as competências de cada profissional e, simultaneamente, o trabalho em equipa. O sistema de recompensas tem por base a recompensa do bom desempenho e da efetivação da produtividade no cumprimento dos objetivos e da estratégia da organização, permitindo valorizar quem se encontra alinhado com as metas definidas e não favorecer ou mesmo penalizar quem apresenta desvios de comportamento, atitude ou intencionalidade.

Mais uma vez, as imposições legais do Ministério da Saúde condicionam e limitam os modelos dos sistemas de incentivos. No âmbito da atividade dos CRI estão previstas duas vertentes de incentivos associadas ao cumprimento dos objetivos estabelecidos no plano de ação, negociados e acordados entre o CA e o conselho de gestão do CRI.

A primeira vertente encontra-se associada às linhas de produção da atividade adicional. Esta decorre fora do horário de trabalho e pode ser realizada no âmbito de consultas de primeira vez, de cirurgias ou outras atividades contratualizadas com a Administração Regional de Saúde, gerando um pagamento adicional que nos casos dos CRI pode ter uma majoração para os profissionais envolvidos até 70% do valor base pago ao hospital, variando entre 40% a 70% em função do cumprimento dos objetivos estabelecidos, segundo a portaria nº 254/2018 de 7 de setembro. Esta majoração representa uma melhoria relativamente ao pagamento atual da atividade adicional que varia entre os 35 e 55%. No entanto, estes incentivos apenas estão disponíveis para os colaboradores do CRI que participam nestas atividades.

A segunda vertente de incentivos prende-se com a possibilidade de conceder recompensas aos colaboradores sob a forma de ações de formação. Está prevista a atribuição de uma

percentagem do valor do CP, habitualmente na ordem dos 3 a 5 %, para o CRI. Este valor só pode ser utilizado em participações em cursos, congressos, conferências, simpósios ou outras ações de formação. Pode também ser usado na aquisição de equipamentos médicos, sistemas de informação e comunicação, melhoria das condições estruturais, no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e no desenvolvimento de novos projetos.

No CRI-ORL-IPOL adotam-se estes dois sistemas de incentivos, utilizando recompensas sob a forma de participação em ações de formação para premiar o desempenho e o cumprimento de objetivos e competências dos colaboradores de todos os grupos profissionais.

Perspetiva-se ainda a negociação com a ACSS de um sistema de incentivos financeiros para a atividade base do CRI-ORL-IPOL suportada nos incentivos institucionais bem como na metodologia de incentivos a profissionais, identificando os limites e pressupostos da produção contratualizados no CP anual, assumindo-se o compromisso com o alinhamento e contributo para o cumprimento dos objetivos definidos para o IPO Lisboa. O modelo de incentivos envolve a definição de objetivos individuais, da equipa e organizacionais. Uma vez que a intervenção do CRI-ORL-IPOL consiste numa única equipa multidisciplinar, os incentivos resultam apenas do cumprimento dos objetivos individuais e organizacionais. Assim a compensação de cada profissional inclui uma componente decorrente da *performance* global da unidade (40%) e uma componente decorrente do desempenho individual (60%).

Define-se para o CRI-ORL-IPOL um modelo de incentivos progressivo que estimule os colaboradores a alcançar os seus objetivos de modo gradual e crescente (tabela 18). O trabalho é incentivado a 10% do total dos incentivos se for alcançado um desempenho adequado com uma avaliação de 3,6 a 3,7 pontos, com um aumento gradual até aos 100% nas avaliações de 4,6 e 4,7 pontos. Acima dessa pontuação existe uma majoração em concordância com a tabela seguinte.

Tabela 18. Sistema de incentivos do CRI-ORL-IPOL

Sistema de Incentivos do CRI-ORL-IPOL		
Pontuação do desempenho	Individual 60%	Organizacional 40%
1 a 1,9	Perda 20% do total do próximo incentivo	Perda 25% do total do próximo incentivo
2 a 3,5	0	0
3,6 a 3,7	10% do total	10 %
3,8 a 3,9	20 %	20 %
4,0 a 4,1	40 %	40 %
4,2 a 4,3	60 %	60 %
4,4 a 4,5	80 %	80 %
4,6 a 4,7	100 %	100 %
4,8	110 %	110 %
4,9	115 %	115 %
5	120 %	120 %



5.8. CRI-ORL-IPOL

Nesta seção define-se a estrutura organizativa e funcional do CRI-ORL-IPOL.

5.8.1. Conselho de Gestão

De acordo com o artigo 5º da portaria nº 330/2017, a estrutura de governação do CRI é constituída por um conselho de gestão formado pelo diretor de serviço, que acumula a função de direção de serviço e do CRI, um administrador hospitalar a designar pelo CA e outro profissional da equipa multidisciplinar, preferencialmente um enfermeiro. Compete ao conselho de gestão garantir o funcionamento e o cumprimento dos objetivos do CRI, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos. No anexo E estão especificadas as funções do conselho de gestão do CRI-ORL-IPOL.

5.8.2. Recursos Humanos do CRI-ORL-IPOL

A equipa multidisciplinar que constitui o CRI-ORL-IPOL é proposta pelo conselho de gestão e aprovada pelo CA. O processo de recrutamento dos RH é maioritariamente interno e a seleção tem em consideração a experiência profissional nesta área, as competências técnicas e relacionais bem como a motivação pessoal. Nas tabelas seguintes apresentam-se os RH que integram o CRI diferenciando-os pela sua atividade, definindo o número de elementos necessários e as horas que alocam a esta unidade. Relativamente aos médicos o CRI-ORL-IPOL engloba os serviços de ORL, radiologia, anestesiologia, medicina interna e psiquiatria, segundo a seguinte tabela de alocação de horas.

Tabela 19. Médicos do CRI-ORL-IPOL e alocação do respectivo horário

MÉDICOS	Nº ELEMENTOS	HORAS/SEM	TOTAL HORAS
Diretor CRI-ORL-IPOL	1	20	20
ORL	9		285
- Diretor serviço	1	15	15
- Chefe serviço	1	30	30
- Assistentes graduados	6	30	180
- Assistentes hospitalares	2	30	60
Radiologia	2	20	40
Anestesiologia	3	20	60
Medicina Interna	2	20	40
Psiquiatria	1	20	20

O diretor do CRI-ORL-IPO é o diretor do serviço de ORL, aloca 20 horas semanais para a gestão desta unidade e 15 horas para atividades clínicas do CRI. Os restantes elementos do serviço de ORL alocam a maior fração do seu horário às atividades do CRI, sendo as restantes horas distribuídas pela urgência e atividade não assistencial não relacionadas com o CRI-ORL-IPOL. A distribuição do horário dos médicos de radiologia, anestesiologia, medicina interna e psiquiatria é realizada de acordo com a tabela anterior, verificando-se uma menor alocação de horas uma vez que a sua atividade contempla outras práticas não relacionadas com o serviço de ORL.

Incluem-se no CRI-ORL-IPOL enfermeiros e assistentes operacionais (AO) em prestação direta de cuidados de saúde na enfermaria de ORL, no bloco operatório e na consulta externa, segundo as tabelas 20 e 21. Na tabela 22 apresenta-se a alocação horária dos assistentes técnicos, enquanto que na 23 discriminam-se outras categorias profissionais essenciais para o funcionamento do CRI-ORL-IPOL.

Tabela 20. Enfermeiros do CRI-ORL-IPOL e alocação do respectivo horário

ENFERMEIROS	Nº ELEMENTOS	HORAS	TOTAL HORAS
Enfermaria ORL	20	40	800
Consulta externa	2	20	40
Bloco operatório	6	20	120

Tabela 21. Assistentes operacionais do CRI-ORL-IPOL e alocação do respetivo horário

ASSISTENTES OPERACIONAIS	Nº ELEMENTOS	HORAS	TOTAL HORAS
Enfermaria ORL	10	40	400
Consulta externa	2	40	80
Bloco operatório	2	20	40

Tabela 22. Assistentes técnicos do CRI-ORL-IPOL e alocação do respetivo horário

ASSISTENTES TÉCNICOS	Nº ELEMENTOS	HORAS	TOTAL HORAS
Enfermaria ORL e bloco operatório	2	40	80
Consulta externa	2	40	80

Tabela 23. Outros profissionais do CRI-ORL-IPOL e alocação do respetivo horário

OUTROS	Nº ELEMENTOS	HORAS	TOTAL HORAS
Fisioterapeuta	2	20	40
Terapeuta da fala	2	20	40
Nutricionista	1	40	40
Assistente social	1	40	40
Psicólogo	1	20	20

Existem ainda diversos grupos profissionais necessários para o funcionamento do CRI-ORL-IPOL como, por exemplo, colaboradores das áreas da estomatologia, anatomia patológica, medicina nuclear, endocrinologia, radiologia ou análises clínicas, cuja atividade será contratada tendo por base os PTI.

5.8.3. Plano de Ação

O plano de ação do CRI-ORL-IPOL é aprovado pela deliberação da sua criação e consiste no programa trienal de atuação na prestação de cuidados de saúde no âmbito do respetivo perfil assistencial, formativo e científico (anexo F). Integra-se no plano estratégico do IPO Lisboa EPE, sendo ajustado anualmente através do CP estabelecido entre o CA e o conselho de gestão do CRI-ORL-IPOL. No terceiro ano de execução do plano, é negociado um novo plano de ação entre o CA e o conselho de gestão.

A atividade do CRI-ORL-IPO decorre na estrutura física do IPO Lisboa, utilizando os recursos técnicos do mesmo, promovendo a sua utilização eficiente e contribuindo para o aumento dos níveis de produtividade da instituição e para o cumprimento dos TMRG definidos.

Assim, no contexto da consulta externa, são disponibilizados para o CRI-ORL-IPOL quatro gabinetes de ORL totalmente equipados, um gabinete de enfermagem, um gabinete adicional de consulta para a realização de consultas de anestesia, psiquiatria e de terapia da fala. No internamento são adstritas à ORL 17 camas de enfermaria e três vagas de cuidados intermédios. Enquanto que no bloco operatório deverá ser atribuída uma sala efetiva para realização de cirurgias ORL, sendo cinco períodos por semana adstritos ao programa convencional e três períodos semanais para cirurgia adicional. A atividade cirúrgica ORL contempla ainda um período semanal de cirurgia ambulatória.

No âmbito do bloco operatório e da consulta externa são usados os equipamentos disponibilizados pelo hospital, havendo a necessidade da sua melhoria e aquisição de novos equipamentos afim de garantir a rentabilização do trabalho destas unidades.

O CRI-ORL-IPOL utiliza os sistemas de informação do IPO Lisboa (CTH, CLINIDATA, GHAF, MAXDATA, SCHEDULING, SIGIC, SCLINICO, SONHO, PEM, entre outros)

Na elaboração e execução do plano de ação estabelece-se o compromisso com as normas clínicas e processuais do Ministério da Saúde, com as disposições legais e contratuais aplicáveis, assegurando-se a obtenção da certificação da qualidade, através de auditorias internas e externas, até ao final do terceiro ano de atividade.

5.8.3.1. Perfil Assistencial

A prestação do trabalho dos elementos da equipa deve ser devidamente publicitada, abrangendo toda a equipa, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime e de horários de trabalho previstos na lei.

Nesta secção descreve-se a prestação do trabalho do CRI-ORL-IPOL nos diferentes locais onde decorre a sua atividade, sendo necessário definir os seus horários de funcionamento e alocação de RH por dias da semana a cada uma destas áreas. Nas tabelas abaixo apresenta-se uma síntese da prestação do trabalho do CRI-ORL-IPOL.

Tendo em vista a centralidade e a melhoria dos cuidados de saúde considera-se essencial que as consultas externas das diferentes áreas constituintes do CRI-ORL-IPOL passem a ser realizadas no mesmo espaço físico permitindo uma melhor interação e discussão entre os profissionais envolvidos.

Tabela 24. Prestação de trabalho do CRI-ORL-IPOL na consulta externa

CONSULTA EXTERNA	HORÁRIO	DIAS	Nº
Médicos ORL	9-14h	Dias úteis	4
Anestesiista	9-14h	2 dias/semana	1
Psiquiatra	9-14h	2 dias/semana	1
Enfermeiro	8-16h	Dias úteis	1
Terapeuta da fala	8-16h	Dias úteis	1
AO	8-16h	Dias úteis	2
Assistentes técnicos	8-16H	Dias úteis	2

No CRI-ORL-IPOL inclui-se a atividade da enfermaria de ORL, onde se prestam cuidados de saúde 24 horas por dia, todos os dias. O horário dos enfermeiros e AO é dividido em turnos de 8 horas pelos diferentes elementos do serviço, garantindo a assistência permanente aos doentes internados. A atividade dos médicos neste posto de trabalho decorre entre as 8:30 e as 14:30 horas e a partir desta hora o apoio clínico é prestado pelo médico de urgência.

Tabela 25. Prestação de trabalho do CRI-ORL-IPOL na enfermaria

ENFERMARIA ORL	HORÁRIO	DIAS	Nº
Médico ORL	8h30-14h30	Dias úteis	1
Médico internista	9-16h	Dias úteis	1
Psiquiatra	Apoio	Dias úteis	1
Enfermeiros	Turnos 8h	Todos os dias	4-5
Fisioterapeuta	8-16h	Dias úteis	1
Nutricionista	8-16h	Dias úteis	1
Assistente Social	8-16h	Dias úteis	1
Psicólogo	Apoio	Dias úteis	1
AO	Turnos 8h	Todos os dias	2-3
Assistentes técnicos	8-16H	Dias úteis	2

No bloco operatório é necessário definir o plano para atividade programada e para a adicional considerando todos os elementos necessários para a realização das cirurgias da área da cabeça e pescoço. Assim a atividade programada decorre dentro do horário de trabalho dos elementos da equipa em conformidade com a tabela 26, enquanto a atividade adicional incentivada decorre extra-horário segundo a tabela 27.

