

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO PARA A ÁREA MÉDICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO DA FONSECA (CRI)

Hugo Filipe Gonçalves Martins

Mestrado em Gestão de Empresas

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento

Professora Auxiliar

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2022

iscte

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO PARA A ÁREA MÉDICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO DA FONSECA (CRI)

Hugo Filipe Gonçalves Martins

Mestrado em Gestão de Empresas

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento
Professora Auxiliar
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2022

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.*

Ricardo Reis

Agradecimento

Numa época de grande imprevisibilidade e de exigência profissional, a realização desta tese foi acompanhada pela presença constante e apoio de inúmeras pessoas.

À minha orientadora, Professora Generosa do Nascimento, pela disponibilidade em ouvir, discutir e ensinar, pela inspiração motivacional, pelos comentários e sugestões sempre pertinentes, mas acima de tudo pela sua perseverança na defesa de um ensino de excelência.

Aos meus pais que tudo fizeram para me dar bons alicerces e permitir crescer feliz e realizado sabendo que estão sempre presentes na minha vida.

À minha Rita pelo seu espírito lutador e motivador, por todas palavras reconfortantes, carinho e orgulho que mostrou em cada etapa superada.

Às minhas filhas, Leonor e Beatriz, por aceitarem essa minha ausência e perceberem que nada se consegue sem dedicação e perseverança e por todos os sorrisos incondicionais.

Aos meus amigos e colegas de curso, agradeço a presença e apoio incondicionais e por continuarem sempre comigo.

Não posso deixar de mencionar e agradecer aos meus entrevistados. Foi um caminho de crescimento repleto de inspiração e paciência

Resumo

Dada a sua complexidade e particularidade, os Serviços de Urgência Geral (SUG) constituem o exemplo paradigmático de constante imprevisibilidade e incerteza que atinge as unidades de saúde. Apenas através da adoção de mecanismos de controlo de gestão, no mundo burocratizado do setor público, será possível melhorar a qualidade e eficiência operacionais, otimizar os recursos humanos e técnicos, melhorar os processos internos, aumentar a produtividade e garantir a sustentabilidade dessas organizações.

Ao longo deste trabalho procurou-se analisar a possibilidade de criar um conjunto de ferramentas consideradas *sine qua non* ao desenvolvimento de um centro de responsabilidade integrado (CRI) para a área médica do SUG do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca (HFF).

Neste sentido, procedeu-se a uma análise crítica de diversas valências que, no seio do HFF, devem concorrer para o sucesso do controlo de gestão em saúde, nomeadamente da estratégia de gestão dos profissionais envolvidos. Optou-se por uma investigação empírica num método de pesquisa de carácter qualitativo. A recolha e tratamento de dados consistiu na revisão da literatura, análise documental e entrevistas semiestruturadas a profissionais relacionados com os CRI.

Da avaliação realizada identificou-se o CRI para o SUG como um modelo de gestão descentralizado e sustentável capaz de alinhar a estratégia organizacional a um plano equilibrado e viável de pagamento por incentivos e da responsabilização pelo desempenho dos profissionais.

No seguimento do diagnóstico realizado são apresentadas ferramentas para operacionalização do CRI, mais concretamente: *balanced scorecard*, mapa estratégico, sistema de gestão e avaliação de desempenho e de incentivos.

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

Given its complexity and particularity, the Emergency Department (ED) constitutes a paradigmatic example of constant unpredictability and uncertainty that affects health units. Only by adopting management control mechanisms, in the bureaucratized world of the public sector, will be possible to improve operational quality and efficiency, to optimize human and technical resources, to improve internal processes, to increase productivity and to guarantee the sustainability of these organizations.

Throughout this work, we tried to analyse the possibility of creating a set of tools considered *sine qua non* to the development of an integrated responsibility center (CRI) for the medical area of the ED of Prof. Doutor Fernando da Fonseca Hospital (HFF).

In this sense, a critical analysis of several values was carried out that, within HFF, must concur for the success of management control in health, namely the management strategy of professionals involved. It was chosen an empirical investigation with a qualitative research method. The collection and treatment of data consisted of a literature review, documentary analysis and semi-structured interviews with professionals related to CRI.

The evaluation carried out identified the CRI for the ED as a decentralized and sustainable management model capable of aligning the organizational strategy to a balanced and viable plan of payment for incentives and responsibility for the performance of professionals.

Following the diagnosis carried out there are presented tools useful to the operationalization of the CRI, more specifically: balanced scorecard, strategic map, management system and performance evaluation and incentives.

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

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

Índice

Introdução	1
Capítulo 1. Revisão de Literatura	5
1.1. Serviço Nacional de Saúde	5
1.2. Gestão Estratégica no Serviço de Urgência (SU)	6
1.2.1. Excesso de procura e de permanência inapropriadas no SU	7
1.2.2. Especialidade de Medicina de Urgência e Emergência	8
1.2.3. Estratégias inovadoras de controlo de gestão	10
1.2.4. Projeto de governança clínica	11
1.3. Saúde Centrada nas Pessoas	13
1.3.1. Gestão Integrada de Cuidados	14
1.3.2. Avaliação de Risco	16
1.4. Centros de Responsabilidade Integrados	17
1.5. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho	18
Capítulo 2. Metodologia	23
2.1. Método	23
2.2. Técnica de Recolha de Dados	23
2.3. Técnica de Tratamento de Dados	25
Capítulo 3. Diagnóstico da Organização	27
3.1. Caracterização do HFF	27
3.1.1. Análise Interna do HFF	28
3.1.2. Análise Externa do HFF	29
3.1.3. Análise SWOT do HFF	30
3.1.4. Benchmarking	31
3.2. Caracterização do Serviço de Urgência do HFF	32
3.2.1. Análise interna do Serviço de Urgência do HFF	32
3.2.1.1. Estrutura Física e Humana do SUG	33
3.2.1.2. Atividades desenvolvidas	36
3.2.1.3. Avaliação Interna da Gestão	37
3.2.2. Análise externa do Serviço de Urgência do HFF	40
3.2.3. Análise SWOT do Serviço de Urgência do HFF	42
3.3. Resultados das Entrevistas Semiestruturadas	43
3.4. Análise Crítica	47

Capítulo 4. Projeto de Intervenção: CRI AR HFF	49
4.1. Missão, Visão e Valores	49
4.2. Caracterização	50
4.3. Mapa Estratégico	51
4.4. <i>Balanced Scorecard</i>	54
4.5. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho	62
4.6. Sistema de Gestão de Carreiras e Incentivos	68
4.7. Sistemas de informação	70
4.8. CRI-AR-HFF	72
4.8.1. Conselho de Gestão	72
4.8.2. Recursos Humanos do CRI-AR-HFF	72
4.8.3. Plano de Ação	75
4.8.3.1. Perfil Assistencial	75
4.8.3.2. Projeções da Atividade	77
4.8.3.3. Cobertura assistencial	80
4.8.3.4. Financiamento e investimentos	81
4.8.3.5. Áreas de atuação dos grupos profissionais	82
4.8.3.6. Regras e normas orientadoras da produção base e adicional	82
4.8.3.7. Sistema de incentivos e penalizações	83
4.8.3.8. Demonstração da Sustentabilidade Financeira	85
4.8.3.9. Resultados Operacionais	87
4.8.3.10. Pressupostos para as Projeções Apresentadas	88
4.8.3.11. Contrato-Programa Anual do CRI-AR-HFF	89
4.8.3.12. Monitorização e Acompanhamento	89
4.8.3.13. Investigação e Ensino	90
4.8.3.14. Centros de Referência	92
Capítulo 5. Implementação	95
5.1. Etapas e Atividades de Implementação	95
5.2. Plano de Comunicação	96
5.3. Resultados Esperados	97
Conclusões	99
Referências Bibliográficas	101
Apêndices e anexos	136

Índice de Tabelas e Figuras

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Análise do programa de gestão baseado no SWOT do HFF	31
Tabela 2 - Análise do programa de gestão baseado no SWOT do SUG do HFF	42
Tabela 3 - Estrutura de dados segundo metodologia Gioa, Corley & Hamilton (2013)	44
Tabela 4 – Princípios estratégicos do CRI-AR-HFF	52
Tabela 5 - BSC - Perspetiva do doente	55
Tabela 6 - BSC - Perspetiva dos processos internos	57
Tabela 7 - BSC - Perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento	59
Tabela 8 - BSC - Perspetiva financeira	60
Tabela 9 - Mapa de avaliação de performance organizacional do CRI-AR-HFF	61
Tabela 10 - SIGAD-CRI – Tabela de objetivos de equipa e individual do SUG	64
Tabela 11 - SIGAD-CRI – Tabela de competências dos profissionais de saúde do SUG	65
Tabela 12 - Ficha de avaliação de desempenho dos profissionais do CRI-AR-HFF	67
Tabela 13 - Profissionais de saúde do CRI e alocação do respetivo horário	74
Tabela 14 - Projeção da atividade do CRI-AR-HFF para o primeiro triénio	78
Tabela 15 – Pagamentos por incentivos previstos	83
Tabela 16 – Análise da produção base e adicional prevista	84
Tabela 17 - Demonstração previsional de gastos do CRI-AR-HFF	86
Tabela 18 – Impacto financeiro da consulta de doente agudo no CRI-AR-HFF	88
Tabela 19 - Etapas e atividades de implementação do projeto	95
Figura 1 - Mapa estratégico do CRI-AR-HFF	53

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADR – Área Dedicada Doentes Respiratórios

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

AAM – Auxiliar de Ação Médica

AR – Alta Resolução

BSC – *Balanced Scorecard*

CA – Conselho de Administração

CG – Controlo de Gestão

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CIT – Contrato individual de trabalho

COVID – Doença do Coronavirus (do inglês *Corona Virus Disease*)

CRRNEU – Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DCC – Doente Crónico Complexo

CP – Contrato-programa

CRI – Centro de Responsabilidade Integrado

CRI-AR-HFF – CRI de Alta Resolução do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca (HFF) de Lisboa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EPE – Entidade Pública Empresarial

GC - Governança Clínica

GRH – Gestão de Recursos Humanos

GT-SU - Grupo de Trabalho de Serviço de Urgência

HFF – Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca

HRO – Organizações de Alto Desempenho (do inglês *High Reliable Organizations*)

IDG – Índice Desempenho Global

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPO – Instituto Português de Oncologia

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

MCDDT – Meios Complementares de Diagnóstico

Nº - Número

NPS – Pontuação Líquida do Promotor (do inglês *Net Promoter Score*)

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PTI – Preços de Transferência Interna

PTM – Protocolo de Triagem de Manchester

RH – Recursos Humanos

RISI – Recursos Ideias Soluções Informáticas

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

SIGA SNS - Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS

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

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUB – Serviço de Urgência Básico

SWOT – Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças (do inglês *Strengths, Weakness, Opportunities, Threats*)

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UICD-ADR – Unidade de Internamento Curta Duração - Área Dedicada Doentes Respiratórios

UTAH - Unidade de Tratamento do Doente Agudo Hospitalar

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VBH – Cuidados de Saúde baseados no Valor (do inglês *Value Based Healthcare*)

VUCA – Volatilidade, Incerteza, Complexidade e Ambiguidade (do inglês *Volatility, Uncertainty, Complexity e Ambiguity*)

Introdução

As organizações de saúde são estruturas complexas que contemplam diferentes interesses e exigências. Dadas as suas idiossincrasias, os Serviços de Urgência Geral (SUG) constituem autênticos desafios de gestão e são o exemplo paradigmático da complexidade das organizações de saúde. Por um lado, os SUG estão abertos durante todo o dia e todo o ano, estão sujeitos à realidade onde se inserem e apresentam uma dinâmica de constante mudança, onde tudo acontece de forma não somente volátil, incerta e complexa, como também ambígua e não programada. Por outro lado, o envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida condiciona mudanças nos padrões de doença, sendo clara a maior procura dos SUG por parte das pessoas com doenças crónicas complexas (DCC), associadas a maior dependência e multimorbilidades. A promoção do trabalho interdisciplinar, a introdução da especialidade de medicina de urgência e emergência e o uso de sistemas de triagem são exemplos de métodos para melhorar o tratamento oportuno e de qualidade, que é essencial para o diagnóstico precoce e tratamento eficaz para um número crescente de DCC (Seow, 2013; Stenson, 2021; Sørup, 2013; Austin, 2020).

O controlo de gestão (CG) concebe, desenvolve e implementa um conjunto de instrumentos ou ferramentas, como o *balanced scorecard* (BSC) ou o Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), que atenuam essa complexidade, facilitam a criação de valor e permitem atingir os objetivos estratégicos da empresa. Apesar da tendência para a adoção de novos modelos de gestão, não existe atualmente um sistema controlo gestão (SCG) em saúde que avalie e permita, de forma clara e atempada, uma análise alargada e integrada dos indicadores de desempenho da organização e das suas unidades funcionais, impossibilitando assim uma visão estratégica global. Neste sentido, os CRI são estruturas de gestão intermédia que visam potenciar os resultados e a performance através da descentralização da tomada de decisão dos conselhos de administração (CA). Os resultados globais da organização são afetados positivamente ao promover maior autonomia da liderança e uma resposta mais resiliente, flexível, multidisciplinar e inovadora (Seow, 2013; Correia, 2019; Van der Kolk, 2019; Austin, 2020; Jordan, 2015).

Os desafios atuais da gestão no setor da saúde relacionam-se com a eficiência económica, gestão da mudança e de RH. Muitos dos meios do SUG continuam a ser utilizados de forma inapropriada com desequilíbrio entre os recursos disponíveis e a afluência de doentes não urgentes, ausência ou inadequadas avaliações de desempenho e a inexistência de progressão de carreira ou de incentivos (Sørup, 2013; Tarawneh, 2019; Austin, 2020; Stenson, 2021; Abir, 2019; Kenny, 2020).

A constatação das exigências atuais na gestão das organizações de saúde e da necessidade premente da adoção de modelos de gestão dinâmicos e eficientes motivou a realização deste projeto no hospital na maior urgência da área de Lisboa, em número de admissões, e a quarta maior do país onde desempenho funções de direção: SUG do HFF.

O HFF é um Hospital Entidade Pública Empresarial (EPE) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que presta cuidados de saúde especializados e diferenciados no tratamento, estudo e investigação do doente agudo. O SUG do HFF é reconhecido pela sua diferenciação técnica e pela prestação de cuidados de saúde de excelência aos doentes. Mas estas características, por si só, não garantem a qualidade nem a eficiência dos serviços prestados. 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. Acresce o facto da elevada admissão e permanência inadequadas dos doentes ter vindo a condicionar uma elevada pressão sob o SUG. O SUG é a principal porta de entrada nos hospitais desempenhando um papel crítico no hospital. Deverá ser um local de admissão, triagem e orientação de doentes, devendo ser encarado como local de estabilização e posterior encaminhamento para o local e serviço apropriado, não devendo ser um local de diagnóstico ou tratamento definitivo. Neste sentido, tem surgido o conceito de alta resolução (AR) para doentes com inúmeras vindas ao SUG ou DCC. A consulta de AR constitui o processo de atendimento ambulatorial, em que um diagnóstico é estabelecido juntamente com o tratamento correspondente e ambos são descritos num relatório clínico, tudo num único dia ou contato com o doente (Zambrana-García, 2017).

Face às necessidades e exigências sentidas neste setor pretende-se desenvolver um modelo estratégico de gestão, através da conceptualização de um SCG, que contemple a adoção de um conjunto de ferramentas adequadas à conceção e implementação de um CRI no SUG do HFF. Esta gestão estratégica afigura-se como fundamental para o sucesso da missão da própria organização, a verdade e este desafio assume particular complexidade quando aplicado a uma organização prestadora de cuidados de saúde, pela elevada pressão individual e orientação para o desempenho que a caracterizam. Os CRI contribuem para alcançar os objetivos globais da organização através do cumprimento dos seus próprios objetivos. Contudo, 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 (Tarawneh, 2019; Jordan, 2015).

A missão do SUG do HFF está dificultada por vários motivos nomeadamente por atender uma população que já na altura da construção da unidade era superior para a capacidade de resposta estimada, pelo facto dos elevados níveis de crescimento populacional registados converterem este SUG numa das unidades com maior pressão. Dada a diversidade geodemográfica e social apresenta uma elevada percentagem de população imigrante com grande panóplia de problemas de saúde.

As unidades funcionais integradas em CRI proporcionam tratamentos mais céleres, melhores resultados, custos mais baixos e, geralmente, melhoram a competitividade no mercado. Desta forma, os CRI assentam na responsabilização individual e das equipas pela operacionalização da reorganização interna das instituições prestadoras de cuidados de saúde, motivando os profissionais para o trabalho no SNS, assegurando o desenvolvimento das melhores práticas clínicas centradas nas necessidades dos doentes, adaptando as instituições de saúde a formas contemporâneas de gestão eficiente e garantindo a respetiva sustentabilidade económica e financeira. Para atingir este objetivo, os CRI deverão possuir instrumentos de gestão, designadamente ao nível da contabilidade, que valorizem todas as transações com outros serviços, internos ou externos à instituição do SNS onde se inserem. Neste sentido, o modelo de gestão CRI para um SUG procura melhorar continuamente a qualidade de seus serviços, salvaguardando altos padrões de atendimento e criando um ambiente no qual a excelência em atendimento clínico irá florescer.

Embora seja uma tarefa complicada, este trabalho tem como fim principal a conceção de um modelo de CG no contexto do SUG do HFF, como forma de melhorar a gestão em saúde, mais especificamente através da criação de um CRI. Nesse propósito, será fundamental, do ponto de vista operacional, ter vários objetivos como: 1) compreender a realidade do SUG analisado devidamente enquadrado com as idiossincrasias do seu atendimento, caracterizando a organização onde se insere e comparando-a com outras realidades; 2) desenvolver um BSC e um mapa estratégico enquadrando a missão, visão e valores do CRI centrados nos doentes e alinhados com a estratégia da organização e 3) criar um modelo de gestão e avaliação de desempenho associado a um sistema de incentivos que garanta a equidade e justiça percebida.

A estrutura do presente trabalho encontra-se segmentada em capítulos, sendo que no primeiro capítulo é apresentada uma revisão da literatura, que expõe uma reflexão sobre os temas mais importantes 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 segundo capítulo é definida a metodologia adotada neste projeto explicitando as técnicas de recolha e de tratamento de dados.

No terceiro capítulo é elaborado o diagnóstico organizacional pela avaliação da estratégia global do HFF, considerando a sua missão, visão, valores, cultura organizacional, contexto interno e externo e pela análise de *benchmarking*. É ainda utilizada uma ferramenta estratégica que auxilia o processo de tomada de decisão: a matriz SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). A mesma avaliação organizacional é realizada especificamente para o SUG do HFF.

O quarto capítulo consiste no desenvolvimento de um SCG para o SUG do HFF 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, estrutura organizativa e o plano de ação do CRI do SUG. O plano para a implementação do CRI do SUG do HFF é apresentado no capítulo cinco.

Na conclusão, 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 SUG do HFF e que, simultaneamente, podem auxiliar o desenvolvimento de projetos similares noutras unidades de saúde.

Revisão de Literatura

1.1. Serviço Nacional de Saúde

A Constituição da República Portuguesa define que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a promover através de um SNS universal e tendencialmente gratuito. Assim, em 1979, um modelo público de saúde ou Beveridgiano foi considerado como a melhor forma de garantir os valores do acesso, da equidade e da solidariedade social preconizados. Atualmente, em Portugal coexistem três sistemas de financiamento: o SNS, os regimes de seguro social para grupos profissionais e os seguros de saúde voluntários privados (Escoval, 2016).

No final do século XX, o SNS enfrentava uma situação crítica em termos de gestão hospitalar. De modo a tornar os hospitais públicos mais competitivos e sustentáveis, adotaram-se modelos empresariais e a autonomização dos órgãos de gestão, nomeadamente com a criação de estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial denominados hospitais de natureza de EPE. A empresarialização procurou a melhorar a qualidade e eficiência operacionais, otimizar os recursos humanos (RH) e técnicos, melhorar os processos internos, implementar a gestão por objetivos e aumentar a produtividade, ou seja, introduzir ferramentas do CG no setor público (anexo A1) (Campos, 2019).

Para além disso, os profissionais de saúde do SNS encontram-se desmotivados com as condições de trabalho e com as suas carreiras. Por outro lado, os doentes têm estado insatisfeitos com os serviços prestados. Desta forma, o setor privado encontrou na saúde uma oportunidade de mercado para colmatar a baixa eficiência operacional e a deficiente gestão dos RH e técnicos das organizações públicas de saúde. Em Portugal, os desafios atuais da gestão relacionam-se assim com a eficiência económica, a gestão da mudança e a gestão de RH. Tem sido discutida a necessidade de implementação nas organizações de saúde de instrumentos de descentralização da tomada de decisão, autonomia da decisão na utilização dos recursos financeiros e humanos e a responsabilização pelos resultados. Neste sentido, a CRI adoção de CRI surge como solução para promover a melhoria da eficiência, da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da satisfação de todos os envolvidos (profissionais, doentes e familiares) (Welch, 2011; Campos, 2019).

Os SUG desempenham um papel crucial dentro do SNS, como porta de entrada de doentes com condições agudas e potencialmente fatais. Estão permanentemente abertos, sujeitos à realidade onde estão inseridos, em constante mudança, volatilidade, incerteza, complexidade e ambiguidade. Os gestores devem ser capazes de avaliar rápida e continuamente essas mudanças e desenvolver um plano sustentável, resiliente, flexível, multidisciplinar e audaz (Figueroa, 2019; Stenson, 2021).

1.2. Gestão Estratégica no Serviço de Urgência

A gestão em saúde está condicionada pelo enquadramento constitucional de um dado país. Contudo, a gestão estratégica está dependente da orientação política, social e económico-financeira do governo em funções. O Ministério da Saúde deve, como responsável pela gestão estratégica do SNS, formular um conjunto de decisões e ações que visem otimizar os recursos do SNS para os resultados pretendidos, tornando-o dinâmico e maleável, e garantindo a sustentabilidade das organizações de saúde. Apenas uma adequada estratégia ou adoção de objetivos organizacionais e dos meios para os alcançar permitirá uma gestão mais eficaz e eficiente dos recursos. Esses meios devem passar pela 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. Embora as melhores práticas da gestão estratégica possam sugerir uma determinada direção, raramente são imediatamente aplicáveis. Assim, as organizações de saúde devem-se suportar-se nos sistemas já existentes e desenvolvê-los a longo prazo (Nag, 2007; Seow, 2013; Meutia, 2017; Griffith, 2000; Campos, 2019; Jain, 2019).

A saúde é uma das principais fontes de despesa pública dos diferentes países. Ao contrário do que se poderia esperar, os custos elevados e crescentes do setor da saúde não se traduzem necessariamente em melhorias na qualidade dos serviços prestados. A sustentabilidade financeira do SNS continua ameaçada por diversos fatores, como o envelhecimento da população, o peso do aumento das doenças crónicas, a diferenciação dos tratamentos, o investimento em novas tecnologias e equipamentos de obsolescência rápida, a complexidade e a exigência associadas à pluralidade profissional e à diversidade dos interesses envolvidos (Campos, 2019; Drynda, 2020).

Mas as estratégias baseadas unicamente na redução de custos não são eficientes, uma vez que as unidades procuram proporcionar cuidados de qualidade. O principal objetivo deve ser o acréscimo de valor, ganhos em saúde valorizados pelos doentes e o custo necessário para os alcançar. É fundamental mudar o paradigma da estratégia em saúde centralizando o sistema em torno dos doentes e das suas necessidades, com vista à maximização do valor recebido e percebido, adotando práticas baseadas no valor (*value-based healthcare - VBH*) (Welch, 2011; Porter, 2013).

O SUG é o conjunto de serviços multidisciplinares e multiprofissionais que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações, enquadradas nas definições de urgência e emergência. Por seu lado, os SUG podem ser classificados segundo a diferenciação técnica, da capacidade de resposta e dos padrões mínimos relativos à sua estrutura, RH, formação, critérios e indicadores de qualidade em: polivalentes (SUP), Médico-Cirúrgicos (SUMC) e Básicos (SUB). Os SUB podem estar localizados no Hospital ou nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (GT-SU, 2019).

Pelas idiossincrasias de que se revestem, os SUG são, ao nível da gestão estratégica, verdadeiros desafios para todos os SNS internacionalmente. Assim, a finitude de recursos materiais e humanos relembra-nos do limite da capacidade de resposta dos SUG. Para além disso, a imprevisibilidade de situações extremas, urgentes e não programadas obrigam os SUG, não somente a ter em uma resposta pronta e imediata, como a adquirir uma capacidade de adaptação permanente. A pandemia COVID veio fazer sobressair estas fragilidades ao consumir rapidamente os recursos que já se encontravam no limite e impelindo a adoção de respostas inovadoras do atendimento (anexo B1).

A emergência e a urgência médica são entendidas como a situação clínica de instalação súbita na qual se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais. A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de emergência / urgência (CRRNEU) define urgência como uma situação clínica que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curso espaço de tempo (curativa ou paliativa) e emergência, como uma situação em que existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção imediata. O Grupo de Trabalho de Serviço de Urgência (GT-SU, 2019), teve em vista o estudo de diferentes modelos organizativos no funcionamento dos SUG e a apresentação de uma proposta de otimização da prestação de cuidados urgentes / emergentes. Identificou alguns pontos fundamentais e problemas neste processo do SUG (anexo B1).

1.2.1. Excesso de procura e de permanência inapropriadas no SUG

As últimas décadas têm sido marcadas por um conjunto de fenómenos e alterações demográficas como o envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida e as mudanças nos padrões de doença levando a uma maior procura dos SUG ou excesso de afluência de doentes com doenças crónicas complexas (DCC). Por outro lado, os problemas socioeconómicos, a maior dependência de cuidados diferenciados e as expectativas dos doentes em relação aos CSP condicionaram um aumento de visitas inapropriadas ou não urgentes. Os SUG devem continuar a fornecer cuidados durante os períodos de excesso de afluência de doentes e responder às mudanças esperadas (como as variações sazonais) e inesperadas / imprevistas (como aconteceu no período da pandemia COVID). Assim, os SUG da maioria dos países europeus tiveram de iniciar mudanças organizacionais. A oferta de cuidados urgentes continua muito polarizada nas estruturas hospitalares, sendo claro que para fazer face a esta crescente procura de cuidados tem sido necessário adequar as respostas (Seow, 2013; Sørup, 2013; Austin, 2020).

De acordo com a OCDE, Portugal é o país com maior número de episódios de urgência. Os dados nacionais disponibilizados, nomeadamente do HFF, mostram que o excesso de procura no SUG ocorre durante todo o ano e não somente nos meses de inverno para os quais são implementados planos de contingência. (GT-SU, 2019; Austin, 2020; Mason, 2011).

Acresce que a elevada admissão de visitas inadequadas consome RH e técnicos do SUG, desviando-os de doentes mais graves, comprometendo o acesso destes de forma rápida e segura e atrasando um atendimento oportuno, seguro e de qualidade. Para além do custo elevado, leva ao aumento da demora média, agravamento do prognóstico, diminuição da satisfação dos doentes e aumento da carga de trabalho (Rocovich, 2012; Austin, 2020; Drynda, 2020).

A permanência inadequada dos doentes no SUG, por falha nos fluxos de saída, leva ao internamento no serviço de observação (SO), ou também denominado internamento de curta duração (UICD). Na sua origem encontramos várias causas, erradamente atribuído somente ao SUG, como a transferência para enfermaria atrasada por indisponibilidade de recursos ou dificuldade na efetivação de altas por motivos familiares, sociais ou outros e a desresponsabilização dos diferentes serviços. O internamento atempado em enfermaria reduz a demora média global, por início precoce de cuidados só aí disponíveis, permitindo que as equipas do SUG se dediquem aos casos urgentes pendentes (Sørup, 2013; GT-SU, 2019; Paling, 2019; Austin, 2020; Drynda, 2020).

Para tentar dar resposta a estas solicitações verifica-se assim um aumento da necessidade de mais profissionais nas equipas de medicina. Contudo, a solução de aumento da oferta para o excesso de procura do SUG tem precipitado um ciclo vicioso, desequilibrado entre a procura e oferta, com elevados custos e redução da eficiência. A redução das admissões de doentes pouco ou não urgentes passará por prevenir a sua ida ao SUG ou o seu posterior redireccionamento para outro nível de cuidados. Nas áreas com limitações na oferta da rede de CSP e das linhas de saúde (destinadas a fornecer aconselhamento telefónico para ajudar a gerir as doenças ligeiras), as pressões sobre o SUG vão continuar a sentir-se, para além de que a resistência dos doentes em aceitar o posterior redireccionamento para os CSP continuarão a ser entraves (Mason, 2011; GT-SU, 2019; Paling, 2019; Austin, 2020; Drynda, 2020).

É crucial desenvolver estratégias inovadoras, centradas no doente, de regulação da procura e da permanência no SUG através do encaminhamento para as estruturas circundantes, nomeadamente CSP, hospitalização domiciliária, hospitais de dia, consultas pós atendimento de urgência ou de especialidade. Isto permitirá a redução dos custos operacionais, dado o menor encargo com unidades menos diferenciada e com maior controlo de gestão (Sørup, 2013; Austin, 2020; Drynda, 2020).

1.2.2. Especialidade de Medicina de Urgência e Emergência

O SUG é a porta de entrada da maioria dos doentes assistidos no hospital sendo, para os aspetos positivos e negativos, o reflexo da qualidade e eficiência assistencial hospitalar. Atualmente, as equipas de medicina do SUG abrangem profissionais sem qualquer formação específica até especialistas de várias áreas, mais frequentemente de medicina interna. Para compensar a carência de RH e completar

as escalas, parte da equipa médica do SUG poderão ser prestadores de serviços sem clara referência hierárquica, desconhecedores das políticas institucionais, não integrados na instituição. Para além disso, o vínculo por este contrato precário condiciona um baixo sentimento de pertença. Infelizmente, a política de recrutamento para trabalho em SUG não é atrativa, sem qualquer tipo de retribuição, a nível de carreira, ou remuneratório. Assim, existe uma marcada dificuldade em gerir uma equipa médica não diferenciada que não funciona como um serviço (GT-SU, 2019; Paling, 2019).

Os profissionais são o eixo fundamental da prestação de cuidados de saúde humanizados e devem pautar a sua ação, atitudes e comportamentos por valores humanos, éticos e culturais. Devem ainda ser orientados por critérios de decisão e de ação baseados na melhor experiência clínica e avanços técnicos disponíveis. Deste modo, a obtenção dos melhores resultados para os doentes só é possível com a dedicação da equipa responsável pelos cuidados prestados no SUG e com a sua formação e profissionalização. A especialização médica e de enfermagem no SUG, a implementação de soluções formativas que valorizem a crescente dedicação permitem a criação de verdadeiros serviços hospitalares, com uma identidade própria, objetivos claros e bem definidos, equipas alinhadas e homogéneas e lideranças com hierarquias adequadas (GT-SU, 2019; Austin, 2020; Jennings, 2015).

Segundo a Sociedade Europeia de Medicina de Urgência e Emergência e o relatório da CRRNEU, a melhoria progressiva do desempenho nos SUG é promovida por meio da presença de recursos diferenciados, alargamento do apoio de especialidades e promoção de equipas médicas com competências e qualificações próprias progressivamente mais dedicadas ao SUG. A especialização permitirá aos profissionais de saúde congregar de uma forma consistente, reproduzível e responsável a diferenciação em conhecimentos e competências com as idiosincrasias de funcionamento do SUG, que lhes permitam prestar com maior facilidade e dinamismo as tarefas urgentes e emergente, no âmbito dos SUG e da atividade médica de emergência pré-hospitalar. Esta solução permitira a estabilização das equipas que assumem a maior parte da atividade assistencial. A criação de uma equipa dedicada, coesa e forte permitir ainda que as escalas fossem facilitadas. Contudo, admite-se que, mesmo com esta solução, os SUG continuariam a não conseguir ter uma equipa médica suficiente para assegurar os turnos com o número de profissionais necessários. Assim, a equipa médica precisará de ser completada por elementos com atividade assistencial dividida entre internamento e um período denominado de banco (Sørup, 2013; GT-SU, 2019; Austin, 2020; Drynda, 2020).

Com esta redução do horário no SUG, os médicos dos vários serviços hospitalares podem aumentar significativamente as atividades no serviço de origem desenvolvendo estratégias para redução da demora média de internamento. Ao libertar estas equipas para outras atividades pode potencialmente beneficiar a atividade do SUG com agilização das altas no serviço de internamento permitindo escoar os doentes do SUG e reforçando a criação de soluções em regime ambulatorio mais eficientes e próximas dos doentes (GT-SU, 2019).

A existência de hierarquia e diferenciação técnica naturalmente promoverá uma maior segurança na gestão de risco clínico, maior racionalidade na utilização dos recursos (como, por exemplo, MCDT) e maior celeridade no atendimento e orientação do doente. A longo prazo permitirá a existência de SUG, consistentes, com idoneidade e melhoria da qualidade, garantindo a sustentabilidade e acesso a cuidados de saúde. A criação da especialidade deve ser regulamentada pelas respetivas ordens profissionais que possuem um papel fundamental na sua implementação (Sørup, 2013; GT-SU, 2019).

Em suma, seria crucial a criação de núcleos de profissionais dedicados aos SUG, coexistindo num regime misto com profissionais de outros serviços a trabalhar em turnos. Estas equipas, para além de poderem desenvolver com maior facilidade as tarefas da área emergente, garantem a continuidade assistencial, formativa e de gestão do SUG. Estas medidas contribuiriam para a sustentabilidade com impactos clínicos e económico-financeiros positivos (Austin, 2020; Drynda, 2020).

1.2.3. Estratégias inovadoras de controlo de gestão

O CG permite o alinhamento da estratégia organizacional através do envolvimento de todos os membros da organização, melhoria dos desempenhos individuais e coletivos e permitindo que os planos sejam adaptados se as circunstâncias o exigirem. Devem ser implementados instrumentos de avaliação da performance organizacional que permitam a análise e monitorização sistemáticas dos dados referentes a qualidade, custo e satisfação dos doentes e que, ao mesmo tempo, promovam a melhoria dos processos de decisão e de gestão de mudanças (Jordan, 2015; Griffith, 2020; Jain, 2019).

Embora tenha surgido inicialmente no âmbito das empresas privadas, o CG tem vindo a ganhar importância crescente no setor público, dada a possibilidade de monitorizar e avaliar os processos de trabalho, apoiar os gestores a alcançar os resultados previstos, promover a coerência dos objetivos e a viabilidade da sua execução, assegurar a coordenação e empenho dos responsáveis operacionais (Sørup, 2013; Jordan, 2015; Hughes, 2017).

Para fazer face às exigências atuais no âmbito da gestão em saúde, é fundamental que as organizações públicas implementem SCG adequados que contribuam para promover a sua atividade e sustentabilidade sem limitar a flexibilidade, adaptabilidade, inovação e criatividade. A implementação de SCG permite definir fatores críticos de sucesso, sistemas de recompensas e integração dos dados para promover respostas que permitam assegurar a sustentabilidade dos SNS perante a imprescindibilidade dos cuidados de saúde (Naranjo-Gil, 2016; Meutia, 2017).

Considera-se que deverá haver um apoio da tutela na criação e implementação de projetos piloto. Deverão ser avaliados os ganhos em saúde e o custo-efetividade da recomendação que permitam a criação de novas ferramentas e processos que possam ser ajustáveis e reprodutíveis a nível nacional (GT SU, 2019).

O BSC é o instrumento de gestão e de avaliação de desempenho mais importante e útil em todo o mundo. Permite uma visão global e integrada do desempenho organizacional avaliando os resultados de ações no passado e catalisam a performance futura promovendo, dessa forma, melhorias contínuas das operações. A implementação de uma estrutura de medição de desempenho como o BSC é uma tarefa complexa que requer empenho e adaptação permanentes ajudando na tomada de decisão. A sua operacionalização permite identificar, clarificar e aceitar a estratégia, definir prioridades, alinhar os objetivos individuais com os organizacionais, relacionar os objetivos com as metas a longo prazo e realizar revisões que possibilitem adaptar a estratégia e tentar dar resposta a interesses conflitantes entre *stakeholders* (Kaplan, 1992; Ittner, 2003; Lucianetti, 2019; Inamdar, 2002)

Os indicadores de desempenho são definidos como métricas que refletem a eficácia e / ou eficiência de uma ação. De modo a englobar diversas vertentes da organização, consideram-se quatro perspectivas estratégicas de escolha de indicadores: a do cliente, processos internos, de aprendizagem e desenvolvimento e financeira. De notar, que promove uma maior *accountability*, mas a adoção isolada de indicadores financeiros não é compatível com a sustentabilidade das organizações. Desta forma, não é surpreendente que, indicadores relacionados com o doente (como os tempos e satisfação) e com os processos, tenham evoluído nas últimas décadas para avaliar a implementação de uma ampla gama de intervenções desenvolvidas para melhorar o desempenho da prestação de cuidados no SUG (Gonzalez-Sanchez, 2018; Guenther, 2019; Moura, 2019; Sørup, 2013; Austin, 2020).

Qualquer projeto de CG deve ser implementado considerando a unidade de saúde em causa e em qualquer situação ou problema, existem várias partes interessadas, vulgo *stakeholders*, com diferentes visões de mundo, interesses e propósitos. Com base nessas diferentes propriedades individuais que são exclusivas para uma situação particular, cada parte interessada pode influenciar a tentativa de mudança que se tenta atingir. É imperativo assegurar a concordância entre o CG e a estratégia organizacional na definição de metas bem como na otimização e melhoria contínua dos processos e dos resultados, para garantir a sustentabilidade da organização (Jordan, 2015; Checkland, 2010; Joseph, 2018; Ferreira, 2018; Sørup, 2013; Austin, 2020; Stenson, 2021).

Embora o problema de sobrelotação dos SUG e a falta de recursos seja semelhante em vários países, as diferenças e a complexidade entre os vários contextos socio económicos e partes interessadas de cada hospital são refletidas na necessidade de diferentes indicadores. No setor da saúde, a escolha, a implementação e a operacionalização de instrumentos do CG devem ser adaptados e enquadrados a circunstâncias internas (como a estratégia e a cultura organizacional) e externas de cada hospital (cultura da comunidade e do sistema de saúde em questão). É crucial identificar o SCG e selecionar os indicadores de desempenho que melhor suportam a implementação da estratégia e nos forneçam mais e melhores informações sem comprometer a eficiência operacional (Coleman, 2010; Guenther, 2019; Sørup, 2013; Otley, 2016; Austin, 2020).

Quando um conjunto de indicadores de desempenho é escolhido, deve ser mantido ao longo do tempo para obter dados suficientes para adicionar força estatística, validade e confiabilidade a cada indicador. O conhecimento do impacto mútuo dos indicadores permite uma melhor compreensão do desempenho de SUG. A escolha dos indicadores mais importantes difere entre um clínico, doente, decisores políticos ou administradores, principalmente devido ao objetivo pretendido por cada um. Trabalhar em direção a um consenso de indicadores que reflitam o desempenho geral de um SUG e de certa iniciativa de melhoria da qualidade é crucial pelo que uma compreensão compartilhada dos indicadores de desempenho permitirá melhorias contínuas da qualidade e oportunidades de *benchmarking* interna e externamente (anexos B2-B5) (Seow, 2013; Sørup, 2013; Austin, 2020).

Os instrumentos do CG auxiliam os gestores não somente a assegurar a inovação e sustentabilidade, como também a garantir a eficiência operacional. Através das novas tecnologias, a maneira como medimos o desempenho de SUG e a nossa capacidade de colher e analisar dados mudou. Nenhum indicador específico pode ser recomendado em detrimento de outros uma vez que faltam estudos sistemáticos e informações confiáveis sobre o efeito desses indicadores de qualidade / desempenho em resultados de médio e longo prazo (Drynda, 2020; Austin, 2020; Sørup, 2013; Levesque, 2020; Coleman, 2010).

Os indicadores de resultado da intervenção permitem-nos determinar se a intervenção para melhorar o desempenho do SUG teve sucesso ou resultados indesejados (anexos B6-B7). 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. Os indicadores de tempo foram muito usados associados com indicadores de proporção ou de processo. Os indicadores de tempo e processo fornecem uma visão sobre a rapidez da prestação de cuidados, a quantidade de recursos usados e a qualidade da gestão do doente (Van der Kolk, 2019; Austin, 2020).

São poucos os indicadores de desempenho que têm a vantagem de uma visão completa, dinâmica e rápida. Logo, não têm a capacidade de levar em consideração vários aspetos do desempenho. De qualquer forma, é necessário adequar a tecnologia à organização, de modo a assegurar a interação entre a inovação e o controlo de gestão na efetivação da estratégia organizacional. A maioria dos estudos relatou o uso de três ou menos tipos de indicadores de resultados (Sørup, 2013; Austin, 2020).

1.2.4. Projeto de governança clínica

A governança clínica (GC) é o processo através do qual as organizações de saúde procuram uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados, garantindo elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos numa abordagem holística e centrada no doente. Um novo sistema para garantir que os padrões clínicos desejados são

alcançados e que os processos em uso garantem, progressivamente, a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde. Esta visão ambiciosa é altamente necessária em doentes admitidos em qualquer SUG, mas requer uma integração de diferentes dimensões do cuidado, incluindo estratégias de diagnóstico e tratamento, organização da rede e satisfação do doente (Heyrani, 2012).

A implementação de um projeto GC centra-se em intervenções que visam melhorar a qualidade do atendimento e desenvolver estratégias que permitam melhorar a efetividade clínica, formação, gestão de risco e segurança do doente, transparência, investigação e desenvolvimento e auditoria clínica. O seu sucesso requer trabalho de equipa, comunicação, sentimento de pertença, liderança e conhecimento de sistemas de informação (Nicholls, 2000; Fragata, 2012).

Identifica-se a necessidade de reforçar o investimento na implementação e no subsequente acompanhamento e monitorização das propostas de melhoria. De facto, mais do que enumerar objetivos, há que sistematizar como se devem gerir os processos, de forma articulada e sustentada. Para fazer face às exigências vivenciadas no SUG é necessário que se adotem estratégias de gestão adequadas e que, simultaneamente, sejam dotados com recursos de excelência. Estas organizações têm que ser dinâmicas e devem focar-se em processos centrais atualizados, melhorados e avaliados continuamente nas áreas da gestão estratégica; qualidade clínica; organização clínica; planeamento financeiro; marketing; sistemas de informação; RH e serviços de suporte (Griffith, 2000).

A efetividade clínica é considerada um dos pilares da GC sendo definida como a medida em que uma determinada prática clínica melhora o estado de saúde da população concreta que a recebe nas condições habituais. Pode ser promovida através do desenvolvimento de normas de orientação clínica e algoritmos de decisão baseada em evidências permitindo reduzir o risco de erro, promover a segurança e reduzir os custos (*accountability*) em todo o circuito do doente. Por outro lado, a auditoria também surge no objetivo de melhoria contínua de modo a adaptar os protocolos à nova evidência e resultados obtidos bem como garantir a transparência (*openness*) (Fragata, 2012).

1.3. Saúde centrada nas pessoas

A maioria da bibliografia consultada sugere que a prestação de cuidados no SUG é provavelmente conduzida por médicos e protocolos, com os doentes como consumidores passivos de cuidados. Contudo, as pessoas necessitam de respostas individualizadas e não padronizadas, sendo importante o seu reposicionamento no centro do sistema. O cidadão em situação de doença como centro do sistema de saúde (centralidade do doente / doente) implica estar atento aos valores e necessidades individuais, assim como proporcionar uma participação ativa do doente em todo o processo individualizando o tratamento. A proximidade de cuidados permite uma maior individualização e personalização à complexidade dos problemas de cada doente. A organização e a gestão devem estar

centradas na obtenção dos melhores resultados para os doentes e na satisfação dos profissionais, devendo incorporar contributos obtidos junto dos profissionais e através de inquéritos de satisfação. Os direitos humanos, as convicções individuais de índole cultural, filosófica, política e religiosa devem ser respeitadas e valorizadas nas diversas intervenções de saúde. Valores como o respeito pela dignidade humana estão na origem da humanização de cuidados, permitindo alcançar níveis de satisfação elevados de todos os envolvidos. Os doentes podem usar sua experiência para determinar os serviços de saúde adequados às suas necessidades e requisitos e para avaliar a sua qualidade. A experiência do doente é um pilar de informação para aprimorar a parceria entre as profissões e os doentes para melhorar a qualidade do atendimento (Sevick, 2007; Heide, 2018).

Por outro lado, os profissionais são o eixo fundamental da prestação dos cuidados de saúde humanizados aos doentes e devem pautar a sua ação, atitudes e comportamentos por valores humanos, éticos e culturais. O exercício profissional deve ser igualmente orientado por critérios de decisão e de ação baseados na melhor experiência clínica e dos avanços do conhecimento. O papel dos doentes, como consumidores de cuidados prestados pelo SUG, na melhoria do desempenho do SUG foi conseguido na tomada de decisão compartilhada. A decisão compartilhada implica o envolvimento ativo do doente com o profissional, compartilhando informações e tomando medidas colaborativas para chegar a um acordo sobre qual o tratamento a implementar (Austin, 2020).

As intervenções de apoio à decisão são projetadas para apoiar o envolvimento do doente na tomada de decisão sobre o tratamento e são baseadas na transmissão de informações sobre os riscos e benefícios das opções de tratamento. Mudar o envolvimento do doente na prestação de cuidados também poderia influenciar o desempenho do SUG. Contudo, no contexto do SUG, lotado e frenético, conseguir um atendimento centrado no doente é uma tarefa desafiadora. A participação ativa dos doentes na prestação de cuidados de SUG é possível, mas carece de esclarecimento das implicações para o desempenho de SUG e dos resultados clínicos e psicossociais para os doentes (Austin, 2020).

1.3.1. Gestão Integrada de Cuidados

Nos últimos anos, os SNS têm enfrentado um crescente aumento da procura relacionada com a alta prevalência de doenças crónicas. A probabilidade de se ser portador de uma doença crónica complexa (DCC) aumenta com o envelhecimento, considerando-se que essa probabilidade aumenta em pessoas com mais de 65 anos. Contudo, o envelhecimento fisiológico não pressupõe a passagem do limiar de incapacidade e a afetação da capacidade de decisão (autonomia) ou de execução (independência) do indivíduo. De qualquer modo, os doentes considerados muitos idosos, com mais de 80 anos, é comum padecerem de várias doenças crónicas, com necessidade de múltiplas terapêuticas. De acordo com a OMS, as doenças crónicas são doenças de longa duração e geralmente de progressão lenta e, como

tal, associadas ao processo de envelhecimento. A multimorbilidade é, muitas vezes, condicionada por quadros de elevada fragilidade, e conduz à emergência de uma tipologia de doente idoso, frágil, polimedicado, com peso acrescido sobre os serviços de saúde e simultaneamente com dificuldades em gerir o acesso a esses mesmos serviços (Grover, 2015; Tortajada, 2017).

A definição de uma DCC não é clara na literatura. Segundo Correia (2019), os critérios de seleção incluem: multimorbilidade (três ou mais doenças crónicas), idade igual ou superior a 75 anos; cinco ou mais idas ao SUG no último ano (hiperfrequentadores); três ou mais internamentos hospitalares no último ano; polimedicado (mais de seis fármacos) e critérios de fragilidade (doença terminal, deterioração progressiva, perda da autonomia, risco económico e social).

A pessoa com DCC apresenta menor qualidade de vida, maior vulnerabilidade e um maior risco de mortalidade. Para um DCC, não é viável, nem facilitadora, a gestão isolada das várias patologias inerentes à sua condição clínica. Logo, são difíceis de abordar através de um modelo de gestão tradicional necessitando de uma visão mais colaborativa, multidisciplinar, integrada e centrada no doente e nas suas necessidades, um acompanhamento individualizado por uma equipa multidisciplinar, liderada por um internista (Correia, 2019).

A Pirâmide de Kaiser Permanente, prevê a interação entre CSP e hospitalares, em proporções variáveis, conforme as necessidades, sendo que num nível intermédio estão aqueles que, em função das complicações da sua doença, necessitam de uma abordagem multidisciplinar. Em Portugal, a aplicação destes princípios estiveram na base do modelo experimental de gestão integrada do doente. Neste sentido, este modelo é uma abordagem global e organizada dos cuidados de saúde, pró-ativa e centrada no doente, com o envolvimento de todos os níveis de cuidados e todos os intervenientes ao longo de todas as fases de evolução da doença e de financiamento/ pagamento, baseada na evolução natural da doença. Permite promover a participação ativa, educação e capacitação do doente, no sentido de potenciar o seu nível de preparação para participar no processo de decisão e envolvimento na gestão clínica da sua doença, aumentando o grau de responsabilidade, individual e social, sobre a evolução da doença e qualidade de vida (OMS, 2016; Vargiu, 2017; Escoval, 2010; OMS, 2016).

O desenvolvimento deste modelo organizacional tem-se revelado uma estratégia inovadora com elevado potencial para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e promoção de uma maior efetividade e eficiência. Embora algumas unidades de saúde já tenham um modelo integrado em curso falta a integração entre as várias especialidades, assim como interligação entre os CSP e os SUG. Por outro lado, o percurso do DCC parece ainda não estar uniformizado na prática dos profissionais nem na capacidade de coordenação de cuidados. A criação de um percurso alicerçado numa gestão integrada de cuidados ao DCC procura a diminuição de idas desnecessárias ao SUG, o redireccionamento das vindas inadequadas ou a redução da demora média (Seow, 2013; Sørup, 2013; Heide, 2018; Austin, 2020; Santos 2013; Raita, 2019).

1.3.2. Avaliação de risco

O SUG recebe de forma imprevisível uma enorme variabilidade de situações extremas e urgentes que obrigam a uma resposta imediata, de adaptação permanente e de escalonamento de prioridades. A estratificação dos doentes, por níveis de risco, é a primeira tarefa no processo de gestão clínica, permitindo a adaptação dos cuidados de saúde às necessidades dos doentes, dando-lhes a resposta mais adequada e efetiva. É fundamental, não somente o desenvolvimento de uma nomenclatura e definições consensuais e sólida metodologia de triagem, como um programa de formação e guia de auditoria que permitissem uma melhoria no funcionamento do SUG (Santos, 2013; Raita, 2019).

O Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto reconheceu como obrigatória a implementação de sistemas de triagem em todos os SUG com o objetivo de definir o risco clínico, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo recomendado até à primeira observação médica com posterior alocação da pessoa na área de atendimento mais adequada (Welch 2011; Raita, 2019).

O Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) surge para avaliação do risco clínico que é efetuado na admissão. A primeira avaliação clínica forma-se a partir do principal sintoma ou sinal identificado pelo doente ou pelo profissional triador, que motiva o doente a procurar o SUG. O PTM é constituído por 50 fluxogramas padrão, que abrangem todas as situações apresentadas nos SUG, que permitem priorizar por cinco cores. Procura-se assegurar que os doentes mais graves sejam os primeiros a serem atendidos. Aos doentes com problemas mais graves é atribuída a cor vermelha, que corresponde a um atendimento imediato. Os casos muito urgentes recebem a cor laranja, para serem atendidos num espaço de tempo de dez minutos, os urgentes terão a cor amarela com atendimento estimado de 1h e as cores verde e azul são atribuídas às situações de menor gravidade (pouco ou não-urgentes) e, como tal, são os casos que podem demorar mais tempo a serem atendidos (2 a 4h, respetivamente). Em Portugal, foi introduzida uma sexta categoria (cor branca) para situações não compatíveis com o SUG. As auditorias ao PTM devem respeitar o protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem (Norma nº 002/2018 DGS; Welch, 2011; Santos, 2013; Raita 2019).

Os registos clínicos de todos os procedimentos realizados no âmbito da triagem dos SUG e referência interna imediata devem permitir a monitorização contínua de indicadores de qualidade temporais como demora média entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade e o tempo global de permanência no SUG (Norma nº 002/2018 DGS).

Em comparação com a abordagem convencional de triagem, os modelos de *machine learning* demonstraram uma maior sensibilidade na previsão de admissão nas unidades de cuidados intensivos, hospitalização e mortalidade intra-hospitalar conseguindo processar grande quantidade de informação de relações não lineares.

Em suma, a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas nestes algoritmos permitem aos profissionais, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança. A aplicação destes modelos pode melhorar a tomada de decisão, conseguindo assim um melhor atendimento clínico e utilização ideal de recursos (Santos, 2013; Raita, 2019).

1.4. Centros de Responsabilidade Integrados

O Decreto-Lei nº 18/2017 de 18 fevereiro estabelece os princípios e regras de gestão hospitalar aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS, com a natureza pública empresarial (EPE), dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial que se organizem em CRI. Desta forma, é consagrada a possibilidade de serem criados CRI, por deliberação do conselho de administração (CA) onde se inserem e com os quais estabelecem um processo de contratualização interna.

Os CRI são estruturas de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde através da descentralização da tomada de decisão, mas negociam com o respetivo CA um compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro para um período de três anos. Os CRI procuram melhorar a acessibilidade dos doentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados. A descentralização para o nível da gestão intermédia tem um papel determinante na *performance* das unidades funcionais e pode, consequentemente, afetar positivamente os resultados globais da organização (Tarawneh, 2019; Jordan, 2015).

Os CRI constituem -se através de formas de organização flexíveis direcionadas para dar respostas céleres e de qualidade às necessidades dos doentes melhorando não somente a acessibilidade dos doentes e a qualidade dos serviços como a produtividade dos recursos aplicados e contribuindo para uma maior eficácia e eficiência. 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 doente. São constituídos por equipas multidisciplinares dedicadas nomeadamente da área da medicina, enfermagem, auxiliar de ação médica, gestão e administração hospitalar entre outros profissionais de saúde. Estas equipas propõem-se voluntariamente aderir a um modelo de organização orientado por objetivos negociados, transparência de processos e responsabilização das partes por um projeto comum que reconhece e premeia o desempenho coletivo e individual (Porter, 2013).

A literatura disponível sobre CRI assenta essencialmente na legislação existente em Portugal (Sally, 1998; Porter, 2013). No anexo A2 apresenta-se a evolução da legislação que permitiu a criação e a regulamentação dos CRI.

1.5. 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 Gestão de Recursos Humanos (GRH) com a estratégia organizacional. O SGAD mede 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. Esta é uma área com grande margem de melhoria e que, na perspetiva de gestão estratégica de pessoas, deveria ser prioritária uma vez que interfere com várias dimensões muito relevantes – motivação, satisfação profissional, progressão na carreira – e que culmina num aspeto fulcral para as pessoas – reconhecimento. Assim, a elaboração de um SGAD tem como principais objetivos: identificar as potencialidades profissionais passíveis de serem desenvolvidas, detetar necessidades de formação do colaborador, de desenvolvimento pessoal e profissional bem como as suas expectativas quanto ao desenvolvimento da sua carreira, reconhecer comportamentos e competências a serem melhorados, melhorar os processos de doença e dos postos de trabalho e gerir recompensas (progressão de carreira e prémios de desempenho) (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. 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. Acresce ainda que, os SGAD permitem que os colaboradores compreendam as suas funções e os objetivos estratégicos definidos, possibilitando que cada profissional possa planear o seu trabalho, utilizando e adequando as suas capacidades de forma a corresponder às expectativas estipuladas (Jiang & Messersmith, 2018; Nikoloski, 2016; Maimako, 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. Pretende-se tornar o sistema mais justo, equitativo e individualizado, evitando a comparação entre pessoas e combatendo os sistemas de distribuição forçada. 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. Para serem eficientes os SGAD têm que estar associados a um sistema de incentivos e recompensas. É fundamental que todos os colaboradores saibam identificar o bom desempenho recompensável, desde o início do processo (Cheng, 2007; Boon, 2019)

Em Portugal a avaliação de desempenho da administração pública é realizada pelo SIADAP 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. No HFF, como serviço público de saúde, a avaliação de desempenho utiliza o modelo estabelecido pela Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro destinado aos trabalhadores da Administração Pública, designado por Sistema Integrado de gestão e SIADAP. O sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho aplicado no CRI (SIGAD-CRI) é uma adaptação do SIADAP.

De acordo com os princípios da avaliação de desempenho, este sistema é passível de ser aplicado nos 3 níveis distintos (estratégico, intermédio e operacional), dividindo-se em 3 grandes áreas. Permite a avaliação da performance da organização ou serviços (SIADAP 1), do desempenho das chefias ou dirigentes (SIADAP 2) e dos trabalhadores (SIADAP 3), com ciclos de avaliação, anual, cinco ou três anos de acordo com a comissão de serviço e bienal, respetivamente. No entanto, a operacionalização dos diferentes serviços e categorias profissionais não é uniforme. No SUG, apenas se aplicará o SIADAP 3 a todos os trabalhadores que fazem parte do quadro de pessoal da instituição, não se aplicando ao número significativo de prestadores de serviço, não tendo estes últimos nenhum sistema formal implementado de avaliação de desempenho. Existe um sentimento de desconfiança e uma rejeição manifesta em relação a este processo avaliativo, com conseqüente ineficiência do mesmo. Por questões de facilitismo e/ou inexistência de gestão estratégica de pessoas, não tem sido aplicado, como acontece à equipa médica do SUG, ou tem sido subvertido num sistema burocrático-administrativo que, por vezes, acentua assimetrias e injustiça pela forma cega como realiza a avaliação.

O SIADAP tem por base, na sua formulação legal, a definição de critérios incidindo sobre parâmetros de resultados (“obtidos na prossecução de objetivos individuais em articulação com os objetivos da respetiva unidade orgânica”) e competências (“que visam avaliar os conhecimentos, capacidades técnicas e comportamentais adequadas ao exercício de uma função”) a que todo o processo avaliativo está sujeito. Apesar de, na teoria e ao nível dos procedimentos, estar patente a individualização dos critérios de avaliação de desempenho e a preocupação com a adequação a cada trabalhador, os critérios são aplicados de forma totalmente uniforme entre as diferentes pessoas, não privilegiando qualquer diferenciação entre profissionais entre as várias categorias consideradas.

Quanto aos resultados no SIADAP, devem ser definidos entre 3 a 7 objetivos claros, medidos através de indicadores com metas pré-definidas no início do ciclo avaliativo, e que devem abordar as seguintes vertentes: objetivos estratégicos orientados para a missão, visão e valores da instituição, objetivos de produção de bens e atos ou prestação de serviços, visando a eficácia na satisfação dos utilizadores; objetivos de qualidade, orientada para a inovação, melhoria do serviço e satisfação das necessidades dos utilizadores; objetivos de eficiência, no sentido da simplificação e racionalização de prazos e procedimentos de gestão processual e na diminuição de custos de funcionamento; ou objetivos de aperfeiçoamento e desenvolvimento das competências individuais, técnicas e comportamentais do trabalhador. Os objetivos individuais devem ser definidos com o acordo prévio entre equipa avaliadora e o profissional, conciliando pretensões pessoais e perspetivas de desenvolvimento individualizado com as necessidades do SUG.

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. De acordo com o cumprimento de cada meta classificam-se os objetivos em “não atingidos” (1 ponto), “atingidos” (3 pontos) ou “superados” (5 pontos), sendo a classificação final a média aritmética da avaliação de todos os objetivos. Define-se uma ponderação de 60 a 85 % para os objetivos do âmbito da atividade assistencial.

Quanto às competências, são definidas em número não inferior a 5 e assentam nas competências previamente definidas para cada trabalhador, constantes na Portaria n.º 359/2013 de 13 de dezembro. No final são classificadas com as categorias “não demonstrada ou inexistente” (1 ponto), “demonstrada” (3 pontos) e “demonstrada a um nível elevado” (5 pontos), com classificação final resultante da média da pontuação das várias competências. Relativamente às competências, deverão ser adaptadas não só ao perfil de cada grupo profissional com uma base comum, devendo ser adaptáveis a cada pessoa e às funções atribuídas nos processos de cuidados estabelecidos. 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. É proposta uma lista de dez competências, das quais devem ser seleccionadas cinco englobando competências no âmbito do reconhecimento de talento e no âmbito da promoção do desenvolvimento do profissional. 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).

A avaliação final do SIGAD-CRI resulta da média ponderada das pontuações obtidas nos dois parâmetros de avaliação (objetivos e competências), definindo uma ponderação de 60% para os resultados e 40% para as competências (podendo ser adotadas outras percentagens para diferentes carreiras). Atribui-se uma classificação final com a seguinte categorização: desempenho relevante, (avaliação final de 4 a 5 pontos), desempenho adequado (2 a 3,999) e desempenho inadequado (1 a 1,999).

Metodologia

2.1. Método

Este trabalho tem por base a tipologia de projeto empresa e visa o desenvolvimento de um projeto de um CRI para o SUG do HFF. Face os objetivos pretendidos com o projeto, o estudo de caso foi o método mais adequado promovendo o estudo empírico. A investigação empírica foi obtida da recolha, análise e interpretação das evidências obtidas de diferentes técnicas de recolha de dados tendo-se escolhido para este projeto a análise documental, a observação direta, as entrevistas e os questionários. O estudo de caso permite estudar, de forma sucessiva e faseada, o objeto no seu contexto real, considerando os principais intervenientes e as interações que ocorrem. As conclusões são obtidas da reformulação das questões iniciais ao longo do processo e resulta da função interpretativa constante do investigador. 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 (anexo C) (Yin, 2017).

2.2. Técnica de Recolha de Dados

Com o intuito de adquirir ou aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado, procedeu-se à realização de uma revisão da literatura. Neste sentido, pesquisaram-se eletronicamente artigos relacionados com os fundamentos teóricos mais importantes introduzindo palavras-chave nos motores de busca da *b-on* e *pubmed*, ocorrida no mês de agosto de 2021. Para todas as buscas realizadas, um dos termos “*emergency department*” (ED), “*emergency service*” ou “*ED*” foi usado como frases padrões fixas e selecionou-se alternadamente um dos seguintes descritores complementares: “*process assessment, health care* (vulgo *performance*)”; “*health status indicators*”; “*outcome assessment, health care*”, “*patient satisfaction*”, “*delivery of health care, integrated*”, e “*clinical governance*” [MeSh Terms]. De seguida, utilizando as referências bibliográficas do artigo e/ou das citações, foram encontrados e avaliados novos artigos potencialmente de interesse para este projeto, que foram alvo da mesma seleção e análise para identificação de novas referências. A análise documental incidiu ainda sobre os diversos documentos legislativos relevantes e institucionais considerados pertinentes como regulamentos, relatórios de contas, plano assistencial integrado, contrato programa (CP) e dados de desempenho do HFF e do SUG relativos a 2021. A documentação interna foi requisitada aos órgãos de gestão e ajudou na realização do diagnóstico organizacional e para a construção de uma matriz SWOT. No seguimento da revisão descrita incluíram-se 77 artigos, da

consulta de 5 livros de referência e análise de 31 decretos-lei ou portarias publicadas em diário da república.

A recolha de dados foi complementada com questionários internos aos profissionais do SUG do HFF e entrevistas semiestruturadas não somente aos responsáveis de outros projetos nacionais considerados próximos do caso em estudo como também aos *stakeholders* mais significativos para analisar alguns aspetos específicos da realidade em análise. Desta forma, procurou-se aprofundar e enquadrar os conhecimentos adquiridos na bibliografia com as realidades experienciadas.

As entrevistas são um valioso instrumento para obter informação, entre a miríade de descrições e interpretações possíveis dos entrevistados, o mais objetivamente possível e passível de ser analisada qualitativamente. Ao contrário de uma entrevista estandardizada ou questionário fechado, as entrevistas semiestruturadas permitem que os entrevistados expressem os seus pontos de vista de forma mais aberta. Neste sentido, redigiu-se um guião flexível de perguntas abertas que focavam os tópicos-chave dos CRI e permitia a recolha de informação estratégica. Pretende-se enquadrar estes conceitos na base empírica dos entrevistados. Foram elaborados dois guiões de entrevistas, um para cada um dos grupos anteriormente referidos. Tendo por base um modelo aberto foi ainda entrevistado o presidente da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Prof. Victor Herdeiro e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), Prof Luís Pisco.

Em relação aos questionários, foi enviado um questionário por correio eletrónico em modelo de Google® forms a todos os profissionais de saúde do SUG nomeadamente da área de medicina, enfermagem, técnica de cardiopneumologia e auxiliar de ação médica. Em relação aos instrumentos de análise importa referir que, no questionário enviado foram utilizados diversos instrumentos de análise mais concretamente: 1) avaliação dos Modelos de Gestão em Organizações de Saúde segundo Quin (1998); 2) avaliação dos Comportamentos de Liderança em Organizações de Saúde na perspetiva dos Líderes e na Perspetiva dos Liderados; 3) avaliação da Coordenação relacional adaptado de Gittel (2000; 2004; 2009); 4) avaliação do *Commitment* segundo Meyer e Allen (1997); 5) avaliação da Interação líder-membros ou do inglês *Leader Member Exchange* (LMX) baseado no LMX-MDM (Liden and Maslyn; 1998) e LMSX (Bernerth, 2007); 6) Avaliação da capacidade de resposta ao inesperado vulgo *High Reliability organizations* (HRO) segundo Weick (1999 e 2001); 7) Avaliação da Ambidextria segundo Birkinshaw & Gibson, 2004; 8) Avaliação de Burnout segundo o Questionario Maslach-Profile.

Dado a quantidade de dados colhidos e, para facilitação, serão apresentados apenas as respostas mais relevantes. Realizou-se um estudo estatístico usando o programa informático Microsoft Office Excel® 2007. Avaliou-se os dados usando médias, desvios padrões e outros dados conforme apropriados. Correlacionou-se as várias variáveis para fins de análise pretendida.

Todos os resultados obtidos estão disponíveis na secção APÊNDICES e ANEXOS sendo destacados no documento do texto os dados mais importantes na forma de figuras, tabelas ou gráficos.

2.3. Técnica de Tratamento de Dados

Como técnica de processamento dos dados recorreu-se à análise descritiva de conteúdo seguindo a metodologia de Gioia, Corley Hamilton (2013). A metodologia proposta pretende permitir a concretização dos objetivos específicos definidos para o projeto. A análise de conteúdo utiliza um conjunto de procedimentos que permite avaliar de forma sistemática e objetiva a informação obtida e procura obter algum rigor qualitativo para a condução e apresentação da pesquisa empírica descrita.

No caso das entrevistas, estas são transcritas e constituem o corpo da pesquisa (apêndices C3 e C4). Segundo a metodologia de Gioia, Corley & Hamilton (2013), a análise dos dados realiza-se em três momentos. Numa primeira fase, procede-se à codificação das descrições realizadas ou ao processamento dos dados na sua forma mais bruta ou primária ("*raw data*") nos considerados conceitos de primeira ordem. Por outras palavras, procura-se reproduzir o mais fielmente possível as descrições dos entrevistados. Estes conceitos podem ser um relato ou episódio evocativo de uma situação em discussão referida pelo entrevistado que evocou valores, crenças, atitudes ou narrativas. Apesar da riqueza e potencial de exploração, é fácil ficar perdido na quantidade de dados obtidos levando a considerar-se que esta análise qualitativa seja criticada por carecer de rigor (Strauss & Corbin, 1998; Gioia, 2004). Assim, esta metodologia tem que ser rigorosa e exaustiva, obedecendo as orientações em cada categoria ou dimensões, permitindo que sejam comparados e agregados (Gioia, Corley & Hamilton, 2013).

À medida que a análise vai avançando, é possível inferir e interpretar as semelhanças e diferenças entre as inúmeras categorias iniciais agrupando numa narrativa maior com o intuito não somente de reduzir as categorias pertinentes a um número mais fácil de gerir como também torná-los potencialmente mais válidos e significativos. Desta forma, na segunda fase, procura-se identificar as semelhanças dos processos e dos níveis dos conceitos de primeira ordem obtidos agregando-os em categorias ou, segundo a definição dos autores, de temas de segunda ordem. Na fase final procura-se agregar, entre as diferenças dessas categorias, uma dimensão apropriada para as análises qualitativas dos temas considerados. Nessa análise procura-se compreender as características, estruturas ou modelos subjacentes aos fragmentos das entrevistas permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção desses dados (Gioia, 2013).

Depois de completarmos os conceitos de 1ª e de 2ª ordem e dimensões agregadas, teremos a base para construir uma estrutura de dados. Ao associar a evidência documental relevante podemos verificar se os conceitos têm precedentes, descobrir novos conceitos e eventualmente descobrir novas definições. Nesta consulta da literatura, o processo de inferência transita de uma forma indutiva (considerar uma verdade pela análise de um número representativo e significativo de exemplos) para uma abdutiva (estabelece a possibilidade de uma conclusão que não é necessariamente verdade). Assim, os dados e a teoria existentes são agora considerados em conjunto num eventual nexos de casualidade (Alvesson & Kärreman, 2007).

Diagnóstico da Organização

3.1. Caracterização do HFF

O Hospital Amadora-Sintra (HFF), foi o primeiro hospital público com gestão privada na Europa. Esteve integrado numa empresa privada, um consórcio liderado pelo Grupo José de Mello, passando a estatuto de entidade publico-empresarial (EPE) em 2008 e regressando à esfera pública no ano seguinte. É a unidade hospitalar que serve os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de Amadora e Sintra, sendo o único Hospital do SNS integrado nesses concelhos

Com o regresso do HFF à gestão pública, o modelo de financiamento permaneceu inalterado e a transição de gestão foi efetuada com alguns sobressaltos, mas sem perda de RH. Uma auditoria do Tribunal de Contas, efetuada em 2015, considerou a modelo de contratos duplos herdada da gestão privada não conforme e determinou a sua cessação. A desmotivação remuneratória criada e a saída de quadros para outras unidades hospitalares, nomeadamente privadas, resultaram em constrangimentos significativos para a eficiência e produtividade do HFF. Para além disso, no último ano de atividade da sociedade gestora privada, particularmente no período 2012-2015, houve uma ausência de investimento em instalações e equipamentos.

Segundo dados de 2021, disponíveis no portal do SNS, o ACES de Sintra é a unidade do país com maior carência de médicos de família. Do ponto de vista demográfico e de acordo com os Censos de 2021 do Instituto Nacional de Estatística (INE), o concelho de Sintra é o 2.º município mais populoso de Portugal com 385.654 habitantes numa área total de 319,2 km² apresentando uma densidade populacional de 1.208,2 habitantes/km². Em relação ao concelho Amadora é o 11.º município mais populoso de Portugal com 171.500 habitantes, uma área total de Amadora 23,79 Km² e uma das maiores densidades populacionais do país contabilizando 7.208,9 habitantes/km² (anexos D1 a D7).

Em 1991, esta população-alvo do GFF rondava os 350 mil doentes do SNS, volume que serviu de base às estimativas iniciais para a produção do hospital. Contudo, segundo dados de 2022 existem 124.030 doentes sem médico de família de 364.923 pessoas inscritas (34,0%) no ACES Sintra e existem 56.896 doentes sem médico de família de 177.291 pessoas inscritas (32,1%) no ACES Amadora. Pelos menos 20.731 e 5.791 pessoas não estão inscritas no ACES de Sintra e Amadora, respetivamente, constituindo elevado risco social e humano. O HFF serve uma população de cerca de 557.154 pessoas com um crescimento de 0,8% nos últimos 10 anos, das quais 180.926 não possuem médico de família no final de 2021. No seguimento desta realidade, o SUG do HFF é a maior urgência em termos de número de admissões da área da grande Lisboa e a quarta maior do país (anexos D8 a D16).

A percentagem de jovens residentes (0-14 anos) supera os resultados nacionais (12,9%), quer no concelho de Amadora (14,2%), quer no de Sintra (14,8%). Em relação à população idosa (> 65 anos), esta representa 22,2% da população residente da Amadora e 17,9% da população residente em Sintra. O indicador nacional revela uma prevalência de 23,4% em relação à população portuguesa residente no país. Destaca-se a elevada percentagem de população imigrante, maioritariamente de origem africana, representando 11,7% da população residente na Amadora e 9,7% da população residente em Sintra, sendo o indicador nacional de 5,7% (PORDATA, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

Em relação ao nível educacional, verificamos que no concelho da Amadora apenas 9,61% completou o ensino secundário e 18,7% o ensino pós-secundário. No concelho de Sintra, 17,7% completou o ensino secundário e 16,8% da população concluiu o pós-secundário/ensino superior. Ao nível da atividade económica, o concelho de Sintra, embora seja também um concelho residencial e espelhe na generalidade as mesmas necessidades de cuidados de Amadora, trata-se de um concelho que dada a sua localização geográfica tem sido objeto de uma forte aposta turística, a qual se traduz consequentemente num maior recurso da população estrangeira aos cuidados de saúde urgentes.

Assim se compreende que a capacidade de crescimento da resposta dos CSP se revelou insuficiente para o crescimento populacional ocorrido nesta área. Este volume populacional e diversidade sociocultural torna o SUG uma das unidades com maior pressão de admissões.

3.1.1. Análise Interna do HFF

Qualquer plano de CG deve ser individualizado e ajustado não somente aos recursos de cada país, mas enquadrados e alinhados à missão e valores da organização de saúde em causa. Deste modo, conhecer a missão e a visão do HFF são cruciais para definir os objetivos estratégicos e dessa forma delinear um SCG, mostrando adaptabilidade ao ambiente complexo e incerto nomeadamente no SUG.

O HFF tem por missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, adequados e em tempo útil, de forma integrada com as restantes unidades de saúde da sua região. Procura garantir padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e de promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da investigação, ensino e formação pré e pós-graduada. O HFF tem como visão ser um hospital de referência em termos de facilidade do acesso e na qualidade da atividade assistencial, de promoção do trabalho multidisciplinar, de elevada satisfação dos doentes e profissionais, bem como de uma cultura de gestão sólida. Desta forma, a visão afirma-se na criação de valor através de políticas de sustentabilidade, eficiência e reconhecimento externo. Para cumprir esta missão e visão apresenta uma organização clínica complexa e funcionamento em rede (anexo E1).

No exercício da sua atividade, os colaboradores pautam-se por valores, procedimentos e atitudes assentes em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro de permanente e atuante disponibilidade, de dignificação humana e profissional, de responsabilização, participação e diálogo. Orientam-se em função dos interesses dos doentes e suas famílias, numa perspetiva de defesa do direito à proteção da saúde e da satisfação das suas necessidades e preferências. Procura-se que todos os colaboradores pautem o seu comportamento pelas normas de ética e deontologia aplicáveis.

Em suma, a missão do HFF parece utópica se pensarmos na tarefa hercúlea de servir uma população numerosa e heterogénea que, já na altura da sua construção, seria superior à capacidade de resposta estimada, com grande diversidade cultural, social e étnica. Apenas com uma gestão eficaz e eficiente dos recursos é possível atingir o sucesso. Neste sentido, há que ter em conta que os princípios de gestão em saúde, subjacentes a estes eixos são: universalidade; centralidade do doente; participação e responsabilização; equidade, integração e continuidade de cuidados; inovação e eficiência na gestão.

3.1.2. Análise Externa do HFF

O SUG do HFF é a maior urgência da zona da ARSLVT, no que concerne ao número de admissões. Estes valores implicam um esforço significativo em termos de RH e materiais, de forma a garantir a melhor assistência a todos aqueles que a ele acorrem, pelo que tem sido objeto de especial acompanhamento não só pelo facto de ser a porta principal de entrada de doentes no HFF, como também pela sua repercussão na organização interna. O seu enquadramento externo está dependente, como qualquer outro hospital público da saúde, das políticas preconizadas pelos governos eleitos. Assim, a gestão do HFF é marcada por um clima de instabilidade e desconfiança resultante das sucessivas reformas estruturais, das crises financeiras, pandemia COVID e do desenvolvimento do mercado privado.

Relativamente às exigências atuais em RH e técnicos, os constrangimentos económico-financeiros impõem restrições à contratação e limitam a capacidade de resposta e de inovação. Relativamente ao SGAD, no HFF a operacionalização e aceitação do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação da Administração Pública (SIADAP) é muito díspar. Não existe um verdadeiro sistema de incentivos, apenas a possibilidade de alguns colaboradores exercerem atividade adicional.

É assim 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. A estratégia do HFF depende do enquadramento global do SNS e das orientações do plano nacional de saúde pelo que as suas políticas devem estar alinhadas com os eixos estabelecidos pela tutela sem que haja um desvio no cumprimento daquela que é a sua missão e mantendo-se leal aos seus princípios (Jordan, 2015).

Em relação à capacidade instalada, o HFF é constituído por duas torres, designadas como torre Amadora e torre Sintra, com seis pisos cada. Dispõe de apenas 789 camas de internamento, comparativamente aos centros hospitalares da área de Lisboa: 1170 camas no Centro Hospitalar Lisboa Norte e 1028 do Centro Hospitalar Lisboa Central.

Em suma, num período de aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, com conseqüente aumento da responsabilidade dos profissionais, e quando todas as atenções se centram nos resultados e no uso adequado dos recursos, as metodologias de melhoria contínua de qualidade constituem um atributo essencial, revelando ser uma necessidade e exigência na perspetiva dos vários intervenientes (doentes, prestadores de cuidados e gestores financeiros / políticos).

3.1.3. Análise SWOT do HFF

Nesta secção procede-se a uma listagem dos pontos fortes, dos pontos fracos, das oportunidades e das ameaças do HFF pela análise SWOT considerando a sua perspetiva organizacional (Helms e Nixon, 2010).

Neste sentido, em 2019 e com validade até 2023, o HFF completou com sucesso a 6ª Acreditação e Certificação ISO, atribuída pelo *Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS)*, anteriormente *Kings Fund Health Quality Service*, um dos organismos internacionais independentes de maior prestígio na área da qualidade em saúde. Em 2001, o HFF tinha sido o primeiro hospital português a ser acreditado pelo CHKS, e ao longo de seis re-acreditações consecutivas, facto inédito na história dos hospitais portugueses, acrescentou valor aos processos organizativos e aos processos de prestação de cuidados de saúde, onde as pessoas são o centro da atenção e a sua experiência é fortemente valorizada e continuamente melhorada (Prenestini, 2014).

Com a pandemia de COVID todas as fragilidades se tornaram mais evidentes com um consumo aumentado de recursos, que já se encontravam no limite, obrigando a uma maior eficiência e eficácia na utilização dos recursos e a um maior rigor, autonomia, responsabilização e flexibilização na gestão. Nos últimos anos têm sido adotadas no HFF 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. Importa referir que o HFF possui dados informatizados que lhe permitem auditar e utilizar essa informação de forma estratégica.

Da concertação entre os principais pontos fortes e as oportunidades, a prestação de cuidados resultaram os seguintes eixos estratégicos: promoção da acessibilidade do doente; melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados; satisfação dos doentes e a obtenção de ganhos em saúde; envolvimento e motivação dos profissionais; reestruturação organizacional e funcional do hospital; e gestão transparente, racional e eficiente dos recursos.

Tabela 1 – Análise do programa de gestão baseado no SWOT do HFF*

PONTOS FORTES (<i>Strengths</i>)	PONTOS FRACOS (<i>Weakness</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciação e motivação do corpo clínico e dos serviços de apoio: sentimento pertença, espírito de equipa e polivalência; • Hospital acreditado; • Reconhecida capacidade de ensino, formação pré e pós-graduada (internato médico) e investigação; • Desenvolvimento das tecnologias de informação; • Garantia dos princípios da universalidade e da equidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de RH e dificuldade em cativar os existentes; • Baixo <i>ratio</i> de camas de internamento de doentes agudos; • Degradação de equipamentos e do edifício; • Dependência de modelo de financiamento que está desajustado e desatualizado; • Saída de RH diferenciados do HFF, verificado nos últimos anos
OPORTUNIDADES (<i>Opportunities</i>)	AMEAÇAS (<i>Threats</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Boa articulação com os ACES com outras partes interessadas, como câmaras municipais e juntas de freguesia; • Afiliações e protocolos com outros hospitais e universidades • Criação do Centro Hospitalar HFF (com hospital de proximidade de Sintra) • Diversidade sociocultural potencia a investigação, ensaios clínicos, e colaboração com universidades e outros hospitais em diversas áreas de atuação 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas restritivas de contração de RH; • Fraca resposta da Segurança Social; • Procura excessiva do SUG e aumento da prevalência de DCC com terapêutica progressivamente mais dispendiosa; • Suborçamento ou subfinanciamento; • Concorrência do setor privado no recrutamento de RH e risco de seleção dos casos mais favoráveis, excluindo aqueles de maior complexidade e mais dispendiosos (enviesando os resultados e a eficiência dos serviços públicos)

*Adaptado do Plano de Atividades e Orçamento de 2020.

3.1.4. Benchmarking

Numa análise de *benchmarking* pretende-se realizar a comparação entre a estrutura, atividade e resultados do SUG 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 os hospitais com SUG da área de Lisboa e com produção semelhante ao HFF, relativamente ao número de admissões. Dos dados que se conseguiram apurar sobressai que, de um modo geral, o HFF apresenta resultados de *performance* organizacional compatíveis com as outras organizações.

Verificou-se um aperfeiçoamento do sistema de segurança dos doentes e qualidade acreditada do HFF, procurando definir procedimentos e padronizar comportamentos que envolvessem todos os profissionais do hospital, funcionando como um catalisador da melhoria progressiva e contínua dos cuidados de saúde, centrada no doente.

O *benchmarking* traduz-se, então, num levantamento das melhores práticas de gestão da entidade na saúde com vista a uma melhoria no desempenho através da observação, aprendizagem e melhoria em comparação com outras realidades. É visto como um processo positivo e através do qual uma entidade examina como outra realiza uma função específica a fim de melhorar a forma como realiza a mesma ou uma função semelhante. Por seu lado, as comparações da *performance* entre hospitais dentro da área metropolitana de Lisboa são cada vez mais importantes (anexos D14 a D21).

Todos os estudos mais recentes pesquisados mostraram a necessidade de um trabalho mais multidisciplinar para garantir a disponibilidade de indicadores de eficiência precisos e comparáveis entre os países, cuja interpretação de resultados deve ser criteriosa (Greenberg 2005; Asbroek 2005).

3.2. Caracterização do Serviço de Urgência do HFF

No que concerne à capacidade de resposta do SUG do HFF, importa referir que é um serviço médico-cirúrgico, ou seja, conta apenas com equipas de medicina interna, de cirurgia geral e ortopedia em permanência todo o dia, com o bloco operatório a funcionar 24h por dia. Ao contrário de uma urgência polivalente, como é o caso dos centros hospitalares anteriormente referidos, não possui várias especialidades (como cirurgia vascular e neurocirurgia) e algumas das especialidades não garante resposta 24h/dia (como acontece com a neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e urologia).

3.2.1. Análise Interna do Serviço de Urgência do HFF

O SUG do HFF é um serviço multidisciplinar e multiprofissional que tem como missão a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes aos doentes em todas as situações enquadradas nas definições de Urgência Médico-Cirúrgica (anexos E2-E3). Por outro lado, a investigação, o ensino e a formação de profissionais de saúde e de outros profissionais também estão enquadrados nesse propósito.

O SUG do HFF é frequentemente uma porta de entrada para doentes com patologia grave que carecem de abordagem imediata. É também, por vezes, o único recurso de doentes com patologia não urgente com dificuldade de acesso aos CSP. Neste contexto, a avaliação global e abordagem célere do doente são essenciais, pelo que a especialidade de medicina interna desempenha um papel fulcral.

Por seu lado, o Serviço de Urgência Básica (SUB) do HFF, localizado em Algueirão a 12 km do HFF, tem como missão prestar cuidados com qualidade, eficácia e garantia de satisfação em situações urgentes com maior proximidade à população. Funciona como um primeiro nível de acolhimento com atividade assistencial de cariz médico (não cirúrgico), existe desde agosto de 2009 e funciona como área de referência para as populações abrangidas pelos Centros de Saúde de cinco localidades próximas.

Nos SUG e SUB do HFF são observados, em média, mais de 500 doentes por dia. Este número implica, por si só, um esforço significativo em termos de RH e materiais de forma a garantir, em cada momento, o melhor atendimento a todos aqueles que a eles acorrem.

Tem a sai adstrita a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) que opera de acordo com as diretivas do Instituto Nacional de Emergência Médica, na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

A declaração de emergência de saúde pública de âmbito internacional, declarada pela Organização Mundial de Saúde, bem como a classificação do vírus como uma pandemia determinou a necessidade de adaptação a esta realidade excecional pelo que foi necessário acautelar e integrar, a previsão de normas de contingência e assegurar o tratamento da doença COVID no HFF. De particular relevância para o SUG e HFF em 2020, é de sublinhar a criação de uma Área Dedicada Doentes Respiratórios (ADR) no SUG. Importa frisar ainda que, a adequação e mobilização de recursos no combate ao COVID foi muito para além da capacidade do HFF.

3.2.1.1. ESTRUTURA FÍSICA E HUMANA DO SERVIÇO

No decurso do ano 2020 concretizou-se o projeto de intervenção no SUG, no âmbito do qual foram executadas obras de remodelação para se adaptar à pandemia COVID. Assim, o SUG foi remodelado em 2020 de forma a assegurar dois circuitos separados (um para doentes respiratórios e outro para não respiratórios). O circuito não respiratório, é atualmente constituído por 5 setores principais.

A área de admissão é uma zona de trabalho administrativo, que se localiza a entrada do SUG e no qual se faz a recolha inicial de identificação do doente e efetivação do pagamento das taxas moderadoras, emissão de notas de débito, declarações de presença entre outros documentos.

A triagem encontra-se situada em duas zonas de trabalho distintas na entrada do SUG para cada um dos circuitos. É realizada por enfermeiros, sendo atribuída uma prioridade clínica para a primeira observação médica através da aplicação do PTM, implementado no HFF em 2003. De acordo com a gravidade da situação clínica, os doentes são daqui encaminhados para a área de ambulatório (ou observação médica) ou para a Sala de Reanimação.

Após a triagem, a maioria dos doentes é observada na área de observação médica, vulgo balcões. No circuito não respiratório, esta área funciona em espaço aberto (“*open space*”) rodeado de 22 gabinetes de observação individuais, 11 dos quais com capacidade de monitorização contínua de sinais vitais. Os restantes gabinetes servem para observação clínica e realização de tratamentos, procedimentos e alguns MCDT como é o caso do eletrocardiograma (ECG) e avaliação analítica.

A sala de inalatórios existe no circuito não respiratório e está destinada à observação e ao tratamento em ambulatório de doentes com patologia respiratória sem evidência de infecção. A sala de inalatórios tem capacidade para 6 doentes com necessidade de oxigenoterapia ou terapêutica inalatória, estando também equipada com monitorização contínua. Na área de ambulatório, o SUG tem a atividade assistencial repartida pelas especialidades de medicina geral, ortopedia, cirurgia geral, oftalmologia, otorrinolaringologia (ORL), e área dos doentes não urgentes.

A Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), ou Serviço de Observação (SO), serve para estabilização e terapêutica de doentes aguardando vagas de internamento de acordo com a decisão clínica. Tem capacidade para 29 camas e 11 macas monitorizadas, distribuídas por 4 salas de observação (SO) e por 2 quartos de isolamento de pressão negativa. Apesar de, idealmente o tempo de internamento em UICD dever ser o mais curto possível, este é frequentemente prolongado pela ausência de vagas de internamento. Desta forma, a capacidade da UICD é largamente ultrapassada à medida que se acumulam doentes internados em macas da área ambulatória. O internamento na UICD contempla a atividade médica, cirúrgica e ortopédica, embora a medicina interna seja responsável pela assistência da maioria dos doentes inscritos no SUG.

A Sala de Reanimação, ou simplesmente reanimação, dependente funcionalmente da UICD para abordagem de todos os doentes emergentes e muito urgentes que necessitem de estabilização imediata. Neste sentido, são encaminhados para a reanimação os doentes acompanhados pela VMER, os doentes emergentes ou outras situações que careçam de intervenção imediata. A sala de reanimação é constituída por duas macas, cada uma com carro de reanimação e desfibrilhador.

O SUG possui ainda na área de ambulatório não respiratório outras salas ou gabinetes para atendimento de psiquiatria e outra área para especialidades cirúrgicas como ortopedia e cirurgia geral.

O serviço de imagiologia tem duas salas para adultos com técnicos em presença física 24h / dia. Adjacente ao SUG existe ainda um laboratório de urgência que funciona em permanência.

A área de atendimento não urgente está destinada a doentes com prioridade pouco ou não urgente. Está localizado num espaço exterior, composta por dois gabinetes de atendimento médico e uma sala de intervenções de enfermagem. O horário de funcionamento é das 08h as 22h, sendo assegurada por um enfermeiro, um auxiliar de ação médica (AAM) e um médico.

A pandemia originada pelo COVID gerou uma enorme pressão sobre o funcionamento do SUG, impondo-se a criação de circuitos distintos de modo a minimizar contágios. Pelas suas características emergia a necessidade de ampliação do SUG, através da instalação de uma unidade de construção modelar no exterior do HFF, com a área aproximadamente de 750m² para o acolhimento e avaliação clínica de doentes e suspeitos de COVID, aumentando deste modo a capacidade de resposta e o nível de segurança dos doentes. Esta área é constituída por uma duplicação das áreas anteriores em menor número. Inclui ainda uma área de UICD-ADR.

A direção do SUG é constituída por um diretor e até três adjuntos, enfermeiro chefe, coordenador da área cirúrgica, coordenador da área ortopédica, gestor de departamento e chefia administrativa. A direção reúne regularmente para avaliar e reajustar a dinâmica do SUG. Assim, este SUG tem um diretor do serviço que é médico e responsável pela organização global de toda a atividade, tanto do ponto de vista estratégico como assistencial. Responde diretamente à direção clínica, em representação do CA. A equipa médica do SUG depende hierarquicamente do diretor do serviço.

No HFF, as equipas de enfermagem e de assistência operacional estão dedicadas inteiramente ao SUG. Contudo, a equipa médica dedicada do SUG assegura a atividade assistencial apenas das 8h as 15h dos dias úteis, facilitando a normal atividade das enfermarias de Medicina. Assim, existe a necessidade das equipas médicas hospitalares dos vários serviços de medicina interna completarem as restantes 17h nos dias úteis e as 24h durante o fim-de-semana e feriados. Estas equipas são asseguradas por assistentes hospitalares e internos, integrados em 8 equipas móveis escaladas rotativamente. Nestas equipas são ainda incluídos os internos de outras especialidades que se encontram a realizar o estágio de medicina interna bem como internos de formação geral (anexo D2). As equipas móveis do SUG rodam no dia da semana com periodicidade, bianual, de forma retrógrada. No caso de não seguirem a rotação da equipa serão atribuídos de acordo com as necessidades do SUG. Esta situação tem-se agravado com os contratos individuais de trabalho, atualmente com 18h das 40h, alocadas ao SUG, associado a horas de compensação após trabalho noturno, o que se reflete em semanas de trabalho assistencial especializado mínimo nas restantes tarefas: enfermaria, consulta externa, exames complementares, hospitalização domiciliária ou mesmo hospital de dia. A área ambulatoria é assegurada nas 24 horas por uma equipa dedicada e por médicos contratados em regime de prestação de serviços no SUG, geralmente médicos de Medicina Geral e Familiar ou médicos sem especialidade. Frequentemente internos e assistentes de Medicina Interna da equipa escalada na UICD são também alocados à área de ambulatório, conforme gestão do chefe de equipa. No balcão geral a assistência pode ser assegurada por internos de especialidades médicas, nomeadamente medicina interna e alguns assistentes hospitalares de apoio.

A equipa de enfermagem é composta um enfermeiro chefe, quatro enfermeiros responsáveis; e 5 equipas de 20 enfermeiros cada e enfermeiros em horário fixo sempre que haja situações que o justifiquem. Em relação aos AAM, ou assistentes operacionais, estes encontram-se agrupados em cinco equipas de 13 elementos e 11 em regime de horário fixo. A gestão de enfermagem do SUG é permanentemente assegurada pelo enfermeiro chefe, diariamente entre as 8 e as 17 horas, e até às 23 horas pelos enfermeiros responsáveis. Nos turnos da noite, o enfermeiro chefe de equipa assegura a resolução de situações pontuais.

Em relação aos RH do SUG, no âmbito do plano atividades orçamentais para 2022 pretende-se aumento do número de médicos em contrato individual de trabalho (de 23 para 28) reduzindo a necessidade de prestação de serviço. Em relação à equipa de enfermagem procura-se aumentar de 140 para 157 profissionais. Seria importante fidelizar estes profissionais em prestação de serviços de modo a reduzir os seus custos financeiros e aumentar a qualidade da sua resposta.

A previamente referida diversidade sociocultural da população, representa um desafio constante tanto organizacional como individual, mas permite-nos desenvolver competências na avaliação rápida do doente, na tomada de decisões e na abordagem do doente crítico. Esta diferenciação técnica pode ser atrativa para as equipas de saúde, mas é um desafio em termos de gestão.

3.2.1.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para além da atividade base do SUG e do SUB, foram desenvolvidas as seguintes atividades: consulta de “doentes agudos”, programa de gestão integrada dos doentes hiperfrequentadores, internamento de curta duração e encaminhamento para CSP de alguns doentes pouco ou não urgentes.

A consulta de “doentes agudos” é realizada por 1 elemento do SUG (especialista de Medicina Interna) e funciona no espaço da Consulta Externa, contando para tal com um gabinete próprio entre as 8h e as 13h, um dia por semana. Destina-se a garantir um acompanhamento em curto espaço de tempo dos doentes sem critérios de gravidade clínica para internamento, mas que requerem uma reavaliação clínica a curto prazo. Com a efetividade clínica desta consulta o serviço conseguiu: garantir a continuidade de cuidados, evitar admissões indevidas no SUG e prevenir proactivamente readmissões no SUG por falência terapêutica, incumprimento ou agravamento de doença. Dos questionários realizados à equipa médica foi unânime na necessidade de aumentar esta resposta.

Em 2018, o serviço teve um programa de gestão integrada dos doentes hiperfrequentadores, com os seguintes objetivos: definir um plano de tratamentos e melhorar o estado de saúde do doente; diminuir o número de admissões no SUG e potenciar a integração dos CSP. Para desenvolvimento do programa foram sinalizados todos os doentes com mais de 4 vindas num ano e subdividiram-se em 4 grupos conforme o motivo de vinda: doença, psiquiátrico, abuso de substâncias e caso social. Estabeleceu-se colaboração com os ACES Amadora e Sintra para encaminhamento de doentes que ocorrem ao SUG por motivo de doença não aguda. Em 2021 identificaram-se no SUG as 1779 pessoas consideradas hiperfrequentadores no SUG, constituíram 10% de todas as vindas ao SUG (n= 11.844 episódios) e das 195 pessoas identificadas no SUB constituíram 4% (n = 1273 episódios) (apêndice G30).

Para redução das admissões no SUG por vindas inadequadas desenvolveu-se uma referenciação para os CSP de doentes triados pouco ou não urgentes, vulgo com pulseiras verdes e azul mediante alguns pressupostos de segurança, ou seja, critérios de inclusão e exclusão (apêndices H). Durante o ano de 2021 foi generalizado o número de protocolos de articulação entre os hospitais e os CSP para encaminhamento e seguimento de doentes triados com prioridades de atendimento mais baixas (verdes e azuis). Contudo, as pessoas têm recusado a orientação para os CSP e existe um grande número de doentes sem médico de família na área de influência do HFF.

3.2.1.3. AVALIAÇÃO INTERNA DA GESTÃO

Para analisar internamente o SUG do HFF foram aplicados alguns questionários aos profissionais de saúde, conforme metodologia anteriormente descrita. Analisando as respostas obtidas aos questionários da avaliação dos modelos de gestão existente e desejado e, de acordo com o modelo interpretativo proposto por Quinn, pode-se inferir que para a equipa médica analisada está fortemente centrado nas relações humanas e para a enfermagem no modelo de objetivos racionais (anexo G1 e G2). Mas ambas as equipas são unânimes em considerar que da avaliação desejada o modelo de gestão deve-se focar mais numa estratégia participativa e inovadora. Deve-se aumentar a coesão do grupo, onde as pessoas e o trabalho em equipa sejam valorizados. Será importante assim investir nos doentes e nos profissionais de saúde através da valorização dos RH, da formação contínua de todos os elementos e da promoção do trabalho em equipa. Por outro lado, é significativamente evidente que a gestão deste SUG está focada na produtividade, mais do que aquilo que os geridos desejam, e o modelo dos processos internos apresenta-se aparentemente consolidado denotando que não se trata de uma organização recente. Admite-se que a pandemia criou a percepção nos profissionais analisados da necessidade de adaptação para responder à imprevisibilidade de situações extremas com recursos limitados, obrigando a uma resposta e aprendizagem imediatas, de adaptação permanente e de escalonamento de prioridades (Bunderson, 2001; Cameron & Quinn, 2011).

O *commitment* permite avaliar o grau de compromisso do colaborador com o SUG e tem influência na atuação do mesmo face à organização (anexos G2 a G9). As dimensões psicológicas medidas no *commitment* são coerentes com esses resultados: a maioria dos liderados está na componente afetiva, que se coaduna com uma participação ativa, construtiva e espontaneamente participativa, expondo situações de melhoria e sugerindo diretivas de ação, com sentimento de lealdade em que a sua voz é ouvida e respeitada pela liderança (*in group*). No seguimento dos resultados anteriores, a avaliação do *commitment* para a equipa médica demonstra a existência de elevados níveis de afeto e lealdade em relação ao SUG, predominando o *commitment* afetivo com baixas avaliações de *burnout*. Trata-se assim, de um grupo coeso e motivado com o seu trabalho (anexos G8 a G10).

Infelizmente, a política de recrutamento para trabalho em SUG não é atrativa, numa área em que a vocação é determinante, sem qualquer tipo de retribuição, a nível de carreira, ou remuneratório. Para compensar esta lacuna dos SUG, muitos dos médicos são prestadores de serviços sem clara referência hierárquica, não integrados na instituição. Neste sentido, existe uma menor, mas não menosprezável, componente de médicos na dimensão continuidade, revelando os indivíduos que só fazem o estritamente necessário. Estes estão pouco motivados, têm uma atuação de negligência, com redução do esforço e empenhamento organizacional ao mínimo, mostrando-se complacentes com a falta de qualidade e deterioração da situação (*out group*). No que concerne à equipa de enfermagem, verificam-se baixas ponderações de *commitment* afetivo com elevado sentimento de *burnout*. Neste sentido, compreende-se o aumento da saída de colaboradores do serviço nos últimos anos, principalmente em relação a enfermeiros do internamento. As equipas de enfermagem e AAM procuram remunerações mais justas e as de medicina maior reconhecimento e justiça no trabalho. A sua voz deve ser incentivada, ouvida e aceite, com o intuito de reforçar a lealdade e transformar atitudes passivas progressivamente mais ativas e construtivas (Delery & Gupta, 2016; Jiang & Messersmith, 2018; Joseph, 2018; Ferreira, 2018; Stenson, 2021; Meyer & Allen, 1997).

Os questionários de *leader member exchange* 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 dos elementos avaliados. Uma liderança forte e coesa fomenta uma adequada comunicação que é determinante para a gestão estratégica do SUG e conseqüentemente para a sua sustentabilidade. Assim, é normal notar que os cuidados prestados se caracterizam por necessitar de uma forte coordenação relacional em que o trabalho interdependente e incerto com inúmeros constrangimentos temporais exige uma constante adaptabilidade e rapidez de resposta (Liden & Maslyn, 1998; Gittel, 2011 e 2018; Jain, 2019; Miller, 2019) (anexos G3 a G5).

As organizações de saúde integram-se na categoria das burocracias profissionais em que a coordenação do trabalho é conseguida pela standardização das qualificações e o centro operacional e ajustamento mútuo são as componentes chave. O trabalho é interdependente e incerto com inúmeros constrangimentos temporais e exige uma constante adaptabilidade e rapidez de resposta. Assim, é fundamental desenvolver uma comunicação eficaz e cooperação de todos em torno da pessoa doente. Os resultados baixos obtidos ao nível da coordenação relacional obtidos são preocupantes (anexo G3). Admite-se que uma adequada comunicação e interajuda, em cada uma das etapas, permitira identificar incidentes e conseqüentemente desenvolver processos mais eficientes e eficazes. Importa referir que quanto maior coordenação relacional menor *burnout* e melhor cultura de comunicação e interajuda (avaliado no HRO) e maior *commitment* afetivo (Seow, 2013; Gittel, 2009).

Na bibliografia é referido de forma unânime que a *performance* melhora quanto maior for a coordenação relacional. A cooperação entre diferentes profissionais de saúde com equipas multidisciplinares pode ajudar a estabelecer estratégias eficazes e práticas para melhorar a segurança do doente. Deve-se procurar assim promover o *empowerment* dos profissionais de saúde como forma de envolver as pessoas na condução de certas atividades para atingir uma meta. O trabalho em equipa pode ser uma boa ferramenta para evitar os erros. Este mecanismo de coordenação do trabalho, complementar dos mecanismos mais clássicos, é fundamental para uma comunicação frequente, atempada, orientada para a resolução eficaz de problemas, ajuda mútua,) valores e conhecimento partilhado e respeito mútuo (Escoval, 2010; Gittel, 2009).

Os resultados da coordenação relacional baixos nos vários grupos profissionais deixam-nos preocupados já que são fundamentais em contextos de elevada interdependência e incerteza. As organizações de saúde são *loosely coupled systems*, em que os elementos constituintes interagem, mas onde são evidentes manifestações de separação e de identidades distintas. Contudo, tentar identificar quais os incidentes que podem ocorrer em cada uma das etapas e procurar identificar formas de melhorar de orientação dos doentes.

Identificou-se falhas de comunicação e na coordenação relacional ao nível do balcão geral com atraso na observação dos doentes, permanência prolongada dos doentes graves no balcão, atraso na identificação de situações emergentes, pouco rigor e cuidado na passagem e discussão dos doentes. Ao identificação destes incidentes na trajetória do doente permite encontrar formas de ser mais eficiente passíveis de serem transmitidas em reuniões periódicas com discussão de casos, definição de procedimentos técnicos uniformizados ou mesmo formação nas várias áreas do conhecimento. O termo incidente crítico permite tirar a conotação negativa que o termo “erro” pode ter.

De acordo com os resultados de HRO, concluiu-se que existe uma grande preocupação com a aprendizagem e responsabilidade individuais, bem como com a deteção de falhas. O SUG é propenso a erros repetitivos e comuns. Procura-se criar oportunidades de diálogo entre os vários intervenientes para melhorar e evitar esses erros. No HFF o registo de incidente é feito pela plataforma RISI que tem permitido reportar riscos de segurança do doente e conseqüente melhoria da qualidade. Não existe um hábito de reporte de erro devido ao trabalho que exige, não se reconhecer a existência do erro, considerar o reporte como punição em vez de momento de aprendizagem e a sensação de inutilidade do reporte. Contudo, o erro está inscrito na própria atividade organizacional e os eventos imprevistos e as limitações na sua previsão podem amplificar estes erros. Uma cultura de fiabilidade depende do conhecimento adquirido nos incidentes raros, nos enganos e uma cultura flexível que incentive o relato do erro não de uma forma punitiva, mas para prevenir próximas falhas, é mais segura e adequada à mudança. A informação correta e atempadamente disseminada pela organização, torna-se um importante fator de aprendizagem (anexos G6 a G7).

A análise destes resultados revela que existe uma grande deferência com a competência e grande preocupação com a falha, sendo a pessoa mais qualificada a que normalmente toma as decisões. Os valores mais baixos ocorrem na “relutância em simplificar”, ou seja, as pessoas não efetuam os procedimentos e controlos necessários, de modo a simplificar o funcionamento das operações. Contudo, os valores mais elevados em cultura justa e de aprendizagem são acordes com uma liderança que dá ênfase às relações humanas e cujo líder tem um papel importante de mentor e facilitador.

A avaliação da ambidextria revela que há um predomínio do contexto de gestão relativamente ao contexto de suporte social. Embora a gestão incentive à mudança (flexibilidade) face às novas necessidades, não parece fornecer o suporte social adequado, pelo que os trabalhadores se sentem explorados em função dos objetivos a cumprir (*exploitation*), notando-se já uma repercussão no desempenho percebido e nos resultados de *burnout* (anexo G7).

Neste contexto, propõem-se à gestão do SUG facilitar a existência de um espaço para o desenvolvimento das competências individuais, desenvolver as equipas, no sentido de desenvolver as competências necessárias à concretização da estratégia/visão e a serem competentes para assumir riscos moderados e estabelecerem objetivos realistas. Em suma, deve-se procurar tornar este SUG capaz de manter o conservadorismo nas normas, mas apto a dar adaptabilidade aos desafios que surgem. Assim, a comunicação, como mecanismo de coordenação do trabalho, é fundamental para o sucesso. Neste sentido, o HFF apresenta um sistema de comunicação eletrónico complementado por sistema telefónico extremamente eficaz. Com este mecanismo é possível rapidamente encontrar colegas e comunicar com os mesmos pedindo apoio na gestão dos doentes, permitindo uma comunicação frequente, atempada, orientada para a resolução eficaz de problemas e respeito mútuo.

A satisfação dos doentes é uma fonte de informação fundamental em qualquer instituição para o ciclo de melhoria contínua. Por conseguinte, o HFF valoriza a opinião dos seus doentes em todas as suas formas: inquéritos de satisfação, sugestões, elogios e reclamações. No Relatório Final de 2020 da Satisfação do Doente do HFF, e apesar da melhoria relativamente a 2019, verifica-se que a classificação de satisfação média do doente com o SUG é de 6,5 (o pior de todos os serviços analisados), com um *Customer Satisfaction Index (CSI)* de 60%. O *Net Promoter Score (NPS)* identifica uma baixa satisfação pelo tempo de espera e pela falta de clareza na altura da alta (anexos D10-D13).

3.2.2. Análise Externa do SU do HFF

Como qualquer instituição hospitalar EPE, a atividade do HFF está diretamente dependente do respetivo CA e da tutela. Um CP entre o CA e o Ministério da Saúde é acordado anualmente para toda a atividade do HFF prevista para esse ano. Consequentemente, o CP tem impacto em todos os serviços e o seu cumprimento depende da sua atividade incluindo a relacionada com o SUG. Por outro lado, a

atividade do SUG também é condicionada pela capacidade instalada no HFF e pela disponibilização dos meios físicos e técnicos por parte do CA.

O SUG deverá ser um local de admissão, triagem e orientação de pessoas em situação de doença aguda, sendo o seu encaminhamento posterior para alta. A saída de doentes do SUG para o internamento está intimamente ligada à capacidade de dar alta. A alta do SUG poderá ser para internamento, transferência para outra unidade hospitalar ou para o exterior, com ou sem orientação para outros cuidados de saúde. A permanência inapropriada dos doentes é um dos problemas mais graves dos hospitais, erradamente atribuído ao SUG, mas reflexo das suas várias ingerências. Na sua génese encontramos condicionantes na saída dos doentes como transferência para a enfermaria tardia por alegada indisponibilidade de recursos no destino e a incapacidade de assumir que o internamento melhora a qualidade dos cuidados e reduz a demora mínima global (GT-SU, 2019; Sibbritt, 2006).

As consequências das falhas nos fluxos de saída do SUG levam a internamentos inadequados "no corredor" ou UICD supranumerárias improvisadas. Estes internamentos obrigam as equipas de profissionais do SUG a prestar cuidados simultaneamente de enfermaria aos doentes transferíveis e aos doentes que recorrem constantemente ao SUG e necessitam de cuidados urgentes ou emergentes. A incapacidade dos diferentes serviços em assumir os doentes com indicação do internamento, mas que continuam a permanecer no SUG, impede a abordagem global do problema e o trabalho em rede, reduzindo a qualidade da prestação dos cuidados. Assim, a proposta para acabar com o internamento no SUG passa pela articulação e coordenação com os serviços intra- ou inter-hospitalares, não só para o bom funcionamento do SUG, mas também para melhoria da sua *performance*. É imprescindível o estabelecimento de protocolos com serviços como a imagiologia, internamento medicina interna, cardiologia, pneumologia entre outros serviços dentro do hospital ou com os cuidados de saúde primários no âmbito extra-hospitalar (GT-SU, 2019; Sibbritt, 2006).

Numa perspetiva mais local e operacional, existem alguns indicadores definidos em CP do HFF relativo ao SUG, nomeadamente "peso dos episódios de urgência com prioridade atribuída verde/azul/branca", "peso dos episódios de urgência com internamento", "peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios) no total de utilizadores do serviço de urgência" e "*ratio* consultas externas/episódios de urgência". Existem ainda indicadores de desempenho como elevada percentagem de utilizadores frequentes com mais de 4 episódios de episódios, baixa percentagem de doentes atendidos dentro do tempo previsto e elevado número de atendimentos urgentes com internamento. Apesar de relevantes no alinhamento da estratégia da organização, não se aplicam, pelos diferentes papéis e responsabilidade no SUG, a todos os grupos profissionais de forma equitativa. Alguns não são resultados dependentes da ação direta dos profissionais individualmente, mas sim o resultado de todo o processo de acesso e gestão de cuidados de saúde. Para estes parâmetros procura-se tornar os indicadores mais tangíveis e adequados aos profissionais em exercício.

3.2.3. Análise SWOT do SUG do HFF

A análise SWOT relativa ao SUG constitui uma ferramenta essencial para a elaboração do plano estratégico.

O SUG encontra-se subdimensionado para a população que abrange, o que se traduz em horas de espera no SUG e taxas de ocupação muito elevadas. 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.

A ameaça da finitude de recursos materiais e humanos relembra-nos do limite da capacidade de resposta de qualquer SUG, associado a uma imprevisibilidade constante, sendo necessário a existência de capacidade adaptativa e reinvenção permanente.

Tabela 2 – Análise do programa de gestão baseado no SWOT do SUG do HFF

PONTOS FORTES (<i>Strengths</i>)	PONTOS FRACOS (<i>Weakness</i>)
<ul style="list-style-type: none">• Excelente interajuda e comunicação• Elevada diferenciação e experiência técnica dos profissionais do SUG;• Possibilidade de desenvolvimento profissional com a introdução de novas técnicas;• Equipa motivada para a inovação e conhecimento científico;• Equipa dedicada jovem e motivada;• Excelente interajuda e comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Déficit de profissionais em diferentes áreas;• Deficiente articulação com outros serviços médicos ou de MCDT;• Perda de eficiência por limitação dos recursos físicos disponíveis;• Deficientes condições de trabalho, remuneração inadequadas e insuficientes incentivos salariais
OPORTUNIDADES (<i>Opportunities</i>)	AMEAÇAS (<i>Threats</i>)
<ul style="list-style-type: none">• Grande vontade de mudar e inovar;• Desenvolvimento de programa de formação na gestão de doente crítico;• Ambição de ser um serviço de referência que prima pela segurança do doente e dos profissionais de saúde;• Desenvolvimento de uma equipa qualificada com competência em emergência reconhecida pela Ordem Profissional.	<ul style="list-style-type: none">• Escassez de RH diferenciados, nomeadamente de medicina e enfermagem constituem obstáculos para a implementação de mudanças;• Elevada pressão assistencial com cansaço dos profissionais de saúde sobretudo após pandemia;• Remuneração e oportunidades de carreira mais atrativas nas unidades privadas.

A inovação e a capacidade de adaptação são cruciais pelas constantes atualizações de conhecimentos. O SUG tem um papel importante na formação dos internos através da realização de estágios. As oportunidades surgem na melhoria dos processos internos e da eficiência da gestão dos serviços do HFF. A possibilidade de descentralização e responsabilização da gestão pelos resultados, constitui uma oportunidade para promover uma melhoria nos processos e resultados do SUG.

3.3. Resultados das Entrevistas Semiestruturadas

A reprodução dos apontamentos das entrevistas realizadas e agregação de todos os dados apurados encontram-se em anexo. A maioria dos entrevistados referiu grande expectativa em relação aos CRI no que diz respeito aos ganhos em eficiência e qualidade dos serviços e a forma como modelo de gestão permite agilizar os processos internos. Na tabela 3, foi possível considerar, segundo a metodologia utilizada, a existência 23 conceitos de primeira ordem que estão relacionadas com situações descritas pelos entrevistados, informações constantes em documentação interna e dados observacionais. Desta observação originou 14 temas de segunda ordem e resumiu-se em 5 dimensões agregadas. De modo a não ficar perdido na imensidão de conceitos, termos e categorias obtidos na primeira análise foram reproduzidos apenas os temas de 1ª ordem considerados mais significativos. De qualquer modo, deixou-se uma reprodução mais completa em anexo das entrevistas realizadas. Em análise crítica, teria sido mais adequado não conhecer a literatura detalhadamente antes das entrevistas semiestruturadas porque ao conhecer a literatura associada demasiado cedo poderá ter condicionado viés de confirmação.

Os CRI devem ser orientados para a qualidade e valorização dos profissionais fomentando a coesão e trabalho em equipa sob uma liderança forte e conciliadora entre os a visão, estratégia e objetivos institucionais com as necessidades e expectativas individuais dos profissionais de saúde. Os objetivos contratualizados devem ser realistas e ambiciosos, promovendo a melhoria dos resultados globais da unidade de saúde. A variabilidade de indicadores enunciada pelos entrevistados releva a importância da avaliação de diferentes dimensões das organizações. Consideraram que os indicadores devem ser claros e mensuráveis, mas nenhum dos CRI incluídos usa BSC, fazendo a avaliação de desempenho organizacional através de indicadores de produção e de acesso. A maioria dos entrevistados considera a possibilidade de introduzir um sistema de incentivos e de conferir autonomia financeira ao serviço um aspeto muito importante de forma incentivar financeiramente a atividade adicional assegurando a atividade base.

A introdução de um SGAD permitiria conferir transparência e justiça ao processo, mas são variados e pouco significativos no processo. De referir que apenas um destes CRI apresenta PTI. São apontadas como causas para essa inexistência a falta de sistemas de informação adequados e a inexistência de uma contabilidade analítica.

Tabela 3 - Estrutura de dados segundo metodologia Gioia, Corley & Hamilton (2013)

Conceitos de 1ª Ordem	Temas 2ª ordem	Dimensões agregadas	Evidência (confrontar com as entrevistas nos apêndices citados)	Perguntas mais significativas	Palavras-chave	Nº de resultados
<ul style="list-style-type: none"> Caracterizar a unidade de saúde em causa antes da implementação do CRI Delinear um plano estratégico de mudança ao <i>status quo</i> atual do serviço. 	Estrutura geral facilitadora de implementação CRI	Avaliação da organização Interna	<p>“deve-se procurar um modelo que permita autonomia ao CRI” (apêndice 3.1)</p> <p>“É composto por uma equipa multidisciplinar (...) elevada diferenciação técnica dos profissionais do Serviço” (apêndice 3.4)</p>	1 2,1 a 2,2	Autonomia	11 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4 C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a organização interna antes do CRI e quais os fatores que motivaram a sua implementação; Identificar as dificuldades na unidade e as expectativas das pessoas envolvidas. 	Estratégia organizacional (antes do CRI)		<p>“a certificação é que despoletou tudo o resto, ou seja, o CRI vem no final de um processo de preparação com muito trabalho.” (apêndice 3.1.)</p>	2,3 a 2.5 3.1	Processo	11 em 13 entrevista C3.1.; C3.2. C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Definir os aspetos gerais da visão e estratégia de um CRI; Redigir um plano de ação e objetivos estratégicos alinhados com a visão; 	Desenvolver uma visão estratégia	Gestão Estratégica alinhada à visão e objetivos	<p>“Um CRI só prevê atividade em consultas programadas (...) inviabilizando um CRI na urgência sendo necessário uma opção inovadora (apêndice 4.1.)</p> <p>“deve-se identificar pequenas partes do SUG que possam progressivamente ser incluídos no CRI” (apêndice 3.1.)</p>	2.6. 6.3, 6.6, 6.7	Visão	11 em 13 entrevista C3.1.; C3.2 C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Perceber quais as principais linhas orientadoras do CRI; 	Linhas de ação		<p>“deve-se definir objetivos ambiciosos, mas em que as metas sejam não somente credíveis e realistas como tangíveis (ter bom senso porque não se pode almejar o que não é possível)” (apêndice 3.1)</p>	3.2, 6.4, 6.5	Objetivos	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4. C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Identificar os principais objetivos e indicadores estratégicos 	Objetivos estratégicos		<p>“Foram utilizados todos os indicadores “normais” do CP” (apêndice 3.1)</p> <p>“Procurar definir objetivos claros e inequívocos que estejam na dependência do CRI e não de outros serviços” (apêndice 3.3)</p> <p>“Um CRI precisa de indicadores robustos, mas de fácil obtenção” (anexo 3.3.)</p>	3.3, 3.4, 3.11	Indicadores	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4

Conceitos de 1ª Ordem	Temas 2ª ordem	Dimensões agregadas	Evidência (confrontar com as entrevistas nos apêndices citados)	Perguntas mais significativas	Palavras-chave	Nº de resultados
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar os fatores que levaram à necessidade de mudanças de modo a definir as mudanças pretendidas. 			“Os indicadores devem ser fáceis de medir e ajustados a cada área de atuação de cada equipa” (apêndice 3.4.)			C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4.; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8.; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a estratégia e operacionalização do CRI; Enquadrar a moldura legal à atividade do serviço a implementar CRI; 	Estratégia operacional do CRI		<p>“para a majoração do trabalho (..) existem apenas algumas atividades consideradas passíveis de atividade adicional em CRI” (apêndice 3.2.)</p> <p>“A urgência é uma parte importante do hospital e dá um grande poder dentro do hospital” (anexo 3.3)</p> <p>“o sucesso do projeto dependerá da equipa” (apêndice 3.4.)</p>	3.12, 4.1, 4.2, 4.6, 5.2, 5.12	Equipa Mudança Majoração	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4. C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4.; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8.; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Definir o valor do CRI para cada pessoa interessada Avaliar as ferramentas de gestão utilizadas com destaque para a operacionalização do CRI 	Valor para as pessoas interessadas	Mecanismos de controlo de gestão alinhado com visão do serviço	<p>“O CRI permitiu de alguma forma motivar e reter talento” (apêndice 3.1.)</p> <p>“o CRI potenciou o valor percebido pelos profissionais e criou algum sentimento de alívio sobre estas equipas de alto desempenho” (apêndice 3.3)</p> <p>“Destaca-se a escassez de RH” (apêndice 3.4.)</p>	3.11 e 6.1	Acessibilidade Desempenho Produtividade	12 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.4. C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4.; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8.; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Clarificar quais os instrumentos de controlo de gestão a adotar que melhor avaliem os resultados pretendidos 	Ferramentas ou instrumentos gestão		<p>“o CRI surge da vontade de congregar ao nível de departamento alguns recursos físicos e humanos numa missão mais capitalizada” (apêndice 3.2.)</p> <p>“a ideia interessante era avançar para pagamento de incentivos (...) este modelo prevê essa possibilidade que será de aproveitar” (apêndice 3.3)</p>	3.4, 3.8, 3.9, 5.4	Incentivos	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4. C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4.; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8.; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Fazer uma análise dos resultados antes da implementação CRI Comparar as expectativas e resultados reais das pessoas envolvidas 	Resultados do CRI		“Os CRI como estruturas de gestão intermédia permitem aproximar a gestão dos profissionais” (apêndice 3.3.)	4.5, 4.7, 4.8, 5.1, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.12	Proximidade	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4. C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4.; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8.; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Identificar o sistema de informação mais adequado ao controlo de gestão 	Sistema de Informação		“Em relação aos sistemas de informação, é fundamental que a tecnologia (...), permita obter os indicadores mais rapidamente” (apêndice 3.1)	4.9., 4.10.	Informação	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4. C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4.; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8.; C4.9.

Conceitos de 1ª Ordem	Temas 2ª ordem	Dimensões agregadas	Evidência (confrontar com as entrevistas nos apêndices citados)	Perguntas mais significativas	Palavras-chave	Nº de resultados
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar os critérios de recrutamento e seleção de RH e estratégias de gestão de pessoas e conflitos Identificar os critérios de recrutamento e seleção, bem como a avaliação do SGAD e sistema de incentivos 	Gestão RH	Gestão de Pessoas	<p>“é preciso vontade ou predisposição dos conselhos de administração para aderirem à criação de um CRI” (apêndice 3.2.)</p> <p>“E os serviços necessitam de uma liderança forte e promotora de constante insatisfação porque apenas a pressão constante permitirá a busca de melhoria” (apêndice 3.3)</p> <p>“A liderança do CRI é que motiva as pessoas para a mudança” (apêndice 3.4.)</p>	3.6, 4.4, 5.7	Avaliação Liderança Política	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4 C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar implementação e operacionalização do sistema de avaliação de desempenho 	Sistema Avaliação Desempenho		<p>“a diferenciação e especialização do corpo clínico médico e de enfermagem poderá tirar benefícios na centralidade do doente” (apêndice 3.2)</p>	3.7, 5.5, 6.8	Especialização	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.4 C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar implementação e operacionalização do sistema de incentivos. 	Sistema de incentivos monetários e não monetários		<p>“CRI não capacidade de recrutamento direto (...) poderá permitir uma sustentabilidade de RH ao reter profissionais (apêndice 4.1.)</p> <p>“A dificuldade na gestão na ULSCB é reter talento” (apêndice 3.1)</p> <p>“ter equipas dedicadas no SUG que tenham um sentimento de pertença é fundamental” (apêndice 3.1.)</p>	3.8; 5.6, 6.9	Talento Incentivo	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4 C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8; C4.9.
<ul style="list-style-type: none"> Perceber a estratégia de comunicação adotada; Desenvolver sistemas de partilha de informação 	Comunicação	Comunicação	<p>“O projeto de CRI é suficientemente disruptivo para fazer mexer a organização” (apêndice 3.4.)</p> <p>“Quanto mais um conselho de gestão acredita no projeto mais consegue envolver e comunicar com a equipa.” (apêndice 3.4.)</p>	4.3	Comunicar Disruptivo	13 em 13 entrevista C3.1.; C3.2.; C3.3.; C3.4. C4.1.; C4.2.; C4.3.; C4.4; C4.5.; C4.6.; C4.7.; C4.8; C4.9.

Salienta-se que 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 RH 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.

Destaca-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.

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. É reforçado 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 custo, de contabilidade analítica e de informação, realça serem essenciais para as organizações de saúde em geral e particularmente para os CRI. O BSC é considerado um bom instrumento para avaliação de desempenho organizacional. Contudo, a avaliação de indicadores de acesso e de produtividade é considerada importante, mas insuficiente. Por fim, o presidente da ACSS, determina que é necessário tornar os processos claros e transparentes, mas um CRI não é possível diretamente para a atividade do SUG por não ser programada. Sugere-se inovação na criação de um CRI no SUG.

3.4. Análise Crítica

O SUG do HFF é o hospital com maior número de atendimentos da área metropolitana de Lisboa. Estes atendimentos caracterizam-se pela imprevisibilidade de situações extremas e urgentes que obrigam a uma resposta imediata, de adaptação permanente e de escalonamento de prioridades. Se esse escalonamento e conseqüente adequada orientação não for conseguida, a qualidade do desempenho é afetada com a inevitável subida de mortalidade e morbidade. A pandemia tem vindo a esgotar os recursos que já se encontravam no limite e a obrigar a uma maior eficiência e eficácia na utilização dos mesmos, assim como, a um maior rigor, autonomia, responsabilização e flexibilização na gestão. O

SUG do HFF 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. Contudo, o seu desempenho do SUG encontra-se comprometido por não existir um SCG que articule objetivos, indicadores e metas organizacionais com os resultados reais, impossibilitando a otimização da sua performance. As tomadas de decisão encontram-se ainda muito centralizadas, dependentes das orientações da tutela e CA, condicionando a autonomia da gestão e contribuindo para a dificuldade na implementação de uma gestão estratégica ágil e responsável.

Da análise HRO conclui-se que existe uma grande preocupação com a aprendizagem e responsabilidade individual, bem como com a deteção de falhas. No entanto, existe uma menor capacidade aparente de relatar os próprios erros em segurança e com flexibilidade, o que poderia permitir que o SUG do HFF aprendesse com a análise sistemática dos próprios erros cometidos.

Da análise SWOT realizada ao SUG 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. Por outro lado, a falta de médicos diferenciados, 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. 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.

Existe uma tentativa de reforço de equipas dedicadas à gestão do SUG de cada unidade hospitalar. Este reforço permitirá a estabilização das equipas conhecedoras das idiossincrasias de funcionamento do SUG, que asseguram a continuidade do trabalho e dinâmica, facilitando a integração de cuidados mais eficiente. Assim, deve-se promover a criação de equipas próprias com formação adequada e liderança, nomeadamente com a criação da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência.

Como o problema da sobrelotação dos doentes no SUG é transversal às várias unidades hospitalares, é fundamental a partilha de um conjunto de informações que permitam a validação ou a melhoria dos processos organizacionais ou identificação de soluções viáveis. Nessa análise de *benchmarking* pretende-se realizar a comparação entre a estrutura, atividade e resultados do SUG com outros hospitais nacionais e internacionais com características semelhantes. No *benchmarking* realizado o Hospital Garcia da Orta, por exemplo, este apresenta maior apoio de outras especialidades ao SUG na observação e gestão dos doentes internados. No Hospital de Castelo Branco os vários serviços alugam camas a outros serviços, permitindo estabelecer PTI e reforçar a contratação de equipa de medicina e enfermagem aos mesmos.

CAPÍTULO 4

Projeto de Intervenção: CRI-AR-HFF

Os dados apresentados no diagnóstico organizacional sugerem um potencial de otimização do SUG do HFF, nomeadamente no que diz respeito à sua eficiência, à qualificação dos serviços prestados, tendo em consideração a centralidade do doente, e à promoção da valorização dos profissionais de saúde. Justifica-se assim a realização deste projeto de investigação: conceptualização de um CRI para a noção de alta resolução (AR) preconizada para o SUG do HFF. Nas secções seguintes define-se a sua cultura organizacional determinando a sua missão, visão e valores, concebendo-se a marca 'CRI-AR-HFF', 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.

4.1. Missão, Visão e Valores

A **missão** do CRI-AR-HFF é, por um lado, prestar cuidados de saúde de excelência centrados no doente a todos os doentes do SUG do HFF, em articulação com os CSP, bem como com os demais hospitais integrados na rede do SNS, garantindo a acessibilidade, a equidade, a qualidade, a eficiência e a efetividade dos mesmos. Procura potenciar o desempenho na gestão dos doentes urgentes do SUG do HFF. Utiliza os seus RH e materiais, em obediência aos princípios da centralidade no doente, da acessibilidade, da equidade, da tempestividade, da continuidade, da qualidade, da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo a melhoria dos resultados e dos ganhos em saúde. Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação de profissionais de saúde, pautando-se por princípios científicos, de humanização, motivação e pertença para os cidadãos e profissionais (Portaria nº 330/2017, 31 outubro).

Perspetiva-se a visão de reconhecimento nacional e internacional como centro de excelência e de referência no diagnóstico e tratamento de situações agudas e da valorização dos profissionais de saúde. Como modelo de gestão pretende-se que seja amplamente reconhecido como exemplo de uma gestão eficiente em relação a resultados (ou do inglês *outcomes*) e enquanto sistema promotor da valorização, reconhecimento e recompensa dos profissionais envolvidos (Manual Standards DGS 2016). Os valores pelos quais o CRI-AR-HFF se rege articulam a sua atividade com o compromisso de respeito e diálogo com as pessoas em situações agudas de vulnerabilidade da sua saúde, incluindo as suas famílias, e pelos profissionais envolvidos no processo terapêutico. Pretende-se que sejam atividades sustentáveis e integradas com os CSP, ao mesmo tempo que se procura capacitar os doentes e suas famílias para uma melhor gestão da sua saúde de forma mais humana, autónoma e cooperativa.

Procura-se humanizar os cuidados de saúde e fomentar a conversa terapêutica através de cuidados de saúde profissionais mais humanos, próximos e personalizados. Considera-se a avaliação de cada pessoa doente como ser bio-psico-social, com expectativas e desejos próprios, com uma cultura e um percurso de vida únicos. Procura-se promover cuidados mais humanos, equilibrados e sustentáveis do ponto de vista da saúde física, mental e social dos seus doentes. Os pilares do CRI-AR-HFF serão os padrões clínicos e técnicos de excelência, a procura pela inovação e melhoria contínua. A valorização, o reconhecimento e a recompensa dos colaboradores, os princípios de sustentabilidade financeira e de eficiência económica são também valores-chave deste CRI (anexos F1-F2).

4.2. Caracterização

O CRI-AR-HFF 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 do SUG do HFF. A cobertura assistencial incluirá toda a atividade base do SUG. Os resultados da prestação de cuidados de saúde, a melhoria da acessibilidade dos doentes e a qualidade dos serviços prestados são os indicadores que se procuram potenciar pela avaliação de desempenho e pagamento de incentivos.

Conforme entrevista aberta com Prof. Victor Herdeiro não é possível um sistema de incentivos para a atividade base do CRI-AR-HFF. Assim, a atividade que permitirá a base de investimento para pagamento de incentivos será a atividade adicional num modelo de consulta que incluirá os doentes pouco ou não urgentes e de agudos denominada Unidade de Tratamento do Doente Agudo Hospitalar (UTAH). A atividade assistencial decorre nas estruturas físicas do SUG dedicadas à gestão do doente agudo / pouco ou não urgente. De notar que a atividade do SUG nas restantes áreas deve-se manter. Para além disso, a área geográfica de abrangência corresponde à área de intervenção do HFF. A atividade deverá estar 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.

Por um lado, a criação de consultas para os doentes após a alta do SUG surge da necessidade de reavaliar estes doentes em curto espaço de tempo e da resposta limitada dos CSP para prevenir readmissões. Por outro lado, é uma forma de reduzir a pressão sobre o SUG de doentes pouco ou não urgentes mediante critérios de inclusão e exclusão de segurança. Com esta consulta cria-se uma estrutura intermédia, diferente e inovadora para atender estes que necessitam de observação.

A proposta de criação do CRI-AR-HFF ambicionará ser um impulsionador de mudança no modelo organizativo da atividade reduzindo a pressão sobre o SUG e conseqüente melhoria dos cuidados aos doentes críticos. O ponto basilar para a real mudança do funcionamento do SUG será a contratação de profissionais em quantidade e qualidade. Essa melhoria permitirá um aumento do horário da equipa dedicada e uma maior continuidade e uniformidade na abordagem dos doentes.

O tratamento dos doentes agudos irá abranger uma equipa médica multidisciplinar, bem como o envolvimento ativo e participativo dos vários profissionais de saúde como enfermeiros, AAM, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes administrativos, entre outros. Irá requerer uma liderança com capacidade e vontade de abraçar este desafio técnico, clínico e formativo. A seleção dos RH terá 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. Será considerada a integração de elementos que venham a ser recrutados externamente desde que assumam os mesmos critérios de elegibilidade para o recrutamento interno. A concretização de um SGAD adequado é decisiva para a avaliação justa e transparente do desempenho dos profissionais de saúde do CRI, enquanto que o sistema de incentivos é um elemento agregador de toda a estratégia organizacional.

Os elementos a contratar serão elementos com perfil de prestação de cuidados ao doente crítico, preferencialmente recém-especialistas com margem para crescimento e abertos ao espírito do projeto. Retirárá o ónus de responsabilidade e carga de trabalho às equipas rotativas / chefes de banco. Do ponto de vista da formação, pretende-se que seja possibilitado aos elementos a contratar para a equipa fixa, todos os estágios e condições (incluindo operacional VMER) para que sejam admitidos na competência em emergência médica, o que representa uma mais-valia teórico-prática e curricular. Como aliciantes (para além das formativas já enumeradas), poder-se-á diminuir o número de horas do contrato para as 36 horas semanais, o que representa uma semana de 3 turnos de 12 horas diurnos, sem necessidade de realização de noites ou fins-de-semana.

Por um lado, permitirá incutir uma lógica e espírito de serviço aos elementos dedicados ao SUG, com uma capacidade de decisão mais precoce sobre as transferências por parte das equipas conhecedoras das idiosincrasias da gestão do SUG do HFF. Por outro lado, as equipas rotativas poderão dedicar mais tempo ao serviço de origem agilizando mais precocemente as altas, gestão do hospital de dia e demais soluções para retirada de doentes do SUG.

4.3. Mapa estratégico

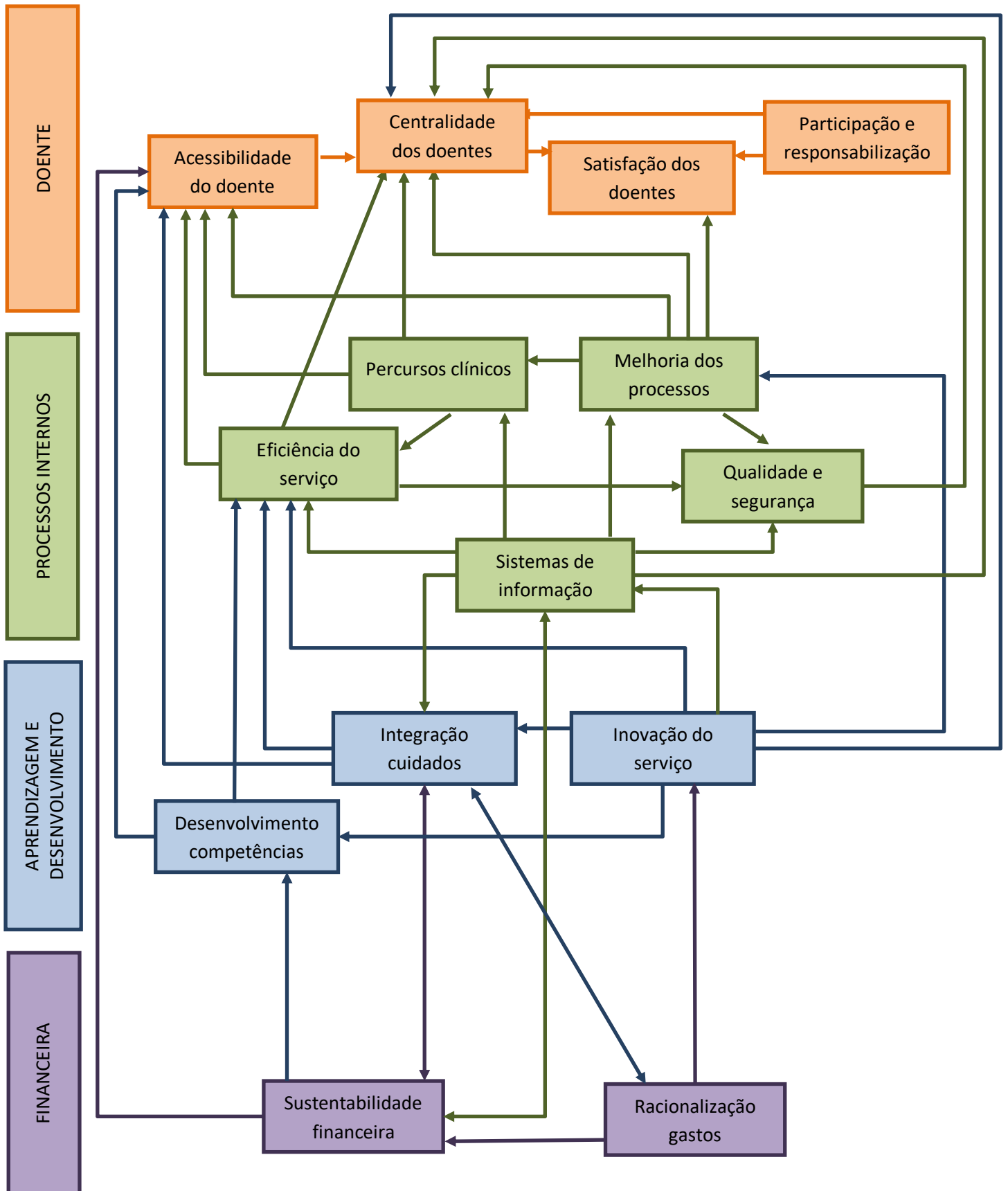
O mapa estratégico e o BSC são instrumentos de gestão estratégica que, para além de permitirem a avaliação de desempenho organizacional, garantem o alinhamento entre o CRI e a gestão de topo. São elementos fundamentais para o sucesso das estruturas descentralizadas e, conseqüentemente, para a sustentabilidade da própria organização, pois permitem a tomada de decisão baseada em informação de natureza estratégica e o acompanhamento da execução da estratégia definida. Por um lado, procurou-se ter em consideração no mapa estratégico e BSC do CRI-AR-HFF as 4 perspetivas clássicas de Kaplan e Norton (1992). Por outro lado, a visão estratégica do HFF presente no Plano de Atividades e Orçamento do HFF de 2020, baseia-se na realidade do hospital e nos desafios que se colocam nos

quatro eixos: doentes (o centro do sistema), profissionais (mais valorização, melhores cuidados), hospital (eficiência, sustentabilidade e inovação) e comunidade (proximidade com a população). De modo a enquadrar os princípios estratégicos do CRI à visão estratégica do CA do HFF definiram-se os princípios estratégicos do CRI presentes na tabela.

Tabela 4 – Princípios estratégicos do CRI-AR-HFF

Perspetivas	Princípios estratégicos
<p>Doente (o centro do sistema)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar continuamente a acessibilidade e adequar a oferta de cuidados prestados às necessidades da população (acessibilidade); • Fomentar a inclusão, humanização e a centralidade do doente e família (centralidade) procurando uma melhoria da satisfação (satisfação); • Melhorar a comunicação com os doentes e a comunidade e a educação dos mesmos, de modo a promover uma maior proximidade, participação e responsabilização (participação e responsabilização)
<p>Processos Internos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a eficiência da utilização dos RH e materiais, incentivando à criação de equipas de elevado desempenho (eficiência do serviço e percursos clínicos); • Promover a qualidade e segurança dos cuidados, criando um serviço de alta confiabilidade (qualidade e segurança); • Promover o desenvolvimento de tecnologias de informação que permitam a monitorização e auditoria constantes (sistemas de informação e melhoria dos processos).
<p>Aprendizagem e desenvolvimento organizacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competência, a motivação, a valorização e a satisfação dos colaboradores (desenvolvimento competências); • Promover a inovação dos serviços e dos cuidados com apoio, por um lado, ao ensino, formação contínua e investigação e, por outro, à modernização das instalações e equipamentos (inovação do serviço); • Desenvolver a integração e continuidade vertical dos cuidados, nomeadamente com os CSP (integração cuidados); • Melhorar a comunicação entre os profissionais envolvendo-os na tomada de decisão (envolvimento profissionais).
<p>Financeira</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a sustentabilidade e equilíbrio económico-financeiro (sustentabilidade financeira); • Racionalizar os gastos e com gestão transparente, racional e eficiente dos recursos (racionalização gastos).

Figura 1 - Mapa estratégico do CRI-AR-HFF



De notar que os objetivos mais importantes deste mapa estratégico são a acessibilidade e centralidade dos doentes. A pedra basilar na sustentabilidade de todo o processo é desempenhada pelos sistemas de informação. Os sistemas de informação devidamente alinhados permitem rápida e eficazmente identificar os períodos de afunilamento dos cuidados prestados no SUG e implementar medidas de compensação (*lean management*). De qualquer modo, a triagem e a primeira observação médica são os dois momentos mais críticos e sensíveis do atendimento de pessoas num SUG, devendo dar-se especial atenção no SCG, incluindo monitorização e auditoria. Na triagem é definido o risco previsível do doente conforme a gravidade descrita pelo próprio doente, familiares, equipa pré-hospitalar ou outros elementos de referência e irá definir os tempos ideais para a primeira observação. Durante o tempo de permanência no SUG a gravidade do doente pode-se alterar motivo pelo qual mecanismos compensadores como re-triagem e vigilância serão fundamentais. A monitorização e auditoria com identificação dos erros é crucial não como forma punitiva, mas de constante formação e melhoria (Sibbritt, 2006).

A primeira observação médica é o momento em que é formulada uma impressão diagnóstica conforme a colheita da anamnese e exame objetivo. Este momento depende do grau de diferenciação do/a médico/a mais concretamente das competências técnicas e experiência e de mecanismos de compensação como a existência de um coordenador direto diferenciado. Por um lado, uma inadequada avaliação de sinais de gravidade poderá atrasar um escalamento de cuidados fundamental ponto em causa a segurança do doente. Por outro lado, um pedido de exames desnecessários poderá aumentar o tempo de permanência no SUG e aumentar gastos comprometendo a sustentabilidade financeira e racionalização dos gastos e, nestes dois aspetos, um papel fundamental desempenhado por este coordenador.

4.4. *Balanced Scorecard*

O BSC emerge a partir da determinação dos objetivos estratégicos do CRI-AR-HFF. Estes, por sua vez, são definidos tendo em consideração as principais linhas orientadoras da estratégia organizacional e as quatro perspetivas de *Kaplan e Norton* (1992): do cliente ou doente (tabela 5), processos internos (tabela 6), aprendizagem e desenvolvimento (tabela 7) e financeira (tabela 8), com diferentes fatores de ponderação. Embora tenhamos inúmeros indicadores de desempenho para o SUG descritos na bibliografia, são poucas as revisões que analisaram a escolha diferenciada entre eles. Os resultados atribuídos às intervenções usadas para melhorar o desempenho de SUG foram analisadas individualmente para justificar a escolha para o CRI-AR-HFF (Austin, 2020; Sørup, 2013; Stang, 2015; Welch, 2011). Segundo o CP 2021 do HFF, o desempenho fica dependente da avaliação de 5 indicadores que serão incluídos no Índice de Desempenho do SUG.

Tabela 5 - BSC - Perspetiva do doente: objetivos estratégicos, indicadores e metas (30%)

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	FP	INDICADORES	PI	METAS	CRITÉRIOS DE SUPERACÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	INICIATIVAS
U1. Garantir a acessibilidade dos doentes	40%	Taxa de doentes observados na UTAH (1)	50%	> 90% dos doentes	Não atingido < 90% Atingido 90 a 95% Superado > 95%	Nº total de doentes observados / Nº de doentes sinalizados	Assegurar vagas para consulta de referenciação Assegurar observação dos doentes dentro do tempo previsto e do risco estimado pela triagem
		Taxa de doentes atendidos dentro do tempo previsto no protocolo inicial de triagem	50%			Nº de doentes atendidos dentro tempo previsto / Nº total de doentes	
U2. Assegurar a centralidade dos doentes	20%	Taxa de articulação com sinalizados a ACES	50%	> 90% dos doentes	Não atingido < 90% Atingido 90 a 95% Superado > 95%	Nº de doentes sinalizados (3) / Nº total de doentes observados	Estabelecer protocolos de cooperação com ACES de articulação de doentes Estabelecer protocolos com cuidados especializados conforme a pertinência clínica
		Taxa de doentes sinalizados para consultas hospitalares conforme protocolo	50%	> 90% dos doentes	Não atingido < 90% Atingido 90 a 95% Superado > 95%	Nº de doentes sinalizados / Nº total de doentes observados com indicação	
U3. Promover a Satisfação dos Doentes e Garantir atitude profissional adequada	20%	Grau de satisfação dos doentes	60%	> 85% satisfeitos	Não atingido < 85% Atingido 85 a 95% Superado > 95%	Resultados dos inquéritos de satisfação	Promover a aplicação de inquéritos de satisfação Criar caixa de reclamações / sugestões de melhoria e envio de mensagem para formulário via eletrónica Fazer levantamento das reclamações passadas, corrigindo potenciais fatores encontrados
		Taxa de reclamações	40%	Redução 20% do ano anterior (4)	Não atingido < 20% Atingido 20 a 25% Superado > 25%	Resultados das reclamações efetuados pelos doentes / familiares	
U4. Participação e responsabilização	20%	Taxa de hiperfrequentadores (5)	100%	Redução 20 % do ano anterior*	Não atingido < 20% Atingido 20 a 25% Superado > 25%	Nº de doentes com mais de 4 vindas por ano / Nº total de doentes	Promover orientação dos doentes para consultas de ambulatório regulares e de proximidade sem uso desta consulta de forma rotineira

Nota:

UTAH: Unidade de Tratamento Agudo; ACES: agrupamento de centros de saúde; FP: fatores de ponderação; PI: peso do indicador; TMRG tempo máximo resposta garantidos

- (1) Até ao máximo de capacidade definida para o espaço físico da Unidade de Tratamento Agudo: 120 doentes / dia.
- (2) Demora média para consulta de doente pouco urgente e não urgente de 120 a 240 minutos respetivamente
- (3) Considera-se que é importante garantir a sinalização dos doentes que sentiram necessidade de observação por problemas agudos aos CSP de modo a ser possível providenciar cuidados mais centrados nos doentes
- (4) Redução em relação ao ano anterior
- (5) São considerados hiperfrequentadores como utilizadores frequentes (> 4 episódios),

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 doentes ou profissionais do CRI

Tabela 6 - BSC - Perspetiva dos processos internos: objetivos estratégicos, indicadores e metas (20%)

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	FP	INDICADORES	PI	METAS	CRITÉRIOS DE SUPERAÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	INICIATIVAS
P1. Garantir excelência dos serviços prestados	50%	Tempo médio global de permanência (1)	40%	< 120 min espera média por doente	Não atingido >20% meta Atingido < 20% da meta Superado < 10% da meta	Tempo total de espera / Nº total de doentes	Assegurar cuidados de saúde de excelência durante a vigilância no SUG Estabelecer protocolos com meios complementares diagnóstico
		Taxa de readmissões pelo mesmo problema às 72h	30%	< 5% face ao período homologado	Não atingido >5% meta Atingido < 5% da meta Superado < 3% da meta	Nº total de doentes readmitidos mesmo problema as 72h / Nº total de doentes observados	
		Taxa de abandono (antes de 1ª observação médica)	30%	< 5% face ao período homologado		Nº de doentes abandono antes 1ª observação / Nº total de doentes observados	
P2. Garantir eficiência do serviço	20%	Taxa de consultas realizadas entre as protocoladas	60%	> 90%	Não atingido <90% Atingido: > 90% Superado 100%	Nº total de observações / Nº total agendamentos protocolados	Garantir condições técnicas Garantir RH Diminuir tempo entre consultas Diminuir gastos por cada doentes observado
		Gastos por doente admitido (2)	40%	< 15% dos gastos período anterior	Não atingido > 15% Atingido: < 15% Superado < 10%	Custo com Material Clínico, Medicamentos e MCDT / doente admitido	
P3. Definir percursos clínicos centrados doentes	10%	Taxa de doentes que retornam à urgência geral	100%	< 6% doentes	Não atingido > 6% Atingido: < 4-6% Superado <6%	Nº doentes retorna SU / Nº total de doentes observados	Assegurar meios adequados para o problema de cada pessoa
P4. Assegurar melhoria contínua dos processos	10%	Nº de auditorias aos processos internos	100%	Auditoria mensal >90% conformidades de boa prática	Não atingido < 90% Atingido: > 90% Superado > 95%	Avaliação da realização da auditoria mensal	Definir equipa de auditores Elaborar plano mensal de auditoria

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	FP	INDICADORES	PI	METAS	CRITÉRIOS DE SUPERAÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	INICIATIVAS
P5. Operacionalizar sistemas de informação	10%	Taxa de tempo dispensado com meios informáticos (4)	50%	Redução 20% ano anterior	Não atingido < 20% (5) 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 Otimizar programas informáticos Identificar precocemente os doentes de risco internamento
		Taxa de episódios de urgência com internamento	50%	< 9%		Nº total de doentes internados / Nº total de doentes observados	

Nota:

FP: fatores de ponderação; PI: peso do indicador

(1) Tempo de permanência no CRI-AR-HFF (entre a admissão administrativa e a alta)

(2) Não serão considerados os casos dos doentes que terminem em internamento ou necessidade de retorno ao balcão geral de Serviço de Urgência.

(3) Considerando-se processos internos a triagem e respeito pelos protocolos

(4) Tempo dispensado com meios informáticos na prescrição, pedidos de MCDT e consultas

(5) Redução em relação ao ano anterior

Tabela 7 - BSC - Perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento: objetivos estratégicos, indicadores e metas (20%)

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	FP	INDICADORES	PI	METAS	CRITÉRIOS DE SUPERAÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO	INICIATIVAS
A1. Garantir inovação do serviço	60%	Taxa de aquisição de equipamento para a consulta externa	50%	Aquisição de > 40% dos equipamentos necessários	Não atingido < 40% Atingido – 40-50% Superado > 50%	Levantamento do equipamento necessário e avaliação da % adquirida (em valor)	Adquirir de material específico de consulta e equipas multifunções de apoio à consulta Adquirir de material para a consulta Realizar protocolo com CSP
		Taxa de aquisição de equipamento para a formação	50%	Aquisição de > 40% dos equipamentos necessários		Levantamento do equipamento necessário e avaliação da % adquirida (em valor)	
A2. Desenvolver competências técnicas e cognitivas dos colaboradores	40%	Nº de ações de formação frequentadas	60%	> 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 Criar sistema de incentivos/prémios para a publicação de artigos científicos em revistas indexadas
		Nº de artigos científicos publicados	40%	> 2 artigos do CRI por ano	Não atingido < 2 Atingido – 2 a 3 Superado > 4	Nº total de artigos do CRI por ano	

Nota:

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

* Redução em relação ao ano anterior

Tabela 8 - BSC - Perspetiva financeira: objetivos estratégicos, indicadores e metas

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	FP	INDICADORES	PI	METAS	CRITÉRIOS DE SUPERANÇA	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 Garantir codificação precisa
		Resultados operacionais por doente	35%	Aumento 10% em relação ano anterior	Não atingido < 10%* Atingido – 10-20% Superado > 20%	Rendimentos – gastos operacionais por doente	
		EBT	30%	Aumento 10% em relação ano anterior		Comparação entre demonstração resultados	
F2. Otimizar recursos existentes	50%	Custos de medicação por doente	50%	Redução 10% em relação ano anterior	Não atingido <10%* Atingido – 10-15% Superado > 15%	Comparação de custos de medicação / doente com ano anterior	Reduzir a despesa da prescrição de medicamentos Diminuir tempo de internamento Reduzir despesa de material
		Custos de exames por doente	50%	Redução 10% em relação ano anterior		Comparação de custos exame / doente com ano anterior	

Nota:

EBT: earnings before taxes; FP: fatores de ponderação; PI: peso do indicador

* Redução em relação ao ano anterior

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 & Norton (1992) (tabela 9).

Tabela 9 - Mapa de avaliação de performance organizacional do CRI-AR-HFF

MAPA DE AVALIAÇÃO DE FICHA DE AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL (IDG)						
Descrição do objetivo			FP	Superado (5 pontos)	Atingido (3 pontos)	Não atingido (1 ponto)
Doente (30%)	Objetivo C1	Garantir acessibilidade	40%			
	Indicador C1.1.	Taxa de doentes observados na UTAH	50%			
	Indicador C1.2.	Taxa de doentes atendidos tempo de triagem	50%			
	Objetivo C2	Assegurar a centralidade doentes	20%			
	Indicador C2.1.	Taxa de articulação sinalizados a ACES	50%			
	Indicador C2.2.	Taxa de doentes sinalizados consultas	50%			
	Objetivo C3	Promover satisfação doentes	20%			
	Indicador C3.1.	Grau de satisfação doentes	60%			
	Indicador C3.2.	Taxa de reclamações	40%			
	Objetivo C4	Promover a participação e responsabilização	20%			
Indicador C4.1.	Taxa de hiperfrequentadores	100%				
Avaliação final do objetivo C: $0,4x(0,5x \text{IndC1.1} + 0,5x \text{IndC1.2}) + 0,2x(0,5x \text{IndC2.1} + 0,5x \text{IndC2.2}) + 0,2x(0,6x \text{IndC3.1} + 0,4x \text{IndC3.2}) + 0,2x(\text{IndC4.1})$						
Processos (20%)	Objetivo P1	Garantir excelência dos serviços	50%			
	Indicador P1.1.	Tempo médio global de permanência	40%			
	Indicador P1.2.	Taxa de readmissões às 72h	30%			
	Indicador P1.3.	Taxa de abandono	30%			
	Objetivo P2	Garantir eficiência serviço	20%			
	Indicador P2.1.	Taxa de consultas realizadas	60%			
	Indicador P2.2.	Gastos por doente admitido	40%			
	Objetivo P3	Definir percursos clínicos	10%			
	Indicador P3.1.	Taxa de doentes que retornam à urgência	100%			
	Objetivo P4	Assegurar melhoria de processos	10%			
	Indicador P4.1.	Nº de auditorias aos processos internos	100%			
	Objetivo P5	Operacionalizar sistemas de informação	10%			
	Indicador P5.1.	Taxa de tempo com meios informáticos	50%			
	Indicador P5.2.	Taxa de episódios com internamento	50%			
Avaliação final objetivo P: $0,5x(0,4x \text{IndP1.1} + 0,3x \text{IndP1.2} + 0,3x \text{IndP1.3}) + 0,2x(0,6x \text{IndP2.1} + 0,4x \text{IndP2.2}) + 0,1x \text{IndP3.1} + 0,1x \text{IndP4.1} + 0,1x(0,5x \text{IndP5.1} + 0,5x \text{IndP5.2})$						

Avaliação (20%)	Objetivo A1	Garantir inovação de serviço	60%			
	Indicador A1.1.	Taxa de equipamento consulta	50%			
	Indicador A1.2.	Taxa de equipamento para a formação	50%			
	Objetivo A2	Desenvolver competências	40%			
	Indicador A2.1.	Nº de ações de formação	60%			
	Indicador A2.2.	Nº de artigos científicos publicados	40%			
Avaliação final objetivo A: $0,6 \times (0,5 \times \text{IndA1.1} + 0,5 \times \text{IndA1.2}) + 0,4 \times (0,6 \times \text{IndA2.1} + 0,4 \times \text{IndA2.2})$						
Financeira (30%)	Objetivo F1	Garantir sustentabilidade financeira	50%			
	Indicador F1.1.	Taxa de cumprimento do orçamento anual	35%			
	Indicador F1.2.	Resultados operacionais por doente	35%			
	Indicador F1.3	EBT	30%			
	Objetivo F2	Otimizar recursos existentes	50%			
	Indicador F2.1.	Custos de medicação por doente	50%			
	Indicador F2.2.	Custos de exames por doente	50%			
Avaliação final objetivo F: $0,5 \times (0,35 \times \text{IndF1.1} + 0,35 \times \text{IndF1.2} + 0,3 \times \text{IndF1.3}) + 0,5 \times (0,5 \times \text{IndF2.1} + 0,5 \times \text{IndF2.2})$						
AVALIAÇÃO FINAL DA PERFORMANCE ORGANIZACIONAL						
$0,3 \times \text{ObjC} + 0,2 \times \text{ObjP} + 0,2 \times \text{ObjA} + 0,3 \times \text{ObjF}$						

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

4.5. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho

No CRI-AR-HFF 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 do SUG, sabendo que a diversidade de grupos profissionais que constituem o CRI-AR-HFF exige a adequação do SGAD a cada um deles. Dadas as características gerais do SUG do HFF, 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 define os pressupostos e regras para a sua realização para todos os grupos profissionais.

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. Tal como referido anteriormente, o HFF tem contratados 224 médicos prestadores de serviço não sujeitos a avaliação de desempenho, sem garantia de alinhamento da prestação de cuidados com a Missão, Visão e Valores e Objetivos Estratégicos da instituição nem da qualidade dos cuidados de saúde prestados, pelo que uma das propostas de intervenção passaria pela adaptação e aplicação do SIADAP a todos os profissionais a exercer funções no SUG, com eventual associação de prémios de desempenho/prorrogação de contratos/consolidação de vínculo aos prestadores que demonstrassem elevados níveis de desempenho.

As fases de desenvolvimento do SIGAD-CRI são: Fase 1 – planeamento do ciclo pelo conselho de gestão, negociação com colaboradores; Fase 2 – Divulgação do processo de avaliação de desempenho; Fase 3 – Reunião inicial: objetivos, indicadores, critérios de superação, competências; Fase 4 – Reuniões intermédias de acompanhamento e monitorização (auto e heteroavaliação); e Fase 5 – Reunião final (auto e heteroavaliação) e definição do projeto de aprendizagem e desenvolvimento.

Tabela 10 - SIGAD-CRI – Tabela de objetivos de equipa e individual do SUG

Tabela de Objetivos de Equipa e Individual do SUG					
Objetivos	FP	Indicador	PI	Metas	Critério de Superação
Garantir acessibilidade	30%	Taxa de doentes observados	20%	> 90% dos doentes	Não atingido < 90% Atingido 90 a 95% Superado > 95%
		Taxa de doentes atendidos dentro do tempo previsto no protocolo inicial de triagem	50%	> 90% dos doentes	Não atingido < 90% Atingido 90 a 95% Superado > 95%
		Taxa de articulação com ambulatório	30%	> 90% dos doentes	Não atingido < 90% Atingido 90 a 95% Superado > 95%
Garantir excelência dos cuidados	20%	Tempo médio global de permanência	20%	< 120 min espera média por doente	Não atingido >20% meta Atingido < 20% da meta Superado < 10% da meta
		Taxa de readmissões pelo mesmo problema às 72h	20%	< 5% face ao período homologado	Não atingido >5% meta Atingido < 5% da meta Superado < 3% da meta
		Nº de auditorias aos processos internos	60%	Auditoria mensal	Não atingido: 0 Atingido: realizada Superado: boas práticas
Garantir eficiência	20%	Resultados operacionais por doente	40%	Aumento 10% em relação ano anterior	Rendimentos – gastos operacionais por doente
		Custos de exames / medicação por doente admitido	60%	Redução 10% em relação ano anterior	Não atingido > 15% Atingido: < 15% Superado < 10%
Garantir atitude profissional adequada	15%	Grau de satisfação dos doentes	50%	> 85% satisfeitos	Não atingido < 85% Atingido 85 a 95% Superado > 95%
		Avaliação elementos do CRI	50%	> 85% adequado	Não atingido < 85% Atingido 85 a 95% Superado > 95%
Desenvolver competências técnicas e/ou cognitivas	15%	Nº de ações de formação frequentadas	60%	> 80 % dos colaboradores com mais de 1 formação	Não atingido < 80% Atingido – 80-90% Superado > 90%
		Nº de artigos científicos publicados	40%	> 2 artigos do CRI por ano	Não atingido < 2 Atingido – 2 a 3 Superado > 4

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 doentes ou profissionais do CRI

Tabela 11 - SIGAD-CRI – Tabela de competências dos profissionais de saúde do SUG

Competências	Ações	Profissionais a avaliar
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	Médicos /as Enfermeiros /as
Planeamento e organização	É sistemático e rigoroso no planeamento das atividades Organiza atividades e projetos em que está envolvido de acordo com recursos disponíveis	Todos
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	Médicos /as Enfermeiros /as
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	Todos
Relacionamento interpessoal	Relaciona-se com cortesia Estabelece relações de trabalho construtivas Promove comunicação facilitadora Gere conflitos com bom senso e respeito pelos outros	Todos
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	Todos
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	Todos
Coordenação	Implementa melhorias nos processos Promove gestão eficiente de recursos Promove a cooperação no seio da equipa Proporciona feedback construtivo	Todos

Competências	Ações	Profissionais a avaliar
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	Todos
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	Médicos /as Enfermeiros /as

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.

De notar que, para cada competência e ações, deve ser considerado como critério de superação a avaliação: não demonstrada, demonstrada ou demonstrada com nível elevado.

Com base nessas tabelas dos objetivos e competências desenvolvem-se as fichas de avaliação de desempenho para cada médico do SUG.

Tabela 12 - Ficha de avaliação de desempenho dos profissionais do CRI-AR-HFF

FICHA DE AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO INDIVIDUAL / EQUIPA						
Identificação:						
Nome:						
Nº Mecanográfico:						
Categoria Profissional:						
1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS						
Descrição do objetivo			FP	Superado (5 pontos)	Atingido (3 pontos)	Não atingido (1 ponto)
1	Objetivo	Garantir acessibilidade	30%			
	Indicador 1.1.	Taxa de doentes observados	20%			
	Indicador 1.2.	Taxa de doentes atendidos dentro tempo triagem	50%			
	Indicador 1.3.	Taxa de articulação com ambulatório	30%			
	Avaliação final do objetivo 1: $0,3 \times (0,5 \times \text{indicador 1.1} + 0,5 \times \text{indicador 1.2})$					
2	Objetivo	Garantir excelência de cuidados	20%			
	Indicador 2.1.	Tempo médio global de permanência	20%			
	Indicador 2.2.	Taxa de readmissões às 72h	20%			
	Indicador 2.3.	Nº de auditorias aos processos internos	60%			
	Avaliação final objetivo 2: $0,3 \times (0,5 \times \text{indicador 2.1} + 0,5 \times \text{indicador 2.2})$					
3	Objetivo	Garantir eficiência	20%			
	Indicador 3.1.	Resultados operacionais por doente	40%			
	Indicador 3.2.	Custos de exames / medicação por doente	60%			
	Avaliação final objetivo 3: $0,2 \times (0,5 \times \text{indicador 3.1} + 0,5 \times \text{indicador 3.2})$					
4	Objetivo	Garantir atitude profissional adequada	15%			
	Indicador 4.1.	Grau de satisfação dos doentes	50%			
	Indicador 4.2.	Avaliação elementos do CRI	50%			
	Avaliação final objetivo 4: $0,1 \times (0,5 \times \text{indicador 4.1} + 0,5 \times \text{indicador 4.2})$					
5	Objetivo	Desenvolver técnico / cognitivo	15%			
	Indicador 5.1.	Ações de formação	60%			
	Indicador 5.2.	Publicações	40%			
	Avaliação final objetivo 5: $0,1 \times (0,5 \times \text{indicador 5.1} + 0,5 \times \text{indicador 5.2})$					

AVALIAÇÃO FINAL DOS OBJETIVOS				
2. AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS				
Nº	Designação da competência	Avaliação		
		Demonstrada a nível elevado (5 pontos)	Demonstrada (3 pontos)	Não demonstrada (1 ponto)
1				
2				
3				
Observação: a descrição de cada competência e os comportamentos associados referem-se ao padrão médio elegível				
AVALIAÇÃO FINAL DAS COMPETÊNCIAS				
3. AVALIAÇÃO GLOBAL DE DESEMPENHO				
Parâmetros de avaliação	Pontuação	Ponderação	Pontuação ponderada	
Objetivos		70%		
Competências		30%		
AVALIAÇÃO GLOBAL DE DESEMPENHO				

Ao contrário do SIADAP, o SIGAD-CRI descrito não contempla o sistema de cotas para os resultados da avaliação de desempenho, por ser considerada injusta e geradora de conflitos. Pessoas envolvidas e esclarecidas são pessoas motivadas e com vontade de atingir os resultados perspetivados para que, em consciência, possa assumir as suas funções, garantindo um processo de qualidade.

A implementação de um SGAD 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 e de forma mais transparente e clara.

4.6. Sistema de Gestão de Carreiras e Incentivos

A gestão de carreiras depende da tutela e das decisões estratégicas do governo, pelo que consequentemente as imposições legais desta área abrangem os CRI.

Não se pode falar de padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficácia e eficiência, sem um foco na gestão das carreiras e dos talentos dos que prestam os serviços. Embora a gestão de carreiras e de talentos seja um elemento agregador da estratégia é um grande desafio, sobretudo dentro de um SUG, estando associada à relação entre a avaliação da performance organizacional e do desempenho individual. Neste sentido, a evolução deste projeto inclui maior proximidade entre o Serviço de RH e o SUG a fim de alcançar objetivos em comum, num processo transparente e justo de gestão de carreiras e de recompensas.

Um dos objetivos deste projeto no HFF, prende-se com a mudança de um dos maiores paradigmas da saúde: os profissionais do SUG são caracterizados por baixa fidelização, intensa rotatividade e, em geral, têm curto tempo de dedicação a essa atividade, fatores que fazem com que a grande maioria permaneça por pouco tempo. É necessário que se possa aproveitar o potencial, os talentos e vontades destes colaboradores e, com isso, qualificar a prestação dos cuidados. Pretende-se que o CRI distinga e premeie o desenvolvimento de competências pela aprendizagem contínua e a acumulação de experiências profissionais, promovendo a responsabilização do colaborador na gestão da sua carreira e sendo valorizado um percurso multidimensional e adaptativo. Quanto maior o foco no desenvolvimento de talentos e consolidação de carreiras, mais diferenciados, de qualidade e adequados serão os serviços / cuidados prestados. Este objetivo abrange o desenvolvimento tanto do líder, como dos seus colaboradores.

O sistema de recompensas ou incentivos terá por base a valorização do bom desempenho e da produtividade no cumprimento dos objetivos estratégicos, permitindo valorizar quem se encontra alinhado com as metas definidas. As imposições legais da tutela condicionam e limitam os modelos dos sistemas de incentivos. Contudo, no âmbito de atividade do CRI-AR-HFF adotam-se os dois sistemas de incentivos. Estão associadas ao cumprimento dos objetivos estabelecidos no plano de ação, negociados e acordados entre o CA e o conselho de gestão. Por um lado, temos um incentivo monetário que apenas está disponível para os colaboradores inscritos voluntariamente na atividade adicional. Esta decorre fora do horário de trabalho e pode ser realizada no âmbito de consultas da UTAH. Por outro lado, temos incentivos não monetários associados à possibilidade de conceder recompensas aos colaboradores sob a forma de participações em cursos, congressos ou outras ações de formação para premiar o desempenho e o cumprimento de objetivos e competências dos colaboradores de todos os grupos profissionais. Pode também ser usado na aquisição de equipamentos, sistemas de informação e comunicação, melhoria das condições estruturais, desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e desenvolvimento de novos projetos.

Numa gestão de recompensas, as organizações são vistas como a combinação de esforços individuais para alcançar e realizar propósitos coletivos, necessitando de recursos de valor. As pessoas são capitais de conhecimento, ativos intangíveis no progresso de uma organização, sendo a sua importância uma peça essencial do engenho organizacional, razão suficiente para as preservar, para as desenvolver ao nível de competências, comprometê-las com a própria organização e fidelizá-las. Neste sentido, a presente conceptualização irá procurar beneficiar os elementos com CIT com a instituição, de modo a reduzir a necessidade de fornecimento externo.

Uma organização desenha e implementa um sistema de recompensas para estimular os comportamentos do trabalhador que considera necessários para atingir os seus objetivos. Dada as particularidades da atividade em contexto de urgência, considerou-se que a melhor forma de estimular os comportamentos desejados seria proceder ao pagamento dos incentivos associados aos objetivos de equipa e individuais no mês seguinte à realização da atividade e os decorrentes do IDG apenas no final do ano. O modelo de incentivos envolve a definição de objetivos individuais, da equipa e organizacionais. Uma vez que a intervenção do CRI consiste numa única equipa multidisciplinar, a compensação de cada profissional inclui uma componente decorrente do IDG (30%) e uma componente decorrente do desempenho da equipa e individual (70%).

Assim, verifica-se que uma das mais desafiantes funções do Gestor do SUG, vai muito além de cuidar dos processos internos assistenciais e dos protocolos e fluxos, é gerir os talentos, incentivá-los e fidelizá-los. Um serviço de saúde é tão grande quanto o talento e reconhecimento das capacidades de seus colaboradores. Assim, para as retribuições intrínsecas temos como exemplos proporcionar trabalho desafiante, apostando na formação, reconhecer competências, dar autonomia a determinados profissionais e feedback positivo, promovendo a satisfação e a autoestima. Por outro lado, como compensações extrínsecas e de componente financeira temos salários, incentivos e benefícios, como forma de evitar a insatisfação e reforçar o desempenho dos colaboradores.