Tabela 26. Prestação de trabalho do CRI-ORL-IPOL no bloco operatório – atividade programada

BLOCO OPERATÓRIO	HORÁRIO	DIAS	Nº
Médicos ORL	8-16h	Dias úteis	3
Anestesista	8-16h	Dias úteis	1
Enfermeiros	8-16h	Dias úteis	3
AO	8-16h	Dias úteis	1

Tabela 27. Prestação de trabalho do CRI-ORL-IPOL no bloco operatório – atividade adicional

BLOCO OPERATÓRIO	HORÁRIO	DIAS	Nº
Médicos ORL	16-21h	3 dias/semana	2
Anestesista	16-21h	3 dias/semana	1
Enfermeiros	16-21h	3 dias/semana	3
AO	16-21h	3 dias/semana	1

5.8.3.2. Projeções da Atividade

A atividade do CRI-ORL-IPOL pressupõe uma equipa dedicada e um investimento a nível de recursos humanos e técnicos e deve rentabilizar a utilização eficiente dos recursos que lhe estão alocados. É necessária a avaliação e monitorização constante da atividade do CRI e a adaptação das diferentes vertentes para o cumprimento dos objetivos estratégicos. Nesse sentido, as projeções da atividade do plano de ação são repartidas em planos trimestrais que são confrontados com os relatórios de atividade também elaborados trimestralmente (anexo G). Esta metodologia permite a correção de desvios detetados precocemente no decurso da execução do plano de ação.

A execução do plano de ação no primeiro triénio tem como objetivo o cumprimento de metas que devem estar em concordância com o BSC. Na tabela 28 encontram-se detalhadas por trimestre as metas anteriormente definidas.

Tabela 28. Projeção da atividade do CRI-ORL-IPOL para o primeiro triénio

PROJEÇÃO DA ATIVIDADE PARA O TRIÉNIO														
Objetivos estratégicos	Indicadores	Metas por trimestre												Meta Final
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Garantir acessibilidade dos utentes	TMRG 1ª consultas	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	>90%
	TMRG cirurgias	>80	>80	>85	>85	=	=	=	=	=	=	=	=	>90%
	Diagnóstico - cons. multidisciplinar<8d	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	>90%
Assegurar centralidade doentes	IPOL-ACES	>30	>30	>40	>40	=	=	=	=	=	=	=	=	>50%
	IPOL-CPal/CC	<10	<10	<20	<20	<25	<25	=	=	=	=	=	=	<30%
Promover a satisfação dos utentes	Satisfação utentes	>80	>80	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	>85%
	Nº de reclamações	<10	<10	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	<20%
Garantir excelência dos serviços prestados	Tempo internamento	<5	<5	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	<10%
	Re-internamentos	<5	<5	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	<10%
	Complicações pó-op	<5	<10	<10	=	=	=	=	=	=	=	=	=	<20%
	1ª consulta-diagnóst	<5	<10	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	<20%
Garantir eficiência	Nº consultas	2.450	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	29.400
	Nº cirurgias	188	=	=	=	200	=	=	=	212	=	=	=	2.400
Percursos	Pré-operatório	implementar		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Melhoria contínua	Auditorias				√				√				√	anual
Operacionalizar sistemas de informação	Tempo dispensado na requisição de MCDT	<10	<10	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	<20%
	Nº de programas	agregar												reduzir
Inovação do serviço	Equipamento consulta	>20			>40				=	=	=	=	=	50%
	Equipamento bloco	>20				>40					=	=	=	50%
	Parcerias cirúrgicas	=				=				=				>12
	Protésico	contratação												
Desenvolver competências colaboradores	Ações de formação	>50	>60	>70	=	=	=	=	=	=	=	=	=	>1
	Nº artigos publicados	=				=				=				>1
Garantir sustentabilidade financeira	Orçamento	=				=				=				cumprir
	Resultados operacionais	0	>5	>5	=	=	=	=	=	=	=	=	=	>10%
	EBT	0	>5	>5	=	=	=	=	=	=	=	=	=	>10%
Otimizar recursos	Custos internamento	0	0	<5	=	=	=	=	=	=	=	=	=	<10%
	Custos bloco	0	0	<5	<5	<5	=	=	=	=	=	=	=	<10%

Nota 1: ACES: agrupamentos de centros de saúde; CC: cuidados continuados; CPal: cuidados paliativos

Nota 2: coluna verde: metas para o triénio; laranja: nível de cumprimento abaixo da meta do triénio; amarelo: nível de cumprimento igual à meta do triénio

5.8.3.3. Investimentos

De forma a garantir a qualidade dos serviços prestados aos doentes com tumores da cabeça e pescoço, o CRI-ORL-IPOL deve realizar investimentos nas seguintes áreas no decurso do primeiro triénio da sua atividade: (1) conclusão das obras dos gabinetes da consulta externa e ampliação deste espaço com mais um gabinete de consulta; (2) aquisição de equipamento específico da consulta externa (quatro cadeiras de observação reclináveis, quatro luzes frontais LED com bateria portátil, quatro equipas de ORL com aspiração, duas torres de endoscopia com NBI e sistema de gravação integrado, um nasofaringolaringoscópio portátil); (3) aquisição de equipamento específico para o bloco operatório (microscópio cirúrgico, sistema de LASER CO2 para a UCA, duas luzes frontais LED com bateria portátil; sistema de microdebrider, sistema de navegação para cirurgia endoscópica nasosinusal); (4) uma luz frontal LED com bateria portátil para a enfermaria.

5.8.3.4. Financiamento

O CRI-ORL-IPOL é financiado através de uma linha específica de financiamento incluída no CP do IPO Lisboa. O pagamento pelo desempenho às equipas, nomeadamente da componente de atividade adicional e de qualidade dos resultados obtidos, está associado ao financiamento e às disposições aplicáveis à atividade desenvolvida.

5.8.3.5. Demonstração da Sustentabilidade Financeira


A sustentabilidade financeira do CRI-ORL-IPOL depende do exercício de uma contabilidade analítica pormenorizada através da análise de balanços e demonstrações financeiras com o objetivo de apurar os resultados de cada atividade, avaliando os seus custos e proveitos. A atividade a ser analisada contempla as diferentes áreas de atuação do CRI-ORL-IPOL: internamento, bloco operatório e consulta externa. Deve ser projetada a estimativa da faturação do CRI por episódios nas linhas comuns do CP para cada ano do triénio do plano de ação. Esses valores referentes à atividade são contratualizados no CP entre o CA e o conselho de gestão do CRI-ORL-IPOL, tendo por base as normas do Ministério da Saúde.

Os dados relativos ao financiamento do CRI-ORL-IPOL foram obtidos através dos valores do CP contratualizados entre o IPO Lisboa e a ACSS respeitantes ao ano de 2021. Foram considerados os GDH do internamento que incluem os doentes submetidos a cirurgia convencional e de urgência e os doentes internados por questões médicas (sem necessidade de intervenção cirúrgica), tendo em atenção a ponderação com o case-mix do IPO Lisboa.

Relativamente às consultas externas, foi considerado o valor contratual atualmente em vigor para os CRI.

Na tabela 29 apresenta-se o plano de faturação do CRI-ORL-IPOL para o primeiro triénio. Tendo em consideração os dados apurados no diagnóstico organizacional considera-se haver possibilidade de melhorar a produção a nível do bloco operatório mas não nas consultas externas.

Tabela 29. Faturação do CRI-ORL-IPOL

 Faturação CRI-ORL-IPOL								
			1º ano	2º ano		3º ano		
	Preço GDH	Case mix	Nº GDH	Receita €	Nº GDH	Receita €	Nº GDH	Receita €
Internamento	2.897	1,4418	665	2.777.635	680	2.840.288	700	2.923.826
Ambulatório	2.897	0,7142	71	146.902	80	165.523	90	186.213
	Preço €	Nº doentes	Receita €	Nº doentes	Receita €	Nº doentes	Receita €	
Consultas externas								
Consultas 1ª vez	112	1.500	168.000	1.500	168.000	1.500	168.000	
Consultas subsequentes	112	8.300	929.600	8.300	929.600	8.300	929.600	
Total de Produção			4.022.137		4.103.411		4.207.639	
Incentivos institucionais 3%			120.664		123.102		126.229	
TOTAL			4.142.801		4.226.513		4.333.868	

É essencial contratualizar com a ACSS outras linhas de produção que fazem parte da atividade diária do serviço de ORL nomeadamente a realização de exames endoscópicos e de pequenos procedimentos como biópsias que decorrem na consulta externa. Estas linhas de produção deverão ser incluídas na faturação do CRI-ORL-IPOL.

Os custos associados à atividade do CRI-ORL-IPOL devem ser estimados para cada ano do triénio do plano de ação considerando a atividade do internamento, do bloco operatório e da consulta externa. No anexo H estão detalhadas as rubricas que devem ser consideradas nas estimativas dos custos do CRI-ORL-IPOL.

Para avaliação de custos relativos a mercadorias vendidas e matérias consumidas foram analisados os consumos de materiais de uso clínico e administrativo do internamento e da consulta do serviço de ORL relativos ao mês de janeiro de 2020 e foi realizada a extrapolação para a atividade anual. Em relação ao bloco operatório apenas se teve acesso ao valor dos custos totais das mercadorias vendidas e matérias consumidas apresentado no relatório de contas de 68

2019. Para calcular o valor correspondente alocado à atividade do serviço de ORL foram analisados os dados da avaliação diagnóstica da organização, nomeadamente a figura 1, tendo sido atribuído um peso relativo de 6% a este serviço tendo em consideração todas as especialidades existentes no IPO, e de 11% considerando apenas as especialidades cirúrgicas. Adotou-se a ponderação de 11% para estimar o valor anual da despesa da referida rubrica. O valor dos gastos com medicamentos foi considerado ser 6% do valor total do ano de 2019 excluindo os medicamentos antineoplásicos.

Relativamente aos gastos com pessoal foram consideradas as tabelas salariais das diversas categorias profissionais considerando os diferentes níveis das carreiras, os pagamentos de horas incómodas e os subsídios de alimentação, de férias e de Natal. Foi elaborada uma estimativa para o pagamento aos colaboradores em atividade adicional considerando a parcela de pagamento dos RH atualmente em vigor de 50%, sabendo que no CRI pode atingir 70% mediante o cumprimento das metas estipuladas.

O fornecimento de serviços externos e os gastos de amortizações e depreciações são extremamente difíceis de calcular neste contexto, tendo sido considerado um valor indicativo. Inclui-se no fornecimento dos serviços externos toda a atividade essencial para o funcionamento do CRI-ORL-IPOL que se encontra fora dos limites estipulados no seu plano de ação.

Tabela 30. Demonstração previsional de gastos do CRI-ORL-IPOL

Demonstração previsional de resultados - Gastos	
Rubricas de custos	Gastos /Ano (€)
Custos das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	1.000.000
Material clínico e administrativo consulta externa	220.000
Material clínico e administrativo internamento	95.000
Material clínico e administrativo bloco operatório	385.000
Medicamentos	300.000
Fornecimentos de serviços externos	500.000
Gastos com pessoal	2.200.000
Gastos com pessoal atividade base	1.600.000
Gastos com pessoal cirurgia adicional	600.000
Gastos de amortizações e depreciações	200.000
Total	3.900.000



A análise dos custos da atividade do CRI-ORL-IPOL é uma etapa essencial para avaliar e garantir a sua sustentabilidade financeira. É essencial definir os PTI e garantir a existência de sistemas de informação e de custeio adequados para este propósito.

5.8.3.6. Resultados Operacionais

Na tabela 31 apresentam-se os resultados operacionais do CRI-ORL-IPOL. Espera-se um crescimento do resultado operacional do CRI à custa do aumento da atividade cirúrgica. O aumento dos custos ao longo do triénio reflete o aumento do valor das mercadorias vendidas e das matérias consumidas associado ao aumento da atividade do bloco operatório.

Tabela 31. Resultados operacionais do CRI-ORL-IPOL

Resultados Operacionais do CRI-ORL-IPOL			
Rubricas	1º anos	2º ano	3º ano
Receitas	4.142.801	4.226.513	4.333.868
Custos	3.900.000	3.912.551	3.928.259
Resultado	242.801	313.962	405.609

5.8.3.7. Pressupostos para as Projeções Apresentadas

As projeções apresentadas assumem a existência de alguns pressupostos. Dos quais se destacam: (1) manutenção dos valores de contratualização do CP; (2) manutenção das remunerações dos RH ao longo do triénio; (3) atribuição de incentivos institucionais relacionados com o cumprimento da atividade contratualizada; (4) atividade da consulta externa e do internamento de doentes não cirúrgicos sobreponíveis ao ano de 2019.

5.8.3.8. Contrato-Programa Anual do CRI-ORL-IPOL

O CP anual do CRI-ORL-IPOL é negociado pelo conselho de gestão com o CA no âmbito do processo de contratualização interna, tendo em consideração o plano de ação trienal. O IPO Lisboa disponibiliza os serviços de apoio técnico que respondam às solicitações do CRI, no âmbito da partilha de recursos prevista no plano de ação e no CP anual. A relação entre a produção base e a produção adicional deve ser negociada e estabelecida no CP anual do CRI-ORL-IPOL, de modo a maximizar a capacidade instalada e o pleno aproveitamento dos custos fixos. São também estabelecidas as tabelas de preços de transferência interna. O CRI dispõe do fundo de maneiço de montante previsto no seu CP anual.

5.8.3.9. Monitorização e Acompanhamento

O CA do IPO Lisboa e a ARSLVT têm a responsabilidade de monitorizar a atividade do CRI-ORL-IPOL, nomeadamente o cumprimento das metas estabelecidas, a produção base e adicional e a verificação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no regulamento interno.

O conselho de gestão do CRI-ORL-IPOL assume o compromisso de disponibilização trimestral de dados normalizados relativos a custos, proveitos, despesas, receitas, atividade assistencial, resultados em saúde e incidentes, bem como informação anual referente a resultados de inquéritos de satisfação de utentes e profissionais do CRI.

5.8.3.10. Investigação e Ensino

O CRI-ORL-IPOL possui competências de ensino, formação e investigação na área da oncologia da cabeça e pescoço permitindo ministrar formação pré e pós-graduada e realizar investigação científica, de modo a maximizar o potencial inovador das ciências e das tecnologias da saúde, fomentar a investigação científica nacional e internacional e otimizar os procedimentos.