4.7. Sistema de Informação

A governança clínica incentiva à investigação e desenvolvimento (*research and development*), à pesquisa e ao desenvolvimento de normas de orientação clínica e implementação de protocolos baseados na evidência de efetividade, de forma a melhorar continuamente os cuidados prestados aos doentes. Com a progressão da tecnologia adquirida nas últimas décadas seria de esperar que alguns processos pudessem estar mais automatizados.

Fazendo uso de uma das ferramentas mais antigas de relação, e inerente à própria condição humana, o uso da linguagem verbal e não verbal e da escuta ativa são fundamentais não só no papel de profissionais de saúde que ouvem e cuidam da pessoa doente, mas também como forma de receber informação com o doente e como meio de coordenar toda a atividade em saúde (ou qualquer organização) de encadeamento de processos de interação.

A intervenção das tecnologias de informação é especialmente importante nas dimensões da efetividade clínica já que os processos clínicos eletrónicos facilitam a gestão de risco e identificação do erro e como tal auditar.

Nesta melhoria da efetividade clínica, o departamento de informação do HFF está a implementar a base de informação denominada Inteligência de Negócios (ou *Business Intelligence* - BI, em inglês). Este processo consiste na colheita, organização, análise, compartilhamento e monitorização de informações que oferecem suporte a gestão de negócios. É um conjunto de técnicas e ferramentas para auxiliar na transformação de dados brutos em informações significativas e úteis a fim de analisar o negócio. São capazes de suportar uma grande quantidade de dados desestruturados para ajudar a identificar, desenvolver, e até mesmo criar uma nova oportunidade de estratégia de negócios.

O uso de suporte informático de estatística como *data mining* permite monitorizar o desempenho do SUG ao longo do tempo e avaliar variações de causa comum de variações de causa especial e avaliar os efeitos das alterações nos principais indicadores de desempenho do SUG. De qualquer modo, pela volatilidade e rapidez do SUG, a forma como os dados são registados pode ser enviesada tal como a forma como os dados são posteriormente adquiridos. Os resultados também podem estar sujeitos a alterações se os funcionários tiverem a oportunidade de relatar um estado melhor do que o que é evidente. Para além disso, inclui os padrões associados a um maior desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias e redesenho de processos e de espaços organizativos) (anexo I). Por outro lado, deve-se procurar ter um programa experimental com todo o investimento que a indústria traz e que pode beneficiar não só os nossos doentes que são incluídos no estudo como todos os outros. Ao incluir esta investigação e participação em ensaios clínicos atrai-se educação e formação para todos os profissionais envolvidos e conseqüentemente potencia-se a retenção de profissionais e aumenta-se a capacidade de assistir mais doentes com impacto nos custos diretos para o HFF (Sørup, 2013; Austin, 2020)

Procurar-se-á um maior investimento no estabelecimento de algoritmos que orientem para condutas, visando uma comunicação mais frequente, atempada e orientada para a resolução eficaz de problemas, assim como reforço do respeito mútuo, com objetivos e conhecimentos mais partilhados conforme o protocolo com a entidade privada *Dioscope* com a qual o HFF tem protocolo. No HFF, o processo clínico eletrónico tem por base o software *Soarian Clinicals*, implementado em 2012 no HFF.

4.8. CRI-AR-HFF

Nos termos do referido quadro legal, os CRI são definidos como estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes dos conselhos de administração das entidades onde se inserem e com os quais estabelecem um processo de contratualização interna, através do qual negociam o seu compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro para um período de três anos. Os CRI são constituídos por conselho de gestão e equipas multidisciplinares que voluntariamente se proponham aderir a um modelo de organização orientado por: objetivos negociados, transparência de processos, e responsabilização das partes por um projeto comum que reconhece e premeia o desempenho coletivo e individual.

4.8.1. 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. 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. O diretor do CRI é um médico de reconhecido mérito, em regime de exclusividade de funções no SNS e que, obrigatoriamente, tenha formação e competência reconhecidas em gestão.

A estrutura de governação do CRI é constituída por um **conselho de gestão** que é composto por: diretor, que preside; administrador hospitalar ou outro profissional com experiência comprovada de gestão em saúde, e outro profissional da equipa multidisciplinar, devendo ser um enfermeiro no caso dos serviços médicos e cirúrgicos. Sempre que um CRI seja constituído por um único serviço clínico, o respetivo diretor acumula a função de diretor do CRI e do serviço.

Sem prejuízo da autonomia e respetiva hierarquia funcional garantida aos médicos, enfermeiros, técnicos e restantes profissionais de saúde, a equipa multidisciplinar desenvolve a sua atividade sob a coordenação, orientação e supervisão do conselho de gestão do CRI.

4.8.2. Recursos Humanos do CRI-AR-HFF

O HFF é uma instituição pública, incontornavelmente subjugada a uma panóplia de orientações burocráticas e a um modelo operacional pouco flexível a recrutamento. Logo, nem sempre terá à disposição todos os RH suficientes pela necessidade de limitação de custos. A nível do HFF, e certamente de qualquer outra unidade de saúde tutelada pelo Ministério da Saúde, este é um desígnio fortemente secundarizado e condicionado pelo enquadramento regulamentar que vigora no SNS e a consequente orientação política. Na sequência da atração interna e externa de candidatos, devem

acionar-se estratégias que permitam filtrar e escolher / selecionar aqueles que são, efetivamente, os melhores candidatos.

A equipa multidisciplinar que constitui o CRI-AR-HFF é proposta pelo conselho de gestão e aprovada pelo CA. O processo de recrutamento dos RH é eminentemente interno, mas dada a elevada carência de profissionais de saúde, incluirá uma componente externa. A seleção tem em consideração a experiência profissional nesta área, as competências técnicas e relacionais, bem como a motivação pessoal. O diretor do CRI-AR-HFF será o diretor do SUG, aloca 8 horas semanais para a gestão desta unidade e 6 horas para atividades clínicas do CRI. Incluem-se no corpo clínico do CRI-AR-HFF médicos/as, enfermeiros, AAM e administrativos/as. O recrutamento pressupõe-se ter como objetivo a atração dos melhores candidatos para o cargo e para integrar a dinâmica da instituição. O método de seleção a utilizar para o CRI-AR-HFF é o de avaliação curricular e entrevista estruturada, com a respetiva classificação final.

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 ao CRI (tabela 13). Entre o conselho de gestão e o CA serão analisados os critérios de elegibilidade dos profissionais a alocar no CRI (apêndice H7), as respetivas funções e áreas de atuação (apêndice H8) e os indicadores de desempenho a considerar (apêndices H10 a H13).

A entrevista final de seleção visa avaliar de forma objetiva e sistemática a experiência profissional e aspetos comportamentais evidenciados durante a interação estabelecida entre os entrevistadores e o entrevistado, nomeadamente os relacionados com a capacidade de comunicação e de relacionamento interpessoal. Uma vez atraídos e selecionados os melhores candidatos, o CRI-AR-HFF deve assumir desde o primeiro momento o amplo desafio de bem acolher, potenciar e reter as suas pessoas: *employer branding*.

A qualidade total dos serviços de saúde passa por melhorar a eficiência do SUG, que significa melhorar a gestão das “pessoas”, de modo a ter uma força de trabalho mais satisfeita e motivada, procurando o envolvimento e empenhamento total dos profissionais, o que requer por vezes modificação de atitudes a ter em conta num plano de GC. Assim, uma adequada gestão estratégica dos profissionais de saúde é fundamental para um projeto de GC quer em contexto público ou privado se procuramos melhorar a efetividade clínica (Fishbein, 2005).

Reconheceu-se a área da Gestão de Recompensas como aquela que apresentaria um maior potencial de impacto para o contexto profissional em questão. Apesar de ser realizada uma análise crítica holística à gestão estratégica de pessoas em curso no HFF, é em torno da gestão de recompensas para todas as categorias profissionais que se optou por construir a nossa proposta de intervenção. Em primeiro lugar, numa vertente de remuneração e horários será necessária uma análise individualizada na atribuição de recompensas, seguindo uma política de remunerações justa, equitativa e consistente.

Ao nível do reconhecimento, poder-se-á estabelecer um sistema de recompensas individuais que privilegie os objetivos de grupo, promover o reconhecimento público do trabalho das equipas com sucesso e criar de mecanismos de recompensas associados ao desempenho de funções de coach/mentor, estimulando uma cultura empreendedora, de inovação, participativa e assente no desempenho. Na vertente das condições de trabalho, é fundamental concretizar projetos de investimento na modernização e substituição de equipamentos descontinuados obsoletos, disponibilizar o acesso a sistemas e tecnologias de informação e comunicação de elevada qualidade, proporcionar o acesso a plataformas digitais de apoio à decisão clínica e revistas científicas.

Por último, na vertente de desenvolvimento do espírito de equipa e de pertença, deve existir um comportamento das chefias de topo de apoio ao sistema de trabalho, não desautorizando ou ultrapassando, com participação ativa e motivação permanente dos profissionais. Estas ações devem alicerçar-se num reforço constante de comportamentos estimulantes do trabalho em equipa, por exemplo, sensibilidade, persuasão, cooperação e comunicação (ex. realização periódica de atividades de *team-building* e criação de grupos em plataformas digitais).

Tabela 13 - Profissionais de saúde do CRI e alocação do respetivo horário

	Nº elementos	Horas /semana	Total de Horas
CONSELHO DE GESTÃO			
Médico/a gestor/a vulgo diretor CRI	1	8 + 6	14
Enfermeiro/a gestor/a	1	8+6	14
Gestor/a	1	16	16
MÉDICOS/AS			
Coordenadores	21	40 + 6	46
Não coordenadores	21	40 + 6	46
ENFERMAGEM			
Enfermeiros/as	15	35 + 6	41
OUTROS			
Assistentes operacionais	15	40 + 6	46
Administrativos	15	40 + 6	46

4.8.3. Plano de Ação

O Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, consagrou a possibilidade de, por deliberação do CA das entidades do SNS de natureza pública empresarial, serem criados CRI com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, e melhorar a acessibilidade dos doentes e a qualidade dos serviços prestados. No seguimento do mesmo, surge a portaria nº 330/2017 de 31 outubro que define os princípios Básicos do Plano de Ação pelos quais a atividade dos CRI se deve orientar.

O Plano de Ação reflete as linhas orientadoras do CRI-AR-HFF, que agregam essencialmente a prestação de cuidados, o ensino, a formação e a investigação no âmbito do SUG. 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. Integra-se no plano estratégico do HFF, sendo ajustado anualmente através do CP estabelecido entre o CA e o conselho de gestão. No terceiro ano de execução do plano, é negociado um novo plano de ação entre o CA e o conselho de gestão (Portaria nº 330/2017 de 31 outubro).

A atividade do CRI-AR-HFF decorre na estrutura física do HFF, utilizando os recursos técnicos do mesmo, promovendo a sua utilização eficiente e contribuindo para o aumento dos níveis de produtividade da instituição. Assim, no contexto das consultas externas da UTAH, são disponibilizados para o CRI-AR-HFF dois gabinetes totalmente equipados e um gabinete de enfermagem. O CRI-AR-HFF utiliza os sistemas de informação do HFF (SOARIAN, CLINIDATA, SIGIC, SCLINICO, SONHO, PEM).

4.8.3.1. Perfil Assistencial

A atividade do CRI deve rentabilizar a utilização eficiente dos RH, técnicos e materiais que lhe estão alocados, contribuindo para o aumento dos níveis de produtividade da instituição. A relação entre a produção base e a produção adicional, quando aplicável, deve ser negociada e estabelecida no contrato-programa anual do CRI, de modo a maximizar a capacidade instalada no CRI e o pleno aproveitamento dos custos fixos, bem como nas situações de compromisso de acesso aos cuidados de saúde que requeiram maior produção (Portaria nº 330/2017 de 31 outubro)

A experiência desenvolvida pelo SUG do HFF, tem permitido a diferenciação da sua atividade clínica, conseguindo estar na vanguarda de diversas áreas de especialização. Desta forma, a criação do CRI-AR-HFF dará continuidade às atividades desenvolvidas atualmente pelo SUG do HFF. Assim, a produção base de qualquer SUG será toda a atividade assistencial de gestão clínica do doente urgente que seja admitido e está prevista nas funções habitualmente realizadas.

A regulação da procura assistencial do HFF passará no encaminhamento de situações inadequadas para uma consulta externa de gestão de doente agudo no hospital, ao qual se denominou UTAH. Esta solução de produção adicional parece-nos ser uma solução que engloba uma visão integral dos processos de urgência, em que o SUG procura relacionar-se muito mais intimamente com a pessoa doentes procurando referenciá-la e orientá-la de forma mais adequada para os CSP.

Neste sentido, a consulta será o ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. A consulta pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, os profissionais envolvidos e as ações tomadas, podendo ser presencial e/ou mediada por tecnologias de informação, ou não presencial, e ser realizada por um profissional de saúde ou por vários. Neste sentido, a consulta de enfermagem será aquela realizada por enfermeiro e a consulta médica, a que for realizada por médico (Portaria nº 254/2018 de 7 setembro).

De notar que a produção adicional interna inclui a atividade de primeiras consultas e meios complementares de diagnóstico realizados nas instituições do SNS, por equipas de profissionais, fora do horário de trabalho, e pagas por unidade de produção, independentemente do tempo afeto à mesma. E esta produção adicional interna deve ser realizada preferencialmente em CRI (Portaria nº 207/2017 de 11 julho). 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.

O sistema de incentivos aos profissionais e os critérios de distribuição da retribuição pelo desempenho, nos termos previstos na portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, que aprova os regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS, define os preços e condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional realizada pelas equipas.

A constituição das equipas para realização da produção adicional interna depende apenas do órgão máximo de gestão da instituição hospitalar do SNS que, para tal, autoriza o diretor do conselho de gestão do CRI a nomear colaboradores para integrarem as equipas que vão assegurar a produção referida. Cabe ao CA da instituição estabelecer um regulamento que indique a atividade passível de efetuar em produção adicional interna e estabelecer as normas que devem ser prosseguidas (Portaria nº 207/2017 de 11 julho alterada pela portaria nº 254/2018 de 7 setembro).

Compete ao CA da instituição e à ARS a respetiva a monitorização regular da atividade do CRI, nomeadamente da produção base e adicional, e a verificação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no regulamento interno. Cabe ao CRI efetuar um relatório mensal de acordo com o modelo publicado pela ACSS. O grau de cumprimento do CP do CRI é monitorizado ao longo do ano (Portaria nº 330/2017 de 31 outubro). Na UTAH do CRI-AR-HFF o horário é dividido em turnos de 6h pelos diferentes elementos do serviço, garantindo a assistência permanente aos doentes internados. A atividade decorre entre as 9h e as 21h e a partir desta hora o apoio é prestado pelo SUG.

4.8.3.2. Projeções da Atividade

A atividade do CRI-AR-HFF pressupõe uma equipa dedicada e um investimento a nível de RH 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-AR-HFF 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. Esta metodologia permite a correção de desvios detetados precocemente no decurso da execução do plano. A execução do plano de ação no primeiro triénio tem como objetivo o cumprimento de metas que devem estar em concordância com o BSC.

Projeção da atividade para o triénio														
Objetivos estratégicos	Indicadores	Metas por trimestre												Meta final
		1º ano				2º ano				3º ano				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Garantir inovação do serviço	Taxa de aquisição de equipamento para a consulta	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	>40%
	Taxa de aquisição de equipamento para a formação	>20%	>20%	>40%	√	√	√	√	√	√	√	√	√	>40%
Desenvolver competências	Nº de ações de formação frequentadas	>40%	>60%	>70%	√	√	√	√	√	√	√	√	√	>80%
	Nº de artigos científicos publicados	>1	>1	>2	√	√	√	√	√	√	√	√	√	>2
Garantir sustentabilidade financeira	Taxa de cumprimento do orçamento anual	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Cumprir
	Resultados operacionais por doente	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	>10%
	EBT	0	0	<5%	<10%	√	√	√	√	√	√	√	√	>10%
Otimizar recursos	Custos de medicação por doente	0	0	<5%	<10%	√	√	√	√	√	√	√	√	<10%
	Custos de exames por doente	0	0	<5%	<10%	√	√	√	√	√	√	√	√	<10%

4.8.3.3. Cobertura assistencial

A cobertura assistencial do CRI-AR-HFF incluirá toda a atividade base do SUG em funcionamento. Contudo, a atividade assistencial que permitirá fonte de investimento será a atividade desempenhada na UTAH que incluirá o programa de consulta de “doentes agudos” e dos doentes pouco ou não urgentes que recusem o encaminhamento para CSP. Com o CRI-AR-HFF procura-se manter a resposta à necessidade de cuidados de saúde ao doente agudo e de doentes não urgentes.

O horário de funcionamento e de atendimento da UTAH será das 9h as 21h acompanhando o fluxo de doentes elegíveis. Embora se admita que inicialmente possa funcionar durante os dias úteis o fecho dos centros de saúde durante o fim-de-semana poderá justificar o alargamento dos mesmos.

A modalidade da UTAH será em regime de consulta para uma média de 80 episódios de urgência azuis e verdes/dia elegíveis, conforme previsão feita. Prevê-se agendamento de consultas com 15 minutos de duração perfazendo 4 consultas por hora para cada médico, constituindo 10h de atividade e 2h para descanso compensatório, refeições e mudança de turno. Para esta produção base será necessário em cada turno de 6h um médico coordenador, um médico não coordenador, um enfermeiro, um assistente operacional e um assistente técnico / administrativo. Será possível aumentar a produção para 120 doentes/dia em períodos sazonais de maior afluência, aumentando de um para dois médicos não coordenadores.

São ainda elegíveis para encaminhamento para a UTAH doentes encaminhados da triagem que respeitem os critérios de inclusão e os critérios genéricos de exclusão anteriormente definidos para os CSP e que recusem esse encaminhamento, procurando permanecer no HFF.

Serão ainda admissíveis na referida UTAH, doentes que, no decorrer da sua observação no SUG tenham critérios para alta, mas que venham a necessitar de reavaliação num curto espaço de tempo, beneficiando de observação em consulta de medicina e/ou enfermagem. De notar que este encaminhamento é pensado sobretudo para doentes hiperfrequentadores ou com doenças crónicas complexas. Embora se tenha procedido a ajuste adequado da medicação para controlo da agudização da sua doença no SUG pode ser necessário ajuste para prevenir readmissões decorrentes do mesmo problema. Assim, o tempo de internamento na UICD pode ser reduzido pelo facto de se optar pelo seguimento preferencial dos doentes nesta consulta externa, permitindo a alta o mais precocemente possível, mas associada a produção adicional.

Poder-se-á adequar preços de transferência interna (PTI) para realização de MCDT como endoscopias digestivas altas e colonoscopias para estudo de anemias e de imagiologia de risco vascular, em contexto de ambulatório, sem que implique internamento para a realização mais céleres dos mesmos, apesar da estabilidade de grande parte destes doentes.

4.8.3.4. Financiamento e investimentos

O CRI-AR-HFF é financiado através de uma linha específica de financiamento incluída no CP do HFF. 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. São afetos ao CRI-AR-HFF os recursos necessários ao cumprimento do plano de ação, sem prejuízo da partilha dos recursos que devem ser comuns e estar afetos aos diversos serviços da instituição do SNS. Tendo em vista a utilização eficiente dos recursos comuns, no plano de ação e no CP contratualizado anualmente com o CRI, são previstos mecanismos que favoreçam e assegurem a articulação das atividades entre o CRI e os demais serviços do HFF. O CRI dispõe do fundo de manuseio de montante previsto no seu CP anual (Portaria nº 330/2017 de 31 outubro).

O financiamento do HFF está dependente das decisões estabelecidas pelo Ministério da Saúde, ACSS, ARSLVT e da realização do CP anual. O financiamento do CRI-AR é definido no CP anual acordado entre o conselho de gestão do CRI e o CA do HFF. 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 percebida pelos doentes, 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.

Para 2022 prevê-se um aumento na dotação de médicos do serviço e redução do número de prestadores de serviço. Considera-se o pagamento de 29€/h para médicos não especialistas e 39€/h para médicos especialistas. À semelhança dos anos anteriores prevê-se ainda contratualizar serviços com empresas de serviços médicos, mas com redução dessa dependência. Ao nível dos enfermeiros prevê-se a reposição de 30 enfermeiros em falta da dotação e admissão de 10 profissionais do grupo dos AAM, apesar do orçamento prever valores inferiores nestes dois grupos profissionais.

No CP de 2021, o valor a pagar pelo episódio de urgência é resultante da soma entre o valor fixo, componente de valor em função do desempenho e da componente variável. O valor fixo por cada episódio de urgência nos hospitais com SUG médico cirúrgico como acontece com o HFF é de €52,20 (5.220.000€ / 100.000 episódios). Do componente de valor em função do desempenho mantém-se a atribuição de 5% da componente de valor fixo e fica dependente da avaliação dos indicadores, através do IDG do SUG, calculado nos moldes técnicos do índice de avaliação dos incentivos globais do Contrato-programa de 2021. A **componente variável** corresponde à atividade que vier a ser necessária para além dos valores contratados, e será paga a um preço marginal de €5.

Por seu lado, o pagamento por consulta de hospitais do grupo D em CRI, no qual se inclui o HFF, é de €79 por consulta. Neste sentido, um doente triado pouco ou não urgente poderá ser encaminhado para outras respostas, como consulta, representando um encaixe de mais 19,8€ por cada ato realizado.

Dos doentes com prioridade pouco ou não urgente foram identificados pela equipa médica do SUG menos de 1,7% de doentes triados com esta prioridade que seriam internados. De notar que nos anos de pandemia sem vacinação, os doentes traídos com prioridade verdes tiveram maior prioridade. Para além disso, o fluxograma de diagnóstico “indisposição no adulto” apresentou ainda 9% de internamentos, devendo-se procurar melhorar os critérios de exclusão.

Em relação ao valor a faturar por consulta ou ato realizada em produção adicional para o SNS é, segundo Portaria 207/2017 de 11 julho, de €34,10 sendo que as consultas de enfermagem e de outros profissionais de saúde são faturadas pelo seguinte valor de 16 €. Por seu lado, o preço por consulta a pagar é de 70% conforme definido na Portaria 254/2018, 7 setembro. Assim, é possível pagar incentivos por cada consulta, vulgo ato, de €23,87 / ato.

4.8.3.5. Áreas de atuação dos grupos profissionais

A área de atuação dos grupos profissionais será a prevista da análise interna do SUG e a prestação de cuidados de saúde no SUG, de acordo com a escala elaborada e nos termos das disposições aplicáveis à carreira respetiva. Para mais pormenores sobre as funções e área de atuação de cada grupo poderá ser consultada a tabela em apêndice H8.

4.8.3.6. Regras e normas orientadoras da produção base e adicional

A produção base dos vários profissionais de saúde é a prestação de cuidados de saúde no SUG a cumprir o horário mínimo definido na modalidade de contrato, de acordo com a escala elaborada de funcionamento do SUG e nos termos das disposições aplicáveis a cada carreira profissional. A equipa de enfermagem, AAM e administrativa está dedicada a tempo inteiro ao SUG prestando cuidados em todos os postos de trabalho nomeadamente nos setores críticos do SUG como UICD, reanimação, ADR e balcão. A equipa médica está dependente, em grande medida, de um conjunto de médicos com funções por tempo limitado. Conforme modelo de contrato em vigor considera-se a realização de uma média de 18h das 40h previstas de prestação de cuidados no SUG. Durante essas horas cada médico deverá realizar uma atividade base prevista. Com o objetivo de consolidar o vínculo laboral com o HFF considera-se que os profissionais elegíveis devem ter, quando possível, um CIT. Desta forma, procura-se incentivar a uma menor dependência de profissionais em regime de prestação de serviço. Contudo, no enquadramento legal atual, com os médicos sem especialização ou internos de formação geral não pode ser assinado um CIT em unidades hospitalares de domínio público. Os médicos com contrato de prestação de serviços assinado com o SUG deverão cumprir em média pelo menos 24h de atividade semanais com dois turnos de 12h mensais em períodos incómodos (noites, fins-de-semana ou

feriados). Serão elegíveis médicos de áreas de especialização pertinentes e que colaborem com a integração de cuidados.

4.8.3.7. Sistema de incentivos e penalizações

O pagamento de incentivos será realizado conforme definido anteriormente, podendo existir penalizações ao valor apurado. Caberá ao CA estabelecer em regulamento as regras de distribuição das verbas apuradas, respeitantes à produção adicional interna realizada pelas equipas, considerando as funções exercidas por cada elemento e a sua participação na produção realizada. O pagamento da produção adicional interna fica dependente do cumprimento da atividade base acordada internamente com o respetivo serviço. Ao valor a pagar pela produção adicional são deduzidas penalizações por eventuais não conformidades. De qualquer modo, da avaliação realizada considera-se a realização de 80 episódios por dia, 15 min por cada consulta, num total para 365 dias de 29.200 consultas. Face ao exposto, estima-se um valor de ganhos de 697.004€/ano. Assume-se a proposta de que 30% deste valor fica cativo para o IDG e os restantes (70%) a pagamentos mensais no mês seguinte ao ato, vulgo realização de consulta. Ficará ainda 1,0% desse valor cativo para a equipa de gestão, correspondendo a um vencimento de 1.839,61€ por 8h / semana e 788,40 € decorrente do IDG para diretor médico e enfermeiro responsável e 919,81 € por 4h/ semana e 394,20 € do IDG.

Tabela 15 – Pagamentos por incentivos previstos

Pagamentos incentivos	Gastos individuais	Gastos acumuláveis
Incentivos monetarios mensais (70%)	455.303,77 €	657.004,00 €
Incentivos decorrentes IDG (30%)	195.130,19 €	
Formação e equipamentos	26.250,00 €	35.000,00 €
Sistemas de Informação	8.750,00 €	
Outros	5.000,00 €	5.000,00 €
TOTAL	697.004,00 €	697.004,00 €

Aos incentivos previstos serão indexados indicadores de desempenho e penalizações conforme anexos H9 a H13). De forma a garantir a qualidade dos serviços prestados aos doentes, o CRI-AR-HFF deve realizar investimentos nas seguintes áreas no decurso do primeiro triénio da sua atividade: incentivos monetários e centro de formação.

Tabela 16 – Análise da produção base e adicional prevista para os vários grupos profissionais

Categoria	Produção base		IRI (1)	Valor a pagar por ato (consulta realizada)	N.º Profissional	Horas / Semana (2)	Produção adicional		
	Valor Hora	Vencimento mensal médio					Valor hora (3)	Vencimento mensal médio	Valor incentivo (IDG) (4)
Médico coordenador	16,03 €	2.560,66€	36%	5,64 €	21	84 / 4	45,09 €	653,04 €	3 358,50 €
Médico não coordenador	11,67 €	Variável(5)	26%	4,10 €	21	84 / 4	32,82 €	475,42 €	2 445,02 €
Enfermeiro	7,61 €	1.316,90€	17%	2,68 €	15	84 / 5,6	21,40 €	434,03 €	2 232,15 €
AAM	4,52 €	666,74€	10%	1,59 €	15	84 / 5,6	12,71 €	257,79 €	1 325,80 €
Administrativo	4,52 €	666,74€	10%	1,59 €	15	84 / 5,6	12,71 €	257,79 €	1 325,80 €
Total	44,35 €		100%	15,59 €	87	420	124,74 €	2 078,08 €	10 687,27 €

Legenda

(1) IRI - Índice Redistribuição Incentivo

(2) São apresentadas horas / semana e de seguida horas / semana / profissional a alocar por cada categoria à respetiva atividade adicional

(3) 70% incentivo monetário pago mensalmente. Para este cálculo considera-se produção adicional máxima 8 consultas / hora realizadas (4 por cada médico);

(4) 30% incentivo monetário pago anualmente a cada profissional da categoria conforme resultado da performance calculada pelo IDG. Considera-se valor pago por profissional de saúde se cumprirem mesmo número de horas durante o ano.

(5) Variável conforme categoria e grau de especialização.

4.8.3.8. Demonstração da Sustentabilidade Financeira

A sustentabilidade financeira do CRI-AR-HFF depende da análise de balanços e demonstrações financeiras pormenorizadas, com o objetivo de apurar os resultados de cada atividade, avaliando os seus custos e proveitos. 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-AR-HFF, tendo por base as normas do Ministério da Saúde.

Os dados relativos ao financiamento do CRI-AR-HFF foram obtidos através dos valores do CP contratualizados entre o HFF e a ACSS, respeitantes ao ano de 2021. É essencial contratualizar com a ACSS outras linhas de produção que fazem parte da atividade diária do SUG. Estas linhas de produção deverão ser incluídas na faturação do CRI-AR-HFF.

Os valores apresentados no CP de 5.220.000€ / 100.000 episódios representam a atividade média expectável para cada tipologia de SUG, considerando a estrutura de oferta definida na Rede de Urgências e Emergências, e o volume de financiamento a atribuir em 2021 a cada instituição na componente de valor fixo corresponde à aplicação do índice que posiciona estes Serviços em relação a estes valores médios. Os acordos modificativos irão permitir ajustar o valor fixo da atividade média expectável ao valor real, de modo que não se entre no pagamento a preço marginal. Os valores exatos desses ganhos serão difíceis de estimar. Por seu lado, o internamento e os gastos de material clínico associados ao UICD entram num centro de custos de toda a medicina sendo difíceis de contabilizar esses dados. De qualquer modo, o CRI prevê maior controlo nesses gastos.

Em relação à atividade adicional, considera-se realização de 80 consultas de doentes agudos por dia, 15 min por cada consulta, num total para 365 dias de 29.200 consultas. Face ao exposto, estima-se um valor de ganhos possíveis de distribuir em incentivos de 697.004€/ano. O número de consultas poderá ser ajustado conforme a afluência ao SUG de doentes não urgentes, servindo de tampão à pressão das visitas inadequadas sobre a atividade base do SUG.

Dada a dificuldade de estimar os ganhos reais do CRI-AR-HFF e, para facilitar a análise do impacto financeiro ou resultados operacionais, considerou-se o conceito de ponto de equilíbrio. O ponto de equilíbrio será para o valor a pagar de incentivos por ato / consulta adicional, a partir do qual o impacto em termos de ganho do valor da consulta e da poupança em fornecimento externo de serviços, cobre o valor da perda da não realização do episódio de urgência. Assim, o valor essencial para manter a atividade base mantém-se e haverá um encaixe financeiro.

Tabela 17 - Demonstração previsional de gastos do CRI-AR-HFF

Demonstração previsional de resultados - Gastos			
Rubricas de custos	Gastos /Ano (€)	Comentários	
Material clínico e administrativo	1.500.000,00 €		
Medicamentos e outros produtos farmacêuticos	250.000,00 €		
Fornecimentos de serviços externos - Médicos (n= 118)	2.112.360,00€	176.030,00 € / mês em média	
Gastos com pessoal	Gastos com atividade base (CIT sem termo)	(A distribuir 70% + 30% do incentivo)	
	- Médicos (n=23)	1.045.701,76€	87.141,83 € / mês em média
	- Enfermeiros/as (n=131)	3.133.152,84€	261.096,07 € / mês em média
	- Auxiliares de ação médica (98)	1.467.229,44€	122.269,12 € / mês em média
	Gastos com atividade adicional	650.433,96 €	455.303,77 € + 195 130,19 €
	- Médicos coordenadores (n=21)	235.094,85 €	164.566,39 € + 70 528,45 €
	- Médicos não coordenadores (n=21)	171.151,39 €	119.805,98 € + 51 345,42 €
	- Enfermeiros/as (n=15)	111.607,72 €	78.125,40 € + 33 482,32 €
	- Auxiliares de ação médica (n=15)	66.290,00 €	46.403,00 € + 19 887,00 €
	- Administrativos (n=15)	66.290,00 €	46.403,00 € + 19 887,00 €
- Conselho de gestão	6.570,04 €	4.599,03 € + 1 971,01 €	
Formação	26.250,00 €	Corresponde a cerca de 5% do total de	
Equipamento formação	8.750,00 €	incentivo	
Gastos de amortizações e depreciações	204.400,00 €		
Outros gastos	5.000,00 €		
Total	10.205.448,04€		

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. 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-AR-HFF que se encontra fora dos limites estipulados no seu plano de ação.

O SUG tem custos não contabilizados elevados dado os mesmos serem calculados com centro de custos para toda a medicina interna. De qualquer modo, o controlo de gestão com o CRI levará a um maior rigor nos gastos com tendência para menos exames realizados. Para além disso, existem vantagens não mensuráveis que surgem como: valorização e motivação das equipas completamente diferentes. Aos preços previstos nos números anteriores crescem os valores dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, considerados como custos e ganhos com saldo nulo na avaliação geral (preços discriminados no Anexo IV do Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços no âmbito de prestações realizadas em produção adicional para o SNS).

Com este modelo de gestão propõe-se manter a observação e orientação de doentes pouco ou não urgentes. Contudo, será atividade realizada por equipas mais diferenciadas do HFF e com menor recurso a prestadores externos, logo mais eficiente e com redução dos encargos do HFF.

A análise dos custos da atividade do CRI-AR-HFF 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.

4.8.3.9. Resultados Operacionais

Na tabela 18 apresentam-se os resultados operacionais ou impacto financeiro do CRI-AR-HFF. Espera-se um crescimento do resultado operacional do CRI-AR-HFF à custa da atividade adicional da consulta de agudos. De modo a facilitar a análise de sustentabilidade financeira, pode-se considerar esse valor de equilíbrio da distribuição obtido entre a diferença do montante ganho do hospital com os episódios de consulta agudos e dos episódios de urgência não realizados pela referenciação a esta consulta.

Considera-se ainda que o HFF irá poupar no fornecimento de serviços externos, vulgo prestadores de serviço, dado contratualizar atividade adicional a equipas mais diferenciadas do próprio HFF. Ao considerar a diferença entre a atividade não realizada por episódio de urgência e a realizada em consulta desses mesmos doentes, e associarmos o impacto da redução do fornecimento externo, teremos um ganho para o hospital de 178.996,00 €.

Tabela 18 – Impacto financeiro da consulta de doente agudo no CRI-AR-HFF

	Preço	Valor / ano	Comentários
Impacto para o HFF da atividade realizada em consulta(1)	72,00€	2 160 000 €	Para atividade estimada ao ano de 29 200 consultas.
Impacto para o HFF da atividade não realizada em urgência(2)	52,20€	-1 566 000 €	Dado que os doentes são encaminhados para consulta não será contabilizada episódios de urgência para os mesmos 29 200 doentes em episódio de urgência.
Impacto para o HFF na redução da necessidade de prestadores especialistas (3)	39,00 €	170 820 €	Redução de 4380h/ano de atividade para cada categoria dado se recorrer a pagamento de incentivos da equipa do hospital a CIT constituindo um valor poupado pelo HFF
Impacto para o HFF na redução da necessidade de prestadores não especialistas (4)	29,00 €	127 020 €	
Pagamento no ponto de equilíbrio (1) + (2)+(3)+(4)		876 000,00 €	O pagamento no ponto de equilíbrio seria de €30,00 (876 000,00 €/29200). Em suma, o pagamento no ponto de equilíbrio é superior ao valor permitido de pagamento de incentivo traduzindo-se no valor ganho por esta proposta de investimento.
Pagamento máximo incentivos (inclui-se incentivos monetários e não monetários) (5)	€23,87	697 004,00 €	Valor a faturar por consulta / ato, correspondendo a 34,10€ conforme alínea 1, artigo 15º, Secção III, Anexo I, Portaria 207/2017, 11 julho O Preço por consulta a pagar será de 70% conforme alínea 7, artigo 4, Secção II, Anexo II, Portaria 254/2018, 7 setembro.
Impacto final (1) + (2)+(3)+(4) + (5)		+ 178 996,00 €	

4.8.3.10. 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.

4.8.3.11. Contrato-Programa Anual do CRI-AR-HFF

O CP anual do CRI-AR-HFF 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 HFF disponibiliza os serviços de apoio técnico que respondam às solicitações do CRI-AR-HFF, 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-AR-HFF, 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 maneo de montante previsto no seu CP anual.

O CP anual do CRI é negociado pelo seu conselho de gestão no âmbito do processo de contratualização interna com o conselho de administração da instituição, que a subscreve com o diretor do CRI, e compreende: 1) os princípios gerais de atuação; 2) os protocolos clínicos utilizados; 3) os objetivos operacionais anuais, as medidas a implementar e os parâmetros para a avaliação dos resultados operacionais e clínicos; 4) a indicação da produção base e adicional contratada; 5) o orçamento anual do CRI, com a previsão da estrutura de custos e de proveitos; e 6) o plano anual de investimentos e o plano de formação e investigação.

A exigência do cumprimento do plano de ação está dependente da disponibilização dos recursos e serviços acordados nos termos do referido plano (Portaria nº 330/2017 de 31 outubro).

4.8.3.12. Monitorização e Acompanhamento

O CA do HFF e a ARSLVT têm a responsabilidade de monitorizar a atividade do CRI-AR-HFF, 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-AR-HFF 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 doentes e profissionais do CRI.

De uma forma ou de outra, as auditorias têm feito parte da boa prática clínica ao longo de gerações. A auditoria consiste na análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados, incluindo os procedimentos de diagnóstico e tratamento, a utilização de recursos e os consequentes resultados e qualidade de vida para o doente», confrontando-os com critérios de qualidade. O ciclo de uma auditoria clínica começa com a identificação de um problema, continua com a definição de critérios ou indicadores de qualidade, recolha da informação, comparação do desempenho observado com os critérios de qualidade definidos e termina com a execução da mudança.

A GC exige cada vez mais cuidado em seguir protocolos e normas de orientação clínica adequados estabelecendo os limites e estes são essenciais na procura da eficácia clínica. A GC passa invariavelmente por alguma standardização porque se queremos a melhoria clínica, queremos estabelecer um padrão que nos permita posteriormente quantificá-la. É difícil standardizar e estabelecer protocolos para todos os profissionais em todas as circunstâncias, mas define uma linha de orientação clínica como normas de procedimentos da DGS que nos ajuda a alinhar cuidados para aumentar a eficácia e eficiência diminuindo o erro em medicina. Como não é possível ter tudo para todos temos que se definir protocolos a nível de governação clínica nacional, mas que a nível de GC em cada hospital deve ser adaptado. As normas e orientações ajudam a auditar e ir melhorando continuamente a qualidade.

Mas cada doente é um doente e cada vez mais temos medicina personalizada pelo que os nossos protocolos terão de evoluir com a investigação e à medida que o financiamento nos permite. Como medir o desempenho se os profissionais não sabem ou não cumprem os protocolos? A medicina faz-se muitas vezes de intervenções *offlabel* e saídas dos protocolos. Contudo essa medicina personalizada irá dificultar a auditoria quando se tem um determinado valor máximo de gastos, levando-nos a maiores custos não previstos no protocolo.

4.8.3.13. Investigação e Ensino

Dada a velocidade com que são produzidos novos conhecimentos na área da saúde, nenhum profissional de saúde se deve abster da formação contínua em qualquer altura da sua prática clínica e constitui mesmo um dever manter-se atualizado. As organizações de saúde devem responsabilizar-se por proporcionar aos seus colaboradores formação de qualidade baseada na evidência. O Centro de Simulação CRI para Medicina de Urgência proporcionará o contexto de aprendizagem ideal para implementar um programa de formação pós-graduado altamente diferenciado nesta área. O CRI possui competências nas áreas do ensino, formação e investigação que lhe permitirão 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, tendo em vista a maximização dos resultados clínicos e gestionários (Portaria nº 330/2017 de 31 outubro).

A efetividade de aprendizagem é o processo de aprendizagem que envolve a gestão de riscos, porque a gestão de riscos muda com os avanços da tecnologia. O processo de aprendizagem permitirá para melhorar a qualidade do atendimento podendo ser informal ou formal. Algumas formas de melhorar a efetividade de aprendizagem passam por promover a formação ou facilitar a assistência a formações, realização de *benchmarking* para melhorar a qualidade do atendimento e momentos informais de formação em que a equipa também pode aprender com seus colegas.

A formação em medicina de urgência será desenvolvida pelo corpo clínico do SUG e dedicada à aquisição de competências no diagnóstico e tratamento das doenças inesperadas. A avaliação inicial, o diagnóstico, o tratamento, a coordenação de cuidados por vários prestadores e as decisões relativas a todos os doentes com situações clínicas imprevistas constituem as competências em Medicina de Urgência e definem as áreas de conhecimento específicas desta especialidade, distintas de qualquer outra. Os formandos deverão ser capazes de adquirir competências que lhes permitam uma abordagem diferenciada em situações clínicas urgentes e emergentes das doenças mais comuns, de acordo com o currículo europeu de medicina de urgência.

A formação baseada em simulação imersiva permitirá aos formandos treinar aptidões de trabalho em equipas de urgência e em contextos clínicos complexos. A utilização de simuladores de alta-definição no ensino de competências tem sido um impulsionador de programas de formação clínica em áreas complexas e com resultados positivos no impacto ao nível do tratamento de doentes. A Medicina de Urgência tem sido uma das áreas a beneficiar desta nova técnica de ensino médico que permitiu ultrapassar as enormes barreiras inerentes ao ambiente clínico real.

A formação profissional, com o intuito de colmatar lacunas de competências, pode ser vista no âmbito da aquisição de uma qualificação inicial que o colaborador não tenha, ou no âmbito do aperfeiçoamento de uma qualificação já adquirida. O aprofundamento ou aperfeiçoamento de uma certa competência pode acontecer na forma de reciclagem, para reavivar os conhecimentos, na forma de atualização, para aprender o que de novo surgiu sobre certo assunto, ou ainda, para acompanhar as necessidades formativas associadas a uma promoção. Quando há reconversão dos colaboradores, devem ser aproveitadas as competências previamente adquiridas, para o desempenho no novo trabalho, havendo unicamente necessidade de complementar os conhecimentos que ainda não possuía dentro da nova área de trabalho.

Uma competência deve ser vista de um modo mais amplo, englobando o saber nas suas quatro vertentes. O saber saber (competências cognitivas), o saber fazer (competências técnicas), o saber estar (competências relacionais e sociais) e o saber partilhar, fundamental para a manutenção das competências dentro das organizações. Uma competência é mais que um conjunto de capacidades e habilidades que se reconhecem em certo indivíduo, porque engloba também as suas características individuais, que também podem ser trabalhadas. A maior parte da formação realizada no SUG do HFF é, no entanto, informal e *“on the job”*, sendo os colegas mais velhos e diferenciados, de cada classe profissional, que orientam diariamente, de forma natural e espontânea, os mais novos e inexperientes. O conceito de tutor/orientador, estilo *“coaching”*, é utilizado por todas as classes profissionais, mesmo que às vezes de modo pouco formalizado, como forma de integração dos novos elementos, mantendo-se posteriormente, como forma de transmissão de conhecimentos. Este tipo de formação permite o desenvolvimento de competências a curto/médio prazo.

4.8.3.14. Centros de Referência

A reorganização do SUG 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 doentes tendo por base o conceito do VBH.

A elaboração de projetos da qualidade na admissão e encaminhamento dos doentes, a sua aplicação avaliada por auditorias internas e externas, assim como uma aposta na qualificação dos serviços de aprovisionamento hospitalares, constituem-se como elementos fundamentais na promoção da melhoria continuada do desempenho nos cuidados de saúde. Às instituições de saúde compete adequar recursos, criar estruturas que propiciem um exercício profissional de qualidade e desenvolver esforços no sentido de proporcionar condições e ambiente favoráveis ao desenvolvimento dos profissionais. O planeamento das necessidades e prioridades, da racionalização, da análise custo/benefício, da eficiência técnica e científica, da avaliação da qualidade, da equidade e rentabilidade, são realidades que colocam inevitavelmente novos desafios.

Existe a obrigação de tornar as nossas unidades centros de excelência. Assim, pretende-se que este projeto espelhe os princípios para esse objetivo através da centralização dos cuidados na pessoa doente, orientação para os resultados, liderança e coerência dos objetivos, adequada gestão de processos e atividades, desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores, aprendizagem, inovação e melhoria contínua para além da responsabilidade social.

A criação de centros de referência também é uma medida de poupança de custos, ou seja, existem questões de custos efetividade a ter em conta para além da qualidade exigida para cuidar adequadamente uma dada patologia. A criação de centros de referência deve-se certamente a líderes que conseguiram criar uma cultura organizacional ideal, motivar os profissionais de saúde e criar outras condições fundamentais de GC que permitiram colocar essa unidade no topo, como centros de referência.

Ambiciona-se um SUG que seja uma unidade prestadora de cuidados de saúde, com reconhecidos conhecimentos e competências para prestar cuidados de saúde de qualidade aos doentes, que apresentam condições que requeiram determinada concentração de recursos ou competências, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade do diagnóstico ou tratamento, e aos altos custos dessas mesmas condições.

O processo de certificação de uma Unidade de Urgência e Emergência está orientado para a promoção da melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde e o seu ponto de partida é o potencial de melhoria do próprio SUG. Está configurado sob um ponto de vista inovador, qualitativo e eficiente no que respeita ao consumo de tempo e de recursos. O modelo de certificação parte da definição de um padrão de referência (*standards*) que a Unidade de Urgência e Emergência utiliza com a finalidade de poder vir a melhorar os seus serviços e as ferramentas de gestão da melhoria da qualidade (metodologia, áreas de melhoria, aplicação informática, etc.), para que possa vir a ter uma ótima progressão em tempo e forma. A certificação das Unidades de Urgência e Emergência está concebida como um processo através do qual se observa e reconhece de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos respondem ao modelo da qualidade, com o objetivo de facilitar e impulsionar a melhoria contínua (Manual de Standards DGS, 2016).

A certificação adotada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) tem como objetivo favorecer e impulsionar a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados ao cidadão, na vertente clínica, de relacionamento com o cidadão, organizacional, processual, de desenvolvimento profissional e da formação contínua. No caso das Unidades de Urgência e Emergência, apresenta uma metodologia de trabalho que visa impulsionar a implementação de processos de gestão e garantia da qualidade e da melhoria contínua.

Implementação

5.1. Etapas e Atividades de Implementação

O processo de implementação divide-se em cinco etapas sequenciais (tabela 19). As duas primeiras fases são preparatórias e decorrem antes do início da execução do plano de ação. Esta conceptualização foi apresentada ao CA do HFF estando na altura do término deste trabalho completadas a fase preparatória.

Tabela 19 - Etapas e atividades de implementação do projeto

ETAPAS	CRONOLOGIA	ATIVIDADES
1. Preparação	3 Meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constituir o conselho de gestão e equipa de trabalho 2. Definir funções, responsabilidades e objetivos organizacionais 3. Apurar dados de gestão 4. Identificar as necessidades de RH e técnicos 5. Identificar de áreas fundamentais de intervenção 6. Elaborar o plano de ação e o plano de comunicação
2. Negociação	1 Mês	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discutir a estratégia com o grupo 2. Negociar e aprovar objetivos, indicadores e metas com CA 3. Realizar o BSC e mapa estratégico 4. Discutir e validar os objetivos e competências do SGAD 5. Validar o SGAD com cada colaborador e 6. Discutir e aprovar o sistema de incentivos 7. Aprovar o calendário de execução
3. Execução	Triénio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar o calendário de execução e plano de ação 2. Monitorizar e acompanhar a estratégia 3. Apurar resultados e o cumprimento das metas definidas 4. Executar medidas corretivas em caso de desvios identificados 5. Discutir e analisar os resultados
4. Monitorização	Triénio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar o processo de implementação 2. Avaliar as estratégias de melhoria do processo
5. Avaliação	Últimos 2 meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o processo de implementação 2. Implementar estratégias de melhoria

5.2. 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. 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.

A comunicação interna une os profissionais à missão, valores e objetivos da organização e é a base para o seu compromisso. A comunicação oficial percorre os canais hierárquicos da instituição e une toda a estrutura organizacional. A newsletter “SomosHFF” é uma plataforma online de partilha das diversas atividades desenvolvidas no hospital ou pelos seus colaboradores, valorização do mérito no desempenho dos profissionais e serviços ao nível da prestação de cuidados, bem como distinção em atividades formativas e científicas. Mas se a comunicação formal é o esqueleto de uma empresa, a informal constitui o sistema nervoso central que guia os processos de pensamento coletivo, as ações e as reações das suas unidades de negócio. Uma das particularidades do HFF prende-se como o acesso a uma plataforma de comunicação digital “Link Messenger” que permite a comunicação entre todo o corpo clínico de forma fácil e direta. Assim, deve ser implementado um plano estratégico de comunicação (interno e externo) que comprometa os níveis intermédios de gestão e permita legitimar uma rede de comunicação interna. Deve-se criar espaços de partilha de boas práticas, criar poder nos canais virtuais/ internet, promover espaços e discussão e de reflexão e incentivar o *feedback* positivo.

No CRI-AR-HFF 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 profissionais; (2) reuniões setoriais para esclarecimento e discussão de assuntos mais particulares; (3) utilização das plataformas digitais do HFF 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, 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-AR-HFF nos órgãos de comunicação e nas redes sociais, também faz parte da estratégia desta unidade.

5.3. Resultados Esperados

O HFF é uma instituição pública, incontornavelmente subjugada a uma imensidão de orientações burocráticas e a um modelo operacional pouco flexível e pouco permeável à inovação. A sensação de cansaço sentida entre os profissionais é elevada. Procura-se consolidar a cultura organizacional baseada nas relações humanas através da valorização dos profissionais de saúde envolvidos, promovendo a sua motivação e ao mesmo tempo fomentando o trabalho em equipa.

De qualquer modo, procura-se que este projeto seja mais do que uma conceptualização e possa constituir um modelo de gestão que permita de forma concreta a prestação de cuidados de saúde centrados nas necessidades dos doentes e aumentar o índice de satisfação dos doentes, familiares e demais pessoas de referência do doente. Com a operacionalização do CRI-AR-HFF procura-se ter impacto a vários níveis, nomeadamente no que diz respeito à melhoria dos parâmetros de qualidade em saúde e de produtividade, promovendo, desta forma, a uma franca melhoria do desempenho individual e organizacional.

Na base de todos os documentos estratégicos e compromissos de desempenho assumidos, deverá estar sempre uma gestão integrada e robusta das pessoas, pois serão sempre elas a força motriz da organização e do valor acrescentado que esta se propõe criar. Deste modo, procura-se um modelo de gestão para o SUG que permita melhorar continuamente a acessibilidade, a qualidade do atendimento clínico, o desempenho dos profissionais, a eficiência na utilização dos recursos, o desenvolvimento profissional da equipa de saúde e a satisfação dos doentes.

Conclusões

A conceptualização de um CRI para o SUG do HFF 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 para um SUG e o primeiro ligado à medicina interna com incentivos monetários e não monetários previstos no seu plano.

O HFF abrange uma população numerosa e heterogênea que, já na altura da sua construção, seria superior para a capacidade de resposta estimada, com grande variabilidade cultural, social e étnica. Este volume populacional e diversidade sociocultural, associado à carência de CSP, torna o SUG uma das unidades com maior pressão de admissões. Desde a sua génese até à atualidade, apesar de realizados ajustes no seu funcionamento, não foi realizada uma reformulação estrutural de fundo no HFF que acompanhasse a dinâmica populacional destes concelhos.

Considera-se que a presença inadequada de situações não urgentes no SUG, a dificuldade dos CSP na área de influência do HFF e as expectativas da população-alvo afetam negativamente os profissionais de saúde, diminuem a satisfação do doente e reduzem a qualidade dos cuidados aos doentes verdadeiramente urgentes com tempos de espera e diagnósticos ou tratamentos tardios.

Neste sentido, os SUG contemplam diferentes interesses e exigências que requerem um CG rigoroso e uma adequada operacionalização, a adaptação e a adequação da estratégia organizacional. A regulação dessa procura e oferta assistencial no SUG implica uma visão integrada dos processos de urgência e visão global da pessoa doente para aferir quais os recursos mais adequados.

Com este projeto pretendeu-se garantir a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade centrados nos doentes através da utilização eficiente dos RH e técnicos disponíveis, mantendo a gestão do CRI do SUG do HFF alinhada com a missão, visão e planeamento estratégico da organização e articulada com as restantes unidades funcionais e serviços do HFF.

De acordo com a dinâmica diária de funcionamento dos SUG adaptada ao momento atual com pressupostos e complementos fundamentais destacando-se: 1) o doente no centro do processo de continuidade de cuidados; 2) uma melhor política de comunicação e envolvimento dos profissionais no processo de integração de cuidados; 3) reafecção de recursos e 4) sistema de financiamento de organizações de saúde como instrumento capaz de criar um conjunto de incentivos tendentes ao alcance dos objetivos principais referidos. Apenas a criação de equipas de profissionais fixadas aos SUG, com adequada gestão estratégica de pessoas e de um plano de formação se conseguirá tornar a gestão das tarefas da área emergente mais eficiente, garantir a adequada continuidade assistencial, formativa e de gestão dos serviços e gerir eficazmente os recursos disponíveis.

Esta proposta permitirá aumentar a motivação e a fixação de talento através do pagamento de incentivos a um grupo alargado de profissionais de saúde. Embora a atividade adicional esteja relacionada com as vindas inadequadas, a avaliação de desempenho incide sobre a atividade realizada em todas as áreas funcionais do SUG aumentando a disponibilidade para turnos extra na atividade base considerada. Para além disso, é um plano que abrange vários grupos profissionais do SUG

Em suma, o presente projeto é ambicioso dado incidir sobre o maior SUG da área da grande Lisboa. A sua implementação é uma oportunidade para promover mudanças que tragam valor para os doentes e profissionais de saúde numa área tão desafiante e complexa como a dos doentes agudos atendidos em qualquer SUG. Por outras palavras, pretende-se que seja suficientemente disruptivo para impulsionar a mudança.

Referências Bibliográficas

- Abir, M., Goldstick, J. E., Malsberger, R., Williams, A., Bauhoff, S., Parekh, V. I., Kronick, S., & Desmond, J. S. (2019). Evaluating the impact of emergency department crowding on disposition patterns and outcomes of discharged patients. *International journal of emergency medicine*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12245-019-0223-1>
- Alvesson, M., & Kärreman, D. (2007). Constructing mystery: Empirical matters in theory development. *Academy of Management Review*, 32, 1265-1281.
- Austin, E. E., Blakely, B., Tufanaru, C., Selwood, A., Braithwaite, J., & Clay-Williams, R. (2020). Strategies to measure and improve emergency department performance: a scoping review. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 28(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00749-2>
- Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T., van Manen, J., Rudkjøbing, A., & Quentin, W. (2019). Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001>
- Berthelot, S., Breton, M., Guertin, J. R., Archambault, P. M., Berger Pelletier, E., Blouin, D., Borgundvaag, B., Duhoux, A., Harvey Labbé, L., Laberge, M., Lachapelle, P., Lapointe-Shaw, L., Layani, G., Lefebvre, G., Mallet, M., Matthews, D., McBrien, K., McLeod, S., Mercier, E., Messier, A., ... Vaillancourt, S. (2021). A Value-Based Comparison of the Management of Ambulatory Respiratory Diseases in Walk-in Clinics, Primary Care Practices, and Emergency Departments: Protocol for a Multicenter Prospective Cohort Study. *JMIR research protocols*, 10(2), e25619. <https://doi.org/10.2196/25619>
- 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.
- Boudreaux ED, Cruz BL, Baumann BM. The use of performance improvement methods to enhance emergency department patient satisfaction in the United States: a critical review of the literature and suggestions for future research. *Acad Emerg Med*. 2006;13(7):795–802.
- Breen, L. M., Trepp, R., Jr, & Gavin, N. (2020). Lean Process Improvement in the Emergency Department. *Emergency medicine clinics of North America*, 38(3), 633–646. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.05.001>
- Breton, M., Smithman, M. A., Sasseville, M., Kreindler, S. A., Sutherland, J. M., Beauséjour, M., Green, M., Marshall, E. G., Jbilou, J., Shaw, J., Brousselle, A., Contandriopoulos, D., Crooks, V. A., & Wong,

- S. T. (2020). How the design and implementation of centralized waiting lists influence their use and effect on access to healthcare - A realist review. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(8), 787–795. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.023>
- Bucci S, De Belvis AG, Marventano S, De Leva AC, Tanzariello M, Specchia ML, Emergency department crowding and hospital bed shortage: is lean a smart answer? A systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016; 20(20):4209–19.
- Bullard MJ, Villa-Roel C, Guo X, Holroyd BR, Innes G, Schull MJ, The role of a rapid assessment zone/pod on reducing overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J*. 2012;29(5):372–8.
- Cameron, K. S.; Quin, R. E. Diagnosing and changing organizational culture. [S. L.: s.n.], 1996.
- Campos, A.C. (2019). *Administração pública e saúde: ensaios de circunstâncias*, Coimbra: Almedina.
- Checkland P, Poulter J: *Soft Systems Methodology*. In *Systems Approaches to Managing Change: A Practical Guide*.
- Chen, W., Linthicum, B., Argon, N. T., Bohrmann, T., Lopiano, K., Mehrotra, A., Travers, D., & Ziya, S. (2020). The effects of emergency department crowding on triage and hospital admission decisions. *The American journal of emergency medicine*, 38(4), 774–779. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.06.039>
- 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*
- Coleman, P., & Nicholl, J. (2010). Consensus methods to identify a set of potential performance indicators for systems of emergency and urgent care. *Journal of health services research & policy*, 15 Suppl 2, 12–18. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009096>
- Correia, J. A. (2019). Celebrar a Velhice: Cheio de Saúde ou com a Doença Crónica Controlada. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 26(3), 187-188. Consultado a 18 de Maio de 2021 através de https://www.spmi.pt/revista/vol26/vol26_n3_2019_187_188.pdf
- Declaração de Retificação nº 1032-A/2015. *Diário da República* n.º 230/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-11-24, páginas 3 – 5. <https://files.dre.pt/2s/2015/11/230000001/0000300005.pdf>
- Decreto de Aprovação da Constituição da República Portuguesa, *Diário da República* n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Decreto-Lei n.º 18/2017. *Diário da República* n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10. <https://files.dre.pt/1s/2017/02/03000/0069400720.pdf>
- Decreto-Lei n.º 188/03. *Diário da República* n.º 191/2003, de 2003-08-20. <https://files.dre.pt/1s/2003/08/191a00/52195231.pdf>

Decreto-Lei n.º 19/88. Diário da República n.º 17/1988, 3º suplemento, Série I de 1988-01-21.
<https://files.dre.pt/1s/1988/01/01703/00200023.pdf>

Decreto-Lei n.º 233/05. Diário da República n.º 249/2005, Série I-A de 2005-12-29.
<https://files.dre.pt/1s/2005/12/249a00/73237333.pdf>

Decreto-Lei n.º 374/99. Diário da República n.º 219/1999, de 1999-09-18.
<https://files.dre.pt/1s/1999/09/219a00/64896493.pdf>

Despacho Ministerial n.º 5314/2020, Diário da República n.º 89/2020, Série II de 2020-05-07, páginas 79 – 81. Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/2s/2020/05/089000000/0007900081.pdf>

Despacho nº 10438/2016. Diário da República n.º 159/2016, Série II de 2016-08-19, páginas 26090 – 26092. <https://files.dre.pt/2s/2016/08/159000000/2609026092.pdf>

Despacho nº 727/2007. Diário da República n.º 10/2007, Série II de 2007-01-15, páginas 1123 – 1124.
<https://files.dre.pt/2s/2007/01/010000000/0112301124.pdf>

Despacho Normativo n.º 11/2002. Diário da República n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06, páginas 1865 – 1866 de 2002-03-06. <https://files.dre.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>

Despacho Normativo nº 10319/2014. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, páginas 20673 – 20678. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Despacho Normativo nº 1057/2015. Diário da República n.º 22/2015, Série II de 2015-02-02, páginas 3039 – 3039. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/022000000/0303903039.pdf>

Despacho Normativo nº 10601/2011. Diário da República n.º 162/2011, Série II de 2011-08-24, páginas 34823 – 34824. <https://files.dre.pt/2s/2011/08/162000000/3482334824.pdf>

Despacho Normativo nº 13377/2011. Diário da República n.º 192/2011, Série II de 2011-10-06, páginas 39681 – 39682. <https://files.dre.pt/2s/2011/10/192000000/3968139682.pdf>

Despacho Normativo nº 13427/2015. Diário da República n.º 228/2015, Série II de 2015-11-20, páginas 33814 – 33816. <https://files.dre.pt/2s/2015/11/228000000/3381433816.pdf>

Despacho Normativo nº 17736/2006. Diário da República n.º 168/2006, Série II de 2006-08-31, páginas 17179 – 17180. <https://files.dre.pt/2s/2006/08/168000000/1717917180.pdf>

Despacho Normativo nº 18459/2006. Diário da República n.º 176/2006, Série II de 2006-09-12, páginas 18611 – 18612. <https://files.dre.pt/2s/2006/09/176000000/1861118612.pdf>

Despacho Normativo nº 19 123/2005. Diário da República n.º 169/2005, Série II de 2005-09-02, páginas 12833 – 12834. <https://files.dre.pt/2s/2005/09/169000000/1283312834.pdf>

Despacho Normativo nº 199/2016. Diário da República n.º 138/2016, Série I de 2016-07-20, páginas 2372 – 2374. <https://files.dre.pt/1s/2016/07/13800/0237202374.pdf>

Despacho Normativo nº 5414/2008. Diário da República n.º 42/2008, Série II de 2008-02-28, páginas 8083 – 8085. <https://files.dre.pt/2s/2008/02/042000000/0808308085.pdf>

- Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC health services research*, 8, 207. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-207>
- Direção-Geral da Saúde (2018): Circular Normativa n.º 002/2018 de 09/01/2018 “Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata”.
- Drynda, S., Schindler, W., Slagman, A., Pollmanns, J., Horenkamp-Sonntag, D., Schirrmeister, W., Otto, R., Bienzeisler, J., Greiner, F., Drösler, S., Lefering, R., Hitzek, J., Möckel, M., Röhrig, R., Swart, E., & Walcher, F. (2020). Evaluation of outcome relevance of quality indicators in the emergency department (ENQuIRE): study protocol for a prospective multicentre cohort study. *BMJ open*, 10(9), e038776. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038776>
- Eddy, K., Jordan, Z., & Stephenson, M. (2016). Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(4), 96–137. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-1843>
- Edwards, M., Cooper, A., Davies, F., Sherlock, R., Carson-Stevens, A., Price, D., Porter, A., Evans, B., Islam, S., Snooks, H., Anderson, P., Siriwardena, A. N., Hibbert, P., Hughes, T., Cooke, M., Dale, J., & Edwards, A. (2020). Emergency department clinical leads' experiences of implementing primary care services where GPs work in or alongside emergency departments in the UK: a qualitative study. *BMC emergency medicine*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00358-3>
- Ekelund, U., Kurland, L., Eklund, F., Torkki, P., Letterstål, A., Lindmarker, P., & Castrén, M. (2011). Patient throughput times and inflow patterns in Swedish emergency departments. A basis for ANSWER, A National SWedish Emergency Registry. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 19, 37. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-37>
- Elder, E., Johnston, A. N., & Crilly, J. (2015). Review article: systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 27(5), 394–404. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12446>
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J. A., Rodrigues, M., Moreira, F. & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105-116. Consultado a 31 de Maio de 2021 através de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98320/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico9a08%20-%20p105-116.pdf>
- Ferreira GE, Traeger AC, Maher CG. Review article: a scoping review of physiotherapists in the adult emergency department. *Emerg Med Australas*. 2019;31(1):43–57.
- Ferreira, D. C., Nunes, A. M., & Marques, R. C. (2018). Doctors, nurses, and the optimal scale size in the Portuguese public hospitals. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 122(10), 1093–1100. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.06.009>

- Ferreira, D. C., Nunes, A. M., & Marques, R. C. (2018). Doctors, nurses, and the optimal scale size in the Portuguese public hospitals. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 122(10), 1093–1100. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.06.009>
- 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.
- Fragata, José. *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*, Lidel - Edições Técnicas, Lda, Lisboa, 2012, 324.
- Gioia, D. A. (2004). A renaissance self: Prompting personal and professional revitalization. In P. J. Frost & R. E. Stablein (Eds.), *Renewing research practice: Scholars' journeys* (pp. 97-114). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Gioia, D., Corley, K.G., & Hamilton, A.L.. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31.
- Gittel, J.H. (2009). *High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*. New York: McGraw-Hill.
- Goldman, S., Doetzer, G., Parekh, A., Carr, B., & Alley, D. (2020). Right Care, Right Place, Right Time: The CMS Innovation Center Launches the Emergency Triage, Treat, and Transport Model. *Annals of emergency medicine*, 75(5), 609–611. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.09.006>
- Gonçalves-Bradley D, Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(2): CD002097. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002097.pub4>.
- Griffith, J. R. (2000). Championship management for healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, 45(1), 17-30.
- Grover, A. & Joshi, A. (2015). An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review. *Global Journal Health Science*, 7(2), 210-227. Consultado a 18 de Maio de 2021 através de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796376/>
- 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.
- Heide, I. V., Snoeijs, S., Quattrini, S., Struckmann, V., Hujala, A., Schellevis, F. & Rijken, M. (2018). Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity: Results from the European ICARE4EU project. *Health Policy*, 122(1), 36-43. Consultado a 18 de Maio de 2021 através de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29129270/>
- Heyrani A, Maleki M, Marnani AB, Ravaghi H, Sedaghat M, Jabbari M, Farsi D, Khajavi A, Abdi Z. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach.

Implement Sci. 2012 Sep 10;7:84. doi: 10.1186/1748-5908-7-84. PMID: 22963589; PMCID: PMC3457909.

Hong, M., Thind, A., Zaric, G. S., & Sarma, S. (2021). Emergency department use following incentives to provide after-hours primary care: a retrospective cohort study. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 193(3), E85–E93. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200277>

Hughes JM, Freiermuth CE, Shepherd-Banigan M, Ragsdale L, Eucker SA, Goldstein K, Emergency department interventions for older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(7):1516–25.

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](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.

John P. Meyer, Natalie J. Allen, David R. Meyer Commitment in the Workplace: Theory, Research, and Application.

Jones P, Schimanski K. The four hour target to reduce emergency department “waiting time”: a systematic review of clinical outcomes. *EMA - Emerg Med Australas*. 2010;22(5):391–8.

Jordan, H., et al. (2015). O controlo de gestão - Ao serviço da estratégia e dos gestores (10^o edição). Lisboa: Áreas Editora.

Joseph, J. W., Stenson, B. A., Dubosh, N. M., Wong, M. L., Chiu, D. T., Fisher, J., Nathanson, L. A., & Sanchez, L. D. (2018). The Effect of Signed-Out Emergency Department Patients on Resident Productivity. *The Journal of emergency medicine*, 55(2), 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.05.020>

Kaplan, R. S., Norton. DP (1992, January'-February). The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71-79.

- Kenny, J. F., Chang, B. C., & Hemmert, K. C. (2020). Factors Affecting Emergency Department Crowding. *Emergency medicine clinics of North America*, 38(3), 573–587. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.04.001>
- Kim S. Cameron, Robert E. Quinn *Diagnosing and Changing Organizational Culture*, Jossey- Bass 3ª edição
- Kocher, K. E., Shane, S. A., Venkatesh, A. K., Aronsky, D., Asplin, B. R., & Rathlev, N. K. (2011). Interventions to safeguard system effectiveness during periods of emergency department crowding. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1313–1317. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01219.x>
- Lei n.º 27/2002. Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08. <https://files.dre.pt/1s/2002/11/258a00/71507154.pdf>
- Lei n.º 66-B/2007. Diário da República n.º 250/2007, 1º suplemento Série I de 2007-12-28. <https://files.dre.pt/1s/2007/12/25001/0000200021.pdf>
- 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.
- Manual de standards Unidades de Urgência e Emergência ME 26 1_01, 1ª edição, Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde, setembro 2016, ISBN 978-972-675-247-9, https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual_de_standards_servicos-de-urgencia-e-emergencia_me-26-1_01_print.aspx
- Mason S. (2011). Keynote address: United Kingdom experiences of evaluating performance and quality in emergency medicine. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1234–1238. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01237.x>
- Mason, S., Mountain, G., Turner, J., Arain, M., Revue, E., & Weber, E. J. (2014). Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; a review study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 22, 55. <https://doi.org/10.1186/s13049-014-0055-1>

- 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.
- 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.
- Napoli, A. M., Ali, S., Lawrence, A., & Baird, J. (2020). Boarding is Associated with Reduced Emergency Department Efficiency that is not Mitigated by a Provider in Triage. *The western journal of emergency medicine*, 21(3), 647–652. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.2.45728>
- Naranjo-Gil, D. (2016). Role of management control systems in crafting realized strategies. *Journal of Business Economics and Management*, 17(6), 865-881
- Nicholls S, Cullen R, O'Neill S, Halligan A: Clinical governance: its origins and its foundations. *Br J Clin Govern* 2000, 5(3):172–178.
- Ortiz-Barrios, M., & Alfaro-Saiz, J. J. (2020). An integrated approach for designing in-time and economically sustainable emergency care networks: A case study in the public sector. *PloS one*, 15(6), e0234984. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234984>
- Paling, S., Lambert, J., Clouting, J., González-Esquerré, J., & Auterson, T. (2020). Waiting times in emergency departments: exploring the factors associated with longer patient waits for emergency care in England using routinely collected daily data. *Emergency medicine journal : EMJ*, 37(12), 781–786. <https://doi.org/10.1136/emered-2019-208849>
- Plano de Atividades e Orçamento 2020, Conselho de Administração Hospital Prof. Fernando da Fonseca, 30 de outubro de 2020, https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/07/HFF_Plano-de-Atividades-e-Or%C3%A7amento-2020_vf.pdf
- Portaria n.º 207/2017 Diário da República n.º 132/2017, Série I de 2017-07-11, páginas 3550 – 3708. <https://files.dre.pt/1s/2017/07/13200/0355003708.pdf>
- Portaria n.º 330/2017. Diário da República n.º 210/2017, Série I de 2017-10-31. <https://files.dre.pt/1s/2017/10/21000/0584805852.pdf>
- Portaria n.º 71/2018. Diário da República n.º 48/2018, Série I de 2018-03-08. <https://files.dre.pt/1s/2018/03/04800/0121401215.pdf>

- Portaria nº 254/2018 Diário da República n.º 173/2018, Série I de 2018-09-07.
<https://files.dre.pt/1s/2018/09/17300/0449704706.pdf>
- Pratt, M. G. (2008). Fitting oval pegs into round holes: Tensions in evaluating and publishing qualitative research in top-tier North American journals. *Organizational Research Methods*, 11, 481-509.
- Raita, Y., Goto, T., Faridi, M. K., Brown, D., Camargo, C. A., Jr, & Hasegawa, K. (2019). Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models. *Critical care (London, England)*, 23(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2351-7>
- Relatório Grupo Trabalho – Serviços de Urgências (GT-SU 2019), constituído pelo Despacho 696/2019, do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, nº 10/2019, Série II de 2019-01-15, Ministério de Saúde, novembro 2019, <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgências.pdf>
- Rocovich, C., & Patel, T. (2012). Emergency department visits: Why adults choose the emergency room over a primary care physician visit during regular office hours?. *World journal of emergency medicine*, 3(2), 91–97. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2012.02.002>
- Schneider, A., Riedlinger, D., Pigorsch, M., Holzinger, F., Deutschbein, J., Keil, T., Möckel, M., & Schenk, L. (2021). Self-reported health and life satisfaction in older emergency department patients: sociodemographic, disease-related and care-specific associated factors. *BMC public health*, 21(1), 1440. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11439-8>
- Sibbritt, D., Isbister, G. K., & Walker, R. (2006). Emergency department performance indicators that encompass the patient journey. *Quality management in health care*, 15(1), 27–38. <https://doi.org/10.1097/00019514-200601000-00004>
- Sørup, C. M., Jacobsen, P., & Forberg, J. L. (2013). Evaluation of emergency department performance - a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 21, 62. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-62>
- Stenson, B. A., Joseph, J. W., Antkowiak, P. S., Chiu, D. T., & Sanchez, L. D. (2021). Understanding Demand and Capacity Mismatch in an Academic Emergency Department Using a Staircase Model of Provider Capacity and Staggered Shift Start Times. *The Journal of emergency medicine*, 61(3), 336–343. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.03.031>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Tortajada, S., Giménez-Campos, M. S., Villar-López, J., Faubel.Cava, R., Donat-Castelló, L., Valdivieso-Martínez, B., Soriano-Melchor, E., Bahamontes-Mulió, A. & García-Gómez, J. M. (2017). Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care. *International Journal of Integrated*

Care, 17(2), 1-8. Consultado a 18 de Maio de 2021 através de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5624062/>

- Tsiachristas, A., Dijkers, C., Boland, M. R., & Rutten-van Mölken, M. P. (2013). Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 113(3), 296–304. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.07.007>
- Vainieri, M., Panero, C., & Coletta, L. (2020). Waiting times in emergency departments: a resource allocation or an efficiency issue?. *BMC health services research*, 20(1), 549. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05417-w>
- 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
- Welch, S. J., Asplin, B. R., Stone-Griffith, S., Davidson, S. J., Augustine, J., Schuur, J., & Emergency Department Benchmarking Alliance (2011). Emergency department operational metrics, measures and definitions: results of the Second Performance Measures and Benchmarking Summit. *Annals of emergency medicine*, 58(1), 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.08.040>
- Weng, S. J., Tsai, M. C., Tsai, Y. T., Gotcher, D. F., Chen, C. H., Liu, S. C., Xu, Y. Y., & Kim, S. H. (2019). Improving the Efficiency of an Emergency Department Based on Activity-Relationship Diagram and Radio Frequency Identification Technology. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4478. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224478>
- Yin, R. 2017. Estudio de Caso: Planejamento e métodos (5). Bookman
- Zambrana-García, J. L., Torres-Jiménez, M., Rubio-Sánchez, J. M., Montijano-Cabrera, A., Peña-Ojeda, J. A., & Velasco-Malagón, M. J. (2017). Procesos médicos susceptibles de alta resolución en consultas ambulatorias [Clinical processes in a high resolution clinic of specialist outpatient clinics]. *Revista de calidad asistencial : organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, 32(2), 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.09.002>

APÊNDICES e ANEXOS

APÊNDICE A – REVISÃO LEGAL DA SAÚDE EM PORTUGAL

APÊNDICE A1 - Tabela - Enquadramento Legal dos Serviços de Urgência Geral (SUG) e do HFF no SNS

APÊNDICE A2 - Tabela - Enquadramento Legal dos CRI

APÊNDICE B – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DE UM SUG

APÊNDICE B1 - Tabela - Principais problemas e soluções propostas à gestão de um SUG

APÊNDICE B2 - Tabela - Indicadores relacionados ao doente mais utilizados no SUG

APÊNDICE B3 - Tabela - Indicadores com foco nos processos internos, desempenho operacional (operações) ou eficiência mais utilizados no SUG

APÊNDICE B4 - Tabela – Indicadores de desempenho do SU associados a intervalos de tempo

APÊNDICE B5 - Tabela - Indicadores relacionadas à APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO do profissional de saúde mais utilizados no SUG

APÊNDICE B6 - Tabela - Intervenções para melhorar o desempenho do SU - práticas e intervenções nos processos

APÊNDICE B7 - Tabela - Intervenções para melhorar o desempenho do SUG por composição da equipa

APÊNDICE C – ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

APÊNDICE C1 - Guião de entrevistas para elementos com experiência modelo CRI

APÊNDICE C2. - Guião de Entrevistas para potenciais *stakeholders* de CRI no SU

APÊNDICE C3. Entrevistas a responsáveis de CRI

- **APÊNDICE C3.1** - Entrevista com equipa de gestão do CRI de medicina da Unidade Local Saúde de castelo branco
- **APÊNDICE C3.2** - Entrevista com conselho gestão do CRI do SUP do Hospital Espírito Santos de Évora
- **APÊNDICE C3.3** - Entrevista com Dr. Lino Patrício do CRI cérebro-cardiovascular do Alentejo (CRIA)
- **APÊNDICE C3.4** - Entrevista com Dra Catarina Paulino do CRI de oftalmologia do HFF

APÊNDICE C4 - entrevistas a *stakeholders* do SUG do HFF

- **APÊNDICE C4.1** - entrevista com Dr. Victor herdeiro e Dra Sandra Brás da administração central do sistema de saúde (ACSS)
- **APÊNDICE C4.2** - entrevista com Dr. Luís Pisco e Dra Laura Silveira da ARSLVT
- **APÊNDICE C4.3** - entrevista com vogal e enfermeiro coordenador do conselho de administração do HFF
- **APÊNDICE C4.4** - entrevista com Dr Gonçalo Envia da direção executiva dos ACES Sintra
- **APÊNDICE C4.5** - entrevista com Dra Sofia Corredoura diretor do serviço de urgência do Hospital Beatriz Angelo (HBA)
- **APÊNDICE C4.6** -entrevista com Dr Nelson Pereira - diretor da unidade autónoma de gestão da urgência e medicina intensiva (UAG-UMI) do Centro Hospitalar Universitário de São João
- **APÊNDICE C4.7** - entrevista Dra Alexandra Reis diretora do SUG do Hospital Garcia de Orta (HGO)
- **APÊNDICE C4.8** - entrevista com Dr José Ribeiro diretor SUG Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
- **APÊNDICE C4.9** - entrevista com Dra Teresa Branco diretora do serviço de medicina II do HFF

APÊNDICE D – CARACTERIZAÇÃO POPULAÇÃO ALVO DO SUG DO HFF

APÊNDICE D1 - Tabela - Análise demográfica dos Concelhos de Amadora e Sintra

APÊNDICE D2 - Tabela – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra por sexo e estado civil entre 2011 e 2021

APÊNDICE D3 - Gráfico – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra comparativamente a População em Portugal Continental por sexo e estado civil em 2021

APÊNDICE D4 - Gráfico – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra por grupo etário entre 2011 e 2021

APÊNDICE D5 - Gráfico – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra comparativamente a População em Portugal Continental por grupo etário em 2021

APÊNDICE D6 - Tabela – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra por níveis de ensino entre 2011 e 2021

APÊNDICE D7 - Gráfico – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra comparativamente a População em Portugal Continental por níveis de ensino em 2021

APÊNDICE D8- Tabela – Distribuição das Inscrições nos Cuidados de Saúde Primários no Concelho de Sintra em maio 2022

APÊNDICE D9 - Gráfico – Distribuição das Inscrições nos Cuidados de Saúde Primários no Concelho de Amadora em maio 2022

ANEXO D10 - Figura – Satisfação global dos utentes do HFF

ANEXO D11 --Figura – NPS por estratificações retirado de Relatório Satisfação HFF

ANEXO D12 -Figura – Tempos de espera para atendimento na urgência de Relatório de Satisfação

ANEXO D13 - Figura – Forma e Clareza na Alta na urgência de Relatório de Satisfação de utente do HFF

APÊNDICE D14 - Gráfico – Total de Admissões dos Serviço de Urgência Adultos com maior afluência em Portugal

APÊNDICE D15 - Gráfico – Total Admissões Urgência Geral por Hospital Área de Lisboa durante o ano de 2020

APÊNDICE D16 - Gráfico – Total Admissões Urgência Geral por Hospital Área de Lisboa durante o ano de 2021

APÊNDICE D17 - Gráfico – Distribuição das Admissões no Serviço de Urgência do HFF por triagem Manchester durante o ano 2020

APÊNDICE D18 - Gráfico – Distribuição das Admissões no Serviço de Urgência do HFF por triagem Manchester durante o ano 2021

APÊNDICE D19 Gráfico - Análise comparativa da Triagem Manchester por Hospital da Área metropolitana de Lisboa em 2021

APÊNDICE D20 Tabela - Análise comparativa dos Indicadores de produção e de rácios de eficiência das 6 unidades hospitalares com maior número de admissões da urgência em Portugal em 2020

APÊNDICE D21 - Tabela - Análise comparativa dos Indicadores de produção e de rácios de eficiência das 6 unidades hospitalares com maior número de admissões da urgência em Portugal em 2021

APÊNDICE D22 Gráfico - Fluxo médio das Admissões de Doentes por triagem de Manchester e por hora durante 2021. Sinalizado no gráfico o valor médio dos doentes triados como pouco urgente (verde).

APÊNDICE D23- Gráfico - Fluxo médio das Admissões de Doentes com triagem de Manchester de "Pouco urgente" (Verde) por hora e dia da semana durante 2021.

APÊNDICE E – ANÁLISE INTERNA DO HFF

APÊNDICE E1 - Tabela - Organização clínica do HFF

APÊNDICE E2 -Figura - Organograma hierárquico ou estrutura organizacional do SUG do HFF

APÊNDICE E3 - Tabela - Missão, objetivos e normas gerais do SUG do HFF conforme consta no Regulamento

APÊNDICE F – ENQUADRAMENTO DO CRI

APÊNDICE F1 – Tabela - Plano de ação – princípios básicos

APÊNDICE F2 – Tabela - Funções e objetivos chave do conselho de gestão

APÊNDICE G – ANÁLISE INTERNA DO SUG DO HFF

APÊNDICE G1 - Figura - Avaliação do modelo de gestão do SUG Adultos do HFF pela equipa médica

APÊNDICE G2 Figura - Avaliação do modelo de gestão do SUG Adultos do HFF pela equipa enfermagem

APÊNDICE G3 Figura - Avaliação da coordenação relacional entre vários grupos profissionais

APÊNDICE G4 Figura – Diagrama de perfis de liderança na perspetiva da equipa médica

APÊNDICE G5 Gráfico - Distribuição das características da Interação líder-membros ou *Leader Member Exchange* (LMX)

APÊNDICE G6 Gráficos – Distribuição das características pelo *High Reliability Organizations* (HRO)

APÊNDICE G7 Gráfico – Distribuição das características da ambidextria

APÊNDICE G8 Tabela - Distribuição das várias características de *burnout* considerando as respostas dadas pela por cada área profissional

APÊNDICE G9 Tabela - Distribuição das várias características de *commitment* considerando as respostas dadas pela por cada área profissional

APÊNDICE G10 Tabela – Análise comparativa entre *commitment* afetivo e *burnout* considerando as respostas dadas pela por cada área profissional

APÊNDICE G11 Tabela – Tipo de contrato e valores remuneratórios para médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos início de 2022

APÊNDICE G12 - Tabela– Custos do SUG do HFF

APÊNDICE G13 -Tabela – Distribuição das camas entre o HFF e os hospitais mais próximos da região metropolitana de Lisboa

APÊNDICE G14 - Gráfico - Fluxo médio das Admissões de Doentes Elegíveis para o CRI-AR-HFF por hora e dia da semana durante 2021.

APÊNDICE G25- - Gráfico – Fluxo médio das Admissões de Doentes Elegíveis para o CRI-AR-HFF por hora e dia da semana de acordo com triagem de Manchester durante o ano 2019.

APÊNDICE G26- Gráfico – Fluxo médio das Admissões de Doentes Elegíveis para o CRI-AR-HFF por hora e dia da semana de acordo com triagem de Manchester durante o ano 2020.

APÊNDICE G27- Tabela - Análise comparativa da distribuição das admissões na urgência do SUG do HFF em 2021 por triagem de Manchester e destino respetivo

APÊNDICE G28 - Tabela - Análise comparativa da demora media das admissões na urgência do SU do HFF em 2021 por triagem de Manchester

APÊNDICE G29- Tabelas - Análise dos internamentos da medicina interna ao longo de 2019 a 2021 pelos dias da semana

APÊNDICE G30 Tabela - Análise comparativa das pessoas consideradas hiperfrequentadores entre SUB e SUG do HFF em 2021

APÊNDICE H – IMPLEMENTAÇÃO PROJETO CRI-AR-HFF

APÊNDICE H1 - Tabela – Doentes elegíveis para a UTAH

APÊNDICE H2 - Tabela – Distribuição de doentes elegíveis para a UTAH da triagem e respetiva análise pelos anos de 2019-2021

APÊNDICE H3 - Figura - Espaço Físico do SUG do HFF (antes criação CRI-AR-HFF)

APÊNDICE H4 - Figura - Espaço Físico do CRI-AR-HFF do HFF com reestruturação do CRI

APÊNDICE H5 - Figura – Percurso clínico do doente no CRI-AR-HFF - SUG

APÊNDICE H6 - Figura – Percurso clínico do doente na Unidade de Tratamento Agudo Hospitalar (UTAH)

APÊNDICE H7 - Tabela – Produção base prevista para os vários grupos profissionais do SUG

APÊNDICE H8 - Tabela – Funções e áreas de atuação dos grupos profissionais do SUG do HFF na consulta de doentes agudos

APÊNDICE H9- Tabela – Indicadores de desempenho associados aos médicos coordenadores

APÊNDICE H10 - Tabela – Indicadores de desempenho associados aos médicos não coordenadores

APÊNDICE H11 - Tabela – Indicadores de desempenho associados aos enfermeiros

APÊNDICE H12- Tabela – Indicadores de desempenho associados aos auxiliares de ação médica

APÊNDICE H13 - Tabela – Indicadores de desempenho associados aos administrativos

APÊNDICE H14- Tabela - Auditoria à qualidade dos cuidados de enfermagem

APÊNDICE H15 - Tabela - Auditoria à qualidade dos cuidados de auxiliares de ação médica

ANEXO I – AVALIAÇÃO QUALIDADE - CERTIFICAÇÃO

ANEXO I1 - Tabela – Estrutura de cada processo de certificação da Unidade de Urgência e Emergência conforme Manual de Standards DGS 2016

APÊNDICE A – REVISÃO LEGAL DA SAÚDE EM PORTUGAL

APÊNDICE A1 - Tabela -Enquadramento Legal dos Serviços de Urgência Geral (SUG) e do HFF no SNS

Marco histórico	Descrição
Constituição Portuguesa, Artigo 64º Diário da República nº 86/1976 de 10 abril	<ul style="list-style-type: none"> Definição legal que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover e o Estado deve assegurar o direito à proteção da saúde
Lei de Bases de Saúde, Lei nº 48/90 de 24 agosto	<ul style="list-style-type: none"> Define as Leis fundamentais na área da Saúde estabelecendo o quadro geral do sistema de saúde nacional; Define e distingue Sistema de Serviço Nacional de Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro
Criação do Hospital Fernando da Fonseca (HFF) Decreto lei 382/91, de 9 de outubro	<ul style="list-style-type: none"> O HFF foi criado a partir do decreto lei 382/91, de 9 outubro 1991, e inaugurado a 1 novembro 1995, inicialmente no modelo de parceria público-privada (PPP); É o primeiro hospital público com gestão privada na Europa (um consórcio privado liderado pelo Grupo José de Mello),
1996	<ul style="list-style-type: none"> Criação da Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências que definiu os princípios precursores da Rede de Referência das Urgências e do respetivo relatório.
Despacho Normativo de 14 novembro de 2001	<ul style="list-style-type: none"> Consagração da Rede de Referência de Urgência/Emergência Nomeação do Grupo de Acompanhamento da Reforma das Urgências.
Despacho Normativo nº 11/2002 de 06 de março	<ul style="list-style-type: none"> Criação do Serviço de Urgência enquanto serviço de ação Médica Hospitalar
Resolução de Conselho de Ministros nº41/2002 de 7 de março	<ul style="list-style-type: none"> Adoção de novos modelos de gestão capazes de melhorar a performance do SNS; Orienta para a empresarialização da gestão hospitalar.
Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro	<ul style="list-style-type: none"> Foi aprovado o novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar que integrou vários modelos jurídicos incluindo os hospitais de natureza de Entidade Pública Empresarial (EPE)

Marco histórico	Descrição
Despacho Normativo nº 19123/2005 de 02 de setembro	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação da Triagem de Prioridade no SUG.
Despacho Normativo nº 17736/2006 de 31 de agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Propõe níveis, critérios e condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral (CTAPRU)
Despacho Normativo nº 18459/2006 de setembro	<ul style="list-style-type: none"> • Define emergência e urgência médicas e classifica os vários tipos de Serviços de Urgência • Introduce o relatório Proposta da Rede de Urgências definindo as características da rede de SUG pela CTAPRU. • Atualizado e completado pelo Despacho nº 727/2007 de janeiro
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes – CTAPRU (Ministério da Saúde, 2007); • Proposta de Rede de Referência de Urgência e Emergência – CTAPRU (Ministério da Saúde, 2007, atualizado em 2008); • Recomendações para a Organização e Desenvolvimento da Qualidade nos Serviços de Urgência - Competência em Emergência Médica (Ordem dos Médicos, 2007); • Recomendações para o Transporte do Doente Crítico - Competência em Emergência Médica e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Ordem dos Médicos e SPCI, 2008);
Despacho Normativo nº 5414/2008 de fevereiro	<ul style="list-style-type: none"> • Define os SUG que constituem os pontos da rede de referência de urgência / emergência.
Fim da Parceria Público Privada no HFF 2008-2009 (HFF passa a estatuto de EPE)	<ul style="list-style-type: none"> • O HFF passa a estatuto de EPE, a 31 de dezembro de 2008 • O HFF, primeiro hospital público com gestão privada, regressa à esfera pública a 01 de janeiro de 2009.
2009-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Normas de Boa Prática no Trauma - Competência em Emergência Médica (Ordem dos Médicos, 2009); • “Um ano de reflexão e mudança” - Comissão Regional do Doente Crítico (Administração Regional de Saúde Norte, 2009); • Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado (Direção Geral da Saúde, 2010);

Marco histórico	Descrição
Despacho Normativo nº 13377/2011 de 06 outubro	<ul style="list-style-type: none"> • Cria a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) com emissão do relatório em fevereiro de 2012.
Despacho Normativo nº 10601/2011 de 24 agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Cria o grupo técnico para a reforma hospitalar que emite também o seu parecer sobre os SUG.
Despacho Normativo nº 10319/2014 de 11 agosto (baseado no relatório do CRRNEU)	<ul style="list-style-type: none"> • Define a Rede de Urgências em níveis de atendimento, estrutura física e logística e determina a estrutura do SIEM ao nível hospitalar e a sua interface com o pré-hospitalar. • Reconhece como obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades em todos os SUG; • Estabelece padrões mínimos para a estrutura, recursos humanos, formação, indicadores de qualidade, avaliação e monitorização do SUG (incentiva necessidade de aquisição de competência em urgência).
Despacho Normativo nº 1057/2015 de 02 fevereiro	<ul style="list-style-type: none"> • Torna obrigatória a Triagem de Manchester estabeleceu a implementação de auditorias como garante da qualidade; • Segundo a Norma nº 002/2018 da DGS, os SUG devem implementar auditorias internas mensais ao sistema de triagem como garante da qualidade e o Grupo Português de Triagem realizará auditorias externas
Despacho Normativo nº 13427/2015	<ul style="list-style-type: none"> • Define a rede publica de urgência / emergência atualmente em vigor, corrigido pela Declaração de Retificação; • Corrigido pela Declaração de Retificação nº 1032-A/2015 e alterado pelo Despacho nº 10438/2016 de 19 agosto
Despacho Normativo nº 199/2016 de 20 julho	<ul style="list-style-type: none"> • Reforma do SNS na área dos cuidados de saúde hospitalar e sobre os modelos de funcionamento do SUG
Nova Lei de Bases da Saúde, Lei nº95/2019, de 4 setembro	<ul style="list-style-type: none"> • Revoga anterior Lei de Bases de Saúde
Pandemia COVID 2020	<ul style="list-style-type: none"> • OMS declara a Infecção SARS COV2 como emergência de saúde pública de âmbito internacional a 30 janeiro 2020; • Classificação do vírus como uma pandemia a 11 março 2020;
Criação de uma Área Dedicada Doentes Respiratórios (ADR) no SUG	<ul style="list-style-type: none"> • Obrigatoriedade pelo Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro e ao abrigo do disposto na Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto; • De acordo com Decretos-Lei n.º 81/2009 e n.º 82/2009, ambos de 2 de abril; • Conforme previsto na Norma 004/2020, de 23/03/2020, da DGS

APÊNDICE A2 - Tabela - Enquadramento Legal dos CRI

Marco histórico	Descrição
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 de 20 de agosto	<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
Despacho N. 5882/2013 de 24 de abril de 2013	<ul style="list-style-type: none"> Proposta para a constituição de unidades autónomas semelhantes aos CRI na promoção da autonomia, responsabilidade e produção. O documento foi elaborado, mas não chegou a ser publicado.
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 CA
Portaria nº 207/2017 de 11 julho	<ul style="list-style-type: none"> Aprovou os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS incluindo CRI
Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro	<ul style="list-style-type: none"> Orienta todos os serviços ou unidades funcionais de saúde do SNS com a natureza de EPE a se organizem em CRI Define o regulamento interno ou princípios gerais de funcionamento e organização de um CRI
Portaria nº 71/2018 de 8 de março	<ul style="list-style-type: none"> Procede à primeira alteração da portaria anterior e define o regime em que deverão laborar os trabalhadores que vierem a integrar o CRI
Portaria nº 254/2018 de 7 setembro	<ul style="list-style-type: none"> Aprovou alterações a portaria nº 207/2017 sobre Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS incluindo CRI Define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional realizada pelas equipas prestadoras de cuidados de saúde no SNS

APÊNDICE B – ENQUADRAMENTO TEÓRICO GESTÃO DE UM SUG

APÊNDICE B1 - Tabela - Principais problemas e soluções propostas à gestão de um SUG

Problema	Soluções propostas	Bibliografia
Ausência de diferenciação das equipas do SUG	<ul style="list-style-type: none"> Tornar o SUG um verdadeiro serviço criando equipas dedicadas com liderança e hierarquia próprias e com formação adequada para gestão de doente crítico nomeadamente com a especialidade de Medicina de Urgência e Emergência. Promover a criação e a formação de uma equipa dedicada responsável por assumir a maior parte da gestão dos doentes admitidos no SUG que esteja familiarizada com as idiossincrasias das patologias agudas mais comuns e das características socio económicas da população atendida e estejam enquadrados com as particularidades do hospital. 	Sørup 2013 Austin, 2020 Drynda, 2020
Excesso de procura e de visitas inapropriadas ou não urgentes	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver estratégias inovadoras na gestão da afluência e gestão da procura ao SUG devidamente integradas com os CSP; Melhorar a oferta da rede de CSP com a possibilidade de os médicos nos CSP poderem avaliar os doentes em consulta não urgente em menos de 24h horas dentro de horário alargado. Melhorar o encaminhamento para outros serviços em ambulatório atuando na gestão da procura direta e a utilização dos mecanismos de acesso ao SNS de forma adequada as necessidades de saúde, Reforçar as campanhas de educação dos cidadãos e de programas de literacia para a saúde que incidam sobre a adequada utilização dos serviços de saúde nomeadamente compreendendo as vantagens de recorrer a orientações rápidas e urgentes (Linha SNS 24 e número Nacional de Emergência Médica: 112) e cuidados personalizados e continuados (consulta do medico de família). 	Sørup 2013
Permanência inapropriada dos doentes no SU	<ul style="list-style-type: none"> A permanência elevada de utentes no SUG é o resultado de um aumento da afluência, atraso do atendimento, e de problemas na admissão, produção e alta. As intervenções para lidar com esses fatores foram amplamente analisadas mas com resultados inconclusivos; Integração dos hospitais a organizações maiores com a presença de recursos diferenciados, alargamento do apoio de especialidades médicas e promoção de uma equipa experiente; A promoção do trabalho em equipa interdisciplinar e o envolvimento precoce dos serviços hospitalares são exemplos de métodos para fornecer tratamento oportuno e de alta qualidade aos doentes dentro dos SUG. 	Seow, 2013 Sørup 2013 Austin, 2020

APÊNDICE B2 -Tabela - Indicadores relacionados ao doente mais utilizados no SUG

Indicadores	Características	Bibliografia
CENTRALIDADE NO DOENTE		
<p>O Decreto-Lei nº19/88 aprovou a Lei da Gestão Hospitalar, que se caracteriza por defender um conjunto de princípios e valores que engloba a prestação de cuidados de saúde centrada no utente e na família. Por outro lado, no grupo 1 dos Padrões de Referência do Manual de Standards DGS 2016, considera-se o cidadão como centro do sistema de saúde e sujeito ativo no processo terapêutico. Existem padrões de referência obrigatórios que contemplam, entre outros aspetos, os direitos dos cidadãos, a qualidade de vida, os princípios éticos e os aspetos ligados à segurança.</p>		
<p>Satisfação (no geral ou percebida)</p>	<p>A centralidade do utentes inclui a satisfação, um dos padrões de referência de certificação e é um dos indicadores mais estudados no contexto do SUG. A satisfação poderá ser do doente, da família, de outros cuidadores ou pessoas de referência que acompanhem o doente, em relação a vários parâmetros como tempo de espera, atitude e respeito, controlo da dor, comunicação dos profissionais de saúde, higiene e informação dada à altura da alta.</p>	<p>Sørup 2013 Madsen 2015 Austin 2020</p>
<p>Reclamações</p>	<p>São todas as expressões espontâneas de preocupação que são escritas ou que cheguem por qualquer meio ao conhecimento do conselho de gestão do SUG ou equipa de qualidade do HFF. Deve haver um mecanismo para registar essas expressões, e o mecanismo será específico da instituição. Os índices de reclamações são analisados por convenção por cada 1.000 admissões.</p>	<p>Welch 2011 Sørup 2013 Madsen 2015 Austin 2020</p>
<p>Altas por abandono*</p>	<p>Foi o indicador mais mencionado no grupo de centralidade do doente. Pode-se supor que esse indicador esteja relacionado aos níveis de satisfação dos doentes ou a potenciais obstáculos na triagem ou recepção do doente, visto que, muitas vezes, está relacionada à sobrelotação e aos longos tempos de espera. Este indicador também é considerado um importante devido aos riscos aumentados documentados e resultados adversos em doentes que saem antes de serem tratados. Nenhum dos artigos incluídos elabora sobre quais os tipos de alta por abandono devem ser registadas. No Contrato Programa e respetivo Acordo Modificativo de 2021 do HFF é ainda monitorizada a taxa de abandono do SUG.</p>	<p>Sibbritt 2006 Welch 2011 Sørup 2013 Madsen 2015 Austin 2020</p>

Indicadores	Características	Bibliografia
Hiperfrequentadores	Para questões de <i>benchmarking</i> , ao nível da ACSS, considera-se que sejam todos os doentes com mais de 4 vindas ao SUG no último ano. Uma das soluções apresentadas é a gestão integrada da doença, ou seja, uma abordagem organizada dos cuidados de saúde, proativa e centrada no doente, com o envolvimento de todos os níveis de cuidados e todos os intervenientes nomeadamente CSP e SUG. No CP de 2021 do HFF procura-se que seja < 3%	Todd, 2002 Escoval, 2010 Correia, 2019
FOCO NA SEGURANÇA O carácter quantitativo e qualitativo da segurança reflete a centralidade no doente e a eficiência operacional. Para além da satisfação do doente, os indicadores de alta por abandono, readmissão não planeada pelo mesmo diagnóstico às de 72h, mortalidade / morbidade e nº de incidentes indesejados, são indicadores de desempenho importantes no SUG.		
Incidentes não intencionais	O número de incidentes não intencionais não tem valor se não for acompanhado por uma descrição qualitativa que identifique a falha. No Manual de Standards DGS 2016, prevê-se que o SUG realize uma adequada gestão dos riscos para a segurança do utente.	Sørup 2013 Austin 2020
Falha no diagnóstico ou erros de tratamento (como prescrição ou administração de medicação)	Pode ser analisada como o número de doses de medicamentos administrados por qualquer via (endovenosa, oral, intranasal ou intramuscular) por 100 visitas ao SUG. Estas são normalmente contabilizadas por um sistema de distribuição eletrónico. Um dos padrões de referência de certificação da Unidade de Urgência e Emergência inclui recomendações sobre o tratamento farmacológico estabelecidas nos processos assistenciais.	Coleman 2010 Schull 2011 Sørup 2013 Austin 2020
Morbidade / Mortalidade	A auditoria por pares de mortalidade por causas evitáveis tem sido usada como indicador de confiabilidade e validade associado a bons resultados. Avaliar a mortalidade e morbidade, parece altamente justificado, mas pode ser difícil de obter, exceto para alguns dos países bem desenvolvidos que registam muitas estatísticas de saúde. Especialmente as revisões de mortalidade envolvem os médicos e servem como um meio para melhorias contínuas de qualidade.	Sørup 2013 Madsen 2015 Austin 2020
Reinternamentos / readmissões não planeadas	Conforme o contexto, podem-se considerar reinternamentos ou readmissões não planeadas pelo mesmo motivo às 24h, 72h ou mesmo 7 dias.	Sørup 2013 Madsen 2015 Austin 2020 Drynda 2020

Legenda:

***Tipos de altas por abandono**, ou seja, de doentes que saem antes de serem vistos por um médico:

- Doentes que abandonam antes do previsto (PWLBST – patients who left before supposed to)
- Doentes que abandonam antes de serem vistos (LBWS – left without being seen)
- Doentes que abandonam antes do tratamento (LBTC – left before treatment)
- Doentes com alta contra parecer medico (LAMA – left against medical advice) – são considerados por alguns autores um subconjunto dos doentes de alta por abandono e reúne todos os casos de saída dos doentes antes do tratamento completo e após ter assinado nota informando que lhe foram explicados e documentados os riscos e benefícios dessa atitude.

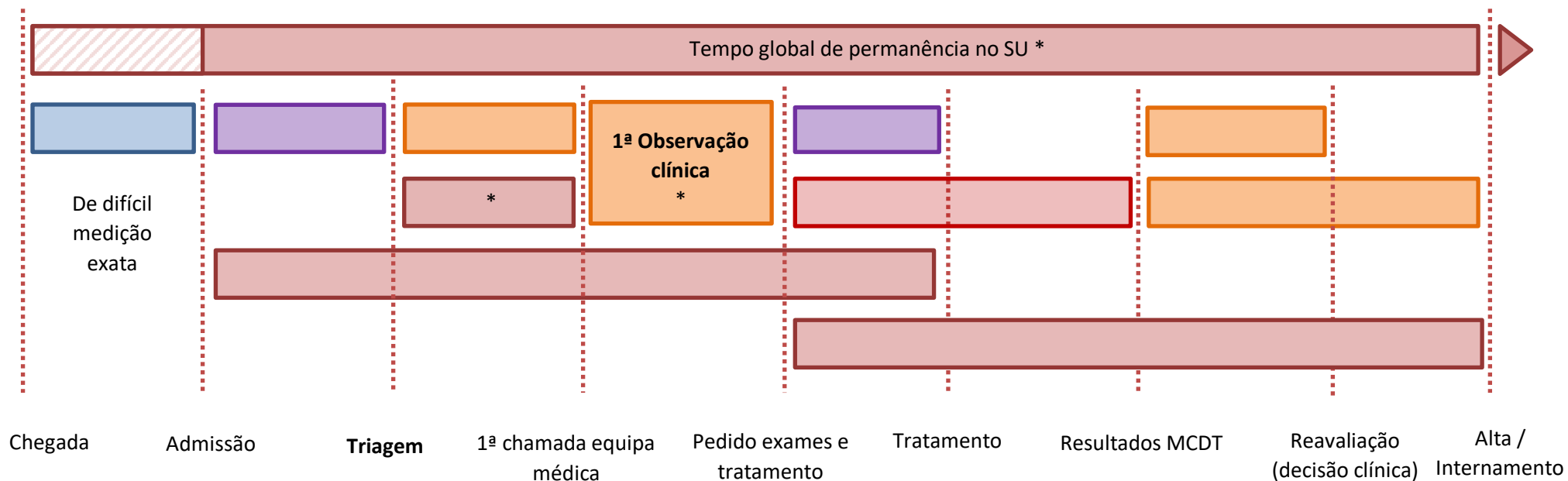
APÊNDICE B3 - Tabela - Indicadores com foco nos processos internos, desempenho operacional (operações) ou eficiência mais utilizados no SUG

Indicadores	Características	Bibliografia
<p>AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO (LEAN MANAGEMENT)</p>		
<p>Incluem-se alguns indicadores de resultado da atividade assistencial e relacionados com a operacionalização de processos</p>		
<p>Intervalos de tempo (em certas circunstâncias também chamados de tempos de espera)</p>	<p>Os indicadores baseadas em tempo registam períodos ou ciclos de atividade no SUG. Os mais utilizados são o tempo global de permanência no SUG e o tempo de espera da triagem até à primeira observação médica. As principais tarefas do SUG são o rápido reconhecimento e tratamento de condições críticas e a sua orientação precoce para um nível de atendimento adequado. Portanto, não surpreende existir um grande foco nos intervalos de tempo do SUG e de serem os indicadores mais estudados neste contexto. São uma medida geral indireta da eficiência do internamento. Estes indicadores são mais interessantes por estarem relacionadas com a eficácia em termos de tempo. Alguns dos casos a considerar são os emergentes devendo-se avaliar o intervalo de tempo desde a triagem até à realização de exame ou tratamento considerado crucial ou ao respectivo internamento. O tempo para o tratamento é mais difícil de definir e de registrar de forma padronizada devendo ser analisado em função da triagem ou prioridade atribuída. A percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no PTM tem sido usado como indicador de desempenho em Portugal e está incluído no CP de 2021 do HFF.</p>	<p>Sibbritt 2006 Coleman 2010 Welch 2011 McClelland 2012 Sørup 2013 Madsen 2015 Paling 2019 Austin 2020</p>
<p>Tempo global de permanência no SU (LOS – length of stay)</p>	<p>O aumento da afluência aos cuidados de saúde e a incapacidade de transferir um doente para internamento é uma das principais causas do aumento do tempo de permanência no SUG. A permanência prolongada no SUG estão associados a maior mortalidade e a piores resultados (<i>outcomes</i>). Por outro lado, um tempo global de permanência mais curto também significa reduzir a aglomeração e manter um fluxo de doente eficiente. É muitas vezes um indicador fácil de adquirir dos sistemas de informação e é relativamente fácil de definir. As metas introduzidas de tempo global de permanência no SU de 4h ou mesmo 6h mostraram-se ineficazes na redução da mortalidade e risco de readmissões. Não deve ser usado de forma isolada. No CP de 2021 do HFF são ainda monitorizados os seguintes indicadores de acesso e desempenho assistencial do tempo de permanência no SUG (entre a admissão administrativa e a alta) e a taxa de doentes que permanecem no SUG por período > 6 horas.</p>	<p>Welch 2011 Sørup 2013 Drynda 2020</p>

Indicadores	Características	Bibliografia
<p>Diagnóstico e abordagem corretas (auditoria a implementação de protocolos / algoritmos decisão)</p>	<p>Os indicadores de base clínica indicam os resultados médicos dos cuidados de saúde prestados. Deve-se analisar se a abordagem a cada caso estão em conformidade ou não com os protocolos ou algoritmos de decisão aprovados. Deve-se avaliar sobretudo os casos de situações por diagnosticar (identificados em vindas posteriores) ou sem tratamento adequado. As orientações e algoritmos devem estar de acordo com a evidência mais recente sobretudo nas situações consideradas emergentes ou nas Vias Verdes da DGS como enfarte agudo do miocárdio (cateterismo), acidente vascular cerebral (administração fibrinólise AVC agudo) ou sépsis (utilização adequada de antibiótico).</p>	<p>Schull 2011 Madsen 2015 Austin 2020</p>
<p>Componente financeira</p>	<p>Os indicadores baseados em custos indicam as implicações financeiras dos cuidados de saúde prestados e são muitas vezes associados a eficiência. Variam e precisam de ser mais específicos, dado que muitas vezes foram relatadas simplesmente como “custos”. Por outro lado, a atividade pode ficar gravemente comprometida em termos de produção e qualidade se não houver investimento.</p>	<p>Madsen 2015 Paling 2019 Austin 2020</p>
<p>PLANEAMENTO</p>		
<p>Número ou frequência de doentes admitidos por triagem</p>	<p>Um dos padrões de referência de certificação inclui a implementação de um processo de classificação por etapas / escalas para atribuir um nível de prioridade. Em Portugal foi implementada a PTM. O SUG dá resposta adequada em função da monitorização da procura assistencial conforme a prioridade atribuída de modo a melhorar a sua capacidade de resposta. Um pouco por toda a Europa, tem-se registado a um aumento da afluência e da procura inadequada de doentes para os poucos recursos disponíveis. Neste sentido, estão incluídos no CP do HFF e tem sido usado em análise de benchmarking o peso dos episódios de urgência com prioridade atribuída de pouco ou não urgente (pulseira de cor verde/azul/branca) < 59,5% e percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto < 65%.</p>	<p>Welch 2011 Sørup 2013 Madsen 2015 Austin 2020 Drynda 2020</p>
<p>Nº ou frequência de ocupação de camas (bed occupancy rate ou boarding burden)</p>	<p>Uma maior ocupação de camas na UICD leva a maiores tempos de espera no SUG de doentes a aguardar vaga de internamento. Nº mais altos de doentes internados foram associados de forma independente com tempos de espera mais prolongadas, devido à redução da rotatividade das camas. Estes resultados demonstram a ligação entre os fatores no resto do hospital e os tempos de espera. Para além disso, o peso dos episódios de urgência com internamento está incluído no CP de 2021 procurando que represente < 9%.</p>	<p>Sørup 2013 Paling 2019 Austin 2020</p>

Indicadores	Características	Bibliografia
UTILIZAÇÃO DE RECURSOS		
Números de exames solicitados vs realizados (análises, ECG, radiografias, TAC, RM) Utilização de medicação no geral	A utilização de protocolos para pedidos de exames em situações clínicas específicas permite melhorar a qualidade no atendimento. Por exemplo, o pedido de radiografia na triagem nos protocolos de monotrauma, ECG em casos de síncope e TAC-CE em doentes com suspeita de acidente vascular cerebral. Pode-se ainda considerar não somente o tempo desde a triagem ou desde o pedido do médico até realização de exame em situações específicas como EAM ou AVC como quais os exames e medicação pedidos. Por exemplo 10 min desde a identificação de situação de dor precordial e realização do ECG. Pode-se ainda contabilizar o número de cada exame por cada 100 visitas.	Sørup 2013 Austin 2020 Drynda 2020
Nº de consultas de especialidade Nº de profissionais de saúde por doentes admitidos	Consiste em analisar o número de consultas de especialidades médicas ou cirúrgicas organizadas pelo SU por 100 consultas de SUG. Para além disso, o rácio entre consultas externas / episódios de urgência tem sido usado como referência e está incluído no CP e respetivo Acordo Modificativo de 2021 do HFF procurando que seja < 1.6%.	Welch 2011 Sørup 2013 Austin 2020 Drynda 2020

APÊNDICE B4 -Tabela – Indicadores de desempenho do SUG associados a intervalos de tempo (Austin 2020, Madsen 2015, Stang 2015, Sørup 2013)



LEGENDA:

- Tempos associados ao desempenho equipa médica
- Tempos associados ao desempenho da equipa técnica, auxiliar (transporte de doentes) e por vezes médica (exames específicos de certas especialidades)
- Tempos associados ao desempenho equipa enfermagem
- Tempos associados ao desempenho global SU

* Tempos mais utilizados / relevantes

MCDT – meios complementares de diagnóstico (análises, imagiologia, outros)

Definições

- **Admissão:** O processo de recepção e triagem de pessoas que buscam acesso a cuidados médicos episódicos agudos no SUG. A triagem é um modelo de admissão. Triagem médica rápida, triagem de equipe e médico na triagem são outros modelos de admissão.
- **Triagem:** O processo de avaliação dos doentes que se apresentam para atendimento para priorizar o acesso de acordo com a urgência de sua necessidade e complexidade dos serviços necessários. Tradicionalmente realizado por uma enfermeira, envolve uma série de etapas e coleta de informações. Uma das características mais importantes é a atribuição da escala de triagem, agora mais frequentemente uma escala de 5 níveis.
- **Registo:** O processo de identificação e registro de informações para gerar um registro específico do doente. Inclui a recolha de informação relativa à responsabilidade financeira e estatísticas sociodemográficas, e tem como principal função a faturação. O registro é distinto da identificação do doente. Idealmente, o registo começa quando o doente entra na unidade de emergência, mas na prática isso é difícil de obter. Portanto, o ponto de partida é geralmente o registo do doente.
- **Exame de triagem médica:** A avaliação por um provedor para determinar se existe uma condição médica de emergência.
- **Alta:** O processo de liberação dos doentes do pronto-socorro no final do encontro, incluindo a distribuição de papéis de alta.
- **Desvio SUG:** O desvio SUG é uma notificação à comunidade médica de uma limitação temporária da capacidade institucional total ou parcial para lidar com condições médicas ou cirúrgicas, comunicada ao CODU.
- **Internamento:** A prática de manter doentes internados no hospital no SU por períodos prolongados. Definido como um intervalo, abrange desde o tempo de decisão de admissão até o horário de partida.
- **Sobrecapacidade:** Definido como tendo mais doentes do que espaços de tratamento no SU. Pode ser medido como o tempo em um período de 24 horas gasto em excesso de capacidade.

APÊNDICE B5 - Tabela - Indicadores relacionadas à aprendizagem e desenvolvimento do profissional de saúde mais utilizados no SUG

Indicadores	Características	Bibliografia
Desenvolvimento de competências		
Valorizam-se indicadores de desempenho relacionados com a aquisição de conhecimentos e competências e com a aquisição de novos equipamentos		
Formações (quantidade e qualidade das formações realizadas)	<p>Os indicadores de desempenho relacionadas aos funcionários fornecem um indicador de até que ponto o desempenho atual é sustentável. O desempenho sustentável também está associado aos resultados de programas educacionais e à quantidade de funcionários com as competências necessárias para cumprir as suas funções. O doente deve permanecer como o foco principal e todos os procedimentos internos devem se esforçar para render o máximo valor possível para a qualidade no atendimento. Na medição do desempenho, os tratamentos são realizados pelo funcionário, que é um recurso essencial para a manutenção das operações diárias. O tratamento de alta qualidade e o fluxo adequado de doentes estão relacionados com maiores níveis de contentamento, menor rotatividade e maior experiência das equipas. Um dos padrões de certificação inclui a formação contínua dos profissionais é programada.</p>	<p>Sørup 2013 Austin 2020</p>
Indicadores relacionadas ao FUNCIONÁRIO / PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
Perfil ocupacional (p.ex, posições educacionais)	<p>No Manual de Standards DGS 2016, um dos padrões de referência de certificação da Unidade de Urgência e Emergência inclui o SU identificar oportunidades de intervenção no âmbito da promoção da saúde na comunidade e planeia as ações pertinentes.</p>	<p>Sørup 2013 Austin 2020</p>
Ambiente de trabalho (nº de queixas dos funcionários)	<p>Outras lacunas que observamos incluem medidas de um local de trabalho saudável (por exemplo, absentismo por doença, licença médica, segurança ocupacional, infeções nosocomiais)</p>	<p>Schull 2011 Sørup 2013 Austin 2020</p>
Segurança dos profissionais de saúde	<p>O Manual de Standards DGS 2016 inclui as atividades de promoção da saúde e prevenção de situações urgentes e de acidentes dos profissionais em colaboração com outros organismos locais de representação dos cidadãos (associações locais, centros docentes, forças de segurança, entre outros).</p>	<p>Welch 2011 Madsen 2015 Austin 2020</p>
Burnout / cansaço dos profissionais	<p>Consultas de saúde comportamental: o número de consultas de saúde comportamental por 100 consultas de emergência como um marcador de carga de saúde mental na emergência</p>	<p>Sørup 2013 Madsen 2015 Austin 2020</p>

APÊNDICE B6 - Tabela - Intervenções para melhorar o desempenho do SU - práticas e intervenções nos processos

PRÁTICAS E INTERVENÇÕES NOS PROCESSOS		
São as intervenções que abordam como as tarefas foram realizadas no SU. No geral, as intervenções baseadas no tempo e no processo foram as medidas mais amplamente utilizadas seguindo-se os baseados em proporção. As intervenções baseadas em custos e clínicos foram os domínios menos utilizados.		
Intervenções	Características	Bibliografia
1º TRIAGEM - projetados para agilizar o atendimento, os processos de triagem classificam os doentes de acordo com a urgência ou tipo de serviço requerido		
Sistemas de triagem	Permitem priorizar os doentes de acordo com motivo de vinda e duração.	Harding 2011
Serviços de triagem conduzidos por enfermeiros na presença de um médico sénior avançado ou equipa de triagem	Envolve normalmente um enfermeiro, enfermeiro avançado ou enfermeiro de emergência. O médico sénior avançado, ou de ligação, envolve a presença de um médico diferenciado na triagem para identificar potenciais emergências, iniciar tratamento antes de os doentes serem atendidos no SUG. É projetado para permitir uma rápida intervenção médica e escalonamento de atendimento. A equipa de triagem deve ser composta por pelo menos 2 profissionais (enfermeiro ou médico)	Elder 2015 Wylie 2015 Abdulwahid 2016 Rehman 2016 Ming 2016 Morley 2018 De Freitas 2018
Recursos de triagem dedicados	Incluem técnicos e aparelhos de diagnóstico como sala de ECG e/ou imagiologia próximo da triagem	Chhabra 2019
Formação sobre triagem	A formação da equipa deve ser implementada sobre apresentações atípicas, sinais e sintomas de vários quadros, bem como de MCDT.	Chhabra 2019
Protocolos de triagem	Procedimentos para sintomas e tratamentos específicos que descrevem as regras e procedimentos sob os quais os enfermeiros podem / devem solicitar na triagem alguns MCDT (como radiografia para monotrauma) ou tratamento (como paracetamol na dor).	Robinson 2013
2º Passagem de cuidados (processos de transferência de cuidados) - envolvem a transferência do doente, que é o processo de passagem da responsabilidade dos cuidados de um dado doente para outra pessoa.		
Ferramentas de transferência associada a protocolos e orientações de processo e formação	São ferramentas que padronizam a passagem de dados de saúde usando um modelo de comunicação estruturado. Uma dessas ferramentas é o ISBAR (Identificação, Situação, Histórico, Avaliação, Requisitos e Solicitações). Os protocolos delineiam procedimentos e regras que esclarecem a estrutura de passagem da responsabilidade. Intimamente relacionada com os protocolos, a formação na transferência deve abranger as regras de comunicação e simulação de cenário de caso	Dawson 2013 Alimenti 2019 Flynn 2016 Reay 2020

Intervenções	Características	Bibliografia
Registo à cabeceira do doente	Acontece normalmente com doentes urgente ou emergentes que podem ser encaminhados para uma área de atendimento como gabinetes de monitorização ou reanimação ao doente, onde os dados são registados enquanto são avaliados simultaneamente pela equipa.	Morley 2018, Boudreaux 2006
Planeamento e Comunicação de alta	Envolve o planeamento e comunicação precoce dos cuidados após a alta. Inclui informações importantes sobre a doença, instruções de alta e verificação da compreensão para evitar mal-entendidos. As intervenções para melhorar esta comunicação incluem educação ou compartilhamento de informações com os doentes / família e os diferentes modos pelos quais as informações são fornecidas, superando as barreiras existentes ou fornecendo suporte adicional para encorajar um comportamento específico.	Boudreaux 2006 Curran 2019
Enfermeiros/as responsáveis	Envolve a função de discutir com o doente, suas necessidades de cuidados de saúde, educação, encaminhamento para ambulatório, Pode-se considerar o acompanhamento de enfermagem 24 horas, consulta de apoio 1 semana após a alta.	Reay 2020 Shankar 2014
3º Redesenho de processos - refere-se às mudanças em como as tarefas são realizadas.		
Orientações e protocolos clínicos	O redesenho do processo também se refere a mudanças nas orientações de prática clínica existentes ou baseadas em evidências para condições específicas em protocolos (patologia, tratamento, medicação, obrigando a leitura redundante de tomografias de emergência).	Kirkland 2016 Mieiro 2019 Juillard 2019
Atribuição de doentes e processos de encaminhamento	A gestão de casos envolve a identificação de provedores e serviços apropriados para doentes individuais com base em um modelo de atendimento médico e psicossocial contínuo e integrado.	Kirkland 2016, Hughes 2019, Kumar 2013
Processos organizacionais	Processos Organizacionais de Comunicação e Intervenção para mudança das tarefas que permitam reduzir as readmissões ao SUG como de referência para consultas de especialidades médicas de ambulatório, reorganização das camas de internamento e utilização de indicadores de desempenho.	Morley 2018, McCaughey 2015, Juillard 2019, Boudreaux 2004, Jones 2010
Processos de cuidados iniciados por enfermeiros	Os processos de cuidados iniciados por enfermeiras consistem em várias intervenções relacionadas às atividades de enfermagem, incluindo medicação, imagiologia, protocolos e testes de diagnóstico.	De Freitas 2018 Williams 2019 Considine 2019

Intervenções	Características	Bibliografia
<p>Apoio de decisões clínicas</p>	<p>Refere-se ao uso de uma regra de decisão clínica validada para avaliar a probabilidade pré-teste do diagnóstico ou ferramenta ou para avaliar a necessidade de investigações adicionais. Por exemplo, as ferramentas para avaliar a necessidade de exames de imagem em doentes adultos incluem os critérios do National X-radiography Utilization Study (NEXUS).</p>	<p>Bennett 2017 Deblois 2018 Desai 2018</p>
<p>Intervenções de gestão do afinilamento (lean management / thinking) é um conjunto de conceitos, métodos e ferramentas desenvolvidos pela Toyota Motor Corporation.</p>	<p>São projetados para melhorar a capacidade produtiva e reduzir o desperdício. Foi aplicado de várias maneiras como na utilização de um mapa detalhado do processo para identificar desperdícios e afinilamentos (acumulação de doentes de acordo com a gravidade), dedicando diferentes espaços de SUG consoante tipos de doentes com enfermeiro e médico dedicados para cada área.</p> <p>Outras intervenções incluíram a implantação de sistemas de computador, mudanças nas funções e responsabilidades, gestores de fluxo e equipa de enfermagem para retriagem.</p> <p>As avaliações do sistema incluem colheita e monitorização de dados (por exemplo, revisão semanal, medições de melhoria de qualidade, decisões compartilhadas com a equipa), educação / formação (orientação para o novo processo, afixação de mapa de processo), ferramentas / tecnologia (formulários padronizados, listas de verificação), comunicação e trabalho em equipa (ferramentas de comunicação, avaliação da equipa), reatribuição de pessoal / novas funções / responsabilidades (reatribuição para coincidir com o volume de pico do doente ou fluxo de chegada), reorganização de espaço (por exemplo, espaço realocado para avaliação rápida e manutenção de doentes, salas de exame médico designadas), outras mudanças conforme necessário (sinalização melhorada, comemoração de realizações de metas).</p>	<p>Bucci 2016 Holden 2011 Isfahani 2019</p>
<p>4º Teste rápidos no SUG</p>		
<p>Uso de testes rápidos no SUG (point-of-care testing)</p>	<p>Refere-se a análises laboratoriais localizadas na unidade de atendimento. Tem sido usado para uma variedade de testes diagnósticos, incluindo troponina cardíaca, metabólica, urina tipo II, teste de gravidez, marcadores cardíacos, glicose, influenza e vírus sincicial respiratório.</p>	<p>De Freitas 2018 Morley 2018, Bingisser 2012 Doan 2014</p>

Intervenções	Características	Bibliografia
5º Unidades de observação - referem-se a unidades associadas a SUG		
Para necessidades ou condições clínicas específicas (como dor torácica e asma)	Por exemplo, as unidades de observação da dor torácica destinam-se a doentes que apresentam dor torácica com baixo risco de EAM, que devem ser submetidos a um curto período de monitorização com ECG e enzimas cardíacas seriadas antes de mais testes e alta.	Boudreaux 2006, Boudreaux 2004, Goodacre 2000
Para processos específicos, como avaliação e procedimentos (por exemplo, Zonas de Avaliação Rápida ou Unidades de Avaliação Médica)	As Zonas de Avaliação Rápida são espaços no SUG adaptados para avaliação clínica e procedimentos para doentes cujas necessidades terapêuticas excedem os critérios típicos de via rápida, mas ainda podem receber investigações / tratamento e requerem observação limitada. As investigações são iniciadas, os doentes aguardam os resultados e / ou recebem o tratamento em uma cadeira ou maca.	Wylie 2015, Bullard 2012
	As Unidades de Avaliação Médica são as áreas do SUG para doentes com condições médicas complexas clinicamente estáveis com probabilidade elevada de exigirem admissão. As unidades de avaliação médica envolvem cuidados de rastreamento rápido de doentes clinicamente estáveis.	Hoot 2008 De Freitas 2018 Elder 2015
	As Unidades de Tratamento Agudo é um espaço fisicamente remoto do SUG, mas administrada pela urgência para doentes que necessitam de observação ou gestão por mais de 4h.	Morley 2018
Para investigações adicionais (por exemplo, Unidades de Internamento De Curta Duração ou Unidades de Diagnóstico Rápido)	As Unidades de Internamento De Curta Duração são para doentes que requerem um curto período de observação, tratamento (por exemplo, transfusões de sangue), ou investigações diagnósticas adicionais que podem levar várias horas para resolver sem ocupar camas do SUG ou serem admitidos.	De Freitas 2018 Elder 2015 Goodacre 2000 Galipeau 2015
	As Unidades de Diagnóstico Rápido foram introduzidas no SUG para gerir doentes encaminhados para o SUG pelos médicos de medicina geral ou cuidados de saúde primários e são administradas por especialistas em medicina interna.	Wylie 2015
6º Tecnologia - a tecnologia tem sido cada vez mais integrada ao SUG		
Tecnologia de informação de saúde de suporte clínico	A tecnologia de informação de saúde podem incluir os sistemas computadorizados de suporte clínica ou de decisão e formulários de entrada do provedor, fornecem aos médicos acesso eletrónico oportuno às informações do doente (por exemplo, alertas, lembretes).	Bennett 2017 Austin 2020

Intervenções	Características	Bibliografia
Dispositivos móveis	Diferentes tipos de dispositivos / estações de trabalho móveis têm sido empregados no SUG, incluindo assistente digital pessoal portátil, computadores sem fio / estações de trabalho móveis, dispositivo iPod®.	Dexheimer 2015
Telemonitorização	Tecnologia de telemonitorização (por exemplo, transmissão de vídeo, imagens, estudos radiológicos e dados fisiológicos) para fornecer dados de um doente tipicamente afastado do cuidador.	Kelton 2018
Simulação de computador	A simulação por computador e as intervenções de modelagem usam representações simplificadas da realidade para analisar o fluxo do doente em SUG e o planeamento da capacidade dos recursos.	Mohiuddin 2017
Acesso a registos de eHealth	Os registos eletrônicos de saúde usam a tecnologia da informação em saúde para permitir o gerenciamento e a troca de informações virtuais de saúde. Duas revisões examinaram o acesso aos registos de eHealth em SUG. Registos de saúde eletrônicos compartilhados (por exemplo, resumo de registos de cuidados, registo de saúde virtual) envolveram a disponibilização de registos de atendimento ao doente (por exemplo, registos de médicos de medicina geral) para prestadores de cuidados de emergência. Os programas de troca de informações de saúde podem incluir o compartilhamento de exames laboratoriais e de imagem associados a episódios de atendimento.	Bowden 2015, Hersh 2015

APÊNDICE B7 - Tabela - Intervenções para melhorar o desempenho do SUG por composição da equipa

COMPOSIÇÃO DA EQUIPA

São as intervenções que abordam a disciplina ou a formação dos profissionais que atuam no SU. As diferentes funções e especialidades foram integradas ao SU. Isso incluía funções avançadas de enfermagem, fisioterapia, clínicos gerais, escribas e assistentes médicos, farmácia e serviços de saúde mental, bem como o desenvolvimento de habilidades profissionais. As intervenções relacionadas das funções avançadas de enfermagem incluem principalmente o papel do enfermeiro.

Intervenções	Características	Bibliografia
Enfermeiro avançado / clínico avançado / enfermeiro de prática avançada	É um profissional independente, cujos conhecimentos e habilidades permitem avaliar, diagnosticar, tratar, prescrever e encaminhar doentes para outras especialidades de saúde. As funções de enfermagem avançada geralmente requerem educação adicional e requerem um mínimo de 2 anos de experiência em enfermagem de emergência.	Elder 2015, Wylie 2015, Thamm 2019, Williams 2017
Enfermeiros/as especialistas	Os especialistas na área médico cirúrgica são profissionais de enfermagem para triagem e avaliação de doentes com Serviço de Emergência Médica.	Kleinpell 2008 Reay 2020 Shankar 2014
Enfermeiros/as de Iniciativas Clínicas	Fornecem avaliação e implementação de estratégias de gestão para doentes com uma variedade de condições nas salas de espera do SUG, antes de serem atendidos por um médico. Oferecem suporte a enfermeiras de triagem e utilizam práticas avançadas (por exemplo, analgesia e imagiologia).	Elder 2015 Innes 2015
Fisioterapia	O papel dos fisioterapeutas em SUG inclui a avaliação e gestão de condições musculoesqueléticas agudas e subagudas, fornecimento de formação para outra equipa do SUG, contato com enfermagem, médicos e equipa de saúde, e garantia de alta segura de SUG, incluindo a organização de serviços comunitários.	Austin 2020 Ferreira 2019
Clínicos Gerais	Existem diferentes modelos nos quais os clínicos gerais foram introduzidos no SUG: 1) trabalhar com fluxos não urgentes (em vez de urgentes) no local próximo ao SUG para onde os doentes são redirecionados; 2) realizar triagem de doentes que se apresentam ao SUG e 3) prestar cuidados em conjunto com a equipa do SUG totalmente integrados.	Gonçalves-Bradley 2018 Ramlakhan 2017 Doan 2011

Intervenções	Características	Bibliografia
Internos	São médicos totalmente licenciados, treinados para fornecer cuidados sob a direção e supervisão de um assistente. Enquanto o assistente é o responsável final pelo doente e estabelece o grau de supervisão, os internos têm autonomia na tomada de decisões médicas. As funções típicas incluem obtenção de história clínica, exame físico, avaliação de dados laboratoriais, instituição de tratamento, realização de procedimentos de triagem e comunicação com outras especialidades.	Gonçalves-Bradley 2018 Ramlakhan 2017
Administrativos e auxiliares de ação médica em funções de assistente ao médico no SUG	São membros da equipa de saúde não licenciados que seguem os médicos do SUG durante o atendimento ao doente para documentar concomitantemente o histórico do doente, exame físico e procedimentos de maneira precisa, como seria feito pelo médico do SUG. Os administrativos acompanham os achados laboratoriais e estudos radiológicos, solicitam aos médicos que revejam os resultados dos testes, auxiliem nos encaminhamentos e registrem outras informações pertinentes.	De Freitas 2018 Wylie 2015 Cabilan 2015 Austin 2020 Heaton 2016
Farmacêuticos	As funções dos farmacêuticos no SUG variou. No SUG, realizam consultas, incluindo a interpretação dos resultados e o fornecimento de recomendações de farmacoterapia. Os programas de farmácia do SUG também incluíram farmacêuticos a vigiar o cumprimento da medicação, completando históricos de medicação, documentando o peso corporal, altura e alergias.	Austin 2020
Desenvolvimento profissional	Incluíram formação na gestão do doente, como acordo de negociação e resolução de expectativas. O fornecimento de auditoria / feedback (de um supervisor / colega / codificador externo) na prática clínica foi implementado em uma variedade de formatos, incluindo casos específicos semanais, feedback individual com discussão em grupo; ou feedback individual fornecido por e-mail, escrito, verbal, eletrônico. Outras intervenções incluem formação cruzada de enfermeiras para cuidar de doentes em uma área designada, formações mensais com elementos de feedback direcionado e educação clínica.	Austin 2020

APÊNDICE C – ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Considerações Gerais

1. Tema principal

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.

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

Nota: O guião da entrevista semiestruturada para elementos relacionados com a área da gestão hospitalar não contempla as perguntas relacionadas com os stakeholders ao CRI-AR-HFF. Pelo que a ordenação numérica deste último guião é realizada de forma a que as perguntas iguais das duas entrevistas tenham a mesma correspondência.

APÊNDICE C1 - Guião de entrevistas para elementos com experiência modelo CRI

1. Caracterização

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

2. Organização interna antes de CRI

- 2.1. Quantos profissionais possui (medicina, enfermagem, técnica e auxiliar) 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 ou são os principais constrangimentos e dificuldades da atividade do serviço?
- 2.5. Quais eram as expetativas com a criação do CRI?
- 2.6. Qual a missão e a visão do serviço?
- 2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SU?
- 2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG? (paralela a pergunta 6.4 e 6.5.)
- 2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?
- 2.10. Como melhorar a articulação do serviço?

3. Conceção do CRI

- 3.1. Quais foram as oportunidades e necessidades identificadas que levaram à criação de um CRI? Qual o valor que se procurou alcançar ao desenvolver o CRI?
- 3.2. Quais são as linhas orientadoras do CRI?
- 3.3. Quais as preocupações quando se definem os objetivos estratégicos do CRI?
- 3.4. Quais os **indicadores** adequados de avaliação do desempenho de um CRI? Como adequá-lo a sistema de incentivos / recompensas?
- 3.5. O CRI tem BSC? Quais as principais preocupações na elaboração do BSC?
- 3.6. Como foi elaborada a seleção de RH para integrarem o CRI?
- 3.7. Qual é o sistema de avaliação de desempenho implementado?
- 3.8. Foi implementado um sistema de incentivos? Como funciona?
- 3.9. Principal dificuldade na execução do plano de ação?
- 3.10. Foram integrados os preços de transferência interna? Como foram definidos? Como definir ou negociar preços de transferência equitativos e justos aceites entre as partes?

3.11. Quais os resultados esperados com a criação do CRI?

3.12. Como foi possível alinhar a visão estratégica da instituição à realidade do terreno?

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 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?

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

4.7. O que correu bem? (resultados positivos)

4.8. O que correu menos bem? (resultados menos positivos)

4.9. Qual o sistema de informação utilizado e a sua importância no controlo de gestão?

4.10. Como adequar um sistema de informação às necessidades do 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 as principais vantagens ou aspetos positivos do CRI?

5.9. Quais são as principais desvantagens, problemas ou dificuldades operacionais do CRI?

5.10. Qual a sua avaliação geral do CRI?

5.11. Quais são os principais riscos ou ameaças do CRI?

5.12. Qual a sua perceção da experiência dos CRI em Portugal?

(Comparativamente ao questionário para Outros Elementos foram **retiradas** as questões 5.11. Quais são os principais riscos ou ameaças do CRI? 5.12. Qual a sua perceção da experiência dos CRI em Portugal?)

7. Comentários finais

APÊNDICE C2. Guião de Entrevistas para potenciais *stakeholders* de CRI no SU

2. Organização interna do serviço do entrevistado

- 2.6. Qual a missão e a visão do serviço?
- 2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SU?
- 2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG? (paralela a pergunta 6.4 e 6.5.)
- 2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?
- 2.10. Como melhorar a articulação do serviço?

6. Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)

- 6.1. Qual é o valor de um SUG num hospital?
- 6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG? (paralela a pergunta 3.1)
- 6.3. Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SUG em termos de satisfação, humanização e confiança dos utentes / doentes? (cliente)
- 6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?
- 6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com outras especialidades e com cuidados de saúde primários)
- 6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG? (aprendizagem e crescimento / desenvolvimento organizacional)
- 6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro? (financeiro)
- 6.8. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI no SUG? Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI no SUG? (paralela a pergunta 3.7)
- 6.9. Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SU? Qual o sistema de pagamento dos profissionais de saúde num CRI no SU mais indutor de eficiência? Qual sistema promove a produtividade, mas modela adequadamente o comportamento do prestador? (Processos internos do negócio) (paralela a pergunta 3.8)
- 6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SU? (paralela a pergunta 5.9)

7. Comentários finais

APÊNDICE C3. Entrevistas a responsáveis de CRI

LEGENDA

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

TMRG – Tempo Médio de Resposta Garantido

PTI – Preços de Transferência Interna

NOTA

Em cada quadro resumo da entrevista teremos a citação associada pelos entrevistados para cada uma. Em caso de estar omitida ou ausente a resposta não foi obtida ou relevante.

APÊNDICE C3.1 - Entrevista com equipa de gestão do CRI de medicina da Unidade Local Saúde de castelo branco

Data da Reunião: 29 de outubro de 2021 pelas 11h com recurso a meio telemático zoom.

Duração da entrevista: 55 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1. Hospital	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO (ULSCB)
	1.2. Serviço	CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO DO SERVIÇO DE MEDICINA
	1.3. Cargo	ENFERMEIRO GESTOR DO CRI DE MEDICINA DA ULSCB Enf. Carlos Manuel Rosa Almeida (CA) GESTORA DO CRI DE MEDICINA DA ULSCB Sara Sofia Dos Santos Gaspar (SG) (Formação: Gestão do INDEG-ISCTE e Gestão de Unidades de Saúde na Universidade da Beira Interior)
2. Organização interna antes de CRI	2.1 Nº médicos / profissionais	Formado por grupo de profissionais de 10 assistentes hospitalares distribuídos entre assistente graduado sénior entre assistentes graduados medicina interna e próprios especialistas 11 internos de medicina interna 12 especialistas de enfermagem com enfermeiros de reabilitação são 5 por isso nós temos enfermeira entre as 8 e as 24 horas por isso só à noite é que não temos por isso terá 11 enfermeiro à tarde num universo de 33 enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos e 2 assistentes sociais (CA)
	2.2. Organização	Sabe-se que da ACSS e ARS LVTG existe um grande interesse em dinamizar e avançar com CRI em várias áreas nomeadamente na área da medicina interna (CA). A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) foi criada em 2 de novembro de 2009 e o CRI fez 2 anos, mas teve todo um processo anterior a essa data. Neste sentido, a história de criação de CRI na medicina interna, na Unidade local de saúde de Castelo Branco, teve todo um processo a anterior (CA).
	2.3 Pontos fortes e fracos	A primeira unidade a ser criada em torno do CRI foi a unidade AVC e depois posteriormente criámos a unidade de conforto, porque é um serviço onde existe a necessidade de controlo de sintomas e posteriormente criamos uma unidade de cuidados diferenciados onde temos os doentes os doentes cardíacos e / ou respiratórios. Estamos em implementação da unidade e programa dos doentes crónicos complexos, com telemonitorização, que inclui na sua maioria doentes cardíacos e os respiratórios que já de um nível III a IV e criámos a unidade de hospitalização domiciliária. Inicialmente a unidade de hospitalização domiciliária foi uma unidade e que neste momento já chamamos serviço, porque está ainda muito situada na medicina interna, mas também procura absorver doentes de todo hospital incluindo da área cirúrgica, pneumologia e cardiologia. Embora seja já um serviço, o serviço de hospitalização domiciliária continua a fazer parte do CRI. A hospitalização domiciliária tem um grau de personalização que irá permitir gerir descompensações ou outras intercorrências sem necessidade de recurso ao internamento. Temos ainda a unidade de agudos homens e mulheres que a maior parte das várias unidades. (CA).
	2.4 Dificuldades do serviço	O CRI da ULSCB não inclui o serviço de urgência (SG)

Perguntas		Fragmento
	2.5. Expectativas com o CRI	O processo de certificação foi à volta de 3 anos. Nós no início não estávamos muito orientados para o CRI, o que nos deu mais trabalho foi a certificação do serviço na DGS e o CRI surge nessa continuidade. Por outras palavras, a certificação é que despoletou tudo o resto, ou seja, o CRI vem no final de um processo de preparação com muito trabalho. O serviço de medicina interna tem 52 camas, ocupa o sétimo piso do hospital. Quando pensamos em certificar o serviço tivemos que olhar para ele e organizá-lo de forma diferente, tivemos de criar unidades dentro do próprio serviço, que as unidades foram criadas consoante os doentes que recorriam ao hospital (CA).
	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	As 52 camas de medicina servem a população não só do município de Castelo Branco como arredores num universo de 110.000. Regista-se uma descida demográfica sendo suficientes para a população que serve.
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	A hospitalização domiciliária e o programa dos doentes crónicos complexos também está aqui a ajudar na menor necessidade de camas de internamento. As camas chegam para dar resposta e as sobrantes foram dadas para corresponder às necessidades do serviço tendo-se “emprestado” camas à neurologia e à cirurgia. Na Covilhã são necessários três serviços cada um com número de camas semelhante (CA)
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	Elaborar um adequado plano de ação, definir e operacionalizar objetivos agilizando ou facilitando os processos e identificando necessidades devidamente alinhados com missão e visão da instituição (SG).
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna ?	No CRI da ULSCB as camas emprestadas a outros serviços possuem um custo para o serviço de origem (vide resposta questão 3.10.).
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	Em termos de atividade do serviço de urgência os médicos/as do CRI da ULSCB são emprestados ao SUG a auxiliar no dia. Para além do SUG, os médicos/as também dão apoio na cirurgia em modelo de consultadoria / pedidos de observação. Embora os médicos do CRI colaborem na urgência, os indicadores da urgência não estão incluídos no CRI da medicina na ULSCB (CA).
3. Conceção do CRI	3.1. O que leva à necessidade ou proporciona oportunidades dos serviços de saúde se organizarem em CRI? Qual o valor que se procura alcançar ao desenvolver o CRI?	Não será uma questão de necessidade ou mecanismo para enfrentar desafios específicos de cada área de intervenção. Quando se pensou em certificar o serviço com estas várias unidades entrámos num processo de 3 anos com os protocolos exigidos até que atingimos a certificação do serviço pela DGS. Quando tínhamos o serviço em causa possuíamos todos os critérios para passar a CRI dado termos os indicadores, relatórios e demais documentação. Faltava identificar uma gestora, para gerir os indicadores, além da equipa de enfermagem e médica tendo-se criado o conselho de gestão. Em suma, o início do CRI em si foi fácil a partir do momento que tínhamos a certificação, mas existia tod o um processo anterior ao mesmo mais longo (CA).
	3.2. Quais devem ser as principais linhas orientadoras de um CRI?	Será sobretudo na redação de um plano bem estruturado a 3 anos tendo objetivos bem identificados e alinhados com os princípios básicos de liderança, coesão e inclusão. Assim talvez se consiga prever os potenciais problemas e necessidades de atuação da área de influência alinhados com a visão e estratégia do hospital.
	3.3. Quais as preocupações quando se definem os objetivos estratégicos do CRI?	No seguimento da resposta anterior, deve-se definir objetivos ambiciosos, mas em que as metas sejam não somente credíveis e realistas como tangíveis (ter bom senso porque não se pode almejar o que não é possível) como também sem progressivos e ajustáveis incluindo o imponderável.

Perguntas	Fragmento
	Ter indicadores robustos que permitam garantir produção / produtividade, acessibilidade, morbidade nunca esquecendo de garantir a satisfação utente e família e profissionais de saúde.
3.4. Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI? Como adequá-lo a sistema de incentivos / recompensas?	Foram utilizados todos os indicadores “normais” do contrato programa como tínhamos com antes de sermos CRI como os das consultas, de internamento, hospital de dia nomeadamente de reinternamento e demoras médias. Enquanto na cirurgia conseguimos ter indicadores mais claros, na medicina interna e em específico no serviço de urgência é mais difícil de identificar (SG)
3.5.O CRI tem BSC ? Quais as principais preocupações na elaboração do BSC ?	Não. O que é possível analisar do CRI são os recursos humanos e os consumos de material clínico. Enquanto os próprios serviços externos são mais complicados de analisar, uma cama tem tudo passível de ser contabilizado como o médico até à, dado estar tudo contabilizado (SG)
3.6. Como devem ser selecionados os RH para integrarem o CRI?	O recrutamento interno.
3.7. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI - SGAD ? SGAD – Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho	Um plano de ação é o contrato programa. Portanto eu consigo ter os casos sociais nas camas emprestadas e à medida que o CRI vai crescendo vamos introduzindo mudanças. Devemos considerar que o CRI é uma empresa e estamos à parte tendo de salvaguardar os custos. Num contexto de urgência, os profissionais, incluindo os médicos, devem idealmente estar em exclusivo no CRI e identificar pequenas partes do serviço de urgência possam progressivamente ser incluídos no CRI. Os profissionais de saúde do CRI são pagos pelo próprio CRI. Para os “meus” médicos do CRI que vão à urgência, as horas de urgência são pagas pela ULSCB não é pelo CRI. Por um lado, ao criar e distribuir os centros deve ficar à partida estabelecido de onde partem os pagamentos, os centros de custo da ULSCB atribui, pelo trabalho no serviço de urgência, o pagamento dessas horas. Por outro lado, o centro de custos do CRI paga o vencimento base (SG).
3.8. Foi implementado um sistema de incentivos ? Como funciona?	Houve adaptação do plano anterior para o CRI e necessidade de adaptação constante ao longo do tempo pelo que deve ter monitorização constante para permitir corrigir desvios e garantir cumprimento de objetivos. Em termos de incentivos, no CRI da medicina da ULSCB ainda não se chegou à possibilidade de pagamento de incentivos dado o atraso das mudanças pelo COVID. De qualquer modo, não se trata de uma especialidade cirúrgica e como tal é mais difícil estabelecer pagamento de incentivos monetários podendo haver formação obrigatória com horas estipuladas (CA).
3.9. Principal dificuldade na execução do plano de ação ?	Cada realidade é uma realidade e quando começarmos a criar o plano de ação temos que olhar para estes pormenores todos e arranjar uma solução para cada uma delas. Vai encontrar este problema, e como não estamos sozinhos, deve-se trabalhar em rede e para cada problema procurar uma solução. Os nossos maiores problemas eram os casos sociais e os empréstimos de cama e até agora está tudo salvaguardado (SG).
3.10. Foram integrados os preços de transferência interna ? Como foram definidos? Ou como definir ou negociar preços de transferência equitativos e justos aceites entre as partes?	Temos doentes que são colocados numa cama do CRI, por exemplo pela cirurgia ou neurologia, e pelo custo estimado do internamento desse doente é pago ao CRI. A única coisa que não se consegue cobrar, é o médico dado ser o da especialidade específica que vai exercer a atividade adicional. De resto, vai tudo passar pelo CRI como o material de gasto clínico e vencimentos da equipa de enfermagem e operacional. O CRI cobra a diária e faz-se o acerto trimestral pelo Conselho de administração. Temos médicos ainda que fazem consulta que não é do CRI como a de diabetologia, tínhamos também de imunohemoterapia em que são feitos o acerto do pagamento entre o CRI e a unidade local de saúde. Também está previsto o contrário, ou seja, preços de transferência quando se solicita o apoio da cardiologia ou outra especialidade ou a realização de um meio complementar de diagnóstico (SG).

Perguntas		Fragmento
	3.11. Quais os resultados esperados com a implementação de um CRI?	Mudar processos e procedimentos que permitam melhorar os cuidados aos doentes e mais centrados e personalizados no utente, mas que sejam descentralizados da gestão. Em relação aos casos sociais, no momento em que é dada a alta clínica o doente passa a ser da ULSCB e pode ser cobrado uma diária, ou seja, a ULSCB paga cada dia que o doente fica a mais no CRI incluindo profissionais de saúde tendo dois valores de cama (SG).
	3.12. Como alinhar a visão estratégica da instituição à realidade do terreno?	Melhorando a comunicação e envolvendo a equipa no processo (SG).
4. Implementação do CRI	4.1. Quais as etapas críticas necessárias para a implementação de um CRI?	Elaborar um adequado plano de ação e definir e operacionalizar objetivos agilizando ou facilitando os processos. Identificar necessidades / falhas conforme as metas e prioridades do HESE enquadrados na realidade da área de influência do hospital. Por um lado, pelo fato de ser uma Unidade Local de Saúde também dá algumas vantagens por ajudar a gerir as situações a montante. Por outro lado, na urgência não existe a sua permanência por mais de 24 horas vai para o serviço. Não existe serviços montados na urgência não existindo serviço de observação (CA).
	4.2. Quais devem ser os principais focos de mudança de um CRI?	Reorganizar o serviço e trabalho de modo a melhorar articulação entre os profissionais e facilitar a forma de trabalho em equipa e promover a mudança na organização do serviço. O plano de ação vai contemplar todos os problemas identificados e os preços de transferência necessários para suportarmos as necessidades e problemas vai contabilizar os gastos com material clínico, farmacêutico entre outros. Por outras palavras, será fundamental criar um centro de custos próprio. A partir daí deve-se ir aos custos gerais e proceder à gestão e manutenção de todo o material estabelecendo regras de forma a controlar os gastos (SG)
	4.3. Qual foi a estratégia de comunicação (interna e externa)?	Passou por adaptar o modelo a cada realidade profissional, melhorar os sistemas de informação para as exigências do modelo permitindo contabilizar os custos (SG)
	4.4. Quem são os principais potenciais opositores do CRI? Como deve ser gerida essa oposição?	Pessoas que não forem envolvidas ou que não integraram o CRI ou que por princípio não acreditam no modelo (SG)
	4.5. Quais os fatores mais importantes para o sucesso na implementação do CRI?	Adequado plano de ação e seleção dos recursos humanos. Adequada definição de indicadores que permitam medir o que se quer com recompensas justas em função do esforço de trabalho e resultados. Nesta perspetiva, em termos de satisfação dos profissionais de saúde nota-se que os médicos de medicina interna tiveram de ser integrados e não tiveram escolha dado ter todo o serviço respetivo ter passado a CRI. Em relação à enfermagem e auxiliares de ação médica no início também foram integrados na equipa e foi necessário cativar outros para completar a mesma. Neste momento temos profissionais das várias categorias a querer ir para o serviço em que todos os que entraram e saíram para outros projetos depois do CRI ter começado foi por opção própria tendo atualmente uma lista de espera de pessoas que querem vir para o corpo clínico do CRI. Estou no serviço de medicina há 10 anos e inicialmente ninguém lá queria estar e atualmente temos pessoas a querer para lá e as que lá estão não querem sair (CA)

	Perguntas	Fragmento
	4.6. Quais as principais dificuldades que se podem esperar com a implementação de um CRI?	Um CRI de medicina é complicado. A dificuldade no CRI da medicina da ULSCB é ver nos CRI criados serem sempre CRI da cirurgia ou oftalmologia sendo muito difícil dar incentivos porque normalmente a medicina gasta conseguindo reconhecimento da equipa claro que o incentivo delas é ter ainda mais trabalho além do internamento, consulta, hospital dia e avaliar calma (SG).
	4.7. O que correu bem? (resultados positivos)	Reforçado o trabalho e motivação dos RH com trabalho de equipa em torno de um objetivo em comum. O serviço de medicina interna é da ULSCB e o CRI tem todos os profissionais do serviço que integram as várias unidades sendo a diretora do CRI a diretora do serviço. A melhor sugestão é usar os vários modelos da ACSS e desenvolvê-los. Uma parceria e comunicação adequadas entre a gestora e a direção do serviço são umas mais valia para o sucesso (SG).
	4.8. O que correu menos bem? (resultados menos positivos)	Nada a especificar
	4.9. Qual o sistema de informação utilizado e a sua importância no controlo de gestão?	Em relação aos sistemas de informação, é fundamental que a tecnologia, neste caso o Sonho, permita obter os indicadores mais rapidamente dado que são os mesmos que já se usava antes do regime de CRI, ou seja, o número de camas ocupadas e demoras médias. O CRI gere a sua própria consulta externa, que era um serviço autónomo, ou seja, neste momento as nossas administrativas agarraram na consulta e é tudo feito no CRI como serviço autónomo sendo o único aspeto utilizado fora do CRI o espaço da consulta externa (SG)
	4.10. Como adequar um sistema de informação às necessidades do CRI?	Para a formação, os médicos têm acompanhamento de internos que são pagas pela ULSCV em horas dedicadas a essa função não podendo ser o CRI a pagar devendo ser um trabalho muito minucioso desde o princípio ao fim do gestor necessitando do apoio do médico e do enfermeiro (SG).
5. Avaliação final do CRI	5.1. Quais os resultados globais obtidos no CRI?	Para além disso, no caso do CRI da ULSCB foram analisados os custos gerais incluindo o custo dos recursos humanos considerando uma proporção que permita o cálculo para o fornecimento de serviços externos e as mercadorias vendidas e consumidas, mas para isto é importante termos contabilidade (SG).
	5.2. Como decorreu a coordenação com os outros serviços do hospital?	Difícil pela necessidade de contato direto com outros serviços (dificuldade de trabalho em rede)
	5.3. Os objetivos/indicadores definidos foram cumpridos ?	Sim, objetivos cumpridos
	5.4. Quais as mais valias da implementação de BSC ?	Em termos de gestão ainda não têm um <i>Balanced Score card</i> , é feita uma análise da produção e avaliação dos custos trimestrais, mas de forma geral porque não está definido. É como em tudo, o primeiro relatório que me pedem ao nível da ULSCB só passado um ano ou dois é que querem identificar na realidade dado estar tudo a ser criado do início. Por exemplo relatório do meios complementares de diagnóstico: desde 2012 são pedidos relatórios de produção, custo de cada serviço e indicadores definidos do SIGA, cada gestor respetivo fazia os mesmos à sua maneira e só há 5 anos para cá é que criaram a forma de se enviar os relatórios. No CRI vai acontecer o mesmo: não existe nada estabelecido e até vir um modelo imposto, cada hospital manda à sua maneira na plataforma, exceto a hospitalização domiciliária. Nos CRI de obesidade houve um modelo base e depois foram todos replicados, mas num CRI da medicina interna ainda não existe nada definido (SG)
	5.5. Como correu o sistema avaliação de desempenho ?	Não realizado

Perguntas	Fragmento
Avaliação SGAD	
5.6. E incentivos?	Não realizado, sem sistema de incentivos
5.7. Qual o impacto que o CRI pode ter nos profissionais de saúde ?	A nível do responsável de cada uma das áreas é dentro do Conselho de Estado, ou seja, os assistentes operacionais, técnicos e enfermeiros é tudo gerido a nível do CRI. Eu neste momento sou o enfermeiro diretor desde março e com dois excelentes enfermeiros responsáveis não preciso lá estar porque são autónomos na gestão. Os outros serviços também notaram as diferenças receberam bem a existência de um CRI da medicina interna e procuram atualmente criar o mesmo modelo de gestão como a nefrologia e cirurgia (CA).
5.8. Quais as principais vantagens ou aspetos positivos do CRI?	Dado o processo de acreditação que antecedeu o CRI, permitiu uma gestão mais próxima e alinhada com o CA e menos condicionada por outros serviços com organização mais eficiente
5.9. Quais são as principais desvantagens , problemas ou dificuldades operacionais do CRI?	Na ULSCV acabou-se com o serviço de observação e em 24h no máximo o doente deve ser. No final deve-se procurar um modelo que permita maior autonomia financeira ao CRI e usar o montante produzido da forma que gostaríamos ainda não estamos nessa fase, porque só assim conseguimos perceber se é possível pagar incentivos. A dificuldade na gestão na ULSCB é reter talento, com dificuldade que a “terra” dê oportunidades a nível profissional para crescer. Grande parte das pessoas residentes têm uma ligação com a terra e é o único elo que as mantem. Sem não os incentivarmos de forma adequada iremos perdê-los (SG)
5.10. Qual a sua avaliação final do CRI?	Muito boa (CA e SG)
5.11. Quais são os principais riscos ou ameaças no futuro do CRI?	Incapacidade de pagamento de incentivos (SG).
5.12. Qual a sua percepção da experiência dos CRI em Portugal ? Onde estamos agora?	Admite-se dificuldade em passar do plano regulamentar para a fase de implementação (SG)

APÊNDICE C3.2 - Entrevista com conselho gestão do CRI do SUP do Hospital Espírito Santos de Évora

Data da Reunião: 09 de fevereiro de 2022 pelas 10h por via eletrónica mais concretamente zoom

Duração da entrevista: 45-50 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1 Hospital	HOSPITAL ESPÍRITO SANTOS DE ÉVORA (HESE)
	1.2. Serviço	CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO SERVIÇO URGENCIA POLIVALENTE (CRISUP)
	1.3. Cargo	<p>Médico gestor do CRISUP Dr. Rui Matono (RM)</p> <p>Enfermeira Responsável do CRISUP Enf.ª Maria Manuel Varela (MMV)</p> <p>Gestor / administrador do CRISUP João Pedro Assunção (JPA) (Vogal do Conselho de Gestão do CRIA – Centro de Responsabilidade Integrado Cérebro-Cardiovascular do Alentejo e Gabinete de Planeamento e Controlo Gestão)</p>
2. Organização interna antes de CRI	2.1 Nº médicos / profissionais	Temos 8 equipas e estamos autorizados a ter feitos 8 médicos/as, mas temos tido 4 a 6 para colocar nos vários setores. Em termos de enfermagem têm 15 enfermeiros e em cada turno pelos 11 postos de trabalho (RM).
	2.2. Organização	Os chefes de equipa fazem parte do CRI, os chefes de equipa fazem por norma 24 horas é portanto a equipa faz 24 horas não conseguimos ainda ter o modelo de uma equipa fixa durante um período e a restante por equipa móveis tendo pessoas que só fazem o serviço de urgências, outras que fazem aquele urgência e fazem a sua especialização (RM).
	2.3 Pontos fortes e fracos	É complicado montar um CRI no SUG. Aquilo que nós fizemos foi ter uma visão do que queríamos e era possível para uma urgência polivalente, mas mais fácil era começar pela medicina interna na urgência. Neste sentido, dividimos o SUG e as outras especialidades em áreas. Todas continuam a funcionar na urgência, mas não estão a ser capitalizados no CRI com a medicina (RM)
	2.4 Dificuldades do serviço	Por vicissitudes do andamento e evolução do processo, ao fim de algum tempo, verificámos todos que a medicina intensiva não tinha reunido as condições para integrar o projeto como idoneidade, problemas logísticos ou de desagregação do corpo clínico. Embora a enfermagem dos cuidados intensivos tenha aderido ao conceito e acompanhado a evolução do projeto no serviço de urgência, a equipa médica não permitiu o alinhamento, precipitando o afastamento da medicina intensiva e o divórcio entre ambos os serviços no CRI (RM).
	2.5. Expectativas com o CRI	Melhoria da eficiência da gestão.

Perguntas		Fragmento
	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	Tem por missão a observação, o tratamento e encaminhamento de doentes emergentes e urgentes definidos segundo o Sistema de Triagem de Manchester. O SUG integra diferentes áreas, nomeadamente: sala de triagem, área médica, área cirúrgica, sala de Emergência, sala de Monitorização e Unidade de Internamento de Curta Duração (RM e JPA).
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	Procurou-se incluir no CRI as várias dimensões da medicina interna com urgência e medicina intensiva.
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	O SUG do HESE não tem serviço de observação (SO), mas evoluiu para algo análogo que era uma unidade de internamento de curta duração com 8 camas e é possível fazer reabilitação tendo ainda uma área de monitorização de urgências externas, uma extensão do balcão, em que os doentes passavam de um lado para outro. De qualquer modo, uma unidade de internamento de curta duração não resolve nada, mas criar uma unidade de muito curta duração com 7 camas anexas e outras camas de unidade de intermédios (RM)
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	Não existem. Do ponto de vista de encaixe financeiro para o hospital uma “ficha de urgência” não existe pagamento no internamento com menos de 24 horas não ganhamos dinheiro. Um internamento bem-sucedido destes doentes permite compensar os custos. Por outro lado, temos administrativas que são dedicadas ao CRI, que de alguma forma também ajudam a fazer esta gestão (RM)
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	Uma liderança faz toda a diferença e dinamismo da equipa de gestão como do médico gestor é fundamental. No caso do CRI do SU do HESE, o Dr. RM conseguiu estabelecer parcerias não só com outros CRI como com outros serviços dentro do hospital e conseguiu respostas aos doentes de trabalho em rede e integrada (MMV).
3. Conceção do CRI	3.1. O que leva à necessidade ou proporciona oportunidades dos serviços de saúde se organizarem em CRI? Qual o valor que se procura alcançar ao desenvolver o CRI?	A resposta à questão: “O que nos levou a formar um CRI?”; é em si é simples, mas ao mesmo tempo complexa. O que levou a formar um CRI há 5-6 anos foi a necessidade de capitalizar os esforços do serviço de urgência polivalente com uma visão também agregada para a medicina intensiva. Em suma, surge da vontade de congregar ao nível de departamento de alguns recursos físicos e humanos numa missão mais capitalizada nas parcerias com outros serviços (como por exemplo CRI da cardiologia cujo administrador era o Dr. JPA) permitindo uma frente comum que potencializa a gestão de doente crítico (RM)
	3.2. Quais devem ser as principais linhas orientadoras de um CRI?	Temos equipas motivadas com o apoio do Conselho de Administração são capazes de se atirarem para fora de pé e tentaram fazer algo inovador. Assim, as linhas orientadoras devem passar por uma equipa motivada com bom ambiente / relacionamento entre os profissionais e diferenciação e por uma maior responsabilização profissional com avaliação de trabalho e robustez nos processos e acompanhamento dos doentes. Neste sentido, deve-se definir inequivocamente os limites de atuação do CRI e delimitar responsabilidades. A fase inicial é sempre complicada porque existem poucos exemplos para comparação e a definição legal daquilo que pode ser feito é limitada (JPA).
	3.3. Quais as preocupações quando se definem os objetivos estratégicos do CRI?	Portanto criamos uma série de estruturas que motivavam as pessoas e congregar os objetivos que permitissem ter a urgência pré-hospitalar (VMER), polivalente da medicina interna e os cuidados intermédios médicos de nível I e depois criámos ainda uma consulta de apoio ao serviço de urgência para poder derivar alguns doentes que queiramos reavaliar e que estiveram internados no SO ou na Unidade de Cuidados intermédios ou Urgência Polivalente que queremos reavaliar e que noutras circunstâncias seriam reavaliados de forma não controlada e organizada com pulseira branca. Procurou-se ainda acabar com a pulseira branca (RM).

Perguntas	Fragmento
<p>3.4. Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI? Como adequá-lo a sistema de incentivos / recompensas?</p>	<p>Sou internista clássico da medicina interna. Acho que a especialidade evoluiu pouco e continuamos a fazer as coisas em termos técnicos e de gestão e do “modus operandi” continua a ser como se fazia antigamente. Mas o mundo, as culturas portuguesas mudaram nos últimos anos. Cada vez mais a diferenciação e especialização do corpo clínico médico e de enfermagem poderá tirar benefícios na centralidade do doente não só melhora do ponto de vista clínico e diagnóstico como também melhora em termos de redução dos tempos de espera e melhorar a nossa a nossa resposta e o CRI pode potenciar essa mudança (RM).</p>
<p>3.5.O CRI tem BSC? Quais as principais preocupações na elaboração do BSC?</p>	<p>Os conselhos de gestão dos CRI tenham capacidade de encontrar um valor monetário equilibrado entre a possibilidade de o hospital pagar e o ideal para reter profissionais promovendo a autonomia de gestão do CRI. Mas se os hospitais não tiverem autonomia não podem delegar noutros mecanismos de gestão (JPA).</p>
<p>3.6. Como devem ser selecionados os RH para integrarem o CRI?</p>	<p>Deve-se perceber que os objetivos e as equipas motivam-se numa primeira fase pelo sentido de missão, mas não dura para sempre se o projeto não inovar e continuar a crescer. Deve-se procurar novos objetivos sendo impensável que a motivação no final do 2º ano residual ao que era inicialmente. No dia a dia são pequenas mudanças que vão motivando as pessoas dado que maiores são difíceis de montar e funcionam numa área específica do hospital porque as alterações e o estímulo para a mudança são as pessoas que o compõem (JPA).</p>
<p>3.7. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI - SGAD? SGAD – Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho</p>	<p>Existe a pretensão de fazer alguns grupos de trabalho na própria ACSS para poder estimular e definir aqui os critérios e os referenciais de financiamento que possam dar origem ao sistema de efetivo mas em termos práticos e atualmente aquilo que nós temos que propor administração é baseado ao que existe é a por parte ao conjunto de objetivos obrigatório como plano de custo anual, contratos programa, o orçamento anuais e ter uma ideia de sustentabilidade não de resultados positivos mas resultante de uma alteração de abertura (JPA).</p>
<p>3.8. Foi implementado um sistema de incentivos? Como funciona?</p>	<p>Em termos legais, para a majoração do trabalho importa informar que existem apenas algumas atividades consideradas passíveis de atividade adicional em CRI como consultas programadas, meios complementares de diagnóstico e cirurgias. Estas áreas surgem porque têm modelo de incentivos e financiamento bem-definidos pela legislação. Os CRI têm pouca margem para serem criados, condicionando uma menor rentabilidade associado a uma linha de atividade dos hospitais (JPA)</p>
<p>3.9. Principal dificuldade na execução do plano de ação?</p>	<p>A formação e investigação também eram áreas de investimento do CRI, e que obviamente também estava no nosso plano de ação e muito motivou os enfermeiros. Temos muita investigação em termos de académicos e o CRI trouxe a possibilidade de investirem em si. Da parte da enfermagem houve realmente um grande interesse e motivação para resolver não só as lacunas técnicas de prestação de cuidados de urgência e intensiva, mas também de promover a formação e investigação das equipas. A mensagem que passar era de parceira e motivação em que a equipa médica e de enfermagem aderiu à mesma (MMV).</p>
<p>3.10. Foram integrados os preços de transferência interna? Como foram definidos? Ou como definir ou negociar preços de transferência equitativos e justos aceites entre as partes?</p>	<p>Não tem necessidade por atividade totalmente integrada no CRI (JPA).</p>

Perguntas		Fragmento
	3.11. Quais os resultados esperados com a implementação de um CRI?	O CRI permitiu de alguma forma motivar e reter talento. Em relação à parte da enfermagem e médica durante o COVID houve a possibilidade de reforço das equipas da urgência e dos cuidados intensivos. Em relação ao CRI notou-se que na equipa de enfermagem e médica haviam algumas lacunas que queríamos ver resolvidas e vimos no CRI crie a possibilidade de alguma forma dar o nosso contributo para resolver e levar a bom porto aquilo que achávamos que poderíamos melhorar (MMV).
	3.12. Como alinhar a visão estratégica da instituição à realidade do terreno?	Sei que de facto ter equipas dedicadas, com subespecialização ou não, ter equipas dedicadas no serviço de urgência que vejam o serviço de urgência como o seu serviço e que tenham um sentimento de pertença é fundamental. É preciso não somente ter visão de gerir o serviço e resolver os problemas como também deve-se ter uma equipa que se reúne todos os dias e resolve as questões pendentes. Continuará a ser a medicina interna o pilar da gestão do doente crítico (RM).
4. Implementação do CRI	4.1. Quais as etapas críticas necessárias para a implementação de um CRI?	Uma das etapas críticas é a seleção e alocação adequada de equipas e a sua integração no projeto em que se deve procurar definir adequadamente o número de RH e alocação de horas. Assim, é crucial que exista um corpo clínico e um sentimento de identidade como serviço. Conseguimos aliciar uma série de pessoas, que tinham acabado o internato, em fazer o serviço de urgência polivalente com o objetivo de mais cedo ou mais tarde ter equipas dedicadas. Essa foi uma das “cenouras” para o projeto. É difícil aliciar um jovem fazer serviço de urgência serviço de urgência clássico. A cenoura ou o grande trunfo foi termos tido um conselho de administração que teve a ideia e oportunidade de criar uma unidade de cuidados intermédios ligada aos serviços de urgência e não à medicina porque a medicina não queria nada desses projetos. Essa unidade de cuidados intermédios teria de ser nível I porque senão os vizinhos da medicina intensiva iriam criticar a sua criação, mas inicialmente estranhou-se, mas enranhou-se. A grande cenoura foi ter um conjunto de pessoas que gostavam de fazer medicina de urgência e emergência, mas não ficarem fechados numa unidade de cuidados intensivos e fazerem VMER. Logo a oportunidade foi ter um conjunto de profissionais jovens com vontade de avançar com o projeto e com valor partilhados facilitou o início do CRI. Esse conjunto de pessoas que fazem VMER e emergência passaram a chefes de equipa ou de balcão (RM).
	4.2. Quais devem ser os principais focos de mudança de um CRI?	Um ponto fundamental é reorganizar o serviço e trabalho de modo a melhorar articulação entre os profissionais e facilitar a forma de trabalho em equipa. Neste sentido deve-se promover a sensibilização daquilo que é CRI ou modelo existe sempre um conjunto de experiências e motivações interna ou externamente que acabam por levar à criação de um CRI que é a necessidade dos próprios serviços evoluírem para poder formar aquilo que é o CRI ou propor à criação de um CRI (JPA).
	4.3. Qual foi a estratégia de comunicação (interna e externa)?	A ideia de melhorar a relação e a ligação entre a urgência e cuidados intensivos surge quando percebemos que havia pontos a melhorar por isso a fusão poderia ser a diferença e ser atrativa nesses processos de resolução. Também viram e acharam interessante este projeto como diz não para subir de carreira porque a nossa carreira está muito confusa, mas com vontade de contribuir em desenvolver competências relativamente às áreas. Uma área que impulsionou a mudança para melhoria da qualidade foi a Via Verde de Sépsis que não estava ativa a 100%, ou não estava com devia estar, e era uma das áreas que envolveu a equipa de enfermagem. Essa área motivou muitas equipas de enfermagem e médica nesse projeto levando-as à adesão. Em relação a essas particularidades estavam em consonância com aquilo que tínhamos que dar resposta e que tínhamos de resolver (MMV).