5.8.3.11. Centros de Referência

A reorganização do serviço de ORL num CRI origina diversas mudanças que caminham no sentido da melhoria na prestação de cuidados de saúde, dos seus resultados, na centralização e satisfação dos utentes tendo por base o conceito do VBH. Neste contexto torna-se pertinente abordar a patologia oncológica da cabeça e pescoço de forma mais holística garantindo a integração de todos os aspetos relacionados com a doença e com o doente. Para isso pretende-se, em casos selecionados, que a organização destas doenças se faça em clínicas. Propondo que o primeiro projeto nesta área seja a criação da ‘Clínica da Laringe’ pelo peso relativo que estes tumores têm nas doenças oncológicas ORL e pela vasta experiência da equipa no seu diagnóstico e tratamento. Na continuidade da implementação da clínica da laringe, o CRI-ORL-IPOL deve realizar a candidatura ao reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, como centro de referência para a área do cancro da laringe.

6. IMPLEMENTAÇÃO

6.1. Etapas e Atividades de Implementação

O processo de implementação divide-se em cinco etapas sequenciais (tabela 32): (1) preparação; (2) negociação; (3) execução; (4) monitorização; (5) avaliação. As duas primeiras fases são preparatórias e decorrem antes do início da execução do plano de ação.

Tabela 32. Etapas e atividades de implementação do projeto

ETAPAS	CRONOLOGIA	ATIVIDADES
1. Preparação	3 Meses	1. Constituição do conselho de gestão e equipa de trabalho
		2. Definição de funções e responsabilidades
		3. Definição dos objetivos organizacionais
		4. Levantamento de dados de gestão
		5. Identificação das necessidades de recursos humanos e técnicos
		6. Identificação de áreas fundamentais de intervenção
		7. Elaboração do plano de ação
		8. Elaboração do plano de comunicação
2. Negociação	1 Mês	1. Discussão da estratégia com o grupo
		2. Negociação e aprovação de objetivos, indicadores e metas com CA
		3. Realização do BSC e mapa estratégico
		4. Validação do SGAD
		5. Discussão e aprovação dos objetivos e competências do SGAD com cada colaborador
		6. Discussão e aprovação de sistema de incentivos
		7. Aprovação do calendário de execução
3. Execução	Triénio	1. Apresentação do calendário de execução, plano de ação e instrumentos de gestão
		2. Monitorização e acompanhamento da estratégia
		3. Levantamento de resultados
		4. Apuramento do cumprimento das metas definidas
		5. Execução de medidas corretivas em caso de desvios identificados
		6. Reuniões de discussão de resultados
4. Monitorização	Triénio	1. Acompanhamento do processo de implementação
		2. Avaliação de estratégias de melhoria do processo
5. Avaliação	Últimos 2 meses do triénio	1. Avaliação do processo de implementação
		2. Implementação de estratégias de melhoria

6.2. Plano de Comunicação

O sucesso de um SCG depende grandemente da estratégia de comunicação da organização. A comunicação interna determina a forma como os colaboradores percebem a estratégia, os planos de ação, o alinhamento com a missão e com os valores, ou seja, a forma como entendem a própria organização. A comunicação tem um impacto inestimável na percepção e aceitação da estratégia. Um plano de comunicação sólido deve ser transparente, atempado, compreensível e bidirecional e deve ser implementado logo no início do projeto, aproximando os colaboradores e proporcionando um entendimento partilhado e alinhado.

No CRI-ORL-IPOL a estratégia de comunicação interna envolve todos os colaboradores e contempla a existência de vários instrumentos comunicacionais: (1) reuniões plenárias periódicas como veículo de transmissão da missão, visão e valores usando uma abordagem compreensível para todos os colaboradores; (2) reuniões setoriais para esclarecimento e discussão de assuntos mais particulares; (3) utilização das plataformas digitais do IPO Lisboa através de uma página específica com informação atualizada do CRI; (4) utilização do *e-mail* institucional como forma de divulgação; (5) organização de atividades que promovam a interatividade entre os colaboradores, como *team-buildings*, que ajudem a desenvolver e fortalecer o sentimento de equipa, a cooperação e interajuda. Simultaneamente o processo de comunicação deve permitir a valorização e o reconhecimento dos profissionais através da divulgação de iniciativas individuais e coletivas ou através de mensagens de reconhecimento.

O foco na comunicação externa, através da distribuição panfletos informativos aos doentes e familiares e da divulgação do CRI-ORL-IPOL nos órgãos de comunicação e nas redes sociais, também faz parte da estratégia desta unidade.

6.3. Resultados Esperados

Espera-se que a implementação do CRI-ORL-IPOL tenha impacto a vários níveis nomeadamente no que diz respeito à melhoria dos parâmetros de qualidade em saúde e de produtividade promovendo a otimização da *performance* organizacional.

Com este modelo de gestão procura-se prestar cuidados de saúde centrados nas necessidades dos doentes e aumentar o índice de satisfação dos utentes e familiares.

Pretende-se reforçar a cultura organizacional baseada nas relações humanas através da valorização e reconhecimento dos profissionais de saúde envolvidos, incentivando a sua satisfação e motivação pessoais e ao mesmo tempo fomentando o espírito de grupo e o trabalho em equipa.

7. CONCLUSÕES

Este projeto de investigação surge pela constatação das exigências atuais na gestão dos serviços de saúde e pela potencial melhoria da sua *performance* com a introdução de novos modelos de gestão. O primeiro CRI foi criado em Portugal em 1999, porém, foi apenas nos últimos anos que se verificou uma maior dedicação e adesão a este modelo de gestão, não existindo ainda dados concretos sobre o seu funcionamento nem sobre os resultados alcançados.

As atividades do IPO Lisboa e do serviço de ORL dependem das orientações do Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde e ARSLVT. O funcionamento deste serviço está ainda dependente das orientações do seu CA e da capacidade instalada do hospital.

O serviço de ORL do IPO Lisboa é reconhecido pela excelência dos cuidados de saúde prestados aos doentes com tumores da cabeça e pescoço. No entanto, o seu desempenho está condicionado por não existir um SCG que articule objetivos, indicadores e metas organizacionais com os resultados a curto e a médio prazo e pela centralização das funções de gestão e decisão estratégicas.

O desenvolvimento e implementação do CRI-ORL-IPOL são favorecidos pelo contexto político-económico atual, que promove a descentralização da gestão e a responsabilização pelos resultados, e pelas características do serviço de ORL do IPO Lisboa. Este projeto tem como principais objetivos a persecução da melhoria dos resultados em saúde e no plano económico-financeiro através da determinação da estrutura organizacional e funcional do CRI-ORL-IPOL e dos instrumentos de gestão fundamentais para a sua operacionalização.

A conceção e a estrutura do CRI têm por base a sua missão: prestar cuidados de saúde de excelência centrados no utente a todos os doentes com tumores da cabeça e pescoço garantindo a acessibilidade, a equidade, a qualidade e a eficiência dos mesmos. Considerando como principais eixos estratégicos da sua atividade: (1) qualificação dos cuidados de saúde em oncologia da cabeça e pescoço; (2) centralização do utente; (3) promoção da eficiência da utilização de recursos; (4) promoção da qualidade e segurança dos serviços prestados; (5) promoção de competências; (6) motivação e satisfação dos colaboradores; (7) inovação do serviço; (8) racionalização dos gastos; e (9) sustentabilidade económico-financeira.

No âmbito da avaliação e monitorização da atividade do CRI-ORL-IPOL adota-se o BSC por ser um instrumento de gestão fundamental para a execução da estratégia que proporciona a agregação de toda a informação relativa aos objetivos estratégicos, indicadores e metas, permite a avaliação da *performance* organizacional garantindo, simultaneamente o alinhamento entre o CRI e a gestão de topo. A partir dos eixos estratégicos definem-se os objetivos, indicadores e

metas para o plano de ação do triénio. Os objetivos estratégicos encontram-se repartidos segundo as perspetivas de Kaplan e Norton (1992) atribuindo maior ponderação às perspetivas do cliente e dos processos internos, por se considerar serem mais relevantes na garantia do cumprimento da missão desta organização de saúde. Do ponto de vista da perspetiva do cliente pretende-se garantir a acessibilidade, a centralidade e a satisfação dos utentes na prestação de cuidados de saúde. Enquanto que, no âmbito dos processos internos os objetivos definidos pretendem assegurar a qualidade, eficiência e melhoria contínua do CRI-ORL-IPOL. Os objetivos estratégicos estipulados procuram ainda garantir a inovação e desenvolvimento de competências dos colaboradores e a sustentabilidade financeira do CRI. Para cada objetivo estratégico definem-se os respetivos indicadores e as metas a alcançar. É fundamental que estes parâmetros sejam claros, transparentes e entendidos por todos os colaboradores.

O SGAD adotado para o CRI-ORL-IPOL é o SIGAD-CRI que, no caso dos médicos do serviço de ORL, incide sobre a avaliação de resultados e competências segundo objetivos individuais previamente fixados pela negociação entre a equipa de avaliação e o colaborador, no início de cada ciclo avaliativo. Associado ao SGAD é implementado um sistema de gestão de incentivos que premeia o desempenho individual e coletivo e promove o cumprimento dos objetivos de cada colaborador e da equipa.

Do ponto de vista da estrutura organizativa e funcional, o CRI-ORL-IPOL assenta na legislação em vigor. É constituído um conselho de gestão que negocia com o CA o plano de ação trienal e o CP anual. A equipa multidisciplinar que constitui o CRI-ORL-IPOL é proposta pelo conselho de gestão do CRI através de um processo de recrutamento interno de RH. A atividade do CRI-ORL-IPO decorre na estrutura física do IPO Lisboa, utilizando os seus recursos técnicos e promovendo a utilização eficiente dos mesmos.

A monitorização da atividade do CRI decorre da comparação das estimativas trimestrais dos resultados do plano de ação com os relatórios de atividade, que também devem ser elaborados trimestralmente. Esta metodologia permite a correção de desvios detetados precocemente no decurso da execução do plano de ação.

No contexto das estratégias da centralidade do utente e do VBH adotadas no CRI-ORL-IPOL preconiza-se a criação de clínicas diferenciadas. Constituindo, numa primeira fase, a “Clínica da Laringe” que se candidata ao reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, como centro de referência para a área do cancro da laringe.

O processo de implementação do CRI-ORL-IPOL deve cumprir a cronologia estabelecida através das seguintes etapas sequenciais: (1) preparação; (2) negociação; (3) execução; (4) monitorização; (5) avaliação.

Por fim, a estratégia de comunicação determina a forma como é entendida a organização sendo essencial para a aceitação da estratégia. No CRI-ORL-IPOL estabelece-se um plano de comunicacional bidirecional com várias áreas de intervenção, que é implementado logo desde o início do projeto envolvendo todos os colaboradores.

O sucesso da implementação e operacionalização do CRI-ORL-IPOL pode ser condicionado se não forem considerados alguns fatores essenciais que garantam a viabilidade deste modelo. Destacam-se: (1) empenho e compromisso do CA e do conselho de gestão do CRI no projeto; (2) capacidade de descentralização e delegação de competências por parte do CA; (3) alinhamento estratégico dos objetivos e da atividade do CRI-ORL-IPOL com os objetivos e atividade do IPO Lisboa; (4) definição inequívoca do âmbito de ação e limites de atuação do CRI no regulamento interno; (5) seleção de objetivos claros e indicadores mensuráveis; (6) garantir a qualidade, acessibilidade, equidade e segurança no decurso da atividade clínica; (7) definição da forma de articulação com outros serviços nomeadamente no que diz respeito aos exames complementares de diagnóstico, para que a atividade do CRI não fique condicionada pelos atrasos na sua realização; (8) envolvimento de todos os colaboradores desde o início do processo de implementação do CRI-ORL-IPOL através da realização de reuniões de trabalho, divulgação de documentos, organização de *workshops* ou *teambuildings* promovendo a motivação dos RH envolvidos; (9) implementação de um sistema de controlo de gestão com capacidade para apoiar tecnicamente a gestão de topo e os gestores intermédios e operacionais na implementação do modelo; (10) garantir a existência de sistemas de informação e de custeio de apoio à gestão capazes de monitorizar continuamente a atividade de todas as linhas de produção, o consumo de recursos e da qualidade dos cuidados prestados, apoiados em diferentes ferramentas como BSC, contabilidade analítica e indicadores da atividade; (11) garantir transparência, imparcialidade e justiça do SGAD e o envolvimento e compreensão deste sistema por parte de todos os RH que constituem o CRI-ORL-IPOL; (12) garantir a atribuição dos incentivos em tempo útil e em conformidade com o acordado no CP e com os colaboradores.

Consideram-se os pontos anteriores como sendo fatores críticos de sucesso para o CRI-ORL-IPOL sendo imperativo assegurar o respeito e cumprimento dos mesmos durante a sua conceção, implementação e funcionamento.

De um modo mais abrangente, estes fatores podem ser considerados transversais para o sucesso da implementação de um CRI em qualquer organização de saúde, pelo que a sua adaptação a cada unidade pode servir de guia orientador para assegurar o sucesso deste modelo de gestão.

Com este projeto de investigação aspira-se alcançar ganhos em saúde na perspetiva dos utentes, contribuir para potenciar a qualidade, eficiência e inovação do serviço de ORL do IPO Lisboa, promover o trabalho em equipa e a valorização dos profissionais de saúde e simultaneamente contribuir para o desenvolvimento e melhoria da gestão das unidades de saúde a nível nacional e internacional.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. 3a edição. Lisboa: Edições, 70.
- Campos, A.C. (2019). *Administração pública e saúde: ensaios de circunstâncias*, Coimbra: Almedina.
- Boon, C., Den Hartog, D. N., & Lepak, D. P. (2019). A systematic review of human resource management systems and their measurement. *Journal of management*, 45(6), 2498-2537.
- Cavalluzzo, K. S., & Ittner, C. D. (2004). Implementing performance measurement innovations: Evidence from government. *Accounting, Organizations and Society*, 29(3), 243-267.
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework*. John Wiley & Sons.
- Cheng, M. I., Dainty, A., & Moore, D. (2007). Implementing a new performance management system within a project-based organization. *International Journal of Productivity and Performance Management*
- Chenhall, R. H., & Moers, F. (2015). The role of innovation in the evolution of management accounting and its integration into management control. *Accounting, Organizations and Society*, 47, 1-13
- Coller, G., Frigotto, M. L., & Costa, E. (2018). Management control system and strategy: the transforming role of implementation. *Journal of Applied Accounting Research*, 19, 141-160.
- Decreto-Lei n.º 19/88. *Diário da República* n.º 17/1988, 3º suplemento, Série I de 1988-01-21.
- Decreto-Lei n.º 374/99. *Diário da República* n.º 219/1999, de 1999-09-18.
- Decreto-Lei n.º 188/03. *Diário da República* n.º 191/2003, de 2003-08-20.
- Decreto-Lei n.º 233/05. *Diário da República* n.º 249/2005, Série I-A de 2005-12-29.
- Decreto-Lei n.º 18/2017. *Diário da República* n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10.
- Escoval, A., Santos, A. T. L., & Barbosa, P. (2016). Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 10(1), 17-27.
- Delery, J., & Gupta, N. (2016). Human resource management practices and organizational effectiveness: internal fit matters. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*.
- Despacho n.º 5882/2013. *Diário da República* n.º 87/2013, Série II de 2013-05-07
- Figueroa, C. A., Harrison, R., Chauhan, A., & Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 239.
- Gonzalez-Sanchez, M. B., Broccardo, L., & Martins Pires, A. M. (2018). The use and design of the BSC in the health care sector: A systematic literature review for Italy, Spain, and Portugal. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 6-30.
- Griffith, J. R. (2000). Championship management for healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, 45(1), 17-30.
- Guenther, T. W., & Heinicke, A. (2019). Relationships among types of use, levels of sophistication, and organizational outcomes of performance measurement systems: The crucial role of design choices. *Management Accounting Research*, 42, 1-25.
- Helms, M. M., & Nixon, J. (2010). Exploring SWOT analysis—where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, 3(3) 215-251.
- Hood, C. (1995). The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2), 93.