	Perguntas	Fragmento
	4.4. Quem são os principais potenciais opositores do CRI? Como deve ser gerida essa oposição?	Existe uma dimensão claramente a questão política, ou por outras palavras, é preciso vontade ou predisposição dos conselhos de administração para aderirem à criação de um CRI. E no percurso pelos vários CRI e do conjunto de entrevistas realizados pelo certamente todos tiveram o apoio do Conselho de administração porque se não tivessem aqui inclusivamente e o conjunto de dificuldades, aproveitando o Prof Vítor Herdeiro como impulsionador. Neste sentido, poderá surgir uma dificuldade na articulação de todos os níveis de organização como os outros serviços, negociação das horas dos RH, negociação com diretores de outros serviços sobre RH do CRI e entropia da organização e do Estado (JPA).
	4.5. Quais os fatores mais importantes para o sucesso na implementação do CRI?	Considera-se uma liderança forte que aglutine o grupo em torno de um objetivo em comum que seja resiliente às dificuldades e problemas que surjam. Alocar recursos em conformidade com a atividade contratualizada e as variações constantes a que está sujeito (MMV). Quer queiramos quer não sai do nosso esforço fora do horário de trabalho com poucas condições para se dedicar a um conjunto de recursos para planejar / projetar um CRI. Existe um conjunto de aspeto que nos leva a propor algo, portanto tem que haver combinação de base forte e isso é lado das equipas e está confinada a uma necessidade muito específica relacionada com uma ideia mais macro e estratégica de concertação e delegação de atividades negativos com cuidados de urgência e esta nova estrutura médica que se criou de nível I que faz todo o sentido, mas naquela altura tinha uma continuidade para escalar cuidados de gestão de camas e operacional de recursos (JPA).
	4.6. Quais as principais dificuldades que se podem esperar com a implementação de um CRI?	Como a ACSS tem um papel preponderante, a questão da realização de alguns destes conceitos, são os próprios conselhos a nível local que têm responsabilidade pela definição de muitas áreas. De uma forma unânime tem que haver apoio à criação do projeto de CRI. Logo existe uma concorrência entre a motivação interna entre a motivação das equipas e integrado em torno de um problema que querem ver resolvido (JPA).
	4.7. O que correu bem? (resultados positivos)	Num primeiro triénio se o CRI mostrar melhorias organizacionais é uma vitória e se promover a comunicação e diálogo não somente entre conselho de gestão e profissionais e melhorar as práticas será uma vitória (JPA).
	4.8. O que correu menos bem? (resultados menos positivos)	Contudo, dentro da medicina interna vamo-nos subespecializando numa área de interesse, mas ao fazê-lo numa subespecialização de medicina de emergência e noutras subáreas da especialidade leva a que a medicina interna começa a perder área de intervenção. É fundamental que a medicina interna não fique apenas uma área amorfa sem área de intervenção (RM).
	4.9. Qual o sistema de informação utilizado e a sua importância no controlo de gestão?	Seria importante uma melhor definição dos CRI pela tutela e ACSS por haver muita ignorância sobre ao assunto. A legislação ser aberta tem coisas boas e tem coisas más uma das coisas, mas sem uma normalização do que se pode fazer é mais complicado atingir os propósitos em que cada CRI terá formas diferentes de calcular os custos, de avaliar as equipas e isto devem ser melhor definido e equilibrado e preços de transferências. Não acredito que se consiga calcular verdadeiramente os preços de transferência dificultando comparar os CRI, faltando-se lhes maturidade. Sem uniformização também não será possível a comparação – <i>benchmarking</i> (JPA).
	4.10. Como adequar um sistema de informação às necessidades do CRI?	O sistema de informação no Hospital de Évora não dá resposta às necessidades do CRI, mas os mesmos são fundamentais para assegurar o modelo de gestão preconizado. Não existe um modelo de sistema de informação capaz de dar resposta ao CRI. De qualquer modo uma gestão integrada num sistema de informação do hospital é fundamental, mas não existe no HESE. Tem-se desenvolvido adaptações, mas infrutíferas na adaptação esperada. Tem-se apostado em <i>Business intelligence</i> para melhorar esse aspeto fundamental e promover adaptações à afluência por exemplo nas escalas auxiliando a gestão (JPA).
5.	5.1. Quais os resultados globais obtidos no CRI?	A ideia que interessa e aquilo que pretendemos neste projeto é o caminho de sustentabilidade em que se deve identificar os problemas da instituição e promover alterações estruturais que permitam uma melhoria concreta. Por exemplo, no SU do HESE existia um número muito

Perguntas		Fragmento
Avaliação final do CRI		significativo de urgências de mais 24 horas, logo foi preciso criar soluções para mitigar esse aspeto. Para além disso, qualquer solução que surja no caminho deverá ter associado uma compensação financeira. Estamos a criar condições e a promover a pressão necessária para que todos os outros hospitais possam transmitir a sua experiência em novos modelos de incentivos como na área da urgência para melhoria da intervenção (JPA).
	5.2. Como decorreu a coordenação com os outros serviços do hospital?	O Hospital de Évora é uma estrutura hospitalar de média dimensão com uma adequada oferta de cuidados de saúde primários. Logo tem uma atuação muito fácil, mas com uma equipa de gestão com visão clara do futuro. É uma casa pequena para aquilo que já faz logo leva que muitas das equipas, independentemente das áreas, a equipa de gestão tem uma série de visões para o potencial que o CRI e os modelos de gestão podem proporcionar. Outro modelo de financiamento é baseado nos incentivos em que todos os modelos estão estruturados em áreas de acesso como lista de espera cirúrgica e de espera de consulta associados a incentivos e os objetivos do CRI estão associados a produção adicional (JPA).
	5.3. Os objetivos/indicadores definidos foram cumpridos ?	Infelizmente temos muitos indicadores na bibliografia que são da instituição e dificilmente identificamos indicadores individuais e os que existem podem apresentar muitos vieses como número de chamadas ou de altas em que se pode induzir a oferta (JPA).
	5.4. Quais as mais valias da implementação de BSC ?	Quando estamos a falar num sistema de incentivos deverá ter duas perspetivas: o que existe e como nós podemos eventualmente adequar o financiamento de incentivos, difícil de valorização na realidade da urgência pela ausência de diferenciação de valores dentro de cada urgência além das diferenças entre pagamentos base conforme o tipo de consulta (JPA).
	5.5. Como correu o sistema avaliação de desempenho ? Avaliação SGAD	Pouco significativo
	5.6. E incentivos?	Não possui
	5.7. Qual o impacto que o CRI pode ter nos profissionais de saúde ?	Reforço no trabalho de equipa e na motivação dos RH. Ser o ponto de viragem para pagamento de incentivos ou mudar de raiz o financiamento sendo mais ambiciosos (JPA).
	5.8. Quais as principais vantagens ou aspetos positivos do CRI?	Pode-se discutir um bolo de incentivos negociado com o Conselho de Administração em que se pode discutir um conjunto de incentivos e objetivos. Poder-se-ia definir a forma como distribuir esse valor monetário através de definição de um conjunto de incentivos a pagar mediante atingimento de objetivos numa base de atividade adicional (JPA).
	5.9. Quais são as principais desvantagens , problemas ou dificuldades operacionais do CRI?	CRI muito abrangente de elevada complexidade em definir estratégia operacional. O conflito com a medicina intensiva.
	5.10. Qual a sua avaliação final do CRI?	Boa ou muito boa
	5.11. Quais são os principais riscos ou ameaças no futuro do CRI?	Dada a autonomia condicionada / limitada dos hospitais e conseqüente / dos conselhos de gestão do CRI condicionado a dificuldade na contratação de recursos.
	5.12. Qual a sua percepção da experiência dos CRI em Portugal ? Onde estamos agora?	Tem havido dificuldade em passar do plano regulamentar para a fase de implementação e falta de flexibilidade do SNS para que os serviços se possam adaptar ao modelo de gestão que mais se adequa a cada caso

APÊNDICE C3.3 - Entrevista com Dr. Lino Patrício do CRI cérebro-cardiovascular do Alentejo (CRIA)

Data da Reunião: 11 de novembro de 2021 pelas 13h30 em Lisboa

Duração da entrevista: 60 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1. Hospital	HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA (HESE)
	1.2. Serviço	CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA CÉREBRO-CARDIOVASCULAR DO ALENTEJO (CRIA)
	1.3. Cargo	MÉDICO GESTOR / DIRETOR DO CRIA
2. Organização interna antes de CRI	2.1 Nº médicos / profissionais	O CRIA começou em 2009 com apenas uma sala de hemodinâmica. Neste sentido, surge a hipótese de ser criado um Centro de Responsabilidade Integrado Cerebro cardio vascular. Assim, existe ainda uma multidisciplinaridade das intervenções com gestão de doença cerebral, cardíaca (e dentro da coronária, estrutural como válvulas, arritmias) entre outras. Estamos a preparar criação de centro de cirurgia cardíaca incluída no CRIA
	2.2. Organização	Do ponto de vista de recursos humanos tivemos logo essas características gerais. Teremos 6 enfermeiros 4 técnicos de cardiopneumologia e 3 técnicos de radiologia. Vamos publicar na revista portuguesa de cardiologia um trabalho que fizemos logo no início sobre a otimização de uma sala de hemodinâmica ter circuitos definidos mostrando melhoria de eficiência
	2.3 Pontos fortes e fracos	Embora antes do CRI já existisse uma relação com a universidade de Évora com a criação de um centro de investigação, foi possível aumentar o laço com um dos maiores empregadores da cidade e produtores de conhecimento para o país. Por um lado, a universidade tem dado muita pujança à cidade e, por outro lado, o hospital também é um grande empregador e peso na cidade. E só muito recentemente, por volta de 2015, foi possível estabelecer este ponto de contacto entre as duas entidades mesmo não havendo nenhum doutorado no hospital e a universidade nunca se teria virado para a saúde / medicina. Por uma relação que se estabelece com o vice-reitor foi criado um centro de investigação as duas instituições que permitiu adquirir uma segunda sala de hemodinâmica e equipamento para meios complementares de diagnóstico fundos para obras. Por outro lado, foram possíveis fundos para doutoramentos e mestrados. Mas nunca tinha havido este ponto de convergência.
	2.4 Dificuldades do serviço	Como indicadores do CRIA, temos os tempos desde ativação da VMER até à sua chegada e até chegada do doente ao hospital, confirmação do diagnóstico e levar à sala de hemodinâmica são importantes para identificar os entraves e afunilamentos e proceder a melhoramentos do aspeto a intervir. Nem sempre é possível ter estes dados concretos para melhoria dos processos. É fundamental medir de forma adequada os indicadores caso contrário poderá parecer que não produzimos nada.
	2.5. Expectativas com o CRI	É fundamental promover uma eficaz e eficiente gestão financeira e de recursos humanos, com uma justa retribuição e formação profissional dos seus colaboradores.
	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	É uma estrutura de gestão intermédia que tem como missão desenvolver a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade na área vascular (cardio e cerebrovascular) garantindo padrões elevados de desempenho e humanização e formação
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	É um projeto interessante e único. Existe a sensação que as pessoas deixam de estar muitas focadas a sua especialidade e abrem-se a outros serviços com transmissão de conhecimentos e experiências.

	Perguntas	Fragmento
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	Procurou-se criar um Centro Académico Clínico, entre a articulação dos ministérios do ensino superior e da saúde, que ambiciona juntar o hospital, a universidade e os politécnicos de Portalegre e Beja e as ULS da região e que no fundo vai abranger tudo aquilo que é formação, investigação na área médica e serviços médicos. Assim conseguimos criar uma superestrutura que pode ajudar muito a coordenar vários aspetos como referenciação do enfarte, assistência ventricular entre outras
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	Embora haja a realização de atividade a inúmeros serviços, na prática não recebemos esse dinheiro porque quem paga aos profissionais, recebe o dinheiro e em consequência os lucros são do hospital. O CRIA é apenas um instrumento de gestão. O orçamento real é o que vamos receber, mas que é quase um orçamento virtual dado ser um exercício de um orçamento prestado.
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	Em termos de comunicação, temos feito alguma comunicação muita interna, mas para comunicação externa temos tido algum entrave e foi preciso avançar com o projeto e ao final de 2 anos e meio temos resultados para mostrar e vai sendo aceite. É preciso de publicar esses dados para validar os mesmos perante a comunidade e apresentar os mesmos.
3. Conceção do CRI	3.1. O que leva à necessidade ou proporciona oportunidades dos serviços de saúde se organizarem em CRI? Qual o valor que se procura alcançar ao desenvolver o CRI?	Não são uma resposta metodológica transversal a todos os problemas, mas um modelo diferente de gestão. Para se articularem com outros serviços e em termos operacionais a relação com outros serviços se íamos comprar serviços aos outros admitindo que os CRI ainda não evoluíram para total autonomia financeira e de gestão sendo o doente do hospital e tendo sido admitido pelo serviço de urgência e a atividade é faturada pelo hospital não tendo espaço para um real centro de responsabilidade em termos financeiros, mas é um centro de custo.
	3.2. Quais devem ser as principais linhas orientadoras de um CRI?	Promover cultura de qualidade de serviço, produtividade, eficiência, transparência, inovação, sustentabilidade, reforço de diferenciação e possibilidade de investimento alinhados com os modelos propostos da ACSS. Segundo a lei, os CRI têm de ter corpo diretivo composto por um administrador, médico gestor e enfermeiro. O CRIA teve alguma dificuldade para que os técnicos aceitassem, mas o administrador que está comigo, o João Pedro Assunção, e pode ajudar bastante nos orçamentos, procedimentos e ter uma visão urgência e também da administração.
	3.3. Quais as preocupações quando se definem os objetivos estratégicos do CRI?	Procurar definir objetivos claros e inequívocos que estejam na dependência do CRI e não de outros serviços. Existe uma questão de intervenção, interligação e interdisciplinaridade antiga que se pode fazer. Nos hospitais, os médicos, enfermeiros e técnicos e isso foi logo a primeira premissa: as pessoas passaram todas a ter o mesmo horário. Por exemplo fazem trabalho das 8 às 8h e depois fazem prevenções.
	3.4. Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI? Como adequá-lo a sistema de incentivos / recompensas?	Um CRI precisa de indicadores robustos, mas de fácil obtenção. A Direção Geral de Saúde já tem alguns indicadores, mas são muito burocratizados e as sociedades científicas apresentavam propostas de outros tantos indicadores. nomeadamente em relação aos doentes do ponto vista cardiológico (como enfartes) que vão desde os tempos às medicações a mortalidade.
	3.5. O CRI tem BSC ? Quais as principais preocupações na elaboração do BSC ?	É limitada para um aspeto específico de acreditação. Em termos financeiros apresentámos dois orçamentos: um orçamento que era considerado o “real” com os vencimentos que equipa recebe diretamente da ACSS pelos atos realizados e um segundo que é mais um exercício de um orçamento que tem o número de doentes abordados e os custos ou gastos associados com os doentes fazendo um balanço para ter noção dos gastos reais. Será a diferença entre o que se produziu e gastou ou melhor entre o que se faturou e gastou.
	3.6. Como devem ser selecionados os RH para integrarem o CRI?	Vou lhe explicar um pouco a história do CRIA, nem todos os profissionais estão integrados nas 40 horas de produção base nos contratos de trabalho sendo permitido valor hora de trabalho inferior. A ideia do CRIA é ter uma equipa multidisciplinar tem a ver com as várias componentes dos

Perguntas	Fragmento
	recursos humanos médicos, auxiliares, administrativos e de enfermagem. Para além desta equipa multidisciplinar, era interessante termos recursos humanos com objetivos comuns tendo começado como laboratório de hemodinâmica.
<p>3.7. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI - SGAD?</p> <p>SGAD – Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho</p>	<p>Uma forma de aplicar os incentivos é pagando de acordo com a produção ou trabalho adicional além do contrato seria trabalho adicional e pago segundo as normais definidas em regulamentação própria e as pessoas poderiam ganhar mais como consequência do ganho monetário que o hospital encaixava. Outra forma de criar incentivo seria isso através da formação e da investigação que é também um dos problemas que existem nos hospitais é o dinheiro perder-se nos hospitais e não vai não vai para as pessoas. Infelizmente não me parece que nos últimos tempos tenha sido possível fazer dado o hospital encaixar o dinheiro ficando “perdido” entrando em inúmeros processos burocráticos entre a dministradores, conselho e outros elementos. Este problema acontece porque não existe autonomia financeira na maioria dos CRI.</p>
<p>3.8. Foi implementado um sistema de incentivos? Como funciona?</p>	<p>Dentro da medicina interna não existe nenhum CRI propriamente dito a pagar incentivos. Para mim, a ideia interessante era avançar para pagamento de incentivos monetários e este modelo prevê essa possibilidade que será de aproveitar. Existe interesse que os orçamentos sejam reais e remunerados de acordo com a produção. Até agora o incentivo tem sido apenas o prazer por fazer parte do projeto e colaborar com a equipa. De qualquer modo, sem autonomia financeira será difícil fazer mais do que o referido.</p>
<p>3.9. Principal dificuldade na execução do plano de ação?</p>	<p>Uma das coisas que poderia ser interessante para estes CRI, era que fossem uma resposta dentro do próprio sistema nacional da saúde, ou seja, um dos reptos que se lançou a vários centros hospitalares era se não poderia existir uma passagem de doentes para o CRI e esses sim era o incentivo de acordo com o trabalho adicional e davam essa rentabilidade ao sistema nacional de saúde</p>
<p>3.10. Foram integrados os preços de transferência interna? Como foram definidos? Ou como definir ou negociar preços de transferência equitativos e justos aceites entre as partes?</p>	<p>Vendemos serviços para a cardiologia (que lá vai pôr os pacemakers, CDI e CRT), a nefrologia (que vai lá colocar as fístulas) e durante o último ano oferecemos à gastro de lá fazer as suas CPRE por terem ficado desalojados. Em resumo, nós temos uma equipa multidisciplinar em termos de serviços.</p>
<p>3.11. Quais os resultados esperados com a implementação de um CRI?</p>	<p>Para além da melhoria dos equipamentos e instalações, alguns dos resultados esperados será promover o sentimento de pertença dos profissionais apoiando-os. Entre os vários hospitais que passei, sinto que o CRI potenciou o valor percecionado pelos profissionais de saúde e criado algum sentimento de alívio sobre estas equipas de alto desempenho cansadas pela pressão de trabalho que induziu. Por exemplo, uma das nossas enfermeiras do grupo de trabalho engravidou e a vaga foi logo preenchida. A atração não foi tanto pelo incentivo económico do CRIA, que não existe, mas foi aquilo que permitiu transbordar uma enfermeira pelo ambiente, pelas chefias / lideranças, pela relação entre todos. Outro exemplo recente foi falar com uma auxiliar por problemas familiares e houve abertura para resolver o problema dando apoio psiquiátrico e medicina do trabalho.</p>
<p>3.12. Como alinhar a visão estratégica da instituição à realidade do terreno?</p>	<p>Através da relação de proximidade das pessoas dentro do CRI. Para além disso, a imagem que se transmite para fora é atrativa para os outros. Outro exemplo é procurar arranjar momentos no meio do trabalho, como antes das formações do serviço em que a equipa possa estar de forma descontraída para partilhar uma refeição ou em outros momentos de convívio</p>

Perguntas		Fragmento
4. Implementação do CRI	4.1. Quais as etapas críticas necessárias para a implementação de um CRI?	Este modelo dos CRI tem a virtude de dar às pessoas a ideia que estão a fazer uma “coisa” um bocadinho diferente, fazem parte de uma estrutura e estão a fazer algo diferente que é que é inovador e tem objetivos comuns. Mas se não passar para um nível de gestão com autonomia com a retribuição aos trabalhadores, as pessoas não vão passar toda a vida felizes por pertencer a algo diferente como o CRI, vão precisar de “comprar o arroz e as batatas” e não querem passar fome, portanto, as estruturas terão de evoluir e mudar senão vão ficar iguais aos outros departamentos.
	4.2. Quais devem ser os principais focos de mudança de um CRI?	A urgência é uma parte importante do hospital e dá um grande poder dentro do hospital e também houve uma situação: quem agarrava as urgências parece que quer que elas cresçam. É preciso uma pequena equipa nas urgências para os casos verdadeiramente urgentes e emergentes e o resto para ser resolvido em ambulatório.
	4.3. Qual foi a estratégia de comunicação (interna e externa)?	Os únicos indicadores verdadeiramente da urgência seria o número de doentes que são verdadeiramente urgentes. Uma urgência que tem 300 ou 500 pessoas em que só 20 é que são urgentes é uma má urgência. Assim, um dos indicadores era a percentagem de doentes verdadeiramente urgente. O problema da urgência não é só da urgência em si nem é somente problema do hospital, é da resposta e referenciação dos serviços pré-hospitalares e da cultura das pessoas
	4.4. Quem são os principais potenciais opositores do CRI? Como deve ser gerida essa oposição?	Em termos de opositores e entraves, de mencionar que o início do CRIA não foi natural nem difícil, mas foi gerível com muito trabalho. A administração foi mais ou menos apoiante apesar da Presidente do Conselho de Administração ter sido mais apoiante do que o restante corpo da administração e foi muito complicado os outros serviços poderiam articular com o centro de saúde. Explicou-se que o doente continua a ser do hospital e não será do CRI. No caso da cardiologia, a intervenção não devia estar separada do CRI.
	4.5. Quais os fatores mais importantes para o sucesso na implementação do CRI?	Liderança forte. Pela inércia surgida de um líder, o serviço foi deixando de proceder a uma procura da melhoria contínua e foi-se perdendo essa pujança. O serviço deve ser visto como uma empresa. E os serviços necessitam de uma liderança forte e promotora de constante insatisfação porque apenas a pressão constante permitirá a busca de melhoria. Se for mantido o foco os serviços vão crescer mesmo que se tente manter um travão nessa dinâmica o serviço é como um comboio em movimento é muito complicado conseguir pará-lo.
	4.6. Quais as principais dificuldades que se podem esperar com a implementação de um CRI?	Um dos problemas na urgência é o seguinte: os doentes que não estão lá a fazer nada, estão a tirar o lugar aos que precisam de lá estar e esse é que é o problema. Esse problema resolve-se a montante, é não deixar lá chegar os doentes, é não os deixar entrar até adequada orientação.
	4.7. O que correu bem? (resultados positivos)	Esta organização permitiu-nos uma coisa que os outros serviços não conseguiram durante o COVID que foi montar de um dia para o outro mudar a urgência toda como nós queríamos mais concretamente ter uma equipa em casa desfasada. Um dos aspetos inovadores foi permitir uniformizar a gestão e horários da equipa alinhando objetivos. Outro aspeto é termos uma equipa base que faz as 40h e temos pessoas que vêm de fora a fazer atividade base (como por exemplo 12 horas semanais).
	4.8. O que correu menos bem? (resultados menos positivos)	Nada a especificar
	4.9. Qual o sistema de informação utilizado e a sua importância no controlo de gestão?	É fundamental ter um sistema informático bom que para a intervenção que consiga relacionar com o Sonho e com a Sclinic e facilitar obtenção de indicadores. Desenvolve-se ainda uma consulta no CRI de <i>follow up</i> tendo indicadores para avaliação do despenho, mas que não servem para

Perguntas		Fragmento
		remunerar com incentivos. Estou convencido que os tais <i>patient care</i> e a tecnologia vai avançar e ser o futuro dos padrões de qualidade e remuneração dos próprios centros e iremos evoluir mais rapidamente do que possamos achar.
	4.10. Como adequar um sistema de informação às necessidades do CRI?	A triagem de Manchester é baseada num algoritmo de volume quando as urgências não deviam depender disso e deviam ser pequenas por exemplo com dois a três médicos e igual número de enfermeiros e auxiliares de ação médica para os casos verdadeiramente urgentes / emergentes. Neste sentido, a resposta deveria ter sido para 100 doentes termos 10 médicos e para 300 doentes os mesmos 10 médicos. Se tivessem feito isto há 20 anos teria sido possível evitar esta tendência de desperdício de recursos porque há uma coisa em medicina que está escrita: se aumentares a oferta aumentas a procura. Isto é uma empresa, mas ao contrário da economia porque se aumentas a procura vais aumentar a oferta. Nos hospitais privados vemos isso: aumentas a oferta terás um aumento exponencial da procura em que a maior parte dos doentes fazem exames sem necessidades para “nada”.
5. Avaliação final do CRI	5.1. Quais os resultados globais obtidos no CRI?	Excelente com melhoria da eficiência.
	5.2. Como decorreu a coordenação com os outros serviços do hospital?	Muito adequada
	5.3. Os objetivos/indicadores definidos foram cumpridos ?	A urgência não é por ter mais gente que será melhor. Tem de haver outros indicadores baseado apenas na produção. Por um lado, os recursos humanos na parte médica são partilhados com outro serviço e é preciso ter uma equipa dedicada com sentimento de pertença. Por outro lado, seria importante que o serviço tivesse capacidade de se adaptar e ajustar à realidade muito rapidamente. Seria importante ser capaz de avaliar de acordo com a qualidade de observação
	5.4. Quais as mais valias da implementação de BSC ?	Não considera o uso de BSC
	5.5. Como correu o sistema avaliação de desempenho ? Avaliação SGAD	Não realizado
	5.6. E incentivos?	Satisfação e motivação das pessoas que integraram o CRI.
	5.7. Qual o impacto que o CRI pode ter nos profissionais de saúde ?	Um CRI no geral e neste caso o CRIA permitiu criar bastante valor nomeadamente para o Hospital de Évora levando profissionais altamente diferenciados e competentes para uma região e sem esta dinâmica e mesmo sem incentivos não se conseguiria levar estas pessoas para lá. Noutros sítios / hospitais não teria sido possível criar este CRI.
	5.8. Quais as principais vantagens ou aspetos positivos do CRI?	Admito que a possibilidade de autonomia financeira poderia ser interessante para o CRI cumprindo o contrato programa definido com a administração do hospital em causa, ou seja, exigiria alguma responsabilidade em termos de gestão, estamos a falar de alguns milhões de euros porque o centro de custos mexeria em muito material e recursos humanos. Mas seria uma forma de responsabilizar as pessoas e ao mesmo tempo ter algum benefício.

Perguntas	Fragmento
5.9. Quais são as principais desvantagens, problemas ou dificuldades operacionais do CRI?	Apresenta problemas por autonomia limitada nomeadamente na contratação de RH, orçamento e sujeito a lei pública e ao CA
5.10. Qual a sua avaliação final do CRI?	Boa ou muito boa
5.11. Quais são os principais riscos ou ameaças no futuro do CRI?	Os CRI como estruturas de gestão intermédia permitem aproximar a gestão dos profissionais. No Hospital de Santa Marta, por onde passei, tínhamos um hospital pequeno, dentro da megaestrutura do Centro Hospitalar de Lisboa Central, mas afastado das administrações. Por outro lado, o serviço em si sob a liderança do anterior diretor estava focado na assistência e em crescer pondo-os competitivos com outros hospitais nomeadamente Hospital de Santa Cruz, em que a competição foi muito forte, dada inexistência da força do Hospital de Santa Maria.
5.12. Qual a sua percepção da experiência dos CRI em Portugal? Onde estamos agora?	Com falta de inovação e mudança na moldura legal, os CRI vão ficar iguais aos outros e se isso acontecer só teríamos a opção de acabar com eles. Logo a estrutura teria de evoluir para uma gestão intermédia que permita a autonomia. Penso que nos próximos 3 ou 4 anos este modelo de gestão em Portugal vai evoluir rapidamente e numa legislação que inicialmente obrigava a exclusividade do médico gestor já passou para dedicação, ou seja, ter as horas previstas em contrato. Se a legislação evoluir será muito “giro” apenas para pequenas experiências, mas poucos efeitos práticos.

APÊNDICE C3.4 - Entrevista com Dra Catarina Paulino do CRI de oftalmologia do HFF

Data da Reunião: 09 de setembro de 2022 pelas 10h na Sala Reunião do HFF

Duração da entrevista: 45 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1. Hospital	HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO DA FONSECA (HFF)
	1.2. Serviço	CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO DE OFTALMOLOGIA
	1.3. Cargo	GESTORA DO CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO DE OFTALMOLOGIA DO HFF Diretora de Planeamento e Controlo de Gestão Hospitalar do HFF Tesoureira Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH)
2. Organização interna antes de CRI	2.1 Nº médicos / profissionais	É composto por uma equipa multidisciplinar de 53 profissionais de diferentes grupos profissionais, especialidades e competências.
	2.2. Organização	O perfil assistencial deste CRI compreende atividade de consultas externas, cirurgia, colheita e transplante de córneas, MCDT e urgência.
	2.3 Pontos fortes e fracos	Como pontos fortes destaca-se a elevada diferenciação técnica dos profissionais do Serviço, possibilidade de desenvolvimento profissional com a introdução de novas técnicas e ter uma equipa motivada para a inovação e conhecimento científico. Como pontos fracos tínhamos a inexistência de uma unidade de Cirurgia Ambulatório autónoma, déficit de profissionais em diferentes áreas, perda de eficiência por limitação dos recursos físicos disponíveis e elevada pressão assistencial
	2.4 Dificuldades do serviço	Destaca-se a escassez de recursos humanos na área da anestesiologia na região de LVT e no país e cancelamentos de tempos de bloco por necessidade de afetação de recursos a outras especialidades como medicina interna
	2.5. Expectativas com o CRI	As expectativas era melhorar a qualidade e eficiência.
	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	Tem por missão a prestação de cuidados de saúde dentro do perfil assistencial definido no seu contrato-programa anual, garantindo a centralidade no utente, a acessibilidade, a qualidade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde diferenciados, tendo como objetivos a melhoria dos resultados e dos ganhos em saúde (conforme regulamento)
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	Para implementar um adequado trabalho em rede foi fundamental grande respeito pela orgânica, por exemplo, não sou eu, como gestora, que digo se ela deve colocar ou utilizar um dado material por ser uma decisão clínica.
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	No seguimento da questão anterior, se um dado indicador da atividade adicional estivesse a subir, ficou combinado que: “dê por onde der” o <i>budget</i> não vai crescer; a médica gestora argumentou mas apesar disso se ficou combinado foi um dado valor e podemos potenciar no próximo ano e fazer com que ele aumente provando que conseguimos operar mais e portanto aumentando a base podemos aumentar a adicional mas outra forma não podemos fazer isto mas há um grande respeito e confiança no trabalho um dos outros
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	Conhecendo de forma adequada a orgânica do hospital e as necessidades.

	Perguntas	Fragmento
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	Antes de fechar o contrato programa e o plano de ação temos que envolver as pessoas, ou seja, antes de termos toda a documentação fechada e enviar para o conselho de administração temos que envolver os principais <i>stakeholders</i> na definição de objetivos e na documentação geral do projeto e definir como o número de consultas e de cirurgias procurando validar e negociar todos os indicadores.
3. Conceção do CRI	3.1. O que leva à necessidade ou proporciona oportunidades dos serviços de saúde se organizarem em CRI? Qual o valor que se procura alcançar ao desenvolver o CRI?	Melhorar a eficiência do serviço, agilização de processos e desafios específicos, utilização de recursos e autonomia de gestão para garantir gestão mais eficiente mantendo-se alinhados com os objetivos institucionais.
	3.2. Quais devem ser as principais linhas orientadoras de um CRI?	Quando se prepara um projeto de CRI deve-se fazer uma adequada projeção e “contas” da atividade. Em conformidade deve-se analisar de forma cuidada, o impacto que um dado indicador poderá ter na avaliação do índice de desempenho global. Por outras palavras nenhum indicador individualmente teve ter um impacto, por si só, no sucesso ou não de atingir os valores acordados. Por exemplo se um dado indicador valor 20% se não for atingido para um <i>cut off</i> de pagamento de 85% o não cumprimento do mesmo inviabiliza o pagamento do incentivo.
	3.3. Quais as preocupações quando se definem os objetivos estratégicos do CRI?	As pessoas estão muito preocupadas com o prémio no final do ano e foi-se procurando mostrar às equipas cirúrgicas que majoraram 5% dos GDH e como tal iriam receber em vez de 55% do valor do GDH para 70 implicaria um bolo de 200.000 € no índice de desempenho global no prémio final de Natal. No CRI de oftalmologia houve a possibilidade de descontar os vales cirúrgicos, sobretudo durante a pandemia.
	3.4. Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI? Como adequá-lo a sistema de incentivos / recompensas?	Os indicadores devem ser fáceis de medir e ajustados a cada área de atuação de cada equipa do CRI incluindo resultados em saúde (resultados clínicos) e indicadores de processo (atuação perante protocolos)
	3.5. O CRI tem BSC ? Quais as principais preocupações na elaboração do BSC ?	Sim, realiza avaliação trimestral de indicadores de produção e com ponderação a cada um dos grupos (financeiro, acesso, qualidade)
	3.6. Como devem ser selecionados os RH para integrarem o CRI?	Recrutamento interno idealmente voluntario
	3.7. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI - SGAD ? SGAD – Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho	Usa SGAD próprio do CRI que espelha objetivos comuns do CRI, avalia a disponibilidade e participação nas atividades dos serviços com ou sem cotas e tenha objetivos individuais como produtividade. Definição de objetivos individuais para os diferentes grupos de profissionais relacionados com objetivos institucionais.
	3.8. Foi implementado um sistema de incentivos ? Como funciona?	É fundamental o papel do gestor do CRI devendo ser exaustivo, rigoroso, claro e minucioso sem perder o rumo definido e alinhado com o modelo. A atividade adicional só consegue pagar em consulta programada, cirurgia e alguns exames complementares de diagnóstico. É difícil ter um CRI na medicina pela dificuldade em identificar atividade passível de ser paga em CRI dentro das previstas na legislação.

	Perguntas	Fragmento
	3.9. Principal dificuldade na execução do plano de ação ?	Por outro lado, é fundamental que um CRI com incentivos se pague efetivamente o acordado (se cumprido os indicadores).
	3.10. Foram integrados os preços de transferência interna ? Como foram definidos? Ou como definir ou negociar preços de transferência equitativos e justos aceites entre as partes?	Os vales cirúrgicos são muito caros e ao negociar com o Conselho de Administração houve o compromisso de no primeiro ano serem responsáveis por 50%, ou seja, o valor no primeiro ano era um global de 50% dos vales cirúrgico para o CRI passando no 2º ano para 70% e no seguinte 90%. Na poupança que se consiga fazer cirurgias pelos vales cirúrgicos serem usados no CRI permite ter lucro a distribuir pelos colaboradores.
	3.11. Quais os resultados esperados com a implementação de um CRI?	Alguns dos resultados esperados será promover a participação dos colaboradores com reforço do trabalho e coesão em equipa, produtividade, acessibilidade para um objetivo comum e que lhe permita perspetivar o futuro a longo prazo.
	3.12. Como alinhar a visão estratégica da instituição à realidade do terreno?	Comunicação interna adequada.
4. Implementação do CRI	4.1. Quais as etapas críticas necessárias para a implementação de um CRI?	Promover a motivação dos profissionais de saúde e demais colaboradores permitindo ser persistente para ultrapassar os obstáculos. Por exemplo, no CRI de oftalmologia tínhamos um dos indicadores mais importantes e depois da proposta ao conselho houve um indicador que fui obrigada a mudar e depois da reunião final falei com eles e disse à equipa que aquele indicador seria o nosso maior problema, mas também seria aquele que teríamos uma maior oportunidade de crescer.
	4.2. Quais devem ser os principais focos de mudança de um CRI?	A liderança do CRI é que motiva as pessoas para a mudança e condiciona isto tudo. Quanto mais um conselho de gestão acredita no projeto mais consegue envolver e comunicar com a equipa.
	4.3. Qual foi a estratégia de comunicação (interna e externa)?	Desde a criação do Conselho de Gestão do CRI é fundamental que as pessoas confiem uns nos outros e se respeitem mutuamente sendo importante estar constantemente dar <i>feedback</i> e fazer plenários no início do projeto e durante períodos críticos para que toda a gente perceba que está envolvida sabendo como está a começar e posteriormente a evoluir o projeto. Por exemplo após a assinatura do contrato programa, reunimos com todos e definimos que um dado momento seria o zero. No caso de algum percalço será a transparência, envolvência e motivação da equipa que permitirá o sucesso.
	4.4. Quem são os principais potenciais opositores do CRI? Como deve ser gerida essa oposição?	Os principais opositores do CRI estarão dentro da própria equipa. Se houver dificuldade em gerir a mudança e o efeito que a mudança tem nas equipas. Se tiver dificuldade em obter dados adequados, ou seja, diferença entre o que se mede e o que se quer medir
	4.5. Quais os fatores mais importantes para o sucesso na implementação do CRI?	Um projeto só funciona se as pessoas confiarem muito na equipa de gestão em que cada um sabe perfeitamente o seu papel e, portanto, nem eu nem ninguém da equipa se imiscui nas decisões que forem de outro elemento.
	4.6. Quais as principais dificuldades que se podem esperar com a implementação de um CRI?	Os contratos programa são anuais, mas os planos de atividades serão para o triénio considerando um período de teste no primeiro ano prevista no plano de atividades. Num projeto de CRI que esteja a começar sem base de comparação deve-se fazer um período de teste, analisar os

Perguntas		Fragmento
		indicadores antes do início da atividade do CRI e tentar melhorar os indicadores. No CRI de oftalmologia estava a começar e num período de pandemia era viajar à descoberta. Pode-se ainda ter meses de teste para ajustes e posteriormente o plano anual.
	4.7. O que correu bem? (resultados positivos)	Excelente capacidade em implementar estratégias para cumprir os objetivos de acesso tendo sido possível ajustar a produtividade á afluência. Ter profissionais de saúde com conhecimentos de gestão no conselho de gestão ajuda imenso embora seja importante ter os papéis bem definidos no conselho.
	4.8. O que correu menos bem? (resultados menos positivos)	Poderá ser menos positivo se não viesse havido autonomia suficiente para implementar mudanças e ajustes à mesma.
	4.9. Qual o sistema de informação utilizado e a sua importância no controlo de gestão?	O sistema de informação do CRI poderá ser o que está implementado no hospital sendo no HFF a possibilidade de usar o BI – <i>business intelligence</i> ; que nos dá dados em tempo real para os aspetos solicitados. Por outro lado, os questionários de satisfação seriam interessantes de monitorizar em tempo real.
	4.10. Como adequar um sistema de informação às necessidades do CRI?	No seguimento da resposta anterior, a única coisa que se fez foi acelerar os dados informatizando os exames, mas isso estava em carteira e foi somente dar seguimento com maior força por ser do CRI para termos os registos todos corretos e, portanto, parece que estamos a fazer mais exames, mas na verdade estamos a registar melhor.
5. Avaliação final do CRI	5.1. Quais os resultados globais obtidos no CRI?	Melhoria da acessibilidade e produtividade, maior espírito de grupo e coesão com equipa dedicada e mais eficiente com ganhos colaterais significativos resultantes das metodologias de trabalho mais oleadas.
	5.2. Como decorreu a coordenação com os outros serviços do hospital?	Seria fundamental ser claro e transparente em todo o processo com divulgação pelo hospital da atividade para desenvolvimento e promoção da imagem e maior visibilidade de todos os colaboradores. Para isso seria fundamental auditorias internas e externas.
	5.3. Os objetivos/indicadores definidos foram cumpridos ?	Sim, na maioria ou em parte os indicadores foram cumpridos nomeadamente os de produção, motivação dos RH, trabalho em equipa e qualidade assistencial e na melhoria da gestão dos recursos.
	5.4. Quais as mais valias da implementação de BSC ?	RH mais envolvidos com a instituição com melhoria da valorização e reconhecimento dos colaboradores. Cada RH terá sentimento de poder colaborar e contribuir para os resultados.
	5.5. Como correu o sistema avaliação de desempenho ? Avaliação SGAD	Conicionados por estar associado a produção adicional. Um aspeto importante é que, ao contrário do envolvimento das pessoas necessário em todo o processo, é as pessoas nunca saberem desde o momento inicial qual será o valor de prémio. Elas sabem que é pelo menos um ordenado, mas será um valor bem mais do que isso, um valor na estratosfera, mas que o valor exato nunca lhes foi comunicado ou lhe foi dito. Nunca lhes foi dito porque se correr bem é espetacular, mas se ficar abaixo é uma chatice e por muito que a gente procure explicar o efeito será desmotivador.
	5.6. E incentivos?	Desde o primeiro dia ninguém disse porque há muitas variáveis por exemplo nós começámos com anestesista e havia mais dinheiro para distribuir, mas como os anestesistas quiseram sair teremos mais dinheiro para distribuir para menos pessoas. Por outro lado, se alguém quiser entrar as pessoas podem contar que terão mais ajuda, mas representará menos dinheiro para cada profissional. Este é um jogo puro de gestão.
	5.7. Qual o impacto que o CRI pode ter nos profissionais de saúde ?	Em suma, a forma correta é saberem que vão receber um ordenado e essa é a nossa informação porque não corresponder às expectativas pode ser desmotivador.

Perguntas	Fragmento
5.8. Quais as principais vantagens ou aspetos positivos do CRI?	Por outro lado, quanto mais ágeis e organizados conseguirmos resolver o problema e mais rapidamente escoarmos os doentes melhor vamos atingir os objetivos e teremos um incremento da atividade. Portanto, o sucesso do projeto dependerá da equipa.
5.9. Quais são as principais desvantagens , problemas ou dificuldades operacionais do CRI?	Como desvantagem houve dificuldade na formação dos internos da especialidade e pressão para cumprir objetivos. O CRI irá permitir pagamento de incentivos. Embora se deve avançar num projeto com pequenos ajustes seria importante já ter em carteira, ter pensado, uma visão mais global para o projeto de futuro devidamente pensadas. Ponderar uma avaliação global de desempenho como o SIADAP.
5.10. Qual a sua avaliação final do CRI?	Boa ou muito boa. O projeto de CRI é suficientemente disruptivo para fazer mexer a organização, podendo existir coisas controladas, mas ser possível de derraparem. Procurar envolver as pessoas para se sentirem integradas.
5.11. Quais são os principais riscos ou ameaças no futuro do CRI?	Problemas entre a gestão das equipas que integram o CRI e elementos que não o integrem. Um projeto como o CRI pode criar obviamente conflito porque quem está no CRI ao ganhar a majoração poderá estar mais satisfeito. Por exemplo, a anestesiologia saiu do CRI de oftalmologia porque os médicos não do CRI não aceitaram que os colegas ganhassem mais do que os que estavam no CRI. O mesmo pode acontecer com os enfermeiros que estão dentro de salas: posso ter 3 enfermeiros na sala e apenas um deles está no CRI, esse que está no CRI é o único que poderá ganhar o vencimento. O CRI poderá, neste aspeto, comprometer a gestão da equipa toda do serviço entre corpo clínico dentro e fora do CRI. Se for possível ter todos a equipa numa das funções do CRI poderá ajudar.
5.12. Qual a sua percepção da experiência dos CRI em Portugal ? Onde estamos agora?	Está numa fase inicial / imatura que precisa de ser melhorada nomeadamente dos instrumentos a utilizar

APÊNDICE C4 - entrevistas a *stakeholders* do SUG do HFF

APÊNDICE C4.1 - entrevista com Dr. Victor herdeiro e Dra Sandra Brás da administração central do sistema de saúde (ACSS)

Data da Reunião: 08 de outubro de 2021 pelas 12h por via zoom

Duração da entrevista: 45-50 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1. Entidade / Serviço	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P. (ACSS)
	1.2. Cargo	PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO Victor Emanuel Marnoto Herdeiro (VH) VOGAL Sandra Isabel Baptista Brás (SB)
2. Organização interna	2.6. Qual a missão e a visão da ACSS?	Criado em 2007, é um instituto integrado na administração indireta do Estado, com autonomia administrativa e financeira, que executa as orientações do Ministério da Saúde e está sob a sua superintendência e tutela.
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais da ACSS com o SUG?	Um CRI só prevê atividade em consultas programadas, alguns meios complementares de diagnóstico e cirurgias inviabilizando um CRI diretamente na urgência sendo necessário uma opção inovadora (VH)
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	A ACSS já tem um grupo de trabalho para analisar a possibilidade de criação de um CRI para o SUG (SB). Criar um CRI na urgência deve ser bem pensado dadas as diferenças entre os hospitais. Assim, pensou-se em juntar os representantes de vários hospitais para falar sobre o assunto, mas ainda está no início. De qualquer modo, qualquer contributo sobre o assunto seria uma mais valia (SB)
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	É possível existir um CRI em rede em que cada um poderia vender alguma produção como um CRI de gastro vender endoscopias digestivas altas (SB)
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	Uma Unidade Local de Saúde poderia ser interessante e conceptualmente faz sentido sobretudo do que se aprendeu com Matosinhos, onde trabalhei, deveria ter um município presente, mas depende da vontade dos protagonistas, vulgo stakeholders, mas teríamos de fazer um estudo técnico sobre o assunto (VH)
6.	6.1. Qual é o valor de um SUG num hospital?	O CRI procura melhorar a qualidade da satisfação com a prestação de cuidados e pagamento incentivos seria uma mais mais-valia como modelo de gestão (SB). No CRI para a medicina interna na urgência tem de ser algo pensado (SB). As condições socioeconómicas têm muito impacto na atividade de qualquer hospital e deve ser tido em conta.

	Perguntas	Fragmento
Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)	6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG?	O CRI é e é isso mesmo que eu questiono, ou seja, se o CRI ou outro modelo de gestão que dê de alguma forma alguma autonomia não é gestão intermédia (SB). O objetivo do CRI é tentar pagar melhor e de forma diferente às equipas e fixar os médicos. No seguimento dessa vontade procura-se aumentar a diferenciação das equipas e melhorar o desempenho em consequência (SB)
	6.3 Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SU em termos de satisfação, humanização e confiança dos utentes? (cliente)	Sem dúvida que os CRI, quando foram criados, encaixava-se sobretudo nas partes cirúrgicas, mas para a medicina estão agora a surgir. Do ponto de vista orgânico do hospital, a questão põe-se em como dar a possibilidade de dar autonomia a um serviço de medicina como o serviço de urgência de forma a conferir satisfação, humanização e confiança dos utentes / doentes (VH)
	6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SU?	A integração de cuidados com os cuidados de saúde primários seria muito importante dado ser o hospital com maior número de admissões da área de Lisboa. Para além disso, o HFF tem um elevado número de verdes e azuis que deveria ser considerado num projeto de intervenção (SB)
	6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com outras especialidades e com cuidados de saúde primários)	Para a ACSS envia-se apenas a atividade realizada e os relatórios anuais começam a chegar porque depende de cada conselho administração de cada hospital a aprovação inicial e o acompanhamento de cada CRI promovendo um modelo de gestão intermédia com autonomia de intervenção sugerindo-se que seja o mais abrangente possível nas categorias profissionais abrangidas (SB).
	6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG? (aprendizagem e crescimento / desenvolvimento organizacional)	No seguimento da questão anterior, importa informar que o CRI não capacidade de recrutamento direto. Nem o hospital tem capacidade de recrutamento direto (SB). Um CRI poderá permitir uma sustentabilidade de recursos humanos ao procurar reter profissionais de saúde trabalhando a motivação e reconhecimento dos profissionais (SB).
	6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro? (financeiro)	O CRI tem de ser sustentável do ponto de vista financeiro. Um plano de incentivos deve equilibrar os ganhos financeiros e clínicos conseguidos com a atividade do CRI e os gastos com essa atividade. Para além disso, o CRI deve ser sustentável do ponto de vista de recursos humanos (SB).
	6.8. Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI no SUG?	A ACSS apoia e incentiva a criação de CRI e esse modelo de gestão sugerindo que seja feito inicialmente para pequenas áreas de intervenção e depois ir crescendo (SB). Considerar os indicadores presentes nos contrato-programa (SB).
	6.9 Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SUG? (Processos internos)	Procurar promover criação de incentivos que melhorem a qualidade de cuidados e produtividade.
	6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SUG?	Um CRI só prevê atividade em consultas programadas, alguns meios complementares de diagnóstico e cirurgias inviabilizando um CRI diretamente na urgência sendo necessário uma opção inovadora (VH)

APÊNDICE C4.2 - Entrevista com Dr. Luís Pisco e Dra Laura Silveira da ARSLVT

Data da Reunião: 07 de setembro 2021 pelas 10h na Sala reunião da ARSLVT

Duração da entrevista: 55 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.3. / 1.2. Entidade	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO (ARS LVT)
	1.4. Cargo	PRESIDENTE ARS LVT: Prof Doutor Luís Pisco VICE-PRESIDENTE ARS LVT: Drª Laura Silveira
2. Organização interna	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	A ARS LVT é uma entidade pública integrada na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Tem por missão garantir à população da região o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	O que sabemos em Portugal: existe uma utilização excessiva dos SUG que temos de identificar uma forma de combater com integração de cuidados, projetos de verdes e dos azuis para encaminhar para os cuidados de saúde primários. Existe um conjunto de questões culturais que levam a que nós temos um acesso excessivo para SUG que nós queremos combater. Se colocarmos incentivos à realização de atividade cirúrgica urgente existe efeito indireto ao levar a um aumento do afluxo de utentes ao SUG, não quer dizer que ele vai existir, mas há aqui um efeito que pode contribuir com um efeito indesejado. Neste sentido, a atividade urgente tem uma ponderação de pagamento inferior não é e a estas questões que afastam a atividade cirúrgica feita em ambiente de urgência da possibilidade de ser considerada atividade adicional e paga às equipas. Logo os projetos no SUG é qualquer coisa que se faça nos SUG tem que ter aí em consideração que o efeito adverso pode ser aumentar aquilo que já se sabe que é excessivo. Portanto há aqui estas estas estas condicionantes que tornam difíceis de encontrar atos que possam ser considerados para efeitos de pagamentos adicionais pelas equipas. De seguida, ver de que forma é que a introdução desses mecanismos não vai contribuir para um efeito indesejado de aumentar ainda mais o acesso. A população é inteligente e aprende / ajusta-se rapidamente: se dissermos que o problema da pessoa tem resolução e que está em inscrito numa lista cirúrgica para ser operado que perspectiva da operação é daqui a não sei quanto tempo meses às vezes até anos e se eles começarem a aprender que se for à urgência o seu problema se pode resolver logo ela virá mais vezes constituindo um efeito perverso, ou seja, contrariar aquilo que nós queremos é reduzir a utilização indevida porque se as pessoas forem acompanhadas em atividade programada nos Cuidados de Saúde Primários quer nos cuidados hospitalares consegue promover uma melhor qualidade do atendimento: resolver a situação da pessoa e evitar que elas não venham aos serviços (LS)
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de	Sou defensora dos benefícios para a qualidade do atendimento da existência de equipas fixas no SUG. Obviamente essas equipas fixas têm que ser sempre complementadas com pessoas que venham reforçar os serviços menos desejavelmente prestadores de serviços. Eu sou uma defensora das equipas fixas substituída por pessoas com experiência porque acho que isso transforma e dá mais qualidade ao atendimento, portanto devia ser um caminho. Mas estas

Perguntas	Fragmento
	<p>equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?</p> <p>equipas fixas deviam ter mecanismos de remuneração pelo trabalho de urgência e haveriam de ter também uma coisa que é que é que neste momento é contrária à às pessoas aos médicos aderiram estes modelos que é nos concursos de progressão da carreira médica esta atividade não é valorizada em termos curriculares como é das equipas de internamento e consulta. Logo temos dois níveis do problema, um dos quais das carreiras médicas e do reconhecimento desta atividade e posteriormente este modelo devia ser um modelo que permitisse ser implementado numa espécie de comissão de serviço, ou seja, a pessoa que disse ao modelo sabia que estava a aderir àquele modelo por um período de 3 anos, mas depois dos 3 anos podia continuar ou voltar à sua atividade anterior à consulta ou outra atividade. Isto é uma coisa é eu achar faz sentido a vontade política as seguintes equipas se eles devem ter um core forte constituído por médicos especialistas na interna complementadas com as pessoas pelos médicos que vêm de internamento. Devia ser um modelo que não obrigasse às pessoas uma escolha de vida, mas que permitisse definir um intervalo de tempo naquela ao fim daquele tempo sabia que podia ou não renovar ou passar para outras funções não é depois devia ser encontrado no modelo que fizesse pagamentos aos médicos que fazem urgências externa que não fosse pagamento meramente extraordinário, por ser pouco interessante (LS)</p>
<p>2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?</p>	<p>Na minha perspetiva, esse pagamento às equipas de urgência devia ser de todos os médicos que participam em urgências externas embora os seus pagamentos não pudessem ser iguais entre si e eu para mim até podia haver uma diferenciação em função quer da diferenciação da urgência em termos de urgência metropolitana. Na área de Lisboa, temos algumas viabilidades que às noites e aos fins de semana estão concentradas em torno de um ou dois hospitais que constitui uma mais-valia por poupar recursos especializados em hospitais que têm muito pouco para atividades programadas. São períodos em que tradicionalmente há menos utilização e portanto também permite participar e colaborar permite ganhar experiência ganhar dimensão e poupar recursos que se mostrar e eu acho que deveria haver a possibilidade de ser instituído um pagamento qualquer diferenciado em função da urgência polivalente é uma urgência para urgência cirúrgica e também ainda com uma ponderação adicional àqueles períodos ou pessoas que participam nestes esquemas de concentração do atendimento de algumas especialidades não é em todo o lado e que existe escassez de recurso. Talvez aqui pudesse entrar um modelo de organização de um CRI, esquecendo um bocado aquilo que neste momento está legislado que são pagamentos a consulta, cirurgias e meios complementares programados e que pudesse de alguma forma ser pensado ou encontrado um modelo de pagamento às pessoas que participam nestas urgências externas diferente de pagamento extraordinária porque em todo o caso há urgências internas não mas o peso da urgência interna é completamente distinto dos peso da urgência externa. Penso que devia ser um modelo pensado para estas urgências que estão viradas para fora e que estão a receber doentes de fora. Admite-se que pudesse existir um modelo pensado nisto: um centro de responsabilidade e que os profissionais pudessem ser remunerados os profissionais que nele participam não é por mecanismos distintos que incentivasse os profissionais a dedicar-se mais horas do que as obrigatórias a outro tipo de incentivos (LS)</p>
<p>2.10. Como melhorar a articulação do serviço?</p>	<p>Deveríamos falar num esquema fundo profissionalização das equipas de urgência, sobretudo do “core” da medicina, porque das áreas cirúrgicas é difícil dada a missão do cirurgião principal é operar. Procurar aumento do tempo de intervenção de uma equipa dedicada, complementado por equipas de internamento, mas existira sempre um elemento da equipa dedicada que acompanharia a equipa móvel no restante período para garantir presença de elementos da equipa dedicada as 24h de atividade do SUG, mantendo o fim condutor na passagem de informação dos doentes e das idiossincrasias inerentes ao serviço de urgência. Para uma grande parte dos profissionais, com interesse na área de urgência, dever-se-ia criar um qualquer esquema de atribuição de incentivos que permitisse tornar mais atraente a atividade de urgência associado a um qualquer mecanismo de medição de resultados e não pela quantidade. O SUG está dependente de trabalhar em rede, ou seja, a urgência está extremamente dependente de outras especialidades e exames complementares de diagnóstico e quando estava a falar posicionamento em rede funcionamento em rede para mim é um bocado mais do relacionamento externo. Internamente ponho a questão em “clinical</p>

Perguntas		Fragmento
		<i>pathway</i> ”, ou seja, dentro do serviço de urgência devo identificar os estrangulamentos que levam a um doente fique a aguardar por um dado exame e consequentemente provoque uma maior demora do que o previsto avaliando o impacto que esses estrangulamentos têm numa organização. Após identificar o estrangulamento tentar analisar internamente quais as medidas para melhorar o fator limitador de todo o processo. Por exemplo, dentro da radiologia identificar qual o fator de estrangulamento a esse nível e implementar medidas retificativas como por exemplo melhorar comunicação entre médico do SUG e o médico da imagiologia, agilizar o transporte mais rápido de doentes entre outros (LS)
6. Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)	6.1. Qual é o valor de um SU num hospital?	Filosoficamente os cuidados primários nos últimos anos tem evoluído a ideia que a nossa função mais importante é gerir situações crónicas e a gestão da doença aguda tem sido desvalorizada com pouco investimento em incentivos. Portanto é crucial ter uma rede de atendimento de doença aguda que foi completamente desmantelada. Hoje em dia é muito pouco valorizado quer em termos de incentivos, mas nas USF modelo B o incentivo é tudo para a doença crónica e não para a doença aguda. Faz parte das funções dos cuidados de saúde primários. Devemos seguir os exemplos internacionais, de países mais civilizados, e devemos incentivar a resposta dos cuidados de saúde primários para respostas a doença aguda. Se cada pessoa soubesse da resolubilidade dos seus problemas nos cuidados de saúde primários a grande maioria das situações de saúde seriam aí resolvidas sem necessidade de vinda ao SUG. Nesses países como a Holanda, as pessoas nem pensam em ir ao hospital sem passar por cuidados de saúde primários e grande parte dos problemas são aí resolvidos sem necessidade de encaminhamento para o hospital. O SUG do HFF está dependente do trabalho em rede com outros hospitais dado ser uma urgência médico cirúrgica necessitando de drenar alguns doentes dado não possuir todas as especialidades. Idealmente deve arranjar mecanismos antes da vinda ao SUG, mas os cuidados de saúde têm tido dificuldade em dar resposta em fase aguda. Para além disso, a perceção do doente de, ao vir ao SUG, o seu problema fica resolvido no momento mesmo que demore mais ou menos tempo (LP).
	6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG?	Existe uma grande necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados com a expressão e uma das ideias surgiu foi sem dúvida criação de um CRI. No seguimento de uma das suas idiossincrasias que a medicina interna tem por ser uma área muito vasta, torna-se muito complicado pensar num CRI para um Serviço de Urgência Geral (SUG). É possível ter um conceito de funcionamento de profissionais dedicado à atividade programada e dos profissionais dedicados à atividade urgente envolvendo alguns serviços que são essenciais ao fluir do atendimento e da resposta aos doentes que precisam e recorrem ao serviço de urgência. Nos serviços de radiologia costumam ter uma equipa mais próxima e em trabalho em rede com o serviço de urgência (LS). Podemos tomar medidas para melhorar os fluxos internamente, mas as soluções mais eficazes devem acontecer antes das pessoas vir ao hospital porque todos os redireccionamentos para fora do hospital podem ser fontes de conflito (LP). Os médicos são um bocadinho bipolares porque quando estão no internamento reclamam com o serviço de urgência e quanto estão no serviço de urgência reclamam com o internamento. Os doentes em macas no serviço de urgência devem aí ficar no máximo de 24 horas dado terem indicação de internamento (LS). Sim, é possível um CRI no SUG. Não se pode pensar que se consegue “colar” totalmente os mecanismos já existentes noutros CRI criados, mas deve-se adaptar esse modelo, sendo inovador e atrativo para as especificidades do SUG (LS e LP). Os equilíbrios internos podem não ser completamente fáceis e as partes interessadas, dentro do hospital, devem ser equacionados e consultadas porque existe um conjunto de situações clínicas que motivam a internamentos e os fluxos / canais devem ser melhorados devendo o SUG ser uma zona de passagem e não para estar. O SUG do HFF tem “SO a mais”. Embora não goste de ver macas nos serviços de internamento, a existência das mesmas ou outra forma de pressão nos serviços. Devia-se repensar no modelo de remuneração das equipas dos serviços de urgência, envolvendo as equipas de internamento de modo a evitar desequilíbrios e sentimentos de injustiça pelos valores adicionais de remuneração (LS). É importante que exista uma reflexão sobre esta matéria com trabalhos publicados

Perguntas	Fragmento
	<p>sendo um caminho de melhoria. O caminho para o CRI permite um ganho de consciencialização de mecanismos mais eficientes de gestão e reconhecimento, flexibilização e beneficiando a instituição (LP). A profissionalização da urgência e de deixar de ser o “parente pobre” da medicina interna permitiria uma melhor gestão. As respostas identificadas no Norte, como o Hospital São João, a urgência metropolitana funciona por realidades distintas (LS).</p>
<p>6.3 Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SU em termos de satisfação, humanização e confiança dos utentes / doentes? (cliente)</p>	<p>Os CRI são níveis intermédios de gestão. E eu sou claramente defensora da necessidade de existência desses níveis intermédios, quer eles sejam materializados em que departamentos, unidades orgânicas ou outros. Porque principalmente em hospitais que já vão atingindo uma dimensão maior extraordinariamente importante ter estruturas que possam ter alguma capacidade de decidir, orientar e pensar em níveis que não sejam os níveis macro da organização. Portanto, níveis intermédios de gestão claramente que sim com estruturas que tenham uma estrutura de comando, de controlo, orientação, definição estratégica e planos capazes de decidir ao nível microsistemas dentro da organização (LS).</p>
<p>6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SU?</p>	<p>Esse modelo pode ser aplicado independentemente de se ter associado ou não um CRI. Os centros de responsabilidade servem essencialmente porque aí se conseguem associar metodologias de pagamentos e remuneração da atividade desenvolvida no centro de responsabilidade diferente do que se mantiveram sempre responsabilidade constituído mediante fazer um regulamento de regulamento ser aprovado e estar de acordo com aquilo que está na legislação. Mas servem essencialmente para no fundo se possa implementar modelos remuneratórios que estão geralmente associados ao estão associados à melhoria do acesso não tanto à qualidade dos serviços. Ao contrário do SIGIC, para resolução da lista de espera de cirúrgicas ou listas de espera de consulta e mais recentemente para resolução de listas de espera de meios complementares de diagnóstico (LS).</p>
<p>6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com outras especialidades e com cuidados de saúde primários)</p>	<p>Neste momento o enquadramento e legislação geral que se aplica à instituição pode-se atribuir um orçamento, mas não lhe posso transmitir as competências para decidir sobre contratação de recursos humanos como médicos, enfermeiros porque o próprio Conselho de Administração (CA) do hospital está limitado na sua capacidade para contratação, ou seja, o grosso da contratação dos médicos é feito através dos concursos de primeira ou da segunda época. O CRI permite muito operacionalmente fazer diferente daquilo que é uma organização se tiver um departamento de urgência já organizado que centralize que coordene, permite introduzir alguns incentivos na resposta para a resolução e a melhoria do acesso basicamente com estes pagamentos às equipas que estão lá inseridas mediante aquilo que está regulamentado na portaria que já prevê um conjunto variado de meios complementares de diagnóstico, consultas, cirurgias e as meios complementares que estão regulados. O sistema de triagem de Manchester é público, um sistema que pode ser usado para medir e fornecer dados que se podem usar como indicador. O custo-benefício de criar indicadores novos é elevado beneficiando-se o uso de indicadores que já existem como os indicadores de tempo associados ao protocolo de Manchester, readmissões ao SUG entre outros. Logo, existe um conjunto de indicadores que podem ser tirados que não implica esforço adicional e que poderiam ser pensados e implementados (LS). Ao contrário da maioria dos países, houve um investimento e esforço atual nos EUA na investigação, monitorização e pagamento de incentivos em saúde dado a necessidade de controlar e gerir os custos de saúde que têm, não obstante à própria cultura americana nesse tipo de abordagem (LP)</p>
<p>6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG? (aprendizagem e crescimento / desenvolvimento organizacional)</p>	<p>Podia eventualmente ter encontrar um modelo que incentivasse os profissionais enfim se dedicarem mais horas do que aquelas que eles tinham obrigado com um outro tipo de incentivo se de alguma forma teria que estar ligado não só estar lá presente mas também algum indicador que se encontrasse que fosse algum indicador de resultados (LS). Hoje em dia a questão dos incentivos voltou novamente e a organização mundial de saúde voltou a ter grande parte dessa não somente incentivos financeiros como não financeiros (LP). Os incentivos monetários propriamente ditos e outros tipos de incentivos permitindo a pessoa fazer uma carreira sobretudo na eventualidade de virmos a não ter uma especialidade emergência e portanto ter uma equipa dedicada diferenciada obviamente na prestação de cuidados que obviamente vai logo melhorar a qualidade da nossa completamente diferente daquilo que estou chateada da qual eu saí diferença</p>

Perguntas	Fragmento
	<p>contém entre um interno que está em evolução um simples interno para uma pessoa que vai prestador de serviços que em termos de organização que havia essa organização o problema ativo verdadeiramente importa obviamente tudo o resto não é foi feito com supra tive que ele próprio fazer transporte para podermos agora nunca fechada e portanto isso acaba por ser extremamente importante a diferenciação. Quais indicadores, fala-se muitas vezes de tempo associada a triagem de Manchester. Todos estes indicadores são aqueles que eles têm mostrado este tipo dos indicadores obviamente que nunca para pessoa individual porque temos um serviço não é um indicador de tempos de espera será nunca consigo individualmente a esse nível pelo menos em todos os indicadores são sobretudo da instituição. O que nós temos é um sistema ao lado nas urgências nas urgências gerais temos protocolo canadiano na pediatria (LS)</p>
<p>6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro? (financeiro)</p>	<p>Permite ainda com alguns meios complementares que não estão expressamente previstos na portaria que seja possível fazer o pedido individual ou autónomo. A instituição pode fazer o pedido para introduzir alguns meios complementares de modo a resolver os problemas de acesso que não estão inicialmente previstos para pagamentos adicionais às equipas, semelhante ao que está pensada após outros, mas complementares aplicando fazendo a demonstração quer da lista de espera existente, analisar as dificuldades do acesso e da previsão dos montantes que planeia vir a pagar aos profissionais de saúde. Portanto, isto é aquilo que os CRI permitem fazer neste momento. Em outras circunstâncias era possível fazer alguma descentralização de competência ou funções no CRI que atualmente não é possível fazer porque a lei balizou muito mais as leis das políticas de contratação de recursos humanos e até a própria política de compras. Os pedidos de contratação que são feitos têm que ser autorizados por outros níveis que não o próprio nível do CA, essa competência não consegue ser delegada nos CRI porque o próprio CA não tem ele próprio a competência para decidir sozinho sobre estas matérias mais ainda se formos falar sobre a definição do nível remuneratório das novas contratações porque a legislação impõe que eles sejam feitos sempre pelas bases das carreiras (LS). Contrariamente ao que muita gente pensa, os especialistas que devem ser as equipas fixas não devem estar a ver só os doentes mais complicados porque se estiverem a ver os doentes pouco ou não urgentes (verdes e azuis) conseguem ser muito mais efetivos esclarecendo e apoiando os profissionais menos diferenciados e frenando a pressão criada pela expectativa do doente em realizar exames e limitando o pedido desnecessários de exames complementares de diagnóstico conseguindo-se, dessa forma, um controlo de gestão mais adequado. Por um lado, um elemento menos diferenciado tem dificuldade em impor um diagnóstico sem ter que recorrer a um infindável número de exames complementares. É preciso alguma experiência para se olhar a uma pessoa e dizer não precisa de meios complementares de diagnóstico e encaminhá-lo para uma consulta em ambulatório, que idealmente poderia sair já com consulta marcada para o seu médico de família. Portanto se tivermos um interno e prestador menos diferenciado, por muito bom e dedicado que seja, falta experiência e vai tendencialmente pedir uma batelada de meios complementares que se calhar são absolutamente desnecessários e isso continua a perpetuar o ciclo vicioso do doente vir ao serviço de urgência para fazer exames mesmos esperando um número infindável de horas e esta tendência tem de ser contrariada. De todas as análises feitas aos utilizadores frequentes do serviço de urgência nomeadamente do Hospital Fernando da Fonseca, 80% das pessoas que são utilizadores têm médico de família e são utilizadores frequentes dos cuidados de saúde primários e do serviço de urgência em períodos de tempo em que é suposto os respetivos ACES estarem a funcionar. Tenho alguma dificuldade em considerar que os doentes triados como pouco ou não urgentes (verdes ou azuis) são falsas as agências porque muitas vezes sabemos que as pessoas naquele momento têm uma situação que em termos de atendimento determinado pelo protocolo de triagem define que naquela altura não tem a prioridade não deve ter prioridade no atendimento o que não quer dizer que a pessoa não tenha uma situação global de doença. Mas existe um conjunto de pessoas que vão ao serviço de urgência que eram observadas mais rápida e eficientemente noutras respostas em ambulatório (LS).</p>

Perguntas	Fragmento
<p>6.8. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI no SUG? Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI no SUG?</p>	<p>Eu sou do tempo em que nós podemos negociar contratos individuais de trabalho nas EPE com os profissionais fixando em função da sua experiência da sua diferenciação os níveis diferentes para a componente salarial que hoje em dia isso não é possível fazer. Portanto existe um conjunto de ambições para CRI que os serviços têm, são ambições que os próprios CA também têm, mas que neste momento não podem delegar porque eles próprios não podem contratar. Em suma, desse ponto de vista a principal vantagem do CRI é a possibilidade de constituir estes pagamentos adicionais de incentivos. Não há nenhum incentivo às pessoas possam fazer mais horas do que aquelas que estão previstas em contrato base e geralmente até fazem mais horas elas estão obrigadas. Mas se houvesse um sistema suficientemente interessante poderíamos aumentar a participação dos profissionais da própria instituição nos serviços de urgência, com claros benefícios, reduzindo a componente de horas que precisaríamos ir buscar a prestadores de serviço. Embora não seja possível erradicar completamente a prestação de serviços dada a necessidade de colmatar as faltas e situações pontuais não previstas / programadas que poderiam ser sempre resolvidas. Neste momento assiste-se é uma espiral em que em algumas especialidades há uma grande escassez de profissionais a fazer o serviço de urgência e os prestadores de serviço fazem uma oferta do mercado a funcionar que é induzir o aumento dos preços em valor pago por hora. Assim, começa a existir uma concorrência pouco benéfica entre hospitais pela diferença de preços praticados entre hospitais e as condições proporcionadas aos profissionais de saúde. Devia haver mecanismos e incentivos que quebrassem esta tendência e permitissem voltar àquilo que antigamente havia no próprio Hospital Fernando da Fonseca que era um sistema combinado de vínculos em que o profissional recebia o seu salário com as componentes previstas pelo grau de diferenciação e depois a partir dali entrava em sistema de prestadores de serviço que não é possível com a atual legislação (LS)</p>
<p>6.9 Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SUG? Qual o sistema de pagamento dos profissionais de saúde num CRI no SU mais indutor de eficiência? Qual sistema promove a produtividade, mas modela adequadamente o comportamento do prestador? (Processos internos do negócio)</p>	<p>Especificamente a um SUG, o problema é identificar e enquadrar os atos que a legislação permita para se poder fazer estes pagamentos adicionais para a resolução do acesso. A resolução do acesso pensada para o ato programado ou mesmo no caso das cirurgias para a urgência diferida. Portanto eu coloco o problema de o SUG em que tenho a centenas de utentes à espera mais do que o tempo médio de resposta garantido para realizar um dado exame complementar de diagnóstico como a ressonância: eu faço a ressonância ou perco a oportunidade. Não é fácil encontrar a justificação para o conjunto de atos que a portaria prevê para se estruturar a possibilidade de pagamentos e encontrar dentro do SUG, áreas onde se possa aplicar o CRI. Isto começou com o SIGIC, muito virado para a atividade cirúrgica, mas a atividade cirúrgica programada sempre tirando a atividade do regime desta componente porque é um sistema de pesos, balanços e indicadores tentam compensar os outros (LS)</p>
<p>6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SUG?</p>	<p>Atualmente nota-se a dificuldade dos profissionais de saúde em assegurar os recursos necessários aos serviços de urgência para a sua missão. Neste sentido, os prestadores de serviços surgem com um papel importante aplicando a lei da oferta e da procura deixando o mercado funcionar e, como tal, o que vai estabelecer o equilíbrio é o preço. O sistema funciona na base de fazer subir os preços e não há nenhuma forma neste momento de pagar aos profissionais do hospital em serviço de urgência pagar outra coisa que não seja pagar trabalho extraordinário (LS). A alternativa seria em fazer duplo em outro hospital (LP)</p>

APÊNDICE C4.3 - Entrevista com vogal e enfermeiro coordenador do conselho de administração do HFF

Data da Reunião: 22 outubro 2021 pelas 11h na Sala de Reuniões Principal do Conselho de Administração

Duração da entrevista: 45-50 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1. Hospital	HOSPITAL FERNANDO FONSECA
	1.2. Serviço	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA)
	1.3. Cargo	VOGAL EXECUTIVA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL FERNANDO FONSECA Dr ^a . Alexandra Isabel Castanheira Afonso Alves Ferreira (AF) (Membro de corpo docente da Pós-Graduação Gestão e Administração de Unidades de Saúde no Instituto Superior de Gestão e Administração ISLA, lecionando cadeira sobre Centros de Responsabilidade Integrados) VOGAL EXECUTIVO -ENFERMEIRO DIRETOR Enf ^o Rui Jorge Dias dos Santos (RS)
2. Organização interna	2.6. Qual a missão e a visão do HFF?	Vide Capítulo 3. Diagnóstico da Organização
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	Se os cuidados de saúde primários estivessem a funcionar para a função para as quais foram criados como prevenir situações de doença (AF). Com a baixa literacia de saúde e a pouca resposta dos cuidados de saúde primários com falta de promoção de saúde e prevenção de doença dos doentes crónicos complexos como diabéticos, insuficiência cardíaca, DPOC entre outros leva a maior número de episódios de urgência (RS). Logo a população com necessidade de cuidados, nomeadamente da enfermagem, são elevados (RS). O volume de trabalho no SU do HFF é muito grande e a urgência do HFF é aquela que mais cresceu das várias urgências da área de Lisboa, nenhuma se compara à sua taxa de crescimento. Contudo nenhuma tem uma taxa de camas de internamento reduzida e inferior face não somente à grande área populacional que serve, da iliteracia da população e da complexidade de patologias que tem de gerir (RS). O absentismo pelo cansaço e outras causas é grande nos profissionais do SU podendo haver necessidade de haver mobilidade dos profissionais dentro dos vários setores do próprio serviço (RS). A oferta de melhores remunerações a menor esforço tem aliciado muitos profissionais a saírem do SU dificultando os ganhos de eficiência que equipas diferenciadas e motivadas poderiam ter (RS)
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	É difícil tirar da área de conforto alguns elementos das equipas médicas mais diferenciados do SO para o trabalho rotineiro do balcão (AF). Passar pelo balcão é mais penoso pela densidade de trabalho e desgaste (AF). Envolver os recursos humanos nas decisões e atividades fomentando o trabalho em equipa e o bom ambiente associado a uma liderança que oriente e una a equipa para um objetivo comum (coesão) e envolver toda a cadeia de colaboradores e definir vantagens para todos (AF e RS)

Perguntas		Fragmento
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	Em termos de eficiência, o tempo de permanência depende da realização de meios complementares de diagnóstico (AF). Poderíamos pensar nos exames complementares de diagnóstico realizados (AF). Conforme estes tempos de permanência poderíamos chegar ao indicador de desempenho global a partir do qual se for atingido o SU iria receber um incentivo (AF). O incentivo seria dado ao SU que depois iria distribuir para os vencimentos, equipamentos, e demais gastos no SU (AF e RS)
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	Promover a participação dos colaboradores com reforço do trabalho e coesão em equipa, produtividade, acessibilidade para um objetivo comum e que lhe permita perspetivar o futuro a longo prazo (RS). Melhoria da comunicação (AF). Um gestor do doente ou dinamizador como acontece noutros SU poderia ajudar na comunicação de atrasos de exames de algum doente em específico ou referenciar para doentes já com resultados disponíveis e ajudaria a identificar onde o doente ficou parado na rede (AF). Nas transferências dos doentes para outros serviços e na realização de exames complementares de diagnóstico podem levar a atrasos na gestão do doente que se devem a fatores externos ao SU em si (RS). Deve-se melhorar a gestão e comunicação com esses elementos externos que podem influenciar o desempenho e qualidade de resposta do SU (AF e RS)
6. Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)	6.1. Qual é o valor de um SU num hospital?	Falar num CRI para o SU é complicado porque é falar naquilo que não existe nem em termos teóricos na bibliografia nem em termos práticos (AF) De qualquer modo, em termos académicos temos inúmeros indicadores de desempenho usados no contrato programa de cada hospital e esses prendem-se com tempos de espera porque a medição em número de atendimentos para o SU está limitada dado dependerem de fatores não inerentes ao mesmo exceto parte dos hiperfrequentadores e regressos ao SU pelo mesmo problema (AF) Depois de definir a metodologia será saber claramente o que queremos medir e se forem tempos devemos procurar se será desde da admissão até triagem, da triagem até primeira observação, até reavaliação, até alta e tempo total de permanência entre outros (AF)
	6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG?	Houve proposta do Conselho de Administração (CA) que houvesse um grupo de trabalho para formação de CRI para o Serviço de Urgência (SU) (AF). Nós queríamos muito fazer um CRI no SU porque sabemos que as equipas que asseguram as escalas do balcão não são equipas profissionalizadas para esse atendimento nem por questões financeiras já que não conseguimos pagar a prestadores acima de 26€ de decreto de lei sendo valores pouco aliciantes a elementos mais diferenciados e nem por questões de dedicação dado que grande parte das equipas médicas são sobretudo de atendimento em internamento e cumprem funções no SU pontualmente na semana (AF). Retiramos desta equação o Serviço de Observação (SO) que funciona como um internamento e não atendimento urgente propriamente dito (AF). As expectativas iniciais com a conceção dos CRI era que haveria majoração dos vencimentos com remuneração das pessoas / os recursos humanos diferenciados face aos restantes profissionais da unidade saúde. Contudo, a legislação que veio regulamentar os CRI é diferente das expectativas (AF). A herança da gestão público privada é complicada dos ratios com os privados e lotação é complicada (RS)
	6.3 Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SU em termos de satisfação, humanização e confiança dos utentes / doentes? (cliente)	Necessidade de adaptação constante ao longo do tempo pelo que deve ter monitorização constante para permitir corrigir desvios (AF). Ver o tempo que se demora a transferir um doente do SU para o internamento (AF). Na Trofa, que tem internamento protocolado com o HFF; sabemos qual o número de camas que estarão livres no dia seguinte com as altas previstas o que facilitaria a identificação do doente para a transferência (AF). A melhoria da qualidade na satisfação e motivação dos profissionais leva a satisfação dos cuidados (RS). Vantagem individual na noção de recompensa segundo esforço e desempenho (RS e AF). O primeiro CRI foi feito em Coimbra e ainda não havia legislação sobre o assunto e posteriormente houve muitas expectativas do que seria o CRI. As expectativas iniciais com a conceção dos CRI era que haveria majoração dos vencimentos com remuneração das pessoas / os recursos

Perguntas	Fragmento
	humanos (AF). Surgiram inúmeros CRI de obesidade dado terem feito um primeiro que posteriormente foi replicado (AF). Ver CRI da Estefânia (cirurgia pediátrica) que ficou muito bem implementado (AF)
6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SU?	As pessoas olham para os incentivos que um CRI pode proporcionar como valorização profissional porque está associado ao desempenho e melhoria da qualidade e neste tipo de financiamento deve estar contemplado a melhoria dos cuidados para os utentes e para os profissionais (RS) e consequentemente uma melhor rentabilização do SU (RS). Com profissionais satisfeitos e empenhados levará a melhoria dos cuidados prestados (RS). Muitas vezes as insatisfações dos profissionais são as condições com que trabalham e o SU do HFF tem constrangimentos de funcionamento e de logística como grande número de frequentadores para o reduzido espaço que existe que devem ser alvo de intervenção do CRI no SU no HFF (RS) A gestão autónoma e integrada do CRI permitiria que sejam donos do seu próprio investimento podendo ser investido em melhoria das condições de trabalho para aliciar novos profissionais virem para o SU (RS) Os profissionais de saúde têm procurado cada vez mais qualidade de vida do que vencimentos (RS). Foram dois anos altamente desgastantes com o COVID nas equipas de alto desempenho do SU e manter as exigências de atuação para os casos de muitas pessoas que ficaram com os vários problemas de saúde adiados de cuidados tem levado à-vontade na saída de muitos profissionais de saúde do SU do HFF (RS)
6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com outras especialidades e com cuidados de saúde primários)	As pessoas olham para os incentivos que um CRI pode proporcionar como valorização profissional porque está associado ao desempenho e melhoria da qualidade e neste tipo de financiamento deve estar contemplado a melhoria dos cuidados para os utentes e para os profissionais (RS) e consequentemente uma melhor rentabilização do SU (RS). Com profissionais satisfeitos e empenhados levará a melhoria dos cuidados prestados (RS). Muitas vezes as insatisfações dos profissionais são as condições com que trabalham e o SU do HFF tem constrangimentos de funcionamento e de logística como grande número de frequentadores para o reduzido espaço que existe que devem ser alvo de intervenção do CRI no SU no HFF (RS) A gestão autónoma e integrada do CRI permitiria que sejam donos do seu próprio investimento podendo ser investido em melhoria das condições de trabalho para aliciar novos profissionais virem para o SU (RS). Os profissionais de saúde têm procurado cada vez mais qualidade de vida do que vencimentos (RS). Foram dois anos altamente desgastantes com o COVID nas equipas de alto desempenho do SU e manter as exigências de atuação para os casos de muitas pessoas que ficaram com os vários problemas de saúde adiados de cuidados tem levado à-vontade na saída de muitos profissionais de saúde do SU do HFF (RS). Definir objetivos claros e inequívocos que estejam na dependência do CRI (RS e AF).
6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG? (aprendizagem e crescimento / desenvolvimento organizacional)	Em termos de profissionais de medicina por questões financeiras não conseguimos pagar a prestadores acima de 26€ de decreto de lei sendo valores pouco aliciantes a elementos mais diferenciados e pagamentos acima desse valor só por autorização excepcional (AF). Em termos de enfermagem , tem sido difícil reter os profissionais de saúde no SNS porque o apelo do serviço privado e outros é grande (RS). Para além disso, o volume de trabalho no SU do HFF é elevado, as ofertas dos privados são agressivas em termos de melhores remunerações e condições e o aparecimento de oferta de trabalho noutras zonas de país de onde os profissionais são oriundos tem levando-os a saírem do HFF (RS). Há elevada oferta de trabalho na enfermagem, mas não existe mão de obra disponível (RS). Em termos de profissionais de medicina por questões financeiras não conseguimos pagar a prestadores acima de 26€ de decreto de lei sendo valores pouco aliciantes a elementos mais diferenciados e pagamentos acima desse valor só por autorização excepcional (AF). Em termos de enfermagem , tem sido difícil reter os profissionais de saúde no SNS porque o apelo do serviço privado e outros é grande (RS). Para além disso, o volume de trabalho no SU do HFF é elevado, as ofertas dos privados são agressivas em termos de melhores remunerações e condições e o aparecimento de oferta

Perguntas	Fragmento
	de trabalho noutras zonas de país de onde os profissionais são oriundos tem levando-os a saírem do HFF (RS). Há elevada oferta de trabalho na enfermagem, mas não existe mão de obra disponível (RS)
6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro? (financeiro)	A legislação que veio regulamentar os CRI só veio falar num índice de desempenho global, legislação essa que não clarifica como calcular o mesmo, e conforme esse índice haverá um pagamento de incentivo à unidade e o pagamento aos profissionais só ocorre com atividade adicional fora do horário laboral (AF). A produtividade é valorizada sobretudo na atividade cirúrgica. Logo, num SU só conseguiríamos esse incentivo ao nível da contratação interna em que iríamos dar formação e promover um investimento no profissional (AF). Em termos de eficiência do SU teríamos de pensar sempre em medir os indicadores alinhados com o contrato programa (AF). O contrato programa existe desde 2005 e a minuta vai mudando de ano para ano constituindo o acordo modificativo que virá com as novas normas e as regras de referências poderá ajudar a ver estes dados mais atualizados (AF).
6.8. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI no SUG? Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI no SUG?	A legislação que veio regulamentar os CRI só veio falar num índice de desempenho global, legislação essa que não clarifica como calcular o mesmo, e conforme esse índice haverá um pagamento de incentivo à unidade e o pagamento aos profissionais só ocorre com atividade adicional fora do horário laboral (AF). A produtividade é valorizada sobretudo na atividade cirúrgica. Logo, num SU só conseguiríamos esse incentivo ao nível da contratação interna em que iríamos dar formação e promover um investimento no profissional (AF). Deve ser não somente funcional e transparente, mas aceite pelos colaboradores com avaliação individual através de objetivos definido (AF). Nas taxas de admissões de doentes ao SU é transversal a todos os profissionais que aí trabalhem, mas para os profissionais serem pagos por desempenho e repartir os incentivos de forma justa devemos identificar e ajustar os indicadores para cada categoria profissional e diferenciação de funções dentro dessa categoria. Por exemplo podemos alocar o indicador das primeiras observações para o médico, mas para o enfermeiro/a esse já não servirá (AF). Convém falar com os profissionais no terreno e tentar identificar formas de medir o trabalho do enfermeiro/a (AF). Em suma, as equipas serão formadas por profissionais de medicina, enfermagem e técnica e deve-se identificar a forma como iremos valorizar o trabalho de cada profissional (AF). Para um CRI no SU deveria haver um indicador de avaliação global para o serviço com forma de majorar a atividade adicional, mas de forma diferente à atividade da urgência, como número de alta, número de primeiras observações, número de pedidos de meios complementares de diagnóstico, qualidade do processo clínico entre outros (AF) Cada colaborador ou grupo de trabalho poderia ajudar a definir a forma de majorar o trabalho com tabelas de preço de pagamento de atividade adicional (AF). Esta majoração poderia aliciar a vinda de novos profissionais e mais diferenciados (AF)
6.9 Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SUG? Qual o sistema de pagamento dos profissionais de saúde num CRI no SU mais indutor de eficiência? Qual sistema promove a produtividade, mas modela adequadamente o	RH que já trabalhavam na área, estejam dedicados ou com experiência reconhecida devendo passar por processo de seleção (RS). Em Portugal andamos sempre em círculos porque se quisermos chamar em vez de CRI, SIADAP ou QUAR será semelhante (AF). Deve-se avaliar pela quantidade de doentes observados, pelo esforço e resultados para a realidade do SU (AF) Ter cuidado que existem profissionais de saúde que coordenam tendo um marcado esforço mas em termos de “aparentes” resultados serem baixos (AF) Se quisermos falar primeiro no SU e só posteriormente na conceptualização do CRI, em relação a gestão de utentes no SU não há nada que já não tenha sido já inventado ou testado, mas é fundamental e importante ter coragem de implementar as medidas mais adequadas ao contexto de cada SU (AF). Por exemplo, o Hospital São João (HSJ) não tem Serviço de Observação (SO) mas tem forma de atendimento diferenciado e estratificado conforme a triagem de Manchester. Por outras palavras teremos um profissional de saúde mais adequado e habilitado para a sua observação – confrontar com artigos do Québec (AF) Logo no SU os doentes com pulseiras verdes e azuis seriam vistos por profissionais menos diferenciados apoiados por coordenador diferenciado e acima de pulseira amarelo seria visto por internistas e de pulseiras laranja em SO dada a probabilidade elevada de puderem necessitar de internamento – ter o doente certo para o profissional certo (AF e RS) Se tivermos uma

Perguntas	Fragmento
comportamento do prestador? (Processos internos do negócio)	divisão e estratificação de utentes e a sua gravidade conforme a diferenciação do médico conseguiríamos contornar a dificuldade em atribuir um esforço a cada um porque já pagaríamos de forma diferente conforme a sua diferenciação e não teríamos que ponderar a complexidade do doente gerido. Se dermos um doente mais prioritário a médico menos diferenciado corremos o risco de haver menor eficiência na sua gestão (AF). Procurar criar os indicadores institucionais definindo a performance para o serviço e ajustar a indicadores de cada categoria profissional com os respetivos ponderadores para o desempenho individual (AF). Deve-se definir a metodologia para aplicar os indicadores e ponderação de atribuição do incentivos (AF) Por exemplo, poderíamos diferenciar por pontos para cada categoria profissional, pontos para cada desempenho individual dos profissionais e posteriormente por cada hora (AF) Esta diferenciação muda conforme o esforço como em que turno trabalha (que é diferente entre manhã, tarde ou noite), se trabalha fins-de-semana, se coordena ou não entre outras diferenças (AF). Tentar mensurar os ganhos clínicos com os cuidados prestados ou de resultados (AF). Tentar avaliar um pagamento por performance (AF)
6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SUG?	Autonomia limitada - a contratação de profissionais no SNS está limitada pela regulação central e a legislação em vigor embora desde 2019 os organismos públicos possam proceder a contratação de profissionais para substituições de longa duração ou rescisões, mas não a contratação para novos postos de trabalho (RS). Aguarda-se novas orientações do orçamento de estado para alguma autonomia de contratação, mas para já tem limitado a contratação de novos profissionais de saúde (RS). Deve-se igualmente considerar as faltas de enfermagem de uma população essencialmente feminina que irá ficar ausente nas respetivas licenças que pesará na falta de profissionais que não se consegue repor pelas limitações legais de contratação de novos profissionais (RS). A capacidade formativa diferenciadora dos serviços públicos ficou reduzida com a saída de profissionais de saúde quer a nível pré como pós-graduado levando a atraso não só na saída de novos profissionais das faculdades como na formação de profissionais diferenciados para a realidade do SU. No SU do HFF com saída de profissionais diferenciados levou a redução da capacidade formativa de novos profissionais diferenciados para essa realidade (RS). Na enfermagem as competências ganham-se sobretudo na experiência do terreno e no SU isso é emblemático dessa realidade (RS) A formação e diferenciação (vulgo “traquejo”) que se ganha no SU do HFF pode ajudar a atrair profissionais de saúde (RS)

APÊNDICE C4.4 - Entrevista com Dr Gonçalo Envia da direção executiva dos ACES Sintra

Data da Reunião: 15 de novembro de 2021 pelas 15h na Gabinete Direção Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra

Duração da entrevista: 70 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1 Entidade	AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DE SINTRA (ACES) SINTRA
	1.2 Cargo	DIRETOR EXECUTIVO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DE SINTRA
2. Organização interna	2.6. Qual a missão e a visão do ACES Sintra?	Prestação de cuidados de saúde primários de qualidade à população do concelho de Sintra, prevenindo a doença e promovendo a saúde.
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	Mesmo aumentado a resposta nos cuidados de saúde primários a respostas nos serviços de urgência é a mesma. Se não der isto aos profissionais o que vai acontecer é que os profissionais de saúde dos centros de saúde vão ficar insatisfeitos sem vantagem de eficiência.
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	As pessoas quando escolhem a carreira nos cuidados de saúde primários para conseguir conciliar a sua vida pessoal com a vida profissional não precisam de estar a trabalhar até às tantas porque chega uma determinada hora e vão para casa aderindo pouco atendimento complementar após terem feito consultas todo o dia e no dia seguinte terem novo ciclo de consultas. Apenas um trabalho em rede em que cada profissional cumpra as funções diferenciadas poderá ajudar no trabalho de rede e integrado.
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	Nos modelos de Unidade Locais de Saúde é possível alocar recursos financeiros conforme a necessidade, mas os cuidados de saúde hospitalares são muito consumidores de recursos e poderiam deixar os cuidados saúde primários sem investimentos. Ter-se-ia que pensar noutras formas de proceder a preços de transferências.
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	Se eliminar o atendimento complementar ou se pelo menos lhe reduzir o horário eu devo pensar em desenvolver alguma resposta aos utentes sem médico de família porque isso é fundamental porque uma das soluções integradas é, de forma transitória, criar uma via verde para grupos vulneráveis em alternativa ao recurso dos serviços de urgência.
6. Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)	6.1. Qual é o valor de um SU num hospital?	O serviço de urgência tem sido visto por alguns colegas de medicina geral e familiar como solução para consultas hospitalares de ambulatório demoradas e longas. As unidades estão a fechar entre as 19h e as 20h permitindo dar resposta a inúmeras situações urgentes. O atendimento complementar na UCSP de Belas das 20h as 24h
	6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG?	É impossível esperar uma solução das UCSP para as 300.000 pessoas sem médico de família sem perder a atividade base dos cuidados de saúde primários. Será necessário desenvolver consultas complementares mobilizando de alguma forma os profissionais de saúde disponíveis
	6.3 Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SU? (cliente)	Do ponto de vista do Serviço de Urgência Básica (SUB) de Mem Martins não estará a dar a resposta que deveria dar do ponto de vista daquilo que é cuidados de saúde 24 horas de qualidade e de proximidade. Eventualmente deixará de o ser com o novo hospital de Sintra. O SUB poderia ser um ponto de reunião entre os cuidados de saúde primários com medicina geral e familiar e os cuidados de saúde hospitalares pela medicina interna com o fecho das unidades de atendimento de doentes respiratórios.

Perguntas	Fragmento
6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SU?	Na ACES Sintra temos um problema que é a dispersão geográfica. Logo, a articulação entre os centros de saúde e os cuidados hospitalares é diferente entre conforme a localização de cada centro. Por exemplo, as pessoas residentes em São João das Lampas, Pêro Pinheiro e Terrugem prefere ir a SAP de Mafra do que vir ao HFF. De qualquer modo, a comunicação entre cada uma das entidades é importante. As possibilidades de referenciação de inúmeras situações passíveis de ser resolvida em ambulatório são mínimas e terão de entrar pelo serviço de urgência. Logo o serviço de urgência tem sido a solução para inúmeras falhas na articulação.
6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com cuidados de saúde primários)	As consultas descentralizadas e cirurgia geral, diabetes entre outras podem ser a solução para referenciação direta para o hospital. Para além disso, permitia o hospital sair das suas portas e trabalhar em equipa com os cuidados de saúde primários. Se calhar poderia ter interesse fazer contratos programa ou contratualização entre o ACES Sintra e o HFF entre as duas entidades para áreas de intervenção em específico como obstetrícia, pediatria, trauma entre outros
6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG? (aprendizagem e crescimento / desenvolvimento organizacional)	Os médicos de medicina geral e familiar poderão ser atraídos em colaborar no SUG gerindo doentes pouco ou não urgentes do seu foro com pagamentos por prestação de serviço a valores mais competitivos com ganhos para o hospital em termos de diferenciação dos profissionais de saúde. Do ponto de vista daquilo que são os números devemos ver se faz sentido aumentar um dos três atendimentos complementares pré-COVID para a capacidade máxima e se tem impacto nas vindas ao serviço de urgência. As vagas dos cuidados de saúde primários não estão todas a ser preenchidas e pode ser por recusa das pessoas ou pouco interesse na referenciação pelos profissionais de saúde
6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro? (financeiro)	A municipalização para os cuidados de saúde primários permite desenvolver projetos e iniciativas que respondam às necessidades da população aumentando a proximidade e a colaboração e definir quais os serviços que estão no agrupamento vai disponibilizar e o que é que nós o ACES Sintra se compromete a fazer ficando registado.
6.8. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI no SUG? Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI no SUG?	Um sistema informático único e integrado entre hospital e hospital permitia facilitar a comunicação entre ambas as entidades. Se houver a possibilidade do laboratório de análises privadas descarregar no processo informático do centro de saúde permitira que o médico que tem consulta o dia conseguiria dar atenção à pessoa em vez de perder tempo a transcrever análises. E com o ganho de tempo para estar com a pessoa doente em vez de processos internos de registo vejamos se é possível ter mais um ou dois doentes em consulta. A inteligência artificial também pode ajudar na valorização de alterações analíticas ou outras
6.9. Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SUG? (Processos internos)	As consultas para os hiperfrequentadores, assumindo que estes doentes recorrem não somente aos cuidados de saúde primários como também serviço de urgência hospitalar, devem ser feitas de forma integrada. Para além disso, convém haver acessibilidade no seguimento, ou seja, que alguém garanta que após a alta da urgência ou internamento seja reavaliado. Arranjar forma de arranjar incentivos para uma atividade e melhorar este indicador. Deveria ponderar-se uma consulta em que possa passar pelo coordenador da urgência ou por quem tenha delegado essa função deixar meios complementares de diagnóstico pendentes e consultas de reavaliação para resolução do problema da pessoa sobretudo se um doente sem médico
6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SUG?	De qualquer modo, existem pessoas que vão inúmeras vezes ao serviço de urgência sendo medicada paliando sintomas sem estudo adequado do seu problema e resolução do mesmo na causa das queixas. É fundamental resolver o problema das pessoas.

APÊNDICE C4.5 - entrevista com Dra. Sofia Corredoura diretor do serviço de urgência do Hospital Beatriz Angelo (HBA)

Data da Reunião: 19 de novembro de 2021 pelas 12h na Sala Reuniões do SU do HBA

Duração da entrevista: 50 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1. Entidade	HOSPITAL BEATRIZ ANGELO (HBA)
	1.2. Serviço	SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE
	1.3. Cargo	DIRETORA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
2. Organização interna	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	Prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, respeitando a individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para a investigação e para a formação de profissionais de saúde.
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	No SUG do HBA temos 35 elementos de uma equipa dedicada e estão estáveis, ou seja, nesse número e entre o absentismo natural temos tido equipas estáveis. Da minha experiência se queres tomar conta de uma urgência temos de ter uma equipa nas 24 horas não pode ser apenas 8 a 16h, é como só ser mãe durante o dia. Logo toda a equipa tem horário que roda por um dia da semana e pelo fim-de-semana dentro do contrato de 40 horas. Para completar os horários precisamos de uma equipa de prestadores e elementos de medicina interna do serviço de internamento.
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	Acho que falta muito esta conversa estreita entre as chefias e as lideranças e os seus elementos e isso ali faz crescer a relação e motiva as pessoas e se vier acompanhado de um valor objetivo e se vier acompanhado de um incentivo faz todo o sentido. Todos nós trabalhamos por objetivos profissionais, financeiros, realização profissional entre outros. Este momento é importante. No SIADAP obriga a escalar as pessoas, podemos ter várias pessoas excecionais e somos autónomos para dar essa avaliação. Neste sentido, no SUG do HBA com a parceria público-privada podemos dar exceção a todos se assim o merecerem.
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	Temos ainda muitos doentes que ficam a aguardar internamento na urgência, num vulgo serviço de observação, que não é aceitável. Nos doentes respiratórios com pulseiras verdes e azuis faziam testes e eram orientados para ambulatório mais concretamente para os ACES sendo contactado para reavaliação por telefone e informar do resultado de COVID. Mas nos doentes não respiratórios não deu para fazer esta intervenção pelas diferenças entre as pessoas como por exemplo nem todos terem médicos de família. Para estes casos tentou-se fazer uma uniformização dos centros de atendimento dos centros de saúde para doentes não programados / doentes urgentes / doença aguda. Existe um viés que é o “amarelecimento” dos doentes pela equipa de enfermagem na triagem para evitar reclamações
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	Antes do COVID tínhamos uma área de <i>fast track</i> de azuis e verdes e tínhamos uma área de azul amarelo laranjas e vermelhos e temos um SO com 10 camas para gestão de verdadeiro doente crítico a necessitar de monitorização. Temos ainda 11 box de estadia curta e ainda podem chegar a 30 camas a aguardar algum exame ou orientação como social. Com o COVID tivemos de duplicar as zonas e em termos de equipa foi muito desregulador com aumentos dos tempos de permanência.
6.	6.1. Qual é o valor de um SU num hospital?	Desta forma o resto do hospital respeita-nos e sabe que temos uma equipa empenhada com liderança presente e coesa a dar o exemplo. Para além disso, a escala é fixa e toda a gente sabe o que irá fazer a longo prazo embora seja preciso “tapar buracos”. As chefias devem ter tempo do seu horário para gestão e formação.

Perguntas		Fragmento
Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)		Em termos de liderança é importante ter uma equipa de adjuntas que tenha uma responsabilidade operacional maior e depois seja possível dedicar a desenvolvimento de projetos, formação e investigação. Para criar valor temos de ter um pensamento estratégico na informação para o futuro sendo o valor aquilo que se ganha num serviço de urgência. As auditorias e avaliações da HFMEA permite a melhoria de circuitos do doente e de processos.
	6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG?	No HBA temos uma grande proximidade a gestão aqui em cada serviço e existe aquilo chamamos tríade de gestão: chefia de medicina, a chefia de enfermagem e o centro de gestão em que todas as decisões são partilhadas. Embora haja discussão e “guerras” tornava-se sempre favorável por ser uma discussão construtiva.
	6.3 Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SU em termos de satisfação, humanização e confiança dos utentes / doentes?	Portanto há sempre um grosso de assistentes da equipa de medicina interna durante o dia mas a medicina interna do internamento tem de estar na enfermaria a orientar os doentes para dar altas. Se tivesse uma equipa dedicada ainda maior eu conseguia dispensar os internistas do internamento não totalmente porque é preciso “manter a mão”. Juntámos sempre um elemento da equipa dedicada com as equipas mistas noturnas se bem que cerca de 2/3 dos doentes vem durante o dia e os bancos conseguem controlar-se durante o dia
	6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SU?	Os elementos / profissionais de saúde do internamento integrados nas equipas permitem uma intrusão e união entre os vários elementos sem haver um sentimento de separação entre equipas dedicadas e móveis e existem sim equipas mistas à noite.
	6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com outras especialidades)	No seguimento da resposta anterior, quando conhecem a equipa dedicada as equipas de internamento aprendem a respeitar as pessoas sem existir “colegas de segunda”. Quando se contrata, contrata-se carácter e dá-se educação e formação, ou seja, providenciamos competência. Os assistentes de medicina interna rodam em oito equipas noturnas e exceto chefias só fazem noites.
	6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG? (aprendizagem e crescimento / desenvolvimento organizacional)	Existe uma grande imprevisibilidade com o fim da parceria público privada e a mudança para o estado, mas não se sabe quem virá para os órgãos sociais para passar o testemunho. As equipas perguntam e com esta indefinição as pessoas não se sentem tranquilas. Quando a parceria começou davam muito valor à produtividade individual (número de primeiras chamadas e alta por hora condicionada pela média do serviço, ratio de prescrição por patologia clínica comparada à média do serviço) mas com uma equipa reduzida esta avaliação pode dividir ainda mais a equipa e com o tipo de trabalho na urgência o ideal é avaliar o funcionamento em grupo de trabalho ou trabalho em equipa. A consulta pós urgência poderá tornar-se um indicador como solução de ambulatório ao internamento por ser importante e trabalho do serviço de urgência
	6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro?	O sistema de informação é crucial para termos avaliação de desempenho e uma informação adequado temos o <i>Business intelligence</i> . O ministério consegue saber em tempo real o desempenho. A especialidade de emergência iria ser fundamental para melhoria do desempenho e só conseguimos reter pessoas se lhe proporcionarmos uma carreira, dar um projeto concreto, motivar constantemente para o crescimento pessoal e dar um sentimento de pertença. Esse sentimento é mais complicado com um serviço de urgência, mas é possível. No sistema de informação e comunicação com os centros de saúde é difícil, mas tem melhorado. Mas o hospital de drenagem do HBA é o Hospital de Santa Maria, mas em termos de interoperabilidade não funciona. A interoperabilidade de sistemas é crucial, mas não tem funcionado. Com os SUG têm de estar abertos 365 dias por ano os prestadores permitem ter alguma flexibilidade que não se consegue com profissionais dos quadros do hospital. Será preciso ter uma “almofada” de prestadores que para nós estimamos de 20% que passam por um processo de seleção,

Perguntas	Fragmento
	<p>rodam com as equipas e têm uma avaliação em formato diferente aos colaboradores em contrato individual de trabalho. Existe ainda pagamentos diferenciados entre os períodos de tempo e certos hospitais já subiram os valores hora em períodos do ano mais críticos.</p>
<p>6.8. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI no SUG? Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI no SUG?</p>	<p>Enquanto no HFF temos a herança de ter sido a primeira parceria público privada, no Hospital Beatriz Ângelo ainda teremos esse modelo de gestão hospitalar até ao início de 2022, daqui a 2 meses a 19 janeiro 2022. Com essa parceria temos uma grande vantagem estratégica de ordenados base maiores e incentivos associados. Existe ainda um programa de avaliação a os todos os elementos e conforme o resultado dessa avaliação está associado a um prémio. Posteriormente vai-se valorizar os parâmetros de desempenho negociados com o estado como tempos de observação para a triagem, tempos para primeira observação médica triagem de Manchester, tempos globais de permanência, número de abandonos, readmissões às 72 horas. Comparando com as realidades dos outros hospitais sob gestão pública os indicadores para o HBA eram mais rigorosos.</p>
<p>6.9 Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SUG? (Processos internos do negócio)</p>	<p>Por um lado, um pagamento por incentivos mostra aumentos de produtividade e eficiência no HBA. Por outro lado, a avaliação de desempenho é importante, mas que não é feita nos organismos públicos de saúde. Não é fácil indicadores no SUG. No HBA temos atualmente indicadores individuais e temos indicadores de grupo / de serviço. Defendi e fiz sempre muita força para os indicadores de serviço porque não tenho uma equipa suficientemente madura e que sejam indicadores fáceis para avaliar na urgência e valorizar apenas por indicadores individuais</p>
<p>6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SUG?</p>	<p>A partir do momento em que temos um plano de contingência todo o ano é para arranjar estruturas de apoio, a população está mais carenciada e pobre precisando de trabalhar e não pode ficar a cuidar dos seus familiares</p>

APÊNDICE C4.6 -entrevista com Dr Nelson Pereira - diretor da unidade autónoma de gestão da urgência e medicina intensiva (UAG-UMI) do Centro Hospitalar Universitário de São João

Data da Reunião: 05 de novembro de 2021 pelas 11h utilizando plataforma zoom como meio telemático

Duração da entrevista: 45-50 minutos

	Perguntas	Fragmento
1. Caracterização	1.1. Entidade	CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (CHUSJ)
	1.2. Serviço	UNIDADE AUTÓNOMA DE GESTÃO DA URGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA (UAG-UMI) A UAG-UMI é uma estrutura organizacional de nível intermédio de gestão do Serviço de Urgência Polivalente e Serviço de Medicina Intensiva (adultos). Por um lado, o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) tem várias áreas de receção de doentes urgentes/emergentes. Por outro lado, o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) tem uma lotação de 66 camas. Destas 38 camas são de cuidados de nível III e 28 camas de nível II.
	1.3. Cargo	DIRETOR DA UNIDADE AUTÓNOMA DE GESTÃO DA URGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA
2. Organização interna	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	Queremos que a equipa dedicada também assuma a área da ortotrauma e mais cirúrgica, e que os cirurgiões gerais e os ortopedistas também sejam consultores do serviço de urgência da mesma maneira que as outras especialidades. A sala de emergência também por insuficiência da equipa dedicada é gerida pela medicina intensiva. Em termos projeto, a nossa visão é que seja uma gestão conjunta, ou seja, o emergencista será o gestor da sala e o intensivista um consultor para a sala. Mas estamos longe dessa possibilidade. Missão centrada no doente, gerindo o doente emergente, urgente e crítico e promove a atividade pedagógica.
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	Do ponto de vista da dimensão do serviço de urgência, estamos neste momento com a média de 483 doentes / dia nos últimos mês. Desde junho 2021 é maior do que os primeiros meses da pandemia estamos acima do ano 2019 que estamos neste na nossa média de 2019 (pré-COVID) que foi de 462. O CHUSJ tem menos doentes pouco ou não urgentes do que o HFF, rondando os 35% e desses, para mim relevante, só cerca de 40% é que vem referenciado pelo INEM, saúde 24, centros de saúde ou outros hospitais da nossa ou de outra área de afluência.
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	Desse ponto de vista, temos uma estratégia um bocadinho diferente da maior parte dos outros hospitais nós incluímos tarefas nas nossas equipas e, portanto, não temos tarefeiros para apenas uma das áreas funcionais e integramos os tarefeiros nas equipas e eles podem estar em qualquer área dependendo do seu perfil. Em suma, não excluimos o acesso ao doente grave ao tarefeiro da mesma maneira que não impedimos o internista de trabalhar com os doentes pouco ou não urgentes se houver essa necessidade.
	2.9. Como se podem definem e implementar os preços de transferência interna?	O CHUSJ em termos de organização não tem um CRI no SUG, é uma unidade autónoma, não se equipara. A ACSS tem um grupo de trabalho sobre o CRI estando envolvidos o CHUSJ, HFF e Hospital de Évora com vontade de seguir para esse modelo de gestão. Terminei o internado em 2003, fiz o internato complementar em Matosinhos, e a área da urgência foi claramente a área de eleição. Surgiu a vontade de mudar o panorama dos serviços e a criação de equipas dedicadas foi para mim sempre a lógica que mais fazia sentido. Aqueles doentes que ninguém os quer como os doentes em que

Perguntas		Fragmento
		a medicina intensiva acha que não são suficientemente graves para admissão nesse tipo de cuidados, e as enfermarias acha que são demasiado graves para os receber. Os preços de transferência poderiam surgir neste sentido.
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	A lógica de ter dezenas de doentes a aguardar no SUG de internamento como no HGO e HFF não é solução. Antes da pandemia tínhamos uma organização clássica organizados em zonas de observação para prioridades diferentes por exemplo de zona de observação para doentes laranja outra para os amarelos e outra para veres, mas com a pandemia alterou-se esta lógica. Estamos organizados de forma diferente, estamos organizados por nível de gravidade e dependência e não por cor. Temos duas grandes áreas, uma área para doentes mais graves e mais dependentes significando que pode ir e, por outro lado, uma área nova com 500 m2 para onde vão doentes de ambulatório independentemente da cor podendo ir, por exemplo, doentes triados de laranja de ambulatório que o são pela intensidade da dor (como lombalgia), mas independentes. Para além desta dicotomia temos uma zona de ortotrauma. Nos momentos de maior afluência como no Inverno houve necessidade de ter macas nos serviços e aí havia a necessidade de agilizar as altas e o internamento teria de resolver o problema e as coisas começaram a funcionar melhor com a redução da demora média. Desde que a pandemia começou isso deixou de ser possível o que obriga ainda mais as pessoas a “darem às pernas”. Temos uma equipa de gestão das altas e serviço social muito forte e ativo, portanto conseguimos alguma fluidez em termos de entradas e saídas que permitem evitar que o problema fique no serviço de urgência. Por termos uma boa imagem pública, somos vítimas do nosso próprio sucesso leva que pessoas de outra área de influência venham ter connosco e de termos um serviço muito bem organizado. Temos uma lógica de trabalho que passa por uma organização muito fluida e faz com que tenhamos normalmente capacidade de escoar os nossos doentes do serviço de urgência e faz com que aquela sensação de caos permanente não se sintam. É evidente que se tem maus momentos.
6. Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)	6.1. Qual é o valor de um SU num hospital?	Missão centrada no doente, gerindo o doente emergente, urgente e crítico e promove a atividade pedagógica. No CHUSJ não temos doentes internados no SUG, a lógica foi sempre ao contrário: quando o doente passa a ter indicação para internamento, o serviço de urgência não tem nada a oferecer e tem que ser o hospital a arranjar resposta e resolver o problema. Neste momento connosco é difícil recrutar e reter um internista que fica com a sua carreira em “stand by” se não houver alguns polos de atração de novos profissionais e, portanto, mantemos a confiança da parte do Conselho de administração
	6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG?	Temos a felicidade do conselho de administração reconhecer a importância do serviço de urgência e de alguma forma ao longo destes 2 anos também aproveitamos um bocadinho visibilidade da urgência para cultivar essa posição de reconhecimento por parte do hospital e o facto de nos terem permitido o investimento e crescimento de mais de 500 m2 durante este período foi muito importante para o serviço e temos ainda vários projetos de continuar essa inovação e temos também já aprovado um projeto de criação daquilo que chamamos uma unidade de vigilância e estabilização, formados por 12 camas não é para internamentos clássicos, são um conjunto de diversas de doentes que reforma 2 horas por doentes que podem ter alta mas que precisam de um período maior do que as 8h habituais aceitáveis como tempo global de permanência. Com as mudanças em 2009, a capacidade de vencimentos mais aliciantes reduziu e neste momento a capacidade de recrutamento de novos elementos é muito baixa associada ao facto de não teres uma carreira. Portanto os profissionais que pretendam dedicar-se ao SUG a tempo inteiro estão limitados na progressão da carreira. Qualquer um dos internistas, cirurgiões gerais e médico de medicina geral e familiar (MGF) da equipa do SUG do CHUSJ não consegue progredir na sua carreira base por esse motivo. Por exemplo, sem cirurgias ou sem consultas de MGF, um cirurgião e MGF não conseguirá progredir.

Perguntas	Fragmento
6.3 Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SU em termos de satisfação, humanização e confiança dos utentes / doentes? (cliente)	Quando estamos sistematicamente acima em termos de capacidade são fundamentais para a forma como gerimos o nosso serviço, mas como médicos devemos afastar de uma lógica mais clínica e de qualidade de cuidados prestados. Um internista da urgência é um hiperconsumidor de recursos e um sistema informático que nos permita ter esses tempos e de adaptar à realidade do SUG e um modelo de gestão como o CRI poderão ajudar nesse aspeto. As duas medidas para mudar o status quo dos serviços de urgência é claramente a criação da especialidade de emergência, para criar sem dúvida uma carreira que, do ponto de vista dos recursos humanos, fixe e qualifique as pessoas e do ponto de vista da afluência pensamos que tem que haver uma regulação do acesso. O acesso não pode ser para todas as pessoas, mas para quem verdadeiramente precisa. Existe um grupo de trabalho do CRI na ACSS. Existe uma referência no contrato programa dos hospitais dos dois últimos anos para uma linha de financiamento para os CRI dos hospitais correspondia a 2.000.000 € mas a verdade é que nada aconteceu
6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SU?	Quando se criou este projeto estávamos no tempo de “vacas gordas”, existia uma abertura da tutela, e ao fazerem as contas percebeu-se que era mais barato pagar muito bem a um core pessoas que trabalhavam só no serviço de urgência e recuar a dependência de muitos outros. Portanto a medicina interna pela primeira vez recuou para o serviço e criou a residência, que não existia antes, e outras especialidades recuaram em termos de permanência no serviço de urgência. A neurologia e a pneumologia passaram a estar só de dia, porque a equipa dedicada era capaz de lidar com situações. Portanto do ponto de vista económico financeiro foi aprovado e foi aprovada a possibilidade de fazer contratos muito mais interessantes do que a tabela geral de regulação pública. Na altura foi possível recrutar um conjunto significativo de médicos para este projeto nos valores de 4.000 e 1.000€ de subsídio de turno mais incentivos o que chamou muita gente na altura e muitos dos que ainda restam nessa altura ainda cá estão precisamente porque tem essa essa possibilidade. Um CRI poderia ter esse impacto nos RH. Portanto, estamos em processo de criação dessa unidade que serve também do nosso ponto de vista como um polo de atracção para o recrutamento de especialistas, nomeadamente de medicina interna, neste momento temos muita dificuldade em recrutar elementos mais diferenciados por falta de incentivos que o CRI pode proporcionar. Portanto a prossecução deste projeto está em risco: nos últimos 2 anos, derivado da saída de vários elementos e da incapacidade de recrutar novos elementos só estamos a conseguir assumir a gestão do serviço de urgência recorrendo, em tempo parcelar a alguns elementos de medicina interna dos serviços. Neste momento o acordo com os serviços é que os internistas que entram de novo para o hospital durante 2 anos dão um contributo para o serviço de urgência e ao fim de 2 anos vão a tempo inteiro para o SUG. Atualmente numa questão de gestão dinâmica do processo neste momento cada internista do hospital está a dar uma urgência de 12 horas cada 2 semanas e complementam-se os turnos com tarefeiros nos quais se confia.
6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com outras especialidades e com cuidados de saúde primários)	Apresentei o projeto no meu hospital ainda durante o internato. O meu currículo na medicina interna no qual foi muito criticado, e tive a pior nota do grupo, tinha no meu currículo, em 2002, o projeto de criação de uma equipa dedicada ao serviço urgente que discuti com o Conselho de administração e esteve quase a ser implementado. Como tinha à minha volta todos os internos e recém especialistas de medicina interna e apresentei o projeto e por razões mais políticas do que técnicas, o projeto borregou. Entretanto apresentei o projeto ao Hospital de São João, ainda como interno de medicina interna, foi considerado interessante e nesse sentido foi adotado pela direção clínica de então como ideia válida, viria a dar origem ao primeiro despacho do ministro Luís Filipe Pereira a dizer que os hospitais deviam criar equipas dedicadas, isto em 2002, e o projeto nasce exatamente em 2003. Curiosamente, eu que fui o pai da criança não fui para lá porque eu recebi um convite para ir para o INEM, que era uma paixão de longa data, e, portanto, o projeto arrancou em 2003. Não foi o primeiro, dado que o Hospital da Feira com o Dr. Jorge Teixeira (atualmente no Hospital de Braga) já

Perguntas	Fragmento
	<p>tinha arrancado com um projeto nessa área, mas é claramente o mais longo e conhecido. Foi este modelo do Hospital da Feira que serviu de modelo para o que seria o projeto no Hospital São João. Ao longo de 18 anos foram inúmeras as fases de crescimento do projeto.</p>
<p>6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG? (aprendizagem e crescimento / desenvolvimento organizacional)</p>	<p>Temos uma equipa mista, que no fundo permite a sua formação nas tarefas, para que eles evoluam enquanto médicos e não tínhamos os tarefeiros de baixa qualidade para lidar com os doentes. Se existe incentivo para as pessoas, além dos problemas de orçamento, é a reação dos pares perante profissionais a ganhar mais dinheiro para trabalhar no SUG. Acho que neste caso será um os menores dos problemas porque eu acho que não há nenhum médico que não reconheça o trabalho no SUG e as pessoas merecem essa essa compensação. De facto, o CRI, do ponto de vista da legislação, está concebido numa base de produção não sendo o melhor modelo. Por um lado, queremos qualidade e, por outro, acesso regular e o CRI não é o melhor modelo, mas na ausência de outra opção teremos de ser criativos e inovadores na sua utilização.</p>
<p>6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro? (financeiro)</p>	<p>A lógica dos incentivos tem que ser para a totalidade das equipas. Tem de ser a equipas e para funcionar bem tem mesmo que ser a equipa e envolver todos os profissionais não diferenciando as equipas. Do ponto de vista do modelo não quer dizer que seja esse o modelo, mas o modelo das USF tipo B parece-me mais adaptado à realidade de uma urgência porque está mais baseado no tipo de serviços que se disponibiliza e a qualidade do serviço prestado. As propostas de mudanças e modelos diferentes de gestão já existem respostas, mas é preciso coragem política da tutela e das administrações locais para tomar decisões. Será preciso juntar as visões e prioridades de cada <i>stakeholders</i> e arranjar consenso na solução apresentada.</p>
<p>6.8. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI no SUG? Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI no SUG?</p>	<p>Um bom sistema informático permite mudar um bocadinho o paradigma para nós termos mais informação que não seja somente a parte administrativa, mas também a parte médica. Usamos essas métricas para tomar decisões organizativas e avaliar o desempenho. Por exemplo, o tempo de atraso na realização de uma tomografia computadorizada não é do serviço em si, mas da capacidade assistentes operacionais levarem os doentes a realizar o referido exame. A identificação desse problema levou a investirem em dois assistentes só para essa função</p>
<p>6.9 Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SUG? Qual o sistema de pagamento dos profissionais de saúde num CRI no SU mais indutor de eficiência? Qual sistema promove a produtividade, mas modela adequadamente o comportamento do prestador? (Processos internos do negócio)</p>	<p>Por exemplo cumprimento das vias verdes obrigatórias. Temos 4 vias verdes a funcionar que inclui via verde trauma, sépsis e dor torácica e em vias de implementar o protocolo monograma com radiografia na triagem. Temos ainda protocolo de febre na triagem e temos técnico eletrocardiograma as 24 horas na via verde coronária / dor torácica. Do tempo médio da primeira observação estamos no cumprimento de 60 a 70%, mas estamos a piorar dada a nossa afluência dos doentes durante a pandemia. No Congresso da Sociedade Europeia de Medicina de Emergência, a Sofia Corredoura do Hospital Beatriz Ângelo ter 33 especialistas, mas teve margem, quando ainda é uma parceria público privada, recrutar uma equipa a vencimentos mais altos. Temos de dimensionar o serviço de urgência para a sua missão. Tendo mais espaço facilita a gestão e condições para as pessoas quando com a criação de mais espaço vais ter mais procura tornando-se um ciclo vicioso em que se colocamos mais recursos teremos mais procura. Os tempos são muito importantes para percebermos a lógica do funcionamento e afunilamento de alguns casos. Para organizar a equipa, sobretudo se for dedicada, é diferente quando temos uma equipa mais clássica e precisamos de usar estas métricas para ajustar as equipas entre as áreas / unidades do SUG e otimizar os fluxos, mas não ajuda na avaliação da qualidade técnica. É preciso acelerar a forma como avaliação o SUG.</p>
<p>6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SUG?</p>	<p>A realidade do SUG do CHUSJ, em termos de afluência, de número de admissões anuais e da pressão de doentes poucos e não urgentes, vulgo verdes e azuis, é próxima da realidade do HFF e não terá mudado nos últimos anos dado conhecer bem a vossa realidade do HFF quando estive no INEM em Lisboa e mais tarde na ARSLVT.</p>

APÊNDICE C4.7 - Entrevista Dra Alexandra Reis diretora do SUG do Hospital Garcia de Orta (HGO)

Data da Reunião: 17 de novembro de 2021 pelas 15h na Sala de reuniões do Hospital Garcia de Orta

Duração da entrevista: 55 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1. Entidade	HOSPITAL GARCIA DE ORTA (HGO)
	1.2. Serviço	SERVIÇO DE URGÊNCIA
	1.3. Cargo	DIRETORA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
2. Organização interna	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	Tem a responsabilidade assistencial direta na urgência/emergência aos habitantes dos Concelhos de Almada e Seixal e responsabilidade complementar da população proveniente dos Hospitais da Península de Setúbal, em especial aos doentes neurocirúrgicos e trauma complicado
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	Temos equipas inteiramente móveis em rotação de 24h seguidas de dia e noite. Mantemos reuniões mensais com todos os chefes de equipa para falarmos de problemas do SUG. Temos muito bom ambiente, mas muito trabalho. No HGO estamos igualmente dependentes de prestadores de serviço.
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	Na relação com cuidados de saúde primários ninguém seria enviado ao SUG sem contactar com o coordenador do HBA. Mas alguns colegas são muito problemáticos pessoas que não estão minimamente com vontade de trabalhar juntos e envia para o SUG. Atualmente estamos com 50% de verdes e azuis no HGO para além de triagem branco, ou seja, doentes sem queixas enviados para reavaliação
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	Seria importante ter um mecanismo de <i>fast track</i> em que médicos experientes viam os doentes verdes e azuis não pedir exames e orientar rapidamente para ambulatório. Era um procedimento bem pago e tirava muitos doentes da urgência. Atualmente temos um protocolo com a ACES para orientação de doentes com esta prioridade em que se envia mail para o centro de saúde e que os cuidados de saúde primários irão marcar esse exames. Não estão previstos muitos doentes, mas o doente terá de consentir
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	Habitualmente se o doente veio ao SUG prefere ficar à espera do que ir aos cuidados de saúde primários. Mas não dá resposta a todos os doentes é uma “gota no oceano”.
6. Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)	6.1. Qual é o valor de um SU num hospital?	A hierarquia é importante na medida em que direções clínicas como no HGO que são médicos/as sem atividade clínica, torna-se mais difícil a adoção das medidas necessárias para a mudança. Os apoios dos conselhos de administração são essenciais.
	6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG?	As soluções já foram criadas, mas falta coragem política para implementar as mesmas. Só deviam entrar na urgência doentes referenciados pelo médico de família, CODU ou pela Saúde 24 embora se assuma que o protocolo desta última referenciação pré-hospitalar deve ser mais oleado e melhorado.
	6.3. Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SU em	Atualmente até temos falta de espaço limitando a capacidade e dar resposta mesmo com mais recursos humanos. Seria importante manter a vigilância pelas especialidades respetivas que assumiram o internamento. No SUG não temos incentivos, mas a pressão que cria terem de vir ver os doentes que

Perguntas	Fragmento
termos de satisfação, humanização e confiança dos utentes?	internaram ao seu cuidado permite-se agilizar as altas. Conhecer bem as pessoas e manter a relação é uma mais-valia para a gestão dos doentes no SUG. Devíamos providenciar condições semelhantes entre os serviços.
6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SU?	Tal como o Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital Beatriz Ângelo e Hospital Fernando da Fonseca temos uma população sem médico de família elevada. Temos apoio das especialidades ao SU.
6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com outras especialidades e com cuidados de saúde primários)	Os sistemas de informação e a inovação digital são cruciais idealmente integrados com os cuidados de saúde primários. Seria importante resolver alguns constrangimentos digitais de interoperabilidade. Temos a nossa própria plataforma interna onde conseguimos ir monitorizando os fluxos e vindas ao SUG permitindo-nos os ajustes necessários para compensar. O sistema informático também permite ir avaliando os vários profissionais de saúde conferindo indicadores de produtividade. Temos um serviço de observação formal para manter doentes enquanto se aguarda que haja vagas de internamento.
6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG?	Temos tentado reter talento, mas por questões familiares e de felicidade as pessoas têm saído e infelizmente as equipas estão reduzidas em pessoal diferenciado. Alguns saíram para os privados com outros projetos. Tentou-se reter alguns colegas que viessem de novo para o HGO convidando-os a permanecer no SU durante algum tempo, mas correu mal.
6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro? (financeiro)	O pagamento extraordinário tem estado a ser feito para completar horário. A expectativa do doente vir ao SUG e ter resolvido todos os seus problemas no próprio dia leva-os a permanecer no SUG
6.8. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI no SUG? Quais os indicadores adequados de avaliação do desempenho de um CRI no SUG?	Anteriormente tínhamos contratos em que havia uma avaliação dos médicos e contemplava alguns indicadores como produtividade e episódios de doentes vistos e com alta e teriam penalização se readmissões às 72h pelo mesmo motivo. Estes indicadores eram considerados para pagamento por incentivos e os médicos não ganhavam de acordo com o desempenho. Assim, o funcionamento era melhor. Contudo, a situação foi piorando ao longo dos tempos porque os suplementos formam integrados no salário levando que independentemente do número de doentes visto e da produtividade recebem todos o mesmo. A dinâmica da urgência mudou e piorou o desempenho. A criação de especialidade poderia ajudar nesta fase e o CRI permitia esse pagamento por desempenho. Com CRI também poderia ser possível para controlar os gastos
6.9 Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SUG? (Processos internos do negócio)	Temos os indicadores de desempenho base temos os previstos em contrato programa como o tempo para a primeira observação conforme a triagem, tempo global de permanência entre outros
6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SUG?	Os SUG têm três problemas os doentes que chegam, as entropias dentro do SUG e a drenagem dos mesmos para o internamento. Se tivesses menos doentes pouco ou não urgentes os serviços de urgência seriam mais “ <i>clean</i> ” tendo mais espaço para gerir doentes verdadeiramente urgentes

APÊNDICE C4.8 - entrevista com Dr. José Ribeiro diretor SUG Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Data da Reunião: 04 de novembro de 2022 pelas 15h via eletrónica pela plataforma zoom

Duração da entrevista: 50 minutos

	Perguntas	Fragmento
1. Caracterização	1.1. Entidade	CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA E ESPINHO
	1.2. Serviço	SERVIÇO URGÊNCIA
	1.3. Cargo	DIRETOR SERVIÇO URGÊNCIA
2. Organização interna	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	Melhorar a qualidade de saúde da população, prestando cuidados de saúde diferenciados respeitando a dignidade e individualidade do utente. Criar condições de excelência à captação, manutenção e desenvolvimento dos seus colaboradores
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	Conseguimos gerir rapidamente as áreas da urgência conforme as necessidades de gestão. Grande parte dos hospitais precisavam de ser “deitados a baixo” e construídos de novo do que proceder a renovações constantes. A equipa de gestão de camas deve ter um papel fundamental para alocar camas e gerir as mesmas organizando e agilizando mais facilmente as camas.
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	Propõe-se organização das áreas conforme as prioridades ou gravidades e um grande problema são os doentes pouco ou não urgentes a entupir os cuidados de saúde de urgência. A grande questão a colocar é: o que é que o doente não urgente faz na urgência? Uns doentes não urgentes no meio de doentes urgentes correm riscos de vir para o hospital ficar horas à espera com risco enorme de infeção. Se só tivéssemos no hospital os doentes urgentes conseguiríamos dar resposta. Todo o doente não urgente sai referenciado para os cuidados de saúde primários passando a responsabilidade do doente não urgente para o local certo de gestão.
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	As especialidades não de medicina interna também estão muito desfalcadas pressionando as equipas de medicina interna. O SUG está sempre a funcionar sendo difícil ter reuniões de serviço e todas as atividades extralaborais tem dificultado a adesão das pessoas.
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	É fundamental estipular circuitos. Infelizmente tem-se considerado como cultura organizacional que o serviço de urgência é o caixote do lixo interno e externo sendo preciso perseverança para mudar mentalidades em que até chegámos a ter doentes que voltariam da enfermaria para a urgência. Recentemente mudamos aquilo que era uma unidade de curta duração e integramos aquilo que é uma unidade de cuidados intermédios de nível I ou II consoante a necessidade, mas que acima de tudo houvesse uma resposta para o internamento e urgência sendo um circuito claro para o doente crítico. A unidade de cuidados intermédios responde às enfermarias de especialidades médicas. Havia a necessidade da resposta ao doente de intermédios
6. Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)	6.1. Qual é o valor de um SU num hospital?	O doente crónico precisa da sua consulta no médico de família e o doente agudo tem a saúde 24, cuidados de saúde primários ou CODU para orientação. Tem de haver um controlo na afluência e prevenir o episódio de urgência inadequado e ter uma referência prévia. Seria igualmente preciso mudar a mentalidade dos médicos com parca formação devendo-se investir na rápida aquisição de conhecimentos e competências para as idiossincrasias de gestão de doente urgente. Deve-se explicar às pessoas e mobilizar a opinião pública que a urgência não é o melhor sítio para a maioria das pessoas que recorrem à urgência.

Perguntas	Fragmento
6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG?	As grandes limitações atuais são de espaço e de recursos humanos e a solução deve ser forma integrada e a nível nacional. As forças hospitalares privadas em Lisboa é bem grande e, portanto, acaba por esvaziar um bocadinho da força os hospitais do serviço nacional de saúde não conseguindo dar uma resposta adequada
6.3 Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SU em termos de satisfação, humanização e confiança dos utentes / doentes?	Podemos fazer as mudanças de gestão internamente e dar resposta, mas sem apoio do conselho de administração para resolver os problemas na origem não teremos solução eficaz. A solução global tem que passar em três níveis: a montante da urgência, na própria urgência e outros pós a urgência sendo que a montante e pós urgência são as respostas em ambulatório como cuidados de saúde primários, hospitais de dia entre outros. Devemos ter critérios de referência bem definidos para facilitar a comunicação
6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SU?	Temos uma equipa permanente na unidade de cuidados intermédios a dar apoio à urgência associados a elementos de equipa dedicada com elementos móveis da enfermaria a reforçar os calendários.
6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com outras especialidades e com cuidados de saúde primários)	No Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho foi criada a Unidade de Tratamento Ambulatório de Medicina Interna . Foi criado pela necessidade de dar resposta a doentes em fase aguda da sua patologia, evitando que fossem ao SU. Para o efeito foi fundamental criação de protocolos como critérios de referência como por exemplo de doentes pouco ou não urgentes.
6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG? (aprendizagem e crescimento / desenvolvimento organizacional)	Se o CRI for integrado em algo mais amplo poderá ser uma grande ajuda. Deve-se tentar proporcionar uma carreira profissional de saúde. As pessoas com perfil de trabalho no serviço de urgência como capacidade de decisão rápida e com poucos dados devem ser valorizadas e incentivadas com formação para manter o crescimento podendo-se ponderar dar apoio para se avançar para a especialidade na urgência. As pessoas doentes não podem “ter sorte” no momento de ficar doentes não podendo estar dependente da sorte para ficarem doentes e serem apoiados
6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro?	Precisamos de apoio do conselho de administração para o sucesso e implementação de projetos de mudança. A criação de especialidade poderia ajudar nesta fase e o CRI permitia esse pagamento por desempenho. Com CRI também poderia ser possível para controlar os gastos considerando sustentabilidade em recursos humanos.
6.8. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI no SUG?	Procurar formas inovadoras de reter profissionais / talento. Mesmo a faculdade que desprezou o serviço de urgência, mas tem enviado alunos para ter complemento da sua prática clínica. Fazer uma cadeira de emergência e urgência na faculdade para atrair alunos/as
6.9 Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SUG?	Não é simplesmente o aumento de incentivos na urgência que irá resolver todos os problemas. Dar tempo de formação para produção científica às pessoas interessadas traz valor importante para o serviço e motiva os profissionais de saúde.
6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SUG?	Temos conseguido manter a equipa de enfermagem forte e dedicada com equipas médicas dedicadas altamente diferenciadas e conhecedoras das particularidades dos serviços. Precisamos de prestadores de serviço para completar as equipas sem os quais não é possível manter as equipas. As normas de dois circuitos impostas são irrealistas e inadequadas para a gestão do doente.

APÊNDICE C4.9 - entrevista com Dra Teresa Branco diretora do serviço de medicina II do HFF

Data da Reunião: 13 de janeiro de 2022 pelas 12h na Sala Reuniões Medicina II

Duração da entrevista: 30 minutos

Perguntas		Fragmento
1. Caracterização	1.1. Entidade	HOSPITAL PROF DOUTOR FERNANDO DA FONSENCA
	1.2. Serviço	SERVIÇO INTERNAMENTO MEDICINA II
	1.3. Cargo	DIRETORA DO SERVIÇO Ex-diretora do Serviço de Urgência Geral (SUG)
2. Organização interna	2.6. Qual a missão e a visão do serviço?	Prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, respeitando a individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para a investigação e para a formação de profissionais de saúde.
	2.7. Como se articulam as atividades operacionais do serviço com o SUG?	No SUG do HFF precisas de prestadores para completar as escalas. Neste SUG tens duas equipas diferentes e não falo entre equipas móveis e dedicadas, mas tens uma equipa dita de serviço de observação e outra de balcão. Seria importante juntar as equipas e reduzir a separação / fosso entre ambas as equipas. Seria importante criar equipas mistas e procurar criar um sentimento de pertença.
	2.8. Como implementar um adequado trabalho em rede de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SUG?	Ajudaria ter uma equipa dedicada mais tempo e integrados nas equipas. Por exemplo, aumentar das 8h até 20h dias uteis permitindo os elementos da equipa movel dedicarem-se a outras atividades como hospital de dia, consulta entre outras. O encaminhamento de doentes para o hospital de dia, antecipando problemas, formação de doentes e acompanhamento, poderia ser uma solução. Contudo, o hospital de dia não tem médico base atribuído e, portanto, ou se tem alguém atribuído de forma rotativa a essa função, aí seria possível montar esse tipo de consulta de reavaliação. Teríamos de definir protocolos claros. Muitas vezes acabariam de referenciar estes doentes para a urgência
	2.9. Como se podem definir e implementar os preços de transferência interna?	Se a minha visão demasiado simplista se as pessoas complicaram muito por exemplo há uma coisa na urgência que faz imensa impressão que é as especialidades enviarem para reavaliar ou vigiar ao cuidado da medicina interna. Preços de transferência poderiam ajudar.
	2.10. Como melhorar a articulação do serviço?	As pessoas estão a fugir para outros projetos e melhor qualidade de vida. O SUG é a entrada no hospital e, para mim, o fundamental seria trocar uma triagem de enfermagem por uma avaliação médica avançada com médico com experiência.
6. Criação de um CRI no Serviço de Urgência Geral (SUG)	6.1. Qual é o valor de um SU num hospital?	As situações de urgência mudaram muito ao longo dos anos e somos a maior urgência em número de admissões
	6.2. O que leva à necessidade ou oportunidades dos hospitais se organizarem em CRI no SUG?	As disfuncionalidades no HFF são enormes e acaba por imputar na urgência esse trabalho. Os doentes que chegam ao internamento com demoras médias elevadas podem ter perdido a autonomia ou estão confusos ou infetados. Os doentes com internamentos em enfermaria atrasados condicionam internamentos mais longos ao que seria expectável inicialmente. Um CRI poderia ajudar melhorar gestão doentes.
	6.3. Como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no SU em	Um modelo de gestão que permita pagamentos de incentivos para a equipa em contrato individual de trabalho no hospital e dar possibilidade de formação para adquirir competências que os aproximem da especialidade de urgência e emergência. Deveria haver um plano de formação estruturado com o centro de formação ligada à urgência para as pessoas manterem-se atualizados nas técnicas da urgência e discussão de caso.

Perguntas	Fragmento
termos de satisfação, humanização e confiança dos utentes / doentes?	
6.4. Qual a importância de equipas multidisciplinares e de integração de cuidados no SU?	Na realidade do SUG não será possível enviar os doentes pouco ou não urgentes para os cuidados e saúde primários porque umas grandes fatias das pessoas não têm médico de família. Seria importante identificar uma resposta mais adequada ao simples encaminhamento. Os hiperfrequentadores surgem por falta não somente de médico de família, mas por falta de gestor de caso, apoio social ou outros. Procurar arranjar soluções e tratar em casa, por respostas descentralizadas
6.5. Como implementar um adequado trabalho em rede dentro e fora do hospital? (relação com outras especialidades)	Noutras realidades europeias, surgem soluções descentralizadas dos hospitais em que procuramos tirar as pessoas da urgência e começar precocemente planos de saúde enquadrados com as prioridades, expectativas e demais particularidades da pessoa. Uma unidade tratamento agudo poderá servir para os doentes pouco ou não urgentes sobretudo aqueles sem médicos de família. O ideal seria aumentar as respostas em ambulatório como hospital de dia.
6.6. Como atrair, reter ou manter profissionais qualificados satisfeitos e motivados no SUG? (aprendizagem e crescimento / desenvolvimento organizacional)	Como principais problemas do SUG do HFF, nós não continuar a ter os prestadores que temos tidos. Precisamos de reter o talento nomeadamente especialistas e em clínicos gerais com melhor desempenho em quem se confie. Mas somente com pessoas bem pagas e envolvidas é que se consegue fazer alguma coisa nomeadamente reter o talento. As pessoas vão ficando porque existem projetos que se podem concretizar em prazo útil e não só ideias megalómanas /utópicas. Portanto se deres às pessoas coisas projetos que serão concretizadas e eles podem ver e podem entrar e podem beneficiar de alguma forma eu acho que não podem ser apenas incentivos monetários. Tem sido possível reter alguns talentos formados no HFF, mas são sobretudo os que ficaram nos cuidados intensivo. As pessoas não têm solicitado remunerações maiores para vir para o SUG, mas solicita melhores condições de trabalho como deixar de fazer períodos incómodos como noites ou fins de semana e ter tempo para vida pessoal.
6.7. Como se deve elaborar e implementar um CRI no SUG que seja sustentável do ponto de vista financeiro?	Devia-se pensar em especialidade na emergência, não acredito que alguém queira trabalhar a vida toda no SUG porque o trabalho não mata mais mói e ao final de 30 anos a produtividade é menor, a recuperação e o entusiasmo são outros. Se houve um investimento na formação poderia ajudar.
6.8. Como se deve elaborar e implementar sistema de avaliação de desempenho num CRI no SUG?	Em termos de incentivos monetários são suficientes, mas não são tudo e se fosse possível aliar o útil ao agradável seria uma coisa que cativaria estas pessoas. Como é obvio deveria pagar mais, mas por desempenho e definindo metas razoáveis seria uma opção viável. Por exemplo não podemos definir 30 altas por mês se depois tivermos apenas doentes sociais, mas na saúde as situações não são sempre pretas ou brancas.
6.9 Como se deve elaborar e implementar um sistema de incentivos num CRI do SUG? (Processos internos do negócio)	Alguns dos indicadores de qualidade associados ao serviço de urgência só pode ser o tempo. Nós pretendemos que o doente seja rapidamente abordado e orientado para o local mais adequado como enfermaria. Precisamos de vagas para lhes dar esse espaço. Tirar doentes sociais e dar uma orientação adequada nomeadamente com vagas em cuidados continuados entre outros. Sugere-se melhorar as condições e majoração às equipas do hospital em vez de estar dependente de prestadores de cuidados. Deve-se pagar as pessoas de forma justa para não ter que andar a correr de um lado para outro. O incentivo não deveria ser apenas monetário mas não monetários como permitir que os elementos não especialistas em tarefa no serviço de urgência poderiam considerar o tempo no serviço de urgência para o internato, quando entrarem.
6.10. Quais são as principais dificuldades operacionais do CRI no SUG?	Elevado numero de admissões e cultura organizacional enraizada que vê a urgência como “despejo” de doentes em vez de promover resolução imediata dos problemas.

APÊNDICE D – CARACTERIZAÇÃO POPULAÇÃO ALVO DO SUG DO HFF

APÊNDICE D1 - Tabela - Análise demográfica dos Concelhos de Amadora e Sintra

	Homens			Mulheres			Total			Serição densidade
	2021	2011	Var.	2021	2011	Var.	2021	2011	Var.	
Sintra	181.815	180.705	0,6%	203.839	197.130	3,4%	385.654	377.835	2,1%	2º
Amadora	79.425	82.342	-3,5%	92.075	92.794	-0,8%	171.500	175.136	-2,1%	11º
Total	261.240	263.047	-0,7%	295.914	289.924	2,1%	557.154	552.971	0,8%	

Legenda: Var. de Variação. Seriação densidade, é referente à ordenação decrescente de densidade populacional de cada município.

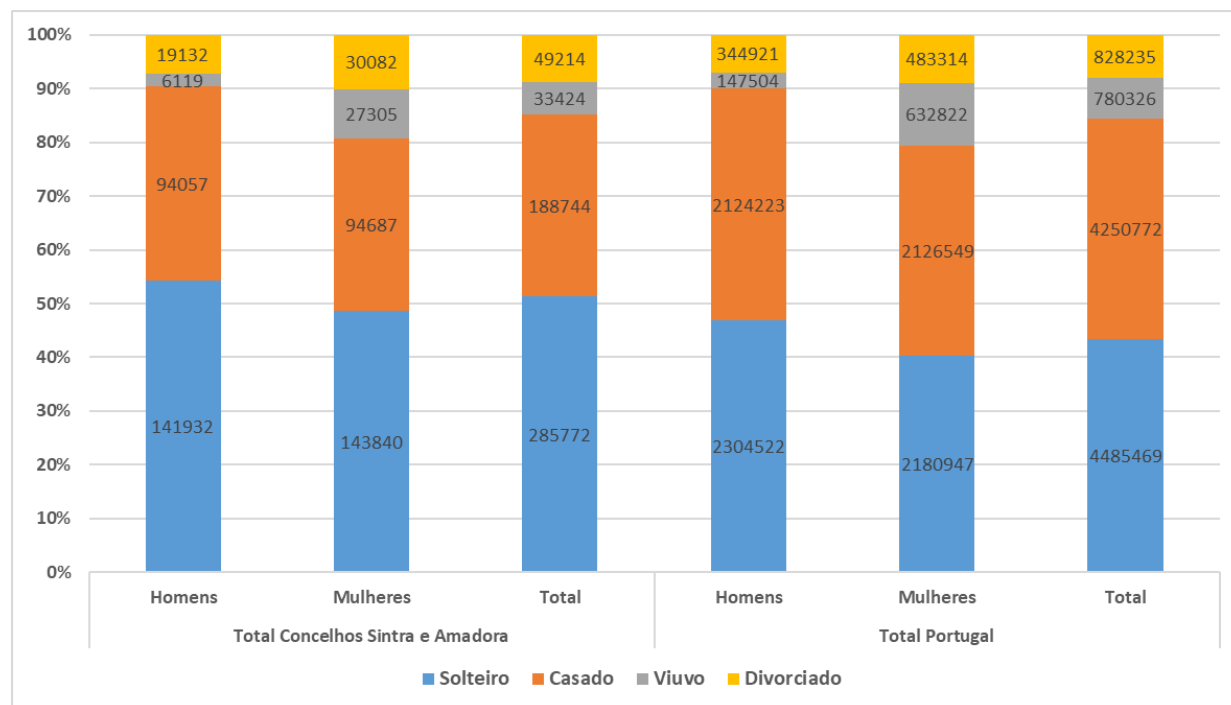
Adaptado de https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html com dados colhidos a 04-01-2022

APENDICE D2 - Tabela– Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra por **sexo e estado civil** entre 2011 e 2021

	Amadora		Sintra		Total	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Solteiro	43.691 (55,0%)	45.049 (48,9%)	98.241 (54,0%)	98.791 (48,5%)	141.932 (54,3%)	14.3840 (48,6%)
Casado	28.092 (35,4%)	28.124 (30,5%)	65.965 (36,3%)	66.563 (32,7%)	94.057 (36,0%)	94.687 (32,0%)
Viúvo	2.091 (2,6%)	9.637 (10,5%)	4.028 (2,2%)	17.668 (8,7%)	6.119 (2,3%)	27.305 (9,2%)
Divorciado	5.551 (7,0%)	9.265 (10,1%)	13.581 (7,5%)	20.817 (10,2%)	19.132 (7,3%)	30.082 (10,2%)
Total	79425	92.075	181.815	203.839	261.240	295.914

Adaptado de https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html com dados colhidos a 04-01-2022

APÊNDICE D3 - Gráfico – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra comparativamente a População em Portugal Continental por sexo e estado civil em 2021

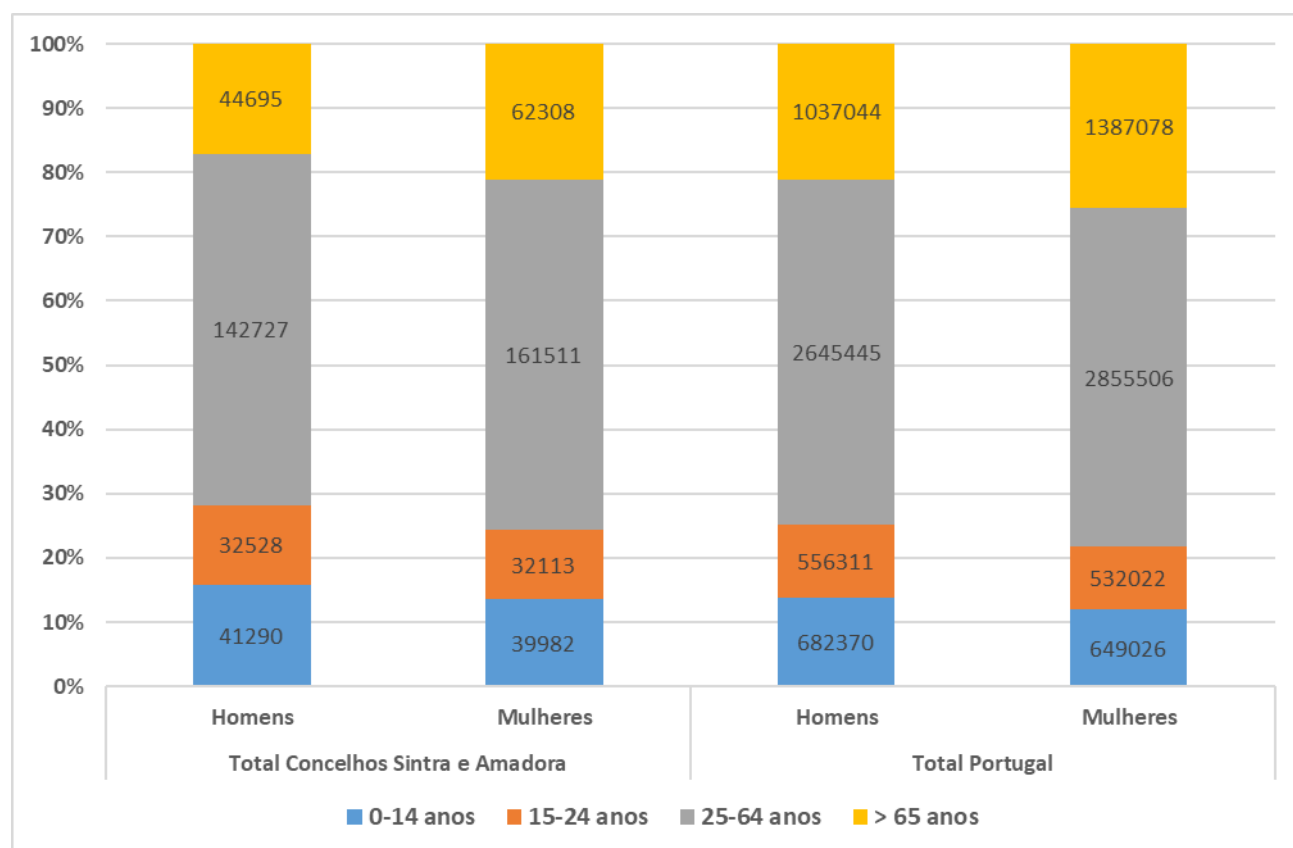


APÊNDICE D4 - Tabela – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra por grupo etário entre 2011 e 2021

	Amadora		Sintra		Total	
	2021	2011	2021	2011	2021	2011
0-14 anos	24.362 (14,2%)	25.903 (14,8%)	56.910 (14,8%)	66.633 (17,6%)	81.272 (14,6%)	92.536 (16,7%)
15-24 anos	18.028 (10,5%)	19.476 (11,1%)	46.613 (12,1%)	43.891 (11,6%)	64.641 (11,6%)	63.367 (11,5%)
25-64 anos	91.012 (53,1%)	97.015 (55,4%)	213.226 (55,3%)	215.654 (57,1%)	304.238 (54,6%)	312.669 (56,5%)
> 65 anos	38.098 (22,2%)	32.742 (18,7%)	68.905 (17,9%)	51657 (13,7%)	107.003 (19,2%)	84.399 (15,3%)
Total	171.500	175.136	385.654	377.835	557.154	552.971

Adaptado de https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html com dados colhidos a 04-01-2022

APÊNDICE D5 - Gráfico – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra comparativamente a População em Portugal Continental por grupo etário em 2021

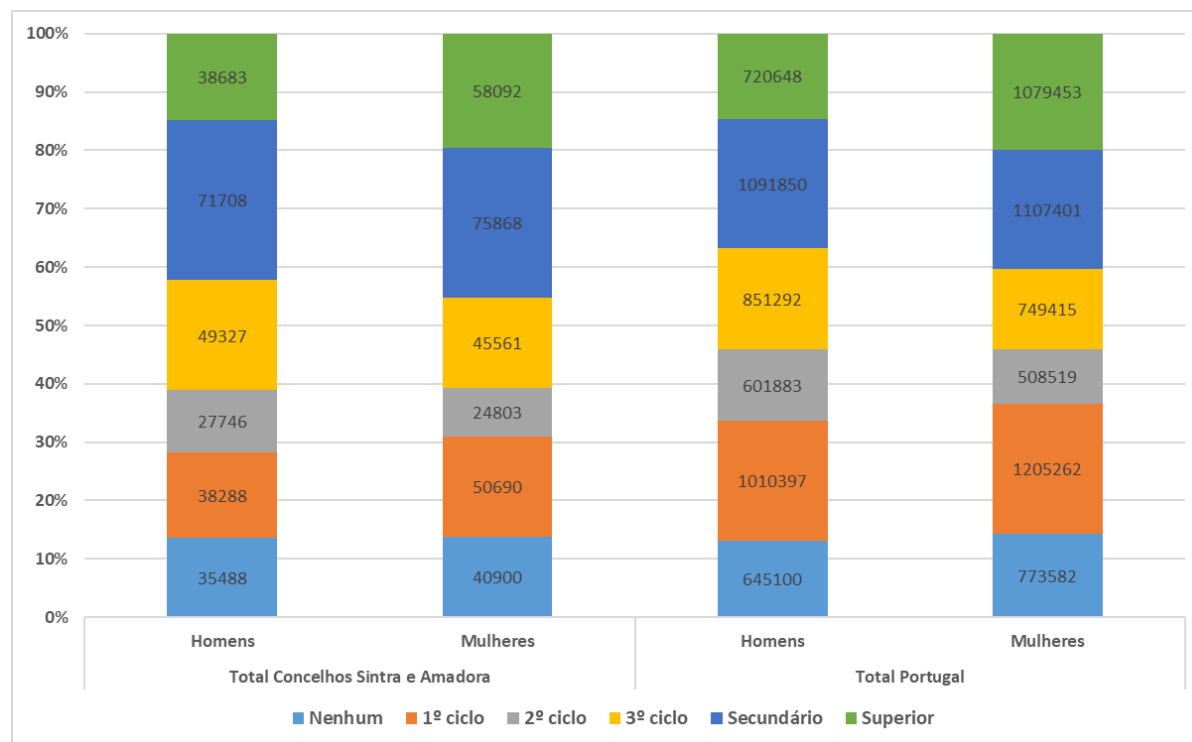


APÊNDICE D6 - Tabela – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra por níveis de ensino entre 2011 e 2021

	Amadora		Sintra		Total	
	2021	2011	2021	2011	2021	2011
Nenhum	24.790 (14,5%)	30.024 (17,1%)	51.598 (13,4%)	63.891 (16,9%)	76.388 (13,7%)	93.915 (17,0%)
1º ciclo	30.411 (17,7%)	41.213 (23,5%)	58.567 (15,2%)	74.452 (19,7%)	88.978 (16,0%)	115.665 (20,9%)
2º ciclo	15.550 (9,1%)	20.572 (11,7%)	36.999 (9,6%)	49.848 (13,2%)	52.549 (9,4%)	70.420 (12,7%)
3º ciclo	27.183 (15,9%)	30.987 (17,7%)	67.705 (17,6%)	76.484 (20,2%)	94.888 (17,0%)	107.471 (19,4%)
Secundário	41.515 (24,2%)	30.066 (17,2%)	106.061 (57,5%)	70.934 (18,8%)	147.576 (26,5%)	101.000 (18,3%)
Superior	32.051 (18,7%)	22.274 (12,7%)	64.724 (16,8%)	42.226 (11,2%)	96.775 (17,4%)	64.500 (11,7%)
Total	171.500	175.136	385.654	377.835	557.154	552.971

Adaptado de https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html com dados colhidos a 04-01-2022

APÊNDICE D7 - Gráfico – Variação da população residente dos Concelhos de Amadora e Sintra comparativamente a População em Portugal Continental por níveis de ensino em 2021



APÊNDICE D8- Tabela – Distribuição das Inscrições nos Cuidados de Saúde Primários no Concelho de Sintra em maio 2022

	População 2021 ⁽¹⁾	Impacto Admissões Pouco Urgentes no SU do HFF ⁽²⁾		Centros Saúde	Total de Utentes ⁽³⁾	Total Sem médico ⁽³⁾	Comentários
		2020	2021				
Algueirão-Mem Martins	68.654 (17,8%)	10.620 admissões (16,6%) 5.017 pouco ou não urgentes (47,2%)	11.886 admissões (16,3%) 5.794 pouco ou não urgentes (48,7%)	UCSP Algueirão	41.820	31.526 (75,4%)	Tem atendimento complementar
				UCF Tapada das Mercês	9.210	3 (0,0%)	É USF-B
				USF Natividade	8.984	1.958 (21,8%)	
Queluz e Belas	52.417 (13,6%)	11.431 admissões (17,9%) 5.983 pouco ou não urgentes (52,3%)	13.040 admissões (17,9%) 7006 pouco ou não urgentes (53,7%)	USF Queluz	11.714	1.206 (10,3%)	
				USF Dona Maria I	10.375	6 (0,1%)	
				USF Monte da Luz	15.516	2 (0,0%)	
Casal de Cambra	13.348 (3,5%)	1.812 admissões (2,8%) 928 pouco ou não urgentes (51,2%)	2272 admissões (3,1%) 1202 pouco ou não urgentes (52,9%)	UCSP Casal de Cambra	12.533	7.257 (57,9%)	
Massamá e Monte Abrão	47.811 (12,4%)	8.236 admissões (12,9%) 4.323 pouco ou não urgentes (52,5%)	9487 admissões (13,0%) 4933 pouco ou não urgentes (52,0%)	UCSP Belas	32.038	21.392 (66,8%)	Tem atendimento complementar
				USF Mactamã	21.493	11 (0,1%)	É USF-B
				USF Mãe Água	9.513	6 (0,1%)	
Aqualva e Mira-Sintra	41.327 (10,7%)	8.043 admissões (12,6%) 4.280 pouco ou não urgentes (53,2%)	9475 admissões (13,0%) 1482 pouco ou não urgentes (44,0%)	UCSP Aqualva	28.326	23.117 (81,6%)	Tem atendimento complementar
				USF São Marcos	12.835	0 (0,0%)	É USF-B
				USF Mira Sintra	6.141	4.349 (70,8%)	
Cacem e São Marcos	39.693 (10,3%)	7.015 admissões (11,0%) 3.737 pouco ou não urgentes (53,3%)	7464 admissões (10,2%) 4137 pouco ou não urgentes (55,4%)	UCSP Olival	18.796	13.368 (71,1%)	
				USF Flor de Lotus	12.790	1.746 (13,7%)	

	População 2021 ⁽¹⁾	Impacto Admissões Pouco Urgentes no SU do HFF ⁽²⁾		Centros Saúde	Total de Utentes ⁽³⁾	Total Sem médico ⁽³⁾	Comentários
		2020	2021				
Rio de Mouro	49.493 (12,8%)	7.416 admissões (11,6%) 4.280 pouco ou não urgentes (50,8%)	8238 admissões (11,3%) 4101 pouco ou não urgentes (49,8%)	UCSP Rio de Mouro	18.758	14 (0,1%)	Tem atendimento complementar
				USF AlphaMouro	18.070	21 (0,1%)	É USF-B
				USF AlbaSaúde	9.465	2.865 (30,3%)	
Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	17.266 (4,5%)	2.747 admissões (4,3%) 1.186 pouco ou não urgentes (43,2%)	3365 admissões (4,6%) 1545 pouco ou não urgentes (45,9%)	UCSP Almargem do Bispo	6.621	1.415 (21,4%)	
				USF Lapias	11.677	3.168 (27,1%)	
São João das Lampas e Terrugem	17.994 (4,7%)	2.370 admissões (3,7%) 985 pouco ou não urgentes (41,6%)	2893 admissões (4,0%) 1194 pouco ou não urgentes (41,3%)	UCSP Terrugem / São João das Lampas	8.101	6.367 (78,6%)	
				USF Terra	8.316	1.717 (20,6%)	
Colares	7.746 (2,0%)	919 admissões (1,4%) 357 pouco ou não urgentes (38,8%)	1110 admissões (1,5%) 441 pouco ou não urgentes (39,7%)	USF Colares	6.991	1.635 (23,4%)	
Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	29.907 (7,8%)	3.255 admissões (5,1%) 1.379 pouco ou não urgentes (42,4%)	3676 admissões (5,0%) 1502 pouco ou não urgentes (40,9%)	USF Cynthia	15.446	880 (5,7%)	Tem atendimento complementar
				USF Monte da Lua	9.394	1 (0,0%)	É USF-B
TOTAL SINTRA	385.654	63.911 admissões 31.972 pouco ou não urgentes (50%)	72.928 admissões 36.985 pouco ou não urgentes (51%)	Total	364.923	124.030 (34,0%)	

Legenda

UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados

USF – Unidade Saúde Familiar

(1) Adaptado de https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html com dados colhidos a 10-05-2022

(3) Adaptado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30030/Pages/default.aspx> com dados colhidos a 06-05-2022 do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)

APÊNDICE D9 - Figura – Distribuição das Inscrições nos Cuidados de Saúde Primários no Concelho de Amadora em maio 2022

	População 2021 ⁽¹⁾	Impacto Admissões Pouco Urgentes no SU do HFF ⁽²⁾		Centros Saúde	Total de Utentes ⁽³⁾	Total Sem médico ⁽³⁾	Comentários
		2020	2021				
Mina de Água	42.965 (25,1%)	8.428 admissões (25,5%) 4.511 pouco ou não urgentes (53,5%)	9.629 admissões (26,0%) 5.284 pouco ou não urgentes (54,9%)	USF Ribeiro Sanches	13.005	1.382 (10,6%)	
Encosta do Sol	27.115 (15,8%)	5.378 admissões (16,3%) 2.970 pouco ou não urgentes (55,2%)	5.631 admissões (15,2%) 3.124 pouco ou não urgentes (55,5%)	UCSP Brandoa	26.152	17.242 (65,9%)	
Falagueira – Venda Nova	20.792 (12,1%)	4.627 admissões (14,0%) 2.365 pouco ou não urgentes (51,1%)	5.380 admissões (14,5%) 2.777 pouco ou não urgentes (51,6%)	USF Amato Lusitano	13.945	0 (0,0%)	É uma USF-B
				USF Venda Nova	14.634	2.430 (16,6%)	
Venteira	26.176 (15,3%)	5.019 admissões (15,2%) 2.634 pouco ou não urgentes (52,5%)	5.875 admissões (15,9%) 3.097 pouco ou não urgentes (52,7%)	UCSP Amadora	33.520	28.423 (84,8%)	
				USF Arco-Íris	14.343	0 (0,0%)	É uma USF-B
Alfragide	16.840 (9,8%)	2.475 admissões (7,5%) 1.221 pouco ou não urgentes (49,3%)	2.683 admissões (7,2%) 1.347 pouco ou não urgentes (50,2%)	UCSP António Arnaut	8.965	7.415 (82,7%)	
				USF Águas Livres	15.371	1 (0,0%)	Serve Freguesias de Alfragide e Águas Livres
Águas Livres	37.612 (21,9%)	7.004 admissões (21,2%) 3.601 pouco ou não urgentes (51,4%)	7.832 admissões (21,1%) 4.130 pouco ou não urgentes (52,7%)	USF Alma Mater	20.230	1 (0,0%)	É uma USF-B
				USF Conde da Lousã	17.126	2 (0,0%)	É uma USF-B
TOTAL AMADORA	171.500	32.994 admissões 17.348 pouco ou não urgentes (52,6%)	37.046 admissões 19.767 pouco ou não urgentes (53,4%)	Total	177.291	56.896 (32,1%)	

Legenda

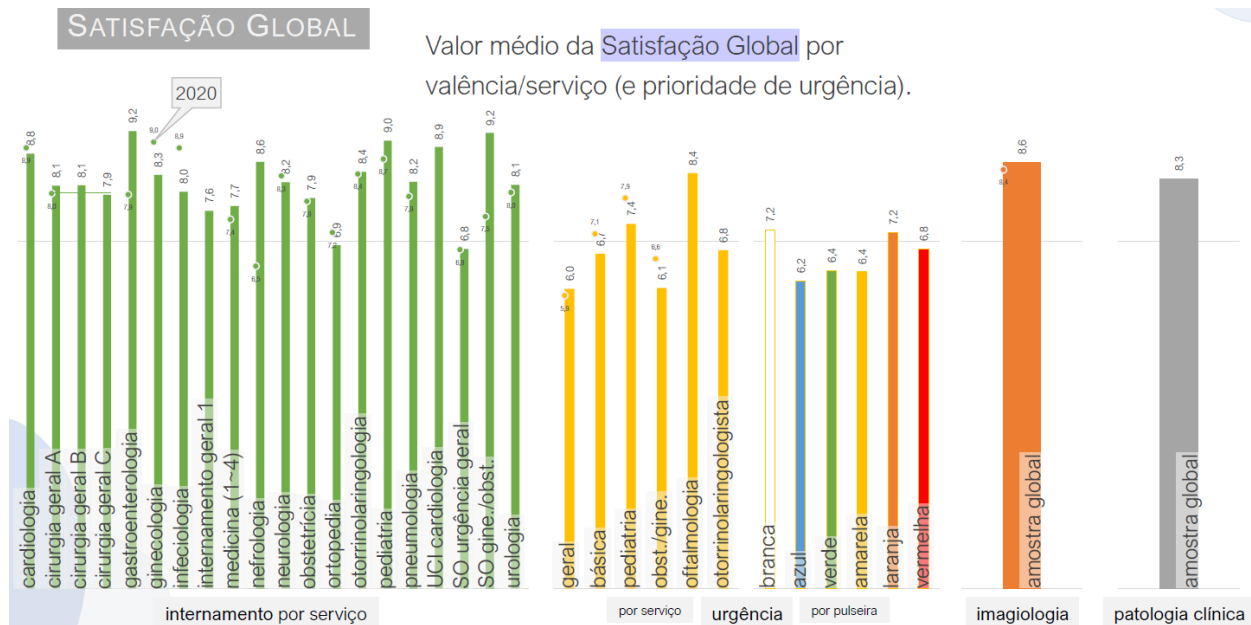
UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados

USF – Unidade Saúde Familiar

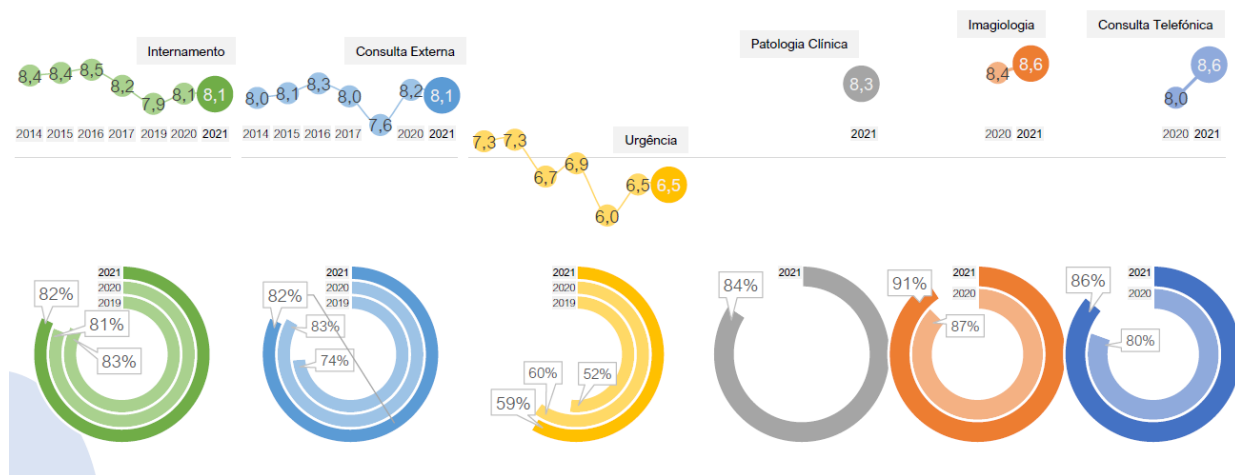
(1) Adaptado de https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html com dados colhidos a 10-05-2022

(3) Adaptado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30030/Pages/default.aspx> com dados colhidos a 06-05-2022 do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)