- Hoque, Z. (2014). 20 years of studies on the balanced scorecard: Trends, accomplishments, gaps and opportunities for future research. *The British Accounting Review*, 46(1), 33-59.
- Hughes, O. (2017). Public management: 30 years on. *International Journal of Public Sector Management*, 30(6-7), 547-554.
- Inamdar, N., Kaplan, R. S., & Reynolds, K. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations / practitioner's response. *Journal of Healthcare Management*, 47(3), 179-195.
- INE (2020). Estatística da saúde – 2018. Lisboa, Portugal. *INE, instituto Nacional de Estatística*. Disponível em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu
- Ittner, C. D., Larcker, D. F., & Randall, T. (2003). Performance implications of strategic performance measurement in financial services firms. *Accounting, Organizations and Society*, 28(7-8), 715-741.
- Jain, S., Thorpe, K. E., Hockenberry, J. M., & Saltman, R. B. (2019). Strategies for Delivering Value-Based Care: Do Care Management Practices Improve Hospital Performance?. *Journal of Healthcare Management*, 64(6), 430-444.
- Jiang, K., & Messersmith, J. (2018). On the shoulders of giants: A meta-review of strategic human resource management. *The International Journal of Human Resource Management*, 29(1), 6-33.
- Jordan, H., et al. (2015). *O controlo de gestão - Ao serviço da estratégia e dos gestores* (10^o edição). Lisboa: Áreas Editora.
- Kaplan, R. S., Norton. DP (1992, January'-February). The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71-79.
- Lei n.º 27/2002. *Diário da República* n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08
- Lei n.º 66-B/2007. *Diário da República* n.º 250/2007, 1º suplemento Série I de 2007-12-28
- Levesque, J. F., & Sutherland, K. (2020). Combining patient, clinical and system perspectives in assessing performance in healthcare: an integrated measurement framework. *BMC health services research*, 20(1), 1-14.
- Liden, R. C., & Maslyn, J. M. (1998). Multidimensionality of leader-member exchange: An empirical assessment through scale development. *Journal of management*, 24(1), 43-72.
- Lucianetti, L., Battista, V., & Koufteros, X. (2019). Comprehensive performance measurement systems design and organizational effectiveness. *International Journal of Operations & Production Management*, 39(2), 326-356.
- Maimako, L. B. (2016). Human resource management practices and employee job satisfaction in Kano state owned universities: A conceptual model. *Journal of Marketing and Management*, 7(2), 1.
- Major, Maria João, & Magalhães, Andreia. (2014). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração (São Paulo)*, 49(3), 476-490.
- Merchant, K. A. (1982). The control function of management. *Sloan Management Review*, 23(4), 43-55.
- Meutia, M., & Ismail, T. (2017). Strategy Formation Process and Management Control. *International Journal of Economic Perspectives*, 11(3), 384-391.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Sage publications.
- Micheli, P., & Mura, M. (2017). Executing strategy through comprehensive performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 37(4), 423-443.
- Miller, K. J. (2019). PRACTITIONER APPLICATION: Strategies for Delivering Value-Based Care: Do Care Management Practices Improve Hospital Performance?. *Journal of Healthcare Management*, 64(6), 445-446.

- Mintzberg, H. (1979). **The structuring of Organizations.**
- Moura, L. F., de Lima, E. P., Deschamps, F., Van Aken, E., da Costa, S. E. G., Treinta, F. T., & Cestari, J. M. A. P. (2019). Designing performance measurement systems in nonprofit and public administration organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 68(8), 1373-1410.
- Nag, R., Hambrick, D. C., & Chen, M. J. (2007). What is strategic management, really? Inductive derivation of a consensus definition of the field. *Strategic management journal*, 28(9), 935-955.
- Naranjo-Gil, D. (2016). Role of management control systems in crafting realized strategies. *Journal of Business Economics and Management*, 17(6), 865-881.
- Nascimento, G. & Pereira, A. (2015). *A gestão e avaliação de desempenho*. In Ferreira, A., Martinez, L.F., Nunes, F.G. & Duarte, H. (edites). GRH para Gestores. 1ª edição: Editora
- Nikoloski, K. (2016). *Strategic human resource management: assessment and evaluation of human resources as factors to achieving better economic performance*. International Journal of Information, Business and Management, 8(3), 81-95.
- Otley, D. (2016). The contingency theory of management accounting and control: 1980–2014. *Management accounting research*, 31, 45-62.
- Portaria n.º 330/2017. *Diário da República* n.º 210/2017, Série I de 2017-10-31.
- Portaria n.º 71/2018. *Diário da República* n.º 48/2018, Série I de 2018-03-08.
- Portaria n.º 254/2018 *Diário da República* n.º 173/2018, Série I de 2018-09-07.
- Porter, M. 1985. *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*. New York: The Free Press
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2004). Redefining competition in health care. *Harvard business review*, 64-77.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard business review*, 91(10), 1-19.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002. *Diário da República* n.º 56/2002, Série I-B de 2002-03-07.
- Simons, R. (1995, 03). Control in an age of empowerment. *Harvard Business Review*, 73, 80. Retrieved from
- Tarwneh, A. S. (2019). The Impact of Decentralization Dimensions on Subsidiaries Performance. *International Review of Management and Marketing*, 9(1), 62-71.
- Van der Kolk, B., van Veen-Dirks, P., M.G., & ter Bogt, H., J. (2019). The impact of management control on employee motivation and performance in the public sector. *European Accounting Review*, 28(5), 901-928
- Yin, R. 2017. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos* (5). Bookman

9. ANEXOS

Anexo A – Guião de Entrevistas

Anexo A.1. Considerações Gerais

Anexo A.2. Guião de entrevistas para responsáveis de CRI

Anexo A.3. Guião de entrevistas para outros elementos

Anexo B – Dimensões e subdimensões avaliadas nas entrevistas

Anexo C – Entrevistas

Anexo C.1. Entrevistas as responsáveis de CRI

Anexo C.2. Entrevistas a outros elementos

Anexo C.3. Tabela com dados de todas as entrevistas

Anexo D – Objetivos, indicadores e critérios de superação da avaliação de desempenho individual para outras categorias profissionais

Anexo D.1. Exemplo de objetivos estratégicos e indicadores a negociar entre conselho de gestão do CRI e os enfermeiros

Anexo D.2. Exemplo de objetivos estratégicos e indicadores a negociar entre conselho de gestão do CRI e assistentes operacionais

Anexo D.3. Exemplo de objetivos estratégicos e indicadores a negociar entre conselho de gestão do CRI e assistentes técnicos

Anexo E – Funções do Conselho de Gestão do CRI-ORL-IPOL

Anexo F – Plano de ação – princípios básicos

Anexo G – *Template* de relatório trimestral de atividade do CRI-ORL-IPOL

Anexo H – Rubricas de custos a considerar na demonstração de resultados

Anexo A – Guião de Entrevistas

Anexo A.1. Considerações Gerais

Considerações Gerais

1. Tema principal

Conceptualização de um centro de responsabilidade integrada para uma unidade de saúde hospitalar do SNS.

2. Temas relacionados

- Avaliação da cultura e estratégia organizacional
- Gestão da mudança
- Desenvolvimento de um BSC
- Indicadores de meio e de desempenho
- Gestão de pessoas e sistema de avaliação de desempenho

3. Objetivos das entrevistas

1. Analisar o que levou à necessidade de mudança na estratégia organizacional
2. Principais motivações para a implementação de um sistema de controlo de gestão
3. Compreender as dificuldades encontradas para implementar as mudanças, definir as principais dificuldades e obstáculos
4. Analisar os principais indicadores utilizados
5. Analisar o processo de conceção e implementação do BSC (da teoria à prática)
6. Gestão de desempenho e sua aceitação pelos RH
7. Resultados esperados e obtidos

4. Motivação das entrevistas

As entrevistas constituem uma mais valia para esta tese de mestrado pois permitem adquirir conhecimentos sobre a prática da implementação de um CRI identificando as principais dificuldades e sucessos deste processo na perspetiva de quem já esteve envolvido na sua execução ou na conceção desta ferramenta em Portugal.

5. Propósito da informação recolhida

Contribuir para o desenvolvimento de um sistema de controlo de gestão focado no CRI, no BSC e num sistema de avaliação de desempenho.

6. Participantes

Diretores de CRI

- Prof. Dr. Campos Pinheiro – diretor do CRI de urologia do Centro Hospitalar Lisboa Central
- Dr. Nuno Campos - diretor do CRI de oftalmologia do Hospital Garcia da Orta, que recebeu dois prémios da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
- Dr. Rui Dinis - coordenador do CRI onco-cirúrgico do Hospital do Espírito Santo Évora (já extinto), encontra-se atualmente a desenvolver o CRI de oncologia médica do mesmo hospital
- Dr. John Preto – diretor do CRI de Obesidade do Hospital de São João

Outros elementos

- Dr. Hugo Quintino – gestor do CRI onco-cirúrgico do Hospital do Espírito Santo Évora (já extinto), encontra-se atualmente a desenvolver o CRI de oncologia médica do mesmo hospital
- Dr. João Assunção – gestor do CRIA (hemodinâmica) do Hospital do Espírito Santo Évora
- Dr.^a Maria João Freitas – gestora do CRI de urologia do Centro Hospitalar Lisboa Central
- Dr. Pedro Gomes – diretor de serviço do serviço de cabeça e pescoço do IPO Lisboa e elemento integrante do grupo de trabalho do ministério da saúde, para a organização dos serviços em unidades de saúde

Entrevista aberta com o Dr. Victor Herdeiro – diretor da ACCS.

7. Procedimentos

- Foi elaborado um guião de entrevista para os responsáveis de CRI de serviços em Portugal
- Agendamento das entrevistas
- Realização das entrevistas presencialmente ou via zoom, com gravação das mesmas
- Transcrição das entrevistas
- Validação das respostas

Anexo A.2. Guião de entrevistas para responsáveis de CRI

Guião das entrevistas para responsáveis de CRI

1. Caracterização

- 1.1. Hospital onde trabalha
- 1.2. Serviço
- 1.3. Cargo

2. Organização interna antes de CRI

- 2.1. Quantos médicos fazem parte do serviço?
- 2.2. Como estava organizada a atividade do serviço e quais as suas principais linhas orientadoras?
- 2.3. Quais eram os principais pontos fortes e pontos fracos do serviço antes do CRI?
- 2.4. Quais eram os principais constrangimentos e dificuldades da atividade do serviço?
- 2.5. Quais eram as expectativas com a criação do CRI?

3. Conceção do CRI

- 3.1. Quais foram as necessidades identificadas que levaram à criação de um CRI?
- 3.2. Quais são as linhas orientadoras do CRI?
- 3.3. Quais as preocupações quando se definem os e os indicadores objetivos estratégicos do CRI?
- 3.4. O CRI tem BSC? Quais as principais preocupações na elaboração do BSC?
- 3.5. Como foi elaborada a seleção de RH para integrarem o CRI?
- 3.6. Qual é o sistema de avaliação de desempenho implementado ?
- 3.7. Foi implementado um sistema de incentivos? Como funciona?
- 3.8. Principal dificuldade na execução do plano de ação?
- 3.9. Foram integrados os preços de transferência interna? Como foram definidos?
- 3.10. Quais os resultados esperados com a criação do CRI?

4. Implementação do CRI

- 4.1. Quais foram as etapas críticas da implementação do CRI?
- 4.2. Quais foram os principais focos de mudança e as principais dificuldades sentidas?
- 4.3. Qual foi a estratégia de comunicação (interna e externa)?
- 4.4. Quem foram os principais opositores do CRI?
- 4.5. Quais os fatores mais importantes para o sucesso na implementação do CRI?

4.6. O que correu bem?

4.7. O que correu menos bem?

4.8. Quais as principais dificuldades que se podem esperar com a implementação de um CRI?

5. Avaliação final do CRI (após a sua implementação)

5.1. Quais os resultados globais obtidos no CRI?

5.2. Como decorreu a coordenação com os outros serviços do hospital?

5.3. Os objetivos/indicadores definidos foram cumpridos?

5.4. Quais as mais valias da implementação de BSC?

5.5. Como correu o sistema avaliação de desempenho?

5.6. E incentivos?

5.7. Qual a perceção relativa à satisfação dos RH ?

5.8. Quais os aspetos positivos/vantagens do CRI?

5.9. Quais os aspetos negativos/problemas do CRI?

5.10. Qual a sua avaliação final do CRI?

6. Comentários finais

Anexo A.3. Guião de Entrevistas para Outros Elementos

Guião das entrevistas para restantes elementos

1. Caracterização

- 1.1. Formação
- 1.2. Cargo
- 1.3. Local onde trabalha

3. Conceção do CRI

- 3.1. O que leva à necessidade dos serviços de saúde se organizarem em CRI?
- 3.2. Quais devem ser as principais linhas orientadoras de um CRI?
- 3.3. Quais as preocupações quando se definem os indicadores e os objetivos estratégicos do CRI?
- 3.4. Qual o papel do BSC e da sua implementação num CRI?
- 3.5. Como devem ser selecionados os RH para integrarem o CRI?
- 3.6. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI?
- 3.7. Como se deve elaborar e implementar sistema de incentivos?
- 3.8. Principal dificuldade na execução do plano de ação?
- 3.9. Como se definem os preços de transferência interna?
- 3.10. Quais os resultados esperados com a implementação de um CRI?