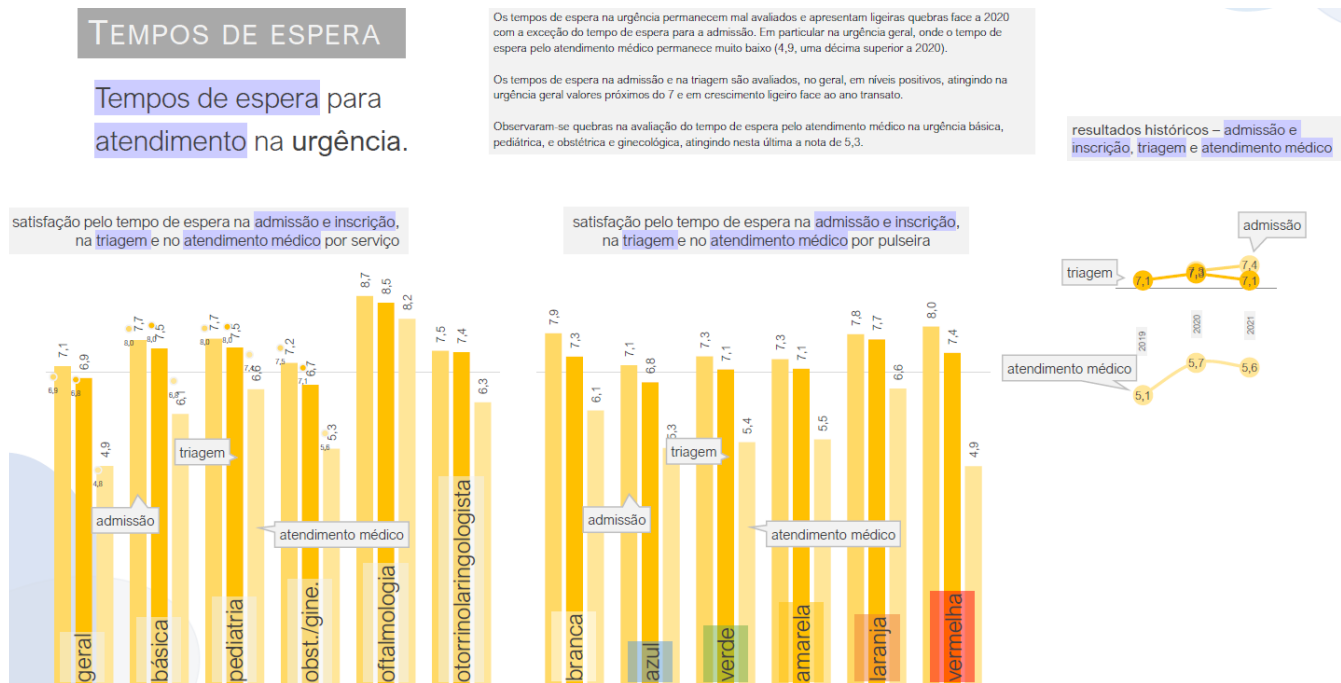
ANEXO D10 - Figura - Satisfação global dos utentes do HFF (<https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/HFF-Relatorio-Avaliação-Satisfação-2021.pdf> acedido a 02-01-2022)



ANEXO D11 --Figura - NPS por estratificações retirado de Relatório Satisfação HFF (<https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/HFF-Relatorio-Avaliação-Satisfação-2021.pdf> acedido a 02-01-2022)



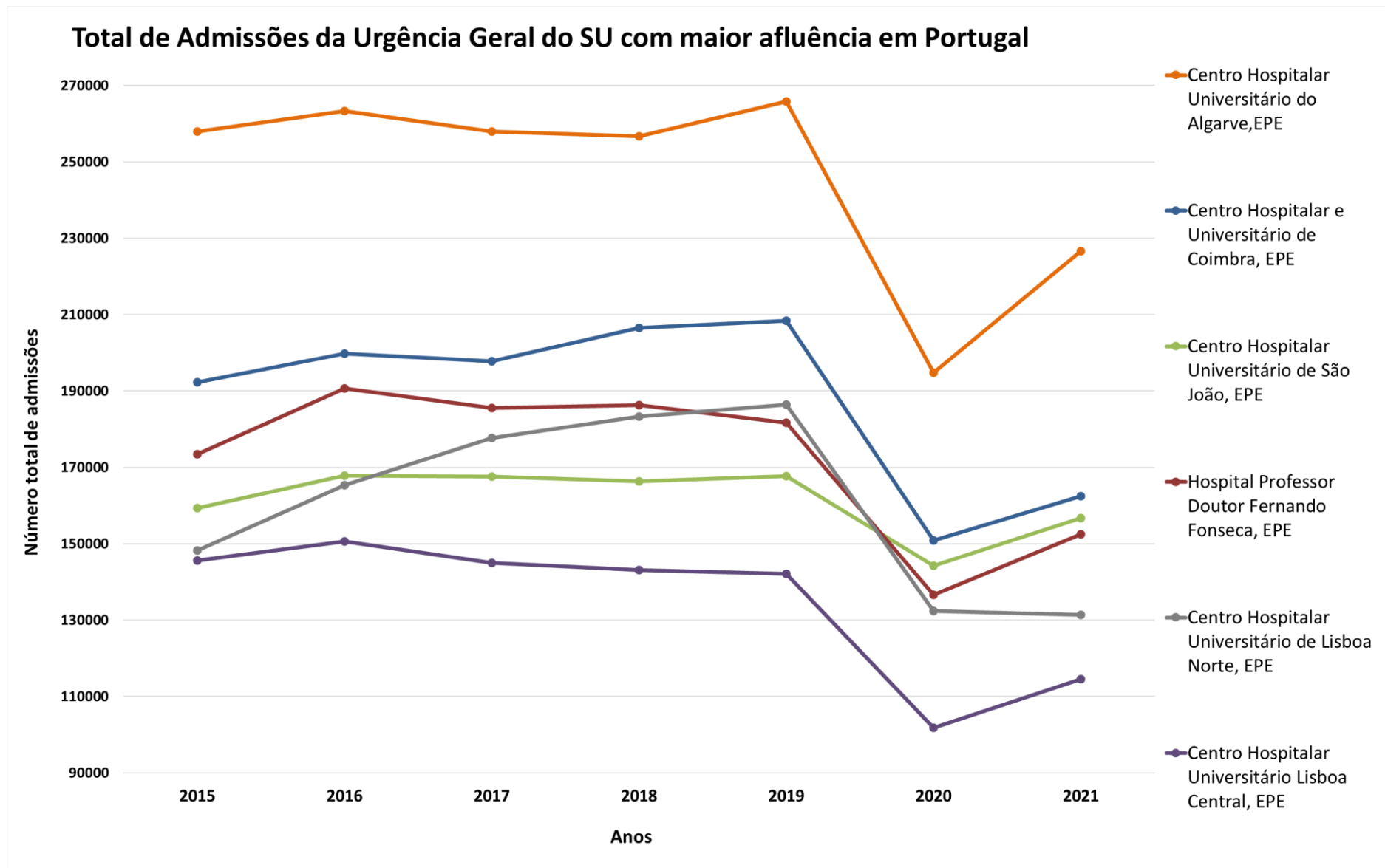
ANEXO D12 - Figura – Tempos de espera para atendimento na urgência de Relatório de Satisfação (<https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/HFF-Relatorio-Avaliação-Satisfação-2021.pdf> acedido a 02-01-2022)



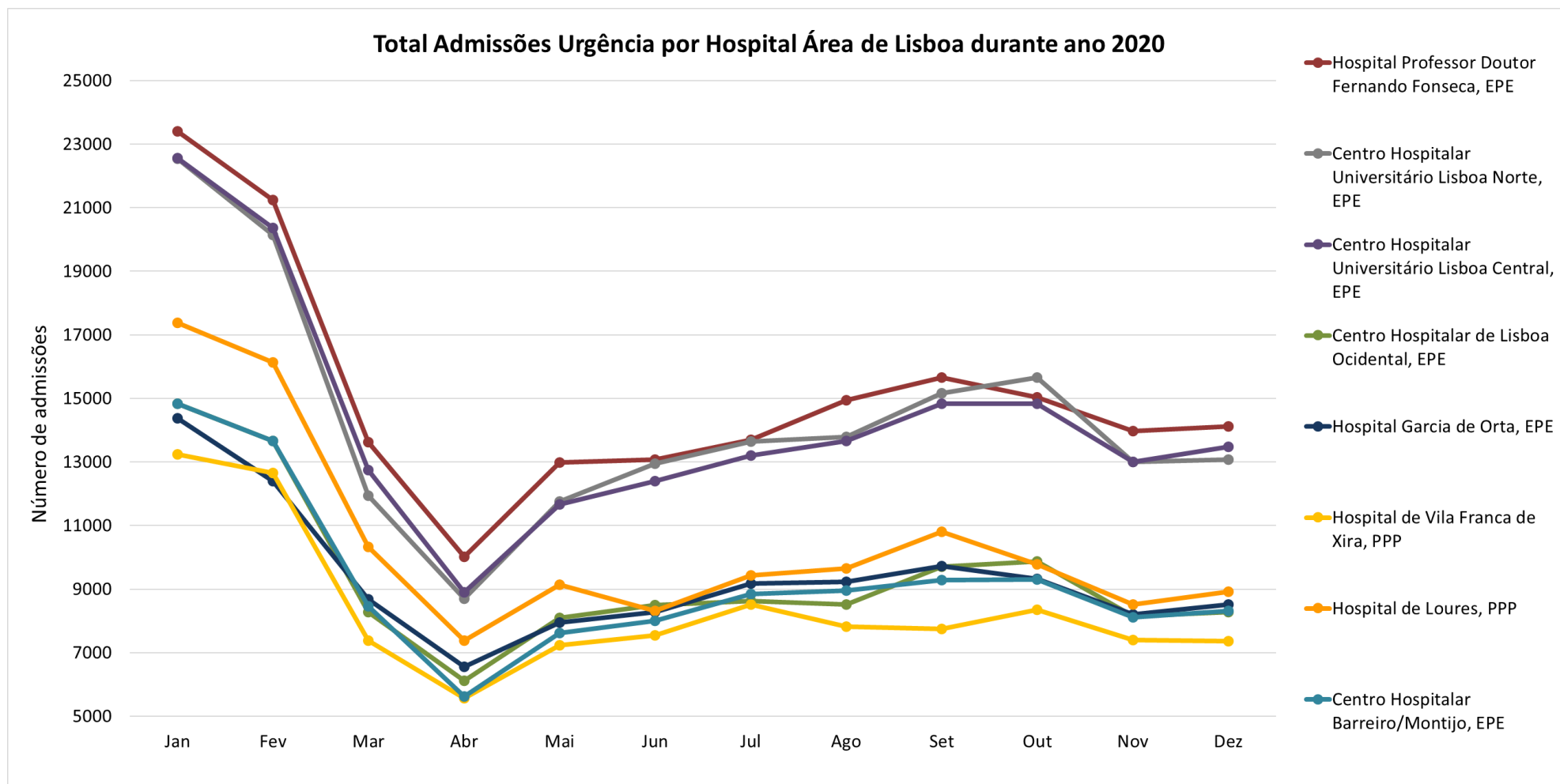
ANEXO D13 - Figura – Forma e Clareza na Alta na urgência de Relatório de Satisfação de utente do HFF (<https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/HFF-Relatorio-Avaliação-Satisfação-2021.pdf> acedido a 02-01-2022)



APÊNDICE D14 - Gráfico – Total de Admissões dos Serviço de Urgência Adultos com maior afluência em Portugal

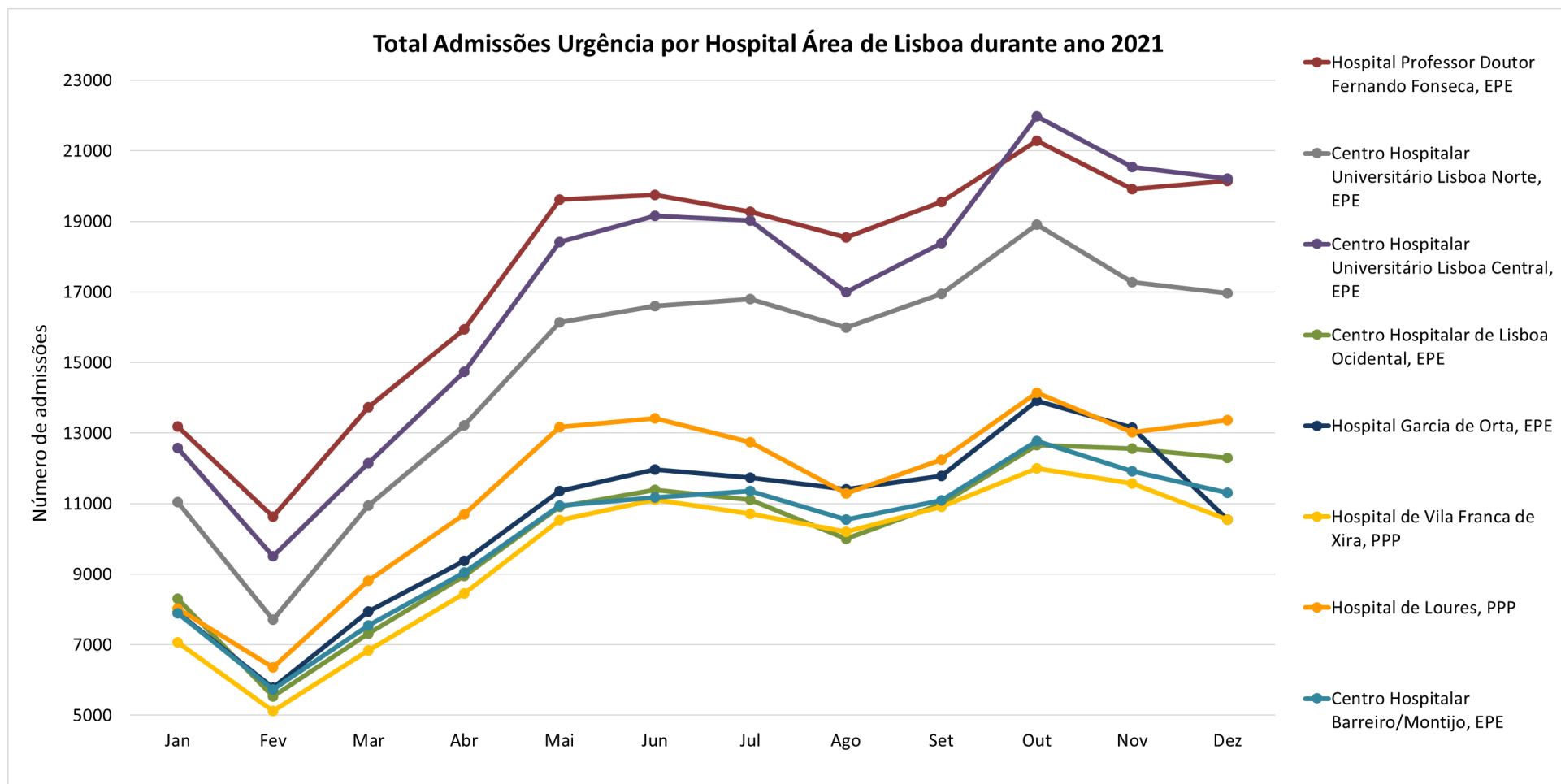


APÊNDICE D15 - Gráfico – Total Admissões Urgência Geral por Hospital Área de Lisboa durante o ano de 2020



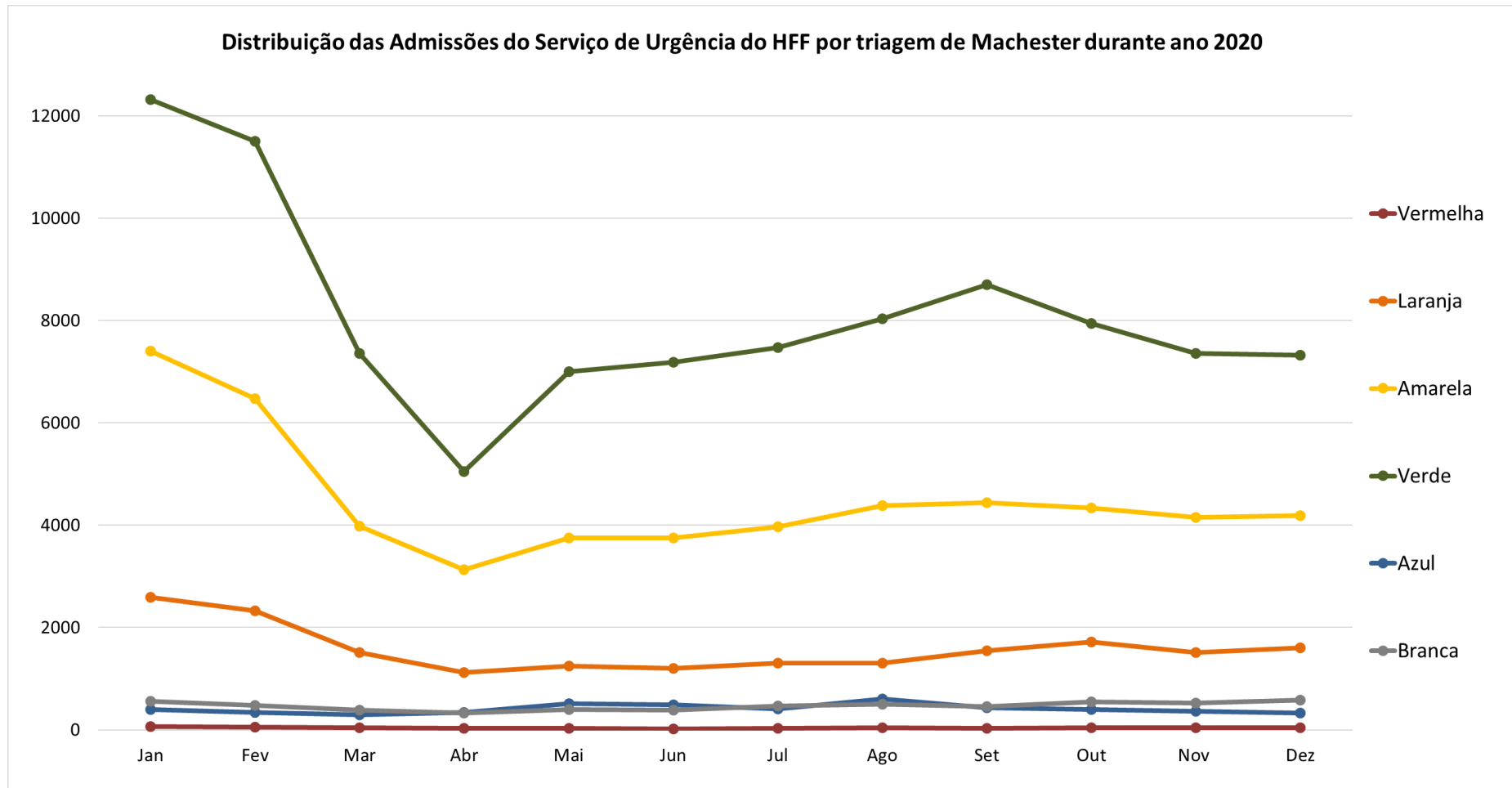
Adaptado de <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> e <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/> com dados colhidos a 04-02-2022

APÊNDICE D16 - Gráfico – Total Admissões Urgência Geral por Hospital Área de Lisboa durante o ano de 2021



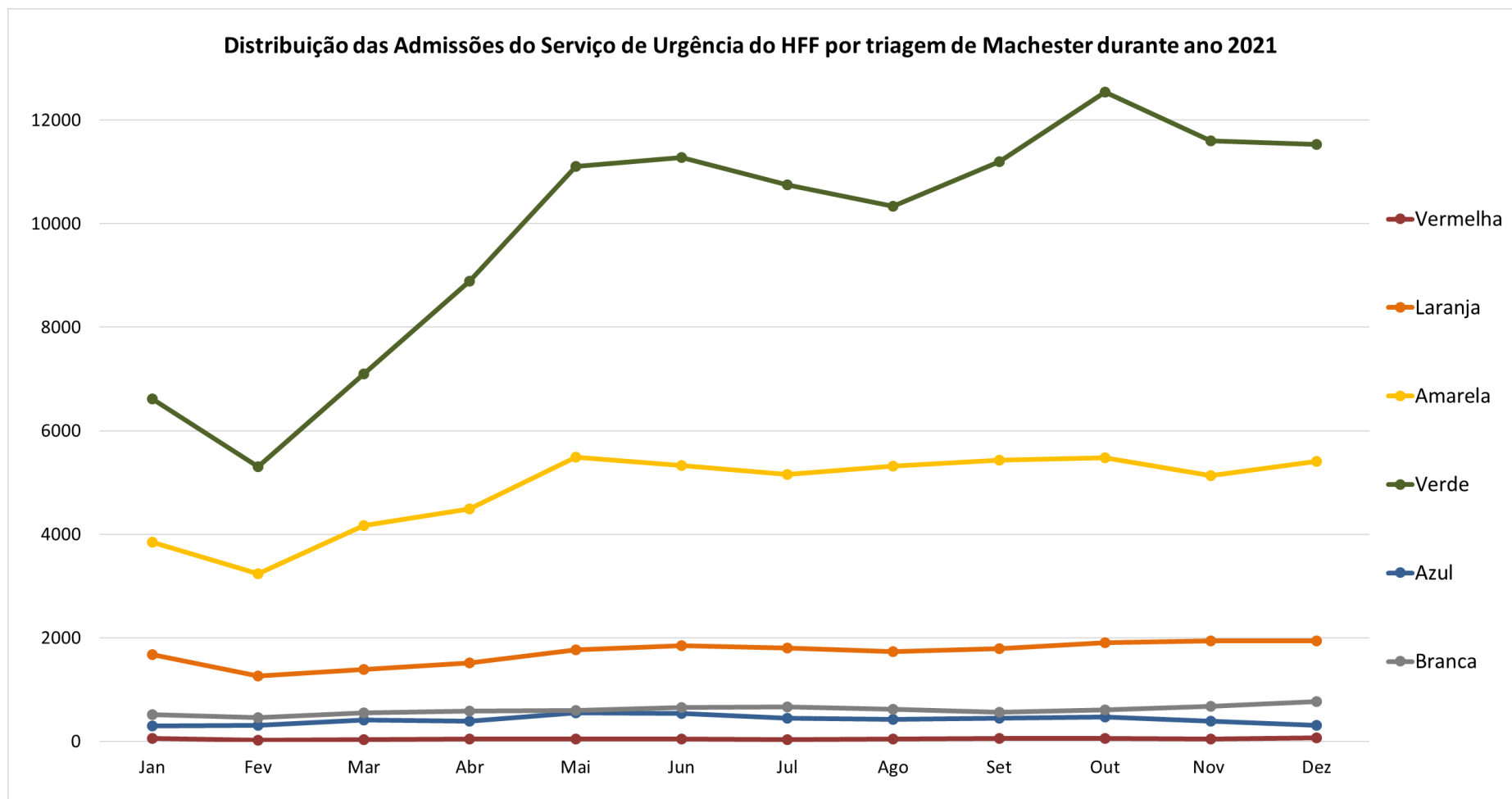
Adaptado de <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> e <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/> com dados colhidos a 04-02-2022

APÊNDICE D17 - Gráfico – Distribuição das Admissões no Serviço de Urgência do HFF por triagem Manchester durante o ano 2020



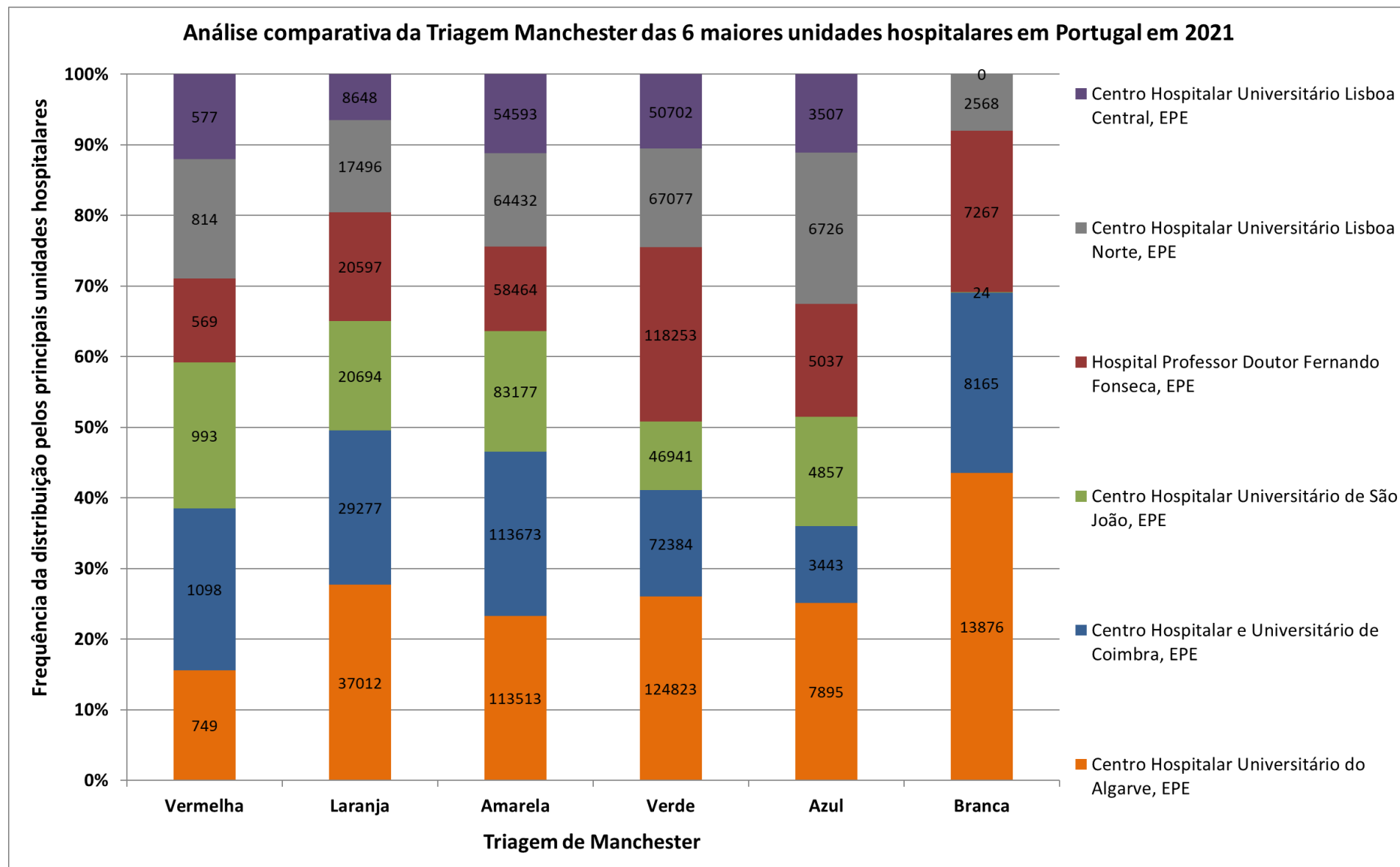
Adaptado de <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> e <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/> com dados colhidos a 04-02-2022

APÊNDICE D18 - Gráfico – Distribuição das Admissões no Serviço de Urgência do HFF por triagem Manchester durante o ano 2021



Adaptado de <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> e <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/> com dados colhidos a 04-02-2022

APÊNDICE D19 Gráfico - Análise comparativa da Triagem Manchester por Hospital da Área metropolitana de Lisboa em 2021



Adaptado de <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> e <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/> com dados colhidos a 04-02-2022

APÊNDICE D20 Tabela - Análise comparativa dos Indicadores de produção e de rácios de eficiência das 6 unidades hospitalares com maior número de admissões da urgência em Portugal em 2020

	CH Universitário do Algarve, EPE	CH e Universitário de Coimbra, EPE	CH Universitário de São João, EPE	Hospital Fernando Fonseca, EPE	CH Universitário Lisboa Norte, EPE	CH Universitário de Lisboa Central, EPE
Número Total de Atendimentos de Urgência	254.602	211.197	204.113	181.743	172.371	171.675
% Atendimentos Urgentes com Internamento	8,2%	13,8%	9,6%	9,4%	11,6%	14,0%
% Atendimentos com Prioridade Verde/Azul/Branca	46,8%	31,2%	34,5%	59,5%	49,0%	48,3%
% de Utilizadores Frequentes com mais de 4 episódios	5,3%	4,0%	2,6%	2,6%	2,3%	4,1%
% de Episódios Atendidos dentro do Tempo Previsto	80,0%	77,4%	68,7%	64,7%	99,6%	71,7%

Legenda: CH – Centro Hospitalar

Adaptado de <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> e <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/> com dados colhidos a 04-02-2022

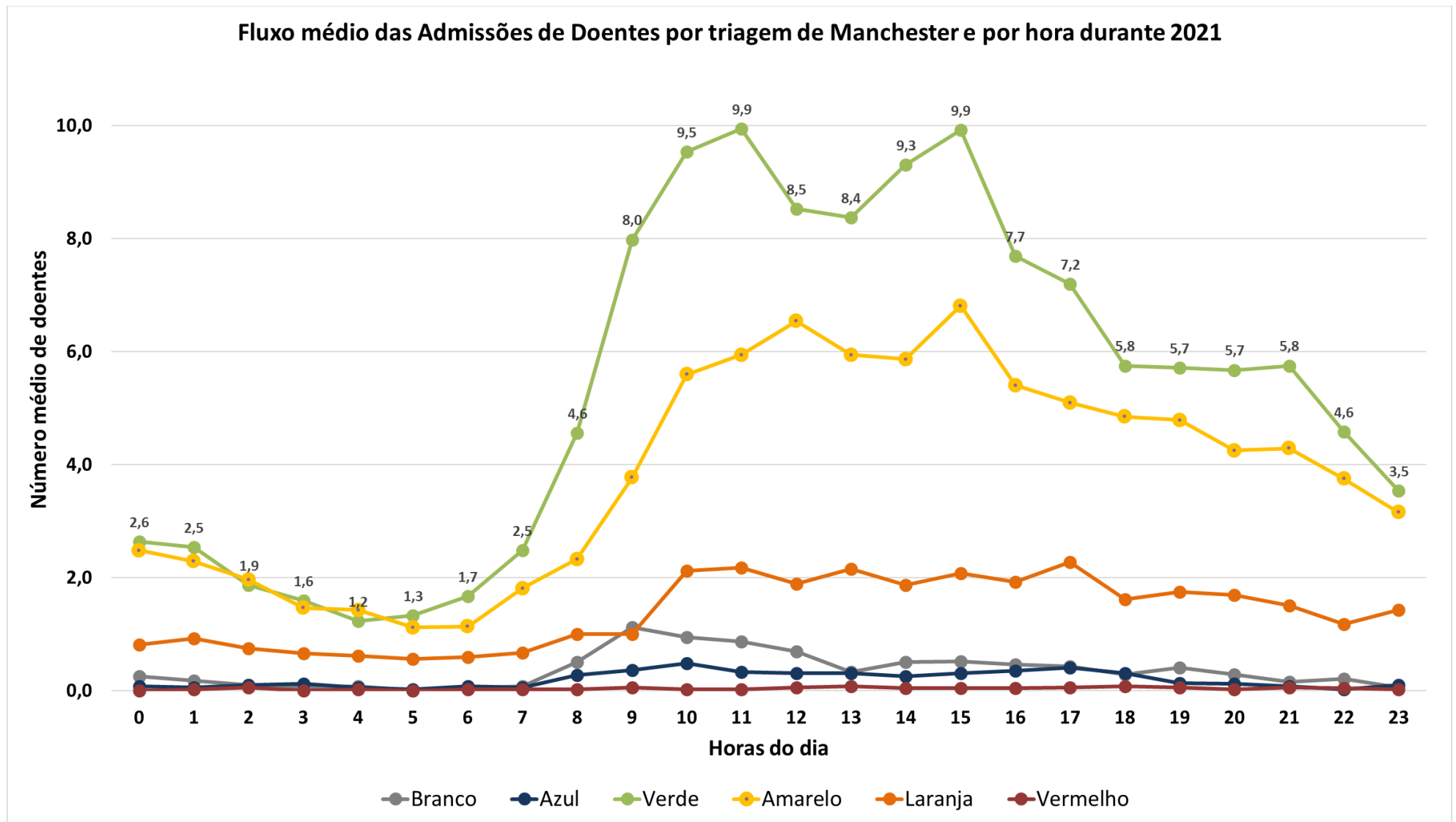
APÊNDICE D21 - Tabela - Análise comparativa dos Indicadores de produção e de rácios de eficiência das 6 unidades hospitalares com maior número de admissões da urgência em Portugal em 2021

	CH Universitário do Algarve, EPE	CH e Universitário de Coimbra, EPE	CH Universitário de São João, EPE	Hospital Fernando Fonseca, EPE	CH Universitário Lisboa Norte, EPE	CH Universitário de Lisboa Central, EPE
Número Total de Atendimentos de Urgência	299.375	235.002	234.704	211.609	178.599	203.749
% Atendimentos Urgentes com Internamento	7,7%	13,0%	8,7%	8,8%	11,4%	12,3%
% Atendimentos com Prioridade Verde/Azul/Branca	49,2%	36,9%	33,1%	62,1%	48,0%	46,1%
% de Utilizadores Frequentes com mais de 4 episódios	4,6%	4,4%	3,2%	3,1%	2,4%	12,6%
% de Episódios Atendidos dentro do Tempo Previsto	74,2%	76,9%	62,9%	64,8%	99,6%	80,9%

Legenda: CH – Centro Hospitalar

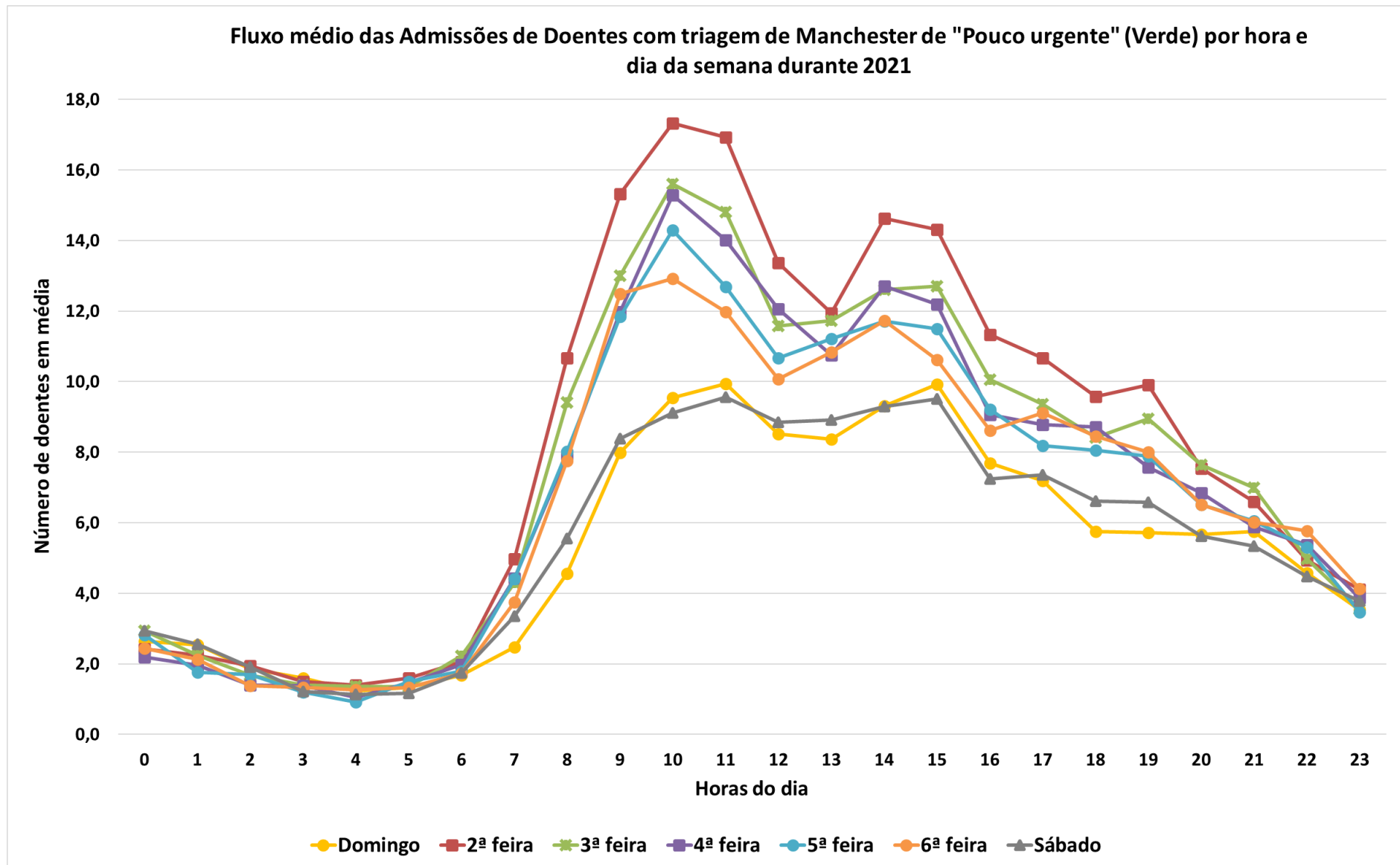
Adaptado de <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> e <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/> com dados colhidos a 04-02-2022

APÊNDICE D22 Gráfico - Fluxo médio das Admissões de Doentes por triagem de Manchester e por hora durante 2021. Sinalizado no gráfico o valor médio dos doentes triados como pouco urgente (verde).



Adaptado de dados colhidos a 20-01-2022 do sistema informático *Soarian* pelo Serviço Planeamento e Controlo de Gestão do HFF.

APÊNDICE D23- Gráfico - Fluxo médio das Admissões de Doentes com triagem de Manchester de "Pouco urgente" (Verde) por hora e dia da semana durante 2021.



Adaptado de dados colhidos a 20-01-2022 do sistema informático *Soarian* pelo Serviço Planeamento e Controlo de Gestão do HFF.

APÊNDICE E – ANÁLISE INTERNA DO HFF

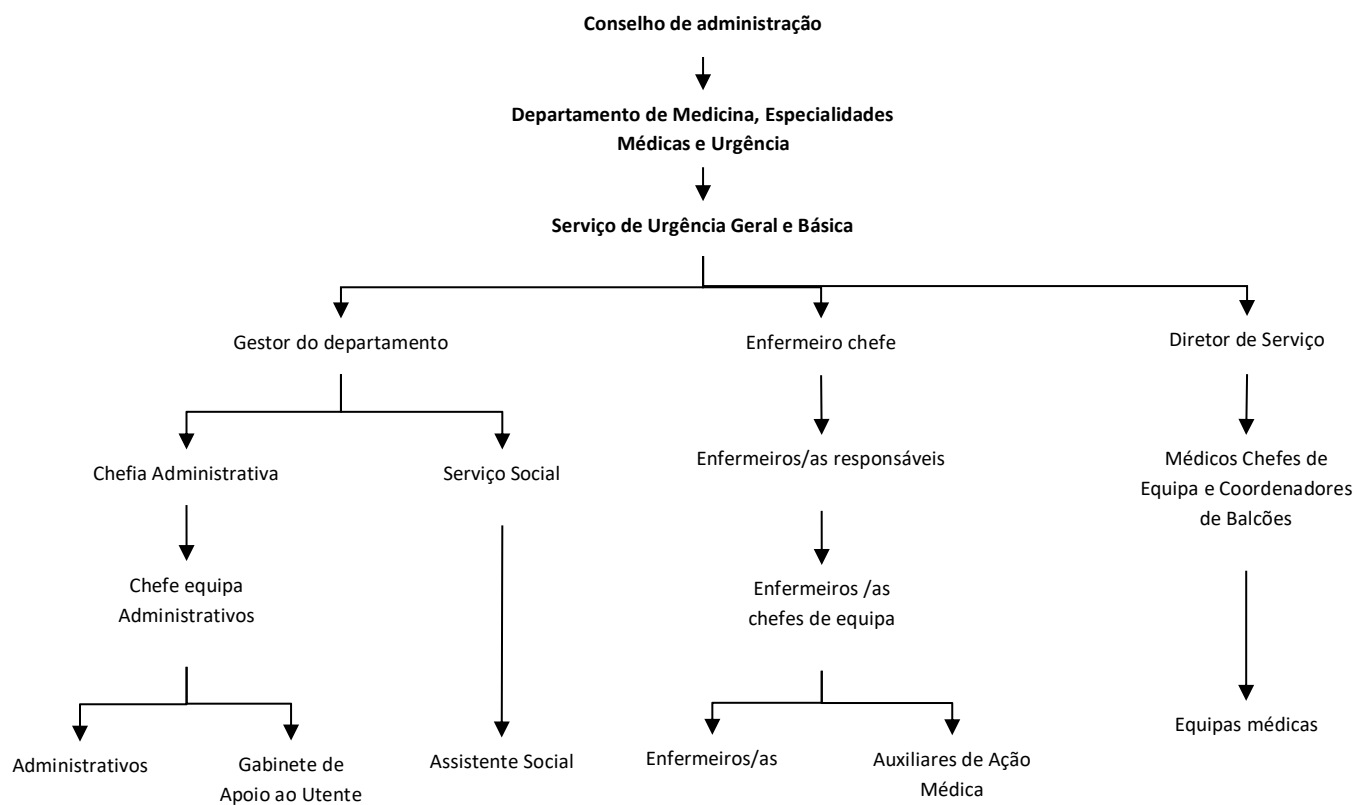
APÊNDICE E1 - Tabela - Organização clínica do HFF

Organização clínica do HFF			
Especialidades	Anatomia Patológica	Medicina Interna (3 serviços)	
	Anestesiologia	Medicina Intensiva	
	Cardiologia	Nefrologia	
	Cirurgia Geral	Neurologia	
	Cirurgia Maxilo-Facial	Neurorradiologia	
	Cirurgia Pediátrica	Obstetrícia	
	Cirurgia Plástica e Reconstructiva	Oftalmologia	
	Endocrinologia	Oncologia	
	Gastroenterologia	Ortopedia	
	Ginecologia	Otorrinolaringologia	
	Imagiologia	Patologia Clínica	
	Imunoalergologia	Pediatria	
	Imunohemoterapia	Pneumologia	
	Infeciologia	Psiquiatria	
	Medicina Desportiva	Urologia	
	Medicina Física e de Reabilitação		
Unidades	Unidade de Técnicas Especiais	Unidade de Técnicas de Pneumologia (UTP)	
		Unidade de Técnicas de Gastroenterologia (UTG)	
		Unidade de Hemodiálise (Nefrologia)	
	Unidades de cuidados especiais	Nível II	Unidade de Alta Dependência (UAD)
			Unidade de Cuidados Intensivos II
		Nível III	Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE)
			Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)
		Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)	
		Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	
	Outras unidades	Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)	
Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA)			
Unidade de Doenças Imunomediadas Sistêmicas (UDIMS)			
Unidade de Dor			
Unidade Integrada de Diabetes			
	Unidade de Pedopsiquiatria		

Organização clínica do HFF

Organização clínica do HFF									
Hospitais de Dia	<p style="text-align: center;">Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Hospital de Dia de Infeciologia</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Hospital de Dia de Psiquiatria</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Hospital de Dia de Imunohemoterapia</td> <td style="padding: 5px;">Hospital de Dia de Oncologia</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Hospital de Dia Polivalente</td> <td style="padding: 5px;">Hospital de Dia de Pediatria</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Hospital de Dia de Urologia</td> <td></td> </tr> </table>	Hospital de Dia de Infeciologia	Hospital de Dia de Psiquiatria	Hospital de Dia de Imunohemoterapia	Hospital de Dia de Oncologia	Hospital de Dia Polivalente	Hospital de Dia de Pediatria	Hospital de Dia de Urologia	
Hospital de Dia de Infeciologia	Hospital de Dia de Psiquiatria								
Hospital de Dia de Imunohemoterapia	Hospital de Dia de Oncologia								
Hospital de Dia Polivalente	Hospital de Dia de Pediatria								
Hospital de Dia de Urologia									
Urgências	<p>Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> Urgência Geral Urgência Pediátrica Urgência Obstétrica/Ginecológica Urgência Básica (extra-hospitalar - Mem-Martins) 								
Estruturas de apoio clínico e administrativo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Centro de Documentação e Arquivo / Biblioteca Centro de Tecnologias de Informação Comissão de Controlo de Infeção <ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) ➤ Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA) Comissão de Ética Comissão de Farmácia e Terapêutica Comissão Hospitalar de Doação de Órgãos Comissão de Transfusão Hospitalar </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Comissão de Coordenação Oncológica Comissão de Normalização de Consumíveis Conselho de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica Comissão de Reanimação Departamento do Internato Médico Equipa de Gestão de Altas Equipa de Gestão de Camas Farmácia Hospitalar Gabinete de Gestão de Risco Serviço de Ação Social </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> Centro de Documentação e Arquivo / Biblioteca Centro de Tecnologias de Informação Comissão de Controlo de Infeção <ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) ➤ Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA) Comissão de Ética Comissão de Farmácia e Terapêutica Comissão Hospitalar de Doação de Órgãos Comissão de Transfusão Hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> Comissão de Coordenação Oncológica Comissão de Normalização de Consumíveis Conselho de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica Comissão de Reanimação Departamento do Internato Médico Equipa de Gestão de Altas Equipa de Gestão de Camas Farmácia Hospitalar Gabinete de Gestão de Risco Serviço de Ação Social 						
<ul style="list-style-type: none"> Centro de Documentação e Arquivo / Biblioteca Centro de Tecnologias de Informação Comissão de Controlo de Infeção <ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) ➤ Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA) Comissão de Ética Comissão de Farmácia e Terapêutica Comissão Hospitalar de Doação de Órgãos Comissão de Transfusão Hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> Comissão de Coordenação Oncológica Comissão de Normalização de Consumíveis Conselho de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica Comissão de Reanimação Departamento do Internato Médico Equipa de Gestão de Altas Equipa de Gestão de Camas Farmácia Hospitalar Gabinete de Gestão de Risco Serviço de Ação Social 								

APÊNDICE E2 -Figura - Organograma hierárquico ou estrutura organizacional do SUG do HFF



APÊNDICE E3 - Tabela - Missão, objetivos e normas gerais do SUG do HFF conforme consta no Regulamento

Missão, objetivos e normas gerais do SUG do HFF
Missão
Prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes aos doentes em todas as situações enquadradas nas definições de Urgência Médico-Cirúrgica, em articulação com os cuidados de saúde primários, bem como com os demais Hospitais integrados na rede do SNS, utilizando, adequadamente, os seus recursos humanos e materiais, em obediência aos princípios da qualidade, de efetividade e de eficiência. Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação de profissionais de saúde e de outros profissionais.
Objetivos do Serviço
<ol style="list-style-type: none">1) Prestar cuidados médicos e de enfermagem de qualidade que permitam o rápido e correto diagnóstico e tratamento das situações emergentes e urgentes dos doentes que a ele acorrem;2) Cumprir os tempos de espera recomendados pelo PTM para a 1ª observação clínica;3) Registrar um número de readmissões as 72 horas igual ou inferior a 6%;4) Registrar um número de doentes corretamente triados em percentagem superior a 90% das ocorrências;5) Garantir que não existem mais de 10 doentes em espera para triagem;6) Garantir que a demora media do episódio (1ª observação medica/decisão clínica) não ultrapasse o tempo de 4h;7) Garantir que não existem reclamações dos doentes / familiares /cuidadores com relevância clínica.
Normas gerais do Serviço
<ol style="list-style-type: none">1) Todo o doente observado no SUG tem de estar inscrito administrativamente;2) Todo o doente admitido no SUG tem de ser triado;3) Todos os MCDT devem respeitar as prioridades atribuídas pela triagem;4) Se for previsível que a demora do episódio ultrapasse 24h o doente deve ser internado nas zonas para o efeito;5) A decisão clínica deve ser fundamentada em protocolos clínicos;6) Todos os profissionais de saúde que não estejam fisicamente no SUG mas contactáveis devem responder após o contacto num prazo máximo de 15 minutos. Se, por questões da sua atividade, lhes for de todo impossível fazê-lo, devem solicitar a outro funcionário para o fazer, para avaliação do grau de urgência desse contacto;7) Os profissionais que fazem o contacto devem registar no processo clínico a hora a que foi efetuado;

- 8) A todo o doente com alta devem ser explicados com clareza, pelo medico, a nota de alta clínica e o receituário, devendo também ser portador dos MCDT disponíveis (exceto em situações de eventual implicação médico-legal);
- 9) Todas as cartas de referenciação devem ser respondidas pelo medico que atende o doente e devolvidas ao mesmo para encaminhamento ao seu medico assistente;
- 10) O acesso aos processos clínicos esta vedado a pessoas estranhas ao serviço (profissionais de saúde ou não) devendo ser solicitado a Direção Clínica do HFF;
- 11) Não e permitida a emissão de atestados médicos aos funcionários sem abertura de inscrição no SUG;
- 12) O SUG existe para tratamento dos doentes urgentes pelo que esta vedada a sua utilização para realização de atividade programada, devendo esta ser encaminhada para as áreas do hospital previstas para esse efeito;
- 13) Apos o horário normal de trabalho, a Direção do SUG e substituída pelas chefias das respetivas equipas.

APÊNDICE F – ENQUADRAMENTO DO CRI

APÊNDICE F1 – Tabela - Plano de ação – princípios básicos

Tabela - Princípios Básicos do Plano de Ação

(Conforme definido no artigo 8º da Portaria nº 330/2017 de 31 outubro)

1. A definição dos **objetivos estratégicos e operacionais**, as principais medidas a executar e dos resultados a alcançar no triénio
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:
 - as normas clínicas e processuais em vigor no Ministério da Saúde;
 - o cumprimento das disposições legais e contratuais aplicáveis, nomeadamente as respeitantes à regulação do acesso e à gestão de atividade assistencial contratada;
 - a obtenção da certificação da qualidade, através de auditorias internas e externas, até ao final do terceiro ano de atividade;
 - 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

APÊNDICE F2 – Tabela - Funções e objetivos chave do conselho de gestão

Objetivos chave do conselho de gestão do CRI-AR-HFF

(Conforme artigo 6º do Modelo de Regulamento Interno na Portaria nº 330/2017 de 31 outubro)

- Assegurar a atividade diária do CRI incluindo o cumprimento das normas e procedimentos respetivos;
- Assegurar as coordenações do CRI-AR-HFF;
- Promover a definição e/ou atualização de políticas e procedimentos para a prestação de cuidados;
- Participar na elaboração do plano anual de atividades do serviço e desenvolver, de forma articulada, as intervenções dos cuidados de saúde nele descritas;
- Elaborar o relatório de atividades do CRI-AR-HFF, realizando a avaliação crítica das intervenções de Medicina, Enfermagem e outras realizadas;
- Planear e concretizar intervenções que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados;
- Avaliar as intervenções de saúde e dinamizar a produção científica na equipa que lidera;
- Efetuar um relatório mensal de acordo com o modelo publicado pela ACSS

Funções do conselho de gestão

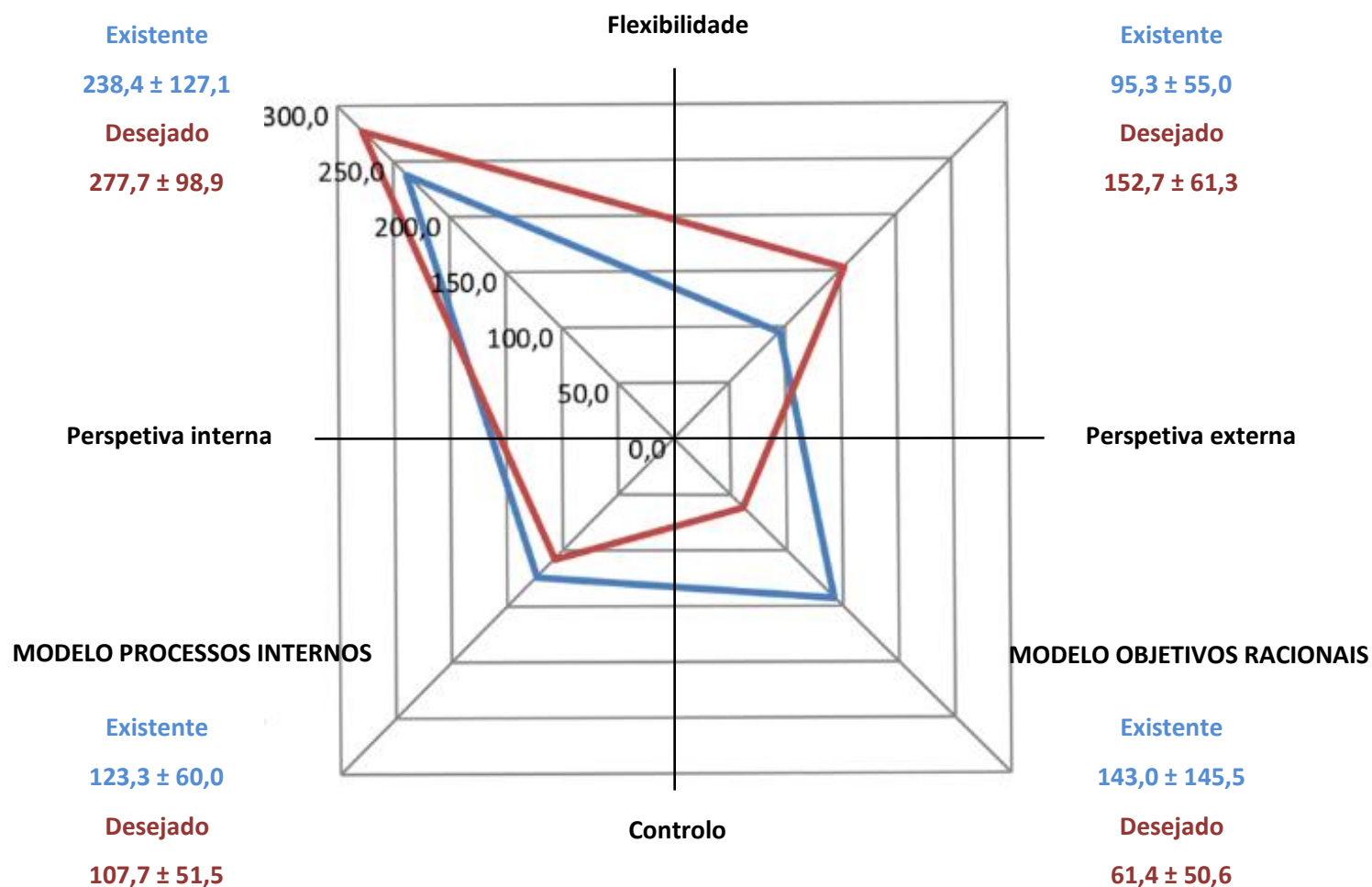
- Garantir o funcionamento e o cumprimento dos objetivos do CRI, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos;
- Promover a elaboração do plano de ação de acordo com os princípios orientadores do CRI;
- Garantir a utilização eficiente dos recursos disponíveis e com o compromisso assistencial que constitui a sua missão;
- Propor, negociar e assumir a responsabilidade pela execução do CP anual do CRI;
- Implementar um processo de governação clínica que contribua para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- Garantir a operacionalidade e eficácia dos processos de monitorização e controlo do desempenho;
- Apresentar ao CA, 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;
- Apresentar ao CA, anualmente e até final do mês de abril, um relatório de atividades, incluindo um relatório económico, referente ao ano anterior, obrigatoriamente publicado na página electrónica da instituição na internet e no portal do SNS;
- Garantir a qualidade dos registos e da comunicação relativa às diversas facetas da atividade clínica realizada no CRI

APÊNDICE G – ANÁLISE INTERNA DO SUG DO HFF

APÊNDICE G1 - Figura - Avaliação do modelo de gestão do SUG Adultos do HFF pela equipa médica

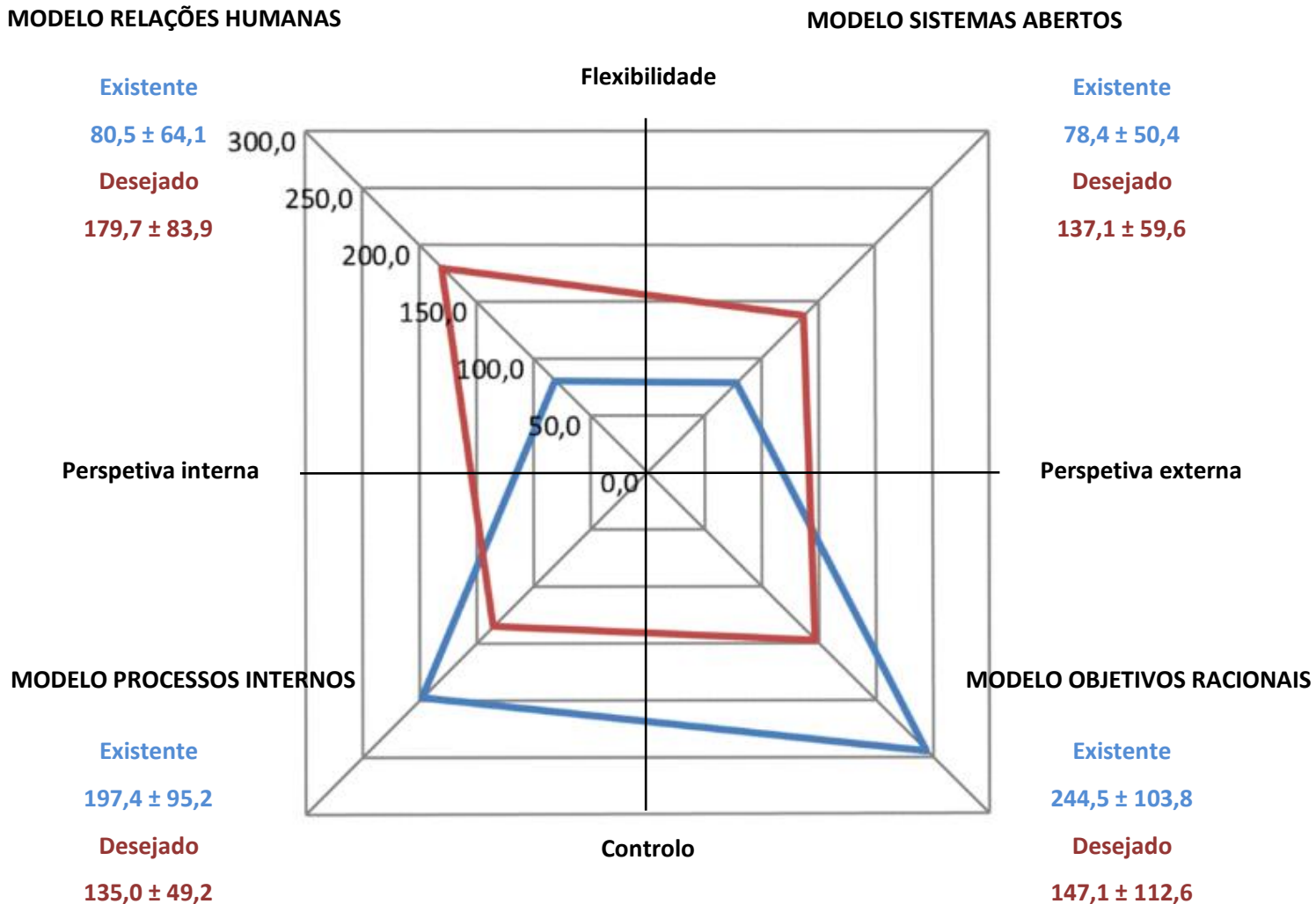
MODELO RELAÇÕES HUMANAS

MODELO SISTEMAS ABERTOS



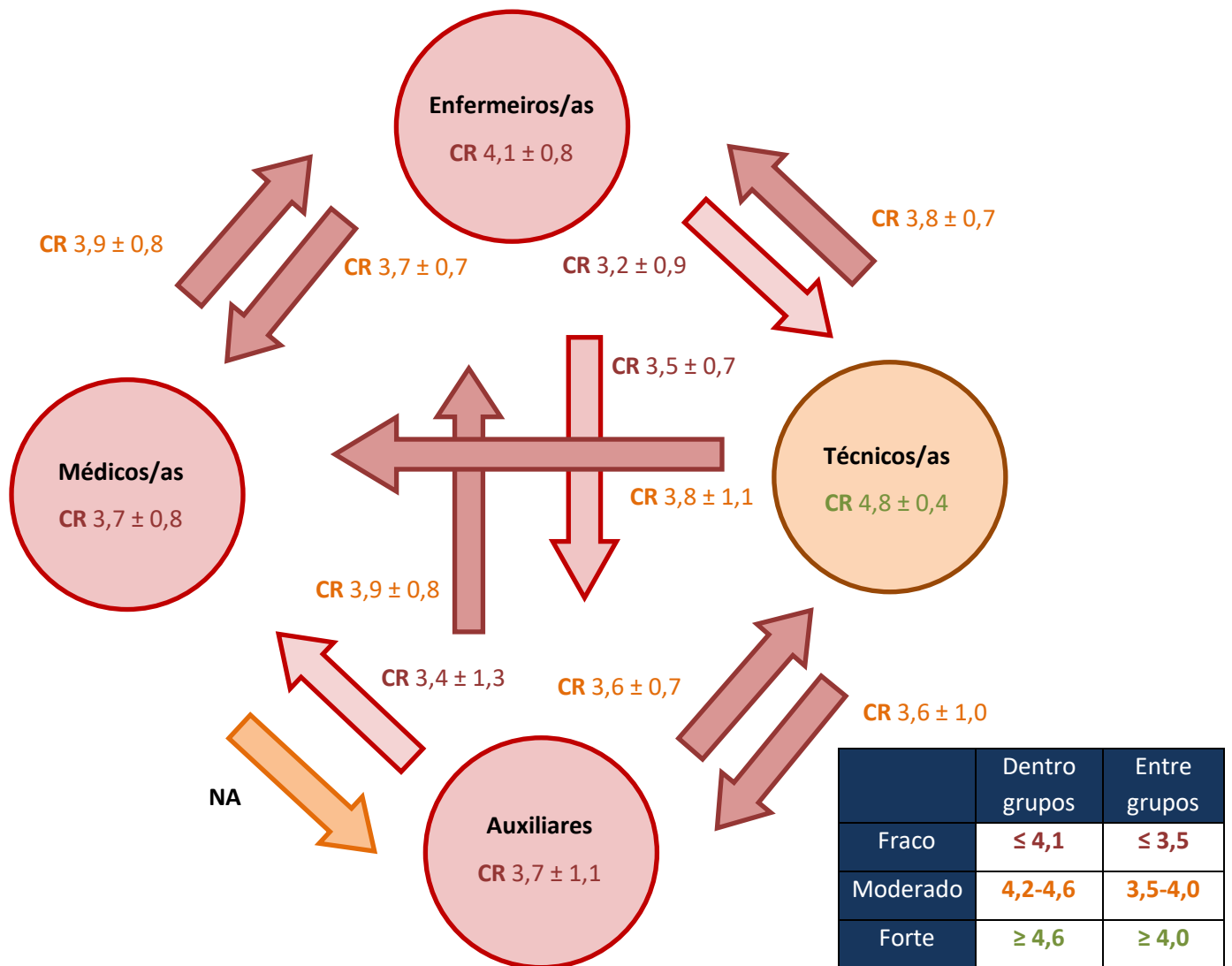
Segundo questionário enviado por correio eletrónico em modelo de Google® forms com Avaliação dos Modelos de Gestão em Organizações de Saúde segundo Quin, 1998. Corresponde a análise comparativa entre o modelo de gestão do SU do HFF existente (a azul) e o desejado (a vermelho) resultante de 24 respostas válidas colhidas junto da respetiva **equipa médica** em outubro 2021.

APÊNDICE G2 Figura - Avaliação do modelo de gestão do SUG Adultos do HFF pela equipa enfermagem



Segundo questionário enviado por correio eletrónico em modelo de Google® forms com Avaliação dos Modelos de Gestão em Organizações de Saúde segundo Quin, 1998. Corresponde a análise comparativa entre o modelo de gestão do SU do HFF existente (a azul) e o desejado (a vermelho) resultante de 19 respostas válidas colhidas junto da respetiva equipa enfermagem em outubro 2021.

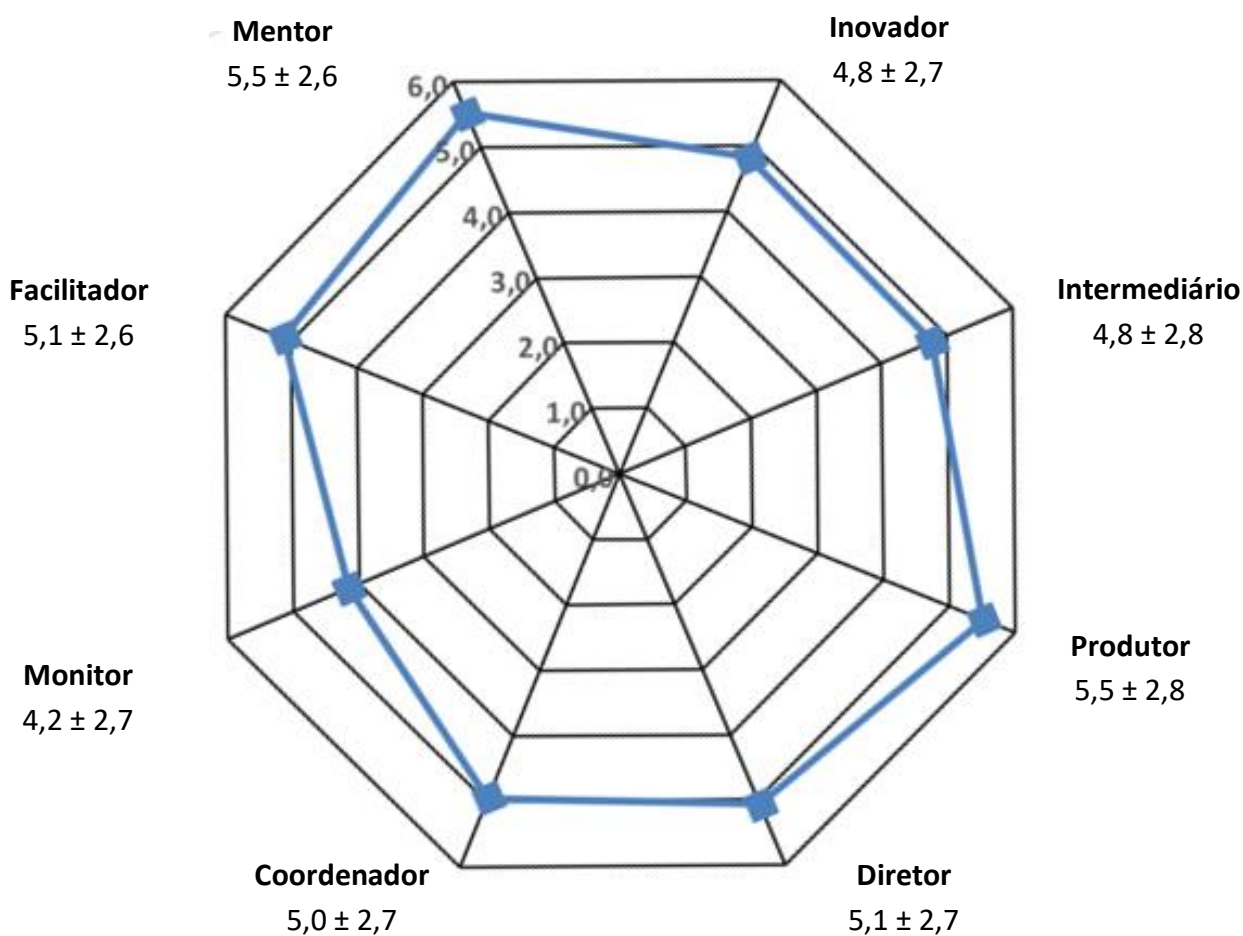
APÊNDICE G3 Figura - Avaliação da coordenação relacional (CR) entre vários grupos profissionais do SUG Adultos do HFF



Segundo questionário enviado por correio eletrónico em modelo de Google® forms com Avaliação da Coordenação relacional (CR) adaptado de Gittel, 2000; 2004. Corresponde a análise comparativa resultante de respostas válidas colhidas junto da equipa do SU do HFF mais concretamente 25 elementos da equipa médica, 19 da equipa enfermagem, 6 auxiliares de ação médica / assistentes operacionais e 6 técnicos de cardiopneumologia em outubro 2021.

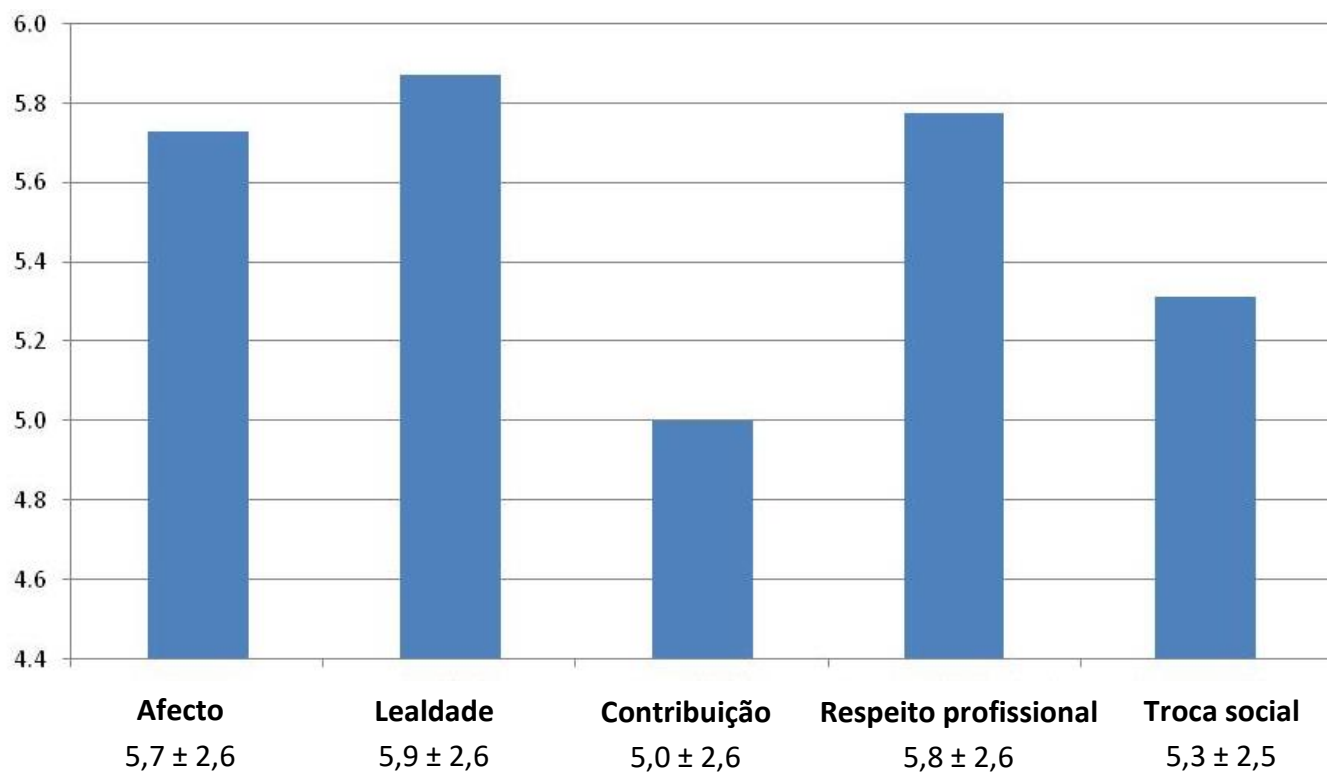
LEGENDA: NA – não avaliado. São apresentados os dados obtidos pormenorizados para cada grupo profissional e classificados conforme a tabela em cima. A relação dentro do grupo é representada pela cor do círculo em torno do grupo profissional respetivo e a seta do grupo profissional de onde parte para o outro. O padrão de cores apresentado refere-se a relação **fraca a vermelho**, **moderada a laranja** e **forte a verde**.

APÊNDICE G4 Figura – Diagrama de perfis de liderança na perspetiva da equipa médica



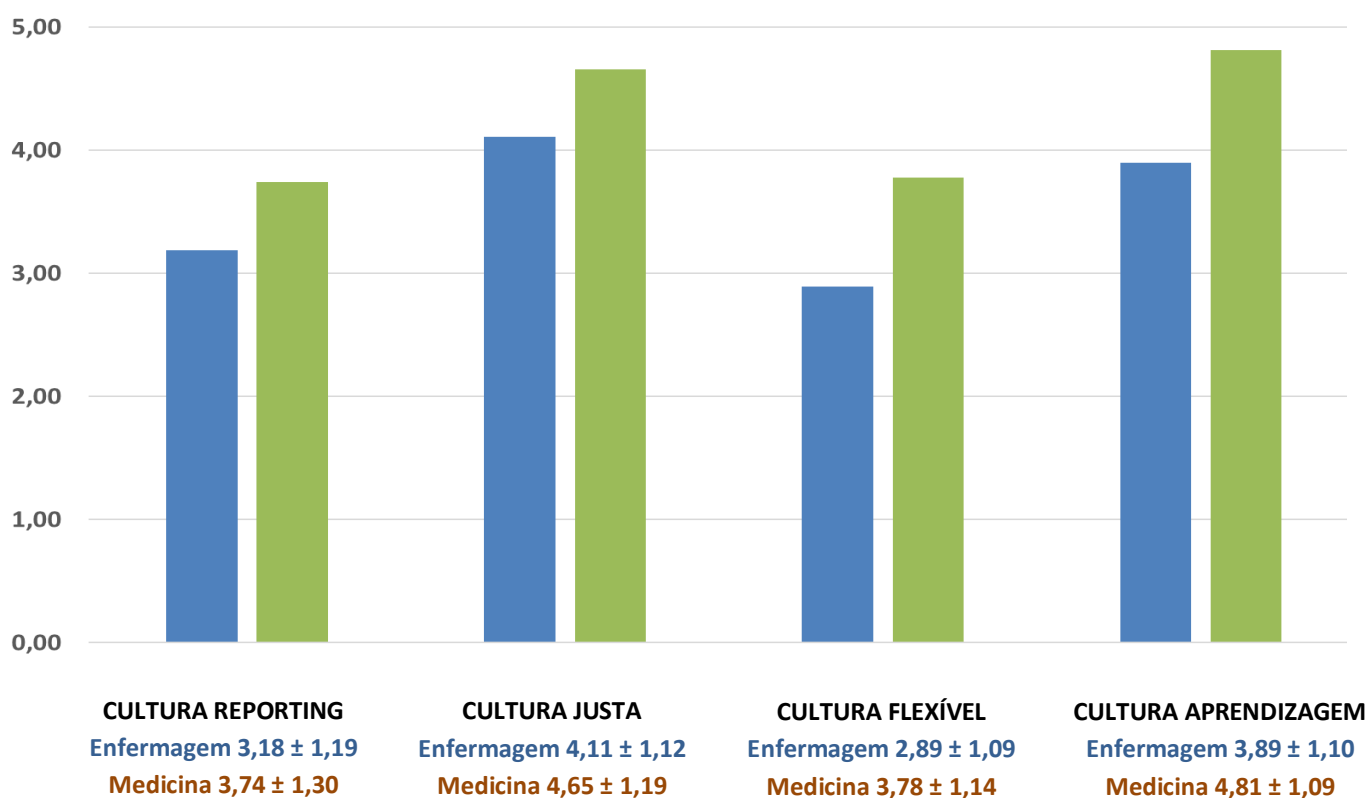
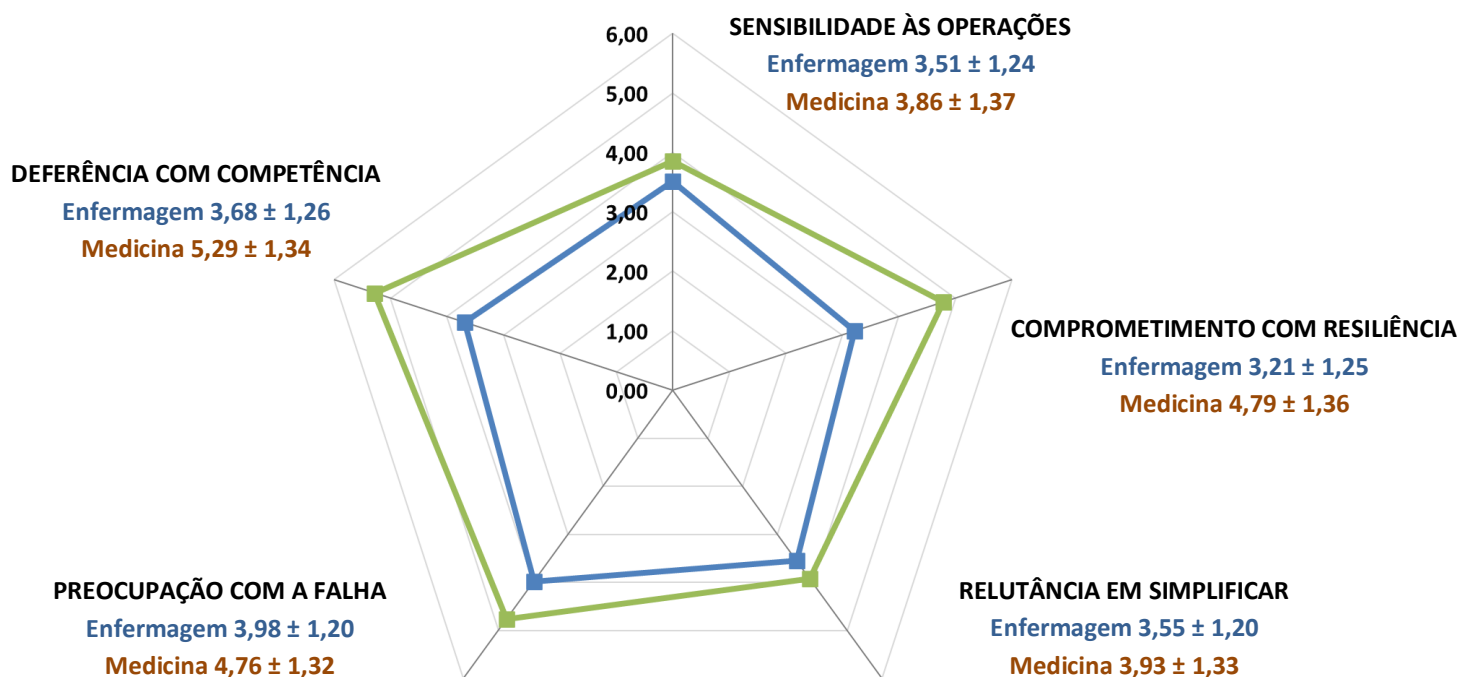
Segundo questionário enviado por correio eletrónico em modelo de Google® forms com Avaliação dos Comportamentos de Liderança em Organizações de Saúde na perspetiva dos Liderados. Corresponde a análise comparativa resultante de 22 respostas válidas colhidas junto da equipa médica.

APÊNDICE G5 Gráfico - Distribuição das características da Interação líder-membros ou *Leader Member Exchange* (LMX)



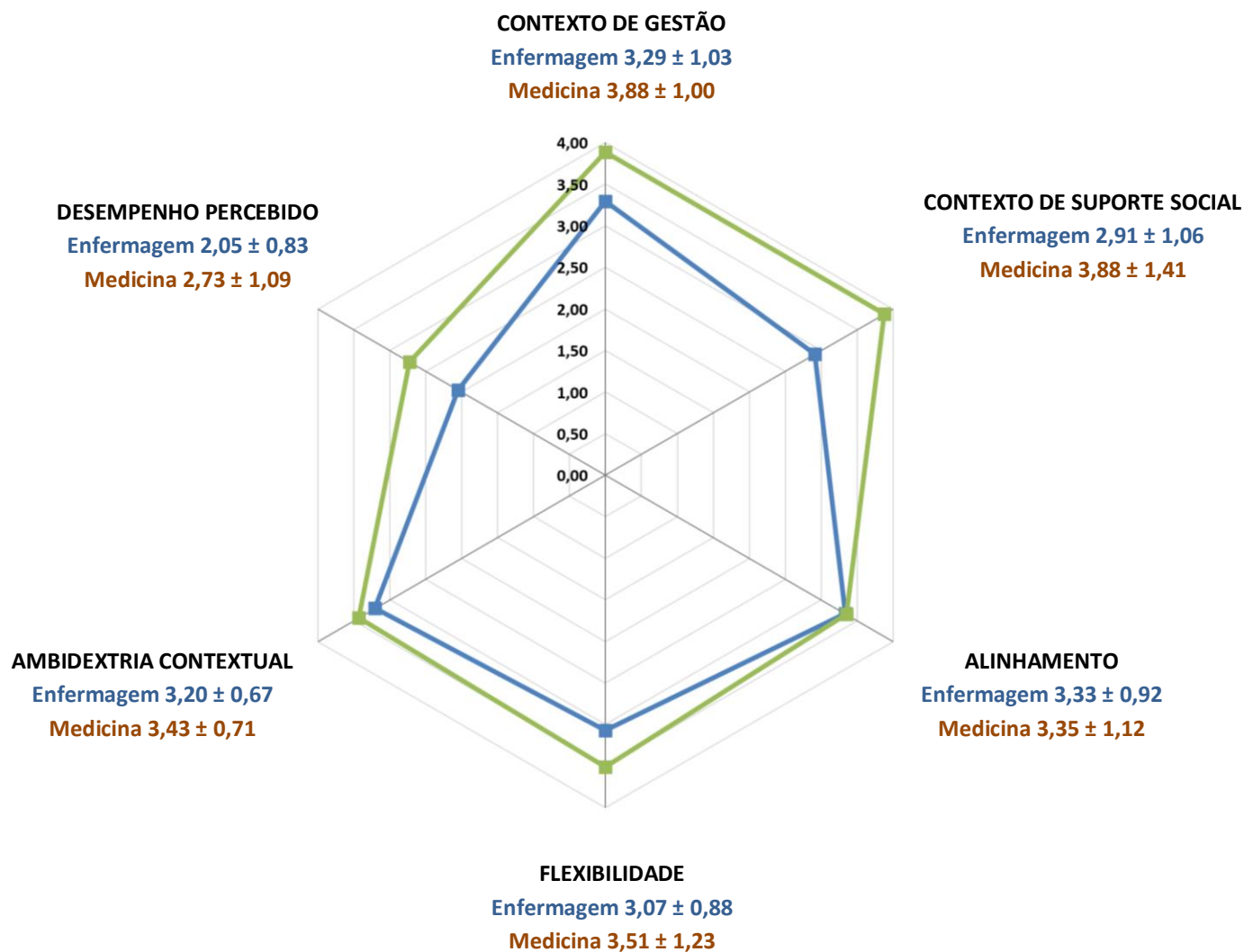
Segundo questionário enviado por correio eletrónico em modelo de Google® forms com Avaliação da Interação líder-membros ou do inglês *Leader Member Exchange* (LMX) baseado no LMX-MDM (Liden and Maslyn; 1998) e LMSX (Bernerth et al., 2007). Corresponde a análise resultante de 22 respostas válidas colhidas junto da equipa médica.

APÊNDICE G6 Gráficos – Distribuição das características pelo *High Reliability Organizations* (HRO)



Segundo questionário enviado por correio eletrónico em modelo de Google® forms com Avaliação da capacidade de resposta ao inesperado vulgo *High Reliability organizations* (HRO) segundo Weick, 1999 e 2001. Corresponde a análise resultante de 24 respostas válidas colhidas junto da respetiva **equipa médica** e 19 respostas válidas colhidas junto da **equipa enfermagem**, em outubro 2021.

APÊNDICE G7 Gráfico – Distribuição das características da ambidextria (22 respostas)



Segundo questionário enviado por correio eletrónico em modelo de Google® forms com Avaliação da Ambidextria segundo Birkinshaw& Gibson, 2004. Corresponde a análise resultante de 24 respostas válidas colhidas junto da respetiva **equipa médica** e 19 respostas válidas colhidas junto da **equipa enfermagem**, em outubro 2021.