4. Implementação do CRI

- 4.1. Quais as etapas críticas necessárias para a implementação de um CRI?
- 4.2. Quais devem ser os principais focos de mudança de um CRI?
- 4.3. Qual a estratégia de comunicação que se deve adotar?
- 4.4. Quem são os principais potenciais opositores do CRI? Como deve ser gerida essa oposição?
- 4.5. Quais os fatores mais importantes para o sucesso na implementação do CRI?
- 4.8. Quais as principais dificuldades que se podem esperar com a implementação de um CRI?

5. Avaliação do CRI

- 5.7. Qual o impacto que o CRI pode ter nos profissionais de saúde?
- 5.8. Quais são as vantagens do CRI?
- 5.9. Quais são os principais problemas do CRI?
- 5.11. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI?

5.12. Quais são os principais riscos do CRI?

5.13. Qual a sua percepção da experiência dos CRI em Portugal?

6. Comentários finais

Nota: O guião da entrevista semiestruturada para elementos relacionados com a área da gestão hospitalar não contempla as perguntas relacionadas com a organização do serviço patentes na entrevista a responsáveis de CRI. Pelo que a ordenação numérica deste último guião é realizada de forma a que as perguntas iguais das duas entrevistas tenham a mesma correspondência.

Anexo B – Dimensões e subdimensões avaliadas nas entrevistas

Dimensões	Sub-dimensões	Objetivo	Perguntas
Organização Interna	Estrutura geral	Caracterizar o serviço em causa	1
	Estratégia organizacional (antes do CRI)	Avaliar a organização interna antes do CRI e quais os fatores que motivaram a sua implementação	2, 3.1
Gestão Estratégica	Linhas de ação	Perceber quais as principais linhas orientadoras do CRI	3.2
	Objetivos estratégicos	Identificar os principais objetivos e indicadores estratégicos	3.3, 3.10
	Estratégia operacional do CRI	Avaliar a estratégia e operacionalização do CRI	4.1, 4.2, 4.8, 5.2, 5.11, 5.12
Controlo de Gestão	Ferramentas	Clarificar quais os instrumentos de controlo de gestão adotados	3.4, 3.8, 3.9, 5.4
	Resultados do CRI	Fazer uma análise de <i>feedback</i> comparando as expectativas e resultados reais	4.5, 4.6, 4.7, 5.1, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.13
Gestão de Pessoas	Gestão RH	Avaliar critérios de recrutamento e seleção de RH e estratégias de gestão de pessoas e conflitos	3.5, 4.4, 5.7
	SGAD	Avaliar implementação e operacionalização do sistema de avaliação de desempenho	3.6; 5.5
	Sistema de incentivos	Avaliar implementação e operacionalização do sistema de incentivos	3.7; 5.6
Comunicação	Comunicação	Perceber a estratégia de comunicação adotada	4.3

Anexo C – Entrevistas

Anexo C.1. Entrevistas as responsáveis de CRI

Prof. Dr. Campos Pinheiro

Diretor do CRI de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central /Diretor do departamento cirúrgico
Médico

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTAS	FRAGMENTO1	FRAGMENTO 2	FRAGMENTO 3	
Organização interna antes do CRI	<u>Estrutura geral</u>	1.1. Hospital	CHULC – São José			
		1.2. Serviço	Urologia			
		1.3. Cargo	Diretor			
	<u>Estratégia organizacional antes do CRI</u>	2.1. Nº médicos/ profissionais	15 (9 + 6 internos)			
		2.2. Organização do serviço	Por polos pelos diferentes H			
		2.3. Pontos fortes e fracos	Bom ambiente serviço Diferenciação	Grande casuística operatória, cirurgia robótica, biópsia de fusão de imagem,	Fracos: muita atividade de urgência Instalações envelhecidas Serviço com pouco espaço. Escassez de anestesistas e de sala BO	
		2.4. Dificuldades do serviço	Escassez anestesistas	Falta tempos operatórios		
2.5. Expetativas com o CRI	Garantir RH (anestesistas)	Garantir tempos operatórios	Manter produção elevada			
3.1. Necessidade do CRI	Captar RH escassos	Melhor financiamento da atividade				
Gestão estratégica	<u>Linhas ação</u>	3.2. Linhas orientadoras	Bom ambiente entre todos os profissionais envolvidos	Responsabilidade profissional, com avaliação do trabalho Qualidade de serviço, tempo e horas	Relacionamento entre profissionais e utentes	
	<u>Objetivos estratégicos</u>	3.3. Objetivos e indicadores estratégicos	Produção, acessibilidade	Morbilidade,	Satisfação utente e família	
		3.10. Resultados esperados	Melhoria/ manutenção produção			
	<u>Estratégia operacional</u>	4.1. Etapas implementação	Planeamento	Realização plano de ação		
		4.2. Principais focos de mudança	Garantir maior acessibilidade a tempos de bloco	Melhor articulação entre profissionais		
		4.8. Dificuldades implementação	Não houve			
5.2. Coordenação com outros serviços	Semelhante à anterior	Necessidade de contacto direto com outros serviços				
Controlo de Gestão	<u>Ferramentas</u>	3.4. BSC	Não tem	Avaliação trimestral de indicadores de produção		
		3.8. Plano de ação	Fundamental o papel do gestor do CRI	Adaptação do plano anterior da urologia para o CRI		

		3.9. PTI	Não tem			
		5.4. Mais valias BSC				
	<u>Resultados CRI</u>		4.5 Fatores de sucesso	Trabalho em equipa, Bom ambiente trabalho	Liderança	Bom relacionamento com as hierarquias, com CA
			4.6. Correu bem	Tudo		
			4.7. Correu menos bem	Nada		
			5.1. Resultados globais	Não houve grandes alterações	Boa impressão	Positivos
			5.3. Objetivos e indicadores cumpridos	Sim os de produção	LIC de patologia benigna aumentou devido a pandemia	
			5.8. Aspetos positivos/vantagens	Imagem	Garantir recursos	Melhorar possibilidade de aquisição equipamentos
			5.9. Aspetos negativos/problemas	Pressão para cumprir objetivos		
			5.10. Avaliação final	Boa		
Gestão de Pessoas	<u>Gestão RH</u>	3.5. RH	Recrutamento interno	RH que já trabalhavam na área		
		4.4. Opositores	Não houve			
		5.7. Impacto do CRI nos RH	Pouco impacto – atividade sobreponível à anterior			
	<u>SGAD</u>	5.6. SGAD	Não tem			
		5.5. Avaliação SGAD				
	<u>Incentivos</u>	3.7. Incentivos	Associado a cirurgias adicionais	Não houve ainda prémio de cumprimento de objetivos	Conicionados por estar associado a produção adicional	
5.6. Avaliação incentivos						
Comunicação	<u>Comunicação</u>	4.3. Estratégia de comunicação				

Dr. John Preto

Diretor do CRI de obesidade do Hospital de São João

Cirurgião geral

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTAS	FRAGMENTO1	FRAGMENTO 2	FRAGMENTO 3	
Organização interna antes do CRI	Estrutura geral	1.4. Hospital	São João			
		1.5. Serviço	Obesidade			
		1.6. Cargo	Diretor			
	Estratégia organizacional antes do CRI	2.1. Nº médicos/ profissionais	Cerca de 50 profissionais CRI			
		2.2. Organização do serviço	Serviço cirurgia geral	Diferenciado em áreas de atuação		
		2.3. Pontos fortes e fracos	Formação profissional mais abrangente	Tempos de espera para consultas e cirurgias	Dificuldade de articulação com profissionais de outras áreas	
		2.4. Dificuldades do serviço	Acesso			
2.5. Expetativas com o CRI	Melhorar produtividade	Melhorar acessos	Trabalho em equipa			
3.1. Necessidade do CRI	Garantir recursos humanos	Garantir recursos técnicos				
Gestão estratégica	Linhas ação	3.2. Linhas orientadoras	Recursos humanos	produtividade	Sustentabilidade financeira	
	Objetivos estratégicos	3.3. Objetivos e indicadores estratégicos	Acesso Produtividade	Reais e ambiciosos	Qualidade – difíceis de medir pq depende de criação de bases de dados dos médicos (indicadores de morbilidade, prevenção de TVP; ...)	
		3.10. Resultados esperados	Redução dos TMRG	Reforço do trabalho em equipa		
	Estratégia operacional	4.1. Etapas implementação	Definir RH e alocação de horas	Elaborar o plano de ação	Envolver todos os colaboradores	
		4.2. Principais focos de mudança	Reorganização do serviço			
		4.8. Dificuldades	Articulação com outros serviços: negociação das horas dos RH; negociação com diretores dos outros serviços sobre RH do CRI		Implementar estratégias para cumprir objetivos de acesso – conseguir incrementar o nº de horas de consultas e cirurgias	
		5.2. Coordenação com outros serviços	Inicialmente difícil articulação			
Controlo de Gestão	Ferramentas	3.4. BSC	Tem apenas para a acreditação da ACSA	Não usam na prática no CRI	Usam indicadores para medir a atividade organizacional	
		3.8. Plano de ação	Exaustivo	Necessidade de ir adaptando, o que pode ser feito com CP	Monitorização mensal para permitir corrigir desvios e	

					garantir cumprimento de objetivos
		3.9. PTI	Usam	Baseado no sistema de custeio que permite uma avaliação rigorosa dos gastos	
		5.4. Mais valias BSC			
	Resultados CRI	4.5 Fatores de sucesso	Recursos Humanos – envolvimento financeiro Trabalho em equipa com objetivo comum	Apoio CA Alocação de recursos em conformidade com a atividade contratualizada	Sistemas de custeio e de informação Sistema de incentivos Sustentabilidade financeira
		4.6. Correu bem	Reforço trabalho em equipa	Motivação RH	
		4.7. Correu menos bem	Articulação com outros serviços	2020 pandemia – comunicação e ambiente de equipa	
		5.1. Resultados globais	Bons		
		5.3. Objetivos e indicadores cumpridos	Sim (não a 100%)		
		5.8. Aspetos positivos/vantagens	Motivação RH	Trabalho em equipa	Qualidade assistencial Gerir melhor os recursos
		5.9. Aspetos negativos/ problemas	Pode haver dificuldade na formação dos internos da especialidade	Autonomia limitada nomeadamente na contratação de RH	Pode haver conflito com outros elementos do serviço
5.10. Avaliação final		Muito boa			
Gestão de Pessoas	Gestão RH	3.5. RH	Recrutamento interno	Pessoas já dedicadas a essas áreas e com experiência reconhecida	
		4.4. Opositores	Pessoas que não foram envolvidas	Diretores de serviços de elementos que integraram o CRI	
		5.7. Impacto do CRI nos RH	Satisfação	Motivação	
	SGAD	3.6.SGAD	SGAD próprio CRI	Definição de objetivos individuais para os diferentes grupos de profissionais relacionados com os objetivos institucionais	Espelha objetivos comuns do CRI
		5.5. Avaliação SGAD	Funcional, transparente	Aceite pelos colaboradores	
	Incentivos	3.7. Incentivos	Sistema de incentivos criado para o CRI	Associado a atividade adicional – cativam 20% do valor para incentivos em dinheiro	
		5.6. Avaliação incentivos	Boa operacionalização		
Comunicação	Estratégias de comunicação	4.3. qual sistema comunicação	Fundamental clara e transparente em todo o processo	Reuniões periódicas Comunicação próxima e bi-direccional	Prejudicada pela pandemia

Dr. Nuno Campos

Diretor do CRI de oftalmologia do HGO , que ganhou dois prêmios da APAH

Médico

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTAS	FRAGMENTO1	FRAGMENTO 2	FRAGMENTO 3	
Organização interna antes do CRI	<u>Estrutura geral</u>	1.7. Hospital	HGO			
		1.8. Serviço	OFT			
		1.9. Cargo	Diretor			
	<u>Estratégia organizacional antes do CRI</u>	2.1. Nº médicos/ profissionais	23 médicos (4 internos)	70 colaboradores		
		2.2. Organização do serviço	Organização setorial por áreas de subespecialidade			
		2.3. Pontos fortes e fracos	Fortes: material humano que permitia perspetivar esta mudança	Fracos: falta de coesão , mobilização e de um projeto comum		
		2.4. Dificuldades do serviço				
2.5. Expetativas com o CRI	Melhorar acessibilidade, produtividade	Melhorar funcionamento				
3.1. Necessidade do CRI	Noção que tinha que se mudar alguma coisa	Legislação do CRI enquadrada com a organização do serviço				
Gestão estratégica	<u>Linhas ação</u>	3.2. Linhas orientadoras	Princípios básicos: Liderança, Coesão, Inclusão	Cultura de transparência		
	<u>Objetivos estratégicos</u>	3.3. Objetivos e indicadores estratégicos	Bom senso, não se pode almejar o que não é possível	Projetos ambiciosos mas creíveis anuais e progressivos Podem ser cumpridos com atividade base ou adicional	Indicadores: robustos , bom senso	
		3.10. Resultados esperados	Produtividade	Acessibilidade	Coesão equipa , objetivo comum	
	<u>Estratégia operacional</u>	4.1. Etapas implementação	Elaboração do plano de ação	Definição dos objetivos	Operacionalização ex: pagamento da atividade adicional a 2 meses. Têm envelopes financeiros mensais	
		4.2. Principais focos de mudança	Mudança na organização do serviço			
		4.8. Dificuldades Implementação	Entropia da organização e do Estado	Processos pouco ágeis		
		5.2. Coordenação com outros serviços	Não tem			
Controlo de Gestão	<u>Ferramentas</u>	3.4. BSC	Fácil implementação Nos primeiros 2 anos como instrumento de avaliação e incentivos	Constrangimentos do Hospital muitas vezes impediam o cumprimento de objetivos o que se tornava injusto na atribuição de incentivos		
		3.8. Plano de ação	Plano de ação + business plan	4 linhas de produção com majoração: cirurgias, consultas, injeções vítreo, angiografia e rastreios	Adaptação ao longo do ano consoante plano de ação e CP	
		3.9. PTI	Não têm necessidade	Atividade totalmente integrada no CRI		

		5.4. Mais valias BSC	Não considera instrumento de excelência do CRI Não considera ser o elemento mais importante de monitorização e avaliação	Medem 7 indicadores Major : (1) Consulta 1ª vez; (2) Consulta de 2ª vez; (3) Tempo de acesso a LIC; (4) Tempo acesso a LEC; (5) Cirurgia ambulatorio; (6) Cirurgia bloco central; (7) Produção trabalhos científicos anuais publicados em revistas indexadas	
	<u>Resultados CRI</u>	4.5 Fatores de sucesso	Liderança: que aglutine o grupo em torno de um objetivo comum	Coesão: equipa unida em busca do objetivo Laços interpessoais fortes	Inclusão de todos os colaboradores do CRI
		4.6. Correu bem	Boa aceitação RH		
		4.7. Correu menos bem	Alguma entropia do hospital		
		5.1. Resultados globais	Serviço de OFT com melhor acessibilidade em LX Maior produtividade Menor LIC	Maior espírito de grupo e coesão da equipa Equipa dedicada Melhoria eficiência	Ganhos colaterais significativos resultantes de metodologias de trabalho mais oleadas
		5.3. Objetivos e indicadores cumpridos	Sim	Único serviço do hospital que cumpre planos de ação nos últimos 10 anos	
		5.8. Aspetos positivos/vantagens	Capacidade de negociação com CA	<i>Outcomes</i> <i>Empowerment</i> global Reconhecimento de excelência (1ª o 2ª escolha dos internos)	Possibilidade de novos projetos
		5.9. Aspetos negativos/problemas	Espaço pequeno – necessidade de aumentar	Autonomia limitada	
5.10. Avaliação final	Ótima				
Gestão de Pessoas	<u>Gestão RH</u>	3.5. RH	Seleção de RH – pessoas disponíveis com vontade de integrar o projeto		
		4.4. Opositores	Não teve		
		5.7. Impacto do CRI nos RH	Satisfação	Motivação	
	<u>SGAD</u>	3.6.SGAD	Diretor é o responsável pela avaliação de desempenho	Sistema próprio, avalia a disponibilidade e participação nas atividades dos serviços Não depende de cotas	As oportunidades para cada colaborador para cada ano dependem da sua prestação no ano anterior
		5.5. Avaliação SGAD	Regras próprias	Boa aceitação deste sistema dos colaboradores	
	<u>Incentivos</u>	3.7. Incentivos	Todos os colaboradores tem acesso a ações de formação diversas, adaptado a cada categoria	Benefícios financeiros para todos os elementos colaboradores 3% CP só para formação	SIGIC com majoração até 70%
5.6. Avaliação incentivos		Boa operacionalização	Decorre em tempo útil		
Comunicação	<u>Estratégias de comunicação</u>	4.3. Estratégia de comunicação	Reuniões clínicas semanais Reuniões operacionais semanais com todos os colaboradores Partilha e discussão ideias entre todos	<i>Team buildings</i> 4 a 5 por ano com médicos , enfermeiros, técnicos (variável)	Disponibilidade e proximidade entre diretor e colaboradores Comunicação bidirecional

Dr. Rui Dinis

Corresponsável do CRI Onco-Cirúrgico – extinto por reforma do Diretor da Cirurgia geral. Diretor do CRI -OM (projeto em execução) do Hospital Espírito Santo Évora

Médico – Diretor do Serviço de OM

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTAS	FRAGMENTO1	FRAGMENTO 2	FRAGMENTO 3	
Organização interna antes do CRI	<u>Estrutura geral</u>	1.10.Hospital	H. Espírito Santo			
		1.11.Serviço	OM			
		1.12.Cargo	Diretor Serviço			
	<u>Estratégia organizacional antes do CRI</u>	2.1. N° médicos/ profissionais	4 médicos + 5 internos			
		2.2. Organização do serviço	Áreas de atuação			
		2.3. Pontos fortes e fracos				
		2.4. Dificuldades do serviço	Burocratização processos	Priorizar oncologia		
2.5. Expetativas com o CRI	Centrar a ação no que é considerado mais valia para SNS e para os doentes – centralidade no utente	Integrar vários grupos profissionais na assistência ao utente, trabalho em equipa com um objetivo comum Maior envolvimento	Desburocratização dos processos Maior autonomia na gestão da unidade e capacidade de decisão Maior responsabilidade Coordenação com ACES/ULS			
3.1. Necessidade do CRI	Centrar oncologia como prioritária e central no hospital e região	Priorizar cirurgias oncológicas	Agilizar processos de diagnóstico e terapêutica			
Gestão estratégica	<u>Linhas ação</u>	3.2. Linhas orientadoras	Sustentáveis e realistas Incluir o imponderável	Eficiência Focar mais valia para utente	Robustez nos processos e acompanhamento dos doentes	
	<u>Objetivos estratégicos</u>	3.3. Objetivos e indicadores estratégicos	Não serem demasiado ambiciosos. Cautela na avaliação de custos indiretos	Conhecer bem resultados em saúde Definir metas razoáveis Tempos de acesso	Formação dos profissionais de saúde ligados à oncologia	
		3.10. Resultados esperados				
	<u>Estratégia operacional</u>	4.1. Etapas implementação	Realizar plano ação correto	Agilizar e facilitar processos	Garantir motivação colaboradores	
		4.2. Principais focos de mudança	Agilização de processos	Garantir assistência prioritária para os doentes oncológicos		
4.8. Dificuldades implementação		RH				
Controlo de Gestão	<u>Ferramentas</u>	3.4. BSC	Não tem			
		3.8. Plano de ação	Condicionado pela pandemia	Dificuldade na distribuição e alocação horas do RH		
		3.9. PTI	Não tem			
		5.4. Mais valias BSC				
	<u>Resultados CRI</u>	4.5 Fatores de sucesso	Plano ação	Seleção RH	Definir limites atuação CRI	
		4.6. Correu bem	Trabalho em equipa com o mesmo objetivo	Partilha de experiência		
		4.7. Correu menos bem	Conflitos de elementos que não integraram o CRI			

		5.1. Resultados globais	Não chegou a haver input		
		5.3. Objetivos e indicadores cumpridos	Não chegou a ser avaliado		
		5.8. Aspetos positivos/vantagens	Articulação entre pessoas Trabalho em equipa	Camas alocadas para doentes oncológicos	Agilização processos
		5.9. Aspetos negativos/ problemas	CRI muito abrangente	Complexidade em definir estratégia operacional	
		5.10. Avaliação final	Foi extinto	Reforma do diretor Cir Geral	Pandemia
Gestão de Pessoas	<u>Gestão RH</u>	3.5. RH	Recrutamento interno	voluntário	RH que trabalhavam nessas áreas
		4.4. Opositores	Pessoas que não integraram CRI		
		5.7. Impacto do CRI nos RH	Motivação as pessoas do CRI		
	<u>SGAD</u>	3.6.SGAD	Avaliação individual através de objetivos definido		
		5.5. Avaliação SGAD	Não chegou a ser executado		
	<u>Incentivos</u>	3.7. Incentivos	Distribuição equitativa dependente dos resultados do CRI		
5.6. Avaliação incentivos		Não chegou a ser executado			
Comunicação	<u>Estratégias de comunicação</u>	4.3. qual sistema comunicação	Reuniões semanais		

Anexo C.2. Entrevistas a outros elementos

Dr. Hugo Quintino

Gestor do Conselho de Gestão do CRI OM e do extinto CRI onco-cirúrgico - Hospital Espírito Santo Évora (matemático, pós-graduação em administração hospitalar)

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTAS	FRAGMENTO 1	FRAGMENTO 2	FRAGMENTO 3	
Organização interna	<u>Estratégia organizacional</u>	3.1.O que leva à necessidade de CRI	Resultados em saúde com avaliação de indicadores para além da produtividade	Possibilidade centralidade no doente		
	<u>Linhas ação</u>	3.2. Linhas orientadoras	Plano estratégico bem estruturado – plano a 3 anos	Identificar os problemas Delinear objetivos	Equipa motivada	
Gestão estratégica	<u>Objetivos estratégicos</u>	3.3. Objetivos e indicadores estratégicos	Realistas, atingíveis e ambiciosos			
		3.10. Resultados esperados	Mudar processos e procedimentos	Melhores cuidados aos doentes, mais centrado e personalizado		
	<u>Estratégia operacional</u>	4.1. Etapas implementação	Seleção da equipa e sua integração no projeto	Persistência para ultrapassar obstáculos		
		4.2. Principais focos de mudança	Focar no doente e não no serviço	Adaptação modelos de financiamento por doente		
		4.8. Dificuldades implementação 5.13. CRI em PT	Equipas	Gerir as mudanças		
	Controlo de Gestão	<u>Ferramentas</u>	3.4. BSC	Não tem		
3.8. Plano de ação						
3.9. PTI			Não tem			
<u>Resultados</u>		4.5. Fatores de sucesso	Resiliência	Apoio CA		
		5.8. vantagens	Gestão mais próxima e alinhada com o CA e menos condicionada por outros serviços	Possibilidade de escolher a equipa		
		5.9. desvantagens/problemas	Autonomia condicionada: orçamento, contratação RH – sujeito a lei pública e ao CA			
		5.11. Dificuldades operacionais	Autonomia condicionada	Falta de coerência no sistema de incentivos		
	5.12. Riscos	Gestão das equipas que integram o CRI, conflitos com elementos que não integram o CRI	Definir limites de atuação do CRI			
Gestão de Pessoas	<u>Gestão RH</u>	3.5. RH	voluntários	Motivação e disponibilidade	Seleção pelo Conselho gestão	
		4.4. Opositores	Elementos que não foram incluídos no CRI			
		5.7. Impacto do CRI nos RH	Satisfação do RH do CRI Motivação	RH que não faziam parte do CRI - desconfiança, animosidade, hostilidade		
	<u>SGAD</u>	3.6. SGAD	Próprio adaptado ao CRI com objetivos individuais – produtividade, custo médio por doente, absentismo			

	<u>Incentivos</u>	3.7. Incentivos	Dificuldade de implementar sistema de incentivos por estar muito associada à atividade adicional	A atividade base também devia ser incentivada financeiramente	
Comunicação	<u>Estratégias de comunicação</u>	4.3. Comunicação	Reuniões com diferentes colaboradores	Divulgação Hospital	

Dr. João Assunção

Gestor do Conselho de Gestão do CRIA – Centro de Responsabilidade Integrado Cérebro- Cardio-Vascular do Alentejo - Hospital Espírito Santo Évora
(Gestor)

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTAS	FRAGMENTO 1	FRAGMENTO 2	FRAGMENTO 3
Organização interna	<u>Estratégia organizacional</u>	3.1.O que leva à necessidade de CRI	Melhorar eficiência do serviço	Melhorar a utilização de recursos	Autonomia de gestão, garantir gestão mais eficiente
Gestão estratégica	<u>Linhas ação</u>	3.2. Linhas orientadoras	Resposta às necessidades regionais de saúde	Visão e estratégia	
	<u>Objetivos estratégicos</u>	3.3. Objetivos e indicadores estratégicos	Principal foco na acessibilidade	Mantiveram critérios qualidade já estabelecidos	Percursos clínicos mais eficientes e céleres
		3.10. Resultados esperados	Melhoria produtividade		
	<u>Estratégia operacional</u>	4.1. Etapas implementação	Definir estratégia e plano de ação	Envolver colaboradores	
		4.2. Principais focos de mudança	Eficiência	Reforço trabalho em equipa	Dinamismo nos processos
		4.8. Dificuldades implementação	Gestão de recursos	Menor autonomia do que o desejável	Articulação entre serviços
5.13. CRI em PT		Lacunas	Fase inicial que precisa de ir sendo melhorada		
Controlo de Gestão	<u>Ferramentas</u>	3.4. BSC	Não tem	Avaliação desempenho através de indicadores de desempenho	
		3.8. Plano de ação	Rigorous e detalhado		
		3.9. PTI	Não têm	Falta de sistemas de informação capazes	Contabilidade analítica deficiente
	<u>Resultados</u>	4.5. Fatores de sucesso	Liderança forte	Resiliência	
		5.8. vantagens	Maior agilidade nos processos e nas mudanças		
		5.9. desvantagens/problemas	Não vê desvantagens		
		5.11. Dificuldades operacionais	Contratação de recursos	Falta de autonomia dos hospitais e consequente/ dos conselhos de gestão do CRI	
		5.12. Riscos	Dificuldade pôr em prática novas ideias	Rejeição outros serviços	
<u>Gestão RH</u>	3.5. RH	Recrutamento interno	Pessoas que trabalhavam na área	voluntário	

Gestão de Pessoas		4.4. Opositores	Serviços vizinhos		
		5.7. Impacto do CRI nos RH	Satisfação	motivação	
	<u>SGAD</u>	3.6. SGAD	Utilizam o SGAD implementado no Hospital de acordo com as carreiras específicas		
	<u>Incentivos</u>	3.7. Incentivos	Ainda não foram concretizados	Associados aos objetivos do CRI – 3% do valor do CP – incentivos institucionais para o serviço formação e equipamentos	Associada a possibilidade de atividade adicional
Comunicação	<u>Estratégias de comunicação</u>	4.3. Comunicação	Reuniões semanais até 1 hora, com todos os grupos profissionais	Reuniões mais direcionadas	Desenvolvimento da marca, imagem , folhetos, vídeo.

Dr.ª Maria João Freitas

Gestora responsável pelo apoio ao CA do HCHULC na área dos CRI (urologia, gastroenterologia, obesidade, oftalmologia pediátrica)

Licenciada em Geografia e planeamento Regional; Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTAS	FRAGMENTO 1	FRAGMENTO 2	FRAGMENTO 3
Organização interna	Estratégia organizacional	3.1.O que leva à necessidade de CRI	Agilização de processos e desafios específicos	Não é uma questão de necessidade mas um mecanismo para enfrentar desafios específicos de cada área de intervenção	Não são uma resposta metodológica transversal a todos os problemas mas um modelo diferente de gestão
Gestão estratégica	Linhas ação	3.2. Linhas orientadoras	Ajuste da capacidade de resposta à procura da área de influência	Orientado pelos modelos propostos da ACSS	Propor novas áreas de intervenção Reforço da diferenciação Sustentabilidade financeira Possibilidade de investimento
	Objetivos estratégicos	3.3. Objetivos e indicadores estratégicos	Garantir ganhos de produção Proximidade do modelo de contratualização interna	Definidos indicadores de: sustentabilidade financeira, acesso, qualidade, inovação e desenvolvimento	Depois indicadores ajustados a cada área de atuação, a cada equipa, a CRI
		3.10. Resultados esperados	Aumentar produção	Melhoria equipamentos e instalações	Maior participação dos colaboradores Perspetivar o futuro a longo prazo
	Estratégia operacional	4.1. Etapas implementação	Fundamental ter equipa definida, alocação RH	Identificar necessidades/falhas Definir prioridades e metas	
		4.2. Principais focos de mudança	Forma de trabalhar da equipa		
		4.8. Dificuldades implementação	Adaptação do modelo a cada realidade	Sistemas de informação insuficientes para as exigências do modelo	Contabilizar custos indiretos Definição PTI
		5.13. CRI em PT	Fase imaturidade Faltam ainda muitos instrumentos	Falta de flexibilidade do SNS para que os serviços se possam adaptar ao modelo de gestão que mais se adequa a cada caso	Dificuldade a passar do plano regulamentar para a fase de implementação
Controlo de Gestão	Ferramentas	3.4. BSC	Não tem forma formal Usam perspetivas do BSC Avaliação semelhante	Indicador de desempenho global Considera ponderação de indicadores dos 4 grupos	

				(financeira, acesso, qualidade, inovação e desenvolvimento) e níveis de produção :	
		3.8. Plano de ação	Modelo ACSS	Condicionado por sistemas de informação	Contar com externalidades
		3.9. PTI	Não tem	Em estudo protocolo para operacionalizar os PTI	
	Resultados	4.5. Fatores de sucesso	Envolvimento RH	Proximidade do CA	
		5.8. vantagens	Maior envolvimento dos RH com a instituição	Possibilidade de implementar mudanças	Valorização e reconhecimento dos colaboradores
		5.9. desvantagens/problemas		Sistemas de informação insuficientes	Sistema de custeio
5.11. Dificuldades operacionais		Autonomia limitada	Pouca experiência acumulada, não há fontes para esclarecer dúvidas		
5.12. Riscos					
Gestão de Pessoas	Gestão RH	3.5. RH	Recrutamento interno	Mantiveram as mesmas equipas	
		4.4. Opositores	Oposição da estrutura organizacional que não está preparada para o modelo	RH que não estão incluídos no CRI	RH que por princípio não acreditam no modelo
		5.7. Impacto do CRI nos RH	Reforço do trabalho equipa	Motivação	
	SGAD	3.6. SGAD	Ainda não operacionalizado	Modelo adaptado aos indicadores da unidade e a cada grupo profissional no seu cumprimento	
	Incentivos	3.7. Incentivos	Incentivos aos profissionais limitados à atividade profissional – desigualdades entre os diferentes serviços dependendo da natureza da especialidade	Pressão em áreas não sujeitas a atividade adicional Sistema incentivo é limitativo Dentro do mesmo serviço desigualdade entre pessoas que podem e não podem fazer	Preocupação dos incentivos institucionais ser equitativa entre os diferentes serviços
Comunicação	Estratégias de comunicação	4.3. Comunicação	Envolvimento de toda a equipa	Maior visibilidade de todos os colaboradores	Reuniões periódicas com as equipas

Dr. Pedro Gomes

Coordenador do serviço de CCP do IPO Lisboa, responsável do grupo de trabalho do Ministério da Saúde para a criação unidades de produção autónoma em 2014 (Médico, pós-graduação em gestão de serviços de saúde, responsável do programa SIGIC)

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTAS	FRAGMENTO 1	FRAGMENTO 2	FRAGMENTO 3	
Organização interna	<u>Estratégia organizacional</u>	3.1.O que leva à necessidade de CRI	Melhorar a eficiência	Alinhamento serviços com objetivos institucionais		
	<u>Linhas ação</u>	3.2. Linhas orientadoras	Definir inequivocamente os limites de atuação do CRI	Delimitar responsabilidades		
	<u>Objetivos estratégicos</u>	3.3. Objetivos e indicadores estratégicos	Objetivos claros, inequívocos Devem estar na dependência do serviço e não dependente de outros serviços		Incluir indicadores de resultados em saúde (resultados clínicos) e indicadores de processo (atuação perante protocolos)	Fáceis de medir
		3.10. Resultados esperados	Melhor eficiência e qualidade		Descentralização da gestão	
	<u>Estratégia operacional</u>	4.1. Etapas implementação		Adaptar à cultura organizacional	Definir claramente o que é o CRI	Atribuição inequívoca de custos e proveitos. Contabilidade rigorosa do que faz e não parte do CRI
		4.2. Principais focos de mudança		Envolver toda a cadeia de colaboradores Deve trazer vantagens para todos	Definir e dimensionar bem o que se quer	
		4.8. Dificuldades implementação		Dificuldade entre o que se mede e o que se quer medir	Dificuldade na articulação de todos os níveis da organização Dificuldade na articulação com outros serviços com risco de resultados condicionados por não respostas	Medo da mudança Maior exigência administrativa
		5.13. CRI em PT		Má impressão – serviços não funcionam em pleno como CRI		
	Controlo de Gestão	<u>Ferramentas</u>	3.4. BSC	Instrumento de medida	Deve ser usado para avaliar desempenho da unidade	
			3.8. Plano de ação	Execução rigorosa e clara		
3.9. PTI			Fundamental contabilizar toda a atividade fora do CRI			
<u>Resultados</u>		4.5. Fatores de sucesso	Medir o que se quer		Recompensas justas em função do esforço de trabalho e resultados em todos os níveis	Registos fidedignos
		5.8. vantagens	Vantagem individual na noção de recompensa segundo esforço e desempenho		Sentimento de poder colaborar e contribuir para os resultados	Organização mais eficiente
		5.9. desvantagens/ problemas	Processo de rotura com a cultura organizacional		Aumento da burocracia sem uma nítida melhoria	
		5.11. Dificuldades operacionais	Conceptual - querer realmente o CRI		Operacional – alinhamento certo entre as motivações e resultados pretendidos para todos os envolvidos	
5.12. Riscos	Entrar num processo que não atinge nenhum resultado		Destruturar o serviço			

Gestão de Pessoas	<u>Gestão RH</u>	3.5. RH	Questão mais importante	Preferencialmente recrutamento interno voluntário	
		4.4. Opositores	Todos os que não têm interesse em agradar a tutela		
		5.7. Impacto do CRI nos RH	Pode ser + ou -		
	<u>SGAD</u>	3.6. SGAD	SIADAP - deve ser mais bem utilizado	Deve ser aplicados a todos os níveis: começando na gestão de topo até à parte operacional	Avaliação de resultados Avaliação qualidade + difícil
	<u>Incentivos</u>	3.7. Incentivos	Devem considerar resultados ponderados com fatores de qualidade	Justos: Incentivos e penalizações – em conjunto dão o resultado a ser incentivado ou penalizado	Individuais, departamento e organização
Comunicação	<u>Estratégias de comunicação</u>	4.3. Comunicação	Fundamental assegurar comunicação bidirecional		
Comentários			Fundamental haver auditorias internas e externas	Contexto político promove a criação de CRI que podem não funcionar como verdadeiros CRI mas sim para satisfazer a vontade política	Deve haver concorrência entre CRI

Anexo C.3. Tabela com dados de todas as entrevistas

D	SD	PERGUNTAS	PRINCIPAL ENTRADA	ENTRADAS SIGNIFICATIVAS	OUTRAS	
Organização interna	Linhas ação	2.3. Pontos fortes	RH - 2	Grande casuística	Diferenciação; formação profissional abrangente	
		2.3. Pontos fracos	Escassez de recursos	Falta de coesão e de projeto comum Tempos de espera	Instalações; articulação com outros grupos profissionais	
		2.4. Dificuldades do serviço	Escassez de recursos técnicos - 2	Escassez de RH Acessibilidade	Burocratização processos	
		2.5. Expetativas com o CRI	Melhorar eficiência - 8 (Melhorar produção - 3; garantir recursos - 2; melhoria processos - 3)	Melhorar qualidade - 4 (Melhorar acessibilidade - 2; centralidade utente; melhorar resultados em saúde)	Trabalho em equipa - 2 Autonomia de gestão	
		3.1.O que leva à necessidade de CRI	Melhorar eficiência - 9 (Melhorar eficiência - 6; melhorar recursos - 3)	Melhorar processos - 6 (Agilizar processos - 2; alinhamento estratégico; priorizar oncologia; responsabilização; autonomia de gestão)	Melhorar qualidade - 4 (Qualidade - 2 ; centralidade utente - 2)	
Gestão estratégica	Linhas orientadoras	3.2. Linhas orientadoras	Orientação pela estratégia - 13 (Eficiência; robustez dos processos; realistas e sustentáveis; identificar problemas; delinear objetivos; plano estratégico; resposta às necessidades regionais; visão e estratégia; definir limites atuação CRI; delimitar responsabilidades; sustentabilidade financeira; produtividade)	Orientação pelas pessoas - 6 (Trabalho em equipa - 3; liderança coesão, inclusão; responsabilização profissional; possibilidade de diferenciação)	Orientação pela qualidade - 5 (Qualidade; transparência; acessibilidade; focada no utente - 2)	
		3.3. Objetivos e indicadores estratégicos	Realistas mas ambiciosos - 4	Tipos de indicadores - 17 (Resultados em saúde/qualidade - 6; acessibilidade - 4; processo - 2; produtividade - 2; formação RH; inovação; sustentabilidade financeira)	Objetivos claros, inequívocos, dependentes do serviço Indicadores Robustos Indicadores fáceis de medir Indicadores adaptados a cada área de atuação	
	Estratégia operacional	Linhas ação	3.10. Resultados esperados	Melhoria produção/ eficiência - 6	Melhorar acessibilidade - 3 Melhoria da qualidade - 3 Melhorar trabalho equipa - 2	Melhorar processos Descentralização da gestão Perspetivar futuro a longo prazo
			4.1. Etapas implementação	Elaborar plano ação - 7	Envolvimento RH - 4 Agilizar processos - 2	Planeamento; Definir objetivos; definir estratégia; adaptar à cultura organizacional; definir o CRI; resiliência; definir RH e sua alocação horária; definir prioridades e metas; identificar necessidades
		Estratégia operacional	4.2. Principais focos de mudança	Trabalho em equipa - 4	Garantir recursos - 3 Agilização de processos - 2 Organização serviço - 2	Eficiência; definir e dimensionar o que se quer; adaptação de modelos de financiamento por doente; centralidade no utente
			4.8. Dificuldades implementação	Articulação entre serviços - 3	RH - 2	Não houve; entropia da organização e do Estado; autonomia limitada; dificuldade entre o que se mede e o que se quer medir; dificuldade na articulação de todos os níveis da organização; medo da mudança; maior exigência administrativa; processos pouco ágeis;

					implementar estratégias para cumprir objetivos; adaptar modelo a cada realidade; sistemas de informação e de custeio
		5.2. Coordenação com outros serviços	Igual anterior - necessidade de contato pessoal para agilização dos processos	Inicialmente difícil - resistência	Não tem
		5.13. CRI em PT	Lacunas - fase inicial que precisa de ir sendo melhorada - 2	Falta de flexibilidade do SNS Passar do plano regulamentar para a prática	Má impressão – serviços não funcionam em pleno como CRI
Controle de gestão	Ferramentas	3.4. BSC	Não tem/Não usa - 7	Avaliação de indicadores produção e acessibilidade - 5 Indicadores de formação - 2 Indicadores financeiros Indicador de desempenho global	Difícil de enquadrar com constrangimentos do Hospital; Deve ser usado para avaliar desempenho da unidade
		3.8. Plano de ação	Rigorous - 3 Exaustivo -2 Claro	Monitorização mensal com correção de desvios	Considera linhas de produção; fundamental o papel do gestor do CRI; adaptação do plano anterior; plano de ação + business plan; condicionado pela pandemia; dificuldade na distribuição e alocação horas do RH; ir adaptando o CP; condicionado pelos sistemas de informação; contar com externalidades
		3.9. PTI	Não tem - 5	Usa baseado em sistema de custeio que permite contabilidade analítica rigorosa	Contabilidade analítica deficiente; falta de sistemas de informação capazes; fundamental contabilizar toda a atividade fora do CRI Sem necessidade (não necessita articulação com outros serviços)
		5.4. Mais valias BSC	Não considera fundamental		
	Resultados	4.5. Fatores de sucesso	Trabalho em equipa - 4 Liderança - 3 Apoio CA - 3	Resiliência - 2 Seleção RH - 2 Definir limites atuação CRI	Coesão, objetivo comum; Plano de ação; Medir o que se quer; Recompensas justas; Registos fidedignos, sistema de custeio e de informação; sustentabilidade financeira
		4.6. Correu bem	RH - 4	Trabalho com objetivo comum - 2	Tudo
		4.7. Correu menos bem	Conflitos de elementos que não integraram o CRI	Alguma entropia do hospital Articulação com outros serviços	Pandemia Nada
		5.1. Resultados globais	Melhoria produção/ eficiência - 2 Melhoria acessibilidade - 2	Melhoria processos Melhor trabalho em equipa	Não houve grandes alterações Não chegou a haver input
		5.3. Objetivos e indicadores cumpridos	Sim - 3		Não chegou a ser avaliado
		5.8. vantagens	Garantir recursos - 5 Melhoria processos - 4 Melhor trabalho RH - 4	Melhores resultados - 3 Reconhecimento - 3 Gestão alinhada com o CA - 2	Sentimento de poder colaborar e contribuir para os resultados Possibilidade de implementar mudanças
		5.9. desvantagens /problemas	Complexidade do processo - 4	Autonomia limitada - 3	Pressão para cumprir objetivos; formação internos de formação específica; sistemas de informação e custeio insuficientes; sem desvantagens

		5.10. Avaliação final	Boa - 2	ótima	CRI extinto por diversos fatores	
		5.11. Dificuldades operacionais	Autonomia condicionada - 3	Falta de coerência no sistema de incentivos Contratação de RH	(conceptual - querer realmente o CRI; operacional – alinhamento certo entre as motivações e resultados pretendidos para todos os envolvidos)	
		5.12. Riscos	Definir limites de atuação do CRI	Conflitos com elementos que não integram o CRI - 2	Dificuldade pôr em prática novas ideias; entrar num processo que não atinge nenhum resultado; destruturar o serviço; pouca experiência acumulada com este modelo	
Gestão de pessoas	GRH	3.5. RH	Recrutamento interno - 7 RH voluntários - 4	RH que já trabalhavam na área - 5 RH motivados - 2	Questão mais importante	
		4.4. Opositores	Pessoas que não integraram CRI - 5	Não houve - 2	Diretores de serviços do elementos que integraram CRI; todos os que não têm interesse em agrandar a tutela; estrutura organizacional; pessoas que por princípio são contra o modelo	
		5.7. Impacto do CRI nos RH	Motivação - 5	Satisfação - 4	Pode ser + ou - ; Pouco impacto (atividade sobreponível à anterior); RH que não faziam parte do CRI - desconfiança, animosidade, hostilidade; reforço do trabalho em equipa	
	SGAD	3.6. SGAD	Grande variabilidade nos SGAD: (Diretor é o responsável; avaliação por objetivos individuais; sistema em desenvolvimento SGAD próprio objetivos individuais relacionados com institucionais; não tem)	Difícil avaliar qualidade	SIADAP - deve ser mais bem utilizado Deve ser aplicados a todos os níveis: começando na gestão de topo até à parte operacional	
		5.5. Avaliação SGAD	Boa aceitação - 2			
	Sist. incentivos	3.7. Incentivos	Associado a cirurgias adicionais - 6	Incentivos institucionais (formação) - 2	Adaptado ao CRI para poder incentivar todos os colaboradores Devem considerar resultados ponderados com fatores de qualidade; Justos: Incentivos e penalizações – em conjunto dão o resultado a ser incentivado ou penalizado; Individuais, departamento e organização	
		5.6. Avaliação incentivos	Conicionados por estar associado a produção adicional - 6	Ainda não houve distribuição incentivos - 3 Boa operacionalização - 2	A atividade base também devia ser incentivada financeiramente Desigualdades de oportunidades do modelo	
	Com	EC	4.3. Comunicação	Reuniões semanais (gerais e direcionadas) - 6	Partilha e discussão ideias entre todos - 3 Comunicação bidirecional - 3	Team <i>building</i> ; disponibilidade diretor; divulgação Hospital; desenvolvimento da marca; clara e transparente; maior visibilidade de todos os colaboradores

Nota: Para cada entrada está identificado o número total de citações referidas pelos entrevistados. A omissão do número de citações significa que a entrada apenas foi enunciada uma vez

Anexo D - Objetivos, indicadores e critérios de superação da avaliação de desempenho individual para outras categorias profissionais

Anexo D.1. Exemplo de objetivos estratégicos e indicadores a negociar entre conselho de gestão do CRI e os enfermeiros

Objetivos	Indicadores
1. Promover a prevenção e o controlo da dor	1.1. Avalia a dor no primeiro contato 1.2. Monitoriza e regista a dor 1.3. Reavalia utente após intervenção antiálgica 1.4. Regista atualizações clínicas
2. Promover a prevenção das quedas	2.1. Avalia o risco de queda 2.2. Atualiza e regista alterações de status de risco 2.3. Pratica e regista intervenções relativas à prevenção de quedas
3. Promover a segurança na administração de medicamentos	3.1. Valida administração de medicação prescrita 3.2. Regista medicação administrada em SOS 3.3. Avalia e regista condição física do doente
4. Assegurar segurança na informação	4.1. Cumpre regras de segurança quando está a usar o computador 4.2. Valida administração de medicação logo após a hora prevista de administração 4.3. Emite nota de alta/ transferência
5. Promove a capacitação cognitiva e técnica do utente e do prestador	5.1. Regista evolução do status e capacidade cognitiva e técnica do utente 5.2. Planeia intervenções com utente/prestador 5.3. Regista na nota de alta / transferência os dados relevantes
6. Promover a prevenção de infeções	6.1. Adota cuidados pessoais na prestação de cuidados aos utentes 6.2. Usa EPI de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar 6.3. Cumpre os procedimentos normalizados de descontaminação do equipamento reutilizável após cada utilização 6.4. Adota cuidados específicos na preparação pré-operatória do utente
7. Garantir efetividade na identificação do utente	7.1. Identifica positivamente o utente 7.2. Administra apenas medicação prescrita em suporte documental 7.3. Informa o enfermeiro em exercício de funções de gestão de qualquer incidente, ação preventiva ou corretiva que tenha sido implementada ou a implementar, por si ou por outros, no âmbito deste objetivo.
8. Promover a melhoria contínua da prática clínica baseada na evidência	8.1. Identifica processos críticos, áreas deficitárias e sugere medidas de melhoria 8.2. Propõe formalmente ou realiza atividades 8.3. Participa/organiza/dinamiza/ implementa projetos
Meta	Concretização em mais de 90% dos casos
Critério de superação	- não atingido < 90% doentes - atingido – 90 a 95% doentes - superado > 95% doentes

Anexo D.2. Exemplo de objetivos estratégicos e indicadores a negociar entre conselho de gestão do CRI e assistentes operacionais

Objetivos	Indicadores
1. Executa lavagem e higienização da mãos	1.1. Realiza higiene das mãos no local e momento de prestação de cuidados 1.2. Utiliza adequadamente os produtos disponíveis 1.3. Cumpre técnica de higiene das mãos adequada 1.4. Realiza higiene das mãos nos momentos definidos
2. Limpeza e reposição de material na unidade do utente na enfermaria	2.1. Realiza limpeza diária da cama do utente em concordância com as recomendações do serviço 2.2. Realiza limpeza adequada das mesas de refeição 2.3. Realiza limpeza das cadeiras / cadeirões 2.4. Realiza limpeza dos sistemas de aspiração em conformidade com as normas do serviço 2.5. Realiza limpeza diária do suporte de desinfeção das mãos 2.6. Repõe atempadamente o material estipulado na unidade dos utentes 2.7. Proceda à mudança atempada dos sacos de lixo das unidades dos utentes
3. Limpeza e reposição de material da consulta	3.1. Realiza limpeza do gabinete de consulta entre doentes 3.2. Executa procedimentos estipulados na desinfeção de material específico 3.3. Repõe atempadamente o material de consulta dos gabinetes 3.4. Substitui sacos de lixo segundo as normas estipuladas 3.5. Realiza limpeza dos sistemas de aspiração em conformidade com as normas do serviço
4. Limpeza e reposição de material no bloco operatório	4.1. Realiza limpeza da sala do bloco operatório seguindo as normas definidas 4.2. Realiza limpeza dos sistemas de aspiração em conformidade com as normas do serviço 4.3. Cumpre os tempos estipulados no processo de limpeza da sala 4.4. Repõe atempadamente o material da sala do bloco operatório 4.5. Demonstra preocupação e cuidado no manuseamento de material e equipamento específicos
Meta	Concretização em mais de 90% dos casos
Critério de superação	- não atingido < 90% - atingido – 90 a 95% - superado > 95%

Anexo D.3. Exemplo de objetivos estratégicos e indicadores a negociar entre conselho de gestão do CRI e assistentes técnicos

Objetivos	Indicadores
1. Promover atitude de disponibilidade com os diversos utentes	1.1. Atendimento telefónico adequado 1.2. Responde a emails 1.3. Aborda o utente cordialmente
2. Assegurar respostas às solicitações dos utente	2.1. Regista solicitações 2.2. Resolve ou encaminha situações
3. Garantir registos em conformidade	3.1. Registo de solicitações 3.2. Registos de procedimentos clínicos 3.3. Registos de pedidos de MCDT
4. Assegurar marcação de MCDT	4.1. Marcação de MCDT na altura da notificação do pedido 4.2. Valida e confirma marcação com utente
5. Assegurar agendamentos	5.1. Marca consultas de primeira vez e avisa o doente 5.2. Marca consultas de seguimento e avisa o utente 5.3. Marca agendamentos cirúrgicos e contata o utente atempadamente 5.4. Esclarece questões e dúvidas dos utentes
6. Assegurar envio atempado dos programa operatórios para o bloco	6.1. Realização do mapa cirúrgico semanal no computador 6.2. Envio até sexta-feira do plano cirúrgico da semana seguinte 6.3. Envio na manhã do dia anterior o plano cirúrgico do dia seguinte
7. Garantir atualizações do status cirúrgico/ consulta do utente	7.1. Garantir atualização do status de cirurgia dos utentes até 24 horas 7.2. Garantir atualização do status de consulta
7. Frequência de ações de formação	7.1. Frequência de mais do que 1 ação de formação no âmbito dos sistema informáticos
Metas	Concretização em mais de 90% dos casos
Critério de superação	- não atingido < 90% situações - atingido – 90 a 95% situações - superado > 95% situações

Anexo E - Funções do Conselho de Gestão do CRI-ORL-IPOL

Funções do Conselho de Gestão do CRI-ORL-IPOL
1. Promover a elaboração do plano de ação de acordo com os princípios orientadores do CRI-ORL-IPOL
2. Garantir a utilização eficiente dos recursos disponíveis e com o compromisso assistencial que constitui a sua missão
3. Propor, negociar e assumir a responsabilidade pela execução do contrato-programa anual
4. Implementar um processo de governação clínica que contribua para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados
5. Garantir a operacionalidade e eficácia dos processos de monitorização e controlo do desempenho
6. Apresentar ao conselho de administração, trimestralmente, o relatório de acompanhamento com descrição da produção, variações na capacidade instalada, exercício financeiro, indicadores previstos no plano de ação, complicações, acidentes, constrangimentos, entre outros resultados dos processos de controlo
7. Apresentar ao conselho de administração, anualmente e até final do mês de abril, um relatório de atividades, incluindo um relatório económico, referente ao ano anterior, obrigatoriamente publicado na página eletrónica da instituição na internet e no portal do SNS
8. Garantir a qualidade dos registos e da comunicação relativa às diversas facetas da atividade clínica realizada no CRI

Anexo F - Plano de ação – princípios básicos

Princípios Básicos do Plano de Ação
1. A definição dos objetivos estratégicos e operacionais, as principais medidas a executar e dos resultados a alcançar no triênio
2. A afetação dos recursos humanos, físicos, materiais e financeiros necessários ao cumprimento do definido no plano de ação, devendo os primeiros constar de mapa anexo ao contrato-programa anual do CRI
3. O plano de contingência para assegurar os níveis mínimos de serviço em situações de ausência de alguns elementos da equipa ou de carência de outros recursos
4. Os níveis de serviço e os horários de funcionamento e de atendimento
5. O plano de segurança e de gestão do risco
6. O manual de boas práticas de qualidade onde constem os processos normalizados no CRI e respetivos mecanismos de controlo interno
7. O manual de articulação com outros serviços da instituição, assim como com outras estruturas que integram o SNS
8. O compromisso com: I) as normas clínicas e processuais em vigor no Ministério da Saúde; II) o cumprimento das disposições legais e contratuais aplicáveis, nomeadamente as respeitantes à regulação do acesso e à gestão de atividade assistencial contratada; III) a obtenção da certificação da qualidade, através de auditorias internas e externas, até ao final do terceiro ano de atividade; IV) a disponibilização trimestral de dados normalizados relativos a custos, proveitos, despesas, receitas, atividade assistencial, resultados em saúde e incidentes, bem como informação anual referente a resultados de inquéritos de satisfação de utentes, clientes internos e profissionais do CRI

Anexo G – Template de relatório trimestral de atividade do CRI-ORL-IPOL

Relatório Trimestral de Atividade do CRI-ORL-IPOL – 1º Trimestre			
Indicador	Meta para o triénio	Meta para o trimestre	Realizado
TMRG consulta de 1ª vez	> 90% dos doentes		
TMRG cirurgias	> 90% dos doentes		
Tempo diagnóstico-CDT	< 8 dias em 90% dos doentes		
% articulação IPOL-ACES	Mais de 50% doentes		
Referenciação CC/CP	< 30% ano anterior		
Satisfação utentes	> 85% satisfeitos		
Reclamações	< 20% anos anterior		
Tempo médio internamento	< 10% ano anterior		
% Re-internamentos	< 10% ano anterior		
% complicações pós-op	< 20% ano anterior		
1ª consulta - diagnóstico	< 20% ano anterior		
Número de consultas	> 9800/ ano		
Número de cirurgias	> 900/ ano		
Percurso clínico	> 50% dos doentes		
Auditorias	1/ano		
Tempo na requisição MCDT	< 20% ano anterior		
Nº programas informáticos	Agregação		
Equipamento consulta	Aquisição >50%		
Equipamento bloco	Aquisição >50%		
Parcerias reconstrutivas	> 12		
Parceria com protésico	Efetivação		
Nº ações de formação	>80% com 1 formação		
Publicações	1 artigo / ano		
Orçamento anual	Cumprimento		
Resultados operacionais /doente	> 10% ano anterior		
EBT	> 10% ano anterior		
Custos internamento /doente	< 10% ano anterior		
Custos bloco /doente	< 10% ano anterior		



Anexo H – Rubricas de custos a considerar na demonstração de resultados

Demonstração previsional de resultados - Gastos
1. Custos das mercadorias vendidas e das matérias consumidas
1.1. Mercadorias
1.2. Matérias primas, subsidiárias e de consumo
1.2.1 Matérias de consumo específico dos serviços de saúde
1.2.1.1. Medicamentos
1.2.1.2. Outros produtos farmacêuticos
1.2.1.3. Material de consumo clínico
1.2.1.4. Material de consumo hoteleiro
1.2.1.5. Material de consumo administrativo
2. Subcontratos e concessões de serviços
2.1. Meios complementares de diagnóstico
2.2. Outros serviços de saúde
2.3. Meios complementares de terapêutica
3. Gastos com pessoal
3.1. Remunerações base
3.2. Subsídios de férias e de Natal
3.3. Subsídio de refeições
3.4. Atividade adicional
3.5. Prémios de desempenho
4. Gastos de amortizações e depreciações