APÊNDICE G8 Tabela - Distribuição das várias características de *burnout* considerando as respostas dadas pela **por cada área profissional**

	Workload	Control	Reward	Community	Fairness	Values	Overall
Médicos/as	9,4 ± 4,3 (3,0-20,0)	3,6 ± 4,2 (0,0-15,0)	9,1 ± 4,8 (3,0-18,0)	5,4 ± 4,5 (0,0-16,0)	8,5 ± 4,4 (2,0-18,0)	6,9 ± 5,3 (0,0-20,0)	7,1 ± 4,0 (2,0-17,0)
Enfermeiros/as	9,6 ± 3,5 (5,0-19,0)	5,1 ± 3,4 (1,0-14,0)	10,8 ± 3,7 (6,0-18,0)	7,0 ± 3,3 (3,0-17,0)	9,4 ± 4,5 (4,0-20,0)	6,1 ± 3,9 (1,0-14,0)	8,0 ± 3,1 (5,2-16,7)
Técnicos/as	2,8 ± 2,3 (0,0-6,0)	1,0 ± 1,4 (0,0-3,0)	5,2 ± 2,3 (3,0-8,0)	0,6 ± 0,9 (0,0-2,0)	3,0 ± 4,1 (0,0-8,0)	2,0 ± 2,4 (0,0-6,0)	2,4 ± 1,9 (0,8-4,7)
Assistentes	5,2 ± 1,0 (4,0-6,0)	3,2 ± 3,1 (0,0-9,0)	6,3 ± 4,5 (1,0-12,0)	4,7 ± 2,7 (0,0-7,0)	5,0 ± 4,4 (1,0-12,0)	4,3 ± 4,5 (0,0-11,0)	4,8 ± 2,7 (1,0-7,7)

Legenda: Média ± desvio padrão (Mínimo-Máximo)

Segundo questionário enviado por correio eletrónico em modelo de Google® forms com Avaliação de Burnout segundo o Questionário Maslach-Profile. Corresponde a análise comparativa resultante de respostas válidas colhidas junto da equipa do SU do HFF mais concretamente 22 elementos da equipa médica, 25 da equipa enfermagem, 6 auxiliares de ação médica / assistentes operacionais e 6 técnicos de cardiopneumologia em outubro 2021.

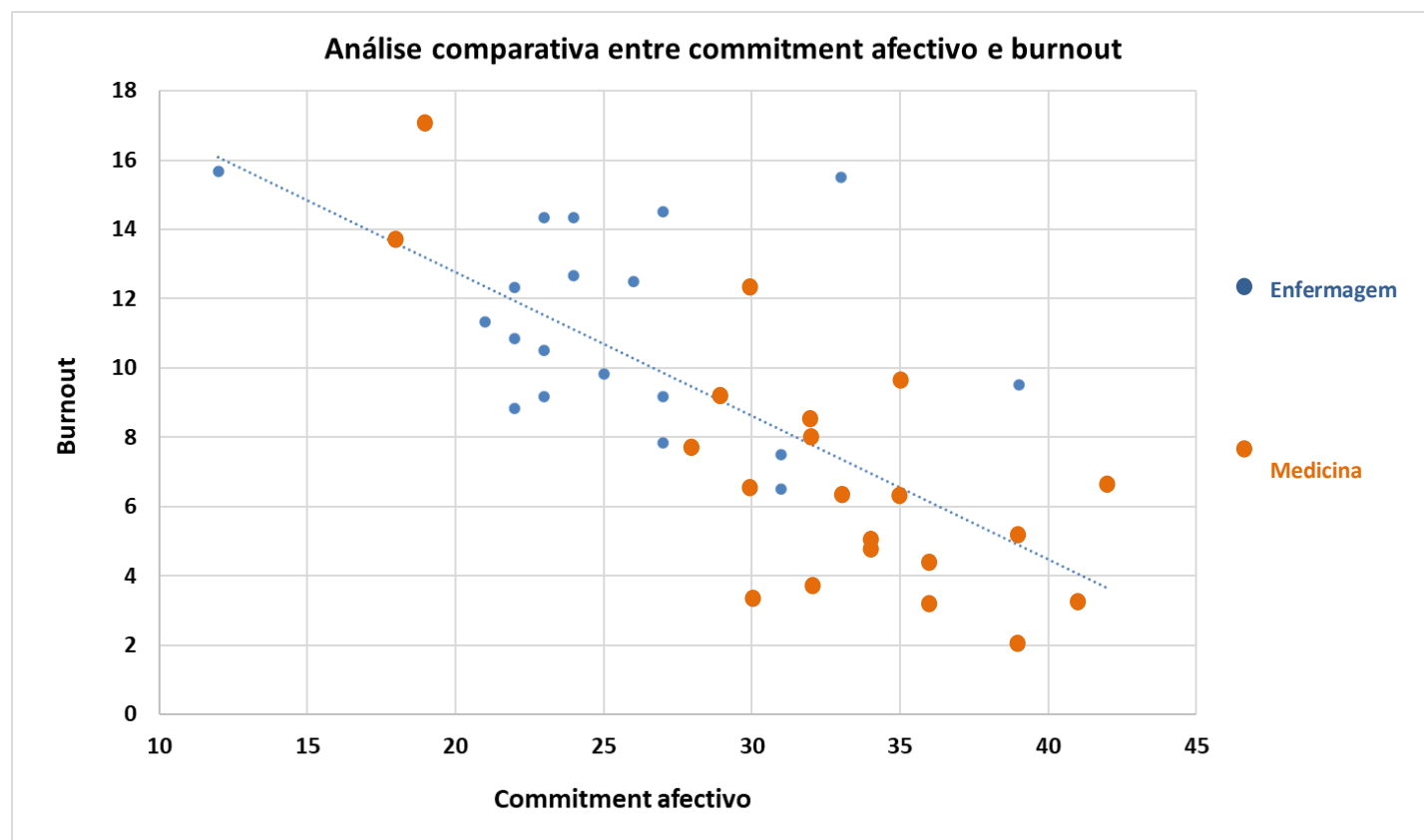
APÊNDICE G9 Tabela - Distribuição das várias características de *commitment* considerando as respostas dadas pela **por cada área profissional**

	Commitment normativo	Commitment continuidade	Commitment afetivo
Médicos/as	29,6 ± 7,7 (9,0-39,0)	19,5 ± 5,6 (8,0-29,0)	32,6 ± 6,1 (18,0-42,0)
Enfermeiros/as	16,4 ± 5,8 (8,0-27,0)	16,8 ± 7,1 (6,0-30,0)	25,4 ± 5,6 (12,0-39,0)

Legenda: Média ± desvio padrão (Mínimo-Máximo)

Segundo questionário enviado por correio eletrónico em modelo de Google® forms com Avaliação do Commitment segundo Meyer e Allen, 1997. Corresponde a análise comparativa resultante de respostas válidas colhidas junto da equipa do SU do HFF mais concretamente 21 elementos da equipa médica, 19 da equipa enfermagem, em outubro 2021.

APÊNDICE G10 Tabela – Análise comparativa entre *commitment* afetivo e burnout considerando as respostas dadas pela **por cada área profissional**



Segundo questionário enviado por correio eletrônico em modelo de Google® forms com Avaliação de Burnout segundo o Questionario Maslach-Profile e Avaliação do Commitment segundo Meyer e Allen, 1997. Corresponde a análise comparativa resultante de respostas válidas colhidas junto da equipa do SU do HFF mais concretamente 21 elementos da equipa médica, 19 da equipa enfermagem, em outubro 2021.

APÊNDICE G11 Tabela – Tipo de contrato e valores remuneratórios para médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos início de 2022

Grupo Profissional	Vínculo	Número	Média de Remuneração Base	Valor hora em média	Custo MENSAL para o HFF	
					1 colaborador	Total
Auxiliares (n= 116)	CIT com termo	18	665,00 €	4,52€	1.051,92 €	18.934,49 €
	CIT sem Termo	98	666,74 €		1.054,44 €	103.334,63 €
Enfermeiros (n= 137)	CIT com termo	6	1.176,58 €	7,61€	1.790,51 €	10.743,06 €
	CIT sem Termo	131	1.316,90 €		1.993,10 €	261.096,07 €
	PS	9		13,00€ (1)	-	(2)
Médicos (n= 23)	CIT sem Termo	23	2.560,66 €	11,67€ ou 16,03€ (3)	3.788,78 €	87.141,83 €
	PS	116		29,00 ou 39,00 (4)	-	176.030,00 €

Legenda:

CIT – contrato individual de trabalho

PS – contrato prestação de serviços

(1) No regime de Prestação de Serviços, o valor da média da remuneração indicado corresponde ao valor/hora pago a cada profissional.

(2) Em 2021, a execução dos contratos de fornecimento de horas médicas em Prestações de Serviço, envolveu um total de 116 médicos nesta situação e 83.010 horas realizadas, com um custo de 2,165M€ (efetivação de contratos com 58 médicos com empresa própria perfazendo um total de 63.155 horas realizadas entre balcões e internamento UICD e 3 empresas de Trabalho Temporário, perfazendo um total de 19.855 horas médicas realizadas em Balcões)

(3) 11,67€ - Não Especialistas; 16,03€ - Especialistas

(4) 29€ - Não Especialistas e 39€ - Especialistas

O nº depende da escala de urgência dos serviços de MCDTs. Habitualmente em permanência 2 técnicos de ECG, 2 técnicos de RX Urg. Geral + 1 no SUB (8h-20h). O custo estimado para o HFF, com a remuneração base média de cada trabalhador, exclui horas incómodas e outras majorações.

APÊNDICE G12 - Tabela– Custos do SUG do HFF

		2019	2020	2021
Número admissões		133.989	106.225	120.655
Custo total com produtos farmacêuticos	Ambulatório	118.311€	131.620€	287.829€ €
	UICD	473.614€	474.047€	527.537€
Custo total com material clínico	Ambulatório	582.665€	1.856.193€	1.383.473€
	UICD	Centro de Custos Medicina		

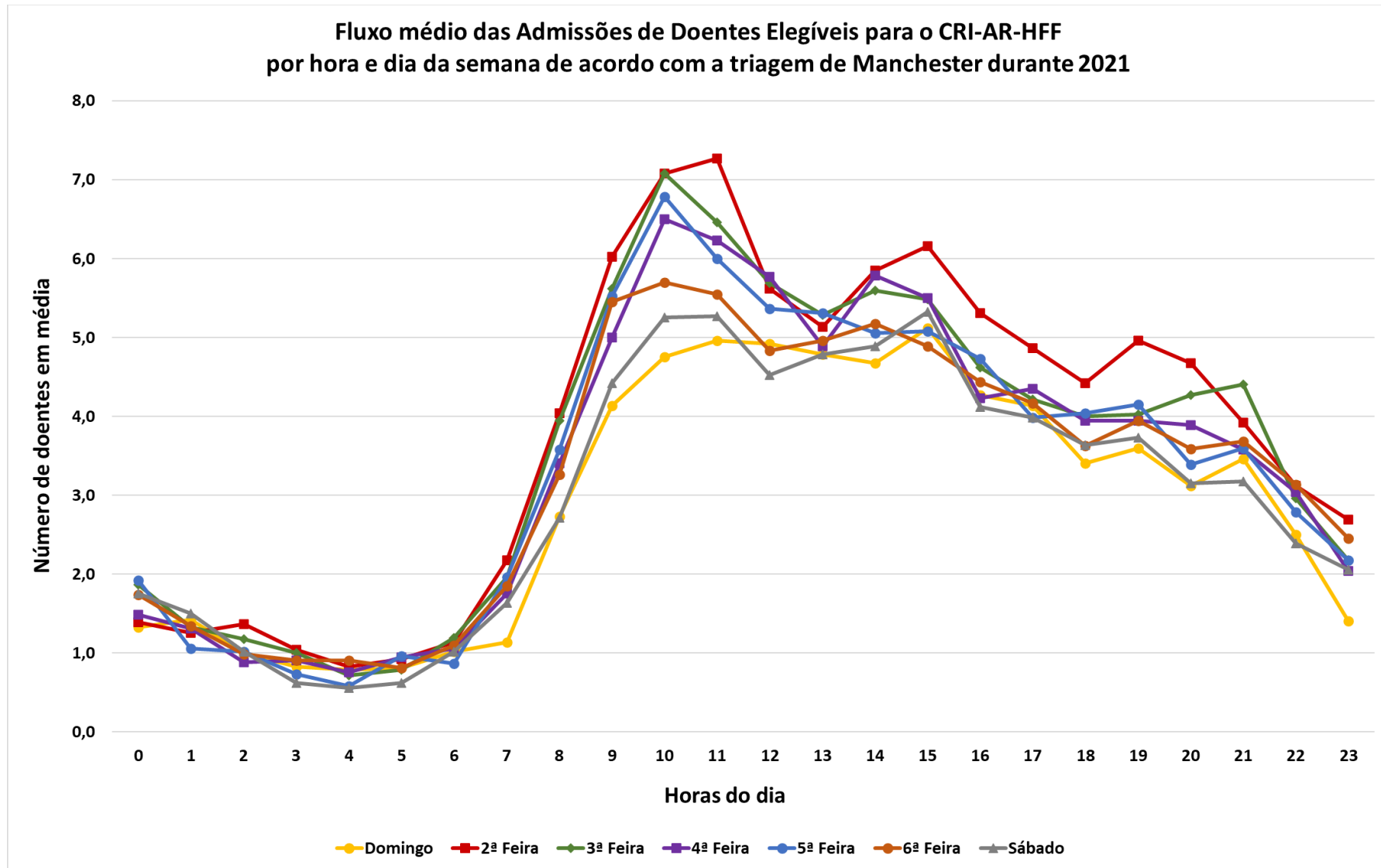
UICD – Unidade Internamento Curta Duração

APÊNDICE G13 -Tabela – Distribuição das camas entre o HFF e os hospitais mais próximos da região metropolitana de Lisboa

Urgência Geral	Camas Médicas	Camas Neutras	Camas Cirúrgicas	Outras Camas	Total camas
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central	602	0	426	142	1170
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte	605	0	269	154	1028
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	522	15	191	61	789
Hospital Garcia de Orta	318	0	164	64	546
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	367	0	286	68	721
Hospital de Loures	49	298	21	48	416
Hospital de Vila Franca de Xira	183	0	98	32	313
Hospital de Cascais	130	0	104	43	277

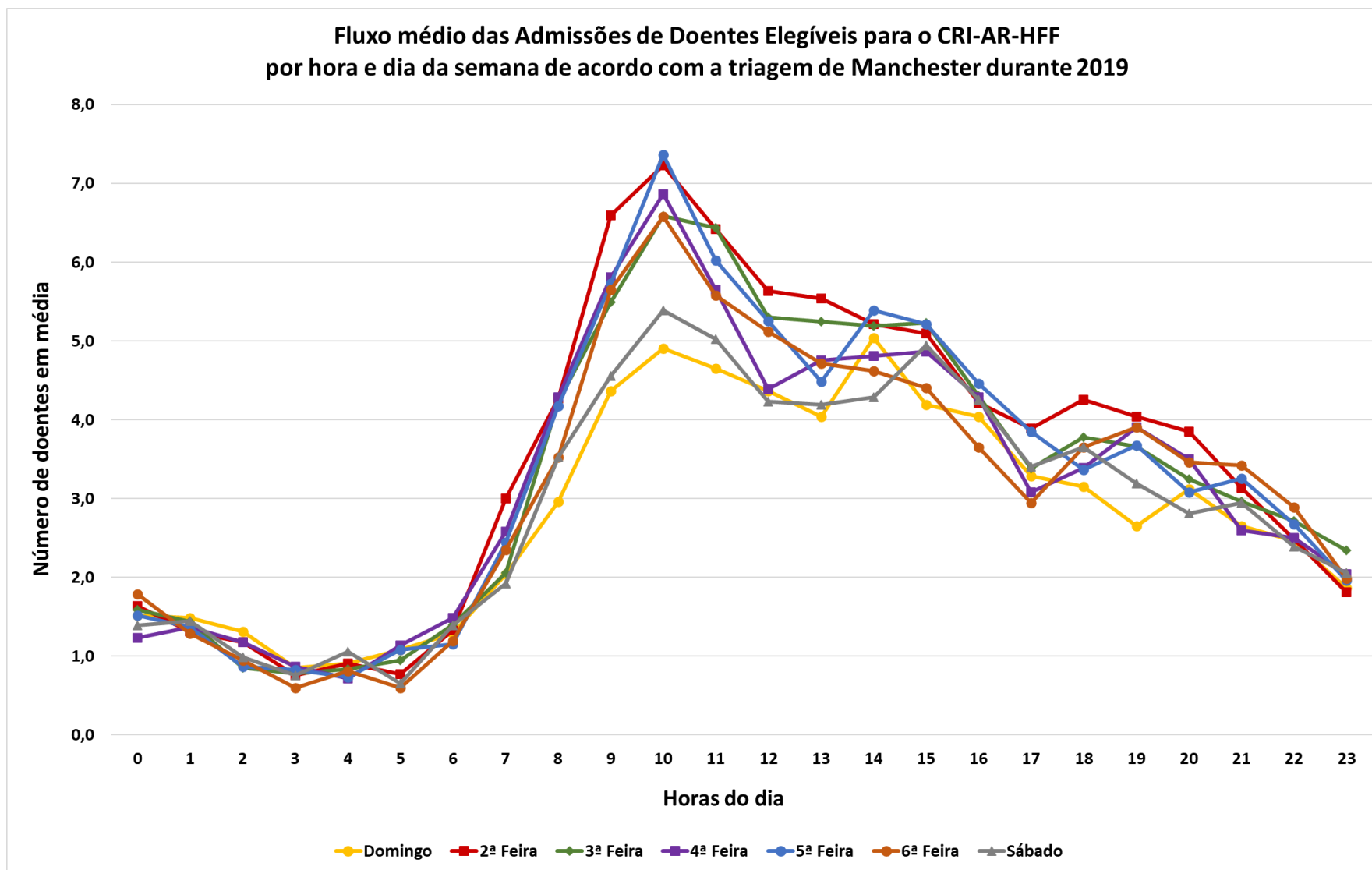
Adaptado de <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> e <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/> com dados colhidos a 13-03-2021

APÊNDICE G14 - Gráfico - Fluxo médio das Admissões de Doentes Elegíveis para o CRI-AR-HFF por hora e dia da semana durante 2021.



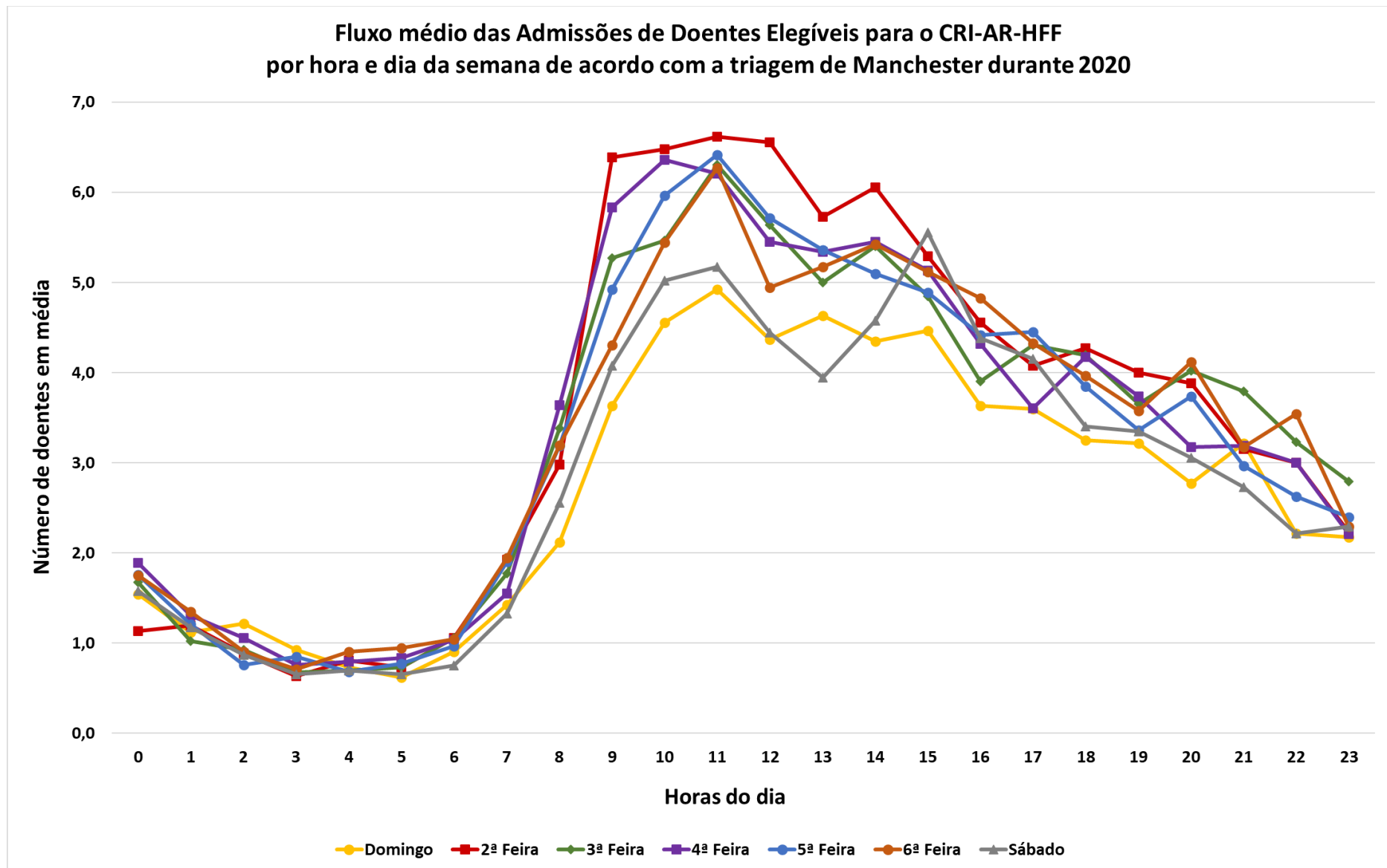
Adaptado de dados colhidos a 20-01-2022 do sistema informático *Soarian* pelo Serviço Planeamento e Controlo de Gestão do HFF.

APÊNDICE G25- - Gráfico – Fluxo médio das Admissões de Doentes Elegíveis para o CRI-AR-HFF por hora e dia da semana de acordo com triagem de Manchester durante o ano 2019.



Adaptado de dados colhidos a 20-01-2022 do sistema informático *Soarian* pelo Serviço Planeamento e Controlo de Gestão do HFF.

APÊNDICE G26- Gráfico – Fluxo médio das Admissões de Doentes Elegíveis para o CRI-AR-HFF por hora e dia da semana de acordo com triagem de Manchester durante o ano 2020.



APÊNDICE G27- Tabela - Análise comparativa da distribuição das admissões na urgência do SUG do HFF em 2021 por triagem de Manchester e destino respectivo

TOTAL DE EPISODIOS DO SUG	VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL	Total
Abandono (nº e %)	0 (0,0%)	296 (2,1%)	2741 (7,0%)	8019 (13,6%)	799(27,4%)	11855
ARS/ Centro de Saúde (nº e %)	15 (3,8%)	2467 (17,7%)	10913 (27,7%)	16214 (27,5%)	617 (21,2%)	30226
Consulta externa (nº e %)	7 (1,8%)	638 (4,6%)	2396 (6,1%)	2971 (5,0%)	147 (5,0%)	6159
Domicílio (nº e %)	84 (21,1%)	4370 (31,4%)	16760 (42,5%)	28704 (48,7%)	1291 (44,3%)	51209
Transferência externa (outro hospital) (nº e %)	12 (3,0%)	347 (2,5%)	529 (1,3%)	282 (0,5%)	7 (0,2%)	1177
Saída contra parecer (nº e %)	3 (0,8%)	97 (0,7%)	231 (0,6%)	111 (0,2%)	3 (0,1%)	445
Internamento (nº e %)	200 (50,1%)	5660 (40,6%)	5816 (14,8%)	2581 (4,4%)	51 (1,7%)	14308
Falecido (nº e %)	78 (19,5%)	38 (0,3%)	18 (0,0%)	16 (0,0%)	1 (0,0%)	151
Outros (nº e %)	1 (0,3%)	44 (0,3%)	59 (0,1%)	49 (0,1%)	1 (0,0%)	154
Total (nº e %)	399 (0,3%)	13925 (12,0%)	39415 (34,1%)	58912 (51,0%)	2916 (2,5%)	115567

APÊNDICE G28 - Tabela - Análise comparativa da demora media das admissões na urgência do SU do HFF em 2021 por triagem de Manchester

Tempos	VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL	Total
Duração (Horas) por doente visto	28,5	10,2	7,8	7,0	5,9	7,7
Temp_Triag_1obs_Minutos por doente visto	2,0	47,6	129,2	177,9	330,0	145,6
Temp_Admi_Triag_Minutos por doente visto	4,0	10,2	10,5	11,7	23,0	11,4
Temp_Triag_Minutos por doente visto	5,0	4,0	3,3	2,9	2,0	3,2
Temp_1obs_alta_Minutos por doente visto	1615,0	542,4	314,1	224,1	0,0	297,3

APÊNDICE G29- Tabelas - Análise dos internamentos da medicina interna ao longo de 2019 a 2021 pelos dias da semana

2019	Domingo	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
Media	19,5	25,0	23,2	23,7	21,9	22,9	18,7
Desvio padrão	4,5	5,3	5,1	4,9	4,6	6,3	5,2
Mínimo	12,0	10,0	13,0	14,0	12,0	4,0	7,0
Máximo	30,0	38,0	35,0	35,0	32,0	37,0	30,0

2020	Domingo	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
Media	16,9	22,0	21,2	21,5	22,6	21,2	17,9
Desvio padrão	4,6	5,2	4,9	5,6	5,2	4,4	4,8
Mínimo	6,0	12,0	11,0	12,0	11,0	9,0	6,0
Máximo	27,0	35,0	37,0	38,0	35,0	30,0	32,0

2021	Domingo	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
Media	20,4	27,4	23,4	22,4	23,5	22,9	20,1
Desvio padrão	7,4	8,4	6,8	5,0	5,9	5,0	7,0
Mínimo	10,0	12,0	8,0	12,0	12,0	5,0	7,0
Máximo	48,0	56,0	44,0	33,0	36,0	33,0	41,0

2019-2021	Domingo	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
Media	18,9	25,0	22,7	22,5	22,9	22,5	18,8
Desvio padrão	5,9	6,7	5,7	5,2	5,3	5,3	5,6
Mínimo	6,0	10,0	8,0	12,0	11,0	4,0	6,0
Máximo	48,0	56,0	44,0	38,0	36,0	37,0	41,0

APÊNDICE G30 Tabela - Análise comparativa das pessoas consideradas hiperfrequentadores entre SUB e SUG do HFF em 2021

	SUG	SUB
Episodios Urg HFF 2021	120 655	31 771
Episodios high users HFF	11 844	1 273
% Episodios high users no total episodios HFF	10%	4%
Episodios high users - Sintra	6 919	1 249
% Episodios Sintra no total high users HFF	58%	98%
	1 779	195

Episodios Hiperfrequentadores (nº e %)	VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL	Total
	206 (0,4%)	7590 (13,0%)	20952 (35,8%)	28157 (48,1%)	1576 (2,7%)	58481

APÊNDICE H – IMPLEMENTAÇÃO PROJETO CRI-AR-HFF

APÊNDICE H1 - Tabela – Doentes elegíveis para a UTAH

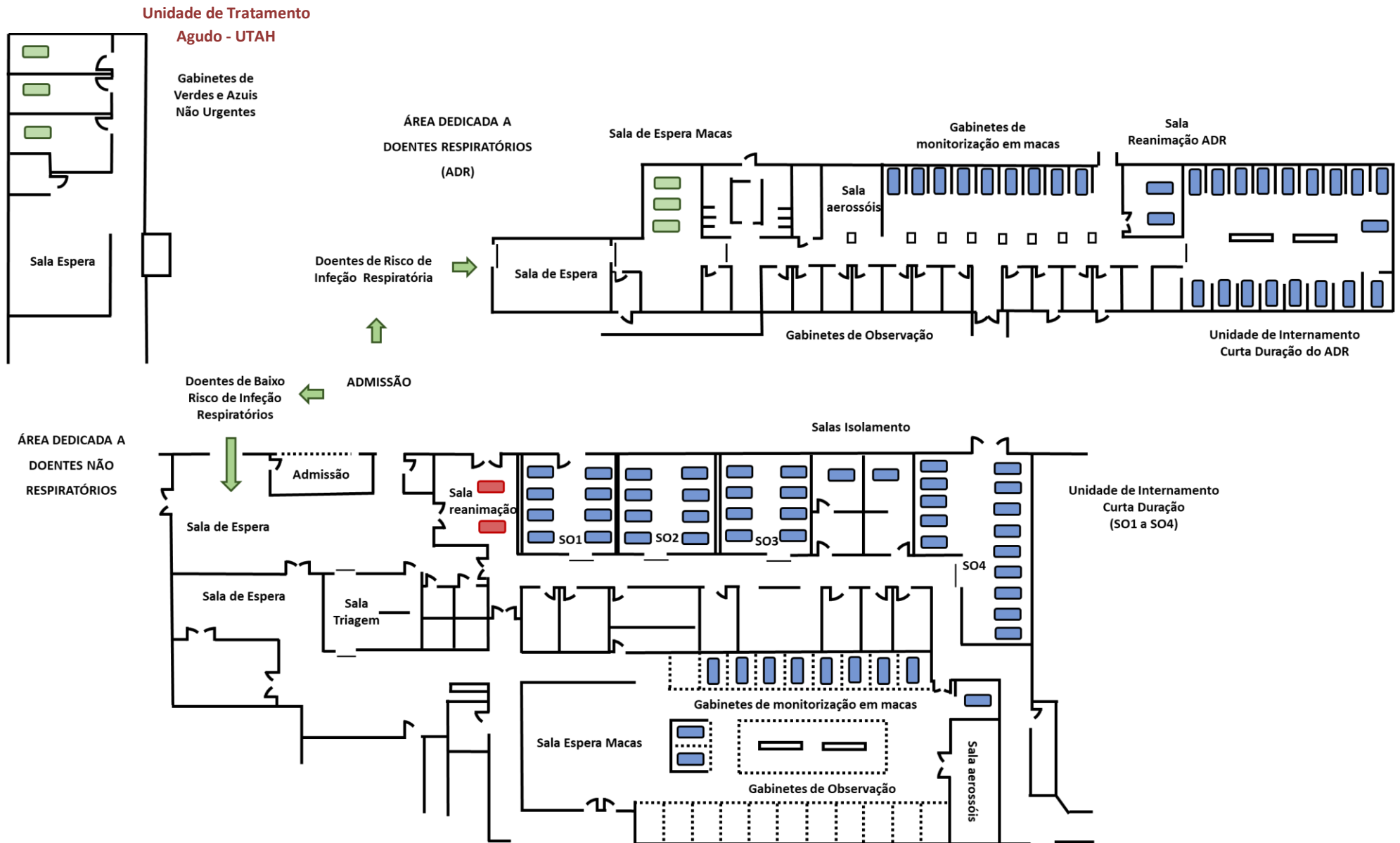
DOENTES ELEGÍVEIS PARA A UTAH	
DOENTES DIRETAMENTE DA TRIAGEM (DOENTES VERDES E AZUIS NÃO URGENTES)	
<p>CRITÉRIOS DE SELEÇÃO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utentes encaminhados da triagem para a Medicina Interna em período de funcionamento da consulta ou até 2h antes da sua abertura; 2. Utentes com nível de prioridade correspondente às CORES AZUIS atribuídas pela Triagem de Manchester; 3. Utentes com nível de prioridade correspondente às CORES VERDES nos fluxogramas: reação alérgica, asma, cefaleia, diarreia sem vômitos, dispneia sem febre, doença sexualmente transmissível (DST), dor cervical, dor de garganta / odinofagia, dor lombar, dor torácica, erupções cutâneas, indisposição no adulto, infeções locais e abscessos, mordedura e picadas, palpitações, problemas estomatológicos, problemas nos membros e problemas urinários não triado para a urologia 	<p>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utentes encaminhado pelo CODU ao SUG, CSP (ou outra consulta médica) ou Saúde 24 2. Utentes em maca/cadeira de rodas; 3. Utentes com via oral comprometida; 4. Utentes triados para cirurgia, ortopedia, pediatria, ginecologia, ou outras; 5. Utente que recuse o encaminhamento.
DOENTES OBSERVADOS NO SUG COM NECESSIDADE DE REAVALIAÇÃO PÓS ALTA	
<p>Alguns exemplos de casos passíveis de reavaliação são</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Doentes com quadros infecciosos sem critérios de internamento, mas que requerem reavaliação da evolução como pneumonias, infeção do trato urinário ou celulite; 2) Doentes com doenças crónicas como insuficiência cardíaca, insuficiência renais crónicas e anemias sem hemorragia ativa ou instabilidade a necessitar de assegurar orientação em ambulatório; 3) Doentes com acidentes isquémicos transitórios com score de risco ABCDE baixo; 4) Doentes dependentes com adequado apoio domiciliário, mas passíveis de serem reavaliados em contexto de teleconsulta; 5) Progressão de feridas, queimaduras ou outras nomeadamente da realização de consultas de enfermagem; 6) Necessidade de educação e ensino das famílias na gestão de doenças crónicas como doenças respiratórias, neurológicas ou urológicas em consulta de enfermagem (gestão de algiação, secreções entre outras). 	

APÊNDICE H2 - Tabela – Distribuição de doentes elegíveis para a UTAH da triagem e respetiva análise pelos anos de 2019-2021

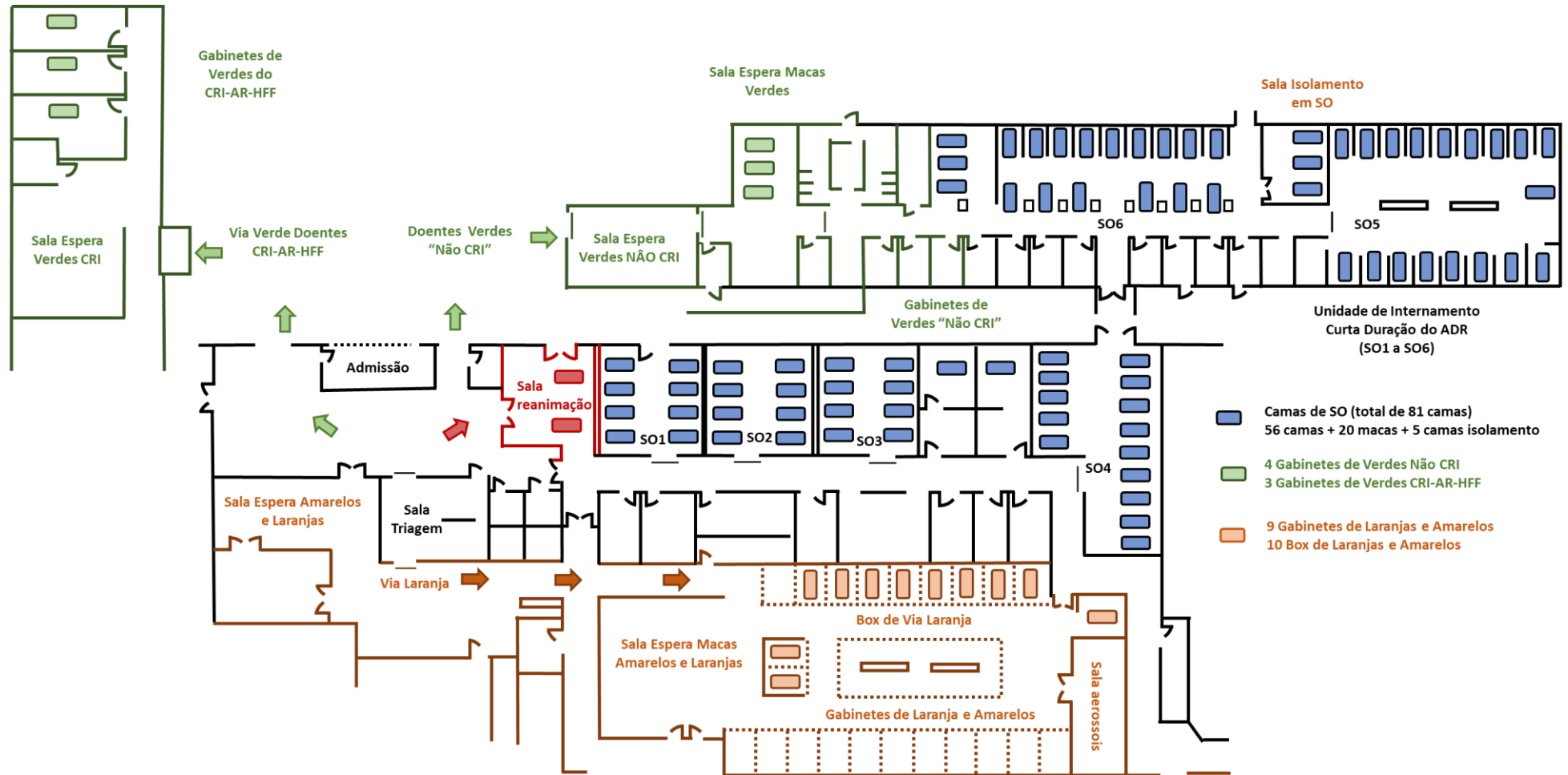
Anos	Número doentes elegíveis		Nº de doentes / dia referenciados apenas da triagem			
2019	27.945		74,3 doentes por dia			
2020	27.978		75,3 doentes por dia			
2021	29.182		78,2 doentes por dia			
Fluxograma incluídos	Diagnósticos (total e por ano)		Doentes elegíveis		Internamentos	
Reação alérgica	1199	400	222	18,5%	6	2,7%
Asma	2754	918	430	15,6%	3	0,7%
Cefaleia	20.852	6.951	13.066	62,7%	230	1,8%
Diarreia sem vômitos	7.969	2656	5.074	63,7%	309	6,1%
Dispneia	33.479	11.160	11.725	35,0%	673	5,7%
DST	522	174	502	96,2%	2	0,4%
Dor cervical	1.359	453	999	73,5%	13	1,3%
Dor de garganta	7449	2.483	6.285	84,4%	44	0,7%
Dor lombar	12.301	4.100	5.061	41,1%	86	1,7%
Dor torácica	23.679	7.893	9.070	38,3%	284	3,1%
Erupções cutâneas	3195	1.065	2106	65,9%	13	0,6%
Indisposição no adulto	27.328	9.109	7.994	29,3%	717	9,0%
Infecções locais e abscessos	293	98	248	84,6%	10	4,0%
Mordeduras e picadas	246	82	159	64,6%	1	0,6%
Palpitações	4.712	1571	1003	21,3%	12	1,2%
Problemas estomatológicos	1.051	350	673	64,0%	6	0,9%
Problemas nos membros	11.225	3.742	7.926	70,6%	235	3,0%
Problemas urinários	11.282	3.761	7.275	64,5%	257	3,5%
TOTAL	170.895	56.966	79.818	46,7%	2901	1,7%

DST – doença sexualmente transmissível

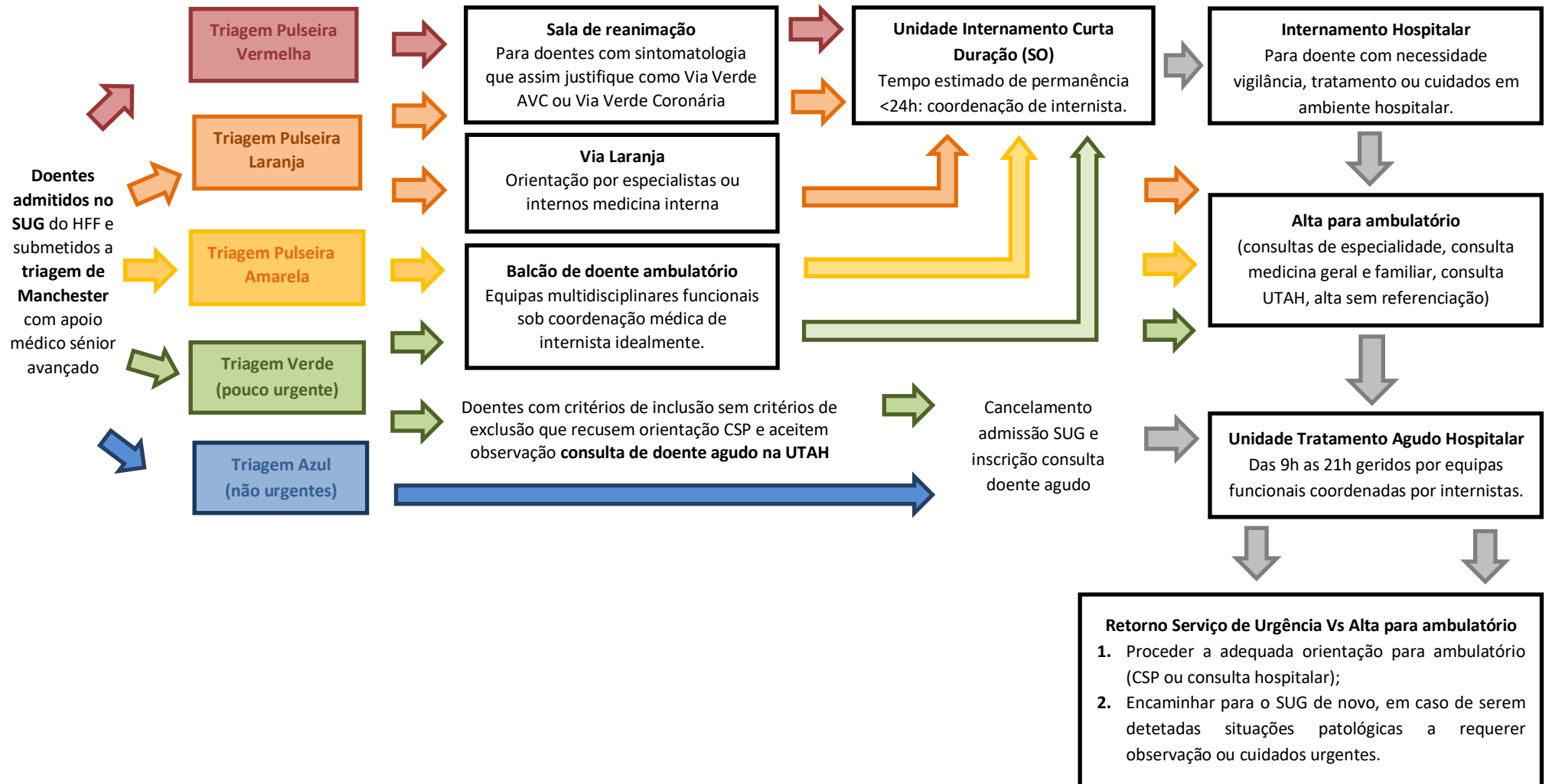
APÊNDICE H3 - Figura - Espaço Físico do SUG do HFF (antes criação CRI-AR-HFF)



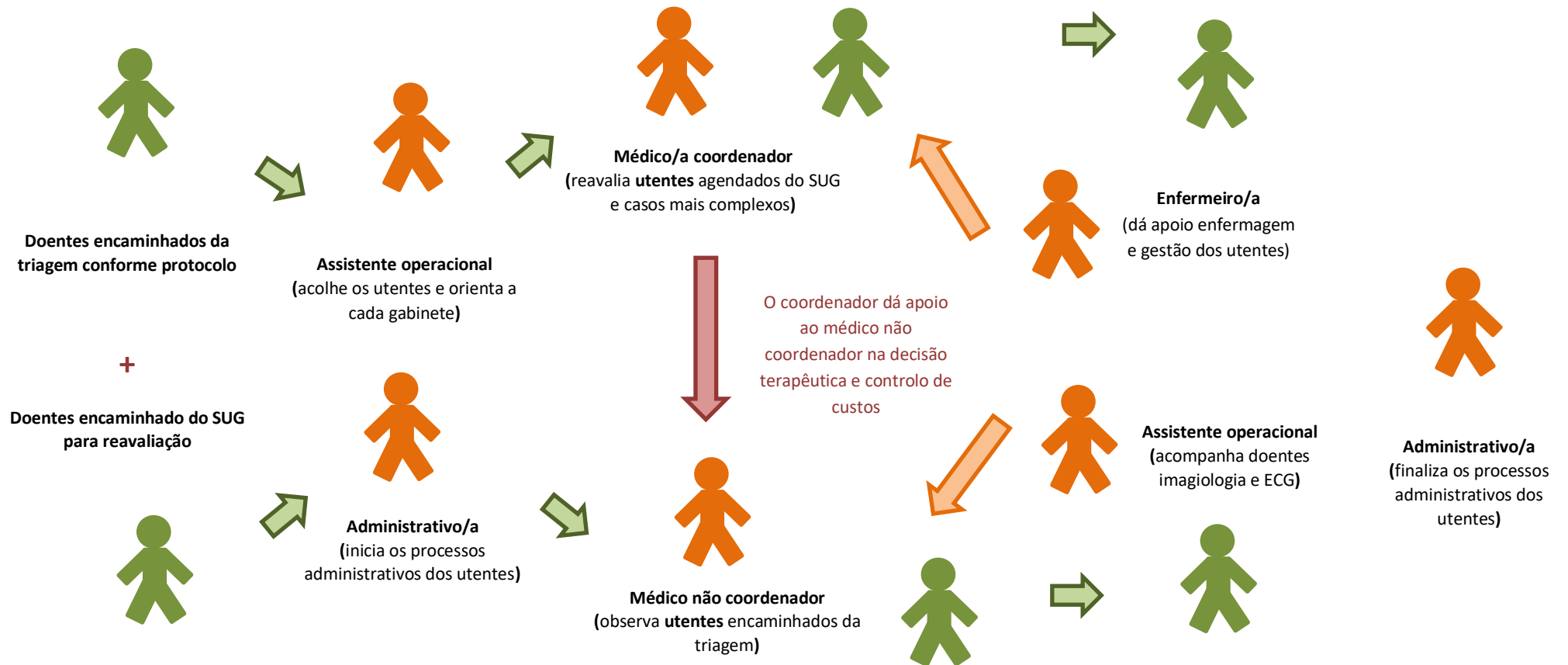
APÊNDICE H4 - Figura - Espaço Físico do CRI-AR-HFF do HFF com reestruturação do CRI



APÊNDICE H5 - Figura – Percurso clínico do doente no CRI-AR-HFF - SUG



APÊNDICE H6 - Figura – Percurso clínico do doente na Unidade de Tratamento Agudo Hospitalar (UTAH)



Funções do Coordenador da Unidade Tratamento Agudo Hospitalar:

- Apoiar na gestão de doentes da consulta (controlar gastos exames);
- Estabelecer contato com o coordenador SO ou do balcão para encaminhamento dos casos identificados;
- Esclarecer dúvidas no encaminhamento de doentes da triagem ou para referenciação após alta para a consulta.

APÊNDICE H7 - Tabela – Produção base prevista para os vários grupos profissionais do SUG

	Elegibilidade	Produção Base	Aspeto Gerais
Médicos coordenadores	Médico/a Especialista em Medicina Interna com CIT sem termo no HFF	Contrato Individual de Trabalho (CIT) 40h sem termo no HFF a cumprir o horário mínimo definido na modalidade de contrato (16h semanais no SUG)	Prestar cuidados de saúde no SUG, de acordo com a escala elaborada de funcionamento do SUG e nos termos das disposições aplicáveis à carreira médica; Experiência/Cargo de Coordenação: Chefia ou Subchefia de Equipa; Coordenação balcão
Médicos não coordenadores	Médico/a Especialista ou Interno/a de Formação Específica de Área de Especialização pertinentes *	CIT 40h sem termo no HFF semelhante a condições de médico coordenador	Prestar cuidados de saúde no SUG, de acordo com a escala elaborada e nos termos das disposições aplicáveis à carreira médica; Prestar cuidados de medicina em todos os postos de trabalho; Prestar cuidados conforme pressupostos nos médicos coordenadores
	Médico/a sem especialização com experiência de SUG	Contrato de prestação de serviços com o SUG do HFF	Os/as médicos/as com pelo menos 24h de atividade semanais dos quais dois turnos de 12h mensais em períodos incómodos (noites, fins-de-semana ou feriados) no SUG.
Enfermagem	Colaboradores/as pertencentes à carreira de Enfermeiro	CIT sem Termo a realizar horário por turnos completo (36h por semana) no SUG do HFF	Prestar cuidados de enfermagem em todos os postos de trabalho (excetuando o posto de chefe de equipa) no SUG.
Auxiliares de ação médica (AAM)	Colaboradores/as pertencentes à carreira de AAM	CIT sem Termo a realizar horário por turnos completo (36h por semana) no SUG do HFF;	Exercer funções em todos os postos de trabalho do SUG.
Administrativos	Colaboradores/as pertencentes à carreira de Assistente Administrativo	CIT sem Termo a realizar horário por turnos completo (36h por semana) no SUG do HFF	Antiguidade no Serviço Urgência igual ou superior a 6 meses Efetuar pelo menos dois postos administrativos no SUG

* Para esta candidatura são consideradas áreas de especialização pertinentes além da Medicina Interna: Cardiologia, Gastrenterologia, Infeciologia, Medicina Geral e Familiar, Medicina Intensiva e Pneumologia.

APÊNDICE H8 - Tabela – Funções e áreas de atuação dos grupos profissionais do SUG do HFF na consulta de doentes agudos

	Funções	Área de atuação
Médicos coordenadores	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir os recursos humanos consoante as necessidades; • Definir prioridades de atuação; • Observar, diagnosticar e prescrever a terapêutica adequada aos doentes observados; • Representar a direção do CRI-AR-HFF quando em funções; 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar o fluxo de doentes no CRI-AR-HFF, hierarquizando as prioridades de observação; • Gerir a equipa médica do CRI-AR-HFF assegurando os objetivos e o cumprimento dos protocolos existentes; • Apoiar os elementos da equipa e supervisionar o seu funcionamento (queixas, reclamações, entre outros); • Promover e assegurar a colaboração interdisciplinar com outras especialidades; • Representar o Conselho de Gestão do CRI-AR-HFF na sua ausência; • Emitir ou delegar a realização de procedimentos administrativos; • Participar nas reuniões com Conselho de Gestão do CRI-AR-HFF, transmitindo informações pertinentes; • Detetar necessidades de formação em serviço e colaborar na execução do plano de formação para todos grupos profissionais
Médicos não coordenadores	<ul style="list-style-type: none"> • Observar, diagnosticar e prescrever a terapêutica adequada aos doentes observados; • Cumprir as prioridades de atuação definidas; • Informar o coordenador da evolução clínica dos doentes sob a sua responsabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar os protocolos terapêuticos, percursos clínicos e protocolos do CRI-AR-HFF; • Procurar atingir os tempos previstos para primeira observação medica dos doentes CRI-AR-HFF; • Transmitir informação clínica aos doentes sob sua responsabilidade e às respetivas famílias; • Mudar de posto de trabalho, sempre que solicitado pelo Medico Coordenador, de modo a ajustar os recursos humanos a afluência e gravidade / prioridades dos doentes; • Identificar, realizar e colaborar em estudos de investigação.

	Funções	Área de atuação
Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Adotar atitudes que visem a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação, a reinserção social e a continuidade de cuidados. Adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legais do doente / família e / ou cuidadores; 	<ul style="list-style-type: none"> Planear e executar os cuidados de enfermagem autónomos e/ou interdependentes de prescrição médica, incorporando a atualização científica para uma boa prática clínica e de acordo com a prioridade do doente e com as normas do CRI Identificar, realizar e colaborar em estudos de investigação; Supervisionar o consumo de medicação assegurando o correto registo de todo o material entrado ou saído; Reunir sempre que necessário com o Enfermeiro Gestor para análise e resolução de problemas, da qualidade de cuidados prestação e partilha de informação.
Auxiliares de ação médica (AAM)	<ul style="list-style-type: none"> Colaborar em tarefas associadas a prestação de cuidados de saúde ao doente; Encaminhar, acompanhar e transportar doentes entre as várias áreas do CRI; Assegurar o cumprimento dos planos de trabalho para cada turno. 	<ul style="list-style-type: none"> Colaborar na prestação de cuidados aos doentes, sob supervisão do Enfermeiro, de acordo com o Plano de Trabalho e no cumprimento das Normas de Higiene e Segurança em vigor no Hospital; Assegurar a limpeza e a reanimação das instalações e equipamentos; Colaborar na manutenção da privacidade dos doentes. Transportar e encaminhar doentes para as Áreas de Atendimento e realização dos vários MCDT; Prestar apoio presencial a doentes e acompanhantes.
Administrativos	<ul style="list-style-type: none"> Garantir que os procedimentos administrativos respondem as necessidades dos doentes e da organização e que são simultâneos aos atos e decisões dos restantes grupos profissionais; 	<ul style="list-style-type: none"> Processar a admissão e alta dos doentes do CRI-AR-HFF incluindo cancelamento episódio de urgência respetivo; Efetuar atendimento ao balcão; Emissão de documentos (declarações de presença, pedido de dados identificativos, etiquetas e outros) essenciais gestão dos doentes; Apoiar o atendimento e informação a doentes e famílias Processar marcação de Consulta e MCDT; Estabelecer contactos internos ou externos a pedido da equipa clínica.

APÊNDICE H9- Tabela – Indicadores de desempenho associados aos médicos coordenadores

Indicador	FP	Descrição	Metas	Critérios	Fórmula cálculo
Acessibilidade (utente)	20%	Observações agendadas no CRI-AR-HFF no período de coordenação considerando um máximo de 4 agendamentos por hora efetiva de trabalho por médico/a (1)	100% dos agendamentos	Atingido 100% Não atingido inferior a 100%	Nº total de observações / Nº total agendamentos
	15%	Tempo de permanência médio de cada utente na atividade adicional CRI-AR-HFF inferior a 90 minutos, excluindo-se utentes que sejam encaminhados para o SUG (2)	Inferior a 90 min	Atingido < 90 min Não atingido > 90 min	Tempo de permanência total de utentes / Nº total de utentes
	15%	Referenciação para ambulatório da maioria dos doentes observados no CRI-AR-HFF: consultas hospitalares e/ou cuidados saúde primários.	Superior a 90%	Atingido ≥ 90% Não atingido < 90%	Nº de casos referenciados / Nº total de casos observados
Qualidade dos serviços (processos)	20%	Auditoria mensal ao Cumprimento de Protocolos Aprovados no SUG e CRI-AR-HFF nomeadamente se associados a segurança e qualidade de cuidados como Vias Verdes aos doentes acompanhados (avaliação de 5 a 10 casos aleatórios entre SUG e CRI-AR-HFF)	Superior a 90%	Atingido ≥ 90% Não atingido < a 90%	Nº de casos em conformidade / Nº total de casos auditados
Eficiência (processos)	10%	Realização da atividade e do horário previsto e acordado no SUG exceto em período de férias, falta justificadas ou acordado (3)	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de horas / Nº total de horas previstas
Assiduidade	10%	Assiduidade no SUG e CRI-AR-HFF, exceto férias ou faltas justificadas.	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de turno cumpridos / Nº turnos escalados
Pontualidade	10%	Pontualidade no SUG e CRI (4).	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Diferença entre hora de chegada e hora escala

Nota: FP: fatores de ponderação

(1) Considera-se que os agendamentos são realizados respeitando a tipologia de doentes, períodos de descanso compensatórios, período de atividade do CRI-AR-HFF e outros fatores de acessibilidade que possam condicionar a rapidez de observação. Logo, assume-se desempenho individual do profissional de saúde garantir cumprimento das observações expectáveis e previstas para a gravidade e demais características do problema do utente. Assume-se média da equipa do CRI-AR-HFF incluindo todas as categorias profissionais previstas

(2) Considera-se tempo permanência ao período de tempo entre a hora de marcação / agendamento da consulta e a hora de alta com emissão de orientação para ambulatório. Mantem-se o pressuposto da nota (1).

(3) Considera-se a necessidade de aumentar a eficiência dos cuidados prevendo-se atividades mínima conforme a função assumida no horário estabelecido: para turnos de chefia de equipa do SUG ou de coordenação do balcão prevê-se as funções e a gestão da atividade previstas em regulamento do SUG; para turnos na unidade de internamento de curta duração considera-se vigilância de pelo menos 8 camas / hora; para turnos no balcão de uma média de primeira chamada acima de 2 doentes por hora de trabalho. Não obstante a ajustes pela coordenação do SUG assume-se a realização em média de pelo menos quatro turnos de 4h por mês nas áreas consideradas incómodas (como na Área Dedicada a Respiratórios) ou de pelo menos dois períodos de 12h por mês em períodos incómodos (noites, fins-de-semana ou feriados) no SUG não considerando período de férias, falta justificadas ou a rotação prevista de horário acordado pelo SUG. De qualquer modo, considerando os critérios de admissão e seleção da candidatura interna considera-se que são identificados para o CRI-AR-HFF os profissionais mais experientes e eficientes dos recursos humanos do SUG assumindo-se que a garantia do cumprimento de horas de trabalho em setores críticos de atividade base traduzem-se em ganhos de eficiência e de maior centralidade doente urgente.

(4) Considera-se falta de pontualidade se incumprimento de atraso > 15 min em um ou mais dias OU atraso >2h na globalidade do mês OU lapso em uma ou mais picagens do dedo biométrico sem justificação devida

APÊNDICE H10 - Tabela – Indicadores de desempenho associados aos MÉDICOS NÃO COORDENADORES

Indicador	FP	Descrição	Metas	Critérios	Fórmula cálculo
Acessibilidade (utente)	20%	Observações agendadas no CRI-AR-HFF no período de coordenação considerando um máximo de 4 agendamentos por hora efetiva de trabalho por médico/a (1)	100% dos agendamentos	Atingido 100% Não atingido inferior a 100%	Nº total de observações / Nº total agendamentos
	15%	Tempo de permanência médio de cada utente na atividade adicional CRI-AR-HFF inferior a 90 minutos, excluindo-se utentes que sejam encaminhados para o SUG (2)	Inferior a 90 min	Atingido < 90 min Não atingido > 90 min	Tempo de permanência total de utentes / Nº total de utentes
	15%	Referenciação para ambulatório da maioria dos doentes observados no CRI-AR-HFF: consultas hospitalares e/ou cuidados saúde primários.	Superior a 90%	Atingido ≥ 90% Não atingido < 90%	Nº de casos referenciados / Nº total de casos observados
Qualidade dos serviços (processos)	20%	Auditoria mensal ao Cumprimento de Protocolos Aprovados no SUG e CRI-AR-HFF nomeadamente se associados a segurança e qualidade de cuidados como Vias Verdes aos doentes acompanhados (avaliação de 5 a 10 casos aleatórios entre SUG e CRI-AR-HFF)	Superior a 90%	Atingido ≥ 90% Não atingido < a 90%	Nº de casos em conformidade / Nº total de casos auditados
Eficiência (processos)	10%	Realização da atividade e do horário previsto e acordado no SUG exceto em período de férias, falta justificadas ou acordado (3)	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de horas / Nº total de horas previstas
Assiduidade	10%	Assiduidade no SUG e CRI-AR-HFF, excepto férias ou faltas justificadas.	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de turno cumpridos / Nº turnos escalados
Pontualidade	10%	Pontualidade no SUG e CRI (4).	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Diferença entre hora de chegada e hora escala

Nota: FP: fatores de ponderação

(1) Considera-se que os agendamentos são realizados respeitando a tipologia de doentes, períodos de descanso compensatórios, período de atividade do CRI-AR-HFF e outros fatores de acessibilidade que possam condicionar a rapidez de observação. Logo, assume-se desempenho individual do profissional de saúde garantir cumprimento das observações expectáveis e previstas para a gravidade e demais características do problema do utente. Assume-se média da equipa do CRI-AR-HFF incluindo todas as categorias profissionais previstas

(2) Considera-se tempo permanência ao período de tempo entre a hora de marcação / agendamento da consulta e a hora de alta com emissão de orientação para ambulatório. Mantem-se o pressuposto da nota (1).

(3) Considera-se a necessidade de aumentar a eficiência dos cuidados prevendo-se atividades mínima conforme a função assumida no horário estabelecido: turnos de chefia equipa do SUG ou de coordenação do balcão com gestão da atividade prevista em regulamento do SUG; turnos na unidade de internamento de curta duração considera-se vigilância de 6 camas / hora; turnos no balcão de 3 doentes de primeira chamada por hora de trabalho. Não obstante a ajustes pela coordenação do SUG assume-se a realização em média de pelo menos quatro turnos de 4h por mês nas áreas consideradas incomodas (como na Área Dedicada a Respiratórios) ou de pelo menos dois períodos de 12h por mês em períodos incómodos (noites, fins-de-semana ou feriados) no SUG não considerando período de férias, falta justificadas ou a rotação prevista de horário acordado pelo SUG;

(4) Considera-se falta de pontualidade se incumprimento de atraso > 15 min em um ou mais dias OU atraso >2h na globalidade do mês OU lapso em uma ou mais picagens do dedo biométrico sem justificação devida.

APÊNDICE H11 - Tabela – Indicadores de desempenho associados aos enfermeiros

Indicador	FP	Descrição	Metas	CrITÉrios	Fórmula cálculo
Acessibilidade (utente)	10%	Tempo de permanência médio de cada utente na atividade adicional CRI-AR-HFF inferior a 90 minutos, excluindo-se utentes que sejam encaminhados para o SUG (1)	Inferior a 90 min	Atingido < 90 min Não atingido > 90 min	Tempo de permanência total de utentes / Nº total de utentes
Qualidade dos serviços (processos)	20%	Auditorias mensais ao Protocolo de Triagem de Manchester superior ou igual a 80% (avaliação de 5 a 10 casos aleatórios)	Superior a 80%	Atingido > 80% Não atingido inferior a 80%	Nº de casos em conformidade / Nº total de casos auditados
	20	Auditoria à qualidade dos cuidados de enfermagem em Sala de Observação do SUG superior ou igual a (definir)	Superior a 80%	Atingido > 80% Não atingido inferior a 80%	Nº de conformidade / Nº total de casos auditados
Eficiência (processos)	10%	Realização do horário previsto e acordado no SUG exceto em período de férias, falta justificadas ou acordado (2)	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de horas / Nº total de horas previstas
Assiduidade	20%	Assiduidade no SUG e CRI-AR-HFF, exceto férias ou faltas justificadas.	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de turno cumpridos / Nº turnos escalados
Pontualidade	20%	Pontualidade no SUG e CRI (3).	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Diferença entre hora de chegada e hora escala

Nota: FP: fatores de ponderação

(1) Considera-se tempo permanência ao período de tempo entre a hora de marcação / agendamento da consulta e a hora de alta com emissão de orientação para ambulatório. Mantem-se o pressuposto da nota (1).

(2) Considerando os critérios de admissão e seleção da candidatura interna considera-se que são identificados para o CRI-AR-HFF os profissionais mais experientes e eficientes dos recursos humanos do SUG assumindo-se que a garantia do cumprimento de horas de trabalho em setores críticos de atividade base traduzem-se em ganhos de eficiência e de maior centralidade doente urgente.

(3) Considera-se falta de pontualidade se incumprimento de atraso > 15 min em um ou mais dias OU atraso >2h na globalidade do mês OU lapso em uma ou mais picagens do dedo biométrico sem justificção devida

APÊNDICE H12- Tabela – Indicadores de desempenho associados aos AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA

Indicador	FP	Descrição	Metas	Crítérios	Fórmula cálculo
Acessibilidade (utente)	10%	Tempo de permanência médio de cada utente na atividade adicional CRI-AR-HFF inferior a 90 minutos, excluindo-se utentes que sejam encaminhados para o SUG (2)	Inferior a 90 min	Atingido < 90 min Não atingido > 90 min	Tempo de permanência total de utentes / Nº total de utentes
Qualidade dos serviços (processos)	20%	Auditoria mensal ao Cumprimento de Protocolos Aprovados no SUG nomeadamente de encaminhamento, correta identificação EFR (entidades financeiras referenciadas);	Superior a 90%	Atingido 90% Não atingido inferior a 90%	Número de casos em conformidade / Número total de casos auditados
Eficiência (processos)	30%	Realização do horário previsto e acordado no SUG exceto em período de férias, falta justificadas ou acordado (3)	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de horas / Nº total de horas previstas
Assiduidade	20%	Assiduidade no SUG e CRI-AR-HFF, exceto férias ou faltas justificadas.	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de turno cumpridos / Nº turnos escalados
Pontualidade	20%	Pontualidade no SUG e CRI (4).	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Diferença entre hora de chegada e hora escala

Nota: FP: fatores de ponderação

(1) Considera-se tempo permanência ao período de tempo entre a hora de marcação / agendamento da consulta e a hora de alta com emissão de orientação para ambulatório. Mantem-se o pressuposto da nota (1).

(3) Considerando os critérios de admissão e seleção da candidatura interna considera-se que são identificados para o CRI-AR-HFF os profissionais mais experientes e eficientes dos recursos humanos do SUG assumindo-se que a garantia do cumprimento de horas de trabalho em setores críticos de atividade base traduzem-se em ganhos de eficiência e de maior centralidade doente urgente.

APÊNDICE H13 - Tabela – Indicadores de desempenho associados aos administrativos/as

Indicador	FP	Descrição	Metas	Crítérios	Fórmula cálculo
Acessibilidade (utente)	20%	Referenciação para ambulatório da maioria dos doentes observados no CRI-AR-HFF: consultas hospitalares e/ou cuidados saúde primários.	Superior a 90%	Atingido ≥ 90% Não atingido < 90%	Nº de casos referenciados / Nº total de casos observados
	10%	Tempo de permanência médio de cada utente na atividade adicional CRI-AR-HFF inferior a 90 minutos, excluindo-se utentes que sejam encaminhados para o SUG (2)	Inferior a 90 min	Atingido < 90 min Não atingido > 90 min	Tempo de permanência total de utentes / Nº total de utentes
Qualidade dos serviços (processos)	20%	Auditoria mensal ao Cumprimento de Protocolos Aprovados no SUG nomeadamente de encaminhamento, correta identificação EFR (entidades financeiras referenciadas);	Superior a 90%	Atingido 90% Não atingido inferior a 90%	Número de casos em conformidade / Número total de casos auditados
Eficiência (processos)	20%	Realização do horário previsto e acordado no SUG exceto em período de férias, falta justificadas ou acordado (3)	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de horas / Nº total de horas previstas
Assiduidade	15%	Assiduidade no SUG e CRI-AR-HFF, excepto férias ou faltas justificadas.	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Nº de turno cumpridos / Nº turnos escalados
Pontualidade	15%	Pontualidade no SUG e CRI (4).	100% cumprimento	Atingido 100% Não atingido < 100%	Diferença entre hora de chegada e hora escala

Nota: FP: fatores de ponderação

(1) Considera-se que os agendamentos são realizados respeitando a tipologia de doentes, períodos de descanso compensatórios, período de atividade do CRI-AR-HFF e outros fatores de acessibilidade que possam condicionar a rapidez de observação. Logo, assume-se desempenho individual do profissional de saúde garantir cumprimento das observações expectáveis e previstas para a gravidade e demais características do problema do utente.

(2) Considera-se tempo permanência ao período de tempo entre a hora de marcação / agendamento da consulta e a hora de alta com emissão de orientação para ambulatório. Mantem-se o pressuposto da nota (1).

(3) Considerando os critérios de admissão e seleção da candidatura interna considera-se que são identificados para o CRI-AR-HFF os profissionais mais experientes e eficientes dos recursos humanos do SUG assumindo-se que a garantia do cumprimento de horas de trabalho em setores críticos de atividade base traduzem-se em ganhos de eficiência e de maior centralidade doente urgente.

APÊNDICE H14- Tabela - Auditoria à qualidade dos cuidados de enfermagem

Objetivos	Parâmetros a avaliar
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.
Meta	Concretização em mais de 90% dos casos
Critério de superação	- não atingido < 90% doentes - atingido – 90 a 95% doentes - superado > 95% doentes

APÊNDICE H15 - Tabela - Auditoria à qualidade dos cuidados de auxiliares de ação médica

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

ANEXO I – AVALIAÇÃO QUALIDADE - CERTIFICAÇÃO

ANEXO I1 - Tabela – Estrutura de cada processo de certificação da Unidade de Urgência e Emergência conforme Manual de Standards DGS 2016

Critério	Padrão de referência (standard)
GRUPO 1 - O cidadão, centro do sistema de saúde	
Padrões obrigatórios que contemplam, entre outros aspetos, os direitos dos cidadãos, a qualidade de vida, os princípios éticos e os aspetos ligados à segurança das pessoas e profissionais	
1. Utentes: satisfação, participação e direitos (a pessoa como sujeito ativo)	S 26 01.01_00 A Unidade divulga o conteúdo dos direitos e deveres dos utentes envolvidos na prestação de cuidados de saúde
	S 26 01.02_00 O cidadão é informado sobre todos os aspetos relacionados com o seu processo de cuidados de saúde urgentes.
	S 26 01.03_00 Os profissionais da Unidade estão adequadamente identificados perante o cidadão que utiliza a Unidade
	S 26 01.04_00 A intimidade e a privacidade do cidadão são respeitadas ao longo de todo o processo de prestação de cuidados de saúde.
	S 26 01.05_00 A Unidade, antes de intervenções com critérios de risco associado, desencadeia o processo destinado à obtenção do consentimento informado do cidadão.
	S 26 01.06_00 A Unidade garante o cumprimento das instruções prévias de cada cidadão em termos de testamento vital.
	S 26 01.07_00 Está disponível um procedimento eficaz para a substituição na tomada de decisão.
	S 26 01.08_00 A Unidade garante a resolução de eventuais conflitos éticos no decurso do processo assistencial.
	S 26 01.09_00 A Unidade fomenta a participação do cidadão na tomada de decisão relativa ao seu episódio de urgência/ emergência.
	S 26 01.10_00 A Unidade procede a uma avaliação sistemática do grau de satisfação percebido pelo cidadão atendido.
	S 26 01.11_00 O procedimento estabelecido para a gestão das reclamações é cumprido (circuitos, prazos, relatórios e responsáveis pelos mesmos).
	S 26 01.12_00 A Unidade adota um papel de captação ativa de sugestões, queixas e reclamações efetuadas por qualquer meio não formal, implementando melhorias a partir da sua análise.

Critério	Padrão de referência (standard)
	<p>S 26 01.13_00 A Unidade garante uma utilização adequada de medidas restritivas de contenção para situações clínicas definidas.</p>
<p>2. Acessibilidade e continuidade assistencial</p>	<p>S 26 02.01_00 A Unidade tem a sua carteira de serviços definida, atualizada e acessível.</p>
	<p>S 26 02.02_00 São implementadas as mudanças organizacionais necessárias para promover a acessibilidade do cidadão à Unidade.</p>
	<p>S 26 02.03_00 A Unidade implementou um processo de classificação para atribuir um nível de prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.</p>
	<p>S 26 02.04_00 A Unidade dá resposta adequada em função da prioridade atribuída ao pedido de prestação de cuidados de saúde.</p>
	<p>S 26 02.05_00 A Unidade estabelece um plano assistencial adequado às necessidades do cidadão</p>
	<p>S 26 02.06_00 A Unidade aplica de forma sistemática critérios objetivos para proceder à transferência ou encaminhamento de utentes.</p>
	<p>S 26 02.07_00 A Unidade analisa e monitoriza a procura assistencial com o objetivo de melhorar a sua capacidade de resposta assistencial.</p>
	<p>S 26 02.08_00 A Unidade tem um sistema de organização de turnos estabelecido, que lhe permite dar uma resposta adequada ao cidadão durante as 24 horas do dia.</p>
	<p>S 26 02.09_00 A Unidade definiu circuitos especiais para o atendimento de pessoas vítimas de violência doméstica ou de abuso infantil.</p>
	<p>S 26 02.10_00 A Unidade emite uma nota de alta com toda a informação necessária.</p>
<p>S 26 02.11_00 A Unidade colabora de maneira sistemática com outros profissionais de saúde, tanto no âmbito das urgências como em qualquer outro âmbito implicado na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.</p>	
<p>3. Documentação / informação clínica</p>	<p>S 26 03.01_00 A Unidade garante a disponibilidade do processo clínico durante a prestação de cuidados de saúde.</p>
	<p>S 26 03.02_00 A Unidade garante a existência de um processo clínico único por cidadão.</p>
	<p>S 26 03.03_00 A Unidade garante a confidencialidade e a posse da informação clínica e pessoal do cidadão.</p>
	<p>S 26 03.04_00 A Unidade avalia periodicamente o nível de qualidade e cumprimento dos registos clínicos da prestação assistencial.</p>
	<p>S 26 03.05_00 Os processos clínicos de urgência permitem o acompanhamento da métrica dos tempos de prestação de cuidados de saúde</p>

Critério	Padrão de referência (standard)
GRUPO 2 - Organização da atividade centrada na pessoa Estão incluídos os standards associados a um maior desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias e redesenho de processos e de espaços organizativos).	
4. Gestão por processos assistenciais	S 26 04.01_00 A Unidade tem os processos assistenciais chave que lhe são específicos identificados em função da sua carteira de serviços autorizada, bem como uma estratégia de implementação dos mesmos estabelecida.
	S 26 04.02_00 A Unidade identificou todos os processos assistenciais em que desempenha um papel potencial de porta de entrada no sistema de saúde.
	S 26 04.03_00 A Unidade tem estabelecida uma estratégia de avaliação e difusão dos resultados dos processos assistenciais chave implementados.
	S 26 04.04_00 Os profissionais da Unidade incorporam na sua prática clínica as recomendações sobre tratamento farmacológico estabelecidas nos processos assistenciais
	S 26 04.05_00 A Unidade realiza uma adequada gestão dos riscos para a segurança do utente, identificados nos processos assistenciais integrados.
5. Promoção da saúde e qualidade de vida	S 26 05.01_00 A Unidade de identifica oportunidades de intervenção no âmbito da promoção da saúde na comunidade e planeia as ações pertinentes.
	S 26 05.02_00 Os profissionais da Unidade realizam atividades de promoção da saúde e prevenção de situações urgentes e de acidentes, em colaboração com outros organismos locais de representação dos cidadãos (associações locais, centros docentes, forças de segurança, etc.).
	S 26 05.03_00 A Unidade realiza ações de prevenção terciária como linha de atuação na manutenção da saúde dos cidadãos.
	S 26 05.04_00 A formação contínua dos profissionais é programada tendo como base a análise e o conhecimento prévio adquirido sobre as necessidades e características da população atendida.
	S 26 05.05_00 A Unidade garante uma adequada informação e vigilância epidemiológica.
	S 26 05.06_00 A Unidade definiu e aplica uma estratégia de abordagem de utentes em situação de maior risco e vulneráveis e dos seus cuidadores.
6. Direção e planeamento estratégico	S 26 06.01_00 A Direção da Unidade desenhou o seu plano de qualidade.
	S 26 06.02_00 A Unidade promove a participação do cidadão como um elemento de melhoria contínua.

Critério	Padrão de referência (standard)
	<p>S 26 06.03_00 A Unidade assume que as condições de conforto que afetam as pessoas constituem uma variável da sua própria gestão, analisando a situação, empreendendo ações de melhoria e corrigindo, se necessário, os resultados obtidos.</p>
	<p>S 26 06.04_00 A Direção da Unidade envolve os profissionais na prossecução e implementação dos objetivos contratualizados.</p>
	<p>S 26 06.05_00 A Direção considera o clima laboral como um elemento de desenvolvimento organizativo da sua Unidade.</p>
	<p>S 26 06.06_00 A Unidade dispõe e difunde o relatório de atividades anual.</p>
	<p>S 26 06.07_00 Foi estabelecido um plano de desenvolvimento individual para o/a Diretor/a da Unidade a partir do seu mapa de competências.</p>

Critério	Padrão de referência (standard)
Grupo 3 - Os profissionais Inclui os standards que demonstram que a Unidade de Urgência e Emergência cria inovação e desenvolvimento orientado para a sociedade em geral.	
7. Profissionais	S 26 07.01_00 Foram definidas as funções e responsabilidades para os diferentes postos de trabalho da Unidade.
	S 26 07.02_00 Os mapas de competências dos profissionais da Unidade de Urgência e Emergência estão definidos e adequados para os diferentes postos de trabalho e processos e mantêm-se atualizados.
	S 26 07.03_00 A Unidade realiza periodicamente a avaliação das competências dos profissionais para identificar as suas necessidades de formação e desenvolvimento.
	S 26 07.04_00 A Unidade facilita e promove a acreditação das competências dos seus profissionais.
	S 26 07.05_00 A Unidade identifica as necessidades de formação dos seus profissionais em função dos seus objetivos estratégicos e das características da sua população de referência.
	S 26 07.06_00 A Unidade aplica um plano de acolhimento para os novos profissionais
	S 26 07.07_00 A Unidade tem identificados os Planos de Formação Individuais dos seus profissionais em função da avaliação das competências.
	S 26 07.08_00 A Unidade dispõe de produção científica publicada em revistas biomédicas e científicas com impacto no sector.
	S 26 07.09_00 A Unidade dispõe de projetos próprios de investigação, financiados e avaliados por agências externas, que tenham sido aceites pela Comissão de Investigação e às quais se acede por concursos públicos.

Critério	Padrão de referência (standard)
<p>Grupo 4 - Processos de suporte</p> <p>Estes padrões referem-se aos elementos relacionados com a gestão dos espaços e equipamentos destinados à prestação assistencial urgente e emergente, bem como aos fornecedores.</p>	
<p>8. Estrutura, equipamentos e fornecedores</p>	<p>S 26 08.01_00 Foram definidos e aplicam-se as atuações necessárias para garantir que a Unidade dispõe de espaços, meios técnicos e recursos necessários para a realização da sua atividade em condições de segurança.</p>
	<p>S 26 08.02_00 A Unidade assume a gestão do equipamento de eletromedicina e promove as atuações necessárias para garantir a sua utilização segura mediante a designação de responsáveis, acompanhamento do estado dos seus equipamentos, realização das operações de manutenção, informação e formação dos seus profissionais</p>
	<p>S 26 08.03_00 A Unidade assume que a gestão dos bens e serviços e dos processos logísticos da Unidade constituem variáveis da sua gestão.</p>
	<p>S 26 11.04_00 Estão definidos os mecanismos necessários para a comunicação, registo, análise e resolução de desvios de qualidade ou do nível de serviço aceitável em relação às atividades de suporte.</p>
	<p>S 26 08.05_00 A Unidade garante a acessibilidade física dos cidadãos.</p>
	<p>S 26 08.06_00 A Unidade garante a identificação dos riscos que podem afetar os profissionais em cada posto de trabalho e implementou um plano de prevenção de riscos laborais de acordo com a regulamentação aplicável.</p>
	<p>S 26 08.07_00 A Unidade participa na manutenção da saúde e segurança do seu pessoal.</p>
	<p>S 26 08.08_00 A Unidade estabeleceu as medidas de segurança perante a ocorrência de emergências, participa na implementação dos planos de emergência interno e externo, de acordo com critérios técnicos e legislação vigente, e assegura o conhecimento das medidas de segurança por parte dos profissionais realizando as atualizações periódicas.</p>
	<p>S 26 08.09_00 A Unidade definiu os procedimentos específicos destinados ao controlo da produção, armazenamento e eliminação de resíduos, controlo de derrames acidentais de combustíveis e produtos químicos e controlo de emissões contaminantes, produzidas por gases de combustão, esterilização e refrigeração. Os procedimentos são atualizados e divulgados aos seus profissionais.</p>
	<p>S 26 08.10_00 A Unidade assume as orientações associadas a um sistema de gestão ambiental e assegura a implementação de procedimentos para o controlo dos principais impactos ambientais, de acordo com a regulamentação de referência.</p>

Critério	Padrão de referência (standard)
	<p>S 26 08.11_00 Estão implementados procedimentos específicos para a limpeza de veículos e de espaços onde é realizada a atividade assistencial urgente.</p>
<p>9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação</p>	<p>S 26 09.01_00 A Unidade dispõe de sistemas e tecnologias de informação e de comunicação adaptadas às atuais necessidades.</p>
	<p>S 26 09.02_00 Foram estabelecidas as atuações para uma correta gestão das disfunções dos sistemas e tecnologias de informação e de comunicação, encontrando-se explicitadas no plano de contingências.</p>
	<p>S 26 09.03_00 Dispõe de um Plano de Sistemas de Informação.</p>
	<p>S 26 09.04_00 Os sistemas de informação da Unidade estão integrados com o processo clínico do cidadão.</p>
	<p>S 26 09.05_00 A Unidade dispõe de página web e está certificada.</p>
	<p>S 26 09.06_00 São adotadas medidas para garantir a proteção de dados de carácter pessoal, conforme o estabelecido na regulamentação vigente.</p>

Critério	Padrão de referência (standard)
<p>Grupo 5 – Resultados</p> <p>A gestão da qualidade, baseada em ferramentas validadas e em boas práticas, constitui um esforço consciente, contínuo e organizado, com o intuito de acrescentar valor no âmbito assistencial e orientar a atividade para os resultados. Deve constituir parte da cultura da Unidade e dos seus profissionais. A monitorização, análise e melhoria dos resultados assistenciais, de gestão e de segurança permitem à Unidade uma tomada de decisão objetiva e coerente com a sua realidade, assim como dispor de elementos para se poder comparar com os melhores. A publicação dos resultados é uma medida de transparência para os potenciais utilizadores destas Unidades.</p>	
<p>10. Ferramentas da Qualidade e Segurança</p>	<p>S 26 10.01_00 A Unidade estabeleceu uma metodologia de melhoria contínua que lhe permite otimizar os resultados dos seus processos.</p>
	<p>S 26 10.02_00 A Unidade tem estabelecida uma estratégia de controlo da variabilidade da prática clínica.</p>
	<p>S 26 10.03_00 Na Unidade existe um grupo de melhoria contínua formalmente constituído, que é responsável por analisar os processos desenvolvidos e impulsionar as melhorias.</p>
	<p>S 26 10.04_00 A Unidade identifica os riscos de segurança do utente.</p>
	<p>S 26 10.05_00 A Unidade incorpora boas práticas para prevenir incidentes de segurança.</p>
	<p>S 26 10.06_00 Garante o controlo da caducidade e condições de armazenamento dos medicamentos e material clínico.</p>
	<p>S 26 10.07_00 A Unidade fomenta a utilização responsável e segura do medicamento e dos produtos clínicos pelos profissionais.</p>
	<p>S 26 10.08_00 A Unidade tem estabelecido um procedimento seguro de identificação dos cidadãos, que aplica antes da realização de procedimentos de diagnóstico ou terapêutico de risco potencial ou antes da administração de medicamentos e hemoderivados.</p>
	<p>S 26 10.09_00 A Unidade notifica os riscos, incidentes e eventos adversos.</p>
	<p>S 26 10.10_00 A Unidade analisa os incidentes e eventos adversos e põe em marcha as atuações oportunas para prevenir a sua recorrência futura.</p>
<p>11. Resultados da Unidade de Urgência e Emergência</p>	<p>S 26 11.01_00 Foi definido e implementado um quadro de indicadores para a monitorização dos indicadores-chave da qualidade e segurança da Unidade de Urgência e Emergência.</p>
	<p>S 26 11.02_00 A Unidade avalia de maneira periódica os resultados dos indicadores-chave identificados e incorpora melhorias.</p>
	<p>S 26 11.03_00 A Unidade cumpre e mantém os objetivos fixados para os indicadores-chave.</p>
	<p>S 26 11.04_00 A Unidade analisa a satisfação percebida pelos seus utentes e implementa melhorias para obter melhores resultados.</p>

Critério	Padrão de referência (standard)
	S 26 11.05_00 A Unidade deve ser capaz de identificar e controlar os desvios orçamentais produzidos, com vista a corrigi-los.
	S 26 11.06_00 Publicitam-se os indicadores de resultado da Unidade.
	S 26 11.07_00 A Unidade fomenta o uso responsável dos seus serviços pelos cidadãos